



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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Nummer 12

42. Jahrgang

Dezember 1987

Halsschmerzen!

Halstabletten-ratiopharm®



2,5 mg Cetylpyridiniumchlorid 1 H₂O je Tablette wirkt

- bakteriostatisch/bakterizid
- fungistatisch/fungizid

Zur Behandlung von Entzündungen und Schmerzen des Halses, wie bei

- gripalen Infekten
- Erkältungskrankheiten
- Stomatitis
- Pharyngitis
- Gingivitis



Halstabletten-ratiopharm®

Zusammensetzung: 1 Tabl. enth.: Cetylpyridiniumchlorid 1 H₂O 2,5 mg. **Indikationen:** Stomatitis, Pharyngitis, Gingivitis; Halsschmerzen bei gripalen Infekten und Erkältungskrankheiten; Rachenreizungen verschiedener Genese; vor und nach kleineren Operationen im Mund- und Rachenraum. **Kontraindikationen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen Cetylpyridinium-Verbindungen. **Hinweis:** Nicht bei Kdr. unter 3 Jahren anwenden, um ein ungewolltes Verschlucken zu verhindern. Halstabletten-ratiopharm® wirken nur, wenn sie sich in der Mundhöhle auflösen. Bei schweren Halsentzündungen und Halsschmerzen, die mit hohem Fieber, Kopfschmerzen, Übelkeit und Erbrechen einhergehen oder länger als 2 Tage anhalten, ist ein Arzt zu Rate zu ziehen. **Nebenwirkungen:** Bisher keine bekannt. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Bisher keine bekannt. **Dosierung:** Mehrmals tägl. 1 Tabl. im Mund zergehen lassen. **Hinweis:** Für Diabetiker geeignet. 1 Tabl. enthält 0,206 Kohlenhydrate = 0,02 BE.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 3380, 7900 Ulm

10/87

Inhalt:

Sewering / Hege / Dehler / Fuchs: Zum Jahresende	525
40. Bayerischer Ärztetag in München	
– Sewering: Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer	527
– Hege: Ergänzung des Tätigkeitsberichtes	542
– Aus den Ausschüssen	543
– Dehler: Zur Situation der Bayerischen Ärzteversorgung	557
– Finanzen	562
– Wahl von Ausschuß-Mitgliedern	562
– Änderung der Weiterbildungsordnung	562
– Besetzung der Berufsgerichte	562
– Änderung der Wahlordnung	562
– Änderung der Mustersatzung für die Ärztlichen Kreisverbände	563
– Ärztetage 1988 und 1989	563
Gesundheits-Sozial-Berufspolitik:	
– Bericht über die Vorstands-sitzung der Bayerischen Landesärztekammer	563
– Walter-Marget-Vereinigung-zur Förderung der Infektiologie	564
Personalia	564
Amtliches:	
– Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns	565
– Änderung der Wahlordnung	565
– Änderung der Mustersatzung für die Ärztlichen Kreisverbände	566
– Besetzung der Berufsgerichte	566
Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern	569
Bericht aus Bonn	570
Landespolitik	571
Kongresse:	
– Klinische Fortbildung in Bayern	572
– Allgemeine Fortbildung	574
– Blaulichtärzte	575
Äskulap und Pegasus	576
Wirtschaftsinformationen	577
Weihnachtsaufruf „Ärzte helfen Ärzten“	578
Buchbesprechungen	579

Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns
– In der Mitte herausnehmbar –

Welche Anlagemöglichkeiten
bieten sich im Land der
unbegrenzten Möglichkeiten?



Was spricht für Auslands-Aktien und -Anleihen und was dagegen? Welche Anlageformen sind steuerlich besonders attraktiv? Sprechen Sie mit einem Anlageberater der Raiffeisenbank.

Die Bank mit dem
freundlichen
Service



Raiffeisenbank



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Dezember 1987

Zum Jahresende

Das Jahr geht zu Ende. Es entspricht einer guten Übung, Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, aus diesem Anlaß unsere guten Wünsche zu übermitteln. Wir tun dies nicht vom „grünen Tisch“ oder „elfenbeinernen Turm“. Jeder von uns steht als Krankenhaus- oder Kassenarzt mitten im ärztlichen Alltag. Wir wissen also, wovon wir reden, wenn wir Ihnen unseren Gruß nicht als ein fröhliches „Prosit Neujahr“ entbieten, sondern offen die Sorgen zum Ausdruck bringen, die uns alle bedrücken.

Wenden wir uns als erstes der „ärztlichen Jugend“ zu. Rund 12 000 Studentinnen und Studenten pro Jahrgang haben sich voller Optimismus dem Medizinstudium verschrieben. Sie sind fleißig, machen ihre Examen und hoffen, daß eines Tages ärztliche Aufgaben auf sie warten. Die Wirklichkeit ist anders: Von 12 000 jungen Kolleginnen und Kollegen hat weniger als die Hälfte die Chance, einen bezahlten Arbeitsplatz in einem Krankenhaus zu finden. Es gibt keine sicheren Zahlen über arbeitslose Ärzte. Die Angaben schwanken zwischen 5000 und 15 000. Wir wissen auch nicht, wie viele als Gastärzte ohne Bezahlung darauf warten, vielleicht doch noch eine so rar gewordene Assistentenstelle zu finden. 18 Monate Vorbereitungszeit für die Kassenzulassung können – wenn sich auch noch eine Arbeitsmöglichkeit bei einem Kassenarzt findet – auch unbezahlt abgeleistet werden. Dann öffnet sich der Weg als „praktischer Arzt“ in die Kassenpraxis.

Die Glückspilze, welche doch noch eine Assistenzarztstelle erwarten konnten, absolvieren ihre Jahre der Weiterbildung in einem Gebiet. Sie wissen – oder müssen jedenfalls wissen –, daß von zehn Assistenzärzten nur bestenfalls zwei die Chance haben, ihre ärztliche Laufbahn im Krankenhaus fortsetzen zu können. Die anderen acht finden eine spätere ärztliche Existenz nur in der freien Praxis. Der Zugang zur Kassenpraxis ist seit der Entschei-

dung des Bundesverfassungsgerichtes von 1960 frei. Doch was erwartet sie, wenn man an die rasch wachsende Zahl der Kassenärzte denkt? Die schon damals – also 1960! – erörterte Gefährdung der gesetzlichen Krankenversicherung durch zu viele Kassenärzte und damit auch zu hohe Honoraranforderungen haben inzwischen zu Konsequenzen geführt. Die Berechnung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen gehört der Vergangenheit an. Das Kopfpauschale befreit die Krankenkassen von allen Risiken der Honorarentwicklung. Die Kassenärzte „schmoren im eigenen Saft“, um ein Wort von Churchill zu gebrauchen. Je mehr Kassenärzte, je mehr Leistungsanforderungen, um so weniger Honorar pro Leistung.

In Bayern trifft dies noch nicht zu. Das Klima der Vernunft, in dem wir mit den RVO-Kassen leben und arbeiten, machte es möglich, ein Fallpauschale zu vereinbaren. Das Risiko der Fallzahlen, also der Morbidität, tragen die Kassen. Würden aber bei sinkender Fallzahl pro Fall immer mehr Leistungen erbracht, so wäre dies unser alleiniges Risiko. Der Punktwert müßte sinken.

Je enger die Kassenärzte nebeneinander sitzen und die Zahl ihrer Patienten zurückgeht, um so mehr nimmt die Unruhe zu. Die Kassenärztliche Vereinigung muß zwangsläufig immer öfter eingreifen: Die Wirtschaftlichkeit der Abrechnungen muß schärfer beobachtet, die Einhaltung der Gebietsgrenzen genauer beachtet werden. Gelegentlich muß auch geprüft werden, ob die abgerechneten Leistungen in einem Arbeitstag überhaupt erbracht werden konnten. Da ist dann mancher schnell bei der Hand, zu verkünden: Die Kassenärztliche Vereinigung ist unser Feind, sie vertritt nicht die Interessen der Kassenärzte. Offenbar vor allem junge Kassenärzte sind für eine solche Behauptung empfänglich. Sie machen sich nicht klar, wie ihr berufliches Dasein ohne kassenärztliche

Körperschaft aussehen würde. Und sie machen sich noch weniger klar, daß eine solche Körperschaft nur bestehen kann, wenn sie nicht nur Rechte beansprucht, sondern auch Pflichten übernimmt. Wer oder was ist denn die Kassenärztliche Vereinigung? Sie ist eine Körperschaft der Kassenärzte selbst! Alle Mandatsträger sind Kassenärzte „wie Du und ich“. Alle vier Jahre werden sie frei gewählt. Wenn ein Gremium der Kassenärztlichen Vereinigung „Reglementierungen“ beschließt, dann werden jene, die sie beschließen, davon genauso betroffen wie alle anderen. Denn alle sitzen im gleichen Boot. Wenn es naß wird, bleibt keiner trocken. Nichts gegen konstruktive Kritik und sachlichen Meinungsstreit. Es gibt ja nichts, was nicht auch verbessert werden könnte. Aber wer für die beunruhigenden existentiellen Probleme der Kassenärzte deren Körperschaft verantwortlich macht, der ist blind. Das politische Umfeld verschwindet nicht dadurch, daß man es ignoriert.

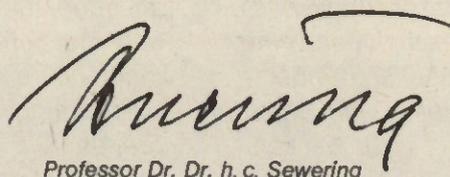
Freilich, der neue EBM, nach dem seit 1. Oktober die kassenärztlichen Leistungen abzurechnen sind, hat Unsicherheit und Sorge ausgelöst. Auch dazu ein Wort: Ein neuer Bewertungsmaßstab war überfällig. Nicht nur wegen der zusammengebrochenen Laborhonorierung. Es war ein jahrelanger Wunsch der Kollegen, die Grundleistungen besser zu bewerten; Beratung und die Nummer 65 wurden als unzureichend honoriert empfunden. Das Volumen der kassenärztlichen Gesamtvergütung berechnet sich nach den bisherigen Verträgen. Der neue EBM ändert daran nichts. Aber dramatischen Verschiebungen zwischen den Arztgruppen ist ein Riegel vorgeschoben. Also insgesamt kein Anlaß für Panikstimmung. Daß sie dennoch – weitgehend iatrogen – erzeugt wird, ist ein bedenkliches Zeichen. Wer erwartet sich eigentlich einen Vorteil vom

Agitieren gegen die eigene kassenärztliche Selbstverwaltung?

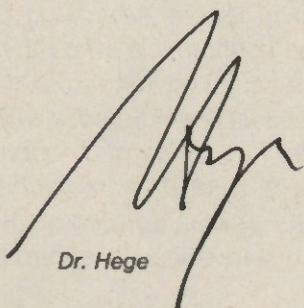
Eigentlich haben wir doch andere Sorgen. So läßt die „Strukturreform“ der gesetzlichen Krankenversicherung nichts Erfreuliches erwarten. In den Reden anläßlich des 40. Bayerischen Ärztetages wurden zentrale Fragen angesprochen. Wir werden in dieser politischen Auseinandersetzung die Belange aller Ärzte mit unserer ganzen Kraft vertreten. Das heißt für uns, die Hoffnungen und Erwartungen aller Ärzte, der jungen und der alten, aufeinander abzustimmen und einen gemeinsamen Weg zu finden, der uns in die Zukunft führen kann. Es wird auf absehbare Zeit keine bequeme Promenade, sondern ein mühsamer, steiniger Pfad sein. Ob wir ihn bezwingen werden, hängt von uns selbst ab. Wir müssen gemeinsam den festen Willen haben, die schwere Wegstrecke zu überwinden, auch wenn damit viel Verzicht verbunden ist und manche Hoffnung sich nicht erfüllt. Jeder wird einsehen müssen, daß magere Jahre begonnen haben. Die Älteren von uns haben das schon einmal durchgemacht und durchgestanden.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, lassen Sie sich nicht in Angst oder gar Panik treiben. Jetzt ist nüchterne Politik gefragt und nicht Agitation. Wer versucht, Keile zwischen die Ärzte und ihre Körperschaften zu treiben, kocht sein eigenes Süppchen. Den berechtigten Belangen der Ärzte wird damit nicht gedient.

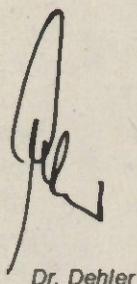
Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, und Ihren Familien gelten unsere besten Wünsche für ein ruhiges Jahresende und ein gutes, möglichst erfolgreiches und gesundes 1988.



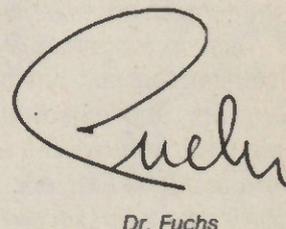
Professor Dr. Dr. h. c. Sewering



Dr. Hege



Dr. Dehler



Dr. Fuchs

Vollversammlung des 40. Bayerischen Ärztetages

Punkt 1 der Tagesordnung: Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

Professor Dr. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering

Die Kammer – Schutzschild der Ärzte und „Anwalt“ der Patienten

Nach Übergabe des Vorsitzes an Vizepräsident Dr. Fuchs führte der Präsident aus:

Nachdem wir zum ersten Mal in dieser Wahlperiode tagen und viele neue Kolleginnen und Kollegen unter uns sind, möchte ich Ihnen heute einen Überblick geben über die Arbeit der Kammer in den vergangenen Jahren, vor allem auf dem Gebiete der gesundheitlichen Betreuung unserer Bevölkerung – also der Aufgaben, die im Mittelpunkt für uns stehen.

Heute 1 Arzt auf 363 Einwohner – vor zwanzig Jahren: 1 : 681

Der Geschäftsbericht der Kammer ist Ihnen schriftlich zugegangen und Sie hatten Gelegenheit, schon eine Fülle von Informationen daraus zu entnehmen. Er wurde auch im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht. Im Vordergrund steht für uns nach wie vor die Sorge um die Entwicklung der Arztzahlen. Sie finden das auf Seite 8 des Geschäftsberichtes und haben sicher gesehen, daß Ende 1986 in Bayern 29 791 berufstätige Ärzte registriert waren. Wenn ich zurückblende: Ende 1966, also 20 Jahre vorher, waren es im Freistaat Bayern genau 15 000 berufstätige Ärzte. In 20 Jahren hat sich also ihre Zahl verdoppelt. Am 1. September – also zum letzten Stand, den wir noch ermitteln konnten – waren es bereits 30 383 berufstätige Ärzte. Die Gesamtzahl beträgt 38 988, das heißt, 8600 Ärzte in Bayern sind nicht berufstätig. Wenn man das auf die Bevölkerungszahlen bezieht, dann sind wir jetzt bei einer Relation von einem berufstätigen Arzt auf 363 Einwohner. Vor zwanzig Jahren entfiel ein berufstätiger Arzt noch auf 681 Einwohner.

Sie wissen, daß wir pro Jahr jetzt mit gut 12 000 Absolventen des Medizinstudiums zu rechnen haben. Es werden also allein aus den Fakultäten der Bundesrepublik rund 12 000 junge Ärzte nachwachsen, und wir müssen zusätzlich mit etwa 1000 pro Jahrgang rechnen, die im Ausland studieren. Genaue Zahlen darüber sind uns nicht bekannt. Der Großteil dürfte

allein auf die italienischen medizinischen Hochschulen entfallen. Die Kollegen kehren mit dem Examenszeugnis aus Italien zurück, und das wird bei uns voll anerkannt. Aufgrund der Richtlinien der Europäischen Gemeinschaft sind ja die Dokumente und Prüfungszeugnisse der Mitgliedstaaten der EG gegenseitig anzuerkennen, also auch das abgeschlossene Studium oder aber eine Weiterbildung in einem Gebiet. Insgesamt also nahezu 13 000 Neuapprobierte pro Jahr und dem stehen – wie Sie wissen und wie auch die Bundesregierung vor einiger Zeit mitgeteilt hat – zwischen 5000 und 5500 bezahlte Arbeitsplätze an den Krankenhäusern der Bundesrepublik gegenüber, die jährlich zur Besetzung frei werden. Das ist die aktuelle Situation, und ich glaube, man kann sie gar nicht ernster schildern wie einfach mit diesen nüchternen Zahlen.

Arzt im Praktikum: Die Würfel sind gefallen

Ab 1. Juli nächsten Jahres wird der Arzt im Praktikum (AIP) kommen. Sie wissen ja, daß das Wirksamwerden um ein Jahr verschoben worden ist, weil man Sorge hatte, daß die Plätze noch nicht zur Verfügung stehen. Man rechnet damit, daß genügend AIP-Stellen ab 1. Juli nächsten Jahres zur Verfügung stehen. Solange die AIP-Zeit 18 Monate dauert, benötigen wir in der Bundesrepublik 18 000 AIP-Stellen; ab 1991, nach der Verlängerung auf zwei Jahre, werden 24 000 Stellen benötigt.

Die Diskussion um die Einführung des Arztes im Praktikum wird seit Jahren geführt. Ich glaube, die Würfel sind gefallen und man müßte im Grunde genommen die Frage stellen: was wäre denn ohne die Einführung des Arztes im Praktikum? Dann würden die Kollegen nach sechs Jahren Studium ohne oder fast ohne jede praktische Ausbildung Ihre Approbation bekommen. Nach den Zahlen, die ich

ihnen bekanntgegeben habe, würde die Hälfte davon oder mehr als die Hälfte keine Chance haben, einen Arbeitsplatz zu bekommen. Die AIP-Zeit bietet jedenfalls die Möglichkeit, doch wenigstens dann diese Zeit – eineinhalb oder später zwei Jahre – im Krankenhaus praktisch tätig sein zu können. Ich bin persönlich überzeugt, daß die Stellen auch bereitgestellt werden. Im Grunde genommen ist es ja für die Krankenhäuser kein Nachteil, wenn die Planstellen geteilt werden und das ist offenbar weitestgehend beabsichtigt. Dann hat das Krankenhaus statt einem zwei junge Ärzte zur Verfügung und das, was der AIP tun darf, unterscheidet sich weder fachlich noch rechtlich von dem, was heute ein junger Assistenzarzt im ersten Jahr selbständig tun darf. Das heißt, jeder – auch der approbierte junge Arzt – muß langsam in die Selbständigkeit eingeführt werden.

Die Approbationsordnung enthält einige nicht sehr umfangreiche, aber doch ausreichende Bestimmungen über den Inhalt der AIP-Zeit. Es geht daraus hervor, daß der AIP sowohl an Krankenhäusern als auch in der Praxis eines niedergelassenen Arztes, in einem Sanitätszentrum oder einer ähnlichen Einrichtung der Bundeswehr oder in einer Justizvollzugsanstalt mit hauptamtlichem Anstaltsarzt tätig werden kann. Eine mindestens zwölfmonatige Tätigkeit im nicht-operativen und eine mindestens sechsmonatige Tätigkeit im operativen Bereich sind abzuleisten. Das heißt also, daß der AIP eigentlich keinen einzigen Tag im Krankenhaus gewesen sein muß. De facto wird das keine Rolle spielen, denn die meisten AIPs werden in den Krankenhäusern unterkommen und auch einen guten Teil der Zeit dort ableisten. Die Möglichkeiten in der freien Praxis lassen sich im Augenblick noch nicht übersehen.

● Es kann unter gar keinen Umständen damit gerechnet werden, daß aus der Gesamtvergütung, die die Kas-

senärztliche Vereinigung erhält, Gehälter für AiPs abgezweigt werden. Das ist aus Rechtsgründen nicht möglich.

Geändert wurde auch die Zulassungsordnung für die kassenärztliche Tätigkeit. Im Augenblick ist die Rechtslage so, daß nach der AiP-Zeit eine weitere Vorbereitungszeit für die Zulassung als praktischer Arzt nicht vorgesehen ist. Es kann also jeder Kollege, der keinen Arbeitsplatz im Krankenhaus findet, also keine Weiterbildung betreiben kann, die Niederlassung als praktischer Arzt anstreben, sobald er die AiP-Zeit abgeleistet hat. Ob das ein Dauerzustand sein wird, läßt sich im Augenblick noch nicht übersehen. Es gibt erhebliche Bestrebungen, über die AiP-Zeit hinaus eine weitere Vorbereitungszeit für die Kassenzulassung in das neue Krankenversicherungsrecht einzubauen.

Kassenärztliche Vorbereitungszeit: Was ist politisch möglich?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat den Vorschlag gemacht, eine Vorbereitungszeit von insgesamt drei Jahren vorzusehen, auf die natürlich die AiP-Zeit voll angerechnet würde. Rein rechtlich wäre das möglich; ob es politisch durchsetzbar ist, bleibt abzuwarten. Ich möchte es bezweifeln, denn immerhin muß man sich ja darüber klar sein, daß die Ableistung von drei Jahren, also noch ein Jahr über die volle AiP-Zeit hinaus, weitere Probleme schaffen würde, weil einfach die Arbeitsplätze dafür nicht zur Verfügung stehen. Deshalb habe ich schon vor zwei Jahren den Vorschlag gemacht, man solle sich auf AiP-Zeit plus sechs Monate in einer Kassenpraxis einigen. Das wäre ein Mittelweg, der vielleicht gerade noch gangbar gemacht werden könnte. Wir sind uns dabei durchaus darüber einig, daß der frühere Zustand – nach dem ja kaum ein Kollege mit weniger als fünf bis sieben Jahren Krankenhaustätigkeit in die Praxis gegangen ist – ideal wäre.

Die EG-Richtlinie bezieht sich auf die Allgemeinmedizin und besagt, daß vor Zulassung als praktischer Arzt eine zweijährige zusätzliche Ausbildung in Allgemeinmedizin abgeleistet werden muß. In diesen zwei Jahren müssen mindestens sechs Monate im Krankenhaus und mindestens sechs Mo-

nate in einer allgemeinmedizinischen Praxis abgeleistet werden.

Konsequenzen der EG-Richtlinie

● Eines ist damit schon heute klar: Wer diese Voraussetzungen nicht erfüllt, kann, wenn er etwa eine abgeschlossene Weiterbildung als Chirurg, als Urologe, als Augenarzt, als Anästhesist hat, nicht ohne weiteres sein Schild wechseln und die Zulassung als praktischer Arzt erhalten, wie das derzeit möglich ist. Diese sechs Monate in einer allgemeinmedizinischen Praxis sind verbindlich und müßten also auch von einem Gebietsarzt, der sich entschließt, eine Allgemeinpraxis zu errichten, zunächst abgeleistet werden.

Die Verlängerung dieser Zeit für die Bundesrepublik wäre rein formalrechtlich möglich, dürfte aber politisch doch auf erheblichen Widerstand stoßen. Wirksam wird diese EG-Richtlinie erst am 1. Januar 1995, entsprechende Bescheinigungen sollen aber bereits ab 1990 ausgestellt werden. Es wurde ja ein langer Streit darüber geführt, ob die zwei Jahre, die diese EG-Richtlinie vorsieht, begrifflich als Weiterbildung nach deutschem Recht anzusehen seien. Dem ist klar zu widersprechen. Die Richtlinie besagt ausdrücklich, daß die Regelung nach den Rechtsvorschriften der einzelnen Mitgliedsländer erfolgt, das heißt also, die AiP-Zeit ist hier voll kompatibel. Der ursprüngliche Gedanke, über die EG-Richtlinie den Zugang zur allgemeinärztlichen Tätigkeit schlechthin von der Erfüllung dieser Voraussetzungen abhängig zu machen, wurde fallengelassen. Das hätte für die Bundesrepublik erhebliche Folgen haben müssen, weil wir ja die verfassungsrechtliche Aufteilung der Kompetenzen haben. Der Bund ist (nach Artikel 94 Grundgesetz) zuständig für die Zulassung zum Beruf, die Länder sind zuständig für die Berufsausübungsregelungen. Es wäre also zu befürchten, daß die „Zulassung zum Beruf“ nicht mehr als „Arzt“, sondern als Allgemeinarzt, Augenarzt, Urologe erfolgen müßte. Eine solche Entwicklung kann sich niemand wünschen.

Die Frage ist, wie geht es weiter? Die Fakultäten sind jedenfalls in allen sechs Jahrgängen mit jeweils rund 12 000 Studierenden besetzt, ein Rückgang der Zahl der neuapprobierten Ärzte ist also nicht zu erwar-

ten. Die Hoffnung, die Kapazitätsverordnung würde geändert – also die Zahl der Studienanfänger reduziert werden –, scheint mir sehr gering zu sein. Vielleicht kommt es zu einer geringen Reduzierung. Man hat einmal davon gesprochen, von 12 000 auf 10 000 zurückzugehen. Ich bin sehr skeptisch. Man muß ja bedenken, daß sich zur Zeit immer noch mehr als 30 000 Abiturienten um einen Studienplatz bewerben. Wenn 12 000 genommen werden, haben wir nach wie vor einen recht rigiden Numerus clausus.

Weiterbildung – ein Spitzenplatz für die Allgemeinmedizin

Ich möchte Sie auch auf die Seite 11 des Geschäftsberichtes hinweisen. Hier finden Sie die Ergebnisse unserer Arbeit bei der Anerkennung von Arztbezeichnungen. Wir haben im vergangenen Jahr 1001 Urkunden ausgefertigt, darunter 203 für Allgemeinmedizin und 158 für Innere Medizin. Den Spitzenplatz hat also nach wie vor die Allgemeinmedizin. Dennoch, wenn Sie die Kassenzulassungen der letzten Jahre ansehen, zeigt sich, daß wesentlich mehr Kollegen als praktische Ärzte zugelassen wurden denn als Ärzte für Allgemeinmedizin. Bei den Zusatzbezeichnungen waren es 982, darunter allein 137 für Homöopathie und Naturheilverfahren und 159 für Psychotherapie. Mit der Weiterbildung und Anerkennung von Ärzten zum Führen einer Gebiets- oder Teilgebietsbezeichnung ist für die Kammer ein erheblicher Arbeitsaufwand verbunden. Sie wissen ja, daß seit einigen Jahren vor der Anerkennung zum Führen einer Gebiets- oder Teilgebietsbezeichnung eine Prüfung abgelegt werden muß. Im vergangenen Jahr wurden hier im Hause 940 Kandidaten geprüft, davon sind 49 durchgefallen. Also eine erfreulich geringe Rate. Die Leistungen haben sich in den vergangenen Jahren erheblich verbessert. Mit der Prüfung der Kollegen ist natürlich ein erheblicher – auch personeller – Aufwand verbunden. Wir haben etwa 300 Ärzte als Mitglieder unserer Prüfungsausschüsse, darunter fungieren 14 als Vorsitzende. Die Prüfungskommission setzt sich jeweils zusammen aus einem Vorsitzenden und zwei Beisitzern, wobei die beiden Beisitzer aus dem Gebiet oder Teilgebiet stammen, der Vorsitzende entweder aus dem konservativen oder operativen Bereich.

Sehr am Herzen lag uns auch die Förderung der Fortbildung, wobei wir von der Beratung der Kollegen, die Fortbildung betreiben, bis zur Organisation der Klinischen Fortbildung einen weiten Bogen spannen. Gerade die Klinische Fortbildung ist in Bayern außerordentlich beliebt und findet weit mehr Interessenten, als wir unterbringen können. Es ist nicht uninteressant, daß diese Art der Klinischen Fortbildung, wie wir sie in Bayern organisiert haben, in anderen Bundesländern nahezu unbekannt ist. Ein Schwerpunkt der Fortbildungsarbeit war die Fortbildung der Notärzte – also derjenigen jungen Kollegen, die Blaulichteinsätze fahren. Dabei ist die Zahl der Kursteilnehmer mit rund 7000 weitaus größer als die Zahl derer, die dann wirklich Notarzteinsätze fahren, aber ich finde es äußerst erfreulich, wenn sich möglichst viele junge Kollegen dieser Notarztfortbildung unterziehen. Sie ist in drei Stufen organisiert, das heißt, es müssen drei Kurse absolviert werden. Bisher haben 1300 Ärzte die Stufe III und damit also die Intensiv-Fortbildung für Notärzte abgeschlossen.

Fortbildung für Assistenzpersonal: Pionierarbeit der Bayern

Auch die Fortbildung der Helfer des Arztes, also des Assistenzpersonals, ist seit Jahren ein besonderes Anliegen der Kammer. Es sind jährlich mehr als 1000 Arzthelferinnen, die an Fortbildungskursen teilnehmen. Allein parallel zu unserem Nürnberger Fortbildungskongreß für Ärzte läuft eine Fortbildung für Assistenzpersonal, zu der sich schon für nächsten Dezember wieder über 800 junge Damen angemeldet haben, teils für Labor, für Röntgen oder für Nuklearmedizin – also für die verschiedenen Sparten, in denen unsere Helferinnen tätig sind. Die Kammer hat auch die Organisation und Betreuung für die auszubildenden Arzthelferinnen, also für die Arzthelferinnenausbildung. Das bedeutet eine sehr enge Zusammenarbeit mit allen Berufsschulen in Bayern, mit dem Berufsbildungsausschuß, mit allen an der Ausbildung Beteiligten.

Alle „Azubis“ sind bei der Kammer in der Datenverarbeitung registriert, insgesamt zur Zeit etwa 6500. Im vergangenen Jahr haben etwa 3300 davon die Abschlußprüfung bestanden und die Urkunde als Arzthelferin ausgehändigt bekommen.

Die Kammer hat, als „Nebenaufgabe“, seit Jahrzehnten ja auch noch den „Verein zur Förderung der Ausbildung und Fortbildung der medizinischen Assistenzberufe“. Über diesen Verein werden die Walner-Schulen betrieben mit einer großen Zahl von heranwachsenden medizinisch-technischen Assistentinnen, aber auch immer einer Klasse für Arzthelferinnen, was uns die Möglichkeit zu einem Leistungsvergleich gibt zwischen der dualen Ausbildung und dieser schulischen Ausbildung. Dann betreiben wir noch die Schule für Zytologie-Assistentinnen. Wir haben seinerzeit die erste Schule dieser Art

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Dr. h. c. Sewering, dankte zum Abschluß des 40. Bayerischen Ärztetages allen Delegierten für ihre rege und konstruktive Mitarbeit, die es möglich machte, eine derart umfangreiche Tagesordnung abzuwickeln.

Mit einem herzlichen Dank an alle Mitarbeiter der Kammer für den guten organisatorischen Ablauf schloß Professor Dr. Dr. h. c. Sewering den 40. Bayerischen Ärztetag.

in der Bundesrepublik begründet und damit den Kollegen, die zytologische Untersuchungen durchführen, das unbedingt notwendige Assistenzpersonal zur Verfügung gestellt. Wir bilden auch Orthoptistinnen aus – also auch hier ein breites Spektrum. Es ist erfreulich, daß wir für diese Schulen die staatliche Anerkennung bekommen haben, das heißt, der Freistaat hat damit auch wesentliche Kosten für Lehrpersonal und sonstige Aufwendungen übernommen.

Ein altes gemeinsames Anliegen von Kammer und Kassenärztlicher Vereinigung ist die Erkennung und Behandlung von Tumorerkrankungen, also von der Früherkennung bis zur Tumornachsorge. Wir haben zusammen mit Rentenversicherungsträgern, Krankenkassen sowie dem Freistaat – hier mit den einschlägigen Ministerien, Kultus-, Innen- sowie Arbeitsministerium – 1956 die „Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern“ gegründet und die

Federführung dieser Arbeitsgemeinschaft wurde von der Gründung an der Bayerischen Landesärztekammer übertragen. Natürlich sind die Mittel, die dieser Arbeitsgemeinschaft zur Verfügung stehen – sie kommen im wesentlichen aus dem Staatshaushalt – gering, aber es werden doch immer wieder Initiativen entfaltet. So hat der „Kalender für die Frau“ eine immense Verbreitung gefunden und die Zytologie-Schule wird seit Jahren von dieser Arbeitsgemeinschaft mitfinanziert. Das kann jetzt entfallen, weil die Schule die staatliche Anerkennung bekommen hat.

Krebsfrüherkennung – die Beteiligung ist erschreckend gering

Die Früherkennung von Krebserkrankungen bei Frauen und Männern wurde 1971 in die RVO aufgenommen. Wir selbst haben in Bayern durch Vereinbarungen mit den Krankenkassen diese Untersuchungen bereits früher begonnen. Schon bei der Eröffnung dieses Ärztetages hat der Herr Staatsminister Hillermeier ausgeführt – und ich konnte das leider nur bestätigen –, daß die Beteiligung an diesen Krebsfrüherkennungsuntersuchungen außerordentlich gering ist. Nach unseren Zahlen waren es im vorigen Jahr bei den Frauen 31 Prozent, bei den Männern nur 11 Prozent. Also eine geradezu erschreckend geringe Zahl, obwohl man doch sagen muß, daß diejenige Frau, welche zur Früherkennungsuntersuchung geht – jedenfalls, soweit das Zervixkarzinom angesprochen ist –, mit einer absoluten Sicherheit, von dieser Erkrankung verschont zu bleiben, rechnen kann. Das Carcinoma in situ ist im Rahmen der Früherkennungsuntersuchung erkennbar und damit kann die Erkrankung am Muttermund ausgeschaltet werden. Natürlich wissen wir, daß das schon beim Corpuskarzinom oder gar beim Ovarialkarzinom deutlich problematischer ist. Epidemiologisch haben sich – und das muß man zugeben – diese Vorsorgeuntersuchungen bis jetzt noch nicht auswirken können, weil eben die Beteiligung ganz einfach zu gering ist; eine epidemiologische Wirkung erzielt man nur mit hohen Beteiligungen.

Ich darf noch das Mammakarzinom erwähnen, das ja in die Früherkennungsuntersuchung der Frauen ein-

bezogen ist. Hier wurde noch die Mammographie mit eingebaut. Ich hoffe, daß die jetzt entwickelten selektiven Operationsmethoden an der Mamma auch bewirkt werden, daß vielleicht die Beteiligung steigt. Denn solange noch in jedem Falle die Radikaloperation durchgeführt worden ist, war es verständlich, daß Frauen Scheu hatten, zum Arzt zu gehen, um dann auch beim kleinsten Knoten womöglich bereits eine Radikaloperation vornehmen lassen zu müssen. Aber, soweit man aus der Literatur entnehmen kann, sind ja die bisherigen Ergebnisse der selektiven Operationen an der Brust doch sehr hoffnungsvoll und man kann also einer Frau heute wohl in Aussicht stellen, daß ein früh erkanntes Mammakarzinom, also ein kleinster Knoten, eben mit einer selektiven Operation geheilt werden kann, und das ist doch immerhin auch ein wesentlicher Fortschritt.

● Weitere Früherkennungsuntersuchungen – es wird über das Bronchialkarzinom gesprochen – sind einfach technisch nicht darstellbar. Wir wissen alle: bis man ein Bronchialkarzinom überhaupt einmal sieht, ist es bereits in einem fortgeschrittenen Stadium. Wir wissen dann schon nicht mehr, wie der Lymphknotenbefall ist und Reihenuntersuchungen bringen hier nichts. Sie wären entweder zu aufwendig und zu teuer oder sie führen zu unzureichenden Ergebnissen. Das gleiche gilt für Magen und Dickdarm. Man kann nicht endoskopische Untersuchungen als Früherkennungsuntersuchungen anbieten.

Tumornachsorge – das Programm wurde erweitert

Was uns in Bayern besonders am Herzen liegt, ist die Förderung der Tumornachsorge. Hier, so glaube ich, haben wir doch einiges auf die Beine gebracht. Schon 1968 wurde durch unsere Initiative die gynäkologische Tumorklinik in Bad Trissl-Oberaudorf eröffnet. Wir fanden einen privaten Träger, der bereit war, das Risiko auf sich zu nehmen. Diese Klinik hat heute 270 Betten, ist ärztlich hervorragend besetzt und bestens ausgestattet. 1969 haben wir dann auch die Schloßberg-Klinik in Oberstaufer mit einem privaten Träger übernommen. Die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Krebsbekämpfung in Bayern e.V., von

der ich schon berichtete und die von uns federführend geleitet wird, besorgt die Einweisung der Patienten in diese Nachsorgekliniken. Die Patientinnen und Patienten werden hier angemeldet und dann auf diese beiden Kliniken verteilt. Natürlich können die Kollegen auch jederzeit Patienten direkt in diese Nachsorgekliniken einweisen. Sie sind beide in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen worden und die Krankenkassen übernehmen dort die Pflegesätze.

Nach unserer Meinung ist es sinnvoll, wann nach einer Primärbehandlung – sei es Operation oder Bestrahlung – zunächst eine stationäre Nachbehandlung erfolgt und die Patientin oder der Patient dann in die Hand des niedergelassenen Arztes zur Durchführung der weiteren Nachsorge übergeht. Wir haben einen Modellversuch für Tumornachsorge vor zehn Jahren mit gynäkologischen Tumorformen begonnen und inzwischen eine umfangreiche Erfahrung sammeln können. In längeren Verhandlungen mit dem Tumorzentrum München und auch mit den übrigen Tumorzentren haben wir nunmehr das Tumornachsorge-Programm, wie Sie ja lesen konnten, auf alle Tumorformen erweitert. Ich hoffe, daß sich die niedergelassenen Kollegen um diese Aufgabe ganz besonders annehmen, auch wenn gewisse Schwierigkeiten, zum Beispiel in der Labor Diagnostik, ohne Zweifel durch die derzeitige finanzielle Situation gegeben sind. Wir sollten diese Aufgabe dennoch so gut wie möglich erfüllen im Interesse der betroffenen Patienten und auch in Erfüllung unserer Aufgabe als niedergelassene Ärzte. Hier benötigen wir natürlich eine intensive Zusammenarbeit mit den primär behandelnden Kliniken.

Optimale Dokumentation mit dem Nachsorgekalender

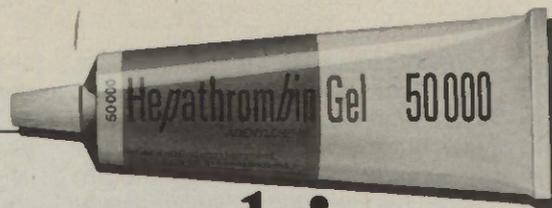
Der Terminkalender, der heute eigentlich im Bundesgebiet allgemein verwendet wird, wurde hier im Hause geboren und wir haben ein System der Dokumentation entwickelt, das den Grundsätzen der Anonymität entspricht. Alle Terminkalender, also Nachsorgekalender, die von der primär behandelnden Klinik ausgestellt werden sollen, haben eine Kennziffer. Die Dokumentation, die wir hier in unserer Datenverarbeitung speichern, ist sehr kurz gehalten und erfolgt nur unter dieser Kennziffer. Nur wer diese

Ziffer kennt, ist also in der Lage, Daten abzurufen. Das heißt, die primär behandelnde Klinik kennt ihren Patienten, weiß aber auch die Nummer des Terminkalenders und kann dann Nachsorge Daten aus unserer Datenverarbeitung unter dieser Nummer abrufen. Auf diese Weise haben wir ein System der Längsschnittbeobachtung entwickelt, von dem wir uns erhoffen, daß sich daraus neue Erkenntnisse für die Tumorbehandlung ergeben werden. Wir sind uns darüber einig, auch mit den Kollegen in den Tumorzentren, daß dies der mit Abstand beste Weg ist, um nicht nur medizinische, sondern auch epidemiologische Erkenntnisse zu gewinnen und haben deshalb auch einhellig ein staatliches Krebsregister – also ein drittes, außerhalb der Ärzteschaft organisiertes Krebsregister – abgelehnt.

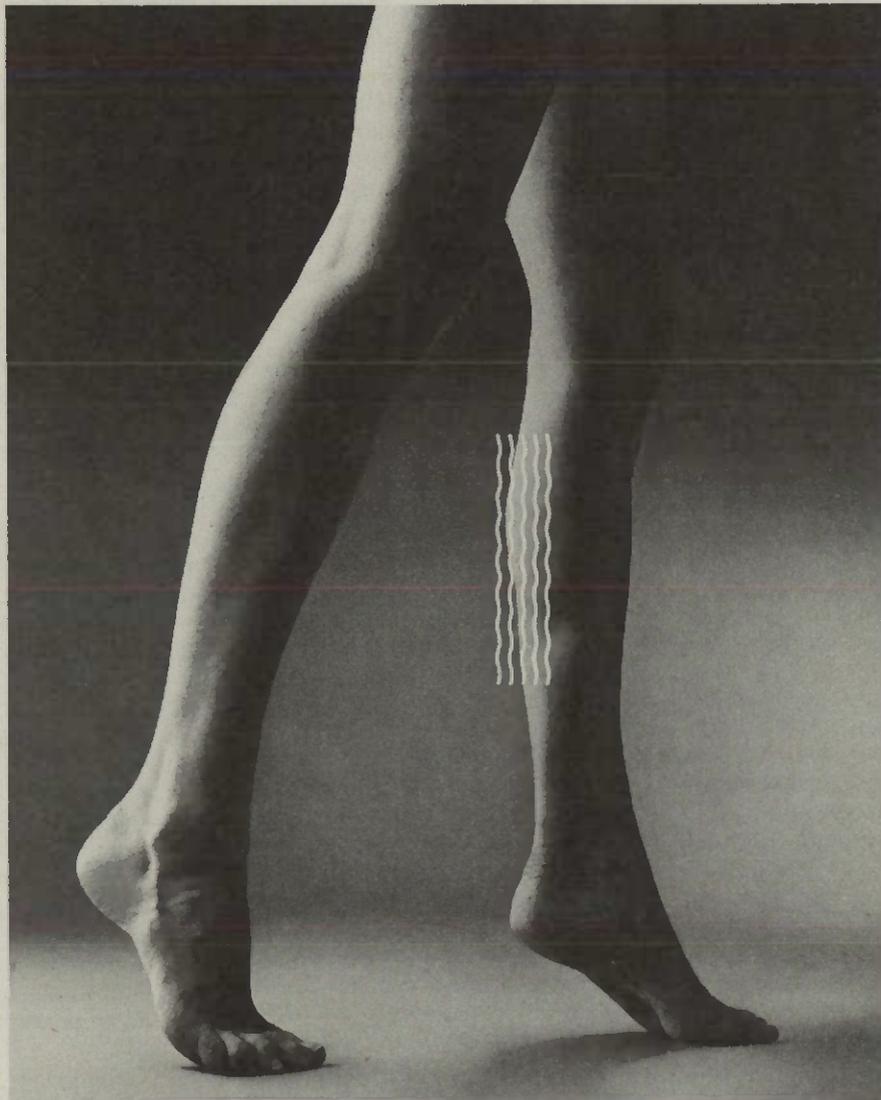
Organisatorischer Träger dieser ganzen Nachsorge ist die Kassenärztliche Vereinigung. Die Speicherung der – sehr kurz gehaltenen – Nachsorge Daten erfolgt in unserer eigenen Datenverarbeitung und der Datenschutz ist auf diese Weise voll gewährleistet. Er geht so weit, daß der Kassenarzt, der seine Abrechnung quartalsweise einreicht, seine Leistungen auf dem Krankenschein vermerkt, aber die Dokumentationsbögen getrennt davon in einem Umschlag mit einreicht. Diese gehen dann in die Datenverarbeitung. Es ist also nicht möglich, daß etwa Dokumentationsbögen und Krankenscheine zusammengeführt werden. Dies ist im einzelnen mit dem Datenschutzbeauftragten abgestimmt worden und fand dort die volle Zustimmung.

Perinatalerhebung: 85 Prozent der Geburten wurden erfaßt

Das gilt auch für ein weiteres großes Programm, das wir seit zehn Jahren betreiben, nämlich die Bayerische Perinatalerhebung. Wir haben im vorigen Jahr rund 100 000 Geburten ausgewertet und damit nun über 85 Prozent aller Geburten in Bayern erfaßt. Es gibt also noch eine kleine Lücke; wir hoffen, auch diese noch schließen zu können. Die Beteiligung an der Perinatalstudie ist ja für die Geburtshelfer freiwillig. Es ist aber erfreulich, daß nicht nur die Belegärzte – also die Gynäkologen, die als Belegärzte tätig sind – daran teilnehmen, sondern fast alle großen Kran-



Hepathrombin 150 g hilft bei venösen Beinleiden.



Antiödematös und antiphlogistisch bei Venopathien.

Unübertroffen in der Wirkstoff-Kombination: Heparin + Dexpanthenol + Allantoin. Dadurch:

- entzündungshemmend
- abschwellend
- schmerzlindernd
- antithrombotisch
- entstauend
- regenerierend
- gewebegängig
- schnell wirkend

Hepathrombin-Gel 50 000 ADENYLCHÉMIE®: Zusammensetzung: 100 g Gel enth.: Heparin 50 000 I.E., Allantoin 250 mg, Dexpanthenol 250 mg, Oleum Pini silvestris 80 mg, Oleum Pini pumilionis 80 mg. Anwendungsgebiete: Bei varikösem Symptomenkomplex, Thrombophlebitis, postthrombotischem Syndrom, Varizen, Wadenkrämpfen. Bei Sport- und Unfallverletzungen (Hämatomen, Prellungen, Kontusionen, Distorsionen). Ferner bei Tendovaginitis sowie Narbenkontraktur. Gegenanzeigen: Bestehen nach derzeitigem Wissensstand nicht. Nebenwirkungen: Vereinzelt allergische Hautreaktionen. Hinweis: Hepathrombin-Gel 50 000 nicht auf Schleimhäute oder offene Wunden bringen. Handelsformen und Preise: Tube mit 100 g DM 29,80, Tube mit 150 g DM 35,90, Anstaltspackung. Alle Preise mit MwSt.

A B16 Stand: 7/87

ADENYLCHÉMIE GMBH · 1000 BERLIN 10

kenhäuser und auch die Universitätskliniken in München, Erlangen und Würzburg. Sie reichen Ihre Erhebungsbögen für jede Geburt ein und wir können auf diese Weise eine sehr nützliche Arbeit leisten, weil die Kollegen, die vergleichsweise mit ihren Geburten ungünstig liegen, die also mehr Komplikationen haben, dann auch die Beratung der Fachleute in Anspruch nehmen können.

● Es ist sehr erfreulich, daß wir Innerhalb dieser zehn Jahre die Neugeborenensterblichkeit von 19 Promille im Jahr 1975 auf nunmehr sieben Promille senken konnten. Das ist die beste Zahl in der Bundesrepublik und wir liegen damit auch in der europäischen Spitzengruppe. Angelaufen ist seit etwa zwei Jahren auch eine Neonatalerhebung. Was wollen wir damit? Es wird ja heute alles getan, um auch das in seinem Leben bedrohte Frühgeborene zu retten und am Leben zu erhalten. Es ist aber schon von Interesse, einmal das Schicksal dieser Kinder zu verfolgen: Wie entwickeln sie sich, bleiben Schäden zurück, was wird aus diesen Neugeborenen, die nach der Geburt der intensiven Behandlung zugeführt werden mußten? Um das zu erkunden, haben wir, wie gesagt, seit etwa zwei Jahren eine Neonatalerhebung begonnen. Ergebnisse darüber kann ich Ihnen noch nicht berichten. Die Perinatalerhebung ist ein Pionierprojekt der bayerischen Ärzteschaft, das inzwischen mit allen Unterlagen bis hin zum Erhebungsbogen von allen Ärzteschaften der Bundesrepublik, also in allen Bundesländern, übernommen wurde. Wir veranstalten jedes Jahr ein Münchener Perinatalgespräch, zu dem sich alle Kollegen, die in den Bundesländern mit dieser Aufgabe befaßt sind, hier im Hause zum Erfahrungsaustausch treffen. Aber auch im Laufe des Jahres ist immer ein reger Erfahrungsaustausch im Gange. Wir haben seit zehn Jahren eine Kommission, der erfahrene Fachleute angehören, die dieses Projekt steuert.

„Gesundheitsvorsorge muß Motivation und Umstellung der Lebensweise bedeuten!“

Den Bereich Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung möchte ich nur kurz behandeln, denn wir haben bis jetzt nur sehr vage Pressemitteilungen. Einige Fragen wurden gestern abend sowohl vom Herrn Minister wie von mir angesprochen;

ich möchte sie nur noch einmal kurz anreißen: Das Thema Gesundheitsuntersuchung schwirrt ja seit eh und je in den Köpfen der Politiker. „Mehr Prävention statt kurativer Medizin“ hören Sie fast in jeder Wahlversammlung und es steht auch in allen Parteiprogrammen. In Wirklichkeit muß man sagen: Gesundheitsvorsorge, wenn sie wirksam sein soll, muß Motivation und Umstellung der Lebensweise bedeuten! Alle Erfahrungen weltweit zeigen, vor allem auch in den Vereinigten Staaten, daß man nur mit einer breit angelegten Werbung und Beeinflussung der Meinungsbildung zu einer Veränderung der Verhaltensweise kommen kann. Es ist immerhin in den Vereinigten Staaten gelungen, die Herzinfarktquote erheblich zu senken; auch die Rate der Schlaganfälle konnte gesenkt werden. Aber da ging eine ganz intensive Anti-Rauchkampagne voraus. Es ist ja gelungen, in den Vereinigten Staaten die Zahl der Raucher erheblich zu senken.

Die Einzelberatung in der Praxis – so schön sie sein mag und so sehr sie sich manche wünschen als Ergänzung der Arbeit in der Praxis – hat natürlich eine Fülle von Konsequenzen. Wenn das Gespräch zwischen Arzt und Patient geführt wird und der Patient gibt irgendwelche Beschwerden an, seien sie auch noch so vage, dann muß das bereits eine intensive Untersuchung auslösen, die über diese Gesundenuntersuchung hinausgeht, weil ja in dem Augenblick bereits der Begriff des Krankheitsverdachts im Raum steht. Wenn der Arzt hier nicht handelt, muß er mit forensischen Konsequenzen rechnen.

● Ich beschäftige mich seit Jahrzehnten mit diesen Fragen. Wenn es uns nicht gelingt, daß unsere Bevölkerung in breitem Umfange endlich die Bedeutung der Risikofaktoren anerkennt und danach handelt, dann werden wir auf dem Gebiet der Prävention nur geringe Aussichten auf Erfolg haben!

Besonders sorgenvoll ist für mich die Situation bei der Jugend. Sie haben ja zusammen mit der Vorstandsresolution „Prävention und Gesundheits-erziehung“ den Leitartikel „Gefahren für die Jugend“, in dem ich einige Daten zusammengetragen habe. Wenn hier nicht bald intensiv gehandelt wird, werden wir in einigen Jahrzehnten eine kranke Bevölkerung haben! Wir müssen das Bewußtsein der Öffentlichkeit wecken und sollten

alles tun, um vor allem für die Jugend Vorbilder zu schaffen. Die Jugend muß dazu gebracht werden, zu sagen „Rauchen ist doof“ oder „wer raucht, ist doof“. Das ist zwar nicht bayrisch, aber die Jugend hat ja nun einmal ihre eigenen Begriffe.

Impfungen – die Zahlen steigen, doch bei der Rötelnimpfung ...

Eine Aufgabe, der wir uns seit einigen Jahren unterziehen, ist die Durchführung der Impfungen. Sie wissen ja, daß es uns gelungen ist, durch Vereinbarungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung, mit den RVO-Kassen, zunächst in Bayern die Impfungen vom öffentlichen Gesundheitsdienst in die Kassenpraxis zu verlegen. Die Ersatzkassen haben sich dieser Vereinbarung für Bayern angeschlossen. Inzwischen haben auch andere Bundesländer das erreicht. Im vorigen Jahr haben wir 2,1 Millionen Impfungen durchgeführt. Die Zahl der Impfungen ist im Laufe der letzten Jahre von Jahr zu Jahr erheblich angestiegen. Die gefährlichste Lücke liegt immer noch bei den Rötelnimpfungen.

