

# Bayerisches Ärzteblatt

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

6

**Editorial:**  
Unfertige Reformen – gute Zeiten für Visionäre?

Strukturreform in der GKV – Gastkommentare von Barbara Stamm und Joachim Wahnschaffe

Initiative zur Früherkennung von Sehstörungen bei Kindern



## Bayerisches Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz

Übersicht über Transplantationsmöglichkeiten – Nierentransplantation – Herztransplantation – Zukunft der Transplantationsmedizin



# Kurse zum Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“

## Kompaktkurse „Notfallmedizin“

### Stufen A bis D

#### Berchtesgaden

23. bis 30. Oktober 1999  
– Kur- und Kongreßhaus –

#### Garmisch-Partenkirchen

20. bis 27. November 1999  
– Kur- und Kongreßhaus –

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

Bereits ausgebuchte Kurse werden nicht mehr veröffentlicht.

## Teilnahmevoraussetzung:

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

## Kursgebühren:

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

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

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

## Anmeldemodalitäten:

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

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

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

## Wichtig!

Grundsätzlich ist eine Anmeldung für **nur eine (kom-**

**plette)** Kurssequenz von A/1 bis D/2 möglich, um Doppelbuchungen aus Fairneßgründen zu vermeiden. Eine verbindliche Kursplatzzusicherung kann nur bei vollständiger Absolvierung der vorangegangenen Kursteile erfolgen.

Für evtl. Rückfragen stehen Ihnen Dijana Kierner und Ingeburg Koob unter der Telefonnummer (0 89) 41 47-3 41 oder -2 67 zur Verfügung.

## Organisatorisches:

In den Kursen sind 2 Thoraxpunktionen am Modell inkludiert. Diese entsprechen als Minimalvoraussetzung im Zuständigkeitsbereich der Bayerischen Landesärztekammer den Anforderungen des Curriculums zum Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ (herausgegeben von der Bundesärztekammer 1994) hinsichtlich dieser interventionellen Technik.

Nachweisbare Qualifikationen in einem akutmedizinischen Gebiet im Sinne eines Facharztstatus bzw. Tätigkeiten im Rettungsdienst können im Einzelfall – bei schriftlichem Antrag an die Bayerische Landesärztekammer – eventuell als Analogon für entsprechende Kursteile angerechnet werden.

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

# Unfertige Reformen – gute Zeiten für Visionäre?

Da gibt es ein neues Modewort. Seit ein, zwei Jahren ist es da und wird immer beliebter. Vor allem die rot-grüne Koalition ist ganz begeistert davon. Aufbrechen ...

Aufbrechen. Weg mit den verkrusteten Strukturen. Brüder, zur Sonne, zur Freiheit – nein das ist eine andere Platte. Aber immerhin, es tut sich was. „Mehr Handlungsmut für soziale Experimente im Gesundheitswesen“ – das war schon vor zehn Jahren die Forderung der Gruppe um Hildebrandt, damals vorgetragen auf einem AOK-Kongress in Hamburg.

Aufbrechen. Mischen wir doch einfach mit!? Schließlich sind wir gut, und schlechte Zeiten sind gute Zeiten für gute Leute. Ist es wirklich so einfach?

Aufbrechen. Da müßte dann schon viel brechen. Zum Beispiel die Struktur der GKV mit ihren 90 Prozent Schutzbefohlenen. Spitzenleistungen zum Sozialtarif für alle. Soziale Gerechtigkeit auch für die, die gar keine brauchen. Änderungen in diesem Bereich sind in keinem Lager mehrheitsfähig, die zurückliegenden vier Jahre haben es gezeigt. Aufbrechen an dieser Stelle: ... ist nicht.

Aufbrechen. Vielleicht ja: den Leistungskatalog der GKV. Und hier tut sich tatsächlich was. Neue Leistungen in der Gesundheitsförderung zum Beispiel, Erweiterung des § 20. Aber daß wir Ärzte nicht auf falsche Gedanken kommen: Das Impfen hat man aus § 20 schnell ausgelagert in einen eigenen § 20 a. Mit der ausdrücklichen Begründung, daß Ärzte bei der Gesundheitsförderung nichts zu suchen haben.



**Dr. Lothar Wittek**  
Vorsitzender des  
Vorstandes der  
KVB  
(Foto: Klaus Brenninger)

Aufbrechen heißt hier nicht: Entschlackung des Leistungskatalogs von Entbehrlichem. Und damit natürlich auch nicht: finanzielle Schneisen schlagen für therapeutische Innovationen.

Aufbrechen. Vielleicht ist es ja die Schnittstelle zwischen ambulant und stationär. Dieses angeblich so verkrustete Ding. Und auch hier tut sich tatsächlich etwas. Nur nach den Details darf niemand fragen. Dem Kenner genügt ein Blick, um den Kurs zu erkennen. Das Krankenhaus wird, Globalbudget hin oder her, seinen Vergütungsanspruch auch in Zukunft voll realisieren. Vergütungsanspruch heißt in diesem Bereich stets: Zuwachsraten ... Nein – ich habe es immer betont: Wir niedergelassenen Ärzte zeigen nicht mit den Fingern auf andere und rufen: sparen sie doch dort. Darum geht es nicht. Wenn wir aber unsere eigenen Perspektiven beschreiben, dann dürfen wir das schon sagen: Globalbudget mit Zuwachsen für alle, das gibt es nicht einmal im Märchen!

Aufbrechen. Da bleiben fast nur noch unsere eigenen Strukturen übrig. Angesichts des vorliegenden Entwurfs von „keinen Einkaufsmodellen“ zu sprechen ist schon genauso gerechtfertigt, wie einen Frontalzusammenstoß zweier Autos als Seitenaufprall zu beschreiben, weil sie nicht im Winkel von 180 Grad, sondern nur mit 175 Grad kollidiert sind.

Aufbrechen ... Die Krankenkassen rechnen inzwischen mit 0,8 Beitragspunkten mehr, falls die Reform so durchgeht. Ist das nicht eine politische Ohrfeige erster Güte für die Erfin-

der des Globalbudgets? Mit der Frage, ob ein solches Globalbudget überhaupt durchsetzbar sein könnte, halten sich die Kassen offenbar gar nicht erst auf. Angesichts des unter dem Budget entstehenden Drucks ist das auch nicht verwunderlich. Wer glaubt ernsthaft, daß wir Teil des Drucks sein könnten? Oder dürfen wir nicht froh sein, wenn wir nicht zur Manövriermasse für Problemlösungen aller Art werden?

Aufbrechen ... so hart es auch heute klingen mag: Die aktuellen Budgetfragen des Jahres 2000 werden sich als nachrangig erweisen. Was bleiben wird, ist der Einstieg in eine neue Struktur unseres Versorgungssystems. Das Kräftegleichgewicht zwischen Kassen und denen, die ihre Leistung anbieten, wird sich ändern. Der Verlockung wird die Auseinzelung, der Auseinzelung die Vakuumverpackung folgen. Wer heute den Sirenenrufen der Integrationsversorgung lauscht, darf diese Perspektive nicht übersehen!

**EDITORIAL**

Wittek: Unfertige Reformen – gute Zeiten für Visionäre? 269

**TITELTHEMA**

Miserok: Überlegungen zu einem Bayerischen Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz 271  
 Koch: Zur Transplantationsmedizin 272  
 Müller-Erhard: Übersicht über Transplantationsmöglichkeiten 273  
 Land: Nierentransplantation an der Schwelle eines neuen Jahrtausends: Beginn der postimmunologischen Ära! 278  
 Neuhaus: Zukünftige Entwicklung der Transplantationsmedizin 283  
 von Scheidt/Koglin/Weis/Meiser: Herztransplantation 286

**BLÄK INFORMIERT**

Arzthelferin-Ausbildung 291  
 Sitzung des Vorstandes 292  
 Stellungnahme zum Gesetzentwurf „Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000“ 313

**GLOSSE**

Charta-Traum 293

**GASTKOMMENTARE**

Stamm: Widersprüche und Fehler der Eckpunkte in Gesetzesform gegossen 294  
 Wahnschaffe: Den Patienten in den Mittelpunkt stellen 295

**KVB AKTUELL**

Arzneiverordnungen unter Budget 282  
 Aus Sicherstellungsgründen zu besetzende Vertragsarztsitze 296  
 Psychotherapie 99: Politik bestätigt Nachholbedarf 296  
 Laschet: Symposium „Kolorektales Karzinom“ 297  
 Initiative zur Früherkennung von Sehstörungen bei Kindern – Modellvorhaben und Honorierung 311

**KVB AMTLICHES**

Richtlinien des Vorstandes der KVB zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte vom 26. März 1999 300

**BLÄK AMTLICHES**

Approbationsbehörden in Bayern neu geregelt 302

**ARZT UND WIRTSCHAFT**

Sellerberg: Obligationenmärkte; differenzierter Anlagesektor 303  
 Pointl: Der Euro aus der Sicht des Steuerberaters (2. Teil) 305