Wenn man über Präventivmaßnahmen spricht, die die Ärzte anbieten können, dann sind es neben den Impfungen natürlich alle Maßnahmen der Arbeitsmedizin. Erfreulicherweise hat ja die Zahl der arbeitsmedizinisch tätigen Ärzte deutlich zugenommen. Wir mußten allerdings darum kämpfen, daß die niedergelassenen Ärzte, die neben ihrer Kassenpraxis betriebsärztlich tätig sind, aus dieser Arbeit nicht verdrängt werden. Mit der Zusatzbezeichnung „Betriebsmedizin“ kann aber auch in Zukunft die arbeitsmedizinische Tätigkeit ausgeübt werden. Die alte, sogenannte „kleine“ Fachkunde genügt allerdings in den kommenden Jahren nicht mehr.

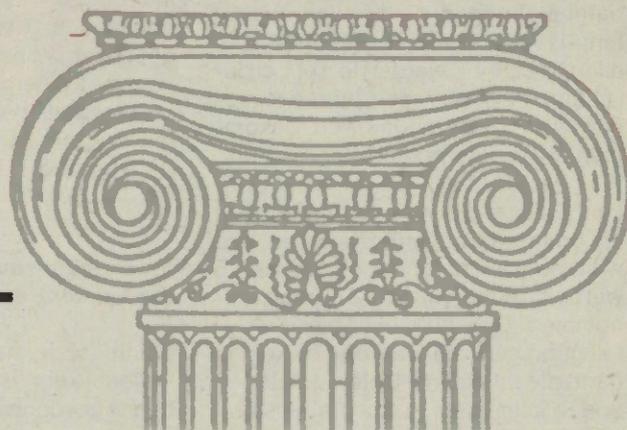
Sehr bedenklich ist, wenn man den ganzen Bereich der Risikofaktoren ansieht, natürlich die Zunahme der Verkehrsunfälle, vor allem bei jungen Menschen, ganz im Vordergrund den Motorradfahrern. Da gibt es leider sehr makabre Zusammenhänge: Etwa 55 Prozent aller gespendeten Organe kommen von Unfalltoten und unter diesen Unfalltoten ist der Anteil der jungen Menschen überwältigend groß. Das heißt also, die Entwicklung der Transplantation oder der Transplantationsmedizin lebt von der Unfallquote. Aber auf der anderen Seite

kostensenkende
Marken-Präparate

**AZU-
CHEMIE**

Die Klassiker

der Antibiotika- Therapie



Azudoxat[®]

Azudoxat[®] teilbare Tabletten
Doxycyclin 100 mg

N 1 10 Tabl.
N 2 20 Tabl.
N 3 50 Tabl.



DM 11,80
DM 22,95
DM 44,35

Penicillat[®]

Penicillat[®] Filmtabletten
Phenoxymethylpenicillin
1000000 I.E.

N 1 10 Filmtabl.
N 2 20 Filmtabl.



DM 7,60
DM 10,55

Amoxillat[®]-250

Amoxillat[®]-250 Granulat
Granulatbeutel mit
250 mg Amoxicillin

N 1 10 Beutel
N 2 20 Beutel



DM 9,70
DM 19,15

Amoxillat[®]-750

Amoxillat[®]-750 Filmtabletten
Amoxicillin 750 mg

N 1 10 Filmtabl.
N 2 20 Filmtabl.



DM 20,85
DM 38,55

Amoxillat[®]-1000

Amoxillat[®]-1000 Filmtabletten
Amoxicillin 1000 mg

N 1 10 Filmtabl.
N 2 20 Filmtabl.



DM 26,30
DM 47,40

Bactoreduct[®]

Bactoreduct[®] Tabletten
Trimethoprim 80 mg
Sulfamethoxazol 400 mg

N 2 20 Tabl.
50 Tabl.



DM 6,65
DM 14,15

Bactoreduct[®]-forte

Bactoreduct[®]-forte Tabletten
Trimethoprim 160 mg
Sulfamethoxazol 800 mg

N 1 10 Tabl.
N 2 20 Tabl.



DM 5,95
DM 11,65

● **Azudoxat[®]** Tabletten: **Zus.**: 1 Tablette enthält: Doxycyclinhydrochlorid $\frac{1}{2}C_{21}H_{33}NO_6$ entspr. Doxycyclin 100 mg. **Ind.**: Infektionen durch doxycyclinempfindl. Erreger, Infekte der Atemwege, der Gallenwege, des Uro-Genital-Systems. **Kontraind.**: Überempfindlichkeit gegen Tetracycline; Schwangerschaft, Stillzeit, Kinder bis zum 8. Lebensjahr. **Nebenwirk.**: Gastrointestinale Störungen, allergische Haut- und Schleimhauterscheinungen, Lichtsensibilisierung. **Dos.**: Erw. u. Jugendl. über 50 kg Körpergewicht am 1. Tag 2 Tabl., dann jeweils 1 Tabl. Einnahme mit reichlich Flüssigkeit. ● **Penicillat[®]** Filmtabletten: **Zus.**: 1 Filmtabl. enth.: Phenoxymethylpenicillin-Kalium 650 mg (entspr. 1000000 I.E.). **Ind.**: Infektionen durch penicillinempfindliche Erreger wie z.B. Angina, Bronchitis, Lungenentzündung, Otitis media. **Kontraind.**: Penicillin-Überempfindlichkeit. **Nebenwirk.**: Magen-Darm-Störung, Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut. **Dos.**: Kinder von 7 bis 12 Jahren: 3 x $\frac{1}{2}$ -1 Tabl. tägl.; Jugendl. u. Erw.: 3 x 1-3 Tabl. tägl. ● **Amoxillat[®]-250/-750/-1000** Filmtabletten: **Zus.**: 1 Lacktablette Amoxillat-750/1000 enthält: Amoxicillin $3H_2O$ 860,82 mg/1147,76 mg (entsprechend 750 bzw. 1000 mg Amoxicillin). **Ind.**: Infektionen durch amoxicillinempfindliche Keime, z.B. Infektionen der Atemwege, der Lunge, des Magen-Darm-Traktes, des Urogenital-Traktes, des HNO-Bereichs. **Kontraind.**: Penicillin-Überempfindlichkeit, Mononucleosis infectiosa. **Nebenwirk.**: Überempfindlichkeitsreaktionen, allergische Hautreaktionen, gastrointestinale Störungen. „Hinweis für Diabetiker: 1 Granulatbeutel enthält 0,39 BE Saccharose“. **Dos.**: Lacktabletten 750/1000 mg: Erwachsene und Jugendliche über 12 Jahren 3-4 x täglich 1 Lacktablette zu 750 bzw. 1000 mg. Granulat: Kleinkinder und Schulkinder 50 mg/kg Körpergewicht täglich auf 3 bis 4 Gaben verteilt, entsprechend 3 bis 4 x täglich 1 bis 2 Granulatbeutel. In schweren Fällen kann die Tagesdosis auf das Doppelte gesteigert werden. ● **Bactoreduct[®]/-forte** Tabletten: **Zus.**: 1 Tabl. Bactoreduct[®] enth.: Trimethoprim 80 mg, Sulfamethoxazol 400 mg; 1 Tabl. Bactoreduct[®]-forte enth.: Trimethoprim 160 mg, Sulfamethoxazol 800 mg. **Ind.**: Bronchitis, Pneumonie, Sinusitis, Otitis, Infektionen der Nieren und ableitenden Harnwege, des Magen-Darm-Traktes, Infektionen der Haut wie Abszesse, Furunkel. **Kontraind.**: Überempfindlichkeit gegen Trimethoprim oder Trimethoprim-Analoga, sulfonamidähnliche Substanzen. Schwere Leberschäden, hochgradige Niereninsuffizienz, Blutbildveränderung, schwere Allgemeinreaktionen der Haut; Schwangerschaft, Stillzeit. Früh- und Neugeborene in den ersten Lebenswochen. **Nebenwirk.**: Magen-Darm-Störungen, allergische Reaktionen, hämatologische Veränderungen, Cholestase, Hepatitis, Schwindel, Kopfschmerz, Halluzinationen. In der Langzeittherapie Blutbildkontrollen. Selten Folsäuremangel. **Dos.**: Erw. u. Jugendl. über 12 Jahre: 2 x 2 Tabl. Bactoreduct[®] bzw. 2 x 1 Tabl. Bactoreduct[®]-forte tägl. Maximaldos.: 2 x 3 Tabl. Bactoreduct[®] bzw. 2 x 1 $\frac{1}{2}$ Tabl. Bactoreduct[®]-forte tägl. Langzeitbehandl.: 2 x 1 Tabl. Bactoreduct[®] bzw. 2 x $\frac{1}{2}$ Tabl. Bactoreduct[®]-forte tägl.

Azu-chemie, 7016 Geringen

sind doch die Verluste, die unsere Gesellschaft durch den Tod oder auch die schweren Verletzungen vieler junger Menschen erleidet, außerordentlich bedenklich und sorgenvoll.

Kindervorsorga – die Lücke nach dem vierten Jahr

Die Neugeborenen- und Kleinkinderuntersuchungen, die seit Jahren laufen – U 1 bis U 8, diese Begriffe sind ja allen bekannt –, werden leider bei der U 1 und U 2 seit einigen Jahren stationär durchgeführt; dadurch bekommen wir so gut wie keine Zahlen mehr. Wir nehmen aber an, daß in den Krankenhäusern diese Untersuchungen lückenlos durchgeführt werden. Die weiteren Untersuchungen 3, 4 und 5 werden recht gut in Anspruch genommen. Danach sinkt aber die Beteiligung sehr stark ab und es kommt dann die Lücke: die Untersuchungen enden ja mit dem vierten Lebensjahr, dann werden die Kinder erst wieder in der Schule – im ersten Schuljahr – untersucht. Diese Lücke sollte geschlossen werden. Wir haben Ihnen dazu einen Entschließungsentwurf vorgelegt.

Nun zu konkreten Fragen der Reform. Reform ist immer ein problematisches Wort in der Krankenversicherung: der Neuordnung, würde ich lieber sagen. Dazu einige Anmerkungen: Es muß unter allen Umständen die umfassende ärztliche Versorgung der Versicherten erhalten bleiben. Darüber gibt es wohl auch keinen Streit. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat sich im Mai dieses Jahres voll zu dem Grundsatz des Sachleistungsprinzips und des Solidarprinzips bekannt. Hier haben wir natürlich das Problem der hohen Belastung durch die Rentner. Sie erfordern wesentlich höhere Aufwendungen als die Versicherten und ein Teil der Beiträge der aktiv Versicherten muß deshalb für die Versorgung der Rentner verwendet werden. Dabei gibt es eine interessante Untersuchung, die zeigt, daß die Frührentner zwischen dem 45. und 65. Lebensjahr den vierfachen Aufwand wie ihre gesunden Altersgenossen haben, während die Altersrentner ab 65 lediglich den doppelten Aufwand gegenüber den aktiv Versicherten haben. Ich bin der Meinung, am Solidarprinzip sollte in einem Sozialstaat nicht gerüttelt werden! Irgendwie muß man das aufbrin-

gen, aber man sollte dann nicht immer über die Beiträge jammern, sondern den aktiv Versicherten, den arbeitenden Versicherten auch sagen, wofür sie ihren hohen Beitrag bezahlen müssen. Einige Prozentpunkte, etwa dreieinhalb Prozentpunkte, entfallen nun einmal auf das Solidarprinzip. Wir sind auch daran interessiert, daß die gute Zusammenarbeit der Ärzte in der niedergelassenen Praxis und in den Kliniken erhalten bleibt, allerdings – das habe ich gestern abend sehr deutlich zum Ausdruck gebracht – halten wir nichts von neuen Plänen einer organisierten und institutionalisierten prästationären Diagnostik und nachstationären Behandlung.

Krankenhausambulanzen gefährden die Existenz des Nachwuchses

Wenn sich herausstellt, daß ein Patient kein Bett im Krankenhaus benötigt, dann kann man ihn auch wieder nach Hause schicken, und dann kann die weitere Diagnostik in den vielen Arztpraxen gemacht werden, die es heute bereits gibt. Ich sage dies nicht allein im Interesse derer, die bereits Kassenärzte sind, sondern nicht minder auch im Interesse derer, die Kassenärzte werden wollen. Es ist nun einmal ein Faktum – das möchte ich gerade den Kollegen im Krankenhaus in Erinnerung rufen –, daß 80 Prozent aller Assistenzärzte nur eine berufliche Existenz in der freien Praxis finden können. Sie sollten deshalb mit uns zusammen verhindern, daß durch Ambulanzen in den Krankenhäusern diese Existenzmöglichkeiten für niedergelassene Ärzte verringert werden! Die Frage der Krankenhausfälle – gestern wurden 1,9 Millionen stationäre Fälle genannt – wird untersucht. Wir haben vereinbart, daß eine wissenschaftliche Begleituntersuchung anläuft. Es muß vor allem einmal geklärt werden: welches sind die Gründe für die sehr zahlreichen Kurzaufenthalte von zwei, drei Tagen? Insgesamt soll einmal der Frage nachgegangen werden, warum eigentlich immer mehr Patienten stationär ins Krankenhaus eingewiesen werden, obwohl die ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte ja gleichzeitig immer dichter wird? Wogegen wir uns gemeinsam, jedenfalls mit den bayerischen Kassen wehren, ist die Entwicklung zur Einheitskrankenkasse in der Bundesrepublik. Hier würde jeder über den derzeitigen Zustand

hinausgehende Finanzausgleich bereits die Türen zur Einheitskrankenkasse öffnen; man muß dem also sehr aufmerksam begegnen.

AIDS-Schutz ohne Diskriminierung

Das Thema AIDS wurde gestern abend sowohl vom Vertreter der Staatsregierung als auch von mir angesprochen. Wir sind uns darüber einig, daß es keine namentliche Meldepflicht geben soll. Die Labormeldepflicht ist am 1. Oktober in Kraft getreten, so daß epidemiologische Daten gewonnen werden können.

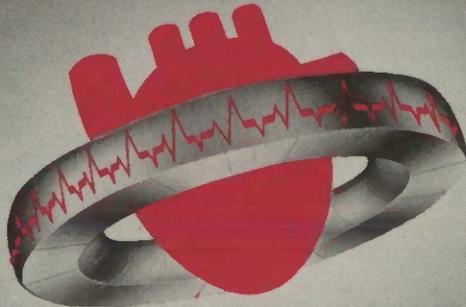
Nach den letzten Erkenntnissen braucht man nicht zu befürchten, daß es zu einer Volksseuche kommt. Wir waren gerade die ersten Tage dieser Woche bei der Tagung des Weltärztebundes in Madrid und dort haben die Amerikaner ihre letzten Zahlen vorgestellt. Daraus geht hervor, daß sich die Masse der AIDS-Erkrankungen nach wie vor auf die bekannten Risikogruppen beschränkt, der Anteil der Erkrankten im Randbereich der Risikogruppen – also etwa Kontaktpersonen mit bisexuellen Männern – ist ganz schmal und vor allem schmal geblieben. Ein Überspringen in die Bevölkerung ist derzeit also nicht zu erkennen.

Wir müssen ein Interesse daran haben, daß möglichst viele Infizierte entdeckt werden, damit sie ihre Lebensweise darauf einstellen können. Das darf natürlich nicht damit verbunden sein, daß solche Menschen dann an den Pranger gestellt oder irgendwie diskriminiert werden. Aber jeder, der nun einmal das Unglück hat, infiziert zu sein, muß wissen, daß er ansteckend ist und seine Lebensweise darauf einzurichten hat.

HIV-Test beim Hausarzt

Der Herr Minister hat schon bekanntgegeben, daß wir gerade einen Vertrag mit dem Freistaat ausarbeiten über die Kostenübernahme für anonyme Blutuntersuchungen. Ab 1. Januar 1988 kann jeder in Bayern Lebende zu seinem Arzt oder zu einem Arzt gehen und anonym Blut abnehmen lassen, das dann anonym untersucht wird. Er erfährt das Ergebnis, aber es wird nicht dokumentiert, das heißt also, es erscheint nirgends der Name des Patienten. Das, glaube ich,

Arrhythmie- Schutz



Bei ventrikulären und supraventrikulären Arrhythmien

rytmonorm®

Das Normo-Rhythmikum

Das Mehr an Leistung

Zusammensetzung: 1 Filmtablette Rytmonorm 150 mg enthält 150 mg Propafenonhydrochlorid; 1 Filmtablette Rytmonorm 300 mg enthält 300 mg Propafenonhydrochlorid; 20 ml der Injektionslösung enthalten 70 mg Propafenonhydrochlorid und 1,076 g Glucose-Monohydrat für Injektionszwecke zur Herstellung der Blutsäure. **Indikationen:** Alle Formen von ventrikulären und supraventrikulären Extrasystolen, ventrikulären und supraventrikulären Tachykardien und Tachyarrhythmien, auch bei WPW-Syndrom. **Kontraindikationen:** Manifeste Herzinsuffizienz, Kardiogener Schock (außer arrhythmiebedingt), Schwere Bradykardie, Präexistente höhergradige sinuatriale, atrioventrikuläre und intraventrikuläre Störungen der Erregungsleitung, Sinusknotensyndrom (Bradykardie-Tachykardie-Syndrom), Manifeste Störungen des Elektrolythaushaltes, Schwere obstruktive Lungenerkrankungen, Ausgeprägte Hypotonie. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft und während der Stillzeit ist die Verordnung von Rytmonorm kritisch abzuwägen. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich, insbesondere bei höherer Anfangsdosierung, können Magendarmstörungen, u.a. Appetitlosigkeit, Völlegefühl, Übelkeit, Brechreiz und Erbrechen, auch ein bitterer Geschmack und Taubheitsgefühl im Mund, vereinzelt unsicheres Sehen, Schwindelgefühl, sehr selten Müdigkeit und Kopfschmerzen auftreten. In seltenen Fällen können allergische Hauterscheinungen, wie Rötung, Juckreiz, Exanthem oder Urtikaria, auftreten, die sich nach Absetzen des Medikaments zurückbilden. Bei älteren Patienten gelegentlich orthostatische Kreislaufregulationsstörungen. Treten visuelle Symptome, Müdigkeit oder Kreislaufstörungen mit RR-Abfall auf, kann des Reaktionsvermögen beeinträchtigt sein. In seltenen Fällen Bradykardie, SA-, AV-Blockierungen (Gegenmaßnahmen: Atropin, Orciprenalin) und intraventrikuläre Leitungsstörungen (Gegenmaßnahme: Elektrotherapie). Bei stark vorgeschädigtem Myokard ist eine unerwünscht starke Beeinträchtigung der Erregungsüberleitung oder Myokardkontraktilität möglich. Eine Herzinsuffizienz kann sich verschlimmern. In seltenen Fällen kann eine Cholestase als Zeichen einer individuellen Überempfindlichkeitsreaktion von hyperergisch-allergischem Typ auftreten. Die Erscheinung ist dosisunabhängig und bildet sich nach Absetzen des Arzneimittels voll zurück. Eine Beschleunigung der Kammerfrequenz kann nicht ausgeschlossen werden. Dies gilt in extrem seltenen Fällen auch für das Auftreten von Kammerflattern oder -flimmern. Bei hoher Dosierung von Fall zu Fall Verminderung der Potenz und der Samenzellenzahl. Da die Behandlung mit Rytmonorm lebenswichtig sein kann, darf Rytmonorm wegen dieser Nebenwirkung nicht ohne ärztlichen Rat abgesetzt werden.

Dosierung und Anwendungsweise: Filmtabletten: Die Ermittlung der individuellen Erhaltungsdosis sollte unter kardiologischer Überwachung mit mehrmaliger EKG- und Blutdruckkontrolle (Einstellungsphase) erfolgen. Bei Verlängerung der QRS-Dauer um über 20% im Vergleich zu den Ausgangswerten oder Verlängerung der frequenz-korrigierten QT-Zeit soll die Dosis reduziert oder bis zur Normalisierung des EKG ausgesetzt werden. Bei eingeschränkter Leber- und/oder Nierenfunktion können therapeutische Dosen zur Kumulation führen. Unter EKG-Kontrolle können jedoch auch solche Fälle gut mit Rytmonorm eingestellt werden. Für die Einstellungsphase und Erhaltungstherapie hat sich eine Tagesdosis von 450–600 mg (1 Filmtablette Rytmonorm 150 mg 3mal täglich bis 1 Filmtablette Rytmonorm 300 mg 2mal täglich) bewährt. Gelegentlich ist eine Steigerung der Tagesdosis auf 900 mg erforderlich (1 Filmtablette Rytmonorm 300 mg bzw. 2 Filmtabletten Rytmonorm 150 mg, 3mal täglich), in Ausnahmefällen kann diese Tagesdosis bei strenger kardiologischer Kontrolle überschritten werden. Diese Angaben gelten für Patienten mit einem Körpergewicht um 70 kg. Bei geringerem Gewicht sind die Tagesdosen entsprechend zu reduzieren. Rytmonorm soll bei Patienten in höherem Lebensalter oder mit stark vorgeschädigtem Myokard in der Einstellungsphase besonders vorsichtig – einschleichend – dosiert werden. Die Filmtabletten sollen wegen des bitteren Geschmacks und der oberflächenanästhetisierenden Wirkung des Wirkstoffes ungelutscht und unzerkaut mit etwas Flüssigkeit nach dem Essen eingenommen werden. Injektionslösung: siehe Fachinformation. **Wechselwirkungen:** Bei gleichzeitiger Anwendung von Lokalanästhetika (z.B. bei Schrittmacherimplantation, chirurgischen oder zahnärztlichen Maßnahmen) sowie anderen Arzneimitteln, die eine Hemmung von Herzfrequenz und/oder Kontraktilität des Herzens bewirken (z.B. Betarezeptorenblocker), ist die Möglichkeit einer Wirkungsverstärkung zu berücksichtigen. Erhöhungen des Digoxin-Plasmaspiegels bei gleichzeitiger Gabe von Rytmonorm sind beschrieben. Bei Anzeichen einer Digitalisüberdosierung sollte deshalb der Digoxin-Plasmaspiegel bestimmt und nötigenfalls die Glykosiddosis reduziert werden. **Lagerung:** Rytmonorm, Injektionslösung, darf nicht unter 15° C gelagert werden. **Handelsformen:** **Rytmonorm® 150 mg:** 20 Filmtabletten (N 1) DM 25,47, 50 Filmtabletten (N 2) DM 50,84, 100 Filmtabletten (N 3) DM 87,64. **Rytmonorm® 300 mg:** 20 Filmtabletten (N 1) DM 40,99, 50 Filmtabletten (N 2) DM 86,45, 100 Filmtabletten (N 3) DM 147,94. **Rytmonorm®:** 5 Ampullen OP DM 33,44. Stand: März 1987

Knoll AG
D-6700 Ludwigshafen



ist sehr erfreulich und wird uns auch wieder ein Stück weiterhelfen.

● Im übrigen muß ich sagen: die Sorge, das, was über Bayern geschrieben wurde, hätte die Menschen von den Gesundheitsämtern weggetrieben, trifft nicht zu. Bereits in diesem Jahr sind in den ersten neun Monaten fast doppelt so viele anonyme Blutuntersuchungen in den Gesundheitsämtern Bayerns gemacht worden als im ganzen vorigen Jahr! Die Menschen gehen zur Untersuchung und wir werden das noch mehr dadurch verbreitern, daß unsere Mitbürgerinnen und Mitbürger zu jedem Arzt gehen können.

● Wenn der Krankenschein in Anspruch genommen wird, dann ist es natürlich mit der Anonymität – jedenfalls beim Arzt – zu Ende. Die Schweigepflicht gilt nach wie vor, aber der Arzt muß, wenn er den Krankenschein entgegennimmt, in seinen eigenen Aufzeichnungen auch das Ergebnis einer HIV-Untersuchung festhalten. Hier gelten die gleichen Grundsätze wie bei jeder anderen Erkrankung. Das kann unter Umständen folgendes bedeuten: wenn eine Rückfrage beim Arzt kommt mit dem Hinweis, daß der Patient alle Ärzte von der Schweigepflicht entbunden hat, müßte auch eine solche Angabe gemacht werden. Man wird also den Kollegen raten müssen, in derartigen Fällen vorher mit dem Patienten Kontakt aufzunehmen, weil er sich vielleicht über die Entbindung von der Schweigepflicht nicht in vollem Umfange klar war. Die stationäre Behandlung wird von den Kassen natürlich übernommen wie bei jeder anderen Krankheit.

Erhöhtes Berufsrisiko durch AIDS? Nein!

Ein Wort zur Frage „AIDS als Berufsrisiko“. Auch nach den letzten Angaben, die wir jetzt in Madrid erfahren haben, ist die Zahl der Berufsinfektionen so minimal, daß man sagen kann, sie lassen sich an einer Hand abzählen. Die allgemeine Auffassung geht deswegen dahin, daß sich die Ärzte und das Pflegepersonal bei der Behandlung ihrer Patienten so vorsichtig verhalten sollen, wie sie es auch bisher tun mußten. Eine Hepatitis-Infektion mußte ja schon stets bedacht werden. Ein automatischer HIV-Test bei jeder Krankenhausaufnahme wird demnach zur Zeit noch nicht für notwendig gehalten und, so wie die

Entwicklung geht, vielleicht auch nicht notwendig sein.

Wir dürfen eines nicht übersehen, wenn wir uns als Ärzte auf den Standpunkt stellen, es müsse zum Schutz von Ärzten und Pflegepersonal automatisch bei jedem Patienten ein AIDS-Test gemacht werden, dann könnten natürlich auch die Patienten verlangen, daß bei jedem Arzt und jedem Pfleger ein regelmäßiger AIDS-Test gemacht wird, damit der Patient keine Gefährdung zu befürchten hat. Ich glaube also, wir sollten die Dinge nicht überspitzen, vor allem deswegen nicht, weil die Zahl der wirklich anzuerkennenden Berufsinfektionen, wie gesagt, ganz minimal ist.

Die Frage, ob der HIV-Test eine Körperverletzung darstellt, ist einfach zu beantworten. Wenn bei einem Patienten Blut für Laboruntersuchungen abgenommen wird und der Arzt dem Patienten sagt: „Wir nehmen Blut ab fürs Labor, es werden eine Reihe von Labortests gemacht“, dann kann dies niemals Körperverletzung sein. Körperverletzung bedeutet das Eindringen in den Körper mit der Nadel und nicht nur die Vermehrung der Analysen, die aus dem gewonnenen Blut gemacht werden.

Das Bundesgesundheitsministerium muß in Sachen Frischzellen endlich aktiv werden

Ich habe gestern abend auch zu der Frage der Zelltherapie Stellung genommen. Wir wissen ja, daß das Bundesgesundheitsamt die Zulassung für industriell hergestellte Zellpräparate zum Ruhen gebracht hat, und zwar begrenzt zunächst bis 30. Juni nächsten Jahres. Den Herstellern wird Gelegenheit gegeben, in dieser Zeit Gegenargumente vorzutragen. Die Begründung des Bundesgesundheitsamtes ist überzeugend. Sie stützt sich auf gemeldete Komplikationen, zum Teil mit tödlichem Ausgang. Aber nach dem Arzneimittelgesetz kann das Bundesgesundheitsamt nicht verbieten, daß frisch hergestellte Zellpräparate unmittelbar dem Patienten für viel Geld einverleibt werden. Hier müßte das Bundesgesundheitsministerium selbst eine Verordnung erlassen. Bisher ist leider noch nicht bekannt, ob hier bereits Vorbereitungen im Gange sind. Ich habe deshalb Herrn Minister Hillermeier dringend geraten, daß die Staatsregierung vorstellig wird.

Röntgenverordnung – den Bund an seine Kompetenzen erinnern

Ein Letztes: die Röntgenverordnung kommt auf uns zu. Ab 1. Januar 1988 wird sie wirksam und damit sind eine Reihe von Konsequenzen für die Ärzte und euch für uns als Berufsvertretung verbunden. Von diesem Zeitpunkt ab können Röntgeneinrichtungen zur Untersuchung von Menschen nur noch mit besonderer Genehmigung betrieben werden. Voraussetzung sind sowohl der Erwerb und Nachweis von Kenntnissen im Strahlenschutz als auch Kenntnisse in der radiologischen Diagnostik. Das Ganze geht zurück auf eine Euratom-Richtlinie, die für die Bundesrepublik verbindlich ist. Das Bundesarbeitsministerium in Zusammenarbeit mit dem Bundesgesundheitsamt will nun eine Richtlinie herausgeben. Zu unserem größten Erstaunen ist im Entwurf dieser Richtlinie nicht nur der Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz geregelt, sondern es sind darin auch Vorschriften über den Erwerb der radiologisch-diagnostischen Fachkenntnisse enthalten. Ich habe dagegen massiv protestiert und darf mich beim Bayerischen Innenministerium, bei Herrn Drausnick und Herrn Scholz bedanken, daß meine Rechtsauffassung vom Innenministerium voll geteilt wird. Sie ist inzwischen auch dem Bayerischen Sozialministerium zugegangen. Auch die anderen Kammern habe ich mobilisiert, denn hier versucht der Bund einen Eingriff in die Weiterbildungsordnung: Vermittlung, Erwerb und Nachweis röntgendiagnostischer Kenntnisse sind in der Weiterbildungsordnung im einzelnen geregelt und wir können nicht dulden, daß von Seiten des Bundes über die Hintertüre der Röntgenverordnung nun plötzlich die Weiterbildungsordnung in diesem wesentlichen Bereich prektisch ausgehöhlt wird. Inzwischen sollen Baden-Württemberg und Hessen meine Argumentation übernommen haben. Ich hoffe, es schließen sich auch andere Bundesländer an, so daß es vielleicht gelingen müßte, diese Richtlinie zu Fall zu bringen.

Das ist die eine Seite, die andere – und die trifft jeden radiologisch tätigen Kollegen – ist die nunmehr vorgeschriebene generelle Qualitätssicherung. Diese Qualitätssicherung beschränkt sich nicht darauf, daß Röntgenaufnahmen angesehen und ihre technische Qualität beurteilt wird – was wir ja im Rahmen der Kassen-

Paspertin®

*Tonisierung des
Ösophagusphinkters bei
Refluxösophagitis*



*Neu: jetzt als
preiswerte
10 mg Kapsel*



PASPERTIN® Kapseln

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 10 mg Muclopramidhydrochlorid. **Anwendungsgebiete:** Motilitätsstörungen des oberen Magen-Darmtraktes z. B. bei nervösem Reizmagen, Entzündung der Magen- und Zwölffingerdarmschleimhaut, Sodbrennen, Refluxösophagitis, funktionell bedingter Pylorusstenose; zur unterstützenden symptomatischen Behandlung bei Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren; Übelkeit, Brechreiz und Erbrechen bei Migräne, Leber- und Nierenerkrankungen, Schädel- und Hirnverletzungen, Arzneimittelunverträglichkeit; zur Erleichterung der Duodenalsondierung/Jejunalsondierung, zur Beschleunigung der Magenentleerung und Dünndarmpassage bei der röntgenologischen Untersuchung des Magens und Dünndarms. Bei anhaltendem Schluckauf ist ein Therapieversuch angezeigt. **Gegenanzeigen:** Phaeochromozytom, Mechanischer Darmverschluss, Darmdurchbruch und Blutungen im Magen-Darmbereich, Prolaktinabhängige Geschwülste. Bei Epileptikern und bei Patienten mit vermehrter Krampfbereitschaft (extrapyramidalmotorische Störungen) darf Paspertin nicht angewendet werden. Während der Schwangerschaft und Stillzeit, bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern unter 14 Jahren ist Paspertin nur bei strenger Indikationsstellung anzuwenden. Neugeborene Säuglinge und Kleinkinder mit Blutfarbstoffstörungen dürfen nicht mit Paspertin behandelt werden. **Nebenwirkungen:** In Einzelfällen kann vorwiegend bei Kindern ein dyskinetisches Syndrom auftreten. In diesen Fällen muß Paspertin abgesetzt werden. Durch i.v.-Injektion von Akineton (WZ Knoll AG, Angaben des Herstellers beachten) können die

Krampferscheinungen sofort zum Verschwinden gebracht werden, ohne Behandlung klingen sie innerhalb einiger Stunden ab. Auch die Sedierung mit Valium (WZ Roche) ist möglich. Weitere gelegentliche Nebenwirkungen, besonders bei höherer Dosierung, können sein: Müdigkeit, Schwindelgefühl, Akathisie, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, verstärkte Darmtätigkeit. Bei längerer Einnahme durch Prolaktinerhöhung Gynäkomastie mit eventueller Galaktorrhö und auch Regelstörungen. Diese Erscheinungen verschwinden nach Absetzen des Medikamentes wieder vollständig innerhalb kurzer Zeit. Bei Neugeborenen, insbesondere Frühgeburten, sind einige Fälle von Methämoglobinämie beobachtet worden, die durch langsame i.v.-Injektion von Methylenblau (1 mg/kg Körpergewicht) günstig zu beeinflussen sind. Einzelfälle von Spätdystonie oder parkinsonähnlichen Erscheinungen bei alten Patienten wurden berichtet nach Langzeittherapie mit hohen Dosen. Paspertin 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. Das gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. Die in Paspertin enthaltenen Konservierungsmittel (p-Hydroxybenzoesäureester) können bei Patienten, die gegen diese Substanz allergisch sind, allergische Reaktionen auslösen. **Packungen und Preise:** 20 Kapseln (N1) 9,95 DM, 50 Kapseln (N2) 23,18 DM, 100 Kapseln (N3) 40,33 DM. **KALI-CHEMIE PHARMA GMBH, HANNOVER**

Tremor

Tremarit®

selektiv tremorwirksam



WANDER PHARMA GMBH
8500 Nürnberg
Tremarit® 5 mg · Tremarit® 15 mg

Zusammensetzung: 1 Tablette Tremarit 5 mg enthält: 5 mg Metixenhydrochlorid, 1 Tablette (Mantel-Kerntablette) Tremarit 15 mg enthält: 15 mg Metixenhydrochlorid.
Anwendungsgebiete: Parkinsonsyndrom jeglicher Genese (idiopathischer, postenzephalitischer, arteriosklerotischer Parkinsonismus, Neuroleptika-Parkinsonoid, Restsymptome nach stereotaktischen Operationen), Isolierte extrapyramidale Tremorformen, essentieller und Alters-(seniler)Tremor.
Gegenanzeigen: Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakavergiftungen, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Restharnbildung, intestinale Atonie, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Megakolon, Myasthenia gravis. Tierexperimentell und klinisch bestehen keine Hinweise für eine keim-schädigende Wirkung von Tremarit. Die Anwendung sollte jedoch in der

Frühschwangerschaft nur unter sorgfältiger Risikoabwägung erfolgen.

Nebenwirkungen: Die Verträglichkeit von Tremarit ist im allgemeinen gut. Bei höherer Dosierung können gelegentlich Mundtrockenheit, Abnahme der Schweißdrüsensekretion, Hautrötung, Schwindel, Akkommodationsstörungen, Pupillenerweiterung, Tachykardie, Verstopfung und Harnverhalten auftreten. Übelkeit und Erbrechen sind selten. Durch vorsichtigen, langsamen Dosisaufbau können diese Nebenwirkungen weitgehend vermieden werden. Weitere Angaben zu Tremarit:

Dosierung und Anwendungsweise: Entscheidend für den Therapieerfolg ist die individuelle Dosierung, wobei die optimale Tremarit-Dosis grundsätzlich langsam aufgebaut werden sollte. Es empfiehlt sich folgende Vorgehensweise:
1. Behandlungswoche: 3 x 1/2 Tablette Tremarit 5 mg über den Tag verteilt · 2. Behandlungswoche: morgens 1 Tablette, mittags und abends je 1/2 Tablette Tremarit 5 mg · 3. Behandlungswoche: morgens und mittags je 1 Tablette, abends 1/2 Tablette Tremarit

Diese Bilder entstammen der WANDER-Photoedition »IMAGO TREME«.

Gegenstand dieser Bildserie ist die künstlerische Umsetzung des Themas „Tremor“ mit den Mitteln der Fotografie.

5 mg · 4. Behandlungswoche: 3 x 1 Tablette Tremarit 5 mg pro Tag. Diese Steigerung der Tagesdosis in wöchentlichen Abständen um jeweils 1/2 Tablette ist fortzuführen, bis die individuell optimale Dosis erreicht ist. Für die anschließende Dauerbehandlung ist ggf. eine Umstellung auf Tremarit 15 mg-Tabletten sinnvoll.
Erfahrungswerte für die optimale Tremarit-Dosis bei verschiedenen Krankheitsbildern:
● Alters- und habituellem Tremor: 10-20 mg
● Neuroleptika-Parkinsonoid: 20-30 mg
● Morbus Parkinson: 30-60 mg (gleichzeitige L-Dopa-Gaben können um ca. 1/2 reduziert werden).

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Amantadin, Chinidin und trizyklische Antidepressiva können die anticholinerge Wirkung von Tremarit verstärken.

Hinweise: Wegen des gelegentlich zu Beginn der Behandlung auftretenden leichten Schwindels und Anpassungsstörungen des Auges ist eine mögliche Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit, z. B. im Straßenverkehr und bei Präzisionsarbeit zu beachten. Antidot: Neostigmin 0,5-2,5 mg, ist intramuskulär oder langsam intravenös zu injizieren, kann gegebenenfalls wiederholt werden.

Handelsformen: Tabletten 5 mg; Originalpackungen zu 30 (N1), 50 (N2) und 100 Stück (N3) DM 15,46; DM 24,72 und DM 41,76
Klinikpackungen
Tabletten 15 mg; Originalpackungen zu 50 (N2) und 100 Stück (N3) DM 59,75 und DM 107,06
Klinikpackungen

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, August 1987

WANDER
PHARMA

ärztlichen Vereinigung Bayerns seit Jahren betreiben –, sondern es müssen auch ständige Konstanzprüfungen gemacht werden. Es muß der Prüfkörper eingesetzt werden, es müssen laufend Aufzeichnungen über die Konstanz gemacht werden, also eine deutliche Mehrbelastung der röntgendiagnostisch tätigen Kollegen. Nach der Röntgenverordnung muß eine sogenannte „ärztliche Stelle“ eingerichtet werden, die kompetent und zuständig ist für die Qualitätssicherung.

Qualitätssicherung für die Röntgendiagnostik

Das Sozialministerium hat uns gebeten, die ärztliche Stelle im Rahmen der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zu errichten. Die Zahnärztekammer wird eine solche Stelle für die Röntgendiagnostik im Bereich der Zahnheilkunde errichten und der Freistaat selbst wird die Qualitätskontrolle für die Gesundheitsämter übernehmen.

Wenn diese Stelle eingerichtet wird – und es scheint mir der einzig vernünftige Weg zu sein –, dann müssen eine ganze Reihe organisatorischer Arbeiten in Angriff genommen werden. Wir müssen die Ausschüsse errichten, den ganzen Apparat zur Einholung der Röntgenaufnahmen organisieren und es entstehen dadurch ganz erhebliche Kosten. Ich habe deshalb darauf hingewiesen, daß wir das nur übernehmen können, wenn in der Vereinbarung mit dem Freistaat – also mit der Bayerischen Staatsregierung – auch geregelt ist, daß wir die entstehenden Kosten auf die geprüften Krankenhäuser umlegen können. Für die Kassenärzte ist die Sache ja

schon bei der Kassenärztlichen Vereinigung organisiert. Es geht also jetzt darum, daß sämtliche Krankenhäuser mit ihren röntgendiagnostischen Einrichtungen dieser Qualitätssicherung unterzogen werden und allein das Abrufen der zu prüfenden Röntgenaufnahmen ist ja ein organisatorisches Problem. Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung ist es einfach: wir haben mit der Datenverarbeitung jede Röntgeneaufnahme erfaßt; der Computer druckt die Anforderungen nach einem Auswahl-system aus und jeder Kassenarzt bekommt einen Brief, in dem genau steht, welche Röntgenaufnahmen mit welchem Datum er einzuschicken hat. Aber bei den Krankenhäusern kennen wir ja die Aufnahmen nicht; wir müssen uns also irgendetwas einfallen lassen, wie wir das regeln. Das wird eine Sache sein, die wir in den nächsten Monaten zu bewältigen haben.

Wir haben Ihnen eine Reihe von Entschlüssen vom Vorstand aus vorgelegt. Die erste bezieht sich auf Prävention und Gesundheitserziehung. Ich habe das bereits angesprochen. Dann wollten wir noch einmal an den Schutz von Patientendaten erinnern. Das ist vor allem auch ein Anliegen der Krankenhausärzte, weil offenbar sehr viele Krankenhausverwaltungen Anfragen, den Patienten betreffend, automatisch beantworten, ohne das den Arzt weiterzugeben. Dann zur Tätigkeit in der ärztlichen Selbstverwaltung: wir hatten zwar keine großen Probleme, aber es ist immerhin manchmal für Kollegen, die ein Ehrenamt in der Körperschaft bekleiden, schwierig, dienstfrei zu bekommen, obwohl sie darauf einen Anspruch haben. Dann möchten wir anbieten, uns bekanntwerdende freie AiP-Stellen weiterzuvermitteln. Wir

wollen die Früherkennungsuntersuchungen erweitern, zur Tätigkeit der Pharmaindustrie Stellung nehmen und wir haben eine Resolution zur Sterbehilfe vorbereitet, die dahingehend zu ergänzen ist, daß der Weltärztebund nicht nur 1983, sondern erneut in dieser Woche, also vor wenigen Tagen, einstimmig – bei rund 40 Nationen, die vertreten waren – die aktive Sterbehilfe abgelehnt und als unethisch bezeichnet hat.

Die Anpassung der GOÄ ist ein Anliegen, mit dem wir uns seit einigen Jahren herumschlagen und schließlich ist noch eine Resolution vorbereitet zur Situation unserer alten Mitbürger. Es ist uns ein besonderes Anliegen, einen Fortbildungsschwerpunkt in der Geriatrie zu schaffen. Gelegentlich wurde vorgeschlagen, ein eigenes Teilgebiet oder gar ein Gebiet Geriatrie einzuführen. Wir haben das immer wieder abgelehnt, weil wir der Meinung sind, daß die Behandlung alter Menschen eine Aufgabe aller Ärzte ist. Das gilt für alle Fachgebiete. Es wäre also völlig sinnlos, ein Gebiet oder Teilgebiet einzuführen und dann womöglich den Patienten zu sagen, „mit 60 oder 65 müssen Sie zu einem Geriater gehen“. Andererseits wissen wir, daß viele ärztliche Gesichtspunkte sich ändern, wenn man alte Menschen behandelt. Die Reaktionsweise auf Medikamente ist anders, auch in vieler Hinsicht die Diagnostik. Wir müssen also die Fortbildung in dieser Richtung intensivieren und das ist uns ein besonderes Anliegen.

Ich will Ihre Geduld nicht länger strapazieren. Ich wollte, nachdem wir das erste Mal in dieser Wahlperiode belassen sind und viele Kollegen auch erstmals hier teilnehmen, einmal aufzeigen, mit welchen Aufgaben sich die Kammer im Laufe der Jahre beschäftigt hat und wo sie ihre Schwerpunkte sieht. Die Ausgestaltung der Weiter- und Fortbildung, die Gesundheitsvorsorge und die gesundheitliche Nachsorge, das sind nun wirklich Kernaufgaben der ärztlichen Berufsvertretung, die sie neben der Wahrung der Belange der Ärzte betreibt, wobei wir durchaus wissen, daß auch die Wahrung der Belange eines unserer großen Anliegen sein muß. Sie dürfen versichert sein, daß die Bayerische Landesärztekammer zu keiner Stunde vergessen wird, daß sie der Schutzschild der Ärzte sein soll und sein muß. Und sie wird es auch in der Zukunft bleiben!

Bayerische Ärzteversorgung

Der Bericht der Bayerischen Ärzteversorgung über das Geschäftsjahr 1986 sowie der Rechnungsabschluß 1986 wurden vom Landesaus-schuß des Versorgungswerkes in seiner Sitzung am 24. Oktober 1987 diskutiert und zustimmend entgegengenommen.

Ein Exemplar des Geschäftsberichtes wird auf Wunsch jedem Mitglied gerne übersandt.

Postanschrift: Bayerische Ärzteversorgung, Postfach, 8000 München 22

DAS WAR

bisher ein vertrautes Symbol für
Millionen von zufriedenen
Versicherten: **Mit Sicherheit**
gut beraten zu sein. Bei der
Vereinigten Versicherungsgruppe.



Vereinigte
Aachen-Berlinische
Vereinigte Eos-Isar
Vereinigte Kranken
Saar-Rhein



DAS IST

das neue Zeichen
unserer Zeit, das ab jetzt
für noch bessere
Beratung unter einem
neuen Namen steht –



Vereinte
Versicherungen

Vereinte Kranken
Vereinte Leben
Vereinte Versicherung
Saar-Rhein

Ergänzung des Tätigkeitsberichtes

Vizepräsident Dr. H. Hege

Allgemeinmedizin

Zur Ergänzung des Geschäftsberichtes zunächst noch einige Zahlen. Während die Gesamtzahl der niedergelassenen Ärzte von 1984 auf 1986 insgesamt um etwa 4,8 Prozent zugenommen hat, hat sich die Zahl der voll weitergebildeten Ärzte für Allgemeinmedizin in diesem Zeitraum nur um etwa 0,7 Prozent vermehrt. Die Ärzte ohne abgeschlossene Weiterbildung dagegen haben im gleichen Zeitraum um mehr als 11 Prozent zugenommen. Im gleichen Zeitraum ist die Zahl der Anerkennungen der Gebietsbezeichnung Allgemeinarzt um 25 Prozent zurückgegangen.

Die Kassenzulassungen von Allgemeinärzten haben sich von 1984 auf 1986 nahezu halbiert. Der Anteil der Allgemeinärzte an den Kassenzulassungen der Gruppe praktische Ärzte und Allgemeinärzte insgesamt hat 1986 mit 31 Prozent einen deutlichen Tiefstand erreicht.

Die Zahl der zur Weiterbildung in Allgemeinmedizin ermächtigten Ärzte stieg von 1984 auf 1986 um ca. 25 Prozent auf die stolze Zahl von 570 Weiterbildungsberechtigten.

Der Verdacht erscheint jedoch nicht unbegründet, daß diese Zahl nur auf dem Papier steht. Offenbar ist nicht jeder, der eine Weiterbildungsermächtigung erwirbt, auch in der Lage oder bereit, eine Weiterbildungsstelle auf dem Stellenmarkt anzubieten. Hierfür kann es eine ganze Reihe von Gründen geben, doch geben die der Landesärztekammer zugänglichen Informationen hierzu keine verwertbaren Informationen. Aber es stimmt doch bedenklich, wenn bei unserer letzten Umfrage von 322 Kollegen, die ihre Weiterbildungsberechtigung weiterhin zu behalten wünschen, nur 128 zu diesem Zeitpunkt einen Weiterbildungsassistenten hatten und zwei Drittel der angebotenen Stellen sich lediglich auf die letzten drei Monate der Weiterbildung für Allgemeinmedizin beziehen, die bekanntlich von der Kassenärztlichen Vereinigung finanziell unterstützt werden.

Die Zahl der Neuanerkennungen der Gebietsbezeichnung Allgemeinmedi-

zin ist von 1984 auf 1986 um etwa 20 Prozent zurückgegangen (bei den Internisten hat sie um 50 Prozent zugenommen).

Die Entwicklung der Allgemeinmedizin, die mein Vorgänger im Amt für 1984 noch mit Recht als hoffnungsvoll und günstig bezeichnen konnte, zeigt also inzwischen deutliche Schwächezeichen. Es ist mit Recht darauf hingewiesen worden, daß dies ein bundesweiter Trend zu sein scheint. Doch soll dabei nicht verschwiegen werden, daß einzelne – allerdings wenige – Landesärztekammern diesem Trend bis jetzt nicht unterliegen.

Die Einführung des Arztes im Praktikum wird aller Voraussicht nach die künftige Entwicklung erheblich beeinflussen, gleichgültig ob sich die Vorstellungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung durchsetzen, die drei Jahre Mindestweiterbildung erreichen will, oder die Vorstellung des Marburger Bundes, der die zweijährige Mindestweiterbildungszeit, wie sie die EG-Richtlinien fordern, weder mit allzu präzisen curricularen Vorschriften belastet sehen, noch überschritten haben will. Gleichgültig auch, ob am Ende nicht doch der von unserem Kammerpräsidenten empfohlene Mittelweg einer zweieinhalbjährigen Weiterbildungszeit bis zur Erreichung der Zulassungsvoraussetzungen sich schließlich als das standespolitische „Ei des Columbus“ herausstellt. Zwar werden sich die Weiterbildungsstellen für Ärzte im Praktikum vermehren. Aber ich bin ziemlich sicher, daß dies zu Lasten der Weiterbildungschancen derjenigen gehen wird, die darüber hinaus die Vollweiterbildung zum Allgemeinarzt anstreben. Auch werden die jungen Kollegen sich mit einer gewissen Berechtigung fragen, welchen Vorteil die Vollweiterbildung zum Allgemeinarzt für ihren Berufsweg als niedergelassener Hausarzt eigentlich bringt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen machen keinen Unterschied zwischen praktischem Arzt und Allgemeinarzt.

Wenn keine zusätzlichen Anstrengungen unternommen werden, wird das Gebiet Allgemeinmedizin keinen Nachwuchs mehr anziehen.

Die primärärztliche Funktion wird dann wieder überwiegend von unzureichend auf die Hausarztfunktion vorbereiteten Ärzten wahrgenommen werden. Das ist nicht nur die Privatangelegenheit dieser Ärzte und ihrer Patienten, sondern es belastet das gesamte System unserer ambulanten ärztlichen Versorgung. Denn diese Ärzte sind teuer, gerade weil man von ihnen – wie von allen Ärzten – annehmen darf, daß sie ihre Aufgabe verantwortungsbewußt angehen. Gerade damit die Leistung der spezialärztlichen Kollegen angemessen honorierbar bleibt, brauchen wir in der Primärversorgung qualifiziert weitergebildete Hausärzte. Ich bin mir bewußt, daß das angeschnittene Thema weit über die Allgemeinmedizin hinausreicht. Aber jetzt ist nicht der Ort, sich darüber zu verbreiten. Ich glaube jedoch, daß es sinnvoll, möglich und notwendig ist, Wege zu finden, die möglichst vielen unserer jungen Kollegen den Erwerb der Anerkennung als Arzt für Allgemeinmedizin erreichbar und wieder interessant machen.

Medizinische Assistenzberufe

Der Geschäftsbericht gibt Ihnen eine umfangreiche Information zu diesem Thema. Ich möchte hier nur zwei Dinge herausheben. Zum einen hat die Verlängerung der Ausbildungszeit der Arzthelferinnen auf drei Jahre bei gleichem Zeitaufwand für den Unterricht in der Berufsschule das Gewicht der praktischen Ausbildung vermehrt. Ich glaube, daß dies sehr zu begrüßen ist. Ich möchte jedoch hinzufügen, daß deshalb die Wichtigkeit des Berufsschulunterrichtes nicht unterschätzt werden darf. Er ist eine notwendige Ergänzung zur praktischen Lehre und insofern eine Unterstützung des Lehrherrn. Und daraus ergibt sich der zweite Punkt, auf den ich Ihre Aufmerksamkeit lenken möchte.

Wir Ärzte haben ein großes Interesse, daran, daß der Berufsschulunterricht kein von der praktischen Lehre abgechiedenes Dasein führt. Man kann nicht sagen, daß in dieser Beziehung schon alle Wünsche erfüllt sind. Um die Kooperation zwischen Berufsschule und Lehrpraxis zu verbessern, wäre uns die Erfahrung derjenigen Kolleginnen und Kollegen besonders hilfreich, die selbst Lehrfunktionen in der Berufsschule übernommen haben. Ich appelliere an sie, noch mehr als bisher ihre Wünsche und Anregungen an die Kammeror-

gane heranzutragen. Ich denke dabei nicht nur an die Landesärztekammer, sondern auch an die Kreisverbände. Gerade diejenigen Kolleginnen und Kollegen, die in der Berufsschule als Lehrkräfte tätig sind, sind ja besonders berufen, den örtlichen Kontakt zwischen Berufsschule und Lehrpraxis herzustellen.

Berufsordnung

Auch zum Thema Berufsordnung möchte ich mich auf einige grundsätzliche Bemerkungen beschränken.

Die ärztliche Berufsordnung begründet meiner Auffassung nach ein eigenständiges Recht, das zwar nicht in Widerspruch zum öffentlichen Recht steht, sich von ihm aber sowohl in seiner Zielsetzung wie in seinen Gegenständen unterscheidet. Die Formulierung der sittlichen Normen unseres Berufes, das Ansehen der Ärzteschaft und die Kollegialität sind Hauptmotive dieser Berufsordnung. Das bedeutet unter anderem, daß nicht jede Verurteilung durch ein öffentliches Gericht auch eine berufsrechtliche Ahndung nach sich zieht und umgekehrt bedeutet es ebensowenig, daß jede Freisprechung durch ein öffentliches Gericht auch einen berufsrechtlichen Freispruch zur Folge hat. Den Kammerorganisationen – und hier tragen die Ärztlichen Kreisverbände die Hauptlast –, die die Einhaltung der Berufsordnung zu überwachen haben, kann es nicht in erster Linie darum gehen, Verstöße gegen die Berufsordnung zu ahnden, sondern künftigen Verstößen vorzubeugen. So ist es bisher gehalten worden, und ich sehe keinen Grund, diese Übung zu ändern. Es gibt allerdings seltene Ausnahmen. Wenn ein Arzt bewußt und aus Grundsatz auf gravierende Weise gegen Normen der Berufsordnung verstößt, da ist es im Interesse des Ansehens der Ärzteschaft notwendig, eine berufsgerichtliche Behandlung der Sache nicht auf die lange Bank zu schieben. Solche Fälle sind allerdings, Gott sei Dank, sehr selten.

Sie haben im Geschäftsbericht gelesen, daß die Verstöße gegen die Berufsordnung etwas zugenommen haben. In der Masse geht das auf Kosten von Verstößen gegen das ärztliche Werbeverbot. Ein Sonderkapitel ist der Umgang mit der Presse.

Das Tätigkeitsfeld des Arztes hat schon immer Neugier und Sensa-

tionslust in besonderem Maße angezogen. Wir werden das nicht ändern können. Wir werden auch nicht ändern können, daß sich immer wieder Journalisten zu unverantwortlicher Berichterstattung hergeben. Aber wir Ärzte selbst sollten doch größtes Interesse daran haben, daß die öffentlichen Medien uns nicht als Kanonenfutter ihrer eigenen Interessen benutzen. Jeder von uns sollte sich zu schade dafür sein, daß in seinem oder mit seinem Namen das Ansehen der Ärzteschaft geschädigt oder auch das Ansehen anderer Kollegen herabgesetzt wird. Ich rede keiner Berührungangst mit Journalisten das Wort. Niemand hat etwas einzuwenden gegen sachliche und objektive Berichterstattung. Aber wir tun in unserem eigenen Interesse und im Interesse unserer Patienten gut

daran, uns zu vergewissern, daß solche Berichterstattung auch gewährleistet ist, wenn wir uns mit der Presse einlassen. Wir haben die Möglichkeit dazu und wir haben die Pflicht, diese Möglichkeit zu nutzen.

Ich will aber diesen Bericht nicht schließen, ohne darauf hinzuweisen, daß die Zahl der Berufsordnungsverstöße – gemessen an der Zahl der Ärzte – außerordentlich gering ist. Das ist ein Beweis, daß die überwiegende Mehrheit der Ärzteschaft mit dieser Berufsordnung einverstanden ist. Gibt es einen besseren Beweis für die Stimmigkeit dieser Berufsordnung als die Tatsache, daß sie von fast allen Ärzten beachtet wird, obwohl sicher die wenigsten sie in Griffnähe auf dem Schreibtisch liegen haben?

Aus den Ausschüssen

Nach den Referaten von Professor Dr. Dr. h. c. Sewering und Vizepräsident Dr. Hege berichteten die Vorsitzenden der von der Kammer eingerichteten Ausschüsse über Schwerpunkte ihrer Arbeit

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

Dr. E. Thäle

Erlauben Sie mir vor dem speziellen und unmittelbar deskriptiven Teil dieses Tätigkeitsberichtes wieder ein paar Vorbemerkungen, die die besondere Aktualität und auch Fragestellung an und über die ärztliche Fortbildung in der jüngsten Vergangenheit herausstellen.

Das Ziel der ärztlichen Fortbildung muß sein, das ärztliche Wissen und Können zu vertiefen und es laufend dem wissenschaftlichen Fortschritt anzupassen, um vom Wissensstand her die bestmögliche Patientenversorgung zu gewährleisten. Die Notwendigkeit, hierfür besondere Einrichtungen zu schaffen, haben die ärztlichen Körperschaften, vor allem die Kammern, schon längst erkannt.

Der Fortbildungseifer der Ärzte ist keinesfalls geringer geworden als in früheren Zeiten.

Es erhebt sich aber die Frage, ob trotz des so reichlichen Fortbildungsangebotes auch jeder Arzt in gehöriger

Weise davon Gebrauch macht, so daß sich die Bevölkerung darauf verlassen kann, von einem auf dem neuesten Stand wissenschaftlicher Erkenntnis stehenden Arzt betreut zu werden. Die Kammern sahen auch schon sehr früh ein, daß die bisherige völlig liberale Art der Fortbildung (Verbände, Vereine, Gesellschaften, Kliniken, Industrie und private Stellen) nicht so bestehen bleiben kann, sondern daß auch eine langfristig geplante Systematik in der Fortbildung Platz greifen müsse. Ich erinnere hier insbesondere an die Veranstaltungen der Körperschaften auf Landesebene, in den Bezirks- und Kreisverbänden, vor allem aber auch an das Interdisziplinäre Forum der Bundesärztekammer und die von den Kammern getragenen größeren Kongresse.

Auch die naheliegende Frage der Einführung einer Pflichtfortbildung wird immer wieder diskutiert, obwohl wir nach wie vor davon überzeugt sind, daß sie keinesfalls eine größere Effizienz bewirkt, als die bisherige Fortbildungsverpflichtung, wie sie in der Berufsordnung festgelegt ist.

Die Beibehaltung der Freiwilligkeit in der ärztlichen Fortbildung bei vielleicht strengerer Auslegung der

grundsätzlichen Fortbildungsverpflichtung ist deshalb vorzuziehen, weil diese nach unserer Meinung eine größere Effizienz verspricht. In diesem Zusammenhang ist aber gelegentlich das Konkurrenzdenken einzelner Fortbildungsveranstalter nur zu bedauern.

Zu viele Angebote laufen parallel und ja nach Veranstalter sind auch die Interessen (wie gewählte Thematik, äußere Gegebenheiten und gelegentlich auch die dabei offerierten Begünstigungen – oder wie es auch umschrieben wird „Benefiz“ –) sehr unterschiedlich.

Und so komme ich wieder auf den Beginn meiner Ausführungen zurück, daß das einzige Ziel der ärztlichen Fortbildung sein muß, ärztliches Wissen und Können zu vertiefen und damit die bestmögliche Patientenversorgung zu gewährleisten.

Die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung hat im Berichtszeitraum viermal getagt, und zwar am 18. Juli 1986, am 22. Januar, 20. März und 3. Juli 1987.

Über die Aktivitäten der ärztlichen Fortbildung ausschließlich durch die Berufsvertretung der Ärzte Bayerns ist bereits im „Bayerischen Ärzteblatt“ ausführlich informiert worden, so daß ich in diesem Zusammenhang darauf nochmals verweisen darf.

In der Juli-Sitzung der Bayerischen Akademie haben wir uns zunächst mit dem Problem der Behandlung von Suchtkranken beschäftigt. Bei der gemeinsam erarbeiteten Richtlinie über Kranke mit Suchtproblemen waren vor allem verbindliche Hinweise für Kollegen im Umgang mit Suchtkranken aufgeführt.

Die Akademie war aber einhellig der Meinung, daß hierzu noch Stellungnahmen von Psychiatern mit besonderer Erfahrung auf diesem Sektor eingeholt werden sollten.

Ebenfalls war die Akademie der Meinung, daß von einer Methadon-Therapie, die de facto lediglich eine Drogenumverteilung sei, Abstand genommen werden müsse.

Einen breiten Raum nahm in dieser Sitzung erneut die Frage des Bedarfs und des Bedürfnisses an ärztlicher Fortbildung ein. Während das Bedürfnis an ärztlicher Fortbildung vor

allem von der subjektiven Einstellung der teilnehmenden Ärzte abhängt, ist die Problematik des Bedarfs, das heißt also der objektiven Notwendigkeit und Qualität der ärztlichen Fortbildung, äußerst schwierig zu beurteilen. Dankenswerterweise sind aber auch hier Bestrebungen von Seiten der Landesärztekammern und auch der Bundesärztekammer deutlich erkennbar, Kriterien für den Bedarf der ärztlichen Fortbildung zu erarbeiten. Bei der Diskussion über eine mögliche Effektivitätsprüfung der Fortbildung wird immer wieder davon gesprochen, daß man wissen müsse, was in den ärztlichen Praxen tatsächlich geschieht, ferner wie und nach welchen Gesichtspunkten dort gearbeitet wird, um dann erkennen zu können, welchen Einfluß die Fortbildung auf das ärztliche Verhalten hat. Hieraus wurde gefolgert, es handle sich dabei um eine Kontrolle des einzelnen Arztes, der er sich unter keinen Umständen unterziehen wolle und könne, weiterhin auch befürchtet, daß mit solchen Methoden der Fortbildungswille des Arztes und damit die Arbeit der Akademien nur gefährdet werden. Dies ist sicher ein Mißverständnis, das ausgeräumt werden muß.

Unsere angebotene Fortbildung ist an sich ein Mittel – vielleicht das wichtigste – der Qualitätssicherung. Es erhebt sich die Frage, ob die zur Zeit praktizierte Fortbildung noch weiter verbessert werden kann. Ich glaube aber, wir dürfen feststellen, daß die von den Körperschaften und den mit ihnen zusammenarbeitenden Berufsverbänden oder auch Gesellschaften angebotene Fortbildung sehr gut ist.

Die gelegentlich doch von Politikern geäußerten abqualifizierenden Meinungen lassen meines Erachtens hier nur eine ganz andere Zielrichtung als die der Verbesserung der ärztlichen Fortbildung zu.

Wir haben in der Akademiesitzung im Juli auch wieder feststellen müssen, daß gelegentlich eine Merkantilisierung der Veranstaltungen erfolgt, bei der in zunehmenden Maße das Gebot der Toleranz überschritten wird und die mehr oder weniger dezent eingeflochtenen sogenannten Informationen zwar meist an das zeitliche Ende der Veranstaltung, aber doch letztlich in den Mittelpunkt gerückt werden. Da im Kammergesetz unter anderem als eine wesentliche Aufgabe der

Kammern auch die Veranstaltung und Durchführung von Fortbildungsveranstaltungen vorgeschrieben ist, müssen wir nach Mitteln und Wegen suchen, alle Ärzte auf die verbeneutralen körperschaftsbezogenen Veranstaltungen hinzuweisen. Aber die Vergangenheit hat gezeigt, daß dies alleine eben nicht genügt. Vorschläge – auch pragmatisch mögliche – sind in den letzten Jahren von vielen Fortbildungsverantwortlichen gemacht, jedoch nur in geringem Maße realisiert worden.

Welche Gründe allein dazu Pate gestanden haben, haben wir eingehend besprochen. Es würde zu weit führen, dies in allen Details darzulegen. Wir waren aber sicher, daß es unser gemeinsames Bestreben sein muß, eine Abgrenzung – oder besser gesagt – eine zunehmende Hinwendung der breiten Ärzteschaft zu den Veranstaltungen, die von Körperschaften oder mit ihnen zusammenarbeitenden Berufsverbänden und Gesellschaften getragen werden, zu erreichen. Dies kann ohne Zwang, vielleicht auch mit einer gewissen Auszeichnung, geschehen. So war in dieser Sitzung auch eine Empfehlungsvereinbarung mit einem entsprechenden Antrag an den Kammervorstand beschlossen worden. Dieser Antrag hatte das Ziel, den Körperschaften, deren ureigenste Aufgabe, wie angeführt, auch die Fortbildung ist, ein Gegengewicht zur teilweise kommerzialisierten Fortbildung an die Hand zu geben! Gewisse Bedenken, auch rechtlicher Natur, sollen aber unter Hinzuziehung eines Rechtsberaters in einer der nächsten Sitzungen eingehend besprochen werden, damit es auch hier zu einem gemeinsamen Konsens kommt.

1984 hat die Bundesärztekammer im Ärztehaus Hannover eine Informationsveranstaltung zur Qualitätssicherung der ärztlichen Tätigkeit durchgeführt. Die damalige Veranstaltung war getragen von dem Gedanken, zu einer verstärkten Motivierung aller Beteiligten hinsichtlich einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung beizutragen.

Dies ist, wie Sie feststellen konnten, auch unsere Aufgabe und unser Bestreben in der intensiven Arbeit der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung.

Zum Abschluß meiner Ausführungen möchte ich allen Vorsitzenden der Kreis- und Bezirksverbände für ihre

kostensenkende
Marken-Präparate

**AZU-
CHEMIE**

Die Phlogont-Serie
Das bewährte Rheuma-Programm

Diclo-Phlogont®

50 g DM 8.25 50 g DM 8.85
100 g DM 12.95 100 g DM 13.85



Salbe
Thermal Salbe
Die externe Ergänzung

Mehr Sicherheit durch Wirkstofftrennung – intern/extern

Diclo-Phlogont®-25/50 Tabl., Diclo-Phlogont® retard, Diclo-Phlogont®-50/100 Zäpfchen, Diclo-Phlogont® Ampullen. Zus.: 1 magensaftresist. Tabl.; Diclofenac-Na 25/50 mg, 1 Retardtabl.; Diclofenac-Na 100 mg, 1 Zäpfchen: Diclofenac-Na 50/100 mg, 1 Ampulle: Diclofenac-Na 75 mg. **Indik.:** Diclo-Phlogont Tabletten, Zäpfchen, Retardtabletten: Entzündl. aktiv, degenerative und entzündl. rheumat. Erkrankungen des Bewegungsapparates, Arthrosen, chron. Polyarthritis, M. Bechterew, Neuralgien, Neuritiden, Lumbago, Ischialgie, Weichteilrheumatismus, nichtrheumat. entzündl. Schmerzzustände, Gichtanfall. Diclo-Phlogont Ampullen: Akute, starke Schmerzen in diesen Indikationsgebieten. **Kontraind.:** Magen- und Darmulcera, Schwangerschaft, Stillzeit, Kinder unter 6 Jahren, Porphyrie, Überempfindlichkeit gegen ASS oder andere nichtsteroidale Antirheumatika. Patienten mit Leber- oder Nierenschäden, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz; ältere Patienten sorgfältig überwachen. Patienten mit Asthma, Heuschnupfen, Nasenpolypen, chron. Atemwegsinfektionen und/oder Überempfindlichkeit gegen Schmerz- und Rheumamittel sind durch Asthmaanfälle gefährdet. **Diclo-Phlogont retard, Diclo-Phlogont-100-Zäpfchen:** Kinder unter 12 Jahren. **Diclo-Phlogont Ampullen:** Warnhinweis: Asthmatiker mit Sulfit-Überempfindlichkeit. **Nebenwirk.:** Gastrointest. Störungen, okkulte Blutungen, Magen-Darmulcera, selten mit Blutungen oder Perforationen. Überempfindlichkeitsreaktionen, Asthmaanfälle, zentralnervöse Störungen, periphere Ödeme, Störung der Hämetopoese, Haarausfall, Leberschäden. **Diclo-Phlogont Zäpfchen:** Lokale Reaktionen der Dermis Schleimhaut möglich. **Diclo-Phlogont Ampullen:** Lokale Nebenwirkungen an der Injektionsstelle möglich. Besonderer Hinweis: Aufgrund des Natriumsulfidgehaltes mögliche Überempfindlichkeitsreaktionen, insbesondere bei Asthmatikern. **Phlogont® Salbe.** Zus.: (2-Hydroxyethyl)-salicylat 10,0 g. **Indik.:** Degenerative und entzündl. -rheumat. Muskel- und Gelenkerkrankungen, Lumbago, Ischialgie, Sport- und Unfallverletzungen mit Prellungen, Zerrungen, Stauchungen. **Kontraind.:** Salicylsäure-Überempfindlichkeit. **Dos.:** mehrmals täglich einmassieren. **Phlogont®-Thermal Salbe.** Zus.: (2-Hydroxyethyl)-salicylat 10,0 g, Benzylnicotinet 2,5 g. **Indik.:** Degenerative und entzündl. -rheumat. Muskel- und Gelenkerkrankungen, bei denen eine intensive Durchblutungsförderung angezeigt ist. Lumbago, Ischialgie, Sport- und Unfallverletzungen mit Prellungen, Zerrungen, Stauchungen. **Kontraind.:** Salicylsäure-Überempfindlichkeit. **Hinw.:** Nicht auf Schleimhäute oder in die Augen bringen. **Dos.:** mehrmals täglich einmassieren.

Handelsformen und Preise: Diclo-Phlogont®-25 Tabletten: 20 Tabl. (N1) DM 5.80, 50 Tabl. (N2) DM 11.95, 100 Tabl. (N3) DM 19.85; Diclo-Phlogont®-50 Tabletten: 20 Tabl. (N1) DM 8.90, 50 Tabl. (N2) DM 19.80, 100 Tabl. (N3) DM 34.80; Diclo-Phlogont®-50 Zäpfchen: 10 St. DM 5.75, 50 St. DM 26.70; Diclo-Phlogont®-100 Zäpfchen: 10 St. DM 9.95, 50 St. DM 42.60; Diclo-Phlogont® retard Tabletten: 20 Tabl. (N1) DM 13.65, 50 Tabl. (N2) DM 29.15, 100 Tabl. (N3) DM 56.25; Diclo-Phlogont® Ampullen: 1 Amp. DM 2.30, 3 Amp. DM 5.80, 30 Amp. DM 23.30; Phlogont® Salbe: 50 g Tube DM 6.25, 100 g Tube DM 12.95; Phlogont®-Thermal Salbe: 50 g Tube DM 8.85, 100 g Tube DM 13.85.

Azuchemie, 701B Gerlingen.

außerordentlichen Bemühungen um die ärztliche Fortbildung Dank sagen. Bei den Mitgliedern der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung bedanke ich mich für ihre Aufgeschlossenheit und ihre Mitarbeit, so daß auch im vergangenen Jahr erneut eine besondere Themenstellung und Problematik bewältigt werden konnte.

Ich bedanke mich bei den Sachbearbeitern der Bayerischen Landesärztekammer und den Kollegen Dr. Stordeur und Dr. Amarotico, beim Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer und unserem Kammerpräsidenten für ihre Aufgeschlossenheit und die konstruktiven Vorschläge.

Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“

Professor Dr. D. Kunze

Die Berichterstattung auf diesem 40. Bayerischen Ärztetag vollzieht sich anders als in den zurückliegenden Jahren: Weder für den Krankenhausausschuß noch für den Ausschuß „Hochschulfragen“ werden Ihnen Berichte erstattet. Ich bedauere es sehr, daß es erst im Verlaufe dieses Ärztetages, also nahezu ein Jahr nach dem Beginn der neuen Amtsperiode, zur Konstituierung dieser beiden Ausschüsse kommt.

Um so mehr freue ich mich, daß der „Ausschuß Angestellte und beamtete Ärzte“ seine Arbeit schon zu Beginn des Jahres aufnehmen und sich in mehreren Sitzungen mit einer Vielzahl uns bedrängender Fragen beschäftigen konnte.

Der Ausschuß ist – darüber bin ich sehr froh – mit Kolleginnen und Kollegen nicht nur aus den unterschiedlichsten Tätigkeitsbereichen und Fachgebieten, sondern auch aus allen bayerischen Bezirken besetzt. Dies ermöglicht die Behandlung der uns beschäftigenden Fragen aus den unterschiedlichsten Gesichtspunkten. Stolz bin ich natürlich darauf, daß mich der Ausschuß nun in der dritten Legislaturperiode in Folge zu seinem Vorsitzenden gewählt hat; Ich hoffe, daß ich die Erwartungen erfüllen kann, die meine Kolleginnen und Kollegen in mich setzen.

Die Probleme, vor allem der Krankenhausärzte, sind in den letzten Jahren gewiß nicht weniger geworden; die kurze Darstellung unserer Ausschußarbeit im Geschäftsbericht, der Ihnen vorgelegt worden ist, kann nur eine stichwortartige Zusammenfassung sein. Lassen Sie mich deshalb hier doch einige der Schwerpunkte der Beratungen noch besonders ansprechen:

Weiterbildungsordnung

In der Vorbereitung auf den Deutschen Ärztetag in Karlsruhe, der die Aufgabe hatte, wesentliche Neuregelungen in der „Musterweiterbildungsordnung“ zu beschließen, hatte sich auch unser Ausschuß ausführlich mit der Problematik beschäftigt. Schließlich sind es die jüngeren Krankenhausärzte, die zu allererst von Änderungen des Weiterbildungsrechts und vermehrten Anforderungen an die Weiterbildungsinhalte betroffen sind. Gaben die allerersten Vorlagen zur Weiterbildungsordnung noch Anlaß zu der Sorge, es könnten „Flaschenhälse“ für den Abschluß der Weiterbildung in einigen Fachgebieten geschaffen und so der Zugang auch zu entsprechender Tätigkeit in eigener Praxis eingeschränkt werden, so können die neuen Regelungen nun durchaus auch von den Weiterbildungswilligen als sachgerecht akzeptiert werden.

Änderungswünsche sind inzwischen wegen der vorgeschlagenen Übergangsregelungen angemeldet worden. Ich nehme an, daß aus dem Kreise unserer Ausschußmitglieder auch entsprechende Änderungsanträge bei unseren Beratungen der Weiterbildungsordnung eingebracht werden. Hier auf Einzelheiten einzugehen, halte ich nicht für sinnvoll. Ein sehr wesentliches Anliegen ist es dem Ausschuß, die zur Weiterbildung ermächtigten Ärzte an ihre Verpflichtungen zu erinnern. Wie Sie wissen, hat der Bundesgesetzgeber vor zwei Jahren ein „Gesetz über die Befristung von Anstellungsverträgen mit Ärzten in Weiterbildung“ verabschiedet. Wir haben – und wissen uns hier in Übereinstimmung mit dem Herrn Präsidenten – stets die Auffassung vertreten, daß Weiterbildung ein „Abfallprodukt“ des Anstellungsverhältnisses eines Krankenhausarztes ist, nicht Gegenstand seiner arbeitsrechtlichen Beziehungen zum Krankenhausträger. Deshalb haben wir

uns auch immer gegen die Befristung von Anstellungsverträgen gewandt, wenn diese vordergründig mit „Weiterbildungszwecken“ begründet wurden. Nun, da der Bundesgesetzgeber das vorerwähnte Gesetz – wie ich glaube unter Verletzung verfassungsrechtlicher Grundsätze – erlassen hat, kann kein Zweifel bestehen, daß Krankenhaus und Leitender Krankenhausarzt Weiterbildung dann schulden, wenn sie eine Vertragsbefristung rechtfertigen soll.

Wir halten es für geboten, daß auch die Landesärztekammer nachdrücklich auf diese Rechtsfolgen hinweist. Im übrigen haben wir den Wunsch, daß den zur Weiterbildung ermächtigten Ärzten ihre Verpflichtungen, die ihnen aus dieser Ermächtigung erwachsen, gelegentlich in geeigneter Weise in Erinnerung gebracht werden, daß insbesondere bei der erstmaligen Ermächtigung ein informatives Merkblatt über Rechte und Pflichten ihnen übermittelt wird.

Arzt im Praktikum

Nach langem Hin und Her steht es nun endgültig fest: Ab Ende 1988 werden unsere jungen Kolleginnen und Kollegen im Anschluß an den dritten Prüfungsabschnitt ihres Staatsexamens, also nach dem Praktischen Jahr, weitere 18 Monate nicht als „Medizinstudent“, sondern als „Arzt im Praktikum“ abzuleisten haben.

Die Realisierung dieser neuen Ausbildungsphase ist eine bedeutsame Aufgabe für das Bayerische Staatsministerium des Innern, aber auch für die Ärzteschaft in Ihrer Gesamtheit, die Krankenhausräger und all die Institutionen, die dazu beitragen können, diesen Ausbildungsabschnitt zu dem erstrebten Ergebnis zu führen.

In Bayern sind in den letzten Jahren durchschnittlich 2000 Approbationen jährlich erteilt worden, es werden also zunächst insgesamt 3000, später bei Einführung der 24monatigen AiP-Zeit 4000 Stellen in Bayern benötigt. Die Zahl hört sich zunächst erschreckend hoch an, bei einer emotionslosen Analyse sollte es aber möglich sein, den neuen Ausbildungsabschnitt ohne allzuviel Schwierigkeiten zu realisieren, wenn nur einigermaßen guter Wille bei den Krankenhausrägern und auch bei unseren Kolleginnen und Kollegen in freier Praxis besteht.

Hier über den AiP und seine Zweckmäßigkeit zu diskutieren, wäre müßig. Das im Grunde erstrebenswerte Ziel, dem ärztlichen Nachwuchs in einem zeitlich überschaubaren Studium auch hinreichend praktische Erfahrung zu vermitteln, ist allenfalls langfristig zu erreichen. Voraussetzung hierfür ist zunächst eine Reform der Kapazitätsverordnung durch die Bundesländer, die sich an den praktischen Ausbildungsmöglichkeiten unserer medizinischen Fakultäten und Universitätskliniken orientiert. Weil dies nicht oft genug in Erinnerung gebracht werden kann, haben wir ihnen einen entsprechenden Antrag vorgelegt. Ob unsere Politiker bereit sind, Hand an diese „heilige Kuh“ zu legen, wage ich allerdings nach den bisherigen Erfahrungen zu bezweifeln.

Sowohl für den öffentlichen Dienst wie auch für den Bereich der Privatkrankeanstalten (jedenfalls in Bayern) gibt es inzwischen seit Anfang des Jahres tarifliche Regelungen. Sie machen die finanziellen Ver-

pflichtungen überschaubar, die aus der Beschäftigung von AiP erwachsen können. Das schweren Herzens gemachte Zugeständnis, sich mit recht bescheidenen Vergütungen zufriedenzugeben, ist nur gemacht worden, um die Bereitschaft der Krankenhausträger zur Schaffung von AiP-Stellen zu fördern. Nach unserer Rechnung bedarf es nicht einmal der Aufteilung vorhandener Assistenzarztstellen, sondern nur des weitgehenden Abbaus von Überstunden bzw. des Freizeitausgleichs für bisher vergütete Bereitschaftsdienste, um die Finanzierung der für Bayern erforderlichen Stellen sicherzustellen.

Wir haben allerdings auch die Erwartung, daß sich die bayerischen Kassenärzte und die Kassenärztliche Vereinigung zur Realisierung der Praktikumsphase engagieren. Um jedem AiP eine sechsmonetige Tätigkeit in einer Kassenarztpraxis zu ermöglichen, bräuchten wir für unsere bayerischen Studenten 1000 Stellen in Kassenpraxen. Bei 12 000 Kas-

senärzten müßte also nur etwa jeder zwölfte, das sind etwas mehr als acht Prozent, eine Kollegin oder einen Kollegen durchgängig beschäftigen.

Ich möchte hier nun nicht eine Diskussion provozieren, ob es nicht sogar Sache der Kassenärztlichen Vereinigung wäre, die Ausbildung der AiP in gleicher Weise als Gegenstand des Sicherstellungsauftrags zu betrachten wie etwa die Förderung des Nachwuchses für die Allgemeinmedizin. Deß es eber nicht abwegig ist, solche Überlegungen anzustellen, zeigt die Vorstellung einer durchaus ernstzunehmenden Gruppe in der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, die erwägt, es jedem Kassenarzt zur Auflage zu machen, innerhalb eines Zeitraums von fünf Jahren wenigstens einen AiP-Platz zur Verfügung zu stellen.

Woran uns gelegen ist: es müssen unverzüglich alle Maßnahmen eingeleitet werden, um rechtzeitig die zunächst 1000 und letztlich 3000 Plätze zur Verfügung zu stellen, die wir für

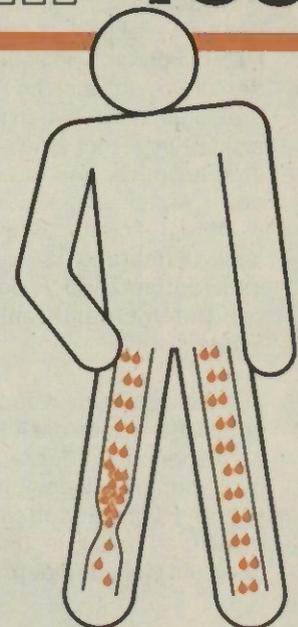
Gegen periphere arterielle Durchblutungsstörungen:

Pentoxifyllin-ratiopharm® 400

OP 20 Retardtbl. N 1  **DM 12,30**
 OP 50 Retardtbl. N 2  **DM 29,80**
 OP 100 Retardtbl. N 3  **DM 49,95**

1. Senkt erhöhte Blutviskosität
2. Verbessert Erythrozyten-Fluidität
3. Hemmt Thrombozytenaggregation

heute
ratiopharm®-Arzneimittel



Pentoxifyllin-ratiopharm® 400 Retardtabletten
Zusammensetzung: 1 Ret.-Tabl. enth. 400 mg Pentoxifyllin. **Hinweis:** Eine deutlich verminderte Nierenfunktion erfordert eine individuelle Dosierungsanpassung. Die Dauer der Anwendung ist dem individuellen Krankheitsbild anzupassen und wird vom Arzt festgelegt. Nach Ablauf des Verfalldatums nicht mehr anwenden. **Indikationen:** Periphere arterielle Durchblutungsstörungen im Stadium II nach Fontaine (intermittierendes Hinken). **Kontraindikationen:** Frischer Herzinfarkt, Massenblutungen. Treten Netzhautblutungen während der Behandlung mit Pentoxifyllin-ratiopharm® 400 auf, ist das Präparat abzusetzen. Schwangerschaft. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich Übelkeit, Brechreiz, Magendruck, Völlegefühl, Schwindel und Kopfschmerzen. Nur in Ausnahmefällen Therapieunterbrechung notwendig. Vereinzelt Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut (z. B. Juckreiz), die nach Behandlungsabbruch im allgemeinen rasch verschwinden. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Blutdrucksenkende Präparate. **Dosierung:** 3 x tägl. 1 Ret.-Tabl. Pentoxifyllin-ratiopharm® 400 unzerkaut nach dem Essen mit etwas Flüssigkeit einnehmen.

die Absolventen der bayerischen Universitäten benötigen. Nach unserer Auffassung ist es Sache des Innenministeriums, alle beteiligten und interessierten Institutionen und Verbände endlich an einen Tisch zu bitten, um die immer drängender werdenden Fragen rechtzeitig zu klären.

In diesem Zusammenhang sollte das Innenministerium sich sehr rasch verbindlich zur Rechtsstellung des AiP äußern. Vergleichbar etwa dem Arbeitsministerium Nordrhein-Westfalen, das vor kurzem eine sogenannte „Berufsfelddefinition“ vorgelegt und sich so zu den Einsatzmöglichkeiten des AiP geäußert hat. Der AiP ist danach – und das deckt sich durchaus auch mit unseren Vorstellungen – sachlich und rechtlich nichts anderes als ein ärztlicher Berufsanfänger heute auch. Er ist mehr als früher ein Medizinalassistent, der eben kein Arzt war. Im Grunde ist er dem „Pflichtassistenten“ alter Zeiten vergleichbar, einem Status also, den viele von Ihnen noch durchlaufen haben. Die Vorstellung, das sei noch gesagt, die AiP könnten bevorzugt an Universitätskliniken beschäftigt werden, wie sie in einer Antwort des Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst auf die Anfrage des CSU-Abgeordneten Dr. Schosser zum Ausdruck kommt, ist nach meiner Auffassung gänzlich verfehlt: Wenn unsere Universitätskliniken schon den Studenten und den Medizinstudenten im Praktischen Jahr (MPJ) nicht genügend an praktischer Ausbildung vermitteln können, wie sollen sie dann in der Lage sein, auch noch die Ärzte im Praktikum auszubilden und zu beaufsichtigen. Es ist eine Horrorvorstellung für mich, daß die „Ausbildung“ des „Arztes im Praktikum“ darin bestehen könnte, den MPJ praktische „Erfahrung“ zu vermitteln und vielleicht auch noch den Kleingruppen-Unterricht am Krankenbett abzuhalten!

Vielleicht sollte man auch daran denken, daß am Ende die AiP als Ärzte bei der Berechnung der Ausbildungskapazitäten berücksichtigt werden. Wir könnten dann ja noch einige „Rechtsmediziner“ mehr in unseren Fakultäten als Kollegen begrüßen.

Hochschulgesetzgebung

Ein anderes wichtiges Thema unserer Ausschubarbeit: Die bevorstehende Hochschulgesetzgebung in

Bayern, die in Ihrer Bedeutung weit über den eigentlichen Hochschulbereich hinausgeht.

Da kurz nach den Kammerwahlen Referentenentwürfe aus dem neuen Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst bekannt wurden, und der Hochschulausschuß noch nicht konstituiert ist, hat sich eine ad hoc-Arbeitsgruppe „Hochschule“ zu den Entwürfen erklärt. Auch unser Ausschuß hat sich mit den Fragen der Umsetzung des neuen Hochschulrahmengesetzes beschäftigt. Wir sind dem Herrn Präsidenten unserer Kammer dankbar, daß er sich gegenüber dem Ministerium im Sinne der Ausschuß-Empfehlungen geäußert und sich insbesondere wiederholt dafür ausgesprochen hat, die Unglücksfigur der „Wissenschaftlichen Hilfskraft“ zu beseitigen. In ihr verbinden sich die Nachteile des Beamtenstatus mit den Nachteilen einer nichttariflich geregelten Arbeitnehmerposition. Die neuen rahmenrechtlichen Vorschriften des Bundes über die befristete Beschäftigung „Wissenschaftlicher Mitarbeiter“, die der Tätigkeit als „Wissenschaftliche Assistenten“ vorgeschaltet werden kann, macht die Hilfskraft überflüssig. Wir hoffen, daß der Landesgesetzgeber die neuen Strukturvorstellungen übernimmt und wir damit viele der Probleme im Hochschulbereich befriedigend lösen können. Das Problem ist nicht zuletzt deshalb drängend, weil die Einschränkung der Vergütungsfähigkeit von Mehrarbeitsleistungen auf demnächst 40 Stunden monatlich den Berg der unausgeglichenen und letztlich durch Freizeit auch nicht ausgleichbaren Mehrarbeit unserer beamteten Kollegen an den Hochschulen ins Unerträgliche steigen lassen wird! Zur Illustration ein Beispiel:

Der Rechtsabteilung des Marburger Bundes liegen die Unterlagen von 17 der chirurgischen Assistenten in Großhadern vor, die zusammen mehr als 70 000 anerkannte Mehrarbeitsstunden abgeleistet haben, die weder durch Vergütung noch durch Dienstbefreiung ausgeglichen werden können. In Geld umgesetzt, wären dies Ansprüche von mehr als 1 ½ Millionen DM!

Man kann dieses Beispiel im Grunde auf alle klinischen Bereiche unserer vier Landesuniversitäten übertragen. Die Angehörigen anderer Berufe würden sich eine solche Mißachtung von Recht und Gesetz nicht bieten lassen.

Unsere Kollegen nehmen es – wenn auch murrend – auf sich, in dem Bewußtsein, daß die Verweigerung der Mehrarbeitsleistungen zum Zusammenbruch der klinischen Versorgung an unseren Universitätskliniken führen würde. Schamlos ist nur die Spekulation der öffentlichen Hand zu nennen, die auf diese Gesinnung unserer Kolleginnen und Kollegen spekuliert.

Abhilfe ist nur dann zu schaffen, wenn der Gesetzgeber auch im Bereich unserer Universitätskliniken die Möglichkeit eröffnet, im Rahmen tariflich geregelter Anstellungsverhältnisse tätig zu werden.

„Gastärzte“

Ein Problem, bei dem man sich ebenso in Rage reden kann, wie bei den Arbeitsbedingungen an unseren Hochschulen, ist das der „Gastärzte“. Schon der verharmlosende Begriff ist ein Ärgernis. Viele von Ihnen haben es in den Nachkriegsjahren am eigenen Leib durchlitten, ohne korrekte Vergütung volle Arbeitsleistung erbringen zu müssen. In einer Zeit allgemeiner Not und großer Schwierigkeiten in allen Wirtschafts- und Dienstleistungsbereichen war der Mißbrauch von Arbeitskräften kein Einzelfall. Heute sind es praktisch nur unsere jungen Kolleginnen und Kollegen, die mißbraucht werden und sich auch mißbrauchen lassen.

In den Nachkriegsjahren hatte sich ein allgemeiner Sprachgebrauch herausgebildet, den unbezahlten Arzt am Krankenhaus als „Volontärarzt“ zu bezeichnen, als „Gastarzt“ aber denjenigen, der nur für kurze Zeit zur Erlangung besonderer Kenntnisse als Gast am Krankenhaus tätig ist. Der „Gastarzt“, zumeist von einem anderen Arbeitgeber eben zur Erlernung spezieller Fähigkeiten quasi „abgeordnet“, ist nicht in die allgemeinen Betriebsabläufe eingegliedert. Der „Volontär“ dagegen ist Arbeitnehmer, da er in den Betrieb eingegliedert und zur Arbeitsleistung nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet ist. In diesem Sinne sind die heutigen Gastärzte mit Sicherheit „Volontärärzte“ wie ehemals auch, und es müssen auch die Grundsätze zur Anwendung kommen, die das Bundesarbeitsgericht am Ende als Ergebnis tausender von Volontärarztprozessen formuliert hat: „Die Zwecksetzung der Volontärausbildung verbietet es, den Volon-

tärarzt zu Dienstleistungen heranzuziehen, bei denen unter Zugrundelegung objektiver Maßstäbe erkennbar wird, daß seine Tätigkeit für die von ihm betreuten Kranken unentbehrlich ist und er anstelle eines Assistenzarztes eingesetzt wird." So das Bundesarbeitsgericht in seinem Urteil vom 27. Oktober 1966, das übrigens in einem Rechtsstreit ergangen ist, den der Marburger Bund Bayern für eines seiner Mitglieder – inzwischen ein beliebter bayerischer Dichterarzt – geführt hat.

Soll mir keiner sagen, auch nur für einen der Gastärzte lasse sich ein solches Urteil nicht auch erkämpfen. Wenn seine Tätigkeit nämlich nicht der eines Assistenzarztes entspricht, so belügt man ihn, wenn man ihm in Aussicht stellt, seine Tätigkeit sei auf die Weiterbildungszeit anzurechnen, entspricht sie aber dieser Assistenzarztstätigkeit, so mißbraucht man die Kollegin oder den Kollegen unter Verletzung elementarer Rechtsgrundsätze!

Für mich ist die Beschäftigung von angeblichen Gastärzten eine berufspolitische Frage ersten Ranges; Jeder Gastarzt mehr stellt unser Vergütungssystem für ärztliche Leistungen am Krankenhaus in Frage! Das gilt nicht nur für tarifliche Bezüge, sondern auch für die Liquidationsrechte leitender Ärzte. Dies mögen sich diejenigen Kollegen vor Augen halten, die die Probleme einer oft unzulänglichen Ausstattung der Fachabteilung mit Ärzten durch die Beschäf-

tigung von Volontärärzten lösen wollen.

Ich bin sicher, daß Sie diese Probleme in Ihrer weit überwiegenden Mehrheit nicht anders bewerten. Daß der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer und unser Präsident meiner Auffassung sind, dessen bin ich sicher. Es fällt mir deshalb auch gar nicht schwer, mich für das Verständnis zu bedanken, das die Bayerische Landesärztekammer und ihr Präsident der Arbeit unseres Ausschusses und den angestellten und beamteten Ärzten, wie auch dem ärztlichen Nachwuchs entgegengebracht haben und – wie ich hoffe – auch weiterhin entgegenbringen werden.

Hilfssausschuß

Dr. Dr. E. Graßl

Auf der konstituierenden Sitzung der Bayerischen Landesärztekammer vom 17. Januar 1987 wurden folgende Kollegen in den Hilfssausschuß gewählt: Dr. Bauer, Rosenheim; Dr. Dr. Graßl, München; Dr. Heuberger, Schwabach; Dr. Kliesch, Sulzbach-Rosenberg; Dr. Neustifter, Dingolfing; Dr. Rusche, Bad Neustadt; Dr. Seibald, Bamberg; Dr. Thiele, Füssen.

Ausgeschieden sind die Kollegen Dr. Kling, Augsburg, und Dr. Krist, Taufkirchen. Herzlichen Dank Ihnen für

die Mitarbeit in den vergangenen vier Jahren.

Im Jahre 1986 wurden wieder mit DM 443 876,- acht Ärzte und 62 Arzttwitwen bzw. -waisen unterstützt und ihnen damit die Möglichkeit zu einem einigermaßen auskömmlichen Leben gegeben.

Herzlichen Dank den Kolleginnen und Kollegen in Stadt und Land, die durch ihre Beiträge zur Bayerischen Landesärztekammer den Hilfsfonds finanzieren.

Im Jahre 1986 sind zwei Ärzte und zwei Arzttwitwen verstorben, dafür ein Arzt und eine Arzttwitwe dazugekommen.

Der überwiegende Teil der Unterstützten steht in hohem Alter. So waren im ersten Halbjahr 1987 von 69 Unterstützten

4 Personen unter 70 Jahre,
23 Personen zwischen 70 und 79 Jahre,
29 Personen zwischen 80 und 90 Jahre,
10 Personen zwischen 91 und 95 Jahre,
3 Personen zwischen 96 und 100 Jahre.

An Weihnachtsbeihilfen, die auch bedürftige Kollegen, Arzttwitwen und -waisen erhalten, die nicht laufend unterstützt werden, wurden DM 27 050,- übersandt. Sie machen – wie wir aus vielen Dankesbriefen wis-

HYPERFORAT®

Depressionen, psychische und nervöse Störungen,
Wetterfühligkeit, Migräne.

Vegetativ stabilisierend, gut verträglich, MAO-Hemmung.

Zusammensetzung: Hyperforat-Tropfen: 100 g enthalten: Extr. fl. Herb. Hyperici perf. 100 g, stand. auf 0,2 mg Hypericin* pro ml. Enth. 50 Vol.-% Alkohol. Hyperforat-Oragées: 1 Oragée à 0,5 g enthält: Extr. sicc. Herb. Hyperici perf. 40 mg, stand. auf 0,05 mg Hypericin* Vit. B-Komplex 1 mg. *und verwandte Verbindungen, berechnet auf Hypericin.

Anwendungsgebiete: Depressionen, auch im Klimakterium, nervöse Unruhe und Erschöpfung, Wetterfühligkeit, Migräne, vegetative Dystonie.

Tropfen in der Kinderpraxis: Enuresis, Stottern, psychische Hemmungen, Reizüberflutungssyndrom.

Gegenanzeigen: Keine.

Nebenwirkungen: Photosensibilisierung ist möglich, insbesondere bei hellhäutigen Personen.

Dosierung: Hyperforat-Tropfen: 2–3 x täglich 20–30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen. Hyperforat-Oragées: 2–3 x täglich 1–2 Oragées vor dem Essen einnehmen. Zur Beachtung: Bei Kindern entsprechend geringer dosieren. Die letzte tägliche Einnahme möglichst vor dem Abend. Häufig ist eine einschleichende Dosierung besonders wirksam.

Handelsformen und Preise: Hyperforat-Tropfen: 30 ml DM 9,27; 50 ml OM 14,47; 100 ml OM 24,46. Hyperforat-Oragées: 30 St. DM 7,48; 100 St. OM 18,96.



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

sen – Immer große Freude. Dieser Dank muß besonders an die Kolleginnen und Kollegen weitergegeben werden, die auf den jährlichen Aufruf im November-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ eine Spende einschickten. 1986 betragen diese Weihnachtsspenden der Kolleginnen und Kollegen DM 12 083,-; dazu kamen noch andere Spenden aus nicht in Anspruch genommenen Sitzungsgeldern usw. DM 4 813,- = DM 16 896,-.

Wir möchten auch heuer wieder recht herzlich um Weihnachtsspenden bitten; die Bayerische Landesärztekammer stellt für jede Spende eine Spendenquittung für das Finanzamt aus.

Wie jedes Jahr erhielten der Verein „Die Arztfrau e. V.“ und der „Kreis der Arztfrauen und -witwen“ vom Hilfsausschuß wieder eine Spende von insgesamt DM 2500,-, mit der diese hauptsächlich Arztwitwen zu Weihnachten eine kleine Freude machen, von denen sie wissen, daß sie sehr düftig und eingeschränkt leben. Die jährliche Adventfeier des Vereins wird im Kasino des Ärztehauses Bayern in festlichem Rahmen veranstaltet und bringt nicht nur Münchener, sondern auch auswärtige Ärztinnen und Arztwitwen zusammen. Für die Bewirtung und festliche musikalische Umrahmung sorgte der Hilfsfonds mit einer Ausgabe von DM 398,-.

Der Dank und die herzlichen Grüße der Damen seien an die Kolleginnen und Kollegen in Stadt und Land weitergegeben.

Gemeinsame Kommission Datenschutz

Dr. K. Rösch

Die gemeinsame Kommission der Kammer und Kassenärztlichen Vereinigung für den Datenschutz und die Wahrung des Arztgeheimnisses war mit zahlreichen Fragen beschäftigt, von denen ich nur einige ansprechen kann.

Es handelt sich einmal um die EDV in der Arztpraxis.

Hier bietet eine Pharmavertriebs-GmbH dem Arzt den Verleih eines

Praxiscomputersystems mit Programm zu sehr vorteilhaften Bedingungen an.

Im Gegenzug muß sich der Arzt verpflichten, die im System erfaßten Patientendaten bzw. eigenen Leistungsdaten auf Anforderung vollständig der GmbH zur Verfügung zu stellen. Zugleich muß der Arzt Mitglied einer sogenannten Forschungsgemeinschaft niedergelassener Ärzte werden und sich an deren Projekt eines „Wissenschaftspanels ambulante Medizin“ beteiligen.

Die GmbH stellt dann die Daten des Arztes dieser Forschungsgemeinschaft zur Erfassung und Auswertung zur Verfügung.

Umgekehrt soll der Arzt dann aus dem Wissenschaftspanel regelmäßig Auswertungen erhalten, die ihm Informationen über seine eigene Tätigkeit und die Tätigkeit anderer vergleichbarer Praxen geben, z. B. Abrechnungsstatistiken, Diagnosestatistiken, Medikamentenstatistiken.

Dabei wird betont, daß die Patientendaten anonymisiert aus der Praxis übermittelt werden sollen und auch die Arztdaten von der GmbH nur anonymisiert an die Forschungsgemeinschaft weitergegeben werden sollen.

Kollegen, die sich darauf einlassen, ist aus datenschutzrechtlicher Sicht eine sehr kritische Prüfung des Projekts zu empfehlen. Einzelheiten darüber, wie die Patienten- und Arztdaten anonymisiert werden sollen, sind uns noch nicht zugänglich.

In dem Zusammenhang gestatte ich mir aber den Hinweis, daß nach Auffassung des Landesdatenschutzbeauftragten die Übermittlung von Daten selbst dann nicht als anonymisiert zu gelten hat, wenn diese Daten verschlüsselt sind.

Seltens der GmbH wird darauf hingewiesen, daß der Erfolg der ärztlichen Tätigkeit von eigenen Erfahrungen und Kenntnissen über erfolgreiche Behandlungsmethoden von Kollegen abhängig ist. Das Ziel der Forschungsgemeinschaft, deren Mitglied der Arzt werden muß, geht unter anderem dahin, die gewonnenen Erkenntnisse für gezielte organisatorische, diagnostische und therapeutische Maßnahmen zur medizinischen Betreuung chronisch Kranker zu nutzen.

Wenn es also unter anderem auch um den Erfolg von Behandlungsmethoden geht, steht möglicherweise eine Langzeiterfassung von Behandlungs- und Leistungsdaten im Raum. Denn mit einer einmaligen bzw. sehr kurzfristigen Erfassung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen des Arztes läßt sich ja in den seltensten Fällen Erfolg oder Mißerfolg der Behandlung feststellen. Das würde aber eine patienten- und arztbezogene Verschlüsselung der Daten erfordern.

Selbst wenn ein Risiko hinsichtlich der Patientendaten ausgeschlossen werden kann, sollte der Arzt sich überlegen, ob er seine eigenen Praxisdaten anderen uneingeschränkt zur Verfügung stellt.

Die Forschungsgemeinschaft gibt auch die Betreuung von Arzneimittelstudien in Auftrag. So muß der Eindruck entstehen, daß Ziel dieser Aktion unter anderem die regionale Erfassung der Diagnosestellung und der Verordnungsgewohnheiten der niedergelassenen Ärzte ist. Auch insoweit gestatte ich mir den Hinweis, daß es selbst bei vollständiger Anonymisierung im Einzelfall Datenschutzprobleme geben kann, wenn die regionalen Erfassungsbereiche zu klein sind. Ist zum Beispiel in einem Bereich nur ein Kollege eines bestimmten Fachgebiets vorhanden, können spezifische Verordnungen dieser Fachgruppe dann unschwer diesem Kollegen zugeordnet werden.

Es geht unserem Eindruck nach also auch um Marktforschungs- und Vertriebsinteressen der Pharmaindustrie. Das ist in unserem System durchaus legitim. Wir sollten jedoch darauf achten, daß ärztliche Schweigepflicht und Datenschutz dabei nicht auf der Strecke bleiben.

Mit Sorge beobachten wir auch, daß Einrichtungen, die den Patienten durch nichtärztliches Personal betreuen, Patientendaten erheben bzw. von Ärzten und Kliniken anfordern, z. B. sozialpsychiatrische Dienste, Sozialdiensten, sonstige Beratungsstellen.