**SPEKTRUM**

Lindlbauer-Eisenach/Bogner/Boergen/Gutzeit: Initiative zur Früherkennung von Sehstörungen bei Kindern 309

**LEXIKON**

Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V 311

**PERSONALIA – PREISE/AUSSCHREIBUNGEN**

312

**LESERFORUM**

314

**KONGRESSE**

Kurse zum Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ 2. Umschlagseite  
 Seminarprogramm „Betriebswirtschaft in der Arztpraxis“ 302  
 Fortbildungsveranstaltungen 315  
 Kurskonzept „Leitender Notarzt“ 318  
 Fortbildung Suchtmedizin I 323  
 Suchtmedizinische Grundversorgung (Modul I) 328  
 Suchtmedizinische Grundversorgung (Modul II) 329

**BÜCHERSCHAU**

329

**SCHNELL INFORMIERT**

330

**„Bayerisches Ärzteblatt“**

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

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

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

**CvD:** Marianne Zadach (BLÄK)

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

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

**Pressestelle der KVB:** Arabellastraße 30, 81925 München, Telefon (0 89) 9 20 96-1 92, Fax (0 89) 9 20 96-1 95;

**E-Mail:** presse@kvb.de

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

**Anzeigenverwaltung:** Kirchheim Verlag + Co. GmbH, Kaiserstraße 41, 55116 Mainz, Telefon (0 61 31) 9 60 70-34, Telefax (0 61 31) 9 60 70-80; Ruth Tännly (verantwortlich); Anzeigenleitung: Andreas Görner.

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

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrofotografie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt.

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

ISSN 0005-7126

**Titelbild:** Erwin Johann Wodicka, Thening/Österreich und Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

# Überlegungen zu einem Bayerischen Ausführungsgesetz zum Transplantationsgesetz

Das Bundesgesetz über die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen (Transplantationsgesetz – TPG vom 5. November 1997; BGBl I S. 2631) ist seit 1. Dezember 1997 in Kraft. Die wesentlichen Regelungen sind folgende:

Der Anwendungsbereich erstreckt sich auf menschliche Organe, Organteile oder Gewebe, es gilt nicht für Blut und Knochenmark sowie embryonale und fetale Organe und Gewebe.

Der Gesetzgeber sieht – ausgehend von der bereits bisher in Deutschland bestehenden Rechtslage – eine sogenannte erweiterte Zustimmungslösung vor. Diese erfordert grundsätzlich die persönliche Einwilligung des Verstorbenen. Liegt eine solche nicht vor oder ist sie nicht zu ermitteln, so genügt es für die Zulässigkeit einer Organentnahme, daß der nächste Angehörige des Organspenders einer solchen zustimmt.

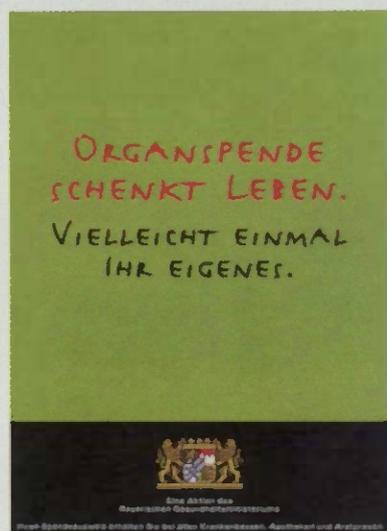
Das Gesetz schreibt als Mindestvoraussetzung für eine Organentnahme den sogenannten Ganzhirntod vor, ohne allerdings Todeskriterien gesetzlich zu definieren. Dies soll den Sachverständigen auf diesem Gebiet, also den Ärzten, überlassen bleiben.

Schließlich sieht das Gesetz noch vertrauensbildende Maßnahmen vor und will Transparenz schaffen, um damit in den letzten Jahren verlorenes Vertrauen der Bevölkerung in die Transplantationsmedizin zurückzugewinnen. Als wichtigste Beispiele seien in diesem Zusammenhang nur genannt die Feststellung des Todes durch zwei weder an der Entnahme noch an der Übertragung von



Ministerialrat  
Karl Miserok

Poster und Aufkleber der Informationskampagne des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit



Organen beteiligte Ärzte, das strafbewehrte Verbot des Organhandels und eine größtmögliche Verteilungsgerechtigkeit.

Das Ziel des Gesetzes, Rechtssicherheit und Transparenz zu schaffen, ist sicherlich erreicht worden. Zu einer Erhöhung der Organspendezahlen allerdings hat das Gesetz bislang nicht geführt. Im ersten Quartal 1999 ist sogar – im Gegensatz zu unseren europäischen Nachbarländern, zum Beispiel Österreich und Spanien – ein deutlicher Rückgang der Spende- und Transplantationszahlen zu verzeichnen.

Das Transplantationsgesetz gehört zum Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung. Die Länder haben hier die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht Gebrauch gemacht hat. Das Transplantationsgesetz selbst geht vom Erlaß landesrechtlicher Ausführungsbestimmungen aus. So haben die Länder nach § 2 Abs. 1 TPG die zur Aufklärung der Bevölkerung über die Möglichkeit der Organspende zuständigen Stellen zu bestimmen und nach § B Abs. 3 Sätze 2 und 4 TPG das Nähere zu einer Kommission zur Prüfung der Freiwilligkeit der Lebendspende zu regeln. § 10 Abs. 1 Satz 2 TPG enthält den Auftrag, eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten und die erforderliche Qualität der Organübertragung zu

sichern. Aus der erwähnten konkurrierenden Gesetzgebungskompetenz heraus ist es darüber hinaus den Ländern unbenommen, in einem Ausführungsgesetz organisatorische Verbesserungen bei der Organentnahme vorzunehmen.

Im Bayerischen Gesundheitsministerium wurde zwischenzeitlich der Referentenentwurf eines Bayerischen Ausführungsgesetzes zum Transplantationsgesetz erarbeitet. Dieser Entwurf enthält die zur Durchführung des Transplantationsgesetzes erforderlichen Ausführungsbestimmungen und setzt die Rahmenbedingungen, damit effektive und erfolgreiche Kooperationsmodelle zur organisatorischen Verbesserung der Organentnahme auch in Bayern etabliert werden können.

Der Gesetzesentwurf sieht im Einzelnen folgende Regelungen vor:

*Zur Aufklärung zuständige Stellen (1. Abschnitt)*

Hier werden in Ergänzung des Transplantationsgesetzes die zur Aufklärung der Bevölkerung zuständigen Stellen bestimmt. Das Gesetz beschränkt sich dabei auf die wichtigsten Akteure, ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu wollen.

*Kommission zur Prüfung von Freiwilligkeit und Unentgeltlichkeit der Lebendspende (2. Abschnitt)*

Die Kommissionen sollen bei der Landesärztekammer gebildet werden, für die ihre Kompetenz und Sachnähe spricht. Für jedes bayerische Transplantationszentrum, das Lebendspenden durchführt (gegenwärtig München-Großhadern, München-rechts

der Isar, Regensburg, Erlangen/Nürnberg und Würzburg) sieht der Entwurf eine eigene Kommission vor. Eine solche dezentrale wohnortnahe Einrichtung der Kommissionen soll vor allem die Belastung für die Betroffenen möglichst gering halten. Diesem Ziel dient auch die bereits im Transplantationsgesetz vorgegebene Mindestzusammensetzung der Kommissionen aus drei Mitgliedern (eine in psychologischen Fragen erfahrene Person, ein Arzt, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt). Die Kommissionsmitglieder sollen eine angemessene Aufwandsentschädigung erhalten, die Teil der Kosten der Organbereitstellung ist.

#### *Anerkennung von Transplantationszentren (3. Abschnitt)*

Transplantationszentren sollen künftig, um Wildwuchs zu vermeiden und hohe Qualitätsanforderungen an die transplantierenden Kliniken durchzusetzen, einer Anerkennung durch das Gesundheitsministerium bedürfen.

#### *Einsetzung von Transplantationskoordinatoren und Transplantationsbeauftragten (4. Abschnitt)*

Nach dem Entwurf des Bayerischen Ausführungsgesetzes zum Transplantationsgesetz soll es künftig für jedes bayerische Transplantationszentrum mindestens einen hauptamtlichen Transplantationskoordinator geben. Zugleich soll jedes Krankenhaus mit Intensivbetten einen Transplantationsbeauftragten benennen. Koordinatoren und Beauftragte sollen eng zusammenarbeiten. Damit wird die Grundlage dafür geschaffen, Hindernisse für die Meldung potentieller Organspender abzubauen. Dies gilt sowohl innerhalb eines Krankenhauses als auch im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Transplantationszentrum. Mit der Regelung soll die Voraussetzung für verbesserte Organisationsabläufe bei der Organentnahme geschaffen werden und die Etablierung erfolgreicher Modelle, wie sie beispielsweise in Öster-

reich und in Spanien sowie teilweise bereits auch in Niedersachsen praktiziert werden, ermöglicht werden. Die Koordinatoren sind dabei Angestellte der bundesweit zu etablierenden Koordinierungsstelle nach § 11 Abs. 1 Satz 2 TPG, die Beauftragten werden von den betroffenen Krankenhäusern eingesetzt. Die Vergütung für die Koordinatoren und die Beauftragten soll aus den Transplantations-Fallpauschalen finanziert werden.