Dem Patienten wird dabei ein Erhebungsbogen in die Hand gedrückt. Den soll er von seinem Arzt ausfüllen lassen und zurückbringen. Damit hat der Patient auch in die Datenweitergabe eingewilligt. Dem Patienten wird suggeriert, daß diese medizinischen

(Fortsetzung Seite 555)



Bayerische Landesärztekammer

Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Fernsprecher (089) 41 47 - 1

Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns

– Neufassung vom 1. Januar 1988 –

Der 40. Bayerische Ärztetag beschloß am 11. Oktober 1987 die Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns und die Anlage zur Weiterbildungsordnung in der nachstehend wiedergegebenen Fassung.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat mit Schreiben vom 15. Oktober 1987 – Nr. IE8-5012-0/8/87 – diese Weiterbildungsordnung genehmigt.

§ 1

Ziel der Weiterbildung

(1) 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 Arztbezeichnungen geführt werden dürfen.

(2) Die Bezeichnungen Arzt und Weiterbilder sowie die Gebietsbezeichnungen finden bei Ärztinnen in der für diese zutreffenden Form Anwendung.

§ 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 Thorex- und Kardiovaskularchirurgie
 - 5.5 Unfallchirurgie
6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe
7. Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
Teilgebiet:
 - 7.1 Phoniatrie und Pädaudiologie
8. Haut- und Geschlechtskrankheiten
9. Hygiene
10. Innere Medizin
Teilgebiete:
 - 10.1 Endokrinologie
 - 10.2 Gastroenterologie
 - 10.3 Hämatologie
 - 10.4 Kardiologie
 - 10.5 Lungen- und Bronchialheilkunde
 - 10.6 Nephrologie
 - 10.7 Rheumatologie
11. Kinderheilkunde
Teilgebiet:
 - 11.1 Kinderkardiologie

12. Kinder- und Jugendpsychiatrie
13. Klinische Pharmakologie
14. Laboratoriumsmedizin
15. Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
16. Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
17. Neurochirurgie
18. Neurologie
19. Neuropathologie
20. Nuklearmedizin
21. Öffentliches Gesundheitswesen
22. Orthopädie
Teilgebiet:
 - 22.1 Rheumatologie
23. Pathologie
24. Pharmakologie und Toxikologie
25. Psychiatrie
26. Radiologische Diagnostik
Teilgebiete:
 - 26.1 Kinderradiologie
 - 26.2 Neuroradiologie
27. Rechtsmedizin
28. Strahlentherapie
29. 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. Sozialmedizin
15. Sportmedizin
16. Stimm- und Sprachstörungen
17. Transfusionsmedizin
18. Tropenmedizin

(3) Inhalt und Umfang der Gebiete, Teilgebiete und Bereiche sowie die Weiterbildungszeiten 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) Hat ein „Arzt im Praktikum“ Tätigkeiten nachgewiesen, die den Anforderungen dieser Weiterbildungsordnung gleichwertig sind, so sind diese Tätigkeiten im Sinne einer Verkürzung der Mindestweiterbildungszeit auf die Weiterbildung anzurechnen.

(3) 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.

(4) 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, Sonderbeurlaubung, Wehrdienst usw. kann grundsätzlich nicht auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden. Dies gilt nicht für Unterbrechungen von insgesamt nicht mehr als vier Wochen im Kalenderjahr.

(5) Die Weiterbildung hat sich auf die Vermittlung und den Erwerb von Kenntnissen und Fähigkeiten in den für das Gebiet, das Teilgebiet oder den Bereich in der Anlage zur Weiterbildungsordnung festgelegten Tätigkeitsbereichen zu erstrecken.

(6) Die Weiterbildung in den Gebieten und Teilgebieten ist ganztägig und in hauptberuflicher Stellung durchzuführen. Dies gilt auch für eine Weiterbildung in Bereichen, soweit in der Anlage zur Weiterbildungsordnung nichts anderes bestimmt ist. 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 Teilzeitweiterbildung kann grundsätzlich nur dann angerechnet werden, wenn sie vorher der Bayerischen Landesärztekammer (Kammer) angezeigt und von dieser als anrechnungsfähig bestätigt worden ist. Eine Teilzeitweiterbildung kann während des gleichen Zeitraums nur in einem Gebiet oder Teilgebiet abgeleistet werden.

(7) Während der Weiterbildungszeit in den Gebieten sind die Weiterbildungsstätte und der Weiterbilder wenigstens einmal zu wechseln, soweit in der Anlage zur Weiterbildungsordnung nichts anderes bestimmt ist. Die Kammer kann im Einzelfall 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.

(8) Eine Zeit ärztlicher Tätigkeit, in welcher auch eigene Praxis ausgeübt wird, ist auf Weiterbildungszeiten für Gebiete und Teilgebiete nicht anrechnungsfähig.

(9) 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.

(10) Innerhalb der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit für ein Gebiet muß grundsätzlich mindestens ein Jahr unter Leitung von Ärzten abgeleistet werden, die im vollen Umfang zur Weiterbildung ermächtigt sind.

(11) Sofern in der Anlage zur Weiterbildungsordnung die Ableistung von Kursen vorgeschrieben wird, ist eine vorherige Anerkennung des jeweiligen Kurses und dessen Leiters durch die für den Ort der Veranstaltung zuständige Kammer erforderlich.

§ 4

Arztbezeichnungen

(1) Für die in § 2 genannten Gebiete werden die folgenden Arztbezeichnungen 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. Frauenarzt oder Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
7. Hals-Nasen-Ohrenarzt oder Arzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
8. Hautarzt oder Arzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten
9. Hygieniker oder Arzt für Hygiene
10. Internist oder Arzt für innere Medizin
11. Kinderarzt oder Arzt für Kinderheilkunde
12. Kinder- und Jugendpsychiater oder Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie
13. Klinischer Pharmakologe oder Arzt für Klinische Pharmakologie
14. Laborarzt oder Arzt für Laboratoriumsmedizin
15. Mikrobiologe und Infektionsepidemiologe oder Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
16. Mund-Kiefer-Gesichtschirurg oder Arzt für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
17. Neurochirurg oder Arzt für Neurochirurgie
18. Neurologe oder Arzt für Neurologie
19. Neuropathologe oder Arzt für Neuropathologie
20. Nuklearmediziner oder Arzt für Nuklearmedizin
21. Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen
22. Orthopäde oder Arzt für Orthopädie
23. Pathologe oder Arzt für Pathologie
24. Pharmakologe und Toxikologe oder Arzt für Pharmakologie und Toxikologie
25. Psychiater oder Arzt für Psychiatrie
26. Arzt für Radiologische Diagnostik
27. Rechtsmediziner oder Arzt für Rechtsmedizin
28. Arzt für Strahlentherapie
29. Urologe oder Arzt für Urologie

(2) Die Bezeichnung Nervenarzt oder Arzt für Neurologia und Psychiatria darf führen, wer die Anerkennung als Neurologe und die als Psychiater erworben hat.

Die Bezeichnung Radiologe oder Arzt für Radiologie darf führen, wer die Anerkennung als Arzt für Radiologische Diagnostik und die als Arzt für Strahlentherapie erworben hat.

§ 5

Führen mehrerer Arztbezeichnungen

(1) Besitzt ein Arzt die Anerkennung zum Führen von Arztbezeichnungen für mehrere Gebiete, so darf er folgende Arztbezeichnungen nebeneinander führen:

Allgemeinarzt
allein

Anästhesist
mit Augenarzt oder Chirurg oder Frauenarzt oder Hals-Nasen-Ohrenarzt oder Hygieniker oder Internist oder Klinischer Pharmakologe oder Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurg oder Neurochirurg oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Orthopäde oder Pharmakologe und Toxikologe oder Urologe

Arbeitsmediziner
mit Augenarzt oder Chirurg oder Hautarzt oder Hals-Nasen-Ohrenarzt oder Hygieniker oder Internist oder Klinischer Pharmakologe oder Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie oder Neurologe oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Orthopäde oder Pharmakologe und Toxikologe

Augenarzt
mit Anästhesist oder Arbeitsmediziner oder Hygieniker oder Neurologe oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen.

Chirurg
mit Anästhesist oder Arbeitsmediziner oder Frauenarzt oder Hals-Nasen-Ohrenarzt oder Hygieniker oder Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurg oder Neurochirurg oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Orthopäde oder Radiologe oder Arzt für Radiologische Diagnostik oder Arzt für Strahlentherapie oder Urologe

Frauenarzt
mit Anästhesist oder Chirurg oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Radiologe oder Arzt für Radiologische Diagnostik oder Arzt für Strahlentherapie oder Urologe

Hals-Nasen-Ohrenarzt
mit Anästhesist oder Arbeitsmediziner oder Chirurg oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurg oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Radiologe oder Arzt für Radiologische Diagnostik oder Arzt für Strahlentherapie

Hautarzt
mit Arbeitsmediziner oder Internist oder Kinderarzt oder Laborarzt oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen

Hygieniker
mit Anästhesist oder Arbeitsmediziner oder Chirurg oder Internist oder Kinderarzt oder Laborarzt oder Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Urologe

Internist
mit Anästhesist oder Arbeitsmediziner oder Hautarzt oder Hygieniker oder Kinderarzt oder Klinischer Pharmakologe oder Laborarzt oder Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie oder Nervenarzt oder Neurologe oder Nuklearmediziner oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Pharmakologe und Toxikologe oder Psychiater oder Radiologe oder Arzt für Radiologische Diagnostik oder Arzt für Strahlentherapie

Kinderarzt
mit Hautarzt oder Hygieniker oder Internist oder Kinder- und Jugendpsychiater oder Klinischer Pharmakologe oder Laborarzt oder Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie oder Neurologe oder Nuklearmediziner oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Pharmakologe und Toxikologe oder Radiologe oder Arzt für Radiologische Diagnostik oder Arzt für Strahlentherapie

Kinder- und Jugendpsychiater
mit Kinderarzt oder Klinischer Pharmakologe oder Nervenarzt oder Neurologe oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Pharmakologe und Toxikologe oder Psychiater oder Rechtsmediziner

Klinischer Pharmakologe
mit Anästhesist oder Arbeitsmediziner oder Internist oder Kinderarzt oder Kinder- und Jugendpsychiater oder Nervenarzt oder Neurologe oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Pharmakologe und Toxikologe oder Psychiater oder Rechtsmediziner

Laborarzt
mit Hautarzt oder Hygieniker oder Internist oder Kinderarzt oder Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie oder Nuklearmediziner oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen

Arzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie
mit Anästhesist oder Arbeitsmediziner oder Chirurg oder Hygieniker oder Internist oder Kinderarzt oder Laborarzt oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen

Mund-Kiefer-Gesichtschirurg
mit Anästhesist oder Chirurg oder Hals-Nasen-Ohrenarzt oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen

Neurochirurg
mit Anästhesist oder Chirurg oder Neurologe oder Neuro-pathologe oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Orthopäde oder Radiologe oder Arzt für Radiologische Diagnostik oder Arzt für Strahlentherapie

Neurologe
mit Arbeitsmediziner oder Augenarzt oder Internist oder Kinder- und Jugendpsychiater oder Klinischer Pharmakologe oder Neurochirurg oder Neuropathologe oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Pharmakologe und Toxikologe oder Psychiater oder Radiologe oder Arzt für Radiologische Diagnostik oder Arzt für Strahlentherapie

Neuropathologe
mit Neurochirurg oder Neurologe oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Pathologe oder Rechtsmediziner

Nuklearmediziner
mit Internist oder Kinderarzt oder Laborarzt oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Radiologe oder Arzt für Radiologische Diagnostik oder Arzt für Strahlentherapie

Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen
mit allen Arztbezeichnungen, ausgenommen Allgemeinarzt

Orthopäde
mit Anästhesist oder Arbeitsmediziner oder Chirurg oder Neurochirurg oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Radiologe oder Arzt für Radiologische Diagnostik oder Arzt für Strahlentherapie

Pathologe
mit Neuropathologe oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Rechtsmediziner

Pharmakologe und Toxikologe

mit Anästhesist oder Arbeitsmediziner oder Internist oder Kinderarzt oder Kinder- und Jugendpsychiater oder Klinischer Pharmakologe oder Nervenarzt oder Neurologe oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Psychiater oder Rechtsmediziner

Psychiater

mit Internist oder Kinder- und Jugendpsychiater oder Klinischer Pharmakologe oder Neurologe oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Pharmakologe und Toxikologe oder Rechtsmediziner

Arzt für Radiologische Diagnostik

mit Chirurg oder Frauenerzt oder Hals-Nasen-Ohrenarzt oder Internist oder Kinderarzt oder Neurochirurg oder Neurologe oder Nuklearmediziner oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Orthopäde oder Radiologe oder Arzt für Strahlentherapie oder Urologe

Rechtsmediziner

mit Kinder- und Jugendpsychiater oder Klinischer Pharmakologe oder Nervenarzt oder Neurologe oder Neuropathologe oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Pathologe oder Pharmakologe und Toxikologe oder Psychiater

Arzt für Strahlentherapie

mit Chirurg oder Frauenerzt oder Hals-Nasen-Ohrenarzt oder Internist oder Kinderarzt oder Neurochirurg oder Neurologe oder Nuklearmediziner oder Radiologe oder Arzt für Radiologische Diagnostik oder Urologe

Urologe

mit Anästhesist oder Chirurg oder Frauenarzt oder Hygieniker oder Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen oder Radiologe oder Arzt für Radiologische Diagnostik oder Arzt für Strahlentherapie

(2) Teilgebietsbezeichnungen nach § 2 Absatz 1 dürfen nur zusammen mit der Bezeichnung des Gebietes geführt werden, dem die Teilgebiete zugehören. Für ein Gebiet dürfen nicht mehr als zwei Teilgebietsbezeichnungen nebeneinander geführt werden. Führt ein Arzt zwei Gebietsbezeichnungen, darf er daneben für jedes dieser Gebiete nur eine Teilgebietsbezeichnung führen.

(3) Zusatzbezeichnungen nach § 2 Absatz 2 dürfen nur zusammen mit der Berufsbezeichnung „Arzt“ oder einer Gebietsbezeichnung geführt werden. Neben einer Gebietsbezeichnung darf eine Zusatzbezeichnung jedoch nur geführt werden, wenn der betreffende Bereich in das Gebiet fällt, dessen Bezeichnung der Arzt führt.

§ 6

Ermächtigung zur Weiterbildung

(1) Die Weiterbildung in den Gebieten und Teilgebieten wird unter verantwortlicher Leitung der von der Kammer ermächtigten Ärzte in einem Universitätszentrum, einer Universitätsklinik oder gegebenenfalls in einer hierzu von der zuständigen Behörde oder Stelle zugelassenen Einrichtung der ärztlichen Versorgung (Weiterbildungsstätten) durchgeführt. Das Erfordernis einer Ermächtigung gilt auch für eine Weiterbildung in Bereichen, soweit in der Anlage zur Weiterbildungsordnung nichts anderes bestimmt ist.

Die Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin sowie in Gebieten, auf die sich das Recht der Europäischen Gemeinschaften nicht bezieht, kann in 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, Teilgebiet oder einen Bereich zur Weiterbildung ermächtigt wird, muß in seinem Gebiet, Teilgebiet oder 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 Teilgebiet erteilt werden, dessen Bezeichnung der Arzt führt; sie kann jedoch nur für ein einziges 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) Für den Umfang der Weiterbildungsermächtigung ist maßgebend, inwieweit die im Inhalt, Ablauf und Zielsetzung der Weiterbildung gestellten Anforderungen durch den ermächtigten Arzt unter Berücksichtigung des Versorgungsaufwages (Anzahl sowie Erkrankungs- und Verletzungsarten der Patienten) sowie der personellen und materiellen Ausstattung der Weiterbildungsstätte erfüllt werden können. Der Weiterbilder hat Veränderungen in Struktur und Größe der Weiterbildungsstätte unverzüglich der Kammer anzuzeigen.

Auf Verlangen sind dieser entsprechende Auskünfte zu erteilen.

(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.

§ 7

Widerruf, Erlöschen und Änderung der Ermächtigung

(1) Die Ermächtigung zur Weiterbildung ist ganz oder teilweise zu widerrufen, wenn oder soweit ihre Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind, insbesondere wenn

1.1 ein Verhalten vorliegt, das die fachliche und / oder persönliche Eignung des Arztes als Weiterbilder ausschließt

1.2 Tatsachen vorliegen, aus denen sich ergibt, daß die in der Anlage zur Weiterbildungsordnung an den Inhalt der Weiterbildung im Gebiet, Teilgebiet oder Bereich gestellten Anforderungen nicht oder nicht mehr erfüllt werden können.

(2) Mit der Beendigung der Tätigkeit eines ermächtigten Arztes an der Weiterbildungsstätte, der Auflösung der Weiterbildungsstätte oder dem Widerruf der Zulassung als Weiterbildungsstätte erlischt die Ermächtigung zur Weiterbildung.

§ 8

Erteilung von Zeugnissen über die Weiterbildung

(1) Der ermächtigte Arzt hat dem in der Weiterbildung befindlichen Arzt über die unter seiner Verantwortung abgeleistete Weiterbildungszeit ein Zeugnis auszustellen, das die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten ausführlich dargelegt. Das Zeugnis muß im einzelnen Angaben enthalten über:

1. die Dauer der abgeleisteten Weiterbildungszeit sowie Unterbrechungen der Weiterbildung durch Krankheit, Schwangerschaft, Sonderbeurlaubung, Wehrdienst usw.;
2. die in dieser Weiterbildungszeit im einzelnen vermittelten und erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten; die erbrachten ärztlichen Leistungen in Diagnostik und Therapie (z. B. Operationen) sind ausführlich darzustellen;
3. die fachliche Eignung.

(2) Auf Antrag des in Weiterbildung befindlichen Arztes oder der Kammer ist nach Ablauf je eines Weiterbildungsjahres ein Zeugnis auszustellen, das den Anforderungen des Absatzes 1 entspricht.

§ 9

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, vertreten 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.

§ 10

Anerkennung zum Führen von Arztbezeichnungen

(1) Eine Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung nach § 4 oder § 2 Absatz 1 und 2 darf führen, wer nach abgeschlossener Weiterbildung die Anerkennung durch die Kammer erhalten hat.

Dem Antrag auf Anerkennung sind die während der Weiterbildung ausgestellten Zeugnisse und Nachweise beizufügen.

(2) Die Entscheidung über den Antrag auf Anerkennung zum Führen einer Gebiets- oder Teilgebietsbezeichnung 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 Prüfung allein aufgrund der vorgelegten Zeugnisse und Nachweise.

Bestehen Zweifel an der fachlichen Eignung des Antragstellers, kann die Durchführung einer Prüfung angeordnet werden.

(4) 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 a, wenn die Prüfung nicht bestanden wird.

§ 11

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 Inneren 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 den 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, Stellvertreter sowie des Vorsitzenden des Prüfungsausschusses sowie der Mitglieder, Stellvertreter sowie des Vorsitzenden des Widerspruchsausschusses erfolgt schriftlich für die Dauer der laufenden Wahlperiode für die Organe der Kammer.

§ 12

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 gemäß § 8 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.

§ 13

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 durchlaufenen Weiterbildungsabschnitte werden durch die vorgelegten Zeugnisse nachgewiesen. Die während der Weiterbildung erworbenen Kenntnisse werden in einem Fachgespräch vor dem Prüfungsausschuß dargelegt. Der Prüfungsausschuß entscheidet 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 in 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) Die Dauer der verlängerten Weiterbildungszeit beträgt mindestens 3 Monate in Gebieten, Teilgebieten und Bereichen, höchstens 2 Jahre in Gebieten; in Teilgebieten und Bereichen höchstens 1 Jahr.

Die besonderen Anforderungen müssen sich auf die in der Prüfung festgestellten Mängel beziehen. Sie können die Verpflichtung beinhalten, bestimmte inhaltlich vorgegebene ärztliche Tätigkeiten unter Anleitung durchzuführen und/oder Wissenslücken auszugleichen.

(6) Wenn der Antragsteller der Prüfung ohne ausreichenden Grund fernbleibt oder sie ohne ausreichenden Grund abbricht, gilt die Prüfung als nicht bestanden.

§ 14

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 Arztbezeichnung aus (Anerkennung).

(3) Bei Nichtbestehen der Prüfung erteilt die Kammer dem Antragsteller einen schriftlichen Bescheid mit Begründung, einschließlich der vom Prüfungsausschuß beschlossenen Auflagen gemäß § 13 Absatz 5.

(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.

§ 15

Wiederholungsprüfung

Eine nicht bestandene Prüfung kann frühestens nach 3 Monaten wiederholt werden. Für die Wiederholungsprüfung gelten die §§ 11 bis 14 entsprechend.

§ 16

Anerkennung bei abweichendem Weiterbildungsgang

(1) Wer in einem von § 3 abweichenden Weiterbildungsgang eine Weiterbildung abgeschlossen hat, erhält auf Antrag die Anerkennung durch die Kammer, wenn die Weiterbildung gleichwertig ist. Auf das Verfahren der Anerkennung finden die §§ 11 bis 15 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.

§ 17

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 Zeitraums 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 § 16 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 abgeleitet wurde. Gleiches gilt für die Weiterbildung in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften, wenn sie von einem Arzt abgeleitet wurde, der nicht Staatsangehöriger eines Mitgliedstaates ist.

Eine von deutschen Ärzten in der Deutschen Demokratischen Republik oder Berlin (Ost) abgeschlossene Weiterbildung ist anzuerkennen, wenn sie einer Weiterbildung nach Maßgabe dieser Weiterbildungsordnung gleichwertig ist. Das gilt auch für Ärzte, die nicht die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, aber zum Personenkreis des Art. 116 Absatz 1 Grundgesetz gehören, wenn sie außerhalb des Geltungsbereiches des Grundgesetzes eine Weiterbildung abgeschlossen haben. Bei nicht gleichwertiger oder nicht abgeschlossener Weiterbildung gilt für die Anrechnung von Weiterbildungszeiten § 16 Absatz 2 entsprechend.

(4) Im Falle der Anerkennung ist die Bezeichnung in deutscher Sprache zu führen.

§ 18

Rücknahme von Arztbezeichnungen

(1) Die Anerkennung zum Führen einer Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung 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 § 14 Absatz 3 und 4 entsprechend Anwendung.

§ 19

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.

§ 20

Übergangs- und Schlußbestimmungen

(1) Die bisher ausgesprochenen Anerkennungen zum Führen von Arztbezeichnungen bleiben gültig mit der Maßgabe, daß die in dieser Weiterbildungsordnung bestimmten entsprechenden Arztbezeichnungen zu führen sind.

(2) Wer bei Einführung einer neuen Arztbezeichnung in diese Weiterbildungsordnung in dem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich, für das bzw. für den diese Arztbezeichnung eingeführt worden ist, innerhalb der letzten drei Jahre vor der Einführung mindestens die gleiche Zeit regelmäßig an Weiterbildungsstätten oder vergleichbaren Einrichtungen 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 Antragsteller hat den Nachweis einer regelmäßigen Tätigkeit für die in Satz 1 angegebenen Mindestdauer in dem jeweiligen Gebiet, Teilgebiet oder Bereich zu erbringen. Aus dem Nachweis muß hervorgehen, daß der Antragsteller in dieser Zeit überwiegend im betreffenden Gebiet, Teilgebiet oder Bereich tätig gewesen ist und dabei umfassende Kenntnisse und Erfahrungen erworben hat.

(3) Wer bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung die Bezeichnung **Lungenarzt** oder Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde führt, ist berechtigt, sie beizubehalten. Wer sich bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung in der Weiterbildung zum Lungenarzt befindet, kann sie nach der bisherigen Weiterbildungsordnung abschließen, sofern er mehr als die Hälfte der Mindestweiterbildungszeit abgeleistet hat.

Auf Antrag kann ein Arzt unter Aufgabe des Rechtes zum Führen der Bezeichnung Lungenarzt oder Arzt für Lungen- und Bronchialheilkunde die Berechtigung erhalten, die Bezeichnung Internist/Lungen- und Bronchialheilkunde zu führen, wenn er im Zeitpunkt der Antragstellung nach Gebietsanerkennung mindestens drei Jahre in der Lungenheilkunde tätig gewesen ist. In diesem Fall darf der Arzt die Gebietsbezeichnung nur zusammen mit der Teilgebietsbezeichnung führen.

(4) Wer bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung die Bezeichnung **Radiologe** oder Arzt für Radiologie führt, ist berech-

tigt, sie beizubehalten. Auf Antrag kann der Arzt unter Verzicht auf das Recht zum Führen der Bezeichnung Radiologe oder Arzt für Radiologie die Berechtigung erhalten, die Bezeichnung Arzt für Radiologische Diagnostik zu führen.

Wer bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung als **Radiologe** die **Teilgebietsbezeichnung Strahlentherapie** führt, ist berechtigt, sie beizubehalten. Auf Antrag kann der Arzt unter Aufgabe des Rechtes zum Führen der Bezeichnung Radiologe oder Arzt für Radiologie und der Teilgebietsbezeichnung Strahlentherapie die Berechtigung erhalten, die Bezeichnung Arzt für Strahlentherapie zu führen.

Wer sich bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung in der Weiterbildung zum Radiologen befindet, kann sie nach der bisherigen Weiterbildungsordnung abschließen, sofern er mehr als die Hälfte der Mindestweiterbildungszeit und 1½ Jahre Strahlentherapie einschließlich der Hochvolttherapie abgeleistet hat.

(5) Wer bei Einführung der **Teilgebietsbezeichnung Kinder-radiologie** in diese Weiterbildungsordnung in diesem Teilgebiet mindestens fünf Jahre regelmäßig tätig war, ohne Radiologe zu sein, kann auf Antrag die Anerkennung zum Führen der Bezeichnung Arzt für Radiologische Diagnostik erhalten, jedoch nur in Verbindung mit der Teilgebietsbezeichnung Kinderradiologie. In diesem Fall darf der Arzt die Gebietsbezeichnung nur zusammen mit der Teilgebietsbezeichnung führen. Der Arzt muß sich gegenüber der Kammer verpflichten, die Berufsausübung im Gebiet der Radiologischen Diagnostik auf das Teilgebiet der Kinderradiologie zu beschränken. Für den Radiologen ist abweichend von Absatz 2 eine regelmäßige Tätigkeit in der Kinderradiologie von drei Jahren erforderlich. Entsprechendes gilt für das **Teilgebiet Neuroradiologie**.

(6) Wer bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung die Bezeichnung **Pathologe** oder Arzt für Pathologie mit der **Teilgebietsbezeichnung Neuropathologie** führt, kann auf Antrag die Anerkennung zum Führen der Bezeichnung Neuropathologe oder Arzt für Neuropathologie erhalten.

(7) Wer bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung die Bezeichnung **Pharmakologe** und **Toxikologe** oder Arzt für Pharmakologie und Toxikologie mit der **Teilgebietsbezeichnung Klinische Pharmakologie** führt, kann auf Antrag die Anerkennung zum Führen der Bezeichnung Arzt für Klinische Pharmakologie erhalten.

(8) Wer bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung die Bezeichnung **Nervenarzt** oder Arzt für Nervenheilkunde führt, ist berechtigt, sie beizubehalten.

Wer sich bei Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung in der Weiterbildung zum Nervenarzt befindet und mehr als die Hälfte der Mindestweiterbildungszeit abgeleistet hat, kann die Weiterbildung nach den bisherigen Bestimmungen abschließen.

(9) Alle Anträge nach diesen Übergangsvorschriften müssen innerhalb von zwei Jahren nach Inkrafttreten dieser Weiterbildungsordnung gestellt werden. Anträge zur Umstellung von Arztbezeichnungen können bis zum 31. Dezember 1993 gestellt werden.

§ 21

Inkrafttreten

Diese Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns einschließlich der Anlage tritt am 1. Januar 1988 in Kraft.

München, den 11. Oktober 1987

gez. Professor Dr. Dr. h. c. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

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 von Alter, Geschlecht und Art der Gesundheitsstörung. Die wesentlichen Aufgaben des Allgemeinarztes liegen daher in der Erkennung und Behandlung jeder Art von Erkrankungen, in der Vorsorge und in der Gesundheitsführung, in der Früherkennung von Krankheiten, in der Behandlung lebensbedrohlicher Zustände, in der ärztlichen Betreuung chronisch kranker und alter Menschen, in der Erkennung und Behandlung von milieubedingten Schäden, in der Einleitung von Rehabilitationsmaßnahmen sowie in der Integration der medizinischen, sozialen und psychischen Hilfen für die Kranken und in der Zusammenarbeit mit Ärzten anderer Gebiete, in Krankenhäusern und Einrichtungen des Gesundheitswesens.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon

1 ½ Jahre Innere Medizin, davon mindestens 1 Jahr im Stationsdienst. Auf die 1 ½ Jahre Weiterbildung in der Inneren Medizin können 6 Monate angerechnet werden in Anästhesiologie oder Arbeitsmedizin oder Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Kinderheilkunde oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Laboratoriumsmedizin oder Neurologie oder Psychiatrie.

1 Jahr Chirurgie, davon mindestens 6 Monate im Stationsdienst. Auf die 1jährige Weiterbildung in Chirurgie können 6 Monate angerechnet werden in Anästhesiologie oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Orthopädie oder Urologie;

6 Monate in einer Allgemeinpraxis;

1 Jahr in einer Allgemeinpraxis oder in einem anderen Gebiet nach freier Wahl, wobei auch Tätigkeitsabschnitte von mindestens 3 Monaten angerechnet werden können.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis 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 Nofalfällen, der Integration medizinischer, sozialer und psychischer Hilfen einschließlich der Rehabilitation.

2. Anästhesiologie

Definition:

Die Anästhesiologie umfaßt die allgemeine und lokale Anästhesie einschließlich deren Vor- und Nachbehandlung, die Aufrechterhaltung der vitalen Funktionen während

operativer Eingriffe, die Wiederbelebung und die Intensivmedizin in Zusammenarbeit mit den für das Grundleiden zuständigen Ärzten.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon mindestens 3 Jahre im operativen Bereich und 6 Monate in der Intensivmedizin.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in Chirurgie oder innerer Medizin oder Klinischer Pharmakologie oder Pharmakologie und Toxikologie oder Physiologie oder Lungenfunktionsdiagnostik oder Transfusionsmedizin.

Ein Wechsel des Weiterbildungers und der Weiterbildungsstätte ist nicht vorgeschrieben.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Durchführung von Narkosen unter Berücksichtigung sämtlicher einschlägiger Verfahren bei Eingriffen aller operativen Gebiete, der Lokal- und Leitungsanästhesie, der Maßnahmen zur Wiederbelebung und Schockbehandlung, der Dauerbeatmung mit Respiratoren sowie der Transfusions- und Infusionstherapie einschließlich gebietsbezogener Laboratoriumsuntersuchungen sowie 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 an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon

mindestens 2 Jahre Weiterbildung in praktischer Tätigkeit in der Arbeitsmedizin. In dieser Zeit ist ein 3monatiger theoretischer Kurs über Arbeitsmedizin zu absolvieren, der in höchstens 6 Abschnitten geteilt werden darf;

2 Jahre Weiterbildung in Innerer Medizin, davon mindestens 1 Jahr Akutkrankenhaus.

Angerechnet werden können auf die Weiterbildung in Innerer Medizin bis zu 1 Jahr Weiterbildung entweder in Allgemeinmedizin oder Chirurgie oder Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Neurologie oder Psychiatrie oder Orthopädie oder Unfallchirurgie, oder innerhalb dieses Jahres bis zu 6 Monaten Weiterbildung entweder in Anästhesiologie oder Hygiene oder Laboratoriumsmedizin oder Physiologie oder Pharmakologie und Toxikologie.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis 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 an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

Ein Wechsel des Weiterbilders und der Weiterbildungsstätte ist nicht vorgeschrieben.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis 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 und intensivmedizinische Behandlung von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen sowie die entsprechenden Voruntersuchungen, konservativen Behandlungsverfahren und ihre Nachsorge.

Weiterbildungszeit:

6 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon mindestens 5 Jahre im Stationsdienst einschließlich einer 6monatigen Tätigkeit in einer operativen Intensivstation.

Angerechnet werden können bis zu 12 Monate Weiterbildung entweder in Anästhesiologie oder Innerer Medizin oder Kinderheilkunde oder Neurochirurgie oder Orthopädie oder Urologie sowie bis zu 6 Monate in Anatomie oder Pathologie. Die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn 2 Jahre der Weiterbildung in Teilgebieten der Chirurgie abgeleistet werden. Dies gilt nicht für das Teilgebiet Kinderchirurgie.

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

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der allgemeinen Diagnostik und Differentialdiagnostik, vor allem den instrumentellen Untersuchungsverfahren, der gebietsbezogenen Laboratoriumsuntersuchungen, der Indikationsstellung sowie der operativen und konservativen Behandlung chirurgischer Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen einschließlich der selbständigen

Durchführung eiler üblichen Operationen, in der Röntgendiagnostik des Stütz- und Bewegungssystems, der röntgenologischen Notfalldiagnostik der Schädel-, Brust- und Bauchhöhle sowie in der intraoperativen Röntgendiagnostik und Fremdkörpersuche einschließlich des Strahlenschutzes, in der Sonographie chirurgischer Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen, in den Verfahren der Wiederbelebung und Schocktherapie sowie der Leitungs- und Lokalanästhesie.

5.1 Teilgebiet Gefäßchirurgie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre, davon mindestens 1 ½ Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in diagnostischen, hyperämisierenden, resezierenden und rekonstruierenden Maßnahmen und Eingriffen am Gefäßsystem, Technik und Auswertung der Arterio-, Phlebographie und Lymphographie.

5.2 Teilgebiet Kinderchirurgie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre, davon mindestens 1 ½ Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet und 1 Jahr Kinderheilkunde nachgewiesen werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Erkennung, sonographischen Diagnostik, operativen Behandlung von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen sowie die entsprechenden Voruntersuchungen, konservativen Behandlungsverfahren und ihre Nachsorge im Kindesalter.

5.3 Teilgebiet Plastische Chirurgie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre, davon mindestens 1 ½ Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in konstruktiven, rekonstruktiven und plastischen operativen Eingriffen, welche die sichtbare Form oder die sichtbare Funktion wiederherstellen oder verbessern.

5.4 Teilgebiet Thorax- und Kardiovaskularchirurgie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre, davon mindestens 1 ½ Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der operativen Behandlung von Erkrankungen, Fehlbildungen und Verletzungen der Brustwand, der Lunge, des Mediastinums, des Herzens einschließlich seines Gefäßsystems.

5.5 Teilgebiet Unfallchirurgie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre,
davon mindestens 1 ½ Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik, Indikationsstellung, der konservativen und operativen Behandlung von Verletzungen und ihrer Folgezustände, insbesondere des Stütz- und Bewegungssystems.

6. Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Definition:

Die Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfaßt die Erkennung, Verhütung, konservative und operative Behandlung sowie die Nachsorge der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane einschließlich der Brustdrüsen, die gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsbiologie, die Überwachung normaler und pathologischer Schwangerschaften sowie die Vorbereitung, Durchführung und Nachbehandlung normaler und pathologischer Geburten einschließlich der erforderlichen Operationen.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst.

Mindestens 2 Jahre in der Frauenheilkunde und mindestens 2 Jahre in der Geburtshilfe.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in Anästhesiologie oder Chirurgia oder Kinderheilkunde oder Medizinischer Genetik oder Pathologia oder Urologie.

Ein Wechsel des Weiterbildungers und der Weiterbildungsstätte ist nicht vorgeschrieben.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Prävention, Diagnostik, konservativen und operativen Therapie gynäkologischer, auch onkologischer Erkrankungen aller Altersstufen, einschließlich der gebietsbezogenen Sonographie und Laboratoriumsuntersuchungen, der Deutung gynäkologischer Röntgenaufnahmen, der Anwendung und Beurteilung zytodiagnostischer Verfahren, in der Prävention, Diagnostik und Therapie von Schwangerschaftsarkrankungen und Risikoschwangerschaften, in der Leitung normaler und regelwidriger Geburten einschließlich der operativen Geburtshilfe, der lokalen und Leitungsanästhesie, der Wochenbettbetreuung und der Erstversorgung des Neugeborenen.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in den Anästhesieverfahren, der Schockbehandlung und Wiederbelebung, der Thromboseprophylaxe, der gynäkologischen Urologie, der gynäkologischen Strahlenbehandlung, in den plastisch-operativen und rekonstruktiven Verfahren im Genitalbereich und an der Mamma sowie in den Grundlagen der Human-genetik.

7. 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 Naso- und Oropharynx einschließlich der Tonsillen, der Zunge und des Zungengrundes, des Mundbodens, der Glandula submandibularis und der Lippen, des Halses, des Hypopharynx und Larynx einschließlich der Halsabschnitte von Trachea und Ösophagus, des Lymphabflußgebietes des Kopfes und Halses, der 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 Geschmackssinnes einschließlich der Audiologie sowie der wiederherstellenden und plastischen Operationen des Gebietes, der endoskopischen Verfahren des Gebietes sowie der Phoniatria und Pädaudiologie.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

Ein Wechsel des Weiterbildungers und der Weiterbildungsstätte ist nicht vorgeschrieben.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis 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 Röntgendiagnostik des Gebietes einschließlich des Strahlenschutzes und der gebietsbezogenen Sonographie.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Phoniatria und Pädaudiologie, der Anpassung von Hörgeräten, der gebietsbezogenen Allergologie, den gebietsbezogenen Laboratoriumsuntersuchungen, den üblichen Anästhesieverfahren, der Schockbehandlung und Wiederbelebung.

7.1 Teilgebiet Phoniatria und Pädaudiologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre.

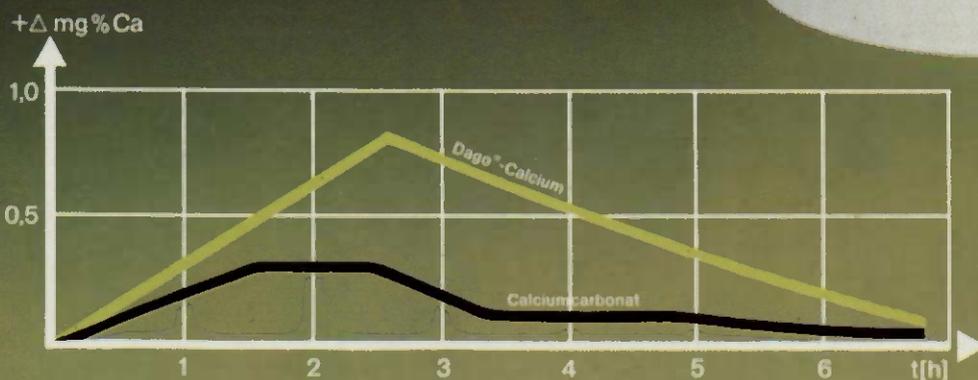
1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Orale Calcium-Therapie*

mit natürlichen Wirkstoffen

Kalkmangel bei

- allergischen Erkrankungen
- Osteoporose



* Sichere Calcium-Resorption (auch bei Säuremangel) mit Dago[®]-Calcium Granulat. Dosis 25 mg Ca/kg (Niepmann W., Klin. Wschr., 39, (1961) 1064-1070)

Zusammensetzung: 1 Dosis (3 g) enthält: Calciumcarbonat 400 mg (entsprechend 160 mg Calcium-Ionen), Citronensäure 850 mg, Ascorbinsäure 30 mg. **Anwendungsgebiete:** Calciummangel bei Osteoporose, tetanischen Zuständen, allergischen Erkrankungen. Erhöhter Calciumbedarf während Schwangerschaft, Laktation und Wachstum. **Gegenanzeigen:** Schwere Niereninsuffizienz, Hyperkalzämie, Hyperkalzurie, primärer Hyperparathyreoidismus, Vitamin-D-Überdosierung, diffuses Plasmozytom, Knochenmetastasen, Calcium-Nierensteine, Nephrokalzinose, Immobilisationsosteoporose. **Nebenwirkungen:** Hyperkalzämie, Hyperkalzurie bei Einnahme über längere Zeit. **Wechselwirkungen:** Verminderte Resorption von Eisen, Tetracyclinen, Natriumfluorid. **Dosierung und Anwendungsweise:** 3mal täglich 1-2 Teelöffel Granulat (3-6 g) in 1/2 Glas Flüssigkeit umrühren und einnehmen. Bei Bedarf mit Süßstoff oder Zucker nachsüßen.

Hinweis für Diabetiker: 3 g Granulat enthalten 0,14 Broteinheiten.

Handelsformen und Preise: Originalpackungen 100 g Dose DM 8,85, 250 g Dose DM 17,90.

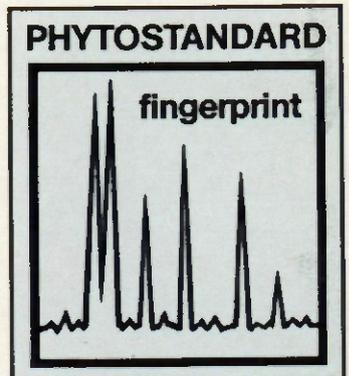
STEINER
Arzneimittel
Berlin West

Natürliche Ruhe und
Ausgeglichenheit durch
die Kraft der Natur



Sedariston®

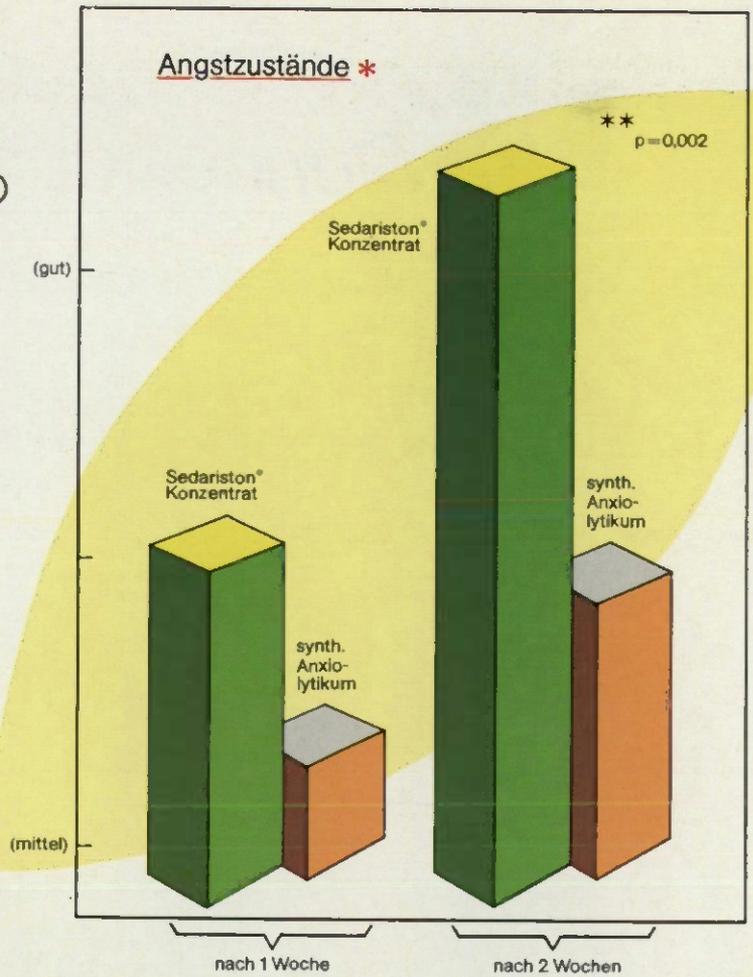
Pflanzliches
Beruhigungsmittel



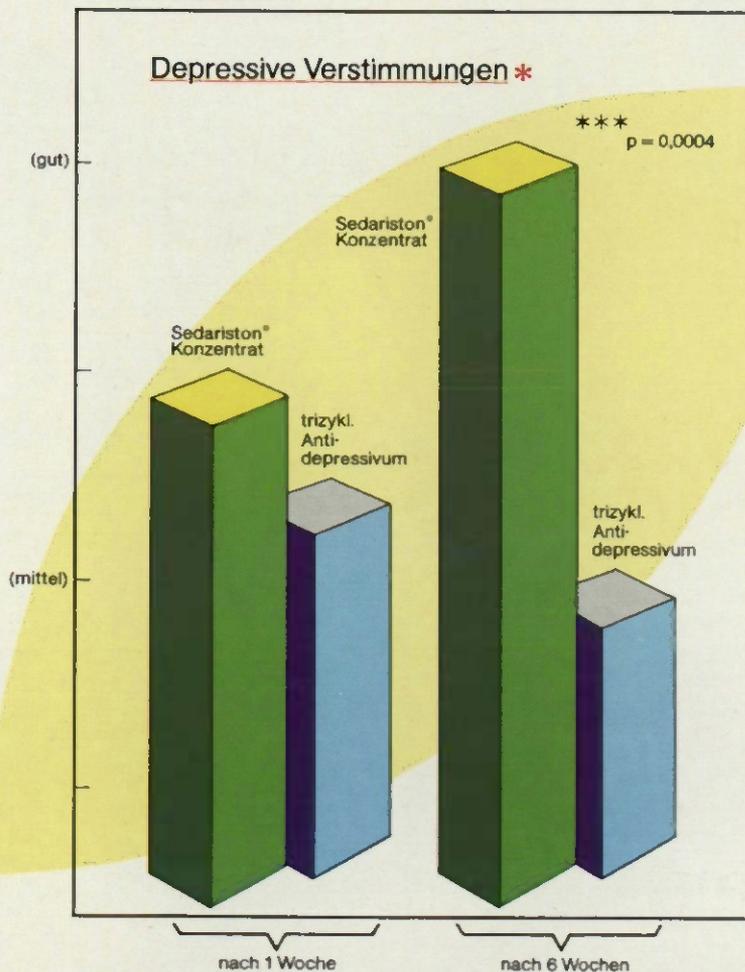
CGI = Klinischer Gesamteindruck

Sedariston® Konzentrat

Überlegene
Wirksamkeit in
Doppelblindstudien*
bestätigt.



CGI = Klinischer Gesamteindruck



Zusammensetzung: 1 Kapsel Sedariston® Konzentrat enthält: Trockenextrakt aus: Johanniskraut (*Hyperic. perforat.*) 90-100 mg, entsprechend 0,05 mg Hypericin. Trockenextrakt aus: Baldrianwurzel (*Valerian. officinal.*) 50 mg Droge; Extrakt B:1
1 ml (= 20 Tropfen) Sedariston® enthält: alkoholische Auszüge (Extraktionsmittel: Ethanol 54,7 Vol.-%) aus: Baldrianwurzel (*Valerian. officinal.*) (1:10) 0,2 ml, Johanniskraut (*Hyperic. perforat.*) 0,2 ml, entsprechend 1,5 µg Hypericin, Wolfsfußkraut (*Lycopus europ.*) (1:10) 0,2 ml, Melissenblätter (*Meliss. officinal.*) (1:5) 0,2 ml, Besenginsterkraut (*Sarothamn. scopar.*) (1:5) 0,2 ml. Enthält Alkohol (52,9 Vol.-%).

Anwendungsgebiete: Kapseln: Zur unterstützenden Behandlung von Angstzuständen, nervöser Unruhe, Gereiztheit, Gespanntheit und dadurch verursachte Schlafstörungen.

Tropfen: Vegetative Dystonie und leichte Hyperthyreosen, funktionelle Herzbeschwerden und Rhythmusstörungen.

Nebenwirkungen: Vorsorglich wird empfohlen, während der Behandlung intensive Sonnen- und UV-Bestrahlung zu meiden, da Hautreaktionen auftreten könnten.

Besondere Hinweise: Die Verkehrstüchtigkeit wird nicht beeinflusst. Eine Kumulation oder Gewöhnung ist – auch bei Langzeittherapie – nicht zu befürchten.

Dosierung und Art der Anwendung: Kapseln: Morgens und abends vor den Mahlzeiten jeweils 1 Kapsel mit reichlich Flüssigkeit. Bei stärkeren Beschwerden werden morgens 2 und abends 1 Kapsel eingenommen. Nur bei magenempfindlichen Patienten soll die Einnahme der Kapseln zu oder nach dem Essen erfolgen. Schulkinder erhalten morgens oder abends 1 Kapsel. **Tropfen:** 3mal täglich 1STropfen in etwas Flüssigkeit. Für Kinder richtet sich die Dosierung nach dem Alter. In der Regel für Kinder von 2 bis 5 Jahren 3mal täglich 3-5, bis zu 12 Jahren 3mal täglich 5-10 Tropfen.

Darreichungsformen und Packungsgrößen: Sedariston® Konzentrat, Kapseln O.P. 20 Kps. DM 11,45, 50 Kps. DM 21,85, 100 Kps. DM 39,15. Sedariston® Tinktur in Tropfflasche, O.P. 20 ml DM 11,45, 50 ml DM 21,85, 100 ml DM 39,15.

STEINER
Arzneimittel
Berlin West

* Literatur auf Anforderung

Panigel, M., Therapiewoche 41, 4659-4668 (1985)

Steger, W., Zeitschr. f. Allgemeinmed. 61, 914-918 (1985)

Pankreas- und Gallesekret

Steigerung [%]
500

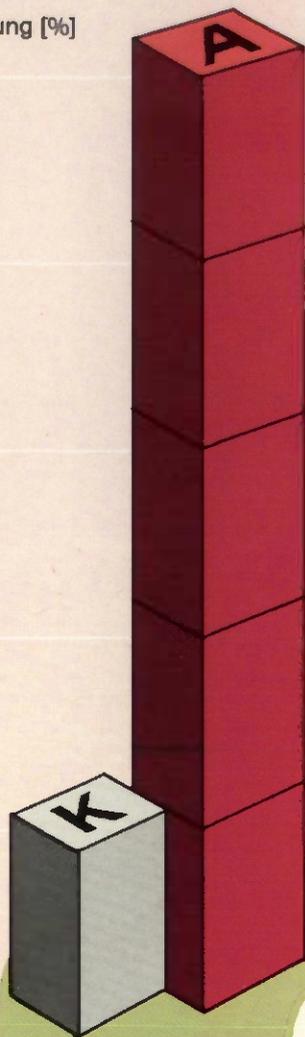
400

300

200

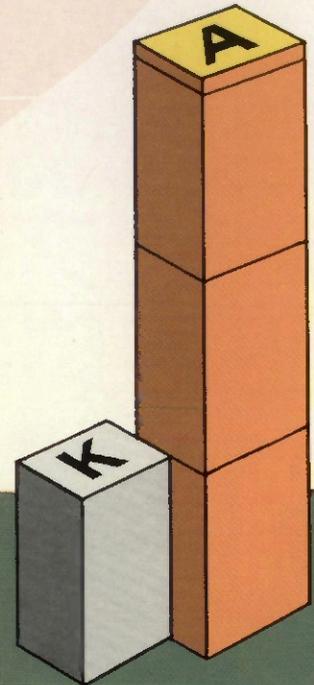
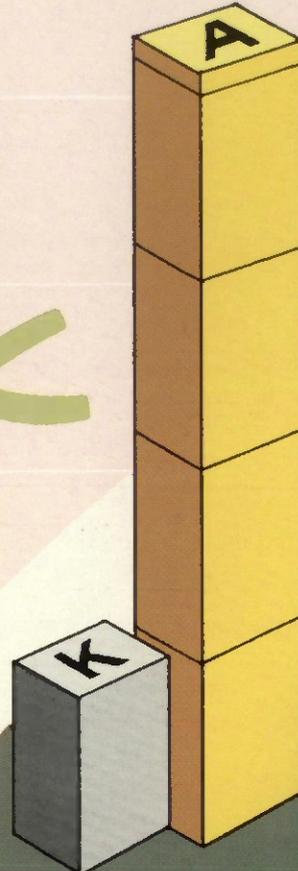
100

0



α -Amylase-Aktivität

Lipase-Aktivität



Duodenalsaft 40 min. nach Gabe von Aristochol (A)

Kontrolle (K) = Netzmittlemulsion

So wirkt

Aristochol®

Das pflanzliche Chologogum

* Literatur auf Anforderung

Aristochol® Konzentrat Kapseln

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält: Trockenextrakte aus: 5-chöllkraut (Chelidon. maj.) 15-20 mg, standardisiert auf: Chelidonin 0,065 mg; javanischer Gelbwurz (Curcum. xanth.) 1,65-2,1 mg, standardisiert auf: Dicinnamoylmethanderivate 0,15 mg, berechnet als Curcumin; ethanolischer Trockenextrakt aus Kap-Aloa (Aloe ferox) 100-125 mg, standardisiert auf: Hydroxyanthracenderivate 25 mg, berechnet als wasserfreies Barbaloin; Methylcellulosa (10.000 cP, 2% Lsg.) 40 mg.