Das formelle Gesetzgebungsverfahren wird in allernächster Zeit

in die Wege geleitet. So bleibt zu Gunsten der ca. 2000 schwerkranken Patienten, die derzeit in Bayern auf die Übertragung eines Spenderorgans warten, zu hoffen, daß das Ziel des Gesetzes, nämlich die Steigerung des Organaufkommens in Bayern, tatsächlich erreicht werden kann.

Anschrift des Verfassers:  
Ministerialrat Karl Miserok,  
Bayerisches Staatsministerium  
für Arbeit und Sozialordnung,  
Familie, Frauen und Gesundheit,  
80792 München



Liebe Kollegin, lieber Kollege,

Organ- und Gewebeübertragungen gehören heute in Ländern mit hochentwickeltem Gesundheitswesen zum Standard der medizinischen Versorgung. Allein in Deutschland werden jährlich beispielsweise etwa 2300 Nieren, 560 Herzen, 760 Lebern und 4000 Augenhornhäute transplantiert (Quelle: BMG, 1998). Das sind beeindruckende Zahlen, vor allem, wenn man sich vergegenwärtigt, daß in jedem Fall das Leben eines Menschen gerettet oder eine schwere Krankheit weitgehend gelindert bzw. geheilt werden kann.

Doch auch in Deutschland stehen bekanntermaßen wesentlich mehr Patienten auf der Warteliste für eine Nierentransplantation, warten auf ein Spenderorgan für eine Herztransplantation oder hoffen auf eine Lebertransplantation, als transplantierbare Organe zur Verfügung stehen. Nicht wenige Patienten müssen wegen des Mangels an Spenderorganen vorzeitig sterben. Und das, obwohl für die Patienten in Deutschland über die Vermittlung der gemeinnützigen Stiftung Eurotransplant in Leiden/Niederlande nach wie vor mehr Spenderorgane aus den Nachbarländern zur Verfügung gestellt als von hier dorthin abgeben werden (1997 über 300).

Rechtssicherheit, Transparenz und Vertrauen sind Voraussetzungen für die Bereitschaft, nach dem Tod Organe zu spenden. Es ist zu hoffen, daß auf der Grundlage des am 1. Dezember 1997 in Kraft getretenen Transplantationsgesetzes (BGBl. 1 S. 2631) bei uns diese Bereitschaft zunimmt.

Es erscheint mir besonders wichtig, daß alle Ärztinnen und Ärzte diesen Gesetzauftrag ernst nehmen und zur Förderung des Transplantationsgedankens in die Tat umsetzen. Ich appelliere an Sie, meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, sich mit dem Gesetz zu befassen und die Transplantation von Organen in Ihr gesamttherapeutisches Konzept im Krankenhaus und in der Arztpraxis zu integrieren. Wir bemühen uns kamerseits den Transplantationsgedanken aufzubereiten und durch Informations- und Beratungsarbeit zu beleben. Deutschland muß aus der Rolle des größten Organimporteurs Europas herauskommen und endlich akzeptable Zahlen präsentieren, damit ein völlig inakzeptabler Transplantationstourismus, vornehmlich in die Länder der Dritten Welt, unterbleibt!

Um der Transplantationsmedizin die gebührende Aufgeschlossenheit zu verschaffen behandelt diese Ausgabe des Bayerischen Ärzteblattes das Thema Organspende schwerpunktmäßig.

Ihr

Dr. H. Hellmut Koch  
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

(Foto: Klaus Brenninger)

# Übersicht über Transplantationsmöglichkeiten

Dr. med. Hildegard Müller-Erhard

## Transplantation als Standardtherapie

Allogene Transplantationen von Organen sind heute etablierte und standardisierte Therapiemethoden. Transplantationen von Herz, Leber oder Lunge sind lebensrettend. Nieren- oder kombinierte Niere-Pankreas-Transplantationen können in erster Linie die Lebensqualität und die Gesundheit der Patienten entscheidend verbessern, darüber hinaus erhöhen sie aber auch die Lebenserwartung. Eine Transplantation bietet in der Regel die Möglichkeit der vollen sozialen Rehabilitation und kommt somit auch der Solidargemeinschaft zugute.

Der Traum, Organe oder Körperteile von einem auf ein anderes Individuum zu übertragen, ist seit Jahrtausenden Gegenstand zahlreicher Mythen in verschiedenen Kulturkreisen. Die Legende der Ärzte und Zwillingbrüder Cosmas und Damian verdeutlicht die auch im Frühchristen-



Dr. Hildegard Müller-Erhard

tum auftauchende Idee, ein krankes Körperteil durch ein gesundes zu ersetzen. Spätere bildliche Darstellungen zeigen, wie sie das kranke Bein eines Weißen durch das gesunde eines gerade verstorbenen Mohren ersetzen.

## Tierexperimente und Xenotransplantationen als Grundlage für die Entwicklung der modernen Transplantationsmedizin

Erste wissenschaftliche Versuche auf dem Gebiet der Transplantation sind zumindest für das 18. Jahrhundert belegt. Als Meilenstein gilt die erste technisch erfolgreiche heterotope Autotransplantation einer Hundeniere mit Anschluß an die Halsgefäße durch Emmerich Ullmann im Jahre 1902 in Wien.

Pioniere der Transplantationschirurgie versuchten seit der Jahrhundertwende im Tierexperiment neben autogenen (Empfänger und Spender identisch) auch allogene (Empfänger und Spender genetisch different, aber von derselben Spezies) und xenogene (zwischen Individuen verschiedener Spezies) Transplantationen verschiedener Organe oder Gewebe. Die Perfektionierung der Nahttechnik mit Entwicklung der direkten und fortlaufenden Gefäßnaht sowie die Erfindung der Patchtechnik zur Anastomosierung von Gefäßen (1902, Carrel, Lyon) brachten zumindest für die Nieren-Autotransplantate bei Tieren erste längerfristige Erfolge. Im Gegensatz dazu funktionier-

ten Allotransplantate wegen der immunologischen Barrieren nur kurzfristig. Die typischen Befunde der Abstoßung wurden damals schon in histologischen Untersuchungen solcher Transplantate beschrieben. Immunogenetische Faktoren wurden bereits 1912 (Schöne) als Ursache für die Abstoßungsreaktionen postuliert.

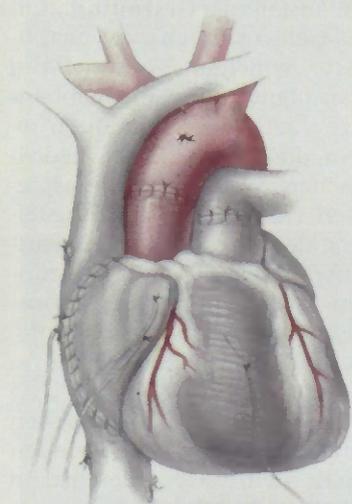
Die ersten Xenotransplantationen (von Nieren verschiedener Tierarten) bei Menschen sind für das Jahr 1906 belegt (Jaboulay). Die Transplantate nahmen allerdings nie Funktion auf.

## Erste Transplantationen von allogenen Organen beim Menschen

Der russische Chirurg Voronoy führte im Zeitraum von 1933 bis 1949 die ersten allogenen Transplantationen von Nieren Verstorbener auf Menschen durch, jedoch ohne jeden längerfristigen Erfolg. Nur für kurze Zeit funktionsfähig blieb 1953 das erste Lebendnieretransplantat.

Die erste längerfristig erfolgreiche Nierentransplantation beim Menschen gelang im Jahre 1954 der Gruppe um Murray in Boston bei eineiigen Zwillingbrüdern, die syngen waren, also identisch hinsichtlich ihrer Gewebeeigenschaften. Der Anschluß des Organs erfolgte, wie heute, retroperitoneal an die Iliakalgefäße des Empfängers, die ableitenden Harnwege wurden mittels Uretero-Neozystostomie wiederhergestellt.

Es folgten weitere Nierentransplantationen zwischen syngen-



Herz<sup>2)</sup>

<sup>2)</sup> Abbildungen mit freundlicher Genehmigung aus Breitner: Chirurgische Operationslehre, Band 12, 1996, Urban & Schwarzenberg, München

nen Zwillingen. Durch deren Gelingen konnten wesentliche Erkenntnisse über operative Technik, Langzeitverlauf sowie gesundheitliche Rehabilitation von chronisch urämischen Patienten nach Transplantation gewonnen werden.

Ende der fünfziger bis in die sechziger Jahre hinein wurde als immunsuppressive Maßnahme bei allogenen Nierentransplantationen die Ganzkörperbestrahlung eingesetzt – mit der Nebenwirkung einer nach etwa zwei bis drei Wochen folgenden Knochenmarkaplasie, weshalb die meisten Patienten an infektiösen Komplikationen verstarben.

Die Einführung weniger gefährlicher chemischer Immunsuppressiva (6-Mercaptopurin und Azathioprin) mit zytostatischer Wirkung (Hemmung der Lymphozyten-Aktivierung) Ende der fünfziger Jahre verschaffte der Nierentransplantation schließlich klinische Bedeutung. Als zweite Säule der Immunsuppression wurden Steroide eingeführt.

Mit Verfeinerung der chirurgischen Technik, mit zunehmender Kenntnis und Berücksichtigung der immunologischen Zusammenhänge und Gründe für eine Organabstoßung (ABO-Blutgruppen-System, HLA = human leucocyte antigen-System, Vorhandensein präformierter zytotoxischer Antikörper), mit Einsatz immunsuppressiver Substanzen seit Ende der fünfziger Jahre, sowie von Antilymphozytenglobulin in den sechziger Jahren wurden weitere erfolgreiche und spektakuläre Organtransplantationen beim Menschen durchgeführt: Die der Leber 1967 (Starzl, Denver), im gleichen Jahr die des Herzens (Barnard, Kapstadt). Die erste über einen längeren Zeitraum erfolgreiche kombinierte Niere-Pankreas-Transplantation ge-

lang mit Änderung der Technik 1971 (Gliedmann, New York), jedoch erst 1981, in der Ära des neuen Immunsuppressivum Cyclosporin A, gelang die erste kombinierte Herz-Lungen-Transplantation (Reitz, Stanford). Auch einseitige und doppelseitige Lungentransplantationen konnten jetzt mit Erfolg durchgeführt werden. Im letz-

**Erste erfolgreiche allogene Transplantationen**

1905	Cornea	Zirm (Olmütz)
1954	Nieren-Lebendspende (syngen)	
1967	Leber	Murray (Boston)
1967	Herz	Starzl (Denver)
1967	Pankreas	Barnard (Kapstadt)
1968	Knochenmark (klinisch)	Kelly/Liehei (Minneapolis)
1971	kombiniert Pankreas/Niere	Good (Minneapolis)
1981	kombiniert Herz/Lungen	Gliedmann (New York)
1983	Lunge	Reitz, Shumway (Stanford)
1988	Splitleber	Cooper (Toronto)
1989	(multi-)viszerale Organe	Pichlmayr (Hannover)
90er Jahre	Inselzellen	Margreiter (Innsbruck)
1996	vaskularisiertes Kniegelenk	Hofmann (Murnau)
1998	Hand und Unterarm	Dubernard, Owen (Lyon)

ten Jahrzehnt sind Übertragungen von Dünndarm bei konservativ nicht behandelbarem Kurzdarmsyndrom (hier auch Lebendsegmentspende) hinzugekommen sowie multiviszerales Transplantationen bei speziellen und seltenen Indikationen (erstmalig 1989 Margreiter, Innsbruck, mit längerfristigem Erfolg beim Erwachsenen).

Die Erfolgsraten aller Organtransplantate konnten seit den achtziger Jahren mit Einführung des Pilzmetaboliten Cyclosporin A entscheidend verbessert werden, welcher die Aktivierung zytotoxischer T-Zellen durch Hemmung der Zytokinsynthese verhindert. Weitere immunsuppressive Substanzen und Antikörper wurden in der Folge eingesetzt oder sind in Erprobung, um selektiver die Stimulation von B- und T-Lymphozyten zu hemmen bzw. die Überleitung von Signalen an Schaltstellen der immunologischen Interaktionen zu blockie-

ren. Neue Strategien zielen auf eine spezifische und individuelle Langzeit-Toleranzentwicklung des Immunsystems gegenüber den Spenderantigenen, um letztlich die Immunsuppression mit ihren unerwünschten Wirkungen überflüssig zu machen.

**Hirntodfeststellung als unerlässliche Voraussetzung für jede Organ- und Gewebeentnahme bei toten Spendern**

Begünstigt wurde die Transplantation allogener menschlicher Organe durch die Entwicklung der künstlichen Beatmung in der Intensivmedizin, wodurch das Phänomen des vom Ausfall der anderen Organe getrennten Hirntodes erst praktische Bedeutung erhielt. Der Hirntod wurde erstmals 1959 in der wissenschaftlichen Literatur durch Mollaret und Goulon (Frankreich) dargestellt (coma dépassé). Innerhalb kurzer Zeit wurde weltweit durch die medizinischen Fachgesellschaften der Hirntod als Tod des Menschen anerkannt.

Im Dezember 1997 trat in Deutschland das Transplantationsgesetz in Kraft, das die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen und Geweben regelt. Voraussetzung für jede postmortale Organ- und Gewebespende ist die Feststellung des endgültigen, nicht behebbaren Ausfalls der Gesamtfunktion des Gehirns durch zwei qualifizierte, voneinander sowie vom Transplantationsteam unabhängige Ärzte nach Verfahrensregeln, die dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen (Richtlinien zur Feststellung des Hirntodes, dritte Fortschreibung 1997 mit Ergänzungen gemäß Transplantationsgesetz, Deutsches Ärzteblatt 9S, Heft 30, 24. Juli 1998).

Eine Entnahme von Geweben und Knochen ist noch Stunden nach dem Kreislaufstillstand möglich (bei der Cornea sogar bis 48 Stunden). Der Nachweis



Niere\*)

des Todes durch äußere sichere Todeszeichen impliziert das Vorliegen des Hirntodes.

Eine Entnahme von Organen oder Geweben ist nur erlaubt, wenn der Organspender selbst zu Lebzeiten – schriftlich oder mündlich – eingewilligt hat oder eine Zustimmung stellvertretend durch die nächsten Angehörigen vorliegt. Dabei ist der mutmaßliche Wille des Verstorbenen zu beachten.

## Die Möglichkeit der Lebendspende

Die Lebendspende eines Organs ist möglich bei paarigen Organen wie Niere und Lunge. Etabliert ist die Lebendspende einer Lungenhälfte durch Blutsverwandte. Bei Leber, Darm und Bauchspeicheldrüse können Übertragungen von Segmenten vorgenommen werden. Die Lebendspende von Lebersegmenten von Eltern auf Kinder wird in mehreren Zentren in Deutschland durchgeführt.

Seit einigen Jahren ist ein steter Anstieg der absoluten Zahl und des Anteils der Lebendspenden an den Nierentransplantationen in Deutschland zu verzeichnen: 1994 (78) 4 %, 1995 (83) 3,9 %, 1996 (129) 6,4 %, 1997 (279) 12,4 %, 1998 (343) 14,6 %. Eine weitere Steigerung ist zu erwarten, da das Transplantationsgesetz den Kreis der potentiellen Spender über den der Blutsverwandten 1. und 2. Grades hinaus auf den der emotional Nahestehenden erweiterte. Gesetzlich gefordert ist bei jeder Lebendspende die Volljährigkeit des Spenders sowie die Prüfung seiner gesundheitlichen Eignung, der Uneigennützigkeit und der Freiwilligkeit der Spende.

## Klare Indikationsstellung für eine Transplantation

Aus anfänglich klinischen Experimenten entwickelte sich die Transplantationsmedizin zu einer anerkannten Behandlungsmethode mit kalkulierbarem Ri-

siko und klarer Indikationsstellung:

Die Indikation bei allen Transplantationen ist die Terminalisierung der Funktion des betreffenden Systems.

Auf Kontraindikationen bzw. generelle Kriterien der Transplantabilität kann hier nicht eingegangen werden.

Bei der Nierentransplantation ist die Indikation in einer bestehenden oder kurz bevorstehenden chronischen Dialysepflicht zu sehen. Als Haupterkrankungen liegen zugrunde: Glomerulonephritis, interstitielle Nephritis, Zystennieren, Diabetes mellitus Typ I und II, Nephrosklerose infolge Hypertonie, Systemerkrankungen, Zustand nach bilateraler Nephrektomie.