Anwendungsgebiete: Funktionelle Störungen im Gallenwegsbarreich. **Gegenanzeigen:** Darmverschluss, entzündliche Darmerkrankungen, Wasser- und Elektrolytstörungen, schwere Leberfunktionsstörungen, Gallenwegsverschluss und Gallenblasenempyem. Während der Stillperiode sollte Aristochol® Konzentrat abgesetzt werden. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich kann - insbesondere bei hoher Dosierung - Durchfall auftreten. **Wechselwirkungen:** Unter einer hohen Dosierung kann die Wirkung von Herzmitteln (Digitalis- und Strophanthinpräparaten) verstärkt werden. **Dosierung:** 1 mal täglich 1 Kapsel (1 Botal) zu oder nach den Mahlzeiten mit reichlich Flüssigkeit einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Originalpackungen 20 Kapseln DM 10,45, 50 Kapseln DM 24,30, 100 Kapseln DM 43,90. 25 Beutal zu 1,5 g DM 14,15, 50 Beutal zu 1,5 g DM 25,90, 100 Beutal zu 1,5 g DM 46,40.

Aristochol® Konzentrat Granulat

Zusammensetzung: 1 Dosisbeutal (1,5 g) enthält: Trockenextrakte aus: Schöllkraut (Chelidon. maj.) 10-15 mg, standardisiert auf: Chelidonin 0,065 mg; javanischer Gelbwurz (Curcum. xanth.) 29,5-30,1 mg, standardisiert auf: Dicinnamoylmethanderivate 0,19 mg, berechnet als Curcumin; Mariandistalfrüchte (Card. mar.) 5,0-5,5 mg; Droge: Extrakt = 15:1; ethanolischer Trockenextrakt aus Kap-Aloa (Aloe ferox) 80-112 mg, standardisiert auf: Hydroxyanthracenderivate 22,5 mg, berechnet als wasserfreies Barbaloin; Pankreatin (aus Schweinepankreas) 22,5 mg; Methylcellulosa (1000 cP, 2% Lsg.) 221 mg.

Aristochol® Tropfen

Zusammensetzung: 1 ml (= 20 Tropfen) enthält: Tinkturen (1:7) (Extraktionsmittel: Ethanol 54,7 Vol.-%) aus: 5-chöllkraut (Chelidon. maj.) 200 mg, standardisiert auf: Chelidonin 20 µg, 5-chafgarbenkraut (Achill. millefol.) 170 mg, Löwenzahnwurzel und -kraut (Taraxac. off.) 170 mg, Katzenpfötchenblüten (Hellebryum scaberr.) 150 mg, Mariandistalfrüchte (Card. mar.) 100 mg, javanischer Gelbwurz (Curcum. xanth.) 80 mg, Warmutkraut (Artemis. absinth.) 50 mg, Faulbaumrinde (Rhamn. frang.) 30 mg. Enthält Alkohol (52,9 Vol.-%). **Anwendungsgebiete:** Funktionelle Störungen im Gallenwegs- und Magen-Bereich. **Gegenanzeigen:** Schwere akute Erkrankungen im Leber-Gallen-Bereich. **Dosierung:** 3 mal täglich 10-15 Tropfen mit Flüssigkeit zu oder nach den Mahlzeiten einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Originalpackungen 20 ml DM 10,10, 50 ml DM 20,50, 100 ml 36,20.

Alle Aristochol® Präparate sind auch für Diabetiker geeignet.

* Baumann, J. C. et al. *Arzneim.-Forsch.* 21, 98-101 (1971)

STEINER
Arzneimittel
Berlin West

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomtologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie der Sprach- und Stimmstörungen sowie Hörbehinderungen im Kindesalter.

8. Haut- und Geschlechtskrankheiten

Definition:

Das Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten umfaßt die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Erkrankungen der Haut und der Unterhaut, der hautnahen Schleimhäute und der Hautanhangsgebilde sowie der hierzu gehörenden allergologischen Diagnostik und Therapie, der Geschlechtskrankheiten und der nichtvenereischen Erkrankungen der äußeren Geschlechtsorgane, der chronisch-venösen Insuffizienz des analen Symptomenkomplexes und die Andrologie.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon mindestens 2 ½ Jahre im Stationsdienst.

Ein Wechsel des Weiterbilders und der Weiterbildungsstätte ist nicht vorgeschrieben.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie der Erkrankungen des Hautorgans einschließlich seiner Anhangsgebilde, der hautnahen Schleimhäute, der chronisch-venösen Insuffizienz, der dermatologischen Proktologie, der gebietsbezogenen Allergologie, der Andrologie und Sexuaistörungen, der Geschlechtskrankheiten und nichtvenereischer Erkrankungen der äußeren Geschlechtsorgane, der gebietsbezogenen Laboratoriumsuntersuchungen und der dermatologischen Strahlentherapie einschließlich des Strahlenschutzes sowie die Indikationsstellung und Durchführung der operativen Dermatologie und Kryotherapie.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in den Methoden der Erkennung peripherer Durchblutungsstörungen.

9. Hygiene

Definition:

Die Hygiene umfaßt die Erkennung aller exogenen Faktoren, welche die Gesundheit des Einzelnen oder der Bevölkerung beeinflussen sowie die Entwicklung von Grundsätzen für den Gesundheits- und Umweltschutz. Dazu gehört die Erarbeitung und Anwendung von Methoden zur Erkennung, Erfassung, Beurteilung sowie Vermeidung schädlicher Einflüsse. Sie unterstützt die im Krankenhaus, im Öffentlichen Gesundheitswesen und in der Praxis tätigen Ärzte in der Krankenhaushygiene, Umwelthygiene, Epidemiologie, Sozialhygiene und individualhygiene.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon

1 Jahr im Stationsdienst in der Chirurgie oder inneren Medizin oder Kinderheilkunde (Akutkrankenhaus).

3 Jahre Hygiene.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Krankenhaushygiene, Mitwirkung bei Planung und Betrieb von Krankenhäusern, Beratung bezüglich Infektionsverhütung, Überwachung der Desinfektion und Sterilisation sowie Ver- und Entsorgungseinrichtungen mittels physikalischer, chemischer und mikrobiologischer Verfahren; in der Prophylaxe und Epidemiologie von infektiösen und nichtinfektiösen Krankheiten einschließlich des individuellen und allgemeinen Seuchenschutzes; in der Umwelthygiene, Beurteilung der Beeinflussung des Menschen durch Umweltfaktoren und Schadstoffe in Boden, Wasser, Luft, Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs, in der Sozial- und individualhygiene.

10. Innere Medizin

Definition:

Die Innere Medizin umfaßt Prophylaxe, Erkennung, konservative und intensivmedizinische Behandlung sowie Rehabilitation 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 und immunologischen Erkrankungen, der internen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der Infektionskrankheiten, der Vergiftungen, einschließlich der für das höhere Lebensalter typischen Erkrankungen.

Weiterbildungszeit:

6 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst einschließlich einer 6monatigen Tätigkeit in der Intensivmedizin.

Angerechnet werden können entweder 12 Monate Weiterbildung in Kinderheilkunde oder Neurologie oder Pathologie oder Physiologie oder Psychiatrie oder internistischer Röntgendiagnostik oder 6 Monate Weiterbildung in Anästhesiologie oder Arbeitsmedizin oder Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Immunologie oder Klinischer Pharmakologie oder Medizinischer Chemie oder Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie oder Nuklearmedizin oder Pharmakologie und Toxikologie. Die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn insgesamt 2 Jahre der Weiterbildung in Teilgebieten der Inneren Medizin erbracht werden. Dies gilt nicht für die Internistische Röntgendiagnostik.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomtologie, der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie interner, nichtinfektiöser, infektiöser, toxischer, neoplastischer (onkologischer), allergischer, immunologischer und degenerativer Erkrankungen, den gebietsbezogenen Laboratoriumsuntersuchungen, der Sonographie, der Endoskopie und der Deutung von Röntgenbildern des Gebietes.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Diagnostik mit radioaktiven Substanzen, der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Nervensystems, der Psychosomatik, der Humangenetik und Allergologie.

10.1 Teilgebiet Endokrinologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre,

davon mindestens 1 ½ Jahre im Stationsdienst.

6 Monate können bei einem niedergelassenen Weiterbilder im Teilgebiet abgeleistet werden. 1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie endokriner Erkrankungen und Stoffwechselerkrankungen einschließlich der Intensivtherapie und der endokrinologischen Funktionsteste.

10.2 Teilgebiet Gastroenterologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre, davon mindestens 1 ½ Jahre im Stationsdienst, 6 Monate können bei einem niedergelassenen Weiterbilder im Teilgebiet abgeleistet werden. 1 Jahr der Weiterbildung muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie der Krankheiten der Verdauungsorgane, in den teilgebietsbezogenen Laboratoriumsuntersuchungen, der Ultraschall- und Röntgendiagnostik des Teilgebietes einschließlich des Strahlenschutzes, sowie der Endoskopie und der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen einschließlich Transplantation und zur Strahlenbehandlung.

10.3 Teilgebiet Hämatologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre, davon 1 ½ Jahre im Stationsdienst und 6 Monate im hämatologischen Laboratorium.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis 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, einschließlich des lymphatischen und mononukleären Systems, der Bluteiweißkörper, der Gerinnungsstörungen und der Erkrankungen des immunologischen Systems sowie der zytostatischen Therapie.

10.4 Teilgebiet Kardiologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre, davon mindestens 1 ½ Jahre im Stationsdienst, 6 Monate können bei einem niedergelassenen Weiterbilder im Teilgebiet abgeleistet werden. 1 Jahr der Weiterbildung muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik und kon-

servativen Therapie der Herz- und Kreislauferkrankungen, der Ultraschall- und Röntgendiagnostik des Teilgebietes einschließlich des Strahlenschutzes sowie in der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen.

10.5 Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde (Pneumologie)

Weiterbildungszeit:

2 Jahre, davon mindestens 1 ½ Jahre im Stationsdienst, 6 Monate können bei einem niedergelassenen Weiterbilder im Teilgebiet abgeleistet werden. 1 Jahr der Weiterbildung muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Krankheiten der Lunge, der Bronchien, des Mediastinums und der Pleura einschließlich der Röntgendiagnostik des Teilgebietes und des Strahlenschutzes, der teilgebietsbezogenen endoskopischen Verfahren und der Biopsie, sowie der Indikationsstellung zur weiterführenden Diagnostik, zur operativen und Strahlenbehandlung.

10.6 Teilgebiet Nephrologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre, davon mindestens 1 Jahr im Stationsdienst und 6 Monate Dialysetätigkeit. 6 Monate können bei einem niedergelassenen Weiterbilder im Teilgebiet abgeleistet werden.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Nierenkrankheiten, der Sonographie und Röntgendiagnostik des Teilgebietes einschließlich des Strahlenschutzes, der Indikationsstellung zu urologischen und gefäßchirurgischen Eingriffen sowie zur Nierentransplantation.

10.7 Teilgebiet Rheumatologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre, davon mindestens 1 ½ Jahre im Stationsdienst. Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in einer physikalisch-therapeutischen Abteilung oder rheumatologischen Kinderabteilung oder bei einem niedergelassenen Weiterbilder im Teilgebiet. 1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik, der Sonographie und Röntgendiagnostik des Teilgebietes einschließlich des Strahlenschutzes, der konservativen Therapie bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen sowie der physikalischen Therapie, der Nachbehandlung und Rehabilitation.

11. 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, pädiatrischer Intensivmedizin, Rehabilitation und Fürsorge im Kindesalter.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon mindestens 3 ½ Jahre im Stationsdienst.

Ein Wechsel des Weiterbilders und der Weiterbildungsstätte ist nicht vorgeschrieben.

Angerechnet werden können bis zu 1 Jahr entweder in Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Kinderradiologie oder 6 Monate entweder in Anästhesie oder Chirurgie oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Hygiene oder Immunologie oder Innerer Medizin oder Klinischer Pharmakologie oder Medizinischer Chemie oder Medizinischer Genetik oder Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie oder Neurologie oder Orthopädie oder Pharmakologie und Toxikologie oder Pathologie oder Psychiatrie oder Physiologie oder Radiologischer Diagnostik oder Strahlentherapie.

Die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn insgesamt 1 Jahr im Teilgebiet Kinderkardiologie abgeleistet wird. Auf die Mindestweiterbildungszeit werden Weiterbildungszeiten im Teilgebiet Nr. 11.1 von nicht mehr als 1 Jahr angerechnet.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis 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 Sonographie und der Deutung von Röntgenbildern des Gebietes.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Allergologie, in Elektroenzephalographie, Elektrokardiographie und Phono-kardiographie.

11.1 Teilgebiet Kinderkardiologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre, davon mindestens 1 ½ Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis 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, der Ultraschall- und Röntgendiagnostik des Teilgebietes einschließlich des Strahlenschutzes sowie der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen.

12. Kinder- und Jugendpsychiatrie

Definition:

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie umfaßt die Erkennung, nichtoperative Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen und neurologischen Erkrankungen oder Störungen der psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter sowie die Psychotherapie.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon

1 Jahr Kinderheilkunde oder Psychiatrie, angerechnet werden können 6 Monate Neurologie,

3 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie, davon mindestens 2 Jahre im Stationsdienst.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in den theoretischen Grundlagen, der Diagnostik und Differentialdiagnostik psychischer Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters einschließlich neurologischer Untersuchungen, sowie in der Differentialdiagnostik psychiatrischer Krankheitsbilder und Störungen, in der Pharmakotherapie, der Psychotherapie und der Soziotherapie von Kindern und Jugendlichen auch unter Einbeziehung der erwachsenen Bezugspersonen.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Neurologie.

13. Klinische Pharmakologie

Definition:

Die Klinische Pharmakologie umfaßt die Erprobung und Überwachung der Arzneimittelanwendung am gesunden und kranken Menschen, die Prüfung der Pharmakokinetik und Pharmakodynamik unter Berücksichtigung von Lebensalter, pathophysiologischen Besonderheiten, Applikationsformen und Wechselwirkungen bei der Anwendung verschiedener Pharmaka, Erkennung von Nebenwirkungen und Intoxikationen durch Medikamente einschließlich Beratung des behandelnden Arztes sowie der Gesundheitsbehörden.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon

2 Jahre in der experimentellen Pharmakologie und Toxikologie, vorzugsweise an einem experimentalpharmakologischen Institut.

3 Jahre im Gebiet Klinische Pharmakologie, davon mindestens 1 ½ Jahre in enger Verbindung mit klinischen Abteilungen. Anrechenbar sind bis zu 1 Jahr Weiterbildung entweder in Anästhesiologie oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Innerer Medizin oder Kinderheilkunde oder Psychiatrie.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen über Wirkungsanalysen von Arzneimitteln am Menschen und die klinische Prüfung (Phase 1-4), über die Bewertung von Arzneimitteln nach dem Arzneimittelgesetz in Zusammenarbeit mit dem behandelnden Arzt, einschließlich der pharmakologischen und klinischen Grundlagen sowie in der Beratung bei arzneimitteltherapeutischen Fragen und bei Vergiftungen einschließlich der Durchführung von Arzneimittelbestimmungen in Körperflüssigkeiten des Menschen zur

Steuerung der Therapie, der Arzneimittel-epidemiologie, der Erfassung und Bewertung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen.

14. 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 ihrer 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 abgeschledenen und ausgeschledenen Untersuchungsmaterialien zur Erkennung physiologischer Eigenschaften und krankhafter Zustände sowie zur Verlaufskontrolle einschließlich der dazu erforderlichen Funktionsprüfungen und diagnostischen Eingriffe.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon 1 Jahr Innere Medizin (Akutkrankenhaus). 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 und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis 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 Blutgruppenserologie.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in speziellen Untersuchungsmethoden der Laboratoriumsmedizin einschließlich nuklearmedizinischer Laboratoriumsuntersuchungen.

15. 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 Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon 1 Jahr klinische Tätigkeit im Stationsdienst in der Chirurgie oder Inneren Medizin oder Kinderheilkunde.

4 Jahre Mikrobiologie. Angerechnet werden kann bis zu 1 Jahr Tätigkeit in Hygiene.

Während der gesamten Weiterbildungszeit muß fortlaufend die Zusammenarbeit mit Ärzten der klinischen Abteilungen (Innere Medizin, Chirurgie, Kinderheilkunde, Intensivmedizin) gewährleistet sein.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Prophylaxe und Epidemiologie von Infektionskrankheiten, in den theoretischen Grundlagen und diagnostischen Verfahren der Bakteriologie, Virologie, Serologie, Immunologie von Infektionskrankheiten und der mikrobiologischen Bewertung therapeutischer und desinfizierender Substanzen, in der Erkennung, Prophylaxe und Bekämpfung von Krankenhausinfektionen.

16. 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 Zahnapparat, 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 Mundhöhlenwandungen, der Glandula submandibularis sowie der Weichteile des Gesichtsschädels, der Gl. 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 wiederherstellenden und plastischen Operationen in den vorstehend aufgeführten Regionen.

Weiterbildungszeit:

4 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon mindestens $2\frac{1}{2}$ Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können 1 Jahr Weiterbildung in Chirurgie oder 6 Monate Weiterbildung entweder in Anästhesiologie oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Ein Wechsel des Weiterbilders und der Weiterbildungsstätte ist nicht vorgeschrieben.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Entwicklungsgeschichte, Anatomie, Ätiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie der Krankheiten des Gebietes einschließlich der Röntgendiagnostik des Gebietes und des Strahlenschutzes sowie der gebietsbezogenen Sonographie, 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.

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 an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können bis zu 1 Jahr Weiterbildung entweder in der Chirurgie oder Neuroanatomie oder Neurologie oder Neuropathologie oder Neurophysiologie oder Neuroradiologie oder Orthopädie oder 6 Monate Weiterbildung in Anästhesiologie oder Augenheilkunde oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Ein Wechsel des Weiterbildunglers und der Weiterbildungsstätte ist nicht vorgeschrieben.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Neuroanatomie, Neurologie, Neuropathologie, Neurophysiologie und allgemeinen Psychopathologie, den spezifischen Untersuchungsmethoden des Gebietes einschließlich Elektroenzephalographie und Elektromyographie, in der Diagnostik und Differentialdiagnostik von intrakraniellen und spinalen Fehlbildungen und Erkrankungen, Verletzungen, Tumoren und anderen Erkrankungen der peripheren Nerven, des vegetativen Nervensystems und des endokrinen Systems, in der Röntgendiagnostik des Gebietes einschließlich des Strahlenschutzes, der operativen Diagnostik, der konservativen und operativen Behandlung neurochirurgischer Erkrankungen und Verletzungen einschließlich der selbständigen Durchführung der üblichen Operationen.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Strahlentherapie einschließlich des Strahlenschutzes, in der Neuroophthalmologie, Neuroorthopädie, Neurootologie, Neuroradiologie 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 Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon

1 Jahr Psychiatrie (Akutkrankehaus),

3 Jahre Neurologie,

davon 2 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können auf die Weiterbildung in Neurologie bis zu 1 Jahr Weiterbildung entweder in Innerer Medizin oder Neuroanatomie oder Neurochirurgie oder Neuropathologie oder Neurophysiologie oder Neuroradiologie.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in den theoretischen Grundlagen, in der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie neurologischer Krankheitsbilder und Defektzustände sowie in der Neuroradiologie einschließlich des Strahlenschutzes, der gebietsbezogenen Laboratoriumsuntersuchungen, der gebietsbezogenen Sonographie und der Elektrodiagnostik des Gebietes.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen und Erfahrungen im Gebiet der Psychiatrie.

19. Neuropathologie

Definition:

Die Neuropathologie umfaßt die Beratung und Unterstützung der in Vorsorge und Krankenbehandlung tätigen Ärzte bei der

Erkennung der Krankheiten des Nervensystems und der Skelettmuskulatur sowie ihrer Ursachen bei der Überwachung des Krankheitsverlaufes und bei der Bewertung therapeutischer Maßnahmen durch die Beurteilung übersandten morphologischen Untersuchungsgutes oder durch Obduktion des Nervensystems, auch bei versicherungsmedizinischen Zusammenhängefragen.

Weiterbildungszeit:

6 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon

3 Jahre Neuropathologie,

2 Jahre Pathologie,

1 Jahr Neurologie oder Neurochirurgie oder Neuroradiologie oder Psychiatrie.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Obduktionstätigkeit, insbesondere auf dem Gebiet des zentralen und peripheren Nervensystems, in der Herrichtung und diagnostischen Auswertung neurohistologischer, histochemischer, elektronenmikroskopischer und neurozytologischer Präparate.

20. Nuklearmedizin

Definition:

Die Nuklearmedizin umfaßt die Anwendung radioaktiver Substanzen und kernphysikalischer Verfahren in der Medizin zur Funktions- und Lokalisationsdiagnostik sowie offener Radionuklide in der Therapie und den Strahlenschutz.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon

1 Jahr Weiterbildung ist im Gebiet Innere Medizin abzuleisten.

4 Jahre Nuklearmedizin.

Angerechnet werden kann bis zu 1 Jahr Weiterbildung in der Radiologischen Diagnostik.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Meßtechnik, elektronischen Ausrüstung, Befundanalyse und Datenverarbeitung, Radiochemie und Radiopharmakologie, Präparation und Markierung von körpereigenen Substraten, Diagnostik- und Therapieplanung, Auswahl der Mittel zur Reduktion der Strahlenbelastung, Strahlenschutz des Personals, Strahlenschutzmeßtechnik und Abfallbeseitigung und in der Anwendung aller nuklearmedizinischen diagnostischen und therapeutischen Methoden sowie der Sonographie, soweit sie im Rahmen nuklearmedizinischer Untersuchungen erforderlich ist.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Magnetresonanztomographie und in radiologisch-diagnostischen Untersuchungen.

21. Öffentliches Gesundheitswesen

Die Anerkennung für das Gebiet Öffentliches Gesundheitswesen wird nach Maßgabe der entsprechenden staatlichen Vorschriften erteilt.

22. 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 Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon
1 Jahr Chirurgie (Akutkrankenhaus),
4 Jahre Orthopädie,
davon mindestens 3 Jahre im Stationsdienst.

Das letzte Jahr der Weiterbildung muß in der Orthopädie abgeleistet werden. Auf die Mindestweiterbildungszeit werden Weiterbildungszeiten im Teilgebiet 22.1 von nicht mehr als 1 Jahr angerechnet.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie orthopädischer Krankheiten und Verletzungen der Stütz- und Bewegungsorgane sowie ihrer Verlaufsformen einschließlich der Biomechanik, speziellen Untersuchungsverfahren, der Sonographie und Röntgendiagnostik des Gebietes einschließlich des Strahlenschutzes, den konservativen Behandlungsmethoden, der physikalischen Therapie, der technischen Orthopädie, der gebietsbezogenen Rehabilitation und der selbständigen Durchführung der gebietsbezogenen Operationen.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der kleinen und mittleren Chirurgie, insbesondere der Unfallchirurgie, der Anästhesiologie, Wiederbelebung und Schockbehandlung und der gebietsbezogenen Laboratoriumsuntersuchungen.

22.1 Teilgebiet Rheumatologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre,
davon mindestens 1 ½ Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung in einer physikalisch-therapeutischen Abteilung.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und operativen Therapie bei rheumatischen Erkrankungen einschließlich der selbständigen Durchführung der Operationen des Teilgebietes, der physikalischen Therapie und Rehabilitation.

23. 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 ihrer 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:

6 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon
5 Jahre Pathologie.

Angerechnet werden können bis zu 1 Jahr Weiterbildung entweder in Anatomie oder Neuropathologie oder Rechtsmedizin.

insgesamt 1 Jahr Weiterbildung ist in Anästhesiologie oder Augenhellkunde oder Chirurgie oder Frauenheilkunde und Geburtshilfe oder Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Haut- und Geschlechtskrankheiten oder innere Medizin oder Kinderheilkunde oder Klinischer Pharmakologie oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie oder Neurochirurgie oder Neurologie oder Orthopädie oder Urologie abzuleisten.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der pathologischen Anatomie, Histopathologie und Zytopathologie zur morphologischen Erkennung von Krankheiten.

24. Pharmakologie und Toxikologie

Definition:

Die Pharmakologie und Toxikologie umfaßt die Erforschung von Arzneimittelwirkungen und Vergiftungen im Tierexperiment und am Menschen einschließlich der Untersuchungen von Resorption, Verteilung, chemischen Veränderungen im Organismus und Elimination, die Mitarbeit bei der Entwicklung und Anwendung neuer Pharmaka sowie bei der Bewertung ihres therapeutischen Nutzens, die Beratung von Ärzten in der Arzneitherapie und bei Vergiftungsfällen sowie die Stellungnahme zu pharmakologischen und toxikologischen Fragen.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon
4 Jahre in der experimentellen Pharmakologie und Toxikologie.

Angerechnet werden können bis zu 1 Jahr Weiterbildung entweder in Biochemie oder Biophysik oder Chemie (einschließlich pharmazeutischer Chemie) oder Mikrobiologie oder Pathologie oder Physik oder Physikalische Chemie oder Physiologie oder 6 Monate Klinische Pharmakologie.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis 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.

25. 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 Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon
1 Jahr Neurologie im Stationsdienst (Akutkrankenhaus),
3 Jahre Psychiatrie,
davon 2 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können auf die Weiterbildung in Psychiatrie bis zu 1 Jahr Weiterbildung entweder in Kinder- und

Jugendpsychiatrie oder Psychotherapie oder 6 Monate entweder in Neuropathologie oder Neuropharmakologie oder Neurophysiologie oder Psychopharmakologie.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in den theoretischen Grundlagen, der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie psychiatrischer Krankheitsbilder und Störungen, psychischer und sozialer Verhaltensauffälligkeiten und in der Somato- und Psychotherapie.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen und Erfahrungen im Gebiet der Neurologie und in der Psychotherapie.

26. Radiologische Diagnostik

Definition:

Die Radiologische Diagnostik umfaßt die Erkennung von Erkrankungen mit Hilfe ionisierender Strahlen und kernphysikalischer Verfahren, sowie den Strahlenschutz mit seinen physikalischen, biologischen und medizinischen Grundlagen.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon

1 Jahr klinische Weiterbildung im Stationsdienst (Akutkrankenhaus) in Chirurgie oder innerer Medizin oder Kinderheilkunde oder Neurochirurgie oder Neurologie,

4 Jahre Radiologische Diagnostik.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in Nuklearmedizin oder Strahlentherapie.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der radiologischen Diagnostik, den radiologischen Spezialverfahren einschließlich des Strahlenschutzes sowie in der Sonographie, soweit sie im Rahmen radiologisch-diagnostischer Untersuchungen erforderlich ist.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Magnetresonanz, der Diagnostik mit radioaktiven Stoffen und der Indikation zur Strahlentherapie.

26.1 Kinderradiologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1,

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet und 1 Jahr Kinderheilkunde nachgewiesen werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der radiologischen Diagnostik bei Kindern einschließlich radiologischer Spezialverfahren und besonderer Strahlenschutzmaßnahmen beim Kind sowie in der Sonographie, soweit sie im Rahmen kinderradiologischer Untersuchungen erforderlich ist.

26.2 Neuroradiologie

Weiterbildungszeit:

2 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1,

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß zusätzlich zur Gebietsweiterbildung abgeleistet und 1 Jahr Neurologie oder Neurochirurgie nachgewiesen werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der neuroradiologischen Diagnostik bei Erkrankungen und Veränderungen des Nervensystems und seiner Hüllen sowie radiologischer Spezialverfahren einschließlich des Strahlenschutzes sowie in der Sonographie, soweit sie im Rahmen neuroradiologischer Untersuchungen erforderlich ist.

27. Rechtsmedizin:

Definition:

Die Rechtsmedizin umfaßt die Anwendung und Beurteilung medizinischer und medizinisch-naturwissenschaftlicher Kenntnisse für die Rechtspflege.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon

3 ½ Jahre in einem Institut für Rechtsmedizin.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in klinischer oder theoretisch-medizinischer oder allgemeinärztlicher Tätigkeit oder im Öffentlichen Gesundheitswesen,

6 Monate Psychiatrie,

1 Jahr Pathologie.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der gerichtsärztlichen Tätigkeit einschließlich der gerichtsärztlichen Sektionstechnik und der Erstattung von schriftlichen und mündlichen Gutachten über Kausalzusammenhänge im Rahmen der Todesermittlung sowie zu forensisch-psychopathologischen Fragestellungen.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Asservierung von Spuren, der Beurteilung von Verletzungen bei Lebenden und Toten, der Beurteilung von Intoxikationen, der Rechtsstellung des Arztes und der rechtlichen Konsequenzen ärztlichen Handelns, der forensischen Serologie, der rechtsmedizinischen Spurenkunde und der Versicherungsmedizin.

28. Strahlentherapie

Definition:

Die Strahlentherapie umfaßt die Strahlenbehandlung einschließlich derjenigen mit strahlensensibilisierenden Substanzen mit Schwerpunkt in der Onkologie sowie den Strahlenschutz mit seinen physikalischen, biologischen und medizinischen Grundlagen.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon

1 Jahr klinische Weiterbildung im Stationsdienst (Akutkrankenhaus) in Chirurgie oder innerer Medizin oder Kinderheilkunde oder Neurochirurgie oder Neurologie,

1 Jahr Radiologische Diagnostik,

3 Jahre Strahlentherapie.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Strahlenbiologie und Strahlenphysik einschließlich der Bestrahlungsplanung, in der Röntgen-Weichstrahlentherapie und der Nahbestrahlung, der Orthovolt-

therapie, der Teletherapie mit Teilchenbeschleunigern und radioaktiven Quellen und der Brachytherapie, im Schwerpunkt zur Behandlung von Tumoren im Rahmen der Onkologie bei interdisziplinären Therapiekonzepten sowie den Strahlenschutz mit seinen physikalischen, biologischen und medizinischen Grundlagen.

29. Urologie

Definition:

Die Urologie umfaßt die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation der urologischen Erkrankungen, der Fehlbildungen und Verletzungen des männlichen Urogenitalsystems und der weiblichen Harnorgane einschließlich der Uro-Tuberkulose und der Andrologie.

Weiterbildungszeit:

5 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 6 Absatz 1, davon

1 Jahr Chirurgie im Stationsdienst (Akutkrankenhaus),

4 Jahre Urologie im Stationsdienst.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung in Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Das letzte Jahr der Weiterbildung muß in der Urologie abgeleistet werden.

Inhalt und Ziel der Weiterbildung:

Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der urologischen Anatomie, Physiologie, Pathologie und Pharmakologie, der Diagnostik und Therapie der urologischen Erkrankungen einer jeden Altersgruppe einschließlich der Röntgendiagnostik und des Strahlenschutzes sowie der Sonographie und der Laboratoriumsuntersuchungen des Gebietes, der Indikationsstellung und selbständigen Durchführung der urologischen Operationen.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der allgemeinen Chirurgie, insbesondere der Chirurgie der Bauchorgane sowie der gynäkologischen Urologie, der Anästhesie, Wiederbelebung und Schockbehandlung sowie in der Indikationsstellung und Durchführung der Isotopendiagnostik des Gebietes.

II. Bereiche

Für das Führen der nachstehend aufgeführten Zusatzbezeichnungen sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

1. Bereich und Zusatzbezeichnung Allergologie

1. 4jährige klinische Tätigkeit oder Führen einer Gebietsbezeichnung.

2. 1jährige Weiterbildung.

Bis zu 6 Monaten kann die Weiterbildung an einem Institut für Immunologie engerechnet werden.

Hautärzte sowie Internisten mit der Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde müssen über ihre Mindestweiterbildungszeit im Gebiet hinaus eine mindestens 9monatige Weiterbildung bei einem ermächtigten Arzt nachweisen.

2. Bereich

Baineologie und Medizinische Klimatologie Zusatzbezeichnung Badearzt oder Kurarzt

1. Nachweis einer mindestens 2jährigen klinischen Tätigkeit.

2. Teilnahme an einem einführenden allgemeinen Kurs für physikalische Medizin, Baineologie und Klimatologie von 3 Wochen Dauer.

3. Teilnahme an einem weiteren gegliederten Kurs für medizinische Baineologie und Klimatologie von insgesamt 3 Wochen Dauer.

4. Erwerb von Kenntnissen in der Kurmedizin in mindestens 1jähriger Tätigkeit in einem staatlich anerkannten Heilbad oder Kurort.

Die Indikation dieses Ortes muß der Indikation des vorgesehenen Niederlassungsortes als Bade- oder Kurarzt weitgehend entsprechen.

Die Zusatzbezeichnung „Badearzt“ oder „Kurarzt“ 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. Nachweis einer mindestens 2jährigen klinischen Tätigkeit, davon 1 Jahr klinische oder poliklinische Weiterbildung im Gebiet innere Medizin.

2. Teilnahme an einem 3monatigen theoretischen Kurs über Arbeitsmedizin, der in höchstens sechs Abschnitte geteilt werden darf.

3. 9 Monate Weiterbildung in Betriebs- oder Arbeitsmedizin. Diese Voraussetzung gilt als erfüllt, wenn Ärzte auf der Grundlage des § 3 Absatz 3 der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte“ (VBG 123) eine mindestens 2jährige, durchgehende regelmäßige Tätigkeit als Betriebsarzt in einem geeigneten Betrieb oder eine gleichwertige Tätigkeit (z. B. als Gewerbearzt) nachweisen.

Die Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin darf vom Arzt nur an der Stätte seiner betriebsärztlichen Tätigkeit geführt werden.

4. Bereich und Zusatzbezeichnung Chirotherapie

1. Nachweis einer mindestens 2jährigen klinischen Tätigkeit.

2. Teilnahme an einem Einführungskurs von mindestens 12 Stunden Dauer über theoretische Grundlagen und Untersuchungsmethoden manueller Befunderhebung an Wirbelsäule und Extremitätengelenken.

3. Teilnahme an einem 1wöchigen klinischen Kurs in einer orthopädischen Abteilung. Diese Voraussetzung gilt bei Nachweis einer mindestens 6monatigen Weiterbildung in der Orthopädie als erfüllt.

4. Teilnahme an einem Kurs von 60 Stunden Dauer oder zwei Kursen von 36 Stunden Dauer über Untersuchungstechniken, Mobilisationen und Manipulationen an den Extremitätengelenken.

5. Teilnahme an 3 Kursen von je 60 Stunden Dauer oder 5 Kursen von je 36 Stunden Dauer über Untersuchungsmethoden, Weichteiltechniken, Mobilisationen, gezielten Manipulationen und Übungsbehandlungen an allen Wirbelgelenken sowie der Radiologie unter chirotherapeutischen Gesichtspunkten.

Die Kurse (Absatz 4 und 5) sollen in Abständen von mindestens 3 Monaten absolviert werden.

5. Bereich und Zusatzbezeichnung Flugmedizin

1. 2jährige Weiterbildung in innerer Medizin oder 5jährige Tätigkeit an einem flugmedizinischen Institut.

2. Teilnahme an einem mindestens 4wöchigen Einführungslehrgang in die Flugmedizin.

3. Erwerb eines Luftfahrerscheines. Fliegerärzten kann der Erwerb eines Luftfahrerscheines dann erlassen werden,

wenn sie bei Erwerb der Voraussetzungen zur Flugmedizin neben den hierzu verlangten Kursen eine mindestens 4jährige praktische Tätigkeit als Fliegerarzt nachweisen und die Anerkennung als Fliegerarzt erhalten haben.

4. Cockpit-Erfahrungen in großen Verkehrsflugzeugen bei Flügen über mehrere Zeitzonen.

6. Bereich und Zusatzbezeichnung Homöopathie

1. Nachweis einer mindestens 2jährigen klinischen Tätigkeit.
2. Theoretische und praktische Beschäftigung mit homöopathischen Heilverfahren über mindestens 1 ½ Jahre oder eine 6monatige Weiterbildung in einem Krankenhaus.
3. Teilnahme an drei Kursen von einer Woche mit je 40 Stunden Dauer oder wahlweise an einem 3monatigen Lehrgang in der homöopathischen Therapie.

7. Bereich und Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik

1. 4jährige klinische Tätigkeit oder Führen einer Gebietsbezeichnung.
2. 2jährige Weiterbildung in dem Bereich der klinischen Genetik und genetischen Beratung.
3. Nachweis der selbständigen Durchführung der genetischen Beratung in mindestens 100 Fällen bei mindestens 30 verschiedenen Problemstellungen oder Krankheitsbildern.

8. Bereich und Zusatzbezeichnung Medizinische Informatik

1. Nachweis einer mindestens 2jährigen klinischen Tätigkeit.
2. Grundkenntnisse in der Biomathematik und der angewandten Informatik.
3. 1 ½ Jahre Weiterbildung in Informatik. Dabei sind Kenntnisse in der Medizinischen Datenverarbeitung (Datenerfassung, Datenspeicherung, Datenpräsentation, Dialogsysteme, Biosignalverarbeitung und problemorientierte Sprache) zu erwerben.

9. Bereich und Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren

1. Nachweis einer mindestens 2jährigen klinischen Tätigkeit.
2. Teilnahme an 4 Kursen über naturgemäße Heilweisen von je 1 Woche Dauer.
3. 3 Monate Weiterbildung im Bereich. Die 3monatige Weiterbildung kann auch in Abschnitten von jeweils mindestens 2 Wochen durchgeführt werden.
4. Die Voraussetzungen (Absatz 2 und 3) für die Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren sind auch erfüllt, wenn der Arzt eine mindestens 6monatige Weiterbildung nachweist.

10. Bereich und Zusatzbezeichnung Physikalische Therapie

1. 2 Jahre klinische Weiterbildung. Die Weiterbildung hat sich auch auf Aufgaben der medizinischen Prävention und Rehabilitation zu erstrecken.
2. Die im Rahmen der Weiterbildung für das Gebiet nachgewiesene Weiterbildung in physikalischer Therapie kann bei Internisten und bei Orthopäden bis zu 1 ½ Jahren, bei Chirurgen bis zu 1 Jahr angerechnet werden.
3. Teilnahme an einem 4wöchigen Kurs von insgesamt 160 Stunden Dauer über die Grundlagen und Techniken der physikalischen Medizin unter Berücksichtigung der Prävention und Rehabilitation.

4. Das Recht zum Führen der 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 Behandlung vom Arzt ständig überwacht wird:

- 4.1 Krankengymnastik und Bewegungstherapie
- 4.2 Massage
- 4.3 Extensionsbehandlung
- 4.4 Wärme- oder Kältebehandlung
- 4.5 Elektrotherapie, Ultraschallbehandlung
- 4.6 Hydrotherapie, Bäderbehandlung
- 4.7 Lichttherapie
- 4.8 Aerosoltherapie
- 4.9 Klimatherapie

Bei der Auswahl der erforderlichen Behandlungsmöglichkeiten sollen die gebietspezifischen Erfordernisse des Arztes berücksichtigt werden, ebenso eventuelle ortsgebundene Therapiemöglichkeiten an Kurorten und Heilbädern.

11. Bereich und Zusatzbezeichnung Plastische Operationen

1. Voraussetzung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Plastische Operationen ist die Anerkennung für die Gebiete Hals-Nasen-Ohrenheilkunde oder Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.
2. 2 Jahre Weiterbildung in plastisch-chirurgischen Eingriffen des jeweiligen Gebietes.

12. Bereich und Zusatzbezeichnung Psychoanalyse

1. 2jährige klinische Tätigkeit, davon 1 Jahr Weiterbildung in Psychiatrie bei einem mindestens zur 2jährigen Weiterbildung in Psychiatrie ermächtigten Arzt.
2. 2 ½ Jahre Weiterbildung in tiefenpsychologisch fundierter und analytischer Psychotherapie.
3. Erfolgt die Weiterbildung in der tiefenpsychologisch fundierten und analytischen Psychotherapie berufsbegleitend, so beträgt die Weiterbildungszeit hierfür 5 Jahre.
4. Bei Ärzten mit mindestens 5jähriger praktischer Berufstätigkeit kann die vorgeschriebene Weiterbildung in Psychiatrie durch den Nachweis des Erwerbs entsprechender psychiatrischer Kenntnisse ersetzt werden, soweit der Erwerb eines gleichwertigen Weiterbildungsstandes in einem Fachgespräch nachgewiesen ist.

13. Bereich und Zusatzbezeichnung Psychotherapie

1. 2jährige klinische Tätigkeit, davon 1 Jahr Weiterbildung in Psychiatrie bei einem mindestens zur 2jährigen Weiterbildung in Psychiatrie ermächtigten Arzt; auf die Weiterbildung in Psychiatrie können 6 Monate Weiterbildung in Kinder- und Jugendpsychiatrie oder Psychotherapie angerechnet werden.
2. 1 ½ Jahre Weiterbildung in Psychotherapie und/oder Psychosomatischer Medizin.
3. Erfolgt die Weiterbildung in der Psychotherapie und/oder Psychosomatischer Medizin berufsbegleitend, so beträgt die Weiterbildungszeit hierfür 3 Jahre.
4. Bei Ärzten mit mindestens 5jähriger praktischer Berufstätigkeit kann die vorgeschriebene Weiterbildung in Psychiatrie durch den Nachweis des Erwerbs entsprechender psychiatrischer Kenntnisse ersetzt werden, soweit der Erwerb eines gleichwertigen Weiterbildungsstandes in einem Fachgespräch nachgewiesen ist.

14. Bereich und Zusatzbezeichnung Sozialmedizin

1. Anerkennung für ein Gebiet oder 4 Jahre errechnungsfähige Weiterbildungszeiten.
2. Teilnahme an einem 4wöchigen theoretischen Grundkurs und 4wöchigen theoretischen Aufbaukurs für Sozialmedizin.
3. 1 Jahr Weiterbildung in Sozialmedizin.

Die Zusatzbezeichnung Sozialmedizin darf vom Arzt nur an der Stätte seiner sozialmedizinischen Tätigkeit geführt werden.

15. Bereich und Zusatzbezeichnung Sportmedizin

1. 2jährige klinische Tätigkeit, auf die eine 1jährige ganztägige Weiterbildung an einem sportmedizinischen Institut anrechenbar ist.
2. Teilnahme an Einführungskursen in Theorie und Praxis der Leibesübungen von insgesamt 120 Stunden Dauer. Teilnahme an sportmedizinischen Kursen von insgesamt mindestens 120 Stunden Dauer. 1jährige praktische sportärztliche Tätigkeit in einem Sportverein oder Sportverband oder
3. 1jährige ganztägige Weiterbildung in einem sportmedizinischen Institut unter Leitung eines ermächtigten Arztes.

16. Bereich und Zusatzbezeichnung Stimm- und Sprachstörungen

1. 2jährige klinische Tätigkeit, auf die Weiterbildungsabschnitte nach Absatz 2 und 3 anrechenbar sind.
2. Mindestens 6monatige Weiterbildung in der diagnostischen Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

3. 6monatige Weiterbildung in Stimm- und Sprechstörungen.

17. Bereich und Zusatzbezeichnung Transfusionsmedizin

1. 2jährige klinische Tätigkeit oder die Anerkennung als Laborarzt, Klinischer Pharmakologe oder Pharmakologe und Toxikologe.
2. 3jährige Weiterbildung im Blutspendedienst bzw. in einer Abteilung für Transfusionsmedizin. 1 Jahr Weiterbildung – bei Laborärzten 2 Jahre – in medizinischer Mikrobiologie und/oder Serologie können angerechnet werden.

18. Bereich und Zusatzbezeichnung Tropenmedizin

1. Teilnahme an einem Kurs über Tropenkrankheiten und medizinische Parasitologie an einem der Tropeninstitute in Hamburg, Tübingen, Amsterdam, Antwerpen, Basel, Liverpool, London oder Marseille von mindestens 3 Monaten Dauer.
2. Eine mindestens 1jährige Weiterbildung außerhalb der Tropen in einem Tropenkrankenhaus, einer tropenmedizinischen Fachabteilung oder der klinischen Ambulanz eines Tropeninstituts.
3. Eine 1jährige praktische Tätigkeit in den Tropen, in einer klinischen Ambulanz, auf einer allgemeinen Krankenstation oder auf einer Station für Innere Krankheiten oder Kinderkrankheiten, soweit die Behandlung von Tropenkrankheiten dort einen wesentlichen Anteil der ärztlichen Tätigkeit ausmacht.

(Fortsetzung von Seite 550)

Daten für die Hilfe bzw. Beratung durch die Einrichtung notwendig sind. Welcher Arzt wird dann schon die Bitte seines Patienten abschlagen, ihm das Formular auszufüllen, damit er die Leistungen der Einrichtung in Anspruch nehmen kann.

Ein Mitglied unserer Datenschutzkommission, dem soches in seiner Praxis widerfuhr, hat der Kommission den Erhebungsbogen einer Beratungsstelle vorgelegt. Es ging um eine Spezialkur für psychisch erkrankte Frauen in einem Müttergenesungsheim, die die Beratungsstelle der Patienten vermitteln wollte.

Die Beratungsstelle wollte vom behandelnden Arzt unter anderem folgende Fragen beantwortet haben:

- wie lange die Patientin schon in seiner Behandlung ist,
- Diagnose und aktuelle psychische Symptomatik,
- zusätzliche körperliche Erkrankungen,

- Angaben über frühere und derzeitige nervenärztliche bzw. psychotherapeutische Behandlung,

- verordnete Medikamente, Dauermedikation,

- Reaktionen in Krisensituationen.

Schließlich sollte der Kollege natürlich auch die Notwendigkeit und Dringlichkeit der Spezialkur bestätigen und die auf dem Formblatt schon aufgezählten Bäder, Massagen, Bewegungstherapien und andere Anwendungen vorschlagen.

Bei diesen Praktiken hat man als Arzt unwillkürlich das Gefühl, nur noch Vollzugsgehilfe zu sein. Eine nicht einmal mit einem Arzt besetzte Einrichtung befindet, daß der Patient eine bestimmte Kur benötigt und drückt dem Patienten ein Formular in die Hand, auf dem der Arzt nur noch die dringende Notwendigkeit der Kur bescheinigen darf.

Aber abgesehen davon halten wir es für schlechterdings unververtretbar, daß

Nichtärzte sensibelste Patientendaten erheben, die sie überhaupt nicht benötigen. Diese Daten benötigt nur der Arzt, der die Erforderlichkeit der Kur prüfen muß, und in begrenztem Umfang der Sozialversicherungsträger, der die Kosten für die Kur übernimmt.

Ich verfolge aufmerksam die jährlichen Berichte meiner Amtsbrüder auf höherer Ebene, das heißt, die Berichte des Bundes- und Landesdatenschutzbeauftragten.

Aus Zeitgründen kann ich hier nur den Bericht des Bayerischen Datenschutzbeauftragten erwähnen.

Der Bericht stellt vorweg fest, daß sich der Datenschutz im Gesundheitswesen erheblich fortentwickelt hat. Das betrifft vor allem neue gesetzliche Bestimmungen, die ich herausgreifen will.

Das Gesetz über die Gesundheits- und Veterinärfachverwaltungen regelt die zweckgebundene Verwendung und Nutzung von personenbezogenen Daten, die den Gesund-

4x

Nifedipin-ratiopharm®

Aus Liebe zur Qualität

5 mg  / **10 mg**  / **20 mg**  / **Tropfen** 

Nifedipin-ratiopharm® Tropfen/Nifedipin-ratiopharm® 5 Kapseln/Nifedipin-ratiopharm® 10 Kapseln/Nifedipin-ratiopharm® 20 Retardkapseln

Zusammensetzung: 1 ml Nifedipin-ratiopharm® Tropfen (20 Tropfen) enthält 20 mg Nifedipin. 1 Kapsel enthält 5/10 mg Nifedipin. 1 Retardkapsel enthält 20 mg Nifedipin. **Dosierung:** Nifedipin-ratiopharm® 5 Kapseln: Bei koronarer Herzkrankheit (Belastungsangina, Prinzmetal-Angina, Variantangina, Crescendo-Präinfarkt-Angina und Angina pectoris nach Herzinfarkt): 3 x täglich 2-4 Kapseln. Zur einleitenden Behandlung oder bei Patienten mit niedrigem Nifedipinbedarf: 3 x täglich 1 Kapsel. Nifedipin-ratiopharm® Tropfen und Nifedipin-ratiopharm® 10 Kapseln: Richtdosis bei koronarer Herzkrankheit 3 x täglich 10-20 Tropfen bzw. 3 x täglich 1 Kapsel. Bei Hypertonie 3 x täglich 10-20 Tropfen bzw. 3 x täglich 1 Kapsel. Nifedipin-ratiopharm® 20 Retardkapseln: Erw.: Belastungsangina: 3 x täglich 1 Retardkapsel. Prinzmetal-Angina, Variantangina, Crescendo-Präinfarkt-Angina, Angina pectoris nach Herzinfarkt: 2 x täglich 1 Retardkapsel. Hypertonie: 2 x täglich 1 Retardkapsel. **Art und Dauer der Anwendung:** Tropfen/Kapseln/Retardkapseln unabhängig von den Mahlzeiten mit etwa Flüssigkeit einnehmen. Tropfen/Kapseln: Bei Einzeldosen mit 20 Tropfen (= 20 mg), oder 4 Kapseln zu 5 mg, oder 2 Kapseln zu 10 mg (= 20 mg) Einnahmebestand von 2 Stunden nicht unterschreiten. Retardkapseln: Einnahmebestand von 4 Stunden nicht unterschreiten. Bei drohendem Angina-pectoris-Anfall 1-2 Kapseln Nifedipin-ratiopharm® 5 oder 1 Kapsel Nifedipin-ratiopharm® 10 zerbeißen, Kapselhülle im Mund belassen, Kapselhülle kann später geschluckt werden. Tropfen wegen der Lichtempfindlichkeit von Nifedipin sofort nach Entnahme aus der Flasche einnehmen. **Indikationen:** Nifedipin-ratiopharm® 5/10/20, Nifedipin-ratiopharm® Tropfen: Koronare Herzkrankheit: Belastungsangina, Ruheangina einschließlich vasospastischer Angina pectoris (Prinzmetal-Angina), Instabile Angina (Crescendo-Präinfarkt-Angina) und Angina pectoris nach Herzinfarkt (außer in den ersten 8 Tagen nach dem akuten Myokardinfarkt). Nifedipin-ratiopharm® 10/20, Nifedipin-ratiopharm® Tropfen: Hypertonie. **Kontraindikationen:** Herz-Kreislauf-Schock, Schwangerschaft und Stillzeit, schwere Hypotension mit systolischen Blutdruckwerten von weniger als 90 mm Hg. **Nebenwirkungen:** Kopfschmerzen, Flush und Wärmegefühl, vereinzelt Übelkeit, Schwindel, Müdigkeit, Hautreaktionen, Parästhesien, hypotone Kreislaufdysregulation, Herzklopfen. Gelegentlich Beinödeme. Äußerst selten reversible Gingivahyperplasie. Äußerst selten ca. 15-30 Minuten nach der Einnahme Schmerzen im Bereich der Brust (unter Umständen Angina-pectoris-artige Beschwerden). Vorsicht bei Dialysepatienten mit maligner Hypertonie und irreversiblen Nierenversagen mit Hypovolämie. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Antihypertonika, β -Rezeptorenblocker, Cimetidin. **Packungsgrößen und Preise:** Nifedipin-ratiopharm® 5 Kapseln: DP 30 Kapseln (N 1) DM 8,85, DP 50 Kapseln (N 2) DM 11,80, DP 100 Kapseln (N 3) DM 21,60/Nifedipin-ratiopharm® 10 Kapseln: OP 30 Kapseln (N 1) DM 12,45, OP 50 Kapseln (N 2) DM 19,90, OP 100 Kapseln (N 3) DM 39,80/Nifedipin-ratiopharm® 20 Retardkapseln: DP 30 Retardkapseln (N 1) DM 17,90, OP 50 Retardkapseln (N 2) DM 27,95 OP 100 Retardkapseln (N 3) DM 49,95/Nifedipin-ratiopharm® Tropfen OP 30 ml DM 21,95.

ratiopharm GmbH Arzneimittel, Postfach 33 80, 7900 Ulm (Donau) 11/86

heitsbehörden im Rahmen der freiwilligen Beratung – z. B. Beratung bei Suchtkrankheiten oder Schwangerenberatung – offenbart werden.