Eine Lebertransplantation ist indiziert bei einem fortgeschrittenen chronischen Leberversagen, wenn alle Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, und bei einem akuten Leberversagen. Folgende Erkrankungen liegen dem chronischen Leberversagen zugrunde: Gallenwegserkrankungen (primär biliäre Zirrhose, primär sklerosierende Cholangitis, Gallengangsatresie), Leberparenchymschäden (Autoimmunhepatitis, chronische Hepatitis B und C, kryptogene Zirrhose, alkoholtoxische Zirrhose), Stoffwechselerkrankungen (u. a. M. Wilson, Hämochromatose), Neoplasien (hepatozelluläres Karzinom mit/ohne Zirrhose, Metastasen neuroendokriner Tumoren, zentrales Gallengangskarzinom, Klatskin-Tumor), sowie Sonderformen wie Budd-Chiari-Syndrom, Lebertrauma, Zystenleber oder Echinococcus alveolaris. Beim akuten Leberversagen auf dem Boden einer schwersten akuten Hepatitis, einer Vergiftung oder anderer Gründe muß abgeschätzt werden, ob durch intensivmedizinische Maßnahmen eine Erholung abgewartet werden kann, allerdings bei hohem Sterberisiko.

Bei der Herztransplantation wird als Indikation die termina-

le, medikamentös refraktäre Herzinsuffizienz (NYHA III oder IV) genannt, wobei die Kenntnisse über die terminale Herzinsuffizienz und ihre unter Umständen konservativen Behandlungsmöglichkeiten noch keineswegs als gesichert gelten. Grunderkrankungen sind: Dilatative Kardiomyopathie (idiopathisch/ kongestiv, viraler Genese, Zustand nach Herzklappenoperation), ischämische Kardiomyopathie, die konventionell nicht mehr angebar ist (diffuse KHK, ausgedehnte Myokardinfarkte, mehrfache Bypassoperationen), hypertrophe obstruktive Kardiomyopathie, restriktive Kardiomyopathie, komplexe kongenitale Herzfehler ohne Eisenmenger-Reaktion, intractable ventrikuläre Herzrhythmusstörungen, Herztumoren.

Bei der Lungentransplantation gilt als Indikation das Endstadium eines Mono-Organversagens nach Ausschöpfen aller medikamentösen Therapiemöglichkeiten mit rascher Progredienz, Sauerstoffabhängigkeit und einer Lebenserwartung unter zwölf bis 18 Monaten. Als Grunderkrankungen sind zu nennen: Parenchymale Lungenerkrankungen (Lungenfibrose, Lungenemphysem, zystische Fibrose), sowie vaskuläre Lungenerkrankungen (primär pulmonale Hypertension, Eisenmenger-Komplex). Die Wahl des Verfahrens, ob einseitig oder zweiseitig, hängt davon ab, ob eine chronische infektiöse Erkrankung vorliegt oder nicht.

Herz-Lungen-Transplantationen en bloc werden bei irreversiblen Erkrankungen beider Organe durchgeführt. Dies kann ein primär kardiales Leiden (Eisenmenger-Reaktion nach Linksrechts-Shunt bei kongenitalen Anomalien, Pulmonalatresie, Fallotsche Tetralogie, Klappenerkrankungen) oder ein pulmonales Leiden mit cor pulmonale (primäre pulmonale Hypertension, Fibrose, Emphysem, chronische Bronchitis, zystische Fibrose, multiple Lungenembolien) sein.

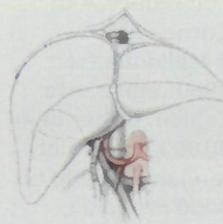
Eine Indikation für eine Pankreastransplantation wird der-

## Organspende

Schenken Sie Leben.



Niere – Pankreas (Anschluß an den Dünndarm)<sup>1)</sup>



Leber<sup>2)</sup>

zeit in der Regel bei Typ I-Diabetikern oder bei Typ II-Diabetikern mit sekundärem Insulinmangel sowie fehlendem Nachweis von C-Peptid, jeweils mit Spätsyndrom (Retinopathie, Neuropathie, Nephropathie), gesehen, und zwar in Kombination mit einer Nierentransplantation (bei präterminaler oder terminaler Niereninsuffizienz). Eine Sonderregelung für eine alleinige Pankreastransplantation kann bei einer anderen schweren unbeeinflussbaren diabetischen Komplikation getroffen werden, unter anderem auch bei einem hyperlabilen Diabetes, wobei die potentielle Nephrotoxizität der Immunsuppressiva in Kauf genommen werden muß. Auch ein pankreopriver Diabetes (Typ III) kann als Indikation zur alleinigen Pankreastransplantation gelten.

Ähnlich stellt sich die Indikation zur **Inselzelltransplantation**: Diese wird simultan mit einer Nierentransplantation vom gleichen Spender bzw. nach einer bereits früher erfolgten Nierentransplantation oder zusammen mit einer anderen Organtransplantation bei denjenigen Patienten angewendet, die keine Pankreastransplantation wünschen bzw. aus gefäßtechnischen Gründen oder wegen eines zu hohen allgemeinen Risikos dafür nicht in Frage kommen. Nur experimentell wurde bisher die Inselzelltransplantation bei Patienten mit normaler Nierenfunktion bei zusätzlich schwerer autonomer Neuropathie oder schwerster Hypoglykämie-Wahrnehmungsstörung durchgeführt.

Bei der **Corneaübertragung** gelten als Hauptindikationen: Primäre Hornhautdystrophien (Keratokonius, manifest zwischen dem 20. bis 40. Lebensjahr, Fuchssche Dystrophie im höheren Alter), sekundäre bullöse Keratopathien (nach intraokulären Eingriffen), infektiöse Erkrankungen (Herpes, Bakterien, Amöben usw.), Narben nach Verletzungen (eher eine Rarität) und Tumoren.

## Steigende Zahl der Wartenden

Mit zunehmenden Erfolgsraten sowie breiterer Indikationsstellung sind auch die Zahlen der auf eine Transplantation wartenden Patienten in den letzten Jahren

	nach 1 Jahr	nach 5 Jahren
<b>Niere</b>		
Postmortale Spende	85 bis 90 %	60 bis 70 %
Lebendspende	90 bis 98 %	70 bis 80 %
<b>Leber</b>		
elektiv	80 %	65 %
high urgency	70 % perioperativ	60 %
<b>Herz</b>	85 %	65 %
<b>Lunge(n)</b>	73 %	60 %
<b>Pankreas</b>	80 %	60 %
<b>Inselzellen</b>		
simultan mit Niere	75 %	-
nach Niere	55 %	-

(vollständige Insulinfreiheit: bei 20 %)

stark angestiegen. Hingegen konnten die jährlichen Transplantationsraten in den letzten Jahren nicht weiter gesteigert werden. Der Mindestbedarf an Herzen läge in Deutschland bei etwa 1000 pro Jahr, realisiert wurden 1998 nur 542 Herztransplantationen. Bei der Lunge läge der Bedarf bei 200, dagegen wurden nur 131 realisiert. Bei der Leber würden ca. 1000 Organe pro Jahr benötigt, realisiert wurden 722, davon 25 als Lebendspende eines Lebersegmentes. Beim Pankreas rechnet man mit einem jährlichen Bedarf von 600, nur 183 Organe wurden übertragen. Bei der Niere läge der Bedarf an Transplantationen bei 4000 pro Jahr, hingegen konnten nur 2340 durchgeführt werden, davon 343 als Lebendspende. Etwa 6000 Corneae würden pro Jahr benötigt, im letzten Jahr konnten lediglich ca. 3000 übertragen werden.

Am Stichtag 31. Dezember 1998 (nur transplantable Patienten wurden gezählt) warteten über 10 000 Patienten in Deutschland auf ein Organ, allein über 9000 auf eine Niere (110/1 Million Einwohner). Die mittlere Wartezeit auf eine Niere beträgt vier bis fünf Jahre.

## Tod auf der Warteliste

Die Mortalität der neu zur Nierentransplantation angemeldeten Dialysepatienten liegt bei etwa 2,5 % pro Jahr und ist doppelt so hoch wie die nach einer Nierentransplantation im Vergleichszeitraum des ersten Jahres, wobei die Mortalität in der Frühphase nach Transplantation am höchsten ist.

Für die Patienten, die an einer terminalen Erkrankung eines Organs leiden, für welches keine längerfristige Überbrückungsmöglichkeit besteht, bedeutet der Mangel an Organen den Tod. Die Mortalität auf der Leberwarteliste liegt seit Jahren konstant bei 10 %, bei den

Highurgency-Patienten bei 20 %. Bei Herzkranken liegt die Mortalität bei 24 % aller Neuanmeldungen, bei Herz-Lungenkranken bei 36 %, bei Lungenkranken bei 31 %.

In den letzten fünf Jahren starben in Deutschland 3847 Patienten auf der Warteliste.

Im Jahr 1998 starben im Schnitt täglich zwei bis drei Patienten in der Wartezeit auf eine Transplantation: In der Wartezeit auf ein Herz 219, auf Herz-Lunge 19, auf eine Lunge 49, auf eine Leber 142, auf ein Pankreas 15, auf eine Niere 347 Patienten. 304 Patienten mußten wieder von der Nierenwarteliste genommen werden, da ihr Zustand inzwischen zu schlecht für eine Transplantation war.