Einerseits wird zwar betont, daß der Arzt im Gesundheitsdienst nicht ausschließlich in der Eigenschaft als Amtsträger tätig ist, sondern primär in der Rolle als Arzt. Es entsteht also ein berufsspezifisches Vertrauensverhältnis zu dem Bürger, der die Beratung in Anspruch nimmt.

Zum anderen ist aber nicht vollständig sichergestellt, daß die Angaben, die der Gesundheitsdienst im Rahmen der freiwilligen Beratung vom Bürger erfährt, nicht anderweitig verwendet werden. Das Gesetz sieht vor, daß auch ohne Einwilligung der Betroffenen von den Gesundheitsbehörden Meldung an andere Behörden erstattet werden kann, wenn es um den Schutz höherrangiger Rechtsgüter Dritter geht. So kann zum Beispiel eine krankheitsbedingte Fahruntauglichkeit von den Gesundheitsbehörden an die Verkehrsbehörde gemeldet werden.

Hier gilt für den Arzt im Gesundheitsdienst also nichts anderes als für jeden anderen Arzt, nämlich die Güterabwägung zwischen ärztlicher Schweigepflicht und dem Schutz höherrangiger Rechtsgüter.

Beim Bürger, fürchte ich, wird aber doch der Eindruck entstehen, daß, wenn er sich dem Gesundheitsdienst anvertraut, das Risiko der Information anderer Behörden größer ist als bei seinem behandelnden Arzt.

Weiter ist die Novellierung der Datenschutzvorschriften im Bayerischen Krankenhausgesetz zu erwähnen.

Bei der Definition des Begriffs „Patientendaten“ hat man dabei die Rechtsprechung zur ärztlichen Schweigepflicht zugrunde gelegt. Das bedeutet, daß sich die Geheimhaltungspflicht auch auf Daten anderer Personen bezieht, die dem Krankenhaus im Zusammenhang mit der Behandlung des Patienten bekanntgeworden sind.

Neu geregelt wurde auch der Anspruch des Patienten auf Auskunft der über ihn vom Krankenhaus gespeicherten Daten. Das Auskunftsrecht bezieht sich auch darauf, an welche Personen und Stellen außerhalb des Krankenhauses die Patientendaten übermittelt wurden. Das ermöglicht dem Patienten zum Beispiel die Überprüfung, ob das Krankenhaus etwa an Kostenträger mehr Daten, als sie zur verwaltungsmäßigen Abwicklung der Kostenerstattung notwendig sind, übermittelt hat.

Bezüglich der Auskunft über medizinische Daten orientiert sich das Krankenhausgesetz an der Rechtsprechung zum Einsichtsrecht des Patienten in ärztliche Aufzeichnungen. Das bedeutet, daß eine Beschränkung der Auskunft nur hinsichtlich subjektiver ärztlicher Beurteilungen und Prognosen zulässig ist.

Die längst fällige Regelung hat auch die Datenverarbeitung außerhalb des Krankenhauses erfahren. Danach ist die Verarbeitung von Patientendaten im Auftrag des Krankenhauses und die Mikroverfilmung der Aufzeichnungen durch andere Personen oder Stellen erlaubt, wenn das Krankenhaus die erforderlichen technischen und organisatorischen Datenschutzmaßnahmen sicherstellt und durch die Datenverarbeitung außer Haus schutzwürdige Belange der Patienten

nicht beeinträchtigt werden. Die Patientendatenverarbeitung und Mikroverfilmung außer Haus ist allerdings, soweit es medizinische Daten betrifft, nur in anderen Krankenhäusern erlaubt.

Auch der Datenaustausch zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten ist nunmehr klar geregelt. Danach ist eine Offenbarung von Patientendaten an vorbehandelnde, mitbehandelnde oder nachbehandelnde Ärzte zulässig, soweit das Einverständnis des Patienten anzunehmen ist.

Noch eine persönliche Anmerkung zum Landesdatenschutzbeauftragten: In Bayern hat es dort ja heuer einen Wechsel gegeben. Der bisherige Landesbeauftragte, Dr. Konrad Stollreiter, ist in den Ruhestand getreten. Mit ihm verband mich mehr als nur die verwandte Aufgabenstellung. Wir waren sicher nicht in allen Fragen immer gleicher Meinung. Aber Dr. Stollreiter zeigte stets Verständnis für die besonderen Probleme, die sich im ärztlichen Tätigkeitsbereich und bei den ärztlichen Körperschaften ergeben. Dabei habe ich es immer als angenehm empfunden, daß Dr. Stollreiter und seine Mitarbeiter ihre primäre Aufgabe als Datenschützer nicht in der Rügefunktion sahen und erschöpften, sondern daß sie auch immer mit Beratung und Initiativen bei der Lösung von Datenschutzproblemen mitgeholfen haben. Es ist mir deshalb ein Bedürfnis, Dr. Stollreiter und seinen Mitarbeitern an dieser Stelle für die gute Zusammenarbeit zu danken.

Dem Nachfolger im Amte, Herrn Oberhauser, wünsche ich einen guten Start und viel Erfolg.

Lohmann



Mollelast®

Elastische Mullbinda – schmiegsam, leicht und luftig, mit sanftem Zug. Mollelast liegt locker in der Hand, fixiert zuverlässig ohne zu schnüren und ist sympathisch auf der Haut. Das sanft-elastische Gewebe behält seine Eigenart auch nach längerem Gebrauch.

Mollelast – die flauschige, sanft-elastische Fixierbinda – aus der Apotheke

LOHMANN GmbH & Co. KG · D-5450 Neuwied 12

Was neu, datenschutzrechtlich relevante Bestimmungen angeht, möchte ich Sie nur kurz auf die Neufassung der Röntgenverordnung und eine Ergänzung im Beihilfebereich hinweisen.

Diese wird am 1. Januar 1988 in Kraft treten. Dabei ist es beim Anspruch des Patienten auf Herausgabe der Röntgenaufzeichnungen bzw. der Röntgenbilder geblieben.

Geblieben ist auch die Verpflichtung des Arztes, dem nachbehandelnden Arztkollegen Auskunft über die Röntgenuntersuchungen bzw. Strahlenbehandlung zu erteilen, bzw. Aufzeichnungen und Bilder vorübergehend zu überlassen. Diese Bestimmung wurde aber dahin erweitert, daß auch ohne ein solches Verlangen dem Patienten die Röntgenaufnahmen zur Weitergabe an einen später behandelnden Arzt ausgehändigt werden müssen, wenn dadurch voraussichtlich eine Doppeluntersuchung vermieden werden kann. In besonderen Fällen kann die Übergabe an den Patienten in verschlossenem Umschlag erfolgen. Statt dessen können die Aufnahmen aber auch einem Dritten überlassen werden, wenn dabei die ärztliche Schweigepflicht gewahrt bleibt. Auch hier gilt, daß die Herausgabe der Originalbilder durch Kopien ersetzt werden kann. Die Kopierkosten trägt der Patient.

Im Beihilfebereich ist bezüglich der Anerkennung der Psychotherapie als beihilfefähige Leistung eine Neufassung erfolgt. Soweit für die psychotherapeutische Behandlung in der Krankenversicherung ein Gutachterverfahren nicht vorgesehen ist, muß ein Gutachten von einem durch die Beihilfestelle beauftragten Arzt eingeholt werden. Zu dem Zweck hat der Beihilfeberechtigte seinen Arzt von der Schweigepflicht gegenüber diesem Gutachter zu entbinden. Hierfür sind eigene Erklärungsvordrucke vorgesehen, die der Patient seiner Beihilfestelle einreichen muß. Zugleich muß der Patient seinen Arzt beauftragen, einen Bericht für den Gutachter auf dem dafür vorgesehenen Formblatt zu erstellen. Diesen Bericht hat der Arzt in einem verschlossenen Umschlag, den er als „vertrauliche Arztsache“ kennzeichnen muß, an die Beihilfestelle zu versenden, die ihn ungeöffnet an den Gutachter weiterleitet. Damit ist der Datenschutz ausreichend gewahrt.

Zur Situation der Bayerischen Ärzteversorgung

Dr. med. Kleus Dehler

Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung

In diesem Jahr darf ich meinen Bericht über die Situation der Bayerischen Ärzteversorgung in drei Hauptabschnitte gliedern:

1. Die Darstellung der Entwicklung der Zahlen und Leistungen unserer Bayerischen Ärzteversorgung.
2. Die Beurteilung des politischen Umfeldes und dessen Einwirkung auf unsere Bayerische Ärzteversorgung.
3. Die Auswirkungen der aktuellen und bevorstehenden Gesetzgebung auf unsere Altersversorgungseinrichtung, darin eingeschlossen die voraussichtliche weitere Entwicklung.

1. Zahlen und Leistungen

Auch im Berichtsjahr 1986 ergab sich eine ruhige und kontinuierliche Weiterentwicklung unserer Bayerischen Ärzteversorgung:

- Der Mitgliederstand stieg zum Jahresresultimo im Vergleich zum Vorjahr absolut um 1625 Mitglieder, also um 3,78 Prozent auf 44 585.
- Die Gesamtzahl der Versorgungsempfänger wuchs im gleichen Zeitraum um 486 auf 15 483, also um 3,24 Prozent an.
- Das Gesamtbeitragsaufkommen stieg im Jahre 1986 im Vergleich zum Vorjahr um fast 40 Millionen DM auf über 551 Millionen DM, also eine gute halbe Milliarde DM oder um 7,64 Prozent an.
- Die versicherungstechnischen Rückstellungen, also das „Vermögen“ der Bayerischen Ärzteversorgung, wuchsen um gut 494 Millionen DM und somit um 9,55 Prozent auf 5,7 Milliarden DM an.
- Der Verwaltungskostensatz, bezogen auf die Gesamtbeitrageinnahmen, sank von 2,43 Prozent im Jahre 1985 auf 2,29 Prozent, also um 5,76 Prozent, ab.

Wenn man die Entwicklung der ersten acht Monate des Kalenderjahres 1987, das heißt die Monate Januar mit August dieses Jahres, betrachtet, stiegen

- die Beiträge um 7,21 Prozent,
- die Versorgungsleistungen um 7,43 Prozent,
- die Mitgliederzahl über den Jahresresultimo 1986 um 1136, das sind 2,55 Prozent, oder, bezogen auf den analogen Zeitraum des Vorjahres, um 1676 oder 3,78 Prozent.

Größere Zahlen bringen auch Probleme

Die Versuchung ist natürlich groß, es bei der Betrachtung dieser nicht geschönten, sondern durchaus schönen Zahlen zu belassen und danach mit der Wertung, daß hierin ein Stück heile Welt stecke, zur Tagesordnung überzugehen: Dies hieße jedoch, nur einen Teil der Wirklichkeit zur Kenntnis nehmen zu wollen oder zu können, man muß schon die Gesamtproblematik sehen:

- Die Mitgliederzahlen stiegen im Jahre 1986 um 3,78 Prozent und in 1987 bisher schon um 2,55 Prozent; diese Tatsache enthält eine Menge berufspolitischer Probleme, von der Suche nach einem Arbeitsplatz bis zur Weiterbildungsstelle, von der Nieder- und Zulassungsmöglichkeit bis zur Entwicklung des kassenärztlichen Durchschnittshonorars.
- Die Beitragszunahmen in den ersten acht Monaten 1987 gegenüber dem analogen Zeitraum 1986 von 7,21 Prozent sprechen ebenso sehr für die Vernunft der Mitglieder wie für ihr Vertrauen in unsere Anstalt, sind aber noch lange nicht der für unsere Versicherungsmathematik und damit vor allem für die Dynamisierungsfähigkeit unserer Ärzteversorgung so entscheidende versicherungsmathematische Faktor, der „Säkulartrend“, also die vergleichende prozentuale Entwicklung des Durchschnittsbeitrags, sondern Ist-Vergleiche; die Interpolation vor allem der oben dargestellten ansteigenden Mitgliederzahl zum prozentualen Trend des Ist-Beitrages ergibt annähernd den Säkulartrend. Konkret läßt sich sagen: Höhere Beiträge heute haben auch höhere Versorgungsansprüche in der Zukunft zur Folge.

● Erstmals überschreitet die Summe der gesamten Versorgungsleistungen mit gut 269 Millionen DM die der Kapitalerträge von gut 267 Millionen DM, ein versicherungsmathematisch erwartetes Ereignis, aber doch ein deutlicher Hinweis darauf, daß in Zukunft in Folge der biometrischen Entwicklung und der höheren Beitragszahlungen in der Vergangenheit auch der Versorgungsanspruch an unsere Ärzteversorgung steigt.

Hier gibt es aber keinen Grund für ängstlichen Pessimismus: Die versicherungsmathematischen Vorausberechnungen und die biometrischen Daten unserer Anstalt sind völlig „im Lot“, die von Zeit zu Zeit notwendigen Anpassungen in Berücksichtigung der biometrischen Schwankungen sind größenordnungsmäßig unbedeutend und leicht auszugleichen.

Die Leistungskraft unserer Ärzteversorgung

Wichtig ist natürlich nach diesen vielen Zahlen die entscheidende Frage nach der Leistungskraft unserer Bayerischen Ärzteversorgung: Auch diese läßt sich konkret beantworten:

– Im Jahre 1986 erreichten die in diesem Jahr neu eingewiesenen Ruhegelder einen durchschnittlichen Betrag von 44 772,- DM jährlich und somit 3731,- DM monatlich und stiegen gegenüber denen des Jahres 1985 um 5,8 Prozent.

– Die durchschnittlichen Zugangsruehegelder mit Kindergeld erreichten mit 3949,- DM fast die bedeutsame 4000,- DM-Grenze.

– Die Höhe der durchschnittlichen Bestandsruhegelder, also aller seit Beginn der Bayerischen Ärzteversorgung eingewiesenen und laufenden Ruhegelder, betrug 1986 37 248,- DM jährlich oder 3104,- DM monatlich, sie stiegen gegenüber dem Vorjahr um 3,7 Prozent.

– Der Vergleich der durchschnittlichen Höhe der 1986 neu eingewiesenen Ruhegelder zu denen der vorhandenen ergibt, daß der Durchschnitt der Bestandsruhegelder nur 16,81 Prozent unter dem der neu eingewiesenen Ruhegelder liegt; die von unbelehrbaren Kritikern unserer Ärzteversorgung immer wieder aufgestellte Behauptung von einem „Auseinanderklaffen“ der neuen und alten Ruhegelder ist damit widerlegt.

– Man hört gelegentlich, diese Durchschnittsangaben seien durch die „horrend hohen Ruhegeldansprüche der Jüngeren“ verzerrt und spiegeln kein reales Bild wider. Die Aufteilung der Ruhegelder nach monatlichen Größenklassen ergibt zum jetzigen Zeitpunkt folgendes Bild:

bis DM 1500,- = 16,50 %
DM 1500,- bis DM 3000,- = 26,70 %
DM 3000,- bis DM 4500,- = 37,05 %
DM 4500,- bis DM 6000,- = 19,13 %

In Erinnerung sei gerufen, daß nach dem Leistungssystem der Bayerischen Ärzteversorgung das einzelne Mitglied sein Altersruhegeld weitgehend durch die Höhe seiner Lebensbeiträge bestimmt. Die Auffächerung der monatlichen Ruhegeldhöhe läßt folgende Bewertung zu:

– Ein Sechstel der Ruhegeldempfänger bezieht – aus mannigfachen Gründen – nur geringe Ruhegelder.

– Ein Viertel aller Ruhegeldempfänger hat eine vertretbare Ruhegeldhöhe.

– 56,63 Prozent unserer Ruhegeldempfänger erhalten ein durchaus respektables Ruhegeld.

Wie gesagt, das waren die Zahlen für alle vorhandenen Altersruhegeldempfänger, also auch solche, die schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt der Existenz unserer Altersversorgung Ruhegeldbezieher wurden. Natürlich läßt die größere Beitragshöhe der letzten Jahre die durchschnittlichen Ruhegelder ansteigen. So teilt sich die Höhe der im Jahre 1986 neu eingewiesenen 443 Altersruhegelder wie folgt auf:

bis DM 1500,- = 16,25 %
DM 1500,- bis DM 3000,- = 16,47 %
DM 3000,- bis DM 4500,- = 22,80 %
DM 4500,- bis DM 6000,- = 27,27 %
über DM 6000,- = 16,71 %

– Versicherungspolitisch läßt sich dies wie folgt bewerten: Der prozentuale Anteil der ein niederes Ruhegeld Beziehenden blieb nahezu unverändert: Es handelt sich meist um solche Mitglieder, die andere Altersversorgungsanwartschaften, zum Beispiel als Beamte, haben und an die Bayerische Ärzteversorgung nur den Mindestbeitrag abführen.

– Der prozentuale Anteil der Ruhegeldempfänger mit einem niederen Ruhegeld sank nahezu um zehn Prozentpunkte ab,

– der Anteil der Ruhegeldbezieher mit einem hohen bis sehr hohen Ruhegeld nahm ebenso deutlich auf nunmehr über zwei Drittel der Ruhegeldempfänger zu.

Um einem letzten Einwand zu begegnen, dabei handle es sich nur um Ruhegeldempfänger mit einem vollausgefüllten Berufstätigkeitsleben: Die Aufteilung der 1986 neu eingewiesenen Ruhegelder wegen Berufsunfähigkeit zeigt, daß diese nicht signifikant von der prozentualen Aufteilung der Altersruhegeldempfänger abweicht:

bis DM 1500,- = 13,37 %
DM 1500,- bis DM 3000,- = 23,83 %
DM 3000,- bis DM 4500,- = 20,35 %
DM 4500,- bis DM 6000,- = 34,89 %
über DM 6000,- = 7,56 %

Auch bei den Berufsunfähigkeits-Ruhegeldempfängern beziehen 62,80 Prozent ein hohes bis sehr hohes Ruhegeld, gewiß ein Beweis für die Wirksamkeit der in unserer Satzung verankerten Frühinvaliditäts-Regelungen.

Bei den 770 1986 neu eingewiesenen Ruhegeldempfängern in das Berufsunfähigkeitsruhegeld, das vorgezogene Altersruhegeld und das Altersruhegeld erhalten 64,93 Prozent, das sind nahezu zwei Drittel, ein Ruhegeld über DM 3000,- monatlich.

Ich meine, daß sich die Bayerische Ärzteversorgung mit diesen Leistungen sehen und wohl mit allen Versorgungssystemen vergleichen lassen kann.

Umstellung des Leistungsplanes voll gelungen

Die zum 1. Januar 1985 erfolgte Umstellung des Leistungsplanes wurde von den Mitgliedern voll angenommen: Die sehr positive Entwicklung der Beitragshöhe seit der Umstellung des Leistungsplanes zum Jahreswechsel 1984/85 bestätigte im vollen Umfang die Erwartungen und Hoffnungen des Verwaltungsausschusses; eine Änderung am Beitragssystem und an der Beitragshöhe ist somit weiter nicht erforderlich.

Mit Wirkung vom Januar dieses Jahres wurde das die Verhältnisse unserer Anstalt regelnde *Bayerische Versicherungsgesetz* in zwei Punkten

geändert und trug damit den von uns vorgetragenen Wünschen Rechnung:

● Die in Bayern berufstätigen Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte, die aus den anderen Mitgliedsstaaten der Europäischen Gemeinschaft stammen, sind nunmehr Pflichtmitglieder der Bayerischen Ärzteversorgung.

● Alle nach den jeweiligen Berufsordnungen der drei Heilberufe zur Ausübung des Berufes des Arztes, Tierarztes und Zahnarztes in Bayern Berechtigten, somit auch die kommenden „Ärzte im Praktikum“, werden Pflichtmitglieder der Bayerischen Ärzteversorgung und erfüllen somit die Befreiungsvoraussetzung zur staatlichen Rentenversicherung.

Entsprechende Satzungsänderungen wurden vom Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung bereits beschlossen, die genannten Änderungen sind somit mit dem letzten Glockenschlag am Silvesterabend 1986 nicht nur geltend, sondern wirksam.

Der Landesausschuß, das „Parlament“ der Bayerischen Ärzteversorgung, hatte darüber hinaus eine weitere Satzungsänderung dahingehend beschlossen, daß künftig bei der Eheschließung des Berechtigten der Anspruch auf Kinder- und Waisengeld nicht mehr entfällt, das heißt, daß für die Kinder und Waisen unserer Mitglieder eine Eheschließung nicht mehr materiell von Nachteil ist.

Die Dynamisierung für 1988

In der Oktober-1987-Sitzung hat der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung auch über die Dynamisierung der eingewiesenen Ruhegelder und der Rentenanwartschaften im Jahre 1988 entschieden. Verwaltungsausschuß und Verwaltung schlagen eine *volle Dynamisierung* von drei Prozent vor; das bedeutet für alle die Mitglieder, deren Ruhegelder vor der Umstellung des Leistungsplanes zum 1. Januar 1985 auf der 20 Prozent-Verringerung der Lebensbeiträge beruhen, oder die durch die Übergangsregelung Ü 4 begünstigt sind, eine *reduzierte Dynamisierung* von 1,25 Prozent, die in etwa der Netto-Dynamisierung der staatlichen Rentenversicherung entspricht. Hierdurch wird es auch möglich sein, die vom technischen Geschäftsplan vorgeschriebene und nach dem gesun-

den Menschenverstand notwendige *Dynamisierungsreserve* für mögliche Geschäftsjahre mit niedrigem Beitragstrend weiter auszufüllen und so die Kontinuität der Leistungsentwicklung unserer Bayerischen Ärzteversorgung auch für die Zukunft zu stabilisieren.

Die Bayerische Ärzteversorgung hat am 1. Oktober 1987 ihren 64. „Geburtstag“ zwar nicht gefeiert, aber registriert; sie ist damit die bei weitem älteste, aber auch größte unter den 44 freiberuflichen gesetzlichen Pflichtversorgungseinrichtungen der sieben verkammerten freien Berufe in der Bundesrepublik Deutschland! Ihre Stabilität und Leistungskraft bestimmen somit erheblich das der gesamten berufsständischen Altersversorgung, dies bedeutet Chance, aber auch Verantwortung!

2. Die Bayerische Ärzteversorgung im politischen Umfeld

Das Selbstverständnis der Bayerischen Ärzteversorgung und der anderen 43 freiberuflichen Versorgungseinrichtungen gipfelt in der Feststellung:

● Wir sind keine Sozialversicherung im Sinne des Grundgesetzes, sondern eine landesrechtlich fundierte Versorgungseinrichtung *sui generis*.

● Im Gegensatz zur Sozialversicherung fordern wir weder Staatszuschüsse, noch sind wir bereit, solche anzunehmen, wir sind ausschließlich durch die Beitragsleistungen unserer Mitglieder, die meist aus überwiegend vollversteuerten Einkommen gezahlt werden, eigenfinanziert.

● Wir sind vom Staat völlig unabhängig, verwalten uns selbst und leisten darüber hinaus dem Staat für die gesetzlich vorgeschriebene Rechts- und Versicherungsaufsicht Kostenersatz.

Trotzdem sind und bleiben wir natürlich in die allgemeine politische und sozialpolitische Diskussion eingebettet, dies mehr als uns lieb ist! Sich ihr entziehen zu wollen, hieße jedoch, sich wie die berühmten drei Affen blind, taub und stumm zu stellen und damit vom Subjekt zum reinen Objekt der Politik zu werden. Die letzten Jahrzehnte haben uns gelehrt, daß die Beteiligung am politischen Leben keineswegs defensiv vollzogen, sondern offensiv vorangetrieben werden muß. Aus dem Dunstkreis vielfältiger

im Vorfeld der seit Jahren als notwendig erkannten Reform der Struktur der staatlichen Rentenversicherung aufsteigender Schlagworte wie „Solidarbeitrag“, „Harmonisierung“, „Kohäsion der sozialen Systeme im vereinten Europa“ und „Ausrichtung aller anderen Systeme an der ‚gesamtgesellschaftlichen Aufgabe‘ der staatlichen Rentenversicherung“ ergeben sich nunmehr nach arbeitsreichen Monaten und Jahren folgende Tatbestände:

● Das berufsständische Versorgungswesen ist als eigenständige Säule neben denen der staatlichen Rentenversicherung, der Beamtenversorgung, der privaten Lebensversicherung und der betrieblichen Zusatzversorgung als eigenständige und gleichberechtigte Institution respektiert und anerkannt.

● Die Bundesregierung und die hinter ihr stehenden Parteien bejahen unsere Eigenständigkeit, die Besonderheiten unserer Gestaltung und vor allem die „Magna charta“ des freiberuflichen Versorgungswesens, den § 7 Absatz 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes, der die Befreiung der angestellten Mitglieder unserer Berufsgruppen zugunsten unserer Ärzteversorgung ermöglicht.

● Die SPD, die größte Oppositionspartei, will uns – überwiegend aus ideologischen Gründen – Schwierigkeiten machen und nach konkret getätigten Aussagen uns sowohl den obengenannten § 7 Absatz 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes nehmen, als auch das Beitrags- und Leistungsrecht der staatlichen Rentenversicherung auf uns erstrecken. Nach unserer wohlbegründeten Meinung würde dies, selbst wenn die gesetzgeberische Mehrheit vorhanden wäre, an den Bestimmungen des Grundgesetzes scheitern.

● Die „Grünen“ wollen das gewachsene gegliederte Altersversorgungswesen zerschlagen und neben der Schaffung einer steuerfinanzierten „bedarfsabhängigen Mindestsicherung“ von DM 1200,- monatlich für Alleinstehende und höher für Ehepaare auch die Selbständigen und Freiberufler generell als Pflichtmitglieder in die staatliche Rentenversicherung miteinbeziehen.

Es scheinen die Fronten klar, aber dies scheint nur so, es gibt vielfältige Sondertatbestände:

● Eine kriegsstarke Kompanie von Wissenschaftlern und Pläneschmiedern will die eine Vollversorgung sichernden Alterssicherungssysteme durch ausschließlich eine Grundversicherung bietende Modelle ablösen. Die Hauptsicherung soll jeder einzelne Staatsbürger subjektiv aufbauen. Es sei hier der Name des ehemals einflußreichen CDU-Politikers Professor Biedenkopf genannt, es gibt aber eine ganze Reihe ähnlich votierender Professoren, die sich gerne das Attribut „liberal“ und „Reformökonom“ zulegen möchten. Allen diesen Instruktionen ist gemeinsam, daß sie die Frage nicht beantworten können, wie dies in der ein halbes Jahrhundert währenden Übergangsfrist von der Umstellung der durch den Generationenvertrag im Umlageverfahren finanzierten staatlichen Rentenversicherung auf ein neues System gehen soll. Politisch schon mehr als vermessenes ist es, anzunehmen, daß es sich eine aktive Generation gefallen ließe, weiter für ein System Beiträge leisten zu müssen, das ihr später keine Leistungen mehr bieten kann. Für mich als versicherungsmathematischen Laien ist die „Genialität“ beeindruckend, mit der sich die – meist selbsternannten – „Sozialökonom“ über solche „Kleinigkeiten“ hinwegsetzen.

● Doch auch aus dem sogenannten „konservativen Lager“ kommen Querschläge: Da plädiert die katholische Arbeitnehmerbewegung für eine steuerfinanzierte Aufstockung der Kindererziehungszeiten auf drei Jahre, da fordert die Familien-Gesundheits-Frauen-Jugend-Ministerin, Frau Süßmuth, daß Zeiten der Pflege kranker oder behinderter Familienangehöriger bei der Rentenversicherung anerkannt werden müssen, da legt Berlins Sozialsenator Fink einen Gesetzesentwurf zur Beseitigung der „verschämten Altersarmut“ vor, der zwar den Mitgliedern der staatlichen Rentenversicherung, aber ausdrücklich nicht denen der berufsständischen Versorgungseinrichtungen, ab dem 60. Lebensjahr eine Ausgleichszulage sichern soll; all dies sind sicher ebenso ehren- wie lobenswerte Sozialprojekte, von allen Verfassern wird jedoch die ganz schlichte Frage nicht beantwortet, wie dies finanziert werden kann, ohne die damit bedachte staatliche Rentenversicherung noch schneller in den finanziellen Kollaps zu treiben.

Auch wenn es bei dem allen vordergründig „nur“ um die staatliche Rentenversicherung geht, für die Versor-

gungswerka ist höchste Aufmerksamkeit geboten: Nur zu leicht erliegen projektesüchtige Politiker der Versuchung, bei Nichtfinanzierbarkeit der eigenen ehrgeizigen Pläne auf fremden Wiesen weiden zu wollen.

Aufmerksamkeit auch für „Europa“

Ebenso aufmerksam müssen wir beobachten, was sich auf der hohen Ebene der Zwölfer-Gemeinschaft des vereinten Europa tut: Seit Jahren wissen wir, daß hier bestimmte politische Kräfte eine neue Tummelwiese gefunden haben und unter Schlagworten wie „europäische Integration“ und „Harmonisierung der Systeme der sozialen Sicherheit“ kräftig Egalisation und Planifikation, die man – dank anderer Mehrheiten – im nationalen Rahmen nicht durchsetzen kann, von Brüssel her betrieben wird. Nicht ohne Grund hat die „Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen“ dort ihre Vertretung, nicht ohne Grund sind wir mit den nichtsozialistischen Abgeordneten des Europäischen Parlaments in Kontakt.

Am 1. Juli 1987 ist die „Einheitliche europäische Akte“ in Kraft getreten, das wohl bedeutsamste Reformwerk seit den 1957 vereinbarten Römischen Verträgen. Sie beinhaltet das ehrgeizige Ziel, bis Dezember 1992 den großen europäischen Binnenmarkt mit 320 Millionen Bürgern zu vollenden. Dazu wird statt der Einstimmigkeit nunmehr die Abstimmung mit qualifizierter Mehrheit im EG-Ministerrat eingeführt, dem Europäischen Parlament mehr Rechte gegeben und auf vielen Gebieten die „Harmonisierung“ angestrebt. Aus verständlichen und auch von uns voll bejahten Gründen kann es vorerst keine „Harmonisierung der Systeme der sozialen Sicherheit“ in den zwölf Mitgliedsstaaten geben, in der Sozialpolitik bleibt es weiterhin bei der Einstimmigkeit der Beschlußfassung im Ministerrat. An die Stelle der „Harmonisierung der Systeme der sozialen Sicherheit“ tritt nun das Ziel deren „Kohäsion“. Dies gibt den Versorgungswerken in der Bundesrepublik Deutschland Zeit und Gelegenheit, ihre eigene Position im Meer der sonst weitgehend staatlichen Alterssicherung in Europa auszubauen und zu festigen, kurzum, aus „Europa“ aktuell drohende Gefahren sind gemindert, mindestens erheblich vertagt.

Aggressive Werbung der privaten Lebensversicherung

Noch eine weitere Konträrsituation ist aufzuzeigen: Die aggressive Werbepolitik der privaten Lebensversicherer schafft Probleme, hier ist, um Vergleiche zu ermöglichen, ein Kapitalsammelbecken von nunmehr gut 320 Milliarden DM entstanden, seit Anfang der achtziger Jahre hat es sich nahezu verdoppelt. Man sieht die Mitglieder unserer Ärzteversorgung als bevorzugte „Zielgruppe“ und wirbt aggressiv mit den Behauptungen:

● Es gelte, durch eine zusätzliche Lebensversicherung die „Versorgungslücke“ zwischen früherem Praxisumsatz und Ruhegeld der Ärzteversorgung „zu schließen“. Vergessen wird dabei die Tatsache, daß bei Beendigung der Berufstätigkeit sowohl die Betriebsausgaben als auch die Versorgungsbeiträge wegfallen, sich damit die Fakten ganz anders darstellen.

● Es gelte, durch eine Lebensversicherung das „Berufsunfähigkeitsrisiko“ aufzufangen, das durch die Ärzteversorgung nicht ausreichend abgedeckt sei.

Hierzu sei bemerkt, daß die Zahl der konkreten Fälle, in denen eine „Berufsunfähigkeit“ nach der Definition der Lebensversicherung schon, nach der der Ärzteversorgung noch nicht vorliegt, extrem selten sind. Die Leistungsunterschiede der Ärzteversorgung zwischen dem Alters- und Berufsunfähigkeits-Ruhegeld sind – wie oben dargestellt – sehr gering.

● Die Leistungen der Lebensversicherung würden – im Gegensatz zu denen der Ärzteversorgung – nach dem „Anrechnungsmodell“ des HEZG auf die Hinterbliebenenversorgung nicht angerechnet.

Dies mag formal – horribile dictu – als Folge eines auch in dieser Hinsicht miserablen Gesetzes zwar richtig sein, wird jedoch für die nähere und weitere Zukunft kaum Bestand haben.

Die berufsständischen Versorgungseinrichtungen stehen geschlossen auf dem Standpunkt, gegenüber ihren Mitgliedern einen Prioritätsanspruch auf dessen Mitgliedsbeitrag zu haben; konkret heißt dies, daß aus unserer Sicht der Abschluß einer zusätzlichen Altersabsicherungsvereinbarung dann möglich sein kann, wenn das Mitglied gegenüber der Ärzteversorgung seiner Beitrags-

pflicht und – möglichst – seinen maximalen Beitragsmöglichkeiten voll entsprochen hat. Sonst und anders läßt sich eine von unseren Mitgliedern erwartete „Vollversorgung“ weder aufbauen noch sichern. Hierüber wird in naher Zukunft mit den Trägern der privaten Lebensversicherung ein ernstes Wort geredet werden müssen, den zahlreichen ärztlichen Verbänden und Institutionen, die sich, meist unwissentlich, in den Dienst dieser Propaganda gestellt haben, wurde inzwischen unser Standpunkt nachdrücklich dargestellt.

3. Auswirkungen der aktuellen und bevorstehenden Gesetzgebung

Um auf die Meinungsbildung, Berichterstattung und politische Willensbildung Einfluß nehmen zu können, haben die freiberuflichen Versorgungswerke der sieben verkammerten akademischen freien Berufe vor einem Jahrzehnt die „Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen“ geschaffen. Sie ist mit

- nunmehr 44 Versorgungswerken,
 - mit 0,25 Millionen aktiven Mitgliedern und nahezu 60 000 Ruhegeldempfängern,
 - mit einer Vermögensrücklage von insgesamt 25 Milliarden DM,
 - mit nahezu 3 Milliarden DM Mitgliedsbeiträgen pro Jahr,
 - mit Versorgungsleistungen von zwei Milliarden DM im Jahr
- gewiß ein politisches und wirtschaftliches Faktum.

Diese Institution geht überwiegend auf bayerische Impulse zurück. Im Vorstand dieser Einrichtung vertritt das Mitglied des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung, Dr. Günter Steurer aus Ansbach, vorzüglich die Anliegen der angestellten Ärzte, ich selbst bin der Vorsitzende des Vorstandes. Dem wichtigen Rechtsausschuß dieser Arbeitsgemeinschaft sitzt Abteilungsdirektor Walter Albrecht, der Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung, vor.

Neben der oben geschilderten Tätigkeit im europäischen Rahmen verlangen derzeit vor allem drei Bereiche die besondere Aktivität unserer Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen:

● Die Einwirkung auf die in der Diskussion befindliche oder vorbereitete *Reform wichtiger Steuergesetze*. Sie reicht von der Bewahrung der vor zwei Jahrzehnten durchgesetzten Freiheit unserer Ärzteversorgung von der Körperschafts-, Vermögens- und Gewerbesteuerpflicht bei einem vom Mitglied annehmbarem Höchstbeitrag des jeweilig zweieinhalbfachen Höchstbeitrages zur Angestelltenversicherung bis in die Diskussion der zukünftigen *Reform der Besteuerung der Alterseinkünfte*. Dazu gibt es zahlreiche wissenschaftliche Vorschläge, die von der – bis zu einer gewissen Grenze möglichen – Steuerfreiheit der Versorgungsbeiträge im aktiven Erwerbsleben auf der einen Seite und der Versteuerung der „Alterseinkünfte“ auf der anderen Seite bis zur Besteuerung auch der Beiträge zur Altersversorgung in der aktiven Erwerbsphase und der Steuerfreiheit der „Alterseinkünfte“ mit zahlreichen Zwischenlösungen reichen. Wir vertreten den Standpunkt, daß sich die jetzt geltende „Ertragsanteilbesteuerung“, also die Versteuerung nur eines bestimmten Prozentsatzes, orientiert am Lebensjahr des Beginns der Ruhegeldleistung, bewährt hat und keiner Änderung bedarf. Erfreulicherweise stimmen wir dabei im Grundsatz mit den Rentenversicherungsträgern überein.

● In die wichtigen Aufgaben fällt die Überprüfung der Auswirkungen der in der politischen Diskussion stehenden und aus vielfachen Gründen notwendigen *Strukturreform der staatlichen Rentenversicherung*. Nachdem die von der Opposition massiv geforderte „Harmonisierung“ im Sinne einer weitgehenden Einbeziehung unseres Versorgungssystems in diese „Strukturreform“ ebenso im Raume steht wie die aus gleicher Richtung geforderte „Erstreckung des Beitrags- und Leistungssystems der staatlichen Rentenversicherung“ auf unsere Ärzteversorgung, galt und gilt es nunmehr, Verständnis bei der Regierungsmehrheit dafür zu finden, daß in Anbetracht unserer Sonderstellung, unserer Eigenfinanzierung und Selbstverwaltung solcher „Harmonisierungsbedarf“ für uns nicht besteht.

Denn die berufsständische Altersversorgung kennt weder demographische Probleme noch Störungen des „Generationenvertrages“, weder Finanzierungsprobleme noch Probleme des Renteneintrittsalters, weder

die Notwendigkeit zur Änderung von Rentenformeln noch der Stabilisierung des jetzt schon hochprozentigen Staatszuschusses. Unsere immer wieder vorgetragene Feststellung, daß wir vom Staat nicht das mindeste wollen, außer weiter in Ruhe unsere Arbeit tun zu können, hat bei den kontaktierten Politikern und Ministerien ein ebenso hohes Maß an Erstaunen wie auch die erkennbare Bereitschaft erzeugt, unseren Wunsch, endlich – auch im Interesse unserer Mitglieder – aus dem „Harmonisierungsgerede“ herausgelassen zu werden, zu respektieren. Die Mitglieder unserer Versorgungswerke zahlen mit der auch aus ihren Steuern finanzierten Erhöhung des Bundeszuschusses zur staatlichen Rentenversicherung bis an und über die 20 Prozent-Grenze hinaus einen Beitrag, der für sie ohne jede Gegenleistung bleiben wird, einen beachtlichen „Solidaritätsbeitrag“; dadurch ist und wird ihre „gesamtgemeinschaftliche Verpflichtung“ reichlich erfüllt.

Wir können somit der nun beginnenden Diskussion über die Strukturreform der staatlichen Rentenversicherung, die in diesem Jahr durchgeführt und gesetzgeberisch vollendet werden soll, mit einiger Gelassenheit entgegensehen. Gesellschaftliche Gruppen, die vom Staat im sozialpolitischen Bereich nicht nur nichts wollen, sondern ihn sowohl kräftig entlasten, als ihm auch Arbeit abnehmen, gibt es nicht allzu viele, unser Wunsch, unseren Freiraum zu erhalten, ist somit wohl begründet.

Die Tätigkeit in und für unsere Bayerische Ärzteversorgung hat mehr als die materielle Sicherung des Arztes, seiner Angehörigen und Hinterbliebenen im Alter, bei Invalidität und Tod zum Ziel: Die eigengestaltete, vom Staat unabhängige und von den Berufsständen selbstverwaltete Einrichtung ist ein sehr wesentlicher Faktor, um die Freiberuflichkeit zu verwirklichen und die Selbständigkeit bewußtzumachen. Die Existenz unserer Ärzteversorgung und die Freiheit unseres Berufsstandes sind auf das engste miteinander verbunden. Die eine ist ohne die andere kaum vorstellbar. Unsere Ärzteversorgung ist eine Institution, für die wir dankbar und auf die wir stolz sein können, auch im bald beginnenden letzten Drittel des ersten Jahrhunderts ihres Bestehens.

Punkt 2 der Tagesordnung:

Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer

- 2.1 Rechnungsabschluß 1986
- 2.2 Entlastung des Vorstandes 1986
- 2.3 Wahl des Abschlußprüfers für 1987
- 2.4 Haushaltsplan 1988

Der Rechnungsabschluß des Geschäftsjahres 1986, der den Delegierten innerhalb der in der Sitzung vorgesehenen Frist zugegangen war, wurde von Dr. Geißendörfer, dem Vorsitzenden des Finanzausschusses, im einzelnen erläutert. Der Rechnungsabschluß 1986 wurde von dem Revisor, R. Weinzierl, der auf der Delegiertenversammlung im Jahre 1985 hiermit beauftragt worden war, geprüft und mit dem erforderlichen Prüfungsvermerk versehen. Die Delegierten billigten den Rechnungsabschluß 1986 – bei einzelnen Enthaltungen – einstimmig.

Anschließend stellte Dr. Geißendörfer unter Bezugnahme auf einen einstimmigen Beschluß des Finanzausschusses den Antrag, dem Vorstand die Entlastung für das Geschäftsjahr 1986 zu erteilen. Auch dieser Antrag wurde von den Delegierten einstimmig – bei einzelnen Enthaltungen – angenommen.

Von der Delegiertenversammlung ist nach § 15 Abs. 2 der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer ein unabhängiger Prüfer für die Überprüfung der Betriebsführung und Rechnungslegung des Jahres 1987 zu bestellen. Hiermit wurde R. Weinzierl, Revisor der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, bereits in den vergangenen Jahren beauftragt und ebenso auf Antrag von Dr. Geißendörfer auch für das Geschäftsjahr 1987 einstimmig bestellt. Das Ergebnis dieser Prüfung ist dem 41. Bayerischen Ärztetag 1988 mitzuteilen.

Im Anschluß hieran trug der Vorsitzende des Finanzausschusses de-

tailliert den Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 1988 vor, der bei zwei Gegenstimmen und einigen Enthaltungen in der vorgelegten Form angenommen wurde.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Wahl der Mitglieder folgender Ausschüsse:

- 3.1 Finanzausschuß (Nachwahl Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband München)
- 3.2 Ausschuß für Hochschulfragen
- 3.3 Krankenhausausschuß

Das Wahlergebnis für diese Ausschüsse wurde bereits in der November-Nummer des „Bayerischen Ärzteblattes“, Seite 492, veröffentlicht.

Punkt 4 der Tagesordnung:

Änderung der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1978 aufgrund des Beschlusses des 90. Deutschen Ärztetages in Karlsruhe

Unter Vorsitz des Vizepräsidenten Dr. Hege gab der Präsident einen kurzen Überblick zur Änderung der Musterweiterbildungsordnung und wies eindringlich auf die Bedeutung der Einheitlichkeit des Weiterbildungswezens in der Bundesrepublik hin. Professor Dr. Dr. h. c. Sewering nahm dabei als Referent zwei Änderungsvorschläge der Übergangsbestimmungen – eingebracht von Mitgliedern der Vollversammlung aus dem Kreis der angestellten Ärzte – in seine Vorlage auf.

Der 40. Bayerische Ärztetag hat die Empfehlung zur Änderung der Musterweiterbildungsordnung einstimmig angenommen.

Die beschlossenen Änderungen wurden mit Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 15. Oktober 1988 genehmigt. Der Ge-

nehmungsvermerk des Bayerischen Staatsministeriums des Innern ist in diesem Heft unter der Rubrik „Amtliches“ auf Seite 565 veröffentlicht.

Die Neufassung der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns tritt am 1. Januar 1988 in Kraft.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Besetzung des LandesberufsgERICHTS für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht und der BerufsgERICHTE für die Heilberufe bei den Oberlandesgerichten München und Nürnberg

Den Delegierten lagen Namenslisten mit Vorschlägen der Ärztlichen Bezirksverbände vor.

Die Vollversammlung billigte für die Besetzung des LandesberufsgERICHTS für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht und der BerufsgERICHTE für die Heilberufe bei den Oberlandesgerichten in München und Nürnberg die vorgeschlagenen Kolleginnen und Kollegen.

Die vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz in der Zwischenzeit ernannten Kolleginnen und Kollegen sind im amtlichen Teil des „Bayerischen Ärzteblattes“, zugeordnet zu dem jeweiligen BerufsgERICHT der ersten und zweiten Instanz, veröffentlicht (Seite 566).

Punkt 6 der Tagesordnung:

Formelle Anpassung der Wahlordnung für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer an das Kammergesetz vom 14. August 1986

Aufgrund der Änderung des Kammergesetzes vom 6. August 1986, veröffentlicht am 14. August 1986, war eine Anpassung der Wahlordnung vom 8. Oktober 1978 für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer aus formalen Gründen erforderlich.

Nach einer kurzen Erörterung auf dem Hintergrund des Kammergesetzes wurde der Beschlußvorlage zugestimmt.

33. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer

vom 6. bis 18. März 1988 in Badgastein

Die einzelnen Änderungen sind im amtlichen Teil des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht (Seite 567 f.).

Gesundheits-Sozial-Berufspolitik

Bericht über die Vorstandssitzung der Bayerischen Landesärztekammer

am 7. November 1987

Punkt 7 der Tagesordnung:

Formelle Anpassung der Mustersatzung für die Ärztlichen Kreisverbände an das Kammergesetz vom 14. August 1986

Die Änderungen im Kammergesetz haben auch Auswirkungen auf die Mustersatzung für die Ärztlichen Kreisverbände, die der 31. Bayerische Ärztetag in seiner Sitzung vom 8. Oktober 1978 beschlossen hatte und durch das Bayerische Staatsministerium des Innern genehmigt wurde.

Die Änderungen wurden in der vorgelegten Form von den Delegierten gebilligt.

Im einzelnen sind die Änderungen im amtlichen Teil des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht (Seite 566). Es ist beabsichtigt, die geänderte Mustersatzung in ihrer Gesamtheit in der nächsten Ausgabe der Sondernummer „Arztrecht in Bayern“ zu veröffentlichen.

Punkt 8 der Tagesordnung:

Bestätigung des Tagungsortes und Bekanntgabe des Termins für den 41. Bayerischen Ärztetag 1988

Der 39. Bayerische Ärztetag hat 1986 einstimmig beschlossen, den 41. Bayerischen Ärztetag in Nürnberg durchzuführen. Dieser Bayerische Ärztetag findet in der Zeit vom 7. bis 9. Oktober 1988 statt.

Punkt 9 der Tagesordnung:

Wahl des Tagungsortes des 42. Bayerischen Ärztetages 1989

Nach der traditionellen Reihenfolge findet der 42. Bayerische Ärztetag im Regierungsbezirk Schwaben statt. Der Vorsitzende des Ärztlichen Bezirksverbandes Schwaben, Dr. Hellmann, sprach die Einladung aus, den 42. Bayerischen Ärztetag 1989 in Augsburg durchzuführen. Diese Einladung wurde von der Vollversammlung einstimmig angenommen.

Nach Genehmigung der Niederschrift der letzten Vorstandssitzung vom 4. Juli 1987 berichtete der Präsident, Professor Dr. Dr. h. c. Sewering, ausführlich über die heranstehende „Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“. Dabei ging er auf zwei Punkte ein, die für die Ärzteschaft besonders gravierend sind: vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus sowie eine Altersgrenze für die kassenärztliche Tätigkeit. Er wies weiter darauf hin, daß im Zusammenhang mit der am 1. Januar 1988 in Kraft tretenden neuen Röntgenverordnung sogenannte „ärztliche Stellen“ zur Qualitätssicherung bei Röntgeneinrichtungen zur Untersuchung von Menschen eingerichtet werden müssen. Dabei sei vorgesehen, daß das zuständige Ministerium für Arbeit und Sozialordnung für den nichtkassenärztlichen Bereich die Bayerische Landesärztekammer und für den kassenärztlichen Bereich die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns als „ärztliche Stellen“ benenne. Der Präsident stellte in diesem Zusammenhang klar, daß die Bayerische Landesärztekammer hierzu grundsätzlich bereit sei, sofern eine eindeutige Kostenregelung getroffen wird. Sobald die entsprechende Vereinbarung mit dem Bayerischen Sozialministerium getroffen ist, werden bei der Kammer die erforderlichen personellen und organisatorischen Maßnahmen für die Einrichtung dieser „ärztlichen Stelle“ getroffen. Im wesentlichen ist die Aufgabe dann die Qualitätssicherung der Röntgendiagnostik im Krankenhausbereich, wobei auf die jahrelangen Erfahrungen der Qualitätssicherung bei den Bezirksstellen der KVB zurückgegriffen werden kann. Der weiter in Zusammenhang mit der neuen Röntgenverordnung eingeführte Röntgenpaß sei völlig überflüssig, da röntgendiagnostische Maßnahmen, wie aus der Weltliteratur hervorgeht, keinerlei belegbare somatische Schäden zur Folge hatten. Weiter ging er auf eine Ergänzung in der Kammeratzung ein, um den Wahlmodus der Delegierten zum Deutschen Ärztetag klar zu regeln. Ein entsprechender Änderungsvorschlag

wird der nächsten Vorstandssitzung vorgelegt. Dies wäre jedoch beim nächsten Bayerischen Ärztetag ein Tagesordnungspunkt zur Beschlußfassung und könne somit frühestens für die Wahl der bayerischen Delegierten zum Deutschen Ärztetag 1989 gelten.

Die Vorstandsmitglieder befaßten sich mit den Entschlüssen, die der 40. Bayerische Ärztetag überwiesen hat und auch mit den Resolutionen, die sich direkt an den Vorstand richten. Nach ausführlicher Diskussion und Beratung wurden einzelne zunächst den zuständigen Ausschüssen zur Meinungsbildung zugeleitet und die Geschäftsführung beauftragt, im einzelnen tätig zu werden und – wie alljährlich – in der Anlage zum Geschäftsbericht die Resultate zu veröffentlichen. Der Präsident konnte auf das lebhafte Presseecho des 40. Bayerischen Ärztetages hinweisen, insbesondere zur Sterbehilfe, Prävention und Gesundheits-erziehung und der Gefährdung der Jugend im Zusammenhang mit dem Rauchen. Erfreulicherweise fand diese Thematik auch Ende Oktober Eingang in die Beratungen der Vollversammlung des Bayerischen Senats.

Bei „Angelegenheiten der ärztlichen Weiterbildung“ befaßte sich der Vorstand zunächst mit der Neuberufung von Fachberatergremien für die mit der Weiterbildungsordnung vom 1. Januar 1988 neu eingeführten Gebiete und Teilgebiete sowie mit der personellen Ergänzung der Fachberatergremien, nachdem einige Berater ausgeschieden sind. Ebenso wurden Prüfungsgremien in einzelnen Gebieten und Teilgebieten, soweit erforderlich, ergänzt. Der Vorstand beschäftigte sich ferner mit der Liste „weiterbildungsermächtigte Ärzte in Bayern – Erweiterung – und Neuanträge“, wobei insgesamt 153 Anträge vorgelegt wurden, von denen 113 positiv entschieden, 39 abgelehnt wurden und eine Zurückstellung erfolgte. Weiterhin lagen dem Vorstand 96 Einzelüberprüfungen von Weiterbildungsermächtigungen vor, deren Entscheidung länger als fünf Jahre zurückliegt, wobei 89 frühere Ent-

scheidungen bestätigt werden konnten, drei wurden zur Klärung noch offener Fragen den zuständigen Gremien zugeleitet und vier Altermächtigungen mußten reduziert werden. Ein Antrag auf Berechtigung zur Vermittlung der Medizinischen Fachkunde im Strahlenschutz wurde abgelehnt.

Ein möglicher Anschluß der Ärztlichen Bezirksverbände an die Mitglieder der Kammer war der nächste Tagesordnungspunkt, nachdem das Pilotprojekt bei einem Ärztlichen Bezirksverband zwei Jahre läuft, überprüft wurde und ein positives Ergebnis dazu vorliegt. Der Vorstand beschloß einstimmig, die den Bezirksverbänden entstehenden Investitionskosten aus dem Kammerhaushalt zu finanzieren. Die Ärztlichen Bezirksverbände werden durch ein Rundschreiben über die technischen Einzelheiten und Möglichkeiten entsprechend unterrichtet.

Ein Einspruch gegen eine Rüge wurde behandelt und mußte bestätigt werden.

Walter-Marget-Vereinigung zur Förderung der Infektiologie

Stipendium gestiftet von der Firma Cascan GmbH

Um das Stipendium können sich Ärztinnen/Ärzte bewerben, die

- als Arzt/Ärztin für die Dauer des Stipendiums und weitere fünf Jahre einen Arbeitsvertrag an einer deutschen Klinik haben, der auch für die Dauer des Stipendiums und des damit verbundenen Aufenthaltes an dem der Ausbildung dienenden Platz aufrecht erhalten bleibt,
- durch wissenschaftliche Arbeiten ihr besonderes Interesse am Arbeitsgebiet bereits dokumentiert haben,
- zu einem Studienaufenthalt bis zu einem Jahr an einer für die Fortbildung im Arbeitsgebiet „Infektiologie“ besonders geeigneten Klinik oder Institution im In- oder Ausland bereit sind,
- im Rahmen der Möglichkeiten durch einen Eigenbeitrag an den Gesamtkosten des Studienaufenthaltes beitragen wollen,
- nicht älter als 40 Jahre sind.

Bewerbungsunterlagen sind bis zum 31. Dezember 1987 zu richten an: Walter-Marget-Vereinigung zur Förderung der Infektiologie, z. H. Professor Dr. F. Daschner, Hugstetter Straße 55, 7800 Freiburg

Personalia

Professor Sewering weiterhin im Bayerischen Senat

Die Organisationen der Freien Berufe in Bayern wählten Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, einstimmig zum vierten Mal als Vertreter der Gruppe der Freien Berufe für die nächsten sechs Jahre in den Bayerischen Senat.

Großes Bundesverdienstkreuz für Dr. Klaus Dehler

Dr. med. Klaus Dehler, Internist, Ginsterweg 23, 8500 Nürnberg, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer, erhielt am 30. November 1987 im Rahmen einer Feierstunde im Ärztehaus Bayern aus der Hand des Stellvertreters des Bayerischen Ministerpräsidenten Dr. Karl Hillermeier das ihm vom Bundespräsidenten verliehene Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

Professor Dr. med. Jörg Rüdiger Siewert, Direktor der Chirurgischen Klinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde für die Zeit vom 1. Oktober 1987 bis 30. September 1991 das Amt des Ärztlichen Direktors des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München übertragen.

Bundesverdienstkreuz am Bande

Dr. med. Elisabeth Eberle, Kinderärztin, Wilhelm-von-Diez-Straße 3, 8058 Erding, wurde mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Ehrendoktorwürde für Professor Braun-Falco und Professor Lissner

Professor Dr. med. Otto Braun-Falco, Direktor der Dermatologischen Klinik der Universität München, Frauenlobstraße 9–11, 8000 München 2, wurde von der Universität Marburg die Ehrendoktorwürde verliehen.

Professor Dr. med. Josef Lissner, Direktor der Radiologischen Klinik der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, wurde von der Universität Breslau die Ehrendoktorwürde verliehen.

Privatdozent Dr. med. Reinhard Dengler, Neurologische Klinik der Technischen Universität München, Möhlstraße 28, 8000 München 80, wurde von der Deutschen EEG-Gesellschaft der Richard-Jung-Preis 1987 verliehen.

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Hans-Henning Horch, Direktor der Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde zum Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie gewählt.

An alle Schriftstellerärzte in Bayern

Der Vorstand des Institutes für Bayerische Literaturgeschichte an der Universität München, Professor Dr. Dietz-Rüdiger Moser, ißt bekanntmachen, daß das Institut ab 17. November 1987 offiziell seine neuen Räume im Amerikahaus, Karolinenplatz 3, 8000 München 2, bezogen hat. Damit erhielt auch die an diesem Institut errichtete Bibliothek inklusive Archiv der Bayerischen Schriftstellerärzte (siehe „Bayerisches Ärzteblatt“ 1/86) einen würdigen Rahmen in einer neuen Heimstatt. Bibliothek und Archiv können dort der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden. Die Kollegen werden gebeten, in Zukunft Exemplare ihrer belletristischen Neuveröffentlichungen zur Archivierung an die oben angegebene Adresse zu schicken.

Dr. med. Andreas Schuhmann

Staatsmedaille für soziale Verdienste

Der Bayerische Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Karl Hillermeier, überreichte die Staatsmedaille für soziale Verdienste an:

Dr. med. Gertraud Bäcker, Kinderärztin, Laborärztin, Nikolaistraße 5, 8000 München 40

Professor Dr. med. Felix Böcker, Direktor des Nervenkrankenhauses Bayreuth, Cottenbacher Straße 23, 8580 Bayreuth

Dr. med. Hermann Mäderer, Frauenarzt, Märktplatz 22, 8820 Gunzenhausen

Professor Dr. med. Dr. med. dent. Walter Gräf, Vorstand des Instituts für Medizinische Hygiene der Universität Erlangen-Nürnberg, Waserturmstraße 5, 8520 Erlangen, und Dr. med. Robert Lee Mueller, ebenda, wurden anlässlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (= DGHM) zu Mitgliedern der neugegründeten DGHM-Kommission für Krankenhaus- und Praxishygiene ernannt.

Dr. med. Alfons Pfister, Orthopäde, Grünwalder Straße 10, 8000 München 90, wurde der vom Luitpold Werk München gestiftete Micheel-Jäger-Preis 1987 verliehen.

Professor Dr. med. Dr. phil. Johannes Ring, Dermatologische Klinik der Universität München, Frauenlobstraße 9-11, 8000 München 2, wurde der Preis des Allergiker- und Asthmatikerbundes e. V. verliehen.

Dr. med. Klaus Schelkhäuser, Urologe, Kreiskrankenhaus Dorfen, Erdinger Straße 17, 8250 Dorfen, wurde zum geschäftsführenden Präsidenten des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e. V. ernannt.

Professor Dr. med. Klaus von Werder, Medizinische Klinik Innenstadt der Universität München, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2, wurde von der Polnischen Endokrinologischen Gesellschaft zum Ehrenmitglied ernannt.

Amtliches

Der 40. Bayerische Ärztetag hat am 11. Oktober 1987 in München die Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns und die Anlage zur Weiterbildungsordnung neu beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat mit Schreiben vom 15. Oktober 1987 - Nr. IE8-5012-0/8/87 - diese Weiterbildungsordnung genehmigt.

Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns

- Neufassung vom 1. Januar 1988 -

Die ab 1. Januar 1988 gültige Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns und die Anlage sind in dieser Nummer als Ganzes - in der Mitte herausnehmbar - veröffentlicht (nach Seite 550).

München, den 11. Oktober 1987

gez. Professor Dr. Dr. h. c. Sewering
Präsident der Bayerischen
Landesärztekammer

Der 40. Bayerische Ärztetag hat am 11. Oktober 1987 in München folgende Änderung der Wehordnung für die Wahl der Delegierten beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat den Änderungsbeschluss mit Schreiben vom 19. Oktober 1987, Nr. IE8-5011-5/6/87, genehmigt.

Änderung der Wahlordnung für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer vom 1. Dezember 1978

(BayÄBl. 1980, Sondernummer Dezember, S. 59 ff.)

1.

Die Wahlordnung für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer wird wie folgt geändert:

§ 2 Abs. 1:
Das Wort „ordentlich“ wird ersatzlos gestrichen.

§ 2 Abs. 2:
Das Wort „ordentlichen“ wird ersatzlos gestrichen.

§ 4 Abs. 2:
Das Wort „Ersatzmänner“ wird in „Ersatzleute“ geändert.

§ 5 Abs. 1:
Die Worte „ordentlichen und außerordentlichen“ werden ersatzlos gestrichen.

§ 5 Abs. 2:
Das Wort „ordentlichen“ wird ersatzlos gestrichen.

§ 7 Abs. 3 Satz 1:
Das Wort „Ersatzmänner“ wird in „Ersatzleute“ geändert.

§ 7 Abs. 3 Satz 2:
Das Wort „Ersatzmann“ wird in „Ersatzdelegierter“ geändert.

§ 10 Abs. 1 Nr. 3:
Das Wort „Ersatzmänner“ wird in „Ersatzleute“ geändert.

§ 11 Abs. 1:
Das Wort „Ersatzmänner“ wird in „Ersatzleute“ geändert.

§ 11 Abs. 2 Satz 1:
Das Wort „Ersatzmänner“ wird in „Ersatzleute“ geändert.

§ 11 Abs. 2 Satz 2:
Das Wort „Ersatzmänner“ wird in „Ersatzleute“ geändert.

§ 14 Abs. 1:
Das Wort „Ersatzmänner“ wird in „Ersatzleute“ geändert.

§ 14 Abs. 2:
Das Wort „Ersatzmänner“ wird in „Ersatzleute“ geändert.

§ 15 Abs. 5:
Das Wort „Ersatzmännern“ wird in „Ersatzleuten“ geändert.

§ 15 Abs. 7:
Das Wort „Ersatzmännern“ wird in „Ersatzleuten“ geändert.

§ 15 Abs. 8:
Das Wort „Ersatzmänner“ wird in „Ersatzleute“ geändert.

§ 18:
§ 18 wird wie folgt geändert:
„Ersatzleute und Nachwahl

Für einen Gewählten, der vor Ablauf der Amtszeit ausscheidet, rückt für den Rest der Amtszeit der Ersatzdelegierte nach, der auf dem gleichen Wahlvorschlag unter den vorgeschlagenen Ersatzleuten die höchste Stimmenzahl erreicht hat. Ist kein Ersatzdelegierter mehr vorhanden,

so ist innerhalb von 4 Wochen eine Nachwahl durchzuführen."

§ 19 Abs. 5 Satz 1:

Das Wort „Ersatzmennes“ wird in „Ersatzdelegierten“ geändert.

§ 19 Abs. 5 Satz 2:

Das Wort „Ersatzmannes“ wird in „Ersatzdelegierten“ geändert.

2.

§ 23: Inkrafttreten

Diese Änderungen der Wahlordnung treten am 1. Dezember 1987 in Kraft.

München, den 11. Oktober 1987

gez. Professor Dr. Dr. h. c. Sewering
Präsident der Bayerischen
Landesärztekammer

Der 40. Bayerische Ärztetag hat am 11. Oktober 1987 in München folgende Änderung der Mustersatzung für die Ärztlichen Kreisverbände beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat den Änderungsbeschluß mit Schreiben vom 19. Oktober 1987, Nr. IE 8-5011-10/3/87, genehmigt.

Änderung der Mustersatzung für die Ärztlichen Kreisverbände vom 8. Oktober 1978

(BayÄBl. 1980, Sondernummer Dezember, S. 63 ff.)

1.

Die Mustersatzung für die Ärztlichen Kreisverbände vom 8. Oktober 1978 wird wie folgt geändert:

§ 4 Abs. 1;

Die Worte „ordentlichen und außerordentlichen“ werden ersatzlos gestrichen.

§ 5 Abs. 1:

§ 5 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„(1) Mitglieder des Kreisverbandes sind alle zur Berufsausübung in Bayern berechtigten Ärzte, die

1. in dem in § 1 genannten Bereich ärztlich tätig sind

oder

2. ohne ärztlich tätig zu sein, in dem genannten Bereich ihre Hauptwohnung im Sinne des Melderechts haben.“

§ 5 Abs. 3 Satz 1:

Das Wort „ordentliche“ wird ersatzlos gestrichen.

§ 5 Abs. 3 Satz 2:

„des gewöhnlichen Aufenthaltes“ wird in „der Hauptwohnung“ geändert.

§ 5 Abs. 3 Satz 3:

„seinen gewöhnlichen Aufenthalt“ wird in „seine Hauptwohnung“ geändert.

§ 5 Abs. 4:

§ 5 Abs. 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Mitglieder des Ärztlichen Kreisverbandes, die ihre ärztliche Tätigkeit außerhalb des Geltungsbereichs der Bundesärzteordnung verlegen und dort ihren Hauptwohnsitz 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.“

§ 5 Abs. 5:

§ 5 Abs. 5 wird ersatzlos gestrichen.

§ 6:

§ 6 erhält folgende Fassung:

„Die Mitglieder des Kreisverbandes sind nach Maßgabe der von der Bayerischen Landesärztekammer hierzu erlassenen Verwaltungsvorschriften (Meldeordnung) verpflichtet, sich beim Kreisverband persönlich sowie bei dem für sie zuständigen Gesundheitsamt unter Vorlage der Berechtigungsnachweise zu melden. Außerdem haben die Mitglieder Beginn und Beendigung ihrer Berufsausübung unverzüglich den in Satz 1 genannten Stellen anzuzeigen.

Im Falle der Aufnahme der Berufsausübung ist

1. die Anschrift der Niederlassung oder Beschäftigungsstelle anzugeben

und

2. die Berechtigung zur Ausübung des Berufes und zur Führung der Berufsbezeichnung nachzuweisen.

Anzuzeigen sind auch Änderungen der Niederlassung.“

§ 7 Abs. 2 Satz 1:

Die Worte „ordentlichen und außerordentlichen“ werden ersatzlos gestrichen.

§ 7 Abs. 2 Satz 2:

§ 7 Abs. 2 Satz 2 erhält folgende Fassung: „Als Vorstandsmitglieder der Ärztlichen Kreisverbände und als Delegierte zur Bayerischen Landesärztekammer können alle Mitglieder gewählt werden.“

2.

Die Änderungen der Mustersatzung für die Ärztlichen Kreisverbände treten am 1. Dezember 1987 in Kraft.

München, den 11. Oktober 1987

gez. Professor Dr. Dr. h. c. Sewering
Präsident der Bayerischen
Landesärztekammer

Besetzung des Landesberufsgerichts und der Berufsgerichte München und Nürnberg

Vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz wurden folgende Ärztinnen und Ärzte auf die Dauer von fünf Jahren als ehrenamtliche Richter bei den Berufsgerichten beider Instanzen ernannt:

Landesberufsgericht für die Heilberufe bei dem Bayerischen Obersten Landesgericht:

Dr. Heinrich Buschhüter, Fürth
Dr. Doris Hartl, München
Dr. Karl Haverkamp, München
Dr. Andreas Heilmann, Augsburg
Dr. Helmut Anton Jandl, Fürth
Dr. Karl-Helz Pfeiffer, Forchheim
Dr. Klaus Pürckhauer, Kempten
Dr. Jürgen Rix, Rosenheim
Dr. Siegfried Schuck, Bernhardswald

Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht München:

Dr. Siegfried Appel, Haar
Dr. Günter Buch, Planegg
Dr. Heinrich von Busch, Deggendorf
Dr. Bert-Thomas Lange, Wolfratshausen
Dr. Hermann Ober, Langerringen
Dr. Walter Pohl, Augsburg

Mit Wirkung vom 15. Oktober 1987 wurde Gottfried Kley, Richter am Oberlandesgericht München, auf die Dauer von fünf Jahren zum Stellvertreter des Vorsitzenden des Berufsgerichts für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht München ernannt.

Berufsgericht für die Heilberufe beim Oberlandesgericht Nürnberg:

Dr. Friedrich Besenbeck, Zirndorf
Dr. Michael Breun, Regensburg
Dr. Friedrich Moegen, Würzburg
Dr. Jürgen Schoedel, Erlangen
Dr. Oskar Semmelmayr, Regensburg
Dr. Bernd Suffert, Nürnberg

Das Bayerische Staatsministerium der Justiz hat den Vorsitzenden Richter am Oberlandesgericht Nürnberg Rudolf Koob mit Wirkung vom 1. Januar 1988 auf die Dauer von fünf Jahren zum Vorsitzenden des Berufsgerichts für die Heilberufe bei dem Oberlandesgericht Nürnberg bestellt.



Die Zwillinge-Therapie
bei übermäßiger Gasbildung:
Zwei Substanzen, zwei Kapseln,
zwei Wirkorte.

NEU von DUPHAR

KRAMIK



Die Absorber für Magen und Darm

Zusammensetzung: Kramik besteht aus blauen und roten magensaft-resistenten Kapseln im Verhältnis 1:1. Jede von diesen enthält 45 mg Diocticon-500-Siliciumdioxid im Verhältnis 19:1, ferner 140 mg medizinische Kohle. **Anwendungsgebiete:** Symptomatische Behandlung vermehrter Gasansammlung im Magen-Darm-Trakt mit Vollegefühl, Blähungen und Meteorismus. **Nebenwirkungen:** Bei hoher Dosierung kann man eine dunklere Färbung des Stuhls beobachten. **Dosierung:** 3 x täglich 1 Dosis-Blister à 2 Kapseln (rot u. blau) zu Beginn der Hauptmahlzeiten. **Packungsgrößen und Preise:** Originalpackung mit 21 Dosis-Blister 11,55 DM, 42 Dosis-Blister 19,97 DM, 84 Dosis-Blister 36,23 DM und 50 x 4 Dosis-Blister 99,50 DM. Stand 10/87.

duphar

Duphar Pharma GmbH & Co. KG
Postfach 1605 · 3000 Hannover 1

Erfolg verbindet

duphar

Gastroenterologie

Für den guten Tag Ihrer Ulcus-Patienten.

Einmal leicht reicht.



Nur 40mg täglich. 1x1.

* Lediglich 1 kleine Tablette bei Ulcus duodeni und ventriculi.

- Schnelle und anhaltende Schmerzbefreiung schon innerhalb der ersten Tage.
- Rasche Heilung.
- Bemerkenswert gute Verträglichkeit.
- Bisher keine substanzspezifischen Wechselwirkungen bekannt.
- Höchste spezifische Aktivität. Geringe Substanzbelastung.
- Hochwirksame nächtliche Säurehemmung. Freies Säurespiel am Tag.

Einfach, leicht, patientenfreundlich.

Zusammensetzung: 1 Filmtbl. PEPDUL® enthält 40 mg Famotidin; 1 Filmtbl. PEPDUL® mite enthält 20 mg Famotidin. **Anwendungsgebiete:** Folgende Erkrankungen, bei denen eine Verminderung der Magensäuresekretion angezeigt ist: ulcera duodeni, benigna ulcera ventriculi, Zollinger-Ellison-Syndrom. – PEPDUL® mite außerdem zur Rezidivprophylaxe von ulcera duodeni. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Famotidin. Während Schwangerschaft und Stillzeit sowie bei Kindern nur nach strengster Indikationsstellung. – **Hinweise:** Eine eventuelle Bösartigkeit von Magengeschwüren sollte vor Behandlung ausgeschlossen werden. – Zur Therapie geringfügiger Magen-Darm-Beschwerden (z. B. nervöser Magen) ist PEPDUL®/PEPDUL® mite nicht angezeigt. – Vorsicht bei Patienten mit eingeschränkter Leber- oder Nierenfunktion; bei letzteren Reduzierung der Tagesdosis (s. Dosierung). **Nebenwirkungen:** Selten Durchfall, Kopfschmerzen, Müdigkeit. Äußerst selten Verstopfung, Mundtrockenheit, Übelkeit, Erbrechen, Hautausschlag, Magen-Darm-Beschwerden, Blähungen, Appetitlosigkeit. – Aufgrund der pharmakologischen Ähnlichkeit von Famotidin mit anderen gleichartig wirkenden Arzneimitteln ist die Möglichkeit nicht auszuschließen, daß Nebenwirkungen auftreten können, wie sie unter der Einnahme von Arzneimitteln dieser Wirkstoffklasse in Einzelfällen berichtet wurden: Desorientiertheit, Impotenz, Muskelkrämpfe, Störungen der Regelblutung, Brustspannung, Haarausfall und Erhöhung von Laborwerten (Transaminasen, γ -GT, alkalische Phosphatase, Harnstoff) sowie eine Verminderung der weißen Blutkörperchen. **Dosierungsanleitung/Dauer der Anwendung:** Bei ulcera duodeni und ventriculi täglich 1 Filmtbl. PEPDUL® (od. 2 Filmtbl. PEPDUL® mite) jeweils vor dem Schlafengehen über

pepdul®

Der H₂-Antagonist Famotidin.

maximal 8 Wochen; Verkürzung der Therapiedauer bei endoskopischem Nachweis einer Geschwürsheilung. – Zur Rezidivprophylaxe von ulcera duodeni täglich 1 Filmtbl. PEPDUL® mite vor dem Schlafengehen. – Bei Zollinger-Ellison-Syndrom initial 1 Filmtbl. PEPDUL® mite alle 6 Stunden; Anpassung der Dosierung nach dem Ausmaß der Säurehypersekretion und dem klinischen Ansprechen des Patienten. Bei Vorbehandlung mit anderen H₂-Antagonisten Anfangsdosierung abhängig von Schwere des Krankheitsbildes und zuletzt eingenommener Dosierung der Vormedikation. – Bei Kreatinin-Clearance < 30 ml/min bzw. Serum-Kreatinin > 3,0 mg/100 ml Reduzierung der Tagesdosis von 40 auf 20 mg Famotidin. **Wechselwirkungen:** Bisher keine substanzspezifischen Interaktionen bekannt. – **Hinweis:** Bei gleichzeitiger Anwendung pH-abhängig resorbierter Substanzen ist für Ketoconazol dessen verminderte Resorption zu beachten. **Packungsgrößen/Preise:** PEPDUL®: 10/20(N1)/50(N2) Filmtbl. DM 64,-/122,-/295,-; Anstaltspackungen. – PEPDUL® mite: 20(N1)/50(N2)/100(N3) Filmtbl. DM 66,05/154,90/300,-; Anstaltspackungen. – Auch zur intravenösen Verabreichung erhältlich (PEPDUL® i.v.). 4-BB-PCD-B7-D-030e-J Stand: 7/87

Weitere Einzelheiten enthalten die wissenschaftliche Broschüre und die Gebrauchsinformationen, deren aufmerksame Durchsicht wir empfehlen.

FROSST PHARMA GMBH
8000 München B3

FROSST EIN UNTERNEHMEN
PHARMA DER MSD-GRUPPE

Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

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.

Oberbayern

Moosburg, Lkr. Freising:
1 HNO-Arzt

Landkreis Neuburg-Schrobenhausen:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberbayern der KVB, Eisenheimerstraße 39, 8000 München 21, Telefon (0 89) 57 09 30.

Oberfranken

Bamberg:
1 Anästhesist

Lichtenfels:
1 Augenarzt

Hof/Saale:
1 Hautarzt

Kronach:
1 Internist

Staffelstein, Lkr. Lichtenfels:
1 Internist
(Praxisübernahmefähigkeit)

Hof/Saale:
1 Kinderarzt
(Praxisübernahmefähigkeit)

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

Mittelfranken

Landkreis Ansbach:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Landkreis Erlangen-Höchstadt:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Gemeinschaftspraxis/Praxisgemeinschaft)

Fürth:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:
2 Allgemein-/praktische Ärzte
(Praxisübernahmefähigkeiten)

Landkreis Nürnberger Land:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Gemeinschaftspraxis)

Gunzenhausen:
1 Chirurg

Nürnberg:
1 Chirurg
(Praxisübernahmefähigkeit)

Nürnberg:
2 Frauenärzte
(Praxisübernahmefähigkeiten)

Landkreis Ansbach:
1 Internist

Landkreis Fürth:
1 Internist
(Praxisgemeinschaft)

Nürnberg:
1 Internist
(Praxisgemeinschaft)

Landkreis Nürnberger Land:
1 Internist
(Gemeinschaftspraxis)

Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen:
1 Internist
(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:
1 Nervenarzt
(Praxisübernahmefähigkeit)
1 Nervenarzt
(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:
1 Orthopäde
(Praxisübernahmefähigkeit)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 46 27-412 (Frau Gresens / Herr Hubatschek).

Unterfranken

Obernburg-Eisenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Niedernberg, Lkr. Miltenberg:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Bischofsheim-Schöna, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Oberaurach, Lkr. Haßberge:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Erlenbach/Klingenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Amorbach, Lkr. Miltenberg:
1 Augenarzt

Ebern/Eltmann-Ebelsbach/Haßfurt, Lkr. Haßberge:
2 Augenärzte

Gerolzhofen, Lkr. Schweinfurt:
1 Augenarzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:
1 HNO-Arzt

Karlstadt/Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 HNO-Arzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 HNO-Arzt

Bad Neustadt/Bad Königshofen, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 HNO-Arzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Hautarzt

Karlstadt/Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 Hautarzt

Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 Internist

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:
1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Erlenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Planungsbereich Kitzingen, Lkr. Kitzingen:
1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307-0.

Oberpfalz

Sulzbach-Rosenberg, Lkr. Amberg-Sulzbach:
1 Augenerzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:
1 Augenarzt

Weldmünchen, Lkr. Cham:
1 Frauenarzt

Landkreis Cham:
2 HNO-Ärzte

Landkreis Schwandorf:
1 HNO-Arzt

Landkreis Tirschenreuth:
1 HNO-Arzt

Landkreis Cham:
1 Hautarzt

Landkreis Tirschenreuth:
1 Hautarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Internist

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Landkreis Schwandorf:
1 Nervenarzt

Landkreis Tirschenreuth:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 3782-0.

Niederbayern

Furth, Lkr. Landshut:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Augenerzt

Rottenburg a. d. Laaber, Lkr. Landshut:
1 Augenarzt

Hauzenberg, Lkr. Passau:
1 Augenarzt

Mallersdorf/Pfaffenberg, Lkr. Straubing-Bogen:
1 Augenarzt

Rottenburg a. d. Laaber, Lkr. Landshut:
1 Kinderarzt

Waldkirchen, Lkr. Freyung-Greifeneck:
1 Kinderarzt

Pocking, Lkr. Passau:
1 Kinderarzt
(Praxisübernahme)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lillenstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (09 41) 2 30 61.

Schwaben

Dillingen, Lkr. Dillingen:
1 Hautarzt

Marktobersdorf, Lkr. Ostallgäu:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 32 56-0.

Krankenversicherungsreform

Die Bonner Koalition kann ihren Zeitplan für die Reform der gesetzlichen Krankenversicherung nicht einhalten. Die Verhandlungen in der kleinen Arbeitsgruppe der Sozialpolitiker der Koalitionsparteien haben sich lange hingezogen. Der „Elefantenrunde“, in der die drei Parteivorsitzenden vertreten sind, liegt ein entscheidungsreifes Konzept noch nicht vor. Nun werden Spitzenpolitiker wie Mischnick und Lambsdorff (F.D.P.), Waigel und Stolber (CSU) sowie Stoltenberg und Schäuble (CDU) hinzugezogen. Bis zum Jahresende wird es einen Reformgesetzentwurf, wie angekündigt, nicht mehr geben können.

Zu bedeutsamen Fragen gehen die Ansichten innerhalb der Koalition noch weit auseinander. Und auch die „Elefanten“ nicht allen Elementen des Gesamtpakets zugestimmt haben, hängen auch jene Teilstücke in der Luft, für die bereits Kompromißformeln gefunden worden sind. Insofern eilen alle Berichte, in denen schon von Einigung gesprochen wird, den Tatsachen weit voraus. Besonders schwierig fällt es den Akteuren, sich über jene Vorschläge zu verständigen, die die Organisationsstruktur der Krankenversicherung berühren, die auf eine gesetzliche Bindung von Preisen und Honoraren hinauslaufen, die des Krankenhauswesens betreffen oder die zu Mehrausgaben führen und die damit den Erfolg von Sparmaßnahmen zunichte machen könnten. Das letztere gilt zum Beispiel für die Absicht, der Krankenversicherung zusätzliche Aufgaben bei der Absicherung des Pflegefallrisikos zu übertragen. Stoltenberg wird dafür jedenfalls nicht ins finanzielle Obligo zu bringen sein. Auch sind die Chancen gering, die versicherungsfremden Leistungen auf den Haushalt des Bundes zu überwälzen. Der Finanzminister sitzt ohnehin in der Klemme; einen finanziellen Spielraum für Kompromisse zu seinen Lasten gibt es nicht mehr. Wenn er mit zusätzlichen Ausgaben belastet wird, so wird dies nur noch über eine Erhöhung der Verbrauchsteuern abzudecken sein, womit im nächsten Jahr zu rechnen ist. Auf der Liste stehen vor allem die Mineralöl- und die Tabaksteuer.

Bei der Union verlangt man nach einem „Solidarbeitrag“ der Pharmaindustrie. Auch Blüm macht sich dafür stark, entweder die Arzneimittelpreise durch Gesetz um wenigstens fünf Prozent zu senken oder eben die Unternehmen zu verpflichten, den Kassen Sonderrabatte von wenigstens fünf Prozent zu gewähren. De-

mit bewegt sich Blüm auf Ehrenbergs Spuren, der schon 1981 den Zahn Technikern eine Kürzung ihrer Vergütungen um fünf Prozent zugemutet hatte. Blüm verkündet zwar immer wieder, daß er den Wettbewerb und damit auch den Preiswettbewerb am Pharmamarkt fördern wolle. Nun möchte er die Preise festschreiben, obwohl damit allenfalls kurzfristig Erfolge zu erzielen wären. Preise sollten nicht administriert, sondern dem Wettbewerb ausgesetzt werden. Wird vom marktwirtschaftlichen Kurs abgewichen, so werden früher oder später weitergehende Interventionen folgen. Wer Pharmapreise festlegt, wird sich am Ende auch nicht scheuen, andere Preise und Vergütungen gesetzlich zu binden. Das sollte jeder bedenken, der jetzt mit Schadenfreude auf die Pharmaindustrie schaut.

Nun ist zu erwarten, daß sich die F.D.P. als stark genug erweist, solche Überlegungen vom Tisch zu bringen. Aber sie wird dafür an anderen Stellen nachgeben müssen. So ist für den Pharmamarkt mit Raffinement ein Konzept entwickelt worden, das geeignet erscheint, bislang gegensätzliche Interessen und Vorstellungen zu überbrücken. Es soll hier kurz skizziert werden: Die Verbände der Krankenkassen werden ermächtigt, für Arzneimittel einen „unteren Abgabepreis“ festzulegen. Das soll eigentlich nicht der Preis des billigsten Medikaments einer Wirkstoffgruppe sein; immerhin soll er im unteren Drittel der Preisskala angesiedelt werden. Diesen Preis trägt die Kasse voll. Entscheidet sich der Patient oder der verschreibende Arzt für ein teureres Medikament, so würde der Patient mit der Preisdifferenz zum „unteren Abgabepreis“ belastet. Solange ein unterer Abgabepreis nicht bestimmt wird, gilt eine Selbstbeteiligung von 20 Prozent bis höchstens 10 DM.

Die Wirkung dieses Modells läßt sich an einem Beispiel zeigen: Wird ein Generikum zu 20 DM angeboten, das dem unteren Abgabepreis entspricht, so hätte die Kasse diesen Preis zu zahlen. Wird das Originalpräparat zu 28 DM angeboten, so hätte der Patient zusätzlich 8 DM zu übernehmen. Die Vorteile dieses Modells liegen auf der Hand: Der Versicherte erhält ohne jede Zusatzbelastung das notwendige Medikament. Soziale Härteklausele sind überflüssig. Wer teureren Medikamenten den Vorzug gibt, hat dafür eben zu zahlen. Der Versicherte wird preisbewußt gemacht. Vor allem die Originalpräparate geraten unter Preisdruck.

Die Nachteile dieses Modells sind dagegen nicht sogleich zu erkennen: Die Kasserverbände erhalten die Möglichkeit, recht willkürlich Merkmalsdaten zu setzen und zu verändern. Ihnen bleibt es überlassen, zu definieren, was als eine notwendige Leistung anzusehen ist. Der Preis des Medikaments wird wichtiger als dessen Qualität. Investitionen in Forschung und Innovationen sind daher längerfristig nicht mehr kalkulierbar; dies wird die Neuentwicklung von Medikamenten behindern, und die Arzneimittelforschung könnte ins Ausland abwandern. Entspricht der untere Abgabepreis nicht dem preisgünstigsten Medikament, so könnten die Billig-Anbieter veranlaßt werden, ihre Preise anzuheben. Zu fragen bleibt auch, wer die Bioverfügbarkeit der Generika prüft und gewährleistet. Inwieweit die Ärzte von diesen Plänen betroffen werden, hängt auch davon ab, ob sie es dem Apotheker überlassen können und wollen, das Medikament auszuwählen. Wer aber übernimmt dann die Verantwortung und Haftung für die Auswahl des Arzneimittels? Besser wäre es da wohl, die Versicherten und ihre Ärzte durch eine allgemeine prozentuale Selbstbeteiligung preisbewußter zu machen.

Noch schwieriger ist es offensichtlich, die Organisationsstruktur der Kassen zu ändern. Da wird auf der einen Seite das „Wahlmodell“, auf der anderen Seite das „Solidarmodell“ propagiert. Die Ersatzkassen wünschen, daß alles so bleibt wie bisher, und die Ortskrankenkassen plädieren für die Regionalisierung aller Kassen. Wenn einem Versicherten die Wahl eingeräumt würde, sich ihre Kasse frei zu wählen, so könnte dies viele Ortskrankenkassen wegen der Konzentration der schlechten Risiken in ihrer Existenz bedrohen. Das Wahlmodell wäre wohl nur mit einem weitreichenden Finanzausgleich zu realisieren. Aber was hätte es für einen Sinn, die Kassen dem Wettbewerb auszusetzen, wenn dessen Ergebnisse über den Finanzausgleich wieder aufgehoben würden? Nach dem Solidarmodell sollten alle Pflichtversicherten den gesetzlichen Kassen, also den Orts-, Innungs- und Betriebskrankenkassen, angehören; den freiwillig Versicherten würde freigestellt, zu den Ersatzkassen oder der Privatversicherung zu wechseln. Dies müßte den Ersatzkassen den Nachwuchs abschneiden und sie damit in ihrer Existenz gefährden. Eher wäre es da schon möglich, die großen Ersatzkassen regional zu organisieren; aber auch das stößt auf erbitterten Widerstand. So wird am Ende wohl nicht viel verändert werden. Die Koalition wird vorsichtig, wenn die Interessen der starken Gruppen berührt werden. Minderheiten haben es schwerer, sich zu behaupten. *bonn-mot*

Sorgenkind Alpen

Naturkatastrophen, wie sie sich in diesem Sommer im italienischen Veltlin ereignet haben und bei denen ganze Dörfer von Geröll und Schlamm verschüttet wurden, sind nach Ansicht der Staatsregierung im bayerischen Alpenraum nicht wahrscheinlich. Der Deutsche Alpenverein hat zwar auf sogenannten Katastrophenkarten Szenarien erarbeitet, die unter extremen Bedingungen solche Ereignisse annehmen, doch sind sie nach Ansicht von Umweltminister Alfred Dick aufgrund einer gezielten Vorsorgepolitik zur Erhaltung und Sicherung des sensiblen Ökosystems Alpen in Bayern wenig realistisch. Die Szenarien des Alpenvereins unterstellten in extremer Weise weitreichende Auflichtungen oder gar einen vollständigen Waldverlust ohne Sekundärbewuchs und stellten so eine äußerst extreme Annahme dar, erklärte der Umweltminister im Landtag, als er zwei Interpellationen von CSU und SPD zur Lage des bayerischen Alpenraums beantwortete.

In seiner 129 Seiten umfassenden Antwort betonte Alfred Dick, daß die Staatsregierung die Gefahren verfolgen, die aus den sozialen und ökonomischen Veränderungen der letzten Jahrzehnte erwachsen sind und ihnen umweltgerecht, ökonomisch und siedlungsstrukturell entgegensteuere. Über sein eigenes Staatsgebiet hinaus – das zu acht Prozent der Fläche und zu vier Prozent der Bevölkerung Alpenraum umfasse – versuche der Freistaat, „auch Einfluß zu nehmen auf die Entwicklung im Gesamttraum“. Dick verwies auf die seit langem praktizierte Zusammenarbeit mit den alpenländischen Nachbarn. Als bisher wesentliches Ergebnis könne die Ausarbeitung eines gemeinsamen Leitbildes für die Entwicklung und Sicherung des Alpenraums durch die Arbeitsgemeinschaft der Alpenländer im Jahre 1981 angesehen werden.

Auf Bayern eingehend, verwies der Minister auf die Programme der Staatsregierung mit landschaftspflegerischen, waldbaulichen almpflegerischen und den Erholungsverkehr lenkenden Maßnahmen, ferner auf gezielte Artenhilfsprogramme und nicht zuletzt auf die Bemühungen zur Existenzsicherung der Bergbauernhöfe. Alle diese mit erheblichem finanziellem Aufwand unternommenen Anstrengungen seien geeignet, das natürliche Gefahrenpotential für die Alpen zu vermindern. So seien zum Beispiel mit knapp einer Milliarde DM Wildbäche gesichert, Lichtflächen aufgeforstet, vergreiste Bergwälder verjüngt, andere Waldbestände „umgebaut“, Almen und Hangweideflächen verbessert sowie Waldnutzungsrechte abgelöst und „Wundhänge“ sowie erodierte Flächen begrünt worden. Die Bemühungen, erosionsgefährdete und geschädigte Flächen so lange zu sanieren, bis „naturnahe, standortgerechte Pflanzengesellschaften“ den Boden wieder selbst gegen Humusschwund, Wassererosion und Rutschungen zu schützen vermögen, würden konsequent fortgesetzt. Die Arbeiten am Lawinenkataster der bayerischen Alpen sollen nächstes Jahr abgeschlossen werden.

Die notwendige weitere Entwicklung des Alpenraums, insbesondere im Bereich des Siedlungswesens, der Verkehrserschließung und des Tourismus – Dick nannte die Zahl von jährlich rund vier Millionen Urlaubsgästen – dürfe nicht dazu verleiten, die Errungenschaften des technischen Fortschritts wegen „die vorgegebenen Grenzen zu überschreiten“. Dies gelte auch deshalb, weil noch nicht hinreichend geklärt sei, welche kumulativen Wirkungen zwischen den einzelnen Nutzungsarten bestehen. Entscheidende Voraussetzungen für eine entsprechende Politik sah Dick im bayerischen Landesentwicklungsprogramm. Grenzübergreifend bekundete der Minister Bayerns

Bereitschaft, seine Erfahrungen in die erwogene Konvention zum Schutz des Alpenraums einzubringen. Die Staatsregierung habe bereits unverbindliche Vorgespräche mit der Internationalen Alpenschutzkommission (CIRPA) geführt. Als nächster größerer Schritt sei beabsichtigt, den alpinen Nachbarländern den Aufbau eines grenzüberschreitenden Umweltmonitor-Ringsystems, das auch Satellitenbilder einbezieht, vorzuschlagen. Abschließend erklärte der Umweltminister, man werde neuen Herausforderungen mit neuen Ideen, geeigneten Planungen und wirksamen Maßnahmen rechtzeitig begegnen.

Im Gegensatz zu CSU und SPD, die beide die Ministerantwort auf die Interpellationen positiv bewerteten, äußerten die Grünen im Landtag ihre Unzufriedenheit. So fragte deren Abgeordnete Ruth Paulig, warum die Katastrophenkarten des Alpenvereins heruntergespielt würden. Die Aufforstung durch Fichtenmonokulturen sei kein geeigneter Weg, um die Schutzfunktion der Bergwälder zu sichern. Verbauungen seien mit Hölzern vorgenommen worden, die wegen ihrer Giftstoffimprägnierung irgendwann zu Schäden führten. Sie beklagte, daß im Nationalpark Berchtesgaden militärische Infrastrukturmaßnahmen verwirklicht worden seien. Die von der Staatsregierung offensichtlich geförderte Steigerung des Fremdenverkehrs sei kritisch zu hinterfragen. Schon jetzt gebe es Gemeinden im Gebirge, in denen auf 100 Einwohner bis zu 6000 Übernachtungen pro Jahr kämen. In diesem Zusammenhang warnte Frau Paulig vor den Gefahren einer Überfremdung, der die ständigen Bewohner solcher Orte ausgesetzt seien. Sie zitierte auch aus Untersuchungen Wiener und Innsbrucker Professoren, wonach der Wasserabfluß auf Skipisten sechsmal so hoch sei wie normal. Davon stehe in der Antwort des Ministers kein Wort. Beklagt wurde auch die zunehmende schreckliche Bebauung der Gebirgstäler, die mit dem Fremdenverkehr einhergehe. Die Kritik der Grünen wies der Umweltminister mit den Worten zurück, die Landtagsberatung habe ein Bündel von Informationen, die so im ganzen Alpenraum nicht zu bekommen seien, erbracht, doch auf praktikable Vorschläge warte er vergebens. Dagegen sei in seinem Haus unglaublich viel gearbeitet worden.

Michael Gscheidle

Kongresse

Klinische Fortbildung in Bayern 1987/88

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

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

Bayerische Landesärztekammer, Fräulein Wolf, Mühlbauersstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 288

AIDS

**15. Dezember 1987 und 12. Januar 1988
in München**

Mex-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Universität München (Vorstand: Professor Dr. F. Deinhardt)

Leitung: Professor Dr. F. Deinhardt, Dr. J. Eberle

„AIDS – Perspektiven 1987/88“
Seminarreihe über Virologie, Epidemiologie, Pathogenese, Klinik, Therapie und Verhütungsmaßnahmen sowie deren rechtliche und psychosoziale Grundlagen und Auswirkungen

Beginn: jeweils 17 Uhr c. t.

Ort: Hörsaal (3. Etage) im Mex-von-Pettenkofer-Institut, Pettenkoferstraße 9 a, München 2

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. F. Deinhardt, Pettenkoferstraße 9 a, 8000 München 2, Telefon (0 89) 53 93 21

Anästhesiologie

22. bis 24. Januar in Erlangen

Institut für Anästhesiologie der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. E. Rügheimer)

„Einführungskurs – Medizintechnik und Gerätekunde“

Thema: Theoretische Grundlagen, Demonstrationen und praktische Übungen an Narkose- und Beatmungsgeräten (ausführlicher Grundkurs)

Teilnehmergebühr: DM 375,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr.-Ing. A. Obermayer, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-27 31 oder 37 97

Augenheilkunde

**16. Dezember 1987 und 13. Januar 1988
in München**

Augenklinik und -poliklinik der Technischen Universität München in Klinikum

rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H.-J. Merté)

16. Dezember

Morphologische Grundlagen der Fluoreszenzangiographie

13. Januar

Postoperative Komplikationen nach Linsenimplantation und deren Beherrschung

Zeit: jeweils 16 bis 18 Uhr (einschließlich klinischer Demonstrationen)

Ort: Seminarraum, 4. Stock, Klinikum rechts der Isar, Trogerstraße 32, München 80

Auskunft:

Seherschule, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 43

Chirurgie

30. Januar in Altötting

Kreiskrankenhaus Alt-/Neuötting, Chirurgische Abteilung (Cheferzt: Professor Dr. H. Bauer)

Themen: Langzeittherapie bei chronischen gastroenterologischen Erkrankungen – Chirurgische Alternativen (Refluxösophagitis – Gastroduodenalulcus – Chronische Pancreatitis – Entzündliche Dermaterkrankungen – Rundtischgespräch)

Zeit: 9 Uhr s. t. bis 13.15 Uhr

Ort: Aula der Staatlichen Realschule, Justus-von-Liebig-Straße, Altötting

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. H. Bauer, Vinzenz-von-Paul-Straße 10, 8262 Altötting, Telefon (0 86 71) 5 09-2 11

Frauenheilkunde

19. Dezember in München

Tumorzentrum München, Projektgruppe „Ovarial-Karzinom“ (Projektgruppenleiter: Professor Dr. R. Schröck)

„Vorstellung des neuen Manuals mit wissenschaftlichen Vorträgen“

Themen: Immunhistochemie, Immunzytographie, Tumormarker, TNM-Klassifikation und Grading – Operative Techniken – Operative Radikalität –

Dezember 1987

12. Nerven - München
15. AIDS - München
18. Augen - München
19. Frauen - München
19. Innere - München

Januar 1988

12. AIDS - München
13. Augen - München
16. Rheumatologie - München
22./23. Sonographie - München
22.-24. Anästhesiologie - Erlangen
22.-24. HNO - München
23. Heut - Erlangen
23. Radiologie - München
29./30. Sonographie - München
29.-31. Innere - Bad Neustadt
30. Chirurgie - Altötting
30. Gastroenterologie - Würzburg
30. Rheumatologie - Bad Abbach und Bayreuth
30. Urologie - Ingolstadt

Februar 1988

6. Frauen - München
6. Heut - München
6. Kinder - Würzburg

Multimodale Therapie – Systemische und regionale Chemotherapie – Radiologische Therapie – Nachsorgeprogramme

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Hörsaal A im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Auskunft:

Professor Dr. R. Schröck, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-24 42

8. Februar in München

Frauenklinik der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. H. Hepp)

„Samstags-Seminar“

Themen: Kontrazeption und aktuelle Probleme der Geburtshilfe; Mehrlingschwangerschaften – Organisation und Klinik

Beginn: 10 Uhr c. t.

Ort: Hörsaal im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, München 70

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. P. Scheidel, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-45 40

Gastroenterologie

30. Januar in Würzburg

Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. K. Wilms)

Leitung: Privatdozent Dr. J. Mössner

„3. Gastroenterologisches Seminar“

Thema: Motilitätsstörungen im Gastrointestinaltrakt (Motilitätsstörungen des Ösophagus: diagnostischer Stellenwert der Ösophagusmenometrie – Die Refluxösophagitis: klinisches Bild und therapeutische Möglichkeiten – Nuklearmedizinische Möglichkeiten in der Diagnostik von Motilitätsstörungen des Gastrointestinaltraktes – Posterausstellung, gastroenterologisches Quiz, Videofilm ausgewählter endoskopischer Fälle – Gallenblasen- und Gallenwegsdyskinesien – Des irritable Colon: hat die Ernährung eine Bedeutung hinsichtlich Pathogenese und Therapie? – Möglichkeiten der medikamentösen Therapie funktioneller Motilitätsstörungen)

Zeit: 9 bis 12.30 Uhr

Ort: Hörsaal der Medizinischen Poliklinik, Klinikstraße 8, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Poliklinik, Frau Meiberger, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 31-434

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

22. bis 24. Januar in München

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. W. Schwab)
Leitung: Professor Dr. W. Schwab, Dr. G. Bienles, Professor Dr. K. F. Hemann

„Kurs der Diagnostik mit akustisch evozierten Potentialen“

Ort: Hörsaal C im Klinikum rechts der Isar, Ismeninger Straße 22, München 80

Teilnehmergebühr: DM 300,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Frau Richter, Ismeninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 86

Haut- und Geschlechtskrankheiten

23. Januar in Erlangen

Dermatologische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. O. P. Hornstein)

Thema: Konservetive bzw. nicht-invasive Therapie bei Beinvenenleiden

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Hörsaal und Kursräume der Dermatologischen Universitätsklinik, Hertmannstraße 14, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Kongresssekretariat, Professor Dr. O. P. Hornstein, Hartmannstraße 14, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-31 60

6. Februar in München

Dermatologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. Dr. S. Borelli)
„Phlebologische Fortbildungsveranstaltung mit Seminaren“

Zeit: 9 bis 14 Uhr

Ort: Hörsaal 608, Dermatologische Klinik, Biedersteiner Straße 29, München 40
Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Frau Diplombetriebswirtin Welker, Dermatologische Klinik, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40, Telefon (0 89) 38 49-32 05

Innere Medizin

19. Dezember in München

Institut für Anästhesiologie der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. K. Peter)

„2. Tagung des Münchner Collegiums Therapieforschung“

Thema: Molekularbiologie, Pathogenese sowie Therapie von Viruskrankheiten

Zeit: 9 bis 17.30 Uhr

Ort: Hörsaal 3 und 4 im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft:

Institut für Anästhesiologie, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-45 50 oder 45 51

Anmeldung:

MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH, Irnerstraße 4-6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 20 92 82

29. bis 31. Januar in Bad Neustadt

Kurparkklinik Bad Neustadt (Ärztlicher Leiter: Professor Dr. Dr. F. Matzkles)

„17. Ernährungsmedizinisches Seminar“
Themen: Grundlagen der Ernährungslehre – Angewandte Ernährungslehre – Praxis der Diätetik

Beginn: Freitag, 19 Uhr; Ende: Sonntag, ca. 13 Uhr

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Kurparkklinik, Frau Peschke, Kurheustraße 31, 8740 Bad Neustadt, Telefon (0 97 71) 91 70

Kinderheilkunde

6. Februar in Würzburg

Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. H. Bertels)

Leitung: Professor Dr. K. Kruse

„Würzburger Pädiatrisches Seminar“

Zeit: 9 bis ca. 13 Uhr

Ort: Hörsaal der Kinderklinik, Josef-Schneider-Straße 2, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. H. Bertels, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 2 01-37 01

Nervenheilkunde

12. Dezember in München

Neurologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. A. Struppler)

„Klinisch-neurophysiologisches Fortbildungseminar mit praktischen Übungen“

Zeit: 9 bis ca. 16 Uhr

Ort: Neurologische Klinik, Möhlstraße 30, München 80

Teilnehmergebühr: DM 80,- (in diesem Betrag ist ein Manual mit Anleitungen zur Elektrodiagnostik sowie das Mittagessen enthalten)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. R. Dengler, Möhlstraße 28, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-46 64, falls nicht besetzt 41 40-46 07 oder 46 01

Radiologie

23. Januar in München

Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. P. Gerherdt)

„Qualitätssicherung und Qualitätskontrolle – Neue gesetzliche Bestimmungen für die Röntgendiagnostik“

Themen: Neue Aspekte der Röntgenverordnung – Qualitätssicherung von Röntgeneinrichtungen – Kontrolle der Röntgeneinrichtungen – Erfahrungsberichte bei den technischen Abnahmeprüfungen – Film-Folien-Kombinationen – Konstanzprüfung der Filmverarbeitung im Rahmen der Qualitätssicherung – Ärztliche Richtlinien bei der Qualitätskontrolle – Qualitätskontrolle in der Thoraxdiagnostik, Knochendiagnostik und bei Schnittbildverfahren

Beginn: 9 Uhr c. t.