## Alternativen sind äußerst beschränkt

Eine Linksherzinsuffizienz kann durch ein mechanisches System (Kunstherz extra- oder intrakorporal) eine Zeitlang, bis zur eventuellen Erholung des Herzmuskels, überbrückt werden. Für das Leberversagen gibt es, vergleichbar mit der „künstlichen Niere“ bei Nierenversagen, keine längerfristig praktikable Alternati-

### Funktions-/Überlebensraten

### Weltweite Transplantationen (deutsche Zahlen)

**Niere über 300 000 (über 37 000),  
Leber über 25 000 (über 6000),  
Herz über 30 000 (über 5000),  
Lunge über 5000 (etwa 800),  
Pankreas über 7000 (über 900),  
Cornea über 2 Millionen (seit 1980 registrierte Zahlen, bisher über 40 000, in den letzten Jahren 3000 bis 4000 pro Jahr).**

ve. Extrakorporale Biosysteme mit humanen Leberzellkulturen können allenfalls einen kurzen Zeitraum bis zur Lebertransplantation überbrücken. Die Teilung einer Leber (Split-Leber) für zwei Empfänger ist nur in begrenztem Umfang durchführbar. Die Lebend-Lebersegmentspende durch Blutsverwandte kommt nur für wenige in Frage. Für die Lunge befindet sich der künstliche Ersatz durch extrakorporale Membranoxygenation im experimentellen Stadium und ist allenfalls für passagere Lungenfunktionsausfälle (ARDS) bei Erwachsenen geeignet oder für Neugeborene mit Lungenversagen bis zur Entfaltung der Lunge. Die Lebendspende einer Lunge ist nur in Einzelfällen indiziert und machbar. Eine leichte Steigerung der zur Verfügung stehenden Nieren von hirntoten Spendern konnte bereits mit Toleranz auch sogenannter „marginale“ Spender (höheres Spenderalter, Vorerkrankungen usw.) und der technischen Möglichkeit der Doppelnierentransplantation (zwei Nieren eines Spenders auf einen Empfänger nach bioptischer Einschätzung der Organqualität) erzielt werden. Ein Anstieg des Anteils der Lebendnierenspenden an den Nierentransplantationen auf 30 bis 40 % wird für die nächsten Jahre prognostiziert, jedoch wird dadurch der Mangel an postmortalen Spenderorganen keinesfalls ausgeglichen. Die Vielschichtigkeit der medizinischen, juristischen und psychologischen Problematik der Lebendspende läßt kontroverse Diskussionen nicht nur in der Fachwelt aufkommen. Eine „arte-ficial cornea“ befindet sich noch im experimentellen Stadium.

## Gibt es einen anderen Ausweg?

Weltweit wird fieberhaft auf dem Gebiet der Xenotransplantation gearbeitet. Abgesehen von prinzipiellen und differenzierten physiologisch-biochemischen und anatomischen Unterschieden zwischen menschlichen und tierischen Organen, die jeweils organspezifisch sind,

## Organspende

Schenken Sie Leben.

stehen nach Ansicht von Experten hauptsächlich folgende Schwierigkeiten im Wege: In erster Linie das immunologische Problem der hyperakuten Abstoßung des artfremden Organs durch präformierte humorale Xenoantikörper sowie die Gefahr neuer Seuchen durch Übertragung pathogener Organismen auf den Menschen oder durch Rekombination von Retroviren im Menschen. Prognosen, ob und wann der Einsatz transgener Tierorgane realistisch ist, können derzeit nicht getroffen werden. Von Fachleuten werden die Chancen am ehesten noch bei der Übertragung von Inselzellen, Nieren und Herz gesehen. Andere Wege können möglicherweise in der Entwicklung von funktionsfähigen Zellen aus der Vorläufer- oder Stammzelle beschritten werden, sowie in der gentechnologischen Herstellung zum Beispiel von insulinproduzierenden Zellen.

## Organspende als ärztliche Gemeinschaftsaufgabe

Ärzte jeder Fachrichtung könnten sich durch Aufklärungsarbeit für eine noch größere Akzeptanz der postmortalen Organspende in der Bevölkerung einsetzen. Die Ablehnungsquote bei potentiellen Organspendern ist seit Jahren stabil um die 30 %.

Intensivmediziner könnten in Seminaren (E.D.H.E.P., The European Donor Hospital Education Programme), die von der Deutschen Stiftung Organtransplantation vermittelt werden,

ihr Einfühlungsvermögen und ihre Kommunikationsfähigkeit im Umgang mit trauernden Angehörigen schulen, um im richtigen Moment und in angemessener Weise die Frage nach der Organspende zu stellen.

Durch eine optimale Zusammenarbeit der verantwortlichen Intensivmediziner mit den Transplantationskoordinatoren in den Transplantationszentren bei Identifizierung, Meldung und Konditionierung von potentiellen Organspendern könnten die Zahlen durchaus noch verbessert werden. Die Mitwirkung der Krankenhäuser bei der Realisierung von Organspenden wurde vom Gesetzgeber als verpflichtend angesehen und ist Teil des Versorgungsauftrages der Krankenbehandlung. Ein Jahr nach Inkrafttreten des Transplantationsgesetzes ließ sich immerhin eine leichte Steigerung der Organspenden in Deutschland um 3 % verzeichnen. Dennoch rangiert Deutschland im internationalen Vergleich immer noch am unteren Rand der Skala mit 13,5 Organspendern pro Million Einwohner (Bayern 12,9). Durch eine Steigerung nur um 20 bis 30 % wäre immerhin die Versorgung der jährlich zur Transplantation neuangemeldeten Patienten gewährleistet.

### Literatur bei der Verfasserin

Anschrift der Verfasserin:  
Dr. med. Hildegard Müller-Erhard, Anästhesistin, Internistin, Transplantations-Koordinatorin, Deutsche Stiftung Organtransplantation, Organisationszentrale am Transplantationszentrum der Universität Erlangen-Nürnberg, Breslauer Str. 201, 90471 Nürnberg

### Organspendeausweis (Vor- und Rückseite)

**Organspendeausweis**  
nach § 2 des Transplantationsgesetzes

**Organspende**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

**BZgA** Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

**Organspende** schenkt Leben.

Kostenlos Ausdrucken erhalten Sie beim Arbeitskreis Organspende unter der Tel.-Nr. 0130 / 97 40 40

Für den Fall, daß nach meinem Tod eine Spende von Organen/Geweben in Frage kommt, erkläre ich:

JA, ich gestatte, daß nach der ärztlichen Feststellung meines Todes meine(n) Körper Organe und Gewebe zur Transplantation entnommen werden.

JA, ich gestatte dies, mit Ausnahme folgender Organe/Gewebe:

JA, ich gestatte dies, jedoch nur für folgende Organe/Gewebe:

NEIN, ich widerspreche einer Entnahme von Organen oder Geweben zur Transplantation.

Ich habe die Entscheidung übertragen auf:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Anmerkungen/Besondere Hinweise

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Nierentransplantation an der Schwelle eines neuen Jahrtausends: Beginn der postimmunologischen Ära!

Professor Dr. med. Walter Land

1954 wurde in Boston/USA die erste erfolgreiche Nierentransplantation zwischen eineiigen Zwillingen durchgeführt.

45 Jahre danach ist diese chirurgische Behandlungsmethode beim terminalen Nierenversagen zu einem äußerst erfolgreichen, etablierten Therapieverfahren herangereift.

Die operative Technik ist standardisiert, die akute irreversible Transplantatabstoßung wird nahezu vollkommen beherrscht, Todesfälle nach Transplantation sind zu einer Seltenheit geworden. Dies alles hat dazu geführt, daß in zunehmender Weise Nierentransplantationen auch bei Risikopatienten durchgeführt werden, zum Beispiel bei Patienten in hohem Lebensalter, über 70 Jahre.

Das schon seit langem bekannte Hauptproblem besteht jedoch nach wie vor: ein eklatanter Mangel an geeigneten Spenderorganen, der dazu geführt hat, daß derzeit über 10000 chronisch Nierenkranke in Deutschland auf den Wartelisten der Transplantationszentren stehen. Darüber hinaus „drückt der Schuh aber auch noch an einer anderen Stelle“: die Langzeitergebnisse nach Nierentransplantation sind bei weitem nicht zufriedenstellend!

Beide Problemkreise sind im deutschen Transplantationsgesetz jedoch angesprochen, eine Tatsache, die zu der berechtigten Hoffnung Anlaß gibt, daß die vom Gesetzgeber beabsichtigten Verbesserungen auf beiden Ge-

bieten recht bald zum Tragen kommen. Im folgenden wird im Rahmen des knapp verfaßten Artikels auf diese Punkte nochmals eingegangen.

## Organspende

### Postmortale Organspende

Leider muß festgestellt werden, daß Deutschland auf dem Gebiet der postmortalen Organspende weiterhin als Entwicklungsland bezeichnet werden muß. Zu Beginn dieses Jahres ist die Zahl von Organspendern hier nochmals um nahezu 30 % rückläufig! Während in Spanien derzeit 32 Spender pro eine Million Einwohner notiert werden, sind es in Deutschland lediglich 13 Organspender pro Million Einwohner.

Die in den letzten Jahren deutlich gesunkene Bereitschaft der Bevölkerung zur Organspende nach dem Tode – unter anderem geschürt durch Abspielen von Horrorfilmen und emotional geführten Talkshows im deutschen Fernsehen, in denen die Fakten der postmortalen Organspende zum Teil völlig falsch und unsachlich dargestellt wurden –, sowie die weiterhin nicht ausreichenden Meldungen von Spendern aus den Krankenhäusern mit Intensivstationen haben wohl in erster Linie zu diesem besorgniserregenden Resultat beigetragen.

Zu hoffen ist, daß das Deutsche Transplantationsgesetz (TPG) hier doch noch einen positiven Beitrag zu leisten vermag, in dem in § 2, Absatz 1 zu einer breiten

positiven Aufklärung der Bevölkerung aufgerufen wird, und in § 11, Absatz 4 eine ausdrückliche Verpflichtung der Krankenhäuser zur Meldung von Organspender ausgesprochen ist.

Die im Entwurf eines Bayerischen Ausführungsgesetzes zum TPG (Artikel 7 und 9 – siehe Seite 271 f.) vorgesehene Etablierung von Transplantationsbeauftragten in jedem Krankenhaus mit Intensivstation ist in diesem Zusammenhang ausdrücklich zu begrüßen.

Darüber hinaus sollten meines Erachtens über die Kassen genügend finanzielle Anreize für die Krankenhäuser bei der postmortalen Organentnahme geschaffen werden, damit diese Operationen für die Verwaltungsdirektionen nicht zu kostenintensiv werden. So weiß man inzwischen, daß gerade dieser Punkt in zufriedenstellender Weise in Spanien geregelt ist und wohl das „Geheimnis“ der recht effizienten postmortalen Organspende in diesem Land darstellt.

Auch sollte meines Erachtens die Gesellschaft den Akt der postmortalen Organspende offizieller würdigen und anerkennen, zum Beispiel durch Einführung eines „Spenderbegräbnisses“, in dem des verstorbenen Organspenders von staatlicher Seite her in besonderer Weise gedacht wird.

Daß die Kosten des Spenderbegräbnisses von den Krankenkassen der Empfänger übernommen werden sollten, versteht sich eigentlich von selbst.



Professor Dr. med. Walter Land

# Lyme-Borreliose

S a t e l l i t e n s y m p o s i u m

VIII International Conference on  
Lyme Borreliosis and other  
Emerging Tick-Borne Diseases



Munich, Germany

June 20-24, 1999

Organizers: B. Wilske  
                  H.-W. Pfister  
Secretary: 089/51605242

## Aktuelle Aspekte zur Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose

Wissenschaftliche Referenten:

Fingerle · Hofmann · Burmester · Krause

Grünenthal Satellitensymposium  
Mittwoch, 23. Juni 1999 · 17:30-19:30 Uhr  
Hilton am Tucherpark, München

Anmeldung:  
Grünenthal GmbH · Otto-Hahn-Straße 21 · 85221 Dachau  
Tel.: 08131/21036/37 Fax: 08131/21228

Grünenthal GmbH  
Referat Infektiologie · Postfach 50 04 44 · D-52088 Aachen · [www.grunenthal.com](http://www.grunenthal.com)

Herzlich  
Willkommen

## Lebendspende

Seit der anonymen Lebendspende des Transplantationschirurgen Professor Dr. Jochem Hoyer im Jahre 1997 an unserem Zentrum – der damit ein positives Signal zur Lebendspende setzen wollte – ist die Zahl der Lebendspende-Nierentransplantationen in Deutschland erfreulich gestiegen.

Im Jahr 1998 betrug der Anteil der Lebendspende-Nierentransplantationen bei allen Nierenverpflanzungen in Deutschland bereits 15,4 %.

Hervorzuheben ist hier, daß das TPG unter bestimmten Voraussetzungen auch die nicht-verwandte Lebendspende zuläßt (§ 8, Absatz 4): „... Die Entnahme von Organen, die sich nicht wieder bilden können, ist darüber hinaus nur zulässig zum Zwecke der Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, Verlobte oder andere Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen ...“

Dem Mißbrauch der Lebendspende tritt der Gesetzgeber durch Einrichtung einer Kommission als Kontrollorgan entgegen. Das Gesetz erlaubt ab 1. Dezember 1999 die Lebendspende nur noch wenn eine „... nach Landesrecht zuständige Kommission gutachterlich dazu Stellung genommen hat, ob begründete tatsächliche Anhaltspunkte dafür vorliegen, daß die Einwilligung in die Organspende nicht freiwillig erfolgt oder das Organ Gegenstand verbotenen Handelstreibens nach Paragraph 17 ist. Der Kommission muß ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist noch Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und eine in psychologischen Fragen erfahrene Person angehören. Das Nähere, insbesondere zur Zusammensetzung der Kommission, zum Verfahren und zur Finanzierung, wird durch Landesrecht bestimmt ...“ (TPG, § 8, Absatz 3).

Auf dem Gebiet der Lebendspende bestechen aus medizinischer Sicht die ausgezeichneten Früh- und Spätergebnisse, die bei Transplantation von Nieren von gesunden Personen erzielt werden, auch wenn – wie bei der nicht-verwandten Lebendspende – die Gewebeverträglichkeit zwischen Spender und Empfänger zumeist nicht gut ist.

So beobachteten wir an unserem Zentrum in einer Serie von derzeit 106 verwandten/nicht-verwandten Lebendspende-Nierentransplantationen eine Vierjahres-Transplantat-Überlebensrate von > 98 %, dabei kam es bisher zu keinem durch eine Abstoßung bedingten Transplantatverlust. Alle Spender und Empfänger sind wohlauf.

Unter Einhaltung der ethischen Grundpfeiler wie altruistischer Motivation und genuiner Freiwilligkeit beim Organspender – die natürlich hinreichend dokumentiert sein müssen – wird die Lebendspende-Nierentransplantation im Hinblick auf die überzeugenden klinischen Ergebnisse in Zukunft in Deutschland sicherlich weiter zunehmen.

## Ergebnisse, insbesondere Langzeitergebnisse

Während unter Anwendung neuerer immunsuppressiver Medikamente (neben Ciclosporin, Tacrolimus und Mycophenolate Mofetil) die Ergebnisse im ersten Jahr nach Transplantation erfreulicherweise um 80 % bis 90 % liegen (= Einjahres-Transplantatüberlebensrate) – diese Resultate werden zumeist gefeiert –, müssen die Langzeitergebnisse nach Nierentransplantation weiterhin als nicht zufriedenstellend angesehen werden.

Nach erfolgreichem ersten Jahr beobachten wir leider immer noch einen stetigen chronischen Transplantatverlust, der mit jährlich ca. 5 % zu Buche schlägt (Halbwertszeit – zehn Jahre). Ursache ist hier das chronische Transplantatversagen –

histologisch durch eine im Zeitraffer ablaufende Arteriosklerose in den Transplantatarterien charakterisiert, verbunden mit Fibrosierung und chronischer Entzündung des Transplantats –, das derzeit die häufigste Ursache für einen Transplantatverlust darstellt.

Nach derzeitigen Kenntnissen scheint es sich hier um ein multifaktorielles Geschehen zu handeln, bei dem nicht nur immunologische, sondern auch nicht-immunologische, Antigen-unabhängige Faktoren eine Rolle spielen. Als Hauptrisikofaktoren wurde von unserer Arbeitsgruppe eine Reihe von Ereignissen erarbeitet und erstmals publiziert: ein hohes Spenderalter, der postischämische Reperfusionsschaden, Inzidenz akuter Abstoßungskrisen, sowie das Auftreten von Cytomegalie-Erkrankungen (daneben wurden mittlerweile noch weitere Risikokonstellationen wie zum Beispiel hohe Blutfette erkannt). Nichtsdestoweniger muß man eingestehen, daß die klinische Forschung auf dem Gebiet des chronischen Transplantatversagens (Frühdiagnose, Strategien zur Verhütung/Therapie, u. a.) in den vergangenen Jahren keineswegs „blühte“.

Die eher schleppende Forschung jenseits des ersten Jahres nach Transplantation erklärt sich aus der Tatsache, daß die wissenschaftlichen Aktivitäten der Zentren sich nahezu ausschließlich auf die frühen Ereignisse/Komplikationen konzentrierten, die während des stationären Aufenthaltes nach Transplantation auftraten.