Ort: Hörsaal A im Klinikum rechts der Isar, Eingang Einsteinstraße, München 80

Auskunft:

Frau I. te Breke, Ismeninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-26 39

Rheumatologie

30. Januar in Bad Abbach

Rheumazentrum Bad Abbach, I. Medizinische Klinik (Chefarzt: Privatdozent Dr. H. Menninger) gemeinsam mit der II. Medizinischen Klinik (Chefarzt: Professor Dr. H. Müller-Faßbender)

„3. Bad Abbacher Winter-Symposion“

Thema: Weichteilrheumatismus (Muskel- und Sehnen-Syndrome: diagnostische und therapeutische Probleme mit Fallvorstellungen)

Zeit: 9 bis 13.30 Uhr

Ort: Kurhaus, Kaiser-Karl-V.-Allee, Bad Abbach

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der I. Medizinischen Klinik des Rheumazentrums, 8403 Bad Abbach, Telefon (0 94 05) 18-2 20

30. Januar in Bayreuth

Klinik Herzoghöhe Bayreuth (Chefarzt: Professor Dr. G. L. Bach)

„3. Winter-Symposion Rheumatologie – Lupus erythematodes“

Themen: Äußere Aspekte des Lupus erythematodes – Organbeteiligung beim Lupus erythematodes (Lunge, Herz, Niere, Gastrointestinaltrakt) – Immunologische Diagnostik des Lupus erythematodes – Wirkungen und Nebenwirkungen der nicht-steroidalen Antirheumatika – Therapie des Lupus erythematodes – Diskussion

Zeit: 9.15 bis 12.30 Uhr

Ort: Klinik Herzoghöhe, Kulmbacher Straße 103, Bayreuth

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. G. L. Bach, Kulmbacher Straße 103, 8580 Bayreuth, Telefon (09 21) 4 02-2 13

16. Januar in München

Medizinische Poliklinik der Universität München (Vorstand: Professor Dr. N. Zöllner)

Leitung: Professor Dr. R. Klüßmann

„IV. Symposion der Psychosomatischen Beratungstelle – Psychosomatische Medizin im interdisziplinären Gespräch“

Thema: Der Schmerz- und Rheumakranke (Psychosomatische Überlegungen und Untersuchungen zum Schmerz- und Rheumakranken – Psychologische Schmerzforschung: Diagnostik und Therapie – Diagnostik der entzündlichen Gelenkkrankheiten – Die chronische Polyarthrites aus psychosomatischer Sicht unter besonderer Berücksichtigung epidemiologischer und soziologischer Zusammenhänge – Probleme der orthopädisch-rheumatologischen Ambu-

lenz unter besonderer Berücksichtigung des Weichteilrheumatismus – Psychosomatik des Weichteilrheumatismus, insbesondere der Fibromyalgie – Die Integration der Psycho-Rheumatologie in die allgemein- und gebietsärztliche Praxis – Psychotherapie des Schmerz- und Rheumakranken)

Zeit: 9 bis 16.30 Uhr

Ort: Hörsaal der Medizinischen Poliklinik, Pettenkoferstraße 8 a, München 2
Teilnehmergebühr: DM 20,-; für Studenten mit Ausweis DM 15,-

Auskunft:

Professor Dr. R. Klüßmann, Pettenkoferstraße 8 a, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-35 97

Sonographie

22./23. und 29./30. Januar in München

Städtisches Krankenhaus München-Harlaching, III. Medizinische Abteilung (Chefarzt: Dr. R. Lindlbauer)

Leitung: Dr. W. Scheinpflug

22./23. Januar

„8. Echokardiographie-Seminar“

29./30. Januar

„9. Echokardiographie-Seminar“

Thema (jeweils): Einführung in die Echokardiographie (M-Mode und Sektor) mit praktischen Übungen

Zeit: Freitag, jeweils 8.30 bis ca. 18 Uhr; Samstag, jeweils 8.30 bis ca. 13 Uhr

Ort: Städtisches Krankenhaus München-Harlaching, Sanatoriumsplatz 2, München 90

Teilnehmergebühr: jeweils DM 120,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der III. Medizinischen Abteilung, Sanatoriumsplatz 2, 8000 München 90, Telefon (0 89) 62 10-3 89

Urologie

30. Januar in Ingolstadt

Medizinisches Forum Ingolstadt in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Urologenvereinigung

Leitung: Privatdozent Dr. E. Hertel

Thema: Operativ-gesetzte Läsionen der ableitenden Harnwege und der Nachbarorgane

Beginn: 9 Uhr c. t.

Ort: Klinikum Ingolstadt, Krumenauerstraße 25, Ingolstadt

Auskunft und Anmeldung:

Klinikum Ingolstadt, Frau Mahr, Krumenauerstraße 25, 8070 Ingolstadt, Telefon (08 41) 8 80-26 51

Allgemeine Fortbildung

Veranstaltung der interdisziplinären STD-Studiengruppe Würzburg am 19. Dezember 1987 in Würzburg

Leitung: Professor Dr. A. A. Hertmann, Professor Dr. E. Richter, beide Würzburg
Thema: Klinische Probleme der HIV-Infektion

Zeit und Ort: 9 bis 13 Uhr – Maritim-Kongresszentrum, Würzburg

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. A. A. Hartmann, Dermatologische Klinik der Universität Würzburg, Josef-Schnelder-Straße 2, 8700 Würzburg (schriftliche Anmeldung erbeten)

5. Erlanger Neuroendokrinologie-Tag am 30. Januar 1988

Leitung: Professor Dr. O. P. Hornstein, Erlangen

Thema: Hypothalamisch-hypophysärer (sekundärer) Hypogonadismus: Ursachen, Erkennung, Behandlung

Beginn: 9 Uhr – Ende: ca. 15 Uhr

Ort: Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, Erlangen

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. Hornstein, Dermatologische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Hartmannstraße 14, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-36 62

Fortbildungskurs für Röntgenheifer/innen

vom 7. bis 18. März 1988 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. W. Rödl, Erlangen

Teilnahmevoraussetzung:

Tätigkeit im Röntgenbereich

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-281

Sportmedizinische Fortbildungsveranstaltungen

Die Gesamtübersicht der Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes für das Jahr 1988 (auch der für die Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ anerkannten) kann gegen Einsendung eines adressierten und mit DM 0,80 frankierten Briefumschlages angefordert werden beim:

Bayerischen Sportärzteverband e. V., Dr. E. Goßner, Nymphenburger Straße 81/IV, 8000 München 80

Blaulichtärzte – Einheitliches Fortbildungskonzept für Notärzte in Bayern 1988

Orte: Augsburg, München, Nürnberg und Würzburg

I. Stufe – Grundkurs für Ärzte, die im Rettungsdienst eingesetzt werden sollen

Zeitbedarf: 2 Samstage ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

II. Stufe – Aufbaukurs für Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens einjährige klinische Tätigkeit in einem Akutkrankenhaus und mindestens 1 Jahr davor vollständig absolvierte I. Stufe

Zeitbedarf: 2 Samstage ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

III. Stufe – Fallsimulation für aktiv tätige Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens 1 Jahr davor vollständig absolvierte II. Stufe oder mindestens kontinuierliche zweijährige Tätigkeit im Rettungsdienst mit mindestens 150 Einsätzen

Zeitbedarf: 1 Samstag ganztägig (9.30 bis 17.30 Uhr)

Veranstaltungsorte:	Termine:	Stufe:	Auskunft und Anmeldung nur bei:
Augsburg Ärztehaus Schwaben	5. 3. 7. 5. 2. 7. 10. 9. 24. 9.	II II III II II	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben Frau Ihrcke, Telefon (08 21) 32 56-131
München Ärztehaus Oberbayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Oberbayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern	27. 2. 12. 3. 11. 6. 23. 7. 12. 11. 26. 11.	I I I I III III	Bayerische Landesärztekammer Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80 Fraülein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288
Nürnberg-Fürth Stadthalle Fürth	20. 2. 19. 3. 30. 4. 14. 5. 8. 10. 19. 11.	II II I I III III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1 Frau Leikauf, Telefon (09 11) 46 27-532
Würzburg Universitätsklinik Universitätsklinik Universitätsklinik Universitätsklinik Ärztehaus Unterfranken	23. 1. 6. 2. 25. 6. 9. 7. 5. 11.	I I II II III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg Frau Knüpf, Telefon (09 31) 3 07-278

Anmeldung unbedingt erforderlich

Teilnahmebescheinigung nur nach vollständigem Besuchem Kurs

Die Veranstalter behalten sich vor, bei zu geringer Teilnehmerzahl die Veranstaltung kurzfristig abzusagen; bereits angemeldete Teilnehmer werden dann unmittelbar verständigt und auf andere Kurse verwiesen.

Arzt und Autor – Bücher für jedermann (I)

„Bücher von Ärzten für Ärzte?“ – Gewiß. Aber nur für Ärzte? Die hier vorgestellten Neuerscheinungen, in ihrer Thematik weit gespannt, sprengen den engen Rahmen „für Ärzte“. Die belletristische Feder unserer Kollegen schreibt für jedermann, also auch für unsere Patienten. „Arzt und Autor“ erheischt allgemeines Interesse; das rechtfertigt die in der Überschrift vorgenommene Änderung. Allen ein frohes und gesegnetes Weihnachten! Gleich im Neuen Jahr setzen wir die Buchbesprechungen fort.

Dr. med. Andreas Schuhmann, Rothendesch 7, 8162 Schillersee 2

Die andere Lucrezia Borgie

Eine Fürstenehe in der Renaissance

Verfasser: H. Güttich, 223 S., Pappband m. farb. Umschlag, DM 28,80. Türmer-Verlag, Berg/Starnberger See.

Die letzte Seite dieses wehrheitssuchenden Buches ist umgeblättert. „Die andere Lucrezia Borgie“ kennt man jetzt; ganz anders als überkommenes Schulwissen vermittelte. Es liegt hier mehr als Geschichtsschreibung vor. Unwillkürlich denkt man nach der Lektüre an Nietzsches Betrachtungen „vom Nutzen und Nachteil der Historie für das Leben“. Er spricht von der monumentalischen, antiquarischen und kritischen Art, Geschichte zu betreiben. Der Autor hat sich hier offenbar „antiquarisch“ dem Bewahrenden und Verehrenden in Liebe und Treue zur Wahrheit verpflichtet. Das Kritische indes kommt nicht zu kurz. Ein instinktiv „Richtig-Lesen“ der Vergangenheit ist zu spüren. Herausgehoben aus der Widersprüchlichkeit und Jenusköpfigkeit der Renaissance zeichnet Güttich das Bild einer Fürstenehe am Hofe zu Ferrara, das Achtung, Zuneigung und Bewunderung einflößt. Lucrezia, feinsinnig, überaus gebildet und von bezauberndem Liebreiz – „dolce clere“ heißt der Ferranesen Attribut –, zog sie geistvoll Dichter und Gelehrte an ihren Hof. Mit dichterischer Intuition fängt Güttich dieses elegante höfische Ambiente ein. Daß er sich dazu des Dialogs bedient, des Gesprächs zwischen Herzog Alfons d'Este und seinem Freund Max von Zucalio, macht die Schilderung der Fülle geschichtlicher Fakten so lebendig. In keiner Phase taucht im Kontext die Trockenheit reiner Geschichtsschreibung auf. Gestalten wie Kopernikus, Kolumbus, Cesare Borgie, Machiavelli, Luther begegnen uns dialogisch, beleben die Szenerie, werden bedeutungsvoll in das geistige Umfeld dieses bewunderungswürdigen Hofes gehoben. Dem Autor gelingt letztlich überzeugend die Ehrenrettung der aus der Parteien Haß und Neid verleumdete Lucrezia. Hochinteressant und von psychologischer Prägnanz die Analyse

der Entstehung kolportierter verleumdeterischer Lügen und somit eines für wahr gehaltenen Zerrbildes im Kapitel „Melnungsmache“. Briefe, Dokumente, Augenzeugenberichte rücken das Bild der Lucrezia wieder ins rechte Licht. Ein lesenswertes, zeitloses und hochmodern ermutendes Buch, das jedem empfohlen werden kann, dessen Herz für Geschichte schlägt.

Aus meinem Landerzleben in Bayern

Verfasser: A. Heberger, 191 S., Illustr. v. Trude Richter, Halbleinen, DM 24,-. Printul-Verlag, München.

„Eine Tätigkeit auf dem Lande läßt den Arzt zuweilen auch ganz außergewöhnliche Dinge erleben“ ... So beginnt Anton Heberger eine der fünfundsiebzig köstlichen Geschichten, die er aus seinem Landerzleben erzählt. Ein außergewöhnliches Buch ist das in der Tat entstanden, von dem es sich sagen läßt, das Leben selbst habe die geschmeidige Feder des Autors geführt. Und damit ist doch schon eine wesentliche Seite literarischen Schrittmarsches von Rang angesprochen: die lebendige und exemplarische Auseinandersetzung mit der Wirklichkeit, dem Leben also. Jene berühmte Stelle aus Büchners „Lenz“ über Literatur sei zitiert, um hier einem Buch die verdiente Eloge zu unterstreichen: „Der liebe Gott hat die Welt wohl gemecht, wie sie sein soll, und wir können nicht was Besseres kleksen; unser einziges Bestreben soll sein, ihm ein wenig nachzusehnen. Ich verlange in allem Leben, Möglichkeit des Daseins, und dann ist's gut.“ – Landerz und Noterz – mitten im bewegten Geschehen, das den ganzen Mann fordert, steht ein nachdenklicher, sinnvoller Mensch, dem ein gütiges Geschick die Gabe packenden Erzählens gegeben hat. Mit diesem Pfund wuchert er. Nein, kein Philosoph spricht uns da an. Dafür ist er zu sehr Altbayer. Und wir wissen, die sind Pragmatiker des Lebens. Charaktere, Menschentypen begegnen uns. Menschenherstellung erwächst aus Menschen-

kennnis. Runde Figuren gelingen dem Autor im negativen, gleichwohl auch im positiven Sinn: widerspenstige Bauern, Sonderlinge, erge Bösewichte. Land und Leute werden echt erfaßt. Und überall schwingt ein Hauch Komik, ein Hauch Ironie, ein Hauch Serkesmus mit, von jedem das richtige Maß. Ein Buch von bleibendem Wert, das seinen Weg hinein in die Leserschaft gehen wird, der unverfälscht Bayerisches seit eh und je am Herzen gelegen hat.

Gedanken am Wege und Wege der Gedanken

1. Band: Gedichte

Verfasser: E. Stetter, 228 S., Paperback, DM 19,80. Verlag Laßleben, Kallmünz.

Im renommierten oberpfälzischen Verlag Laßleben – Heinz Schauwecker publizierte hier – erschien der erste Band einer dreibändigen Werktausgabe, die Einblick in das schriftstellerische Gesamtschaffen des Arztes und Dichters Erwin Stetter geben wird. „Gedanken am Wege und Wege der Gedanken“ werden reflektiert in Gedichten, in kurzer Prosa, in einer Erzählung vom Schicksal eines Hauses, einer Familie (Jehnstraße 6). Uns fliegt der erste Band vor: Gedichte. Aus über 1000 Jahrzehnten sind sie gesammelt. Gültig für die Gesamtausgabe mögen Verse sein wie diese: „Ein Papier, es ist noch feier / ... Wozu gibt es die Leere her? / ... Zu heben jeden Schatz, / Mit Liebe und ganz frei ... Ein jedes Ding ist echt, / Hat sein genau Gewicht. / Des ehr'! Hat keiner recht, Dem's ein Respekt gebührt! ... So laßt mich jetzt Gedanken streuen / Aus oftmals ganz verschiedener Sicht, / Beginnend nun den bunten Reigen / ... So wie mir's aus dem Herzen spricht.“ – „Um den Menschen“ geht es Stetter im ersten Teil des Bandes. Dann dichtet er „von Deutschland und jenseits der Grenzen“. Auf all den thematisch vielschichtigen Wegen und Umwegen seiner Gedankenwelt, immer der Liebe zur Weisheit zugetan, begegnet uns der Arzt als Helfer, Tröster, Ermunterer. Kraft und Klarheit eines kritischen Verstandes verbindet sich mit impulsiver Wärme des Herzens. Formenvielfalt überrascht. Neben dem strenggeformten Sonett, dem klassischen Versmaß, neben Gedichten im Paarenden, gekreuzten, geschweiften Reim finden sich durchaus auch freie, modern anmutende Rhythmen. Eine gedankenbefrachtete Reise durch die Seelenwelt des Menschen und die Kunstwelt seiner Schöpfung bietet sich dem Leser an. Ein Buch mit Tiefgang, zu dem man immer wieder greifen wird.

Der Sturz der Aktienkurse importiert und hausgemacht

Der Spuk der tiefsten Teufahrt der Kurse deutscher Aktien binnen kürzester Zeit ist hoffentlich vorbei. Unter dem Schlußstrich sollte die Antwort auf die Frage stehen, warum die inhaber deutscher Aktien eine lange Zitterphase durchleben mußten und manche dabei viel Geld verloren.

Sie haben sich von Alarmnachrichten zum Verkauf hinreißen lassen. So wurden die Kurseinbußen aller Aktien addiert. Als Ergebnis schreckten immense Summen. So hätten die amerikanischen Aktionäre innerhalb weniger Tage rund eintausend Milliarden Dollar verloren.

So griffig diese Behauptung klingt und Panik auslöst, so sachlich falsch ist sie. So lange ein Aktionär seine Aktien behält, stehen Kursgewinn wie Kurseinbuße nur auf dem Papier. Erst durch einen Verkauf seiner Anteilscheine an Wirtschaftsunternehmen macht er, je nach Kursentwicklung seit seinem Anschaffungspreis, ein gutes oder schlechtes Geschäft.

Diese Baisse wurde importiert. Der amerikanische Finanzminister hat den Schwarzen Peter des 212 Milliarden Dollar hohen Haushalts- wie des 150 Milliarden Dollar hohen Handelsbilanzdefizits seines Landes an die Bundesrepublik weitergeben wollen. Von einer Zinssteigerungstendenz damals in der Bundesrepublik befürchtete er eine Ansteckung des amerikanischen Kapitalmarkts. Also trat er eine unqualifizierte Flucht nach vorn an und drohte mit einem weiter sinkenden Dollar-Kurs.

Die Folge für die exportierenden unter den deutschen Unternehmen: Für den Erlös in Dollar bekommen sie um so weniger DM, je schwächer die amerikanische Währung gegenüber der DM steht. Also sinken ihre Einnahmen aus dem Export, in Merk gerechnet. Dementsprechend schmälern sich ihre Gewinne und somit die Dividenden, die sie ihren Aktionären auszahlen können.

Anfangs der Baisse hetten sich die deutschen Aktionäre wie alte Börsenprofis verhalten. Dietrich Zwätz berichtete im „Handelsblatt“, daß sie weniger an Verkäufe, sondern vielmehr an Zukäufe zu nunmehr niedrigeren Kursen gedacht hätten. Der altertümliche Börsenjournalist kommentierte diese Reaktion der deutschen Aktionäre angenehm überrascht.

im Grunde hatte sich aber auch die Berichterstattung von dem Verfall der Aktiennotierungen infizieren lassen. Erstens waren die deutschen Kurse in den internationalen Sog geraten, ohne daß ihre Substanz mit denen etwa vergleichbar gewesen wäre. Vielmehr waren die deutschen Papiere gegenüber jenen weitaus günstiger zu bewerten. Zweitens waren und sind die deutschen Wirtschaftsdaten durchaus zufriedenstellend und die Aussichten für 1988 weiterhin wachstumsfruchtig.

Die massiven Verkäufe deutscher Aktien durch Ausländer folgten indes dem internationalen Trend. Viele kassierten zusätzlich zu einem Kurs- einen Währungsgewinn. Sie bekamen für die erlöste DM mehr Dollar, als sie für den Kauf deutscher Aktien zahlen müssen. So kamen noch trotz der Baisse Vorteile zustande.

Die starke Wirkung massiver Abgaben jenseits der Grenzen auf die Kursbildung ist vor allem dadurch bedingt, daß sich 27 Prozent der deutschen Aktien in Auslandsbesitz befinden. Und darin liegt die hausgemachte Komponente der Baisse: Nur 15 Prozent der deutschen Aktien werden von deutscher Privathand gehalten. Lediglich sechs Prozent ihres Vermögens haben die Bundesdeutschen in dieser Form angelegt. Sie können sich also so besonnen wie denkbar verhalten, das Ausland beeinflusst die Bildung der Kurse ihrer Aktien entscheidend.

Also sollten die Anlageberater endlich stärker zur Anlage in Aktien hinführen, um allmählich eine Korrektur der Gewichtung zu bewirken. Wenn der einzelne die intensive Beschäftigung damit scheut, bietet sich als idealer Ausweg der Kauf von Anteilen jener Investmentfonds, die ganz oder überwiegend in deutschen Aktien anlegen.

Investmentparer haben sich durch die Baisse nicht irritieren lassen. Sie verließen sich auf ihre Experten. Die Rückgabe solcher Papiere war in dieser Zeit nicht größer als üblich. Und die Fonds-Manager haben als Profis die Baisse ausgesessen. Ihnen waren die Fakten der Bewertung deutscher Aktien und der wirtschaftlichen Situation wie Aussichten bewußt, wie sie anfangs zitiert wurden. Also sind ihre Auftraggeber, die Investmentparer, gut über die Runden der Baisse gekommen.

Horst Beloch

Kurz über Geld

EINE SCHNELLE GOLDPREISSTIEGERUNG vermuten Experten nicht, denn das amerikanische Brokerhaus Merrill Lynch rät zum Kauf bei nachgebenden Notierungen und zum baldigen Verkauf, wenn der Goldpreis steigt.

BEI VERLUST DER GELDAUTOMATENKARTE ist Zeit Geld, denn der Bankkunde haftet nach ihrem Verlust so lange voll für die Beträge, die daraufhin abgeboben werden, bis er der Bank meldet, daß er seine Karte vermißt. Sobald diese Mitteilung eingetroffen ist, hat die Bank die Haftung für einen Mißbrauch zu übernehmen. So urteilte das Landgericht Wuppertal unter 10224/86. Später mögliche Auseinandersetzungen werden vermieden, wenn die Verlustanzeige schriftlich erfolgt und persönlich abgegeben wird. Eine Quittung der Bank mit Datum und Uhrzeit auf dem Durchschlag oder der Fotokopie schießt Mißverständnisse aus.

MIT WEITEREN ZINSENKUNGEN ist zu rechnen, Nachteil für Neuanlagen. Sie sollten daher noch wie vor nur mittelfristig vorgenommen werden, also in festverzinslichen Wertpapieren auf drei bis fünf Jahre. Servicebereite Banken ermitteln Pfandbriefe mit solchen Restlaufzeiten und höheren Renditen, als die Bundesanleihen bringen. Kreditinteressenten sollten nach wie vor die Zinsermäßigungstendenz nicht ausreizen. Die letzten Wochen haben bewiesen, wie schnell der Trend drehen kann. Für die Hypothekenaufnahme gilt wie immer: Während eines niedrigen Zinsniveaus einen etwas höheren Zinssatz in Kauf nehmen für die Gewißheit, daß der Zinssatz zehn oder fünfzehn Jahre nicht verändert werden kann.

MIT NIEDRIGERER KRAFTFAHRZEUGSTEUER ins neue Jahr durch Einbau eines Katalysators ins Auto. Für einen Zweiliterwagen kostet das beispielsweise rund 1200 DM. Daraufhin werden 1656 DM Kfz-Steuer eingespart. Also entsteht ein Gewinn von 456 DM.

DIE FREIGEPÄCKREGELN auf Flugreisen unterscheiden sich nach Zielland wie Buchungsklasse. Neue Bestimmungen wurden jetzt für die USA eingeführt. Die Fluggesellschaft wie jedes Reisebüro mit International-Airtransport-Agency (IATA)-Agentur informieren über die jeweiligen Regelungen. Ein Anruf vorher kann Gepäcktransport-Kosten ersparen.

EINE AUFWERTUNG DER DM gegenüber dem Schweizer Franken ist in absehbarer Zeit zu erwarten. Die Schweizer wollen endlich wieder zu günstigeren Preisen in DM mehr in die Bundesrepublik verkaufen, als durch den teuren Franken möglich ist. Mit Zahlungen in die Schweiz, die ohne Kosten verzögert werden können, sollte es also nicht so eilig sein.

Ein Laxans soll nur hier wirken

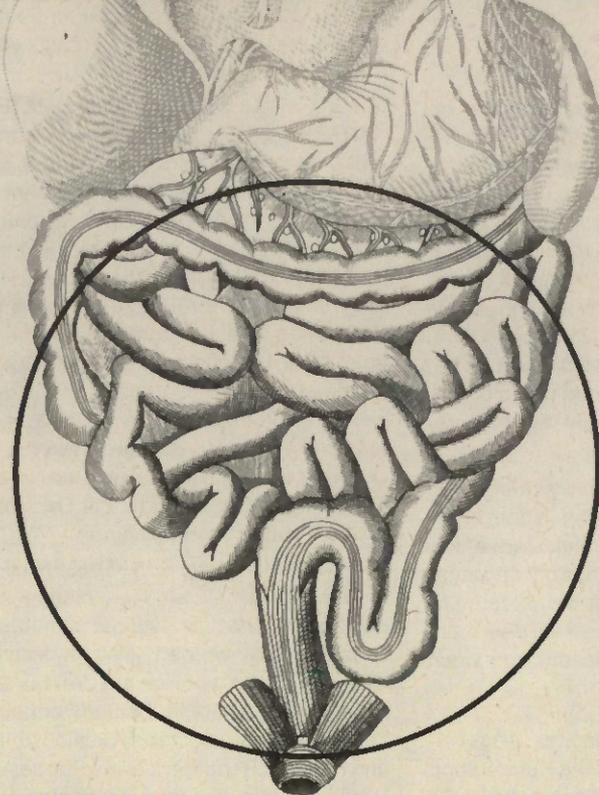


Abb. aus "Tabularum anatomicarum", B. S. Albini und B. Eustachii, 1761.

Rheogen®

Rein pflanzliches Abführmittel tut es!

Rheogen hilft zuverlässig bei allen Erkrankungen, bei denen eine Stuhlgangregulierung 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 Dün- 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.
Dosierung: Erwachsene abends 1-3 Dragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dragees.



Handelsformen und Preise:
OP mit 30 Dragees DM 4,10
OP mit 75 Dragees DM 7,35
AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

© BNEZ/O

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Hartmannbund-Stiftung

Ärzte helfen Ärzten



Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege, seit dem ersten Weihnachtsaufruf der Stiftung 1956 bitten wir Sie jedes Jahr aufs neue, die Stiftung der Heilberufe durch Ihre Spende zu unterstützen. Seit über dreißig Jahren drückt sich demit die Verbundenheit der Heilberufe untereinander und mit den Kollegenkindern, die unsere Hilfe benötigen, aus. Es ist also eine sehr lange Tradition, die uns in der gemeinsamen Hilfe für Kollegenkinder in Not verbindet.

Auch im Jahre 1986 hat die Stiftung wieder 101 Kollegenkinder in ihre Betreuung aufgenommen, und zwar nur teilweise aus der DDR, überwiegend waren es Kinder von verstorbenen Kollegen – Ärzte, Zahn- und Tierärzte – aus der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin. In jedem Fall handelt es sich um unterstützungsbedürftige Kollegenkinder, denen unsere Stiftung bis zum Ende ihres Studiums bzw. Berufsebschlusses hilfreich zur Seite steht. Der Nachweis der Unterstützungsbedürftigkeit muß dabei pro Semester erbracht werden.

An einmaligen Semesterbeihilfen wurden im Jahre 1986 DM 345 126,39 ausgeschüttet. Bei besonderen Belastungen – Zwischen- und Endexamina und Wegfall staatlicher Beihilfen – wurden monatliche Unterstützungen von DM 211 677,43 gegeben. Dazu kamen noch weitere Sonderunterstützungen in Höhe von DM 185 926,80.

Insgesamt wurden auch im Jahre 1986 wieder rund 700 Schützlinge unterstützt. Diese Zahl ist seit vielen Jahren immer gleichbleibend, da für die nach ihrer Ausbildung Ausscheidenden immer neue Kollegenkinder zu der Stiftung kommen, die deren Hilfe benötigen. In jedem Einzelfall wird dies nachgeprüft, und jede Unterstützung wird individuell nach der Hilfsbedürftigkeit des einzelnen festgesetzt.

An den Spenden, die dazu notwendig sind, heben sich auch im Jahre 1986 wieder 2500 Dauerspender und zahlreiche Einzelspender beteiligt sowie ärztliche, zahn- und tierärztliche Organisationen. Ihnen allen denken wir sehr herzlich für ihre Hilfe. Auch im Jahre 1988 wird die Hilfe der Stiftung weiterhin erforderlich sein. Sie vollzieht sich ohne Propaganda in der Stille, ohne fremde Hilfe – nur durch die Spenden der Angehörigen der Heilberufe. Sie praktizieren die Wehrheit des Wortes: „Nicht wie glücklich man lebt, ist entscheidend, sondern wie beglückend.“

Deshalb appellieren wir auch an diesem Weihnachtsfest wieder an Ihr Herz, daß Sie der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ durch Ihre Spende auch im neuen Jahr helfen, den Kollegenkindern in ihrer Berufsausbildung beizustehen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Vilmer
Präsident der
Bundesärztekammer und
des Deutschen Ärztetages

Professor Dr. Häußler
1. Vorsitzender der
Kassenärztlichen Bundes-
vereinigung

Für Ihre Überweisung stehen folgende Konten der Stiftung zur Verfügung:

Dresdner Bank AG Stuttgart Nr. 1 222 387 00 (BLZ 600 800 00),
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Nr. 000 148 6942
(BLZ 600 906 09), Landesgirokasse Stuttgart Nr. 1 268 267
(BLZ 600 501 01), Postgirokonto Stuttgart Nr. 415 33-701
(BLZ 600 100 70)

Buchbesprechungen

Roche Lexikon Medizin

2., neu bearb. Aufl., 2062 S., 1585 Abb. u. Tab., 54 vierfarb. Abb. auf 24 Tafelseiten, Kunststoffeinband, DM 68,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Drei Jahre nach der Erstveröffentlichung ist nun die zweite Auflage erschienen. Der Umfang dieses Lexikons erhöhte sich um ca. 150 Seiten; die Zahl der Stichwörter stieg auf über 60 000; rund 1600 zweifarbige Formeln, Schemata und Tabellen ergänzen den Text. Durch Hinweise zur korrekten Intonation und Trennung der Fachbegriffe ist das Lexikon auch für den Nicht-Mediziner ein hilfreiches Nachschlagewerk.

Presse-Taschenbuch für Naturwissenschaft + Medizin 1987/88
Herausgeber: Boehringer Mannheim GmbH, 408 S., Taschenbuchformat, flex. PVC-Einb., DM 32,50. Kroll Verlag, Seefeld/Obb.,

Auf 408 Seiten bietet das unter der Schirmherrschaft der Boehringer Mannheim GmbH herausgegebene Taschenbuch nahezu alles, was mit der Publizistik des Themenkreises zu tun hat. Darüber hinaus bekommt man Personen-Informationen aus dem Bereich der Forschung und der ärztlichen Standesorganisationen und Kammern. Auch ist die Zusammenstellung von mehr als tausend medizinischen und wissenschaftlichen Gesellschaften mit genauen Anschriften, Telefonnummern und den Namen der Vorsitzenden, Geschäftsführer und Pressereferenten ein nützlicher Helfer bei der täglichen Arbeit.

Kunstkalender 1988

Mit diesen sieben verschiedenen Kalendern bietet der DuMont-Verlag, Köln, auch in diesem Jahr ein umfangreiches Sortiment, das unterschiedlichem Geschmack breiten Raum läßt.

Bis auf den Teddybär-Kalender (DM 14,80) sind alle Werke mit einem zweisprachigen Kalendarium (deutsch/englisch) und einer Schutzfolie versehen:

Wege der Natur – Bilder aus der Türkei – Bilder aus der Toscana – je DM 36,-

Großer Kunstkalender – Blumenpoesie – je DM 34,-

Der Goldene Kunstkalender – DM 22,80

Des Bayerische Oberland zwischen Isar und Inn

Herausgeber: K. Schubert / G. Heckl, 192 S., davon 96 S. Textteil und 96 S. farbiger Bildteil mit 69 Fotos, Leinen, DM 68,-. Rosenheimer Verlagshaus.

Diese Region gehört zu den bevorzugten Ferienlandschaften und zu den geschichtsträchtigsten Gegenden Deutschlands. K. Schubert hat in der ihm eigenen, unverwechselbaren Art Landschaft, Kultur und Brauchtum in stimmungsvollen Bildern festgehalten. G. Hackl besorgte die Textauswahl und läßt dabei Dichter und Schriftsteller zu Worte kommen, die in diesem Landstrich gelebt haben.

Max Liebermann

Herausgeber: G. Meißner, 148 S., davon 64 S. Textteil mit 20 Abb., 93 S. Bildteil mit 58 Farbabb. und 35 s./w.-Abb., Leinen, DM 58,-. Rosenheimer Verlagshaus.

Über den bedeutenden Wegbereiter der modernen Malerei in Deutschland wird hier eine aktuelle Monographie vorgelegt. Sie zeigt die bekanntesten und wichtigsten Werke Max Liebermanns (1847 bis 1935), zeichnet den künstlerischen Lebensweg des zu Lebzeiten häufig angefeindeten Realisten und Impressionisten nach und bestimmt seine herausragende kunstgeschichtliche Stellung.

Bayerisches Ärzteblatt 12/87

amilozid von ct



Neu von ct

- optimale Qualität
- zum günstigen Preis!

Ödeme

amilozid von ct OP 20 Tabl. N1 DM 5,80
OP 50 Tabl. N2 DM 13,65
OP 100 Tabl. N3 DM 26,20

Zusammensetzung: 1 Tabl. enth.: 5,80 mg Amiloridhydrochlorid 2H₂O (entsp. 5,0 mg Amiloridhydrochlorid H₂O-frei) sowie 50 mg Hydrochlorothiazid. **Anwendungsgebiete:** Hypertonie, kardial bedingte Ödeme. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen eine der Wirksubstanzen und Sulfonamide; Cirrhose hepatis; Hyperkaliämie (über 5,5 mval/l) und stark beeinträchtigte Nierenfunktion; während Schwangerschaft und Stillzeit. Die Anwendung bei Kindern wird nicht empfohlen. **Nebenwirkungen:** In Einzelfällen Störungen im Magen-Darm-Bereich; Mundtrockenheit, Muskelkrämpfe, Schwäche- und Schwindelgefühl; erniedrigte oder erhöhte Serum-Kalium-Werte; Störungen des Harnsäure-, Kohlenhydrat- und Fettstoffwechsels; Kopfschmerzen, Hautreaktionen wie photoallergisches Exanthem und Juckreiz, Entzündung der Bauchspeicheldrüse und Blutbildveränderungen (Anämie, Leukopenie und Thrombopenie). **Wechselwirkungen:** Orale Antidiabetika, harnsäure-senkende Medikamente, Antihypertensiva, Natrium, Tubocurarin, Lithium, Prostaglandin-synthesehemmer, Narkotika, Barbiturate, Alkohol. Eine Kombination mit Kaliumsalzen, Triamteren, Amilorid oder Spironolacton soll nicht erfolgen.

ct-Arzneimittel
Chemische Tempelhof GmbH
Postf. 42 03 31, 1000 Berlin 42



3/87

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft der öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Dr. h.c. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Klaus Dehler, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 5252-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 5 51 77-0, Fernschreiber: 523 662, Telegrammadresse: etlespress. Heide-R. Widow, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisatzke (verantwortlich) Anzeigenleitung.

Druck: Zeuner Druck und Verlags GmbH, Augsburgener Straße 9, 8060 Dechen.

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 verlängerter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt.

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leserenalyse medizinischer Zeitschriften e.V.

IA-MED

Saaletalklinik – Drogenklinik Neumühle –

In der Drogenklinik Neumühle werden drogenabhängige Jugendliche und junge Erwachsene (Altersbreite von 18 bis 35 Jahren) auf der Basis eines psychotherapeutischen und erhaltstherapeutischen Konzeptes behandelt. Die Langzeitbehandlung ist auf 12 Monate konzipiert. Die Klinik ist der Saaletalklinik angegliedert und befindet sich 10 km von Bad Neustadt/Saale entfernt, in Hollstadt. Chefarzt der Klinik ist Herr Dr. Klos, Arzt für Neurologie und Psychiatrie. Er ist zur Weiterbildung in Psychiatrie für 1 Jahr ermächtigt.

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin die/den engagierte(n)

leitende(n) Ärztin / Arzt

mit folgendem Anforderungsprofil:

- mehrjährige Erfahrungen in der Behandlung von Suchterkrankungen,
- Kooperationsfähigkeit,
- Bereitschaft zu Teambarbeit,
- Bereitschaft Verantwortung zu tragen
- Organisationstalent
- möglichst abgeschlossene Weiterbildung als Arzt für Neurologie und Psychiatrie

Wir bieten:

- eine abwechslungsreiche verantwortungsvolle und selbständige Tätigkeit
- eine weit über dem BAT liegende Vergütung
- Unterstützung bei Fortbildungsmaßnahmen
- Mithilfe bei Wohnraumbeschaffung

Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen (Lichtbild, tabellarischer Lebenslauf, Kopien von Zeugnissen, Approbationsurkunde) senden Sie bitte an die

Geschäftsleitung der Heus Saaletal GmbH
Kurhausstraße 35, 8740 Bad Neustadt/Seele

Versorgungsärztliche Untersuchungsstelle München

Wir beabsichtigen unser Gutachterteam von Gebietsärzten aller Fachrichtungen zu verstärken und suchen u. a.:

- 1 Orthopäden
- 1 Chirurgen
- 1 Internisten
- 1 Lungenarzt
- 1 HNO-Arzt
- 1 Nervenarzt (Psychiatrie/Neurologie)

Es handelt sich um eine interessante, fachlich unabhängige und eigenverantwortliche Tätigkeit im sozialmedizinischen Bereich (soziales Entschädigungsrecht und Schwerbehindertengesetz) und schließt Untersuchungen und Begutachtungen mit den verschiedensten Freigestellungen (Gesundheitszustand, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Zusammenhängefragen u. a.) ein.

Die Einstellung erfolgt nach dem BAT. Bei entsprechenden Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich.

Darüber hinaus wird geboten:

- 5-Tege-Woche (keine Bereitschaftsdienste)
- Dauerstellung (Aufstiegsmöglichkeiten)
- alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes
- sehr gutes Betriebsklima
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen
- Möglichkeit zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Sozialmediziner“
- Ausübung von Nebentätigkeiten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen

Die Versorgungsärztliche Untersuchungsstelle ist mit allen erforderlichen technischen Einrichtungen ausgestattet. Röntgenabteilung, Laboratorien für Blut- und Urinuntersuchungen, für Ultraschall- und Funktionsdiagnostik (Herz-, Kreislauf-, Lungenfunktionsprüfungen, urologische, augen- und HNO-ärztliche Meßplätze, EEG, EMG, u. a.) sowie eine Bettenstation (21 Betten) befinden sich im Hause.

Bewerbungen werden erbeten an den Dienststellenleiter und Leitenden Arzt

Dr. J. Mayer, Mertlauerstraße 4, 8000 München 40, Telefon (0 89) 39 40 01

Für das
Kreiskrankenhaus Auerbach i. d. OPf.

ist zum 1. Juli 1988 die Stelle eines

Chefarztes der Inneren Abteilung

neu zu besetzen.

Das Kreiskrankenhaus Auerbach verfügt über 80 Betten mit den hauptamtlichen Fachabteilungen Chirurgie, Innere Medizin und den Belegabteilungen Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Gesucht wird eine Persönlichkeit mit umfassenden Kenntnissen auf dem gesamten Gebiet der Inneren Medizin einschließlich Röntgendiagnostik und Labormedizin.

Erfahrung und Organisationsgeschick sowie gute Führungseigenschaften werden vorausgesetzt. Der Nachweis einer mehrjährigen Tätigkeit in verantwortlicher Position findet als Entscheidungshilfe Berücksichtigung.

Der Chefarzt erhält einen Dienstvertrag auf Angestelltenbasis mit Eingruppierung nach Verg. Gr. I BAT sowie das Liquidationsrecht für die Wahlleistung „Arzt“ und die Nebentätigkeitserlaubnis für eine Überweisungsambulanz.

Die Stadt Auerbach (8600 Einwohner) liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung im Städtedreieck Nürnberg-Beyreuth-Regensburg.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind bis zum 31. Dezember 1987 zu richten an das

Personalamt beim Landkreis Amberg-Sulzbach
Schloßgraben 3, 8450 Amberg



Die Stadt Bamberg

sucht für die II. Medizinische Klinik (Chefarzt Professor Dr. med. H. J. Weis) ihres Klinikums mit 850 Betten und zwölf Fachrichtungen einen

3. Oberarzt

als Internist mit dem Teilgebiet Hämatologie.

Die Schwerpunkte der II. Medizinischen Klinik mit 102 Betten (zusätzlich Infektionsabteilung) liegen in den Bereichen Gastroenterologie, Endokrinologie und Onkologie.

Der Bewerber soll zu der üblichen Oberarztstätigkeit speziell die Beratung für die Therapie onkologischer Patienten im gesamten Klinikum übernehmen.

Das Klinikum Bamberg (Bezug 1984) ist Lehrkrankenhaus der Universität Erlangen und nach den neuesten Gesichtspunkten eingerichtet und ausgestattet.

Die Vergütung erfolgt nach dem Bundesangestelltentarifvertrag mit den üblichen Sozialleistungen, Rulidienstvergütung und Zuwendungen aus dem Pool der II. Medizinischen Klinik.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden bis 8. Januar 1988 an die

Verwaltung des Klinikums Bamberg, Buger Straße 80, 8600 Bamberg, erbeten.

Eventuelle telefonische Rückfragen sind unter der Rufnummer (09 51) 5 03 - 24 91 möglich.

Privatklinik Wirsberg

für Neurologie und Psychiatrie. Privat und alle Kassen.
Leitender Arzt: Dr. Wolfgang Pinkow-Margerle, Arzt für Neurologie und Psychiatrie.

8655 Wirsberg über Kulmbach/Bayern, Telefon (0 92 27) 804-805

Repräsentative Räume

für Praxis, Kanzlei oder Büro in Zirndorf zu vermieten. Vier Zimmer, Nebenräume, ca 180 qm, 1. Obergeschoß, in völlig renovierter Villa.



Vereinigte Sparkassen
im Landkreis Fürth
Telefon (0 91 03) 5 01 47

8623 Staffeinstein —
Dbermaln Therme

Praxisräume

Nähe Bad sowie Eigentumswohnung abzugeben. Planungswünsche noch möglich.

Telefon (0 95 73) 66 66

Im Neubau dar

Sparkasse Merling

(15 km südlich von Augsburg) Marktplatz (1a Lage) werden derzeit erstellt:

Praxisräume	155 qm
Praxis-Büroräume	112 qm
Büroräume	56 qm und 43 qm (auch zusammen nutzbar)

Fertigstellung Frühjahr 1988. Innenaufteilung noch verlabel.

Mietinteressenten wenden sich bitte an die

Stadtsparkasse Friedberg/Bayern, H. Altmanhofer
Telefon (08 21) 6 00 32 10

8033 Plenegg,

ca. 140 qm, Zentrum, bestens geeignet für

Praxisräume

ab 1. März 1988 zu vermieten.

Anfragen unter Chiffre 2064/729 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29,
8000 München 2 und Telefon (0 89) 8 57 55 33

Nähe Nürnberg

Praxisräume

zu vermieten in geplantem Neubau. Mehr als 10 000 Einwohner, noch kein Gebietsarzt.

Anfragen unter Chiffre 2064/727 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29,
8000 München 2.

Praxisräume

In Simbach/Inn naben in neu beendeten Altenheim zu vermieten. Nach dem Bedarfsplan fehlt ein Hautarzt für den Landkreis Rottal/Inn.

Fe. H. Herrer,
Telefon (0 85 81) 63 11

Praxisräume für Hautarzt

in süddeutscher Kreisstadt (Alpenvorland) sofort zu vermieten. Zwei Ärzte im Haus, noch kein Hautarzt am Ort.

Anfragen unter Chiffre 2064/719 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29,
8000 München 2

PRIVATRECHNUNG ab 0,9%
+ NK - Individuelle Programme -
Inkassodienst - Sofortauszahlung
APV - Ärztliche
Privatverrechnungsstelle GmbH
Münchner Str. 1 - 8011 Kirchheim
Telefon 0 89/9 03 06 76 u. 9 03 02 24

Zahnarzt-/Arzt-Praxisräume

Regensburg-West

Wohn-Geschäftshaus, 220 qm. Schöner Garten, 850 qm. Verhandlungsbasis DM 700 000,-.

Anfragen unter Chiffre 2064/715 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29,
8000 München 2

Balint-Hypnose-

Wochenendseminare in Würzburg

Anerkannt für die Weiterbildungsgänge Psychotherapie/Psychoanalyse durch die Bayerische Landesärztekammer. Nächste Beilintermin: 19. Dezember 1987, 23. Januar 1988. — Auskunft:

Dr. med. Renete Dill, Psychotherapie/Psychoanalyse, Telefon (09 31) 5 24 04

Gebrauchte Arztmöbel

aus Praxisrenovierung sowie Ausstattungs- und Einbaumöbel preisgünstig zu verkaufen.

Ing. K. Frank,
Sedanstraße 5, 8400 Regensburg,
Telefon (09 41) 79 20 04

Augenarzt

gesucht für Mallersdorf-Pfaffenberg. Im Bedarfsplan der KV. 14 500 Einwohner im Einzugsgebiet. Nächste Augenärzte in Lendshut, Regensburg und Streubing. Alle Schulen und Freizeitanlagen am Ort. Kostengünstige Praxisräume in frequentiertem Geschäftshaus mit Internist, Kinderarzt, Apotheke, Einkaufsmarkt. — Auskunft:

Apotheker K. Negaletutz, Mallersdorf-Pfaffenberg, Telefon (0 87 33) 16 06

Hinweis für Auftraggeber von Immobilienanzeigen

Bei Veräußerung oder Vermietung von Praxen oder in Planung befindlicher Praxen werden Allgemein- oder Gebietsärzte zur Niederlassung gesucht. — Für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung ist der Bedarfsplan maßgebend, welcher bei den Dienststellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns eingesehen werden kann. — Unter diesem Aspekt werden die Anzeigen veröffentlicht, korrigiert oder abgelehnt.

Anschriften der Bezirksstellen der KVB:

München Stadt und Land, Briener Straße 23,
8000 München 2
Oberbayern, Eisenheimerstraße 39, 8000 München 21
Niederbayern, Lillenstraße 5-7, 8440 Streubing
Oberpfalz, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg
Oberfranken, Brendenburger Straße 4, 8580 Beyreuth
Mittelfranken, Vogelsgarten 8, 8500 Nürnberg 1
Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg
Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg

Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung

Homöopathie

Der Landesverband Bayern im D. Z. V. H. A. führt ein kontinuierliches Weiterbildungsprogramm in monatlichem Turnus über ein Jahr in Nordbayern durch. — Die Kurse finden jeweils am Samstag im ADIDAS-Sporthotel in 8522 Herzogenaurach statt, 1. Kurstag 23. Januar 1988.

Bedingungen: Grundkurse A, B, C, Mitglieder werden bevorzugt.

Bewerbungen schriftlich an: Frau Dr. Christe v. d. Planitz, Merkurstraße 7, 8580 Beyreuth

oder telefonisch Di., Do. und Fr. von 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr (09 21) 9 98 70.

Nach Absolvierung einer Prüfung sind die Voraussetzungen der Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung gegeben.

Kinderarztpraxis

In München zum 1. Januar 1988 zu übergaben.

Telefon (0 89) 3 13 28 42 oder
(0 80 21) 70 34

Praktische Ärztin

sucht Praxisübernahme, vorherige Mitarbeit erwünscht. Keine Immobilien.

Anfragen unter Chiffre 2064/730 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29,
8000 München 2

Praxisassistent

Allgemeinmedizin - Suche Stelle als Assistent einer Allgemeinpraxis (Raum Südostbayern und München) ab März 1988. Bisherige Weiterbildung: 1 1/2 Jahre Chirurgie, 4 Jahre Innere Medizin (US, gasante Endoskopie, Röntgen).

Ihre freundliche Zuschrift erbat unter Chiffre 2064/704 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29,
8000 München 2

Klinischer

Psychologe

sucht Mitarbeit in therapeutischer Praxis oder Klinik. Erfahrung in Psychoanalyse, Autogenem Training, Suchttherapie, Gruppentherapie.

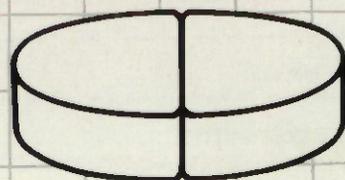
Anfragen unter Chiffre 2064/728 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29,
8000 München 2

Suche Vertretung/Assistenz

in Internistischer oder allgemeinmedizinischer Praxis von Januar bis Mai 1988 — eventuell auch nur für einen Teil der Zeit.

Anfragen unter Chiffre 2064/734 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

amoxi 1000 von ct



- optimale Qualität
zum
- günstigen Preis

Bakterielle Infektionen

amoxi 1000 von ct
(Amoxicillin)

OP 10 Tabletten N1 **DM 24,21**
OP 20 Tabletten N2 **DM 44,28**

Zusammensetzung: 1 Lacktablette enthält: Amoxicillin 1000 mg. **Anwendungsgebiete:** Infektionen durch amoxicillinempfindliche Keime. **Gegenanzeigen:** Bekannte Penicillinallergie, Mononukleose. Gruppenallergien mit anderen Penicillinen und Kreuzallergien mit Cephalosporinen möglich. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich Übelkeit, Erbrechen, Durchfall, Entzündungen der Mundschleimhaut, Hautrötung. **Wechselwirkungen:** Nicht gleichzeitig mit bakteriostatisch wirksamen Chemotherapeutika/Antibiotika einnehmen. Harntreibende Mittel können Wirkung abschwächen. Resorptionserhöhung von Digoxin möglich. Zusammen mit Allopurinol verstärktes Auftreten von allergischen Hauterscheinungen möglich. **Hinweise:** Keine. **Dosierung:** 1000 mg Lacktabl.: 3-4 x täglich 1 Lacktabl.

ct-Arzneimittel
Chemische Tempelhof GmbH
Postf. 4203 31, 1000 Berlin 42