Klinische Forschung in den späteren Phasen war allein schon aufgrund der Tatsache erschwert, als der Patient nur kurzfristig und keineswegs immer regelmäßig im Rahmen ambulanter Vorstellungen am Transplantationszentrum gesehen wurde.

An dieser Stelle hat nun das deutsche Transplantationsgesetz (TPG) ein bemerkenswertes Sig-



**Organspende**  
Schenken Sie Leben.

nal gesetzt! So sind die Transplantationszentren unter anderem dazu verpflichtet (§ 10, Absatz 2, Nr. 6, TPG) „... nach Maßgabe der Vorschriften des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die auch einen Vergleich mit anderen Transplantationszentren ermöglichen, im Rahmen ihrer Tätigkeit nach diesem Gesetz durchzuführen; ...“

In der Tat hat das TPG Auswirkungen auf die geforderten Sorgfaltsmaßstäbe bei der Behandlung transplantierter Patienten; dies setzt unter anderem der rechtlich verantwortbaren Delegation von Behandlungsmaßnahmen bei transplantierten Patienten in den ersten Monaten und darüber hinaus Grenzen.

Das TPG hat in diesem Sinne für die Belange einer optimalen Nachsorge in seinem § 22 das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches geändert. Dort heißt es nun in der Neufassung des § 115 a, Absatz 2: „... Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen, bei Organübertragungen nach Paragraph 9 des Transplantationsgesetzes drei Monate nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung nicht überschreiten. Die Frist von 14 Tagen oder drei Monaten kann in medizinisch begründeten Einzelfällen im Einvernehmen mit dem einweisenden Arzt verlängert werden. Kontrolluntersuchungen bei Organübertragungen nach Paragraph 9 des Transplantationsgesetzes dürfen vom Krankenhaus (= hier ist das Transplantationszentrum gemeint!) auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung fortgeführt werden, um die weitere Krankenbehandlung oder Maßnahmen der Qualitätssicherung wissenschaftlich zu begleiten oder zu unterstützen ...“

Es besteht also zumindest während der ersten drei Monate die Vermutung des Gesetzgebers, daß eine adäquate Versorgung transplantierter Patienten – parallel zur Betreuung durch die einweisenden Ärzte – nur durch ihre primäre Versorgung durch

das Transplantationszentrum selbst gewährleistet ist und darüber hinaus, daß der Langzeiterfolg einer Transplantation nur durch Kontrolluntersuchungen am Zentrum auch nach Beendigung der nachstationären Behandlung garantiert ist, indem die weitere Krankenbehandlung durch die einweisenden, niedergelassenen Ärzte auf diese Weise wissenschaftlich begleitet oder unterstützt wird.

Der Gesetzgeber hat damit den Weg zu einer wissenschaftlich orientierten Nachsorge transplantierter Patienten durch das Transplantationszentrum geebnet und schafft so die Voraussetzung zur effizienten Forschung auf dem Gebiet frühdiagnostischer Verfahren und Strategien zur Verhütung/Therapie des chronischen Transplantatversagens, = also Forschung in der Spätphase nach Transplantation. Es bleibt zu hoffen und zu wünschen, daß die gesetzlichen Krankenversicherungen bereit sind, diese zentrale spezielle ambulante Nachbetreuung erfolgreich transplantierter Patienten auch ausreichend zu finanzieren.

Im positiven Fall geben diese Perspektiven dann Anlaß zu der Hoffnung, daß die intensivierten

Prophylaxe/Therapie des chronischen Transplantatversagens in Zukunft erfolgreicher sein wird und damit die Langzeitergebnisse nach Nierentransplantation verbessert werden. Eine weitere Kostenersparnis auf dem Gebiet der kostenintensiven Dialysebehandlung wäre dann erzielt worden.

## Beginn der post-immunologischen Ära der Organtransplantation

In den vergangenen 40 Jahren hat eindeutig die Immunologie als wissenschaftliche Grundlagendisziplin die Klinik der Organtransplantationen dominiert.

Ereignisse wie akute und chronische Abstoßungen von Transplantaten wurden ausschließlich als Folge immunologischer Reaktionen (zum Beispiel T-B-Zellkooperation) interpretiert. Unsere im Jahre 1994 erschienene Publikation klinischer Daten, die auf die große Bedeutung des postischämischen Reperfusionsschadens für das Kurzzeit- und Langzeitüberleben von Nierentransplantaten hinwies, war wohl der entscheidende Ausgangspunkt für die Entwicklung neuerer Vorstellungen in der Transplantologie. So diskutierten wir damals bereits die Möglichkeit, daß es die über freie Sauerstoffradikale vermittelte postischämische Reperfusionsschädigung der Transplantate ist, die zum Ingangkommen der Immunantwort gegen das fremde Organ führt oder zumindest maßgeblich beiträgt.

Mittlerweile häufen sich experimentelle und klinische Daten, die vermuten lassen, daß unspezifische, nicht-immunologische Faktoren, insbesondere Transplantat-schädigende Ereignisse im Umfeld der Operationen Ex- und Implantation des Organs, eine ebenso große Rolle im Hinblick auf Dysfunktion und Transplantatverlust spielen wie spezifische immunologische Vor-



### Fortbildung für Arzthelferinnen Ambulantes Operieren

vom 25. September bis 13. November 1999  
in Kulmbach

**Zeit:** samstags jeweils von 9 bis 18 Uhr und  
sonntags von 9 bis 16.05 Uhr

**Kursgebühr:** 700,- DM

**Voraussetzung:** Zweijährige Tätigkeit in einer Einrichtung oder mehreren Einrichtungen, die die Ankündigung „ambulantes Operieren“ oder „ambulante Operationen“ gemäß § 34 a Musterberufsordnung auf dem Praxisschild führt/führen. – Eine entsprechende Bescheinigung ist vom Arbeitgeber der Anmeldung beizufügen.

Anmeldung nur schriftlich oder per Fax an:  
Dr. R. Woischke, Luitpoldstraße 11, 95326 Kulmbach, Fax 0 92 21/6 62 54

gänge, ja diese sogar erst in Gang setzen!

In den kommenden Jahren wird sich dementsprechend die experimentelle und klinische Forschung auf jene unspezifischen nicht-immunologischen Mechanismen konzentrieren, die zum Untergang des Transplantats führen. Neuere Erkenntnisse

werden dann zu neuen Therapiestrategien in der Behandlung transplantierten Patienten führen.

Auf jeden Fall ist jetzt schon erkennbar, daß den Transplantationschirurgen, die für die Ereignisse im Umfeld von Explantation und Implantation der Organe hauptverantwortlich sind,



eine besondere, federführende Rolle in der zukünftigen Forschung und Patientenversorgung zukommen wird: der Beginn der postimmunologischen Ära ist angesagt!

## Ausblick

Alle diese Probleme des gegenwärtigen „Alltags“ in der Transplantationsmedizin werden jedoch von der Hoffnung überstrahlt, daß es in Zukunft gelingen könnte, erfolgreich Organe von Schweinen auf den Menschen zu übertragen.

In der Tat sind in letzter Zeit erhebliche Fortschritte auf diesem Forschungsgebiet erzielt worden. Ob es jedoch jemals gelingen wird, zum Beispiel Nieren von Schweinen auf den Menschen erfolgreich zu verpflanzen, ohne daß dabei die Patienten durch die zu verabreichende Immunsuppression ernsthaft gefährdet werden, und trotzdem lange Transplantatüberlebenszeiten erzielt werden, ist heute nicht mit Sicherheit abzusehen.

Immerhin ist es kürzlich gelungen, eine Transplantat-Überlebenszeit von bis zu 71 Tagen von Nieren transgener Schweine – auf Affen („Cynomolgus monkeys“) verpflanzt –, zu erzielen, und dies unter Anwendung gentechnologischer Manipulation des Spendertieres und starker immunsuppressiver Behandlung der Empfängertiere (die hier als „Ersatzempfänger“ für den Menschen fungierten).

Diese Ergebnisse müssen als bahnbrechender Fortschritt gewertet werden und lassen zumindest hoffen, daß vielleicht doch noch im Verlauf der nächsten fünf Jahre die ersten Schweineorgane erfolgreich auf den Menschen transplantiert werden können.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Walter Land,  
Leiter der Abteilung für Transplantationschirurgie in der Chirurgischen Klinik und Poliklinik, Klinikum Großhadern der LMU München,  
Marchioninistraße 15, 81377 München

## Arzneiverordnungen unter Budget – die Kehrseite der Success-Story?

Der Gesetzgeber hat sich entschieden. Für Bürokratie und Dirigismus und gegen alle Ansätze der Liberalisierung. Beispiel Arzneimittelbudget: Die gesetzliche Option, das Arzneimittelbudget durch eine Richtgrößenvereinbarung abzulösen – bis Ende letzten Jahres gab es sie noch. Der Freistaat Bayern war das einzige Bundesland, wo Kassen und KV gemeinsam Gebrauch von dieser Option gemacht haben. Und dies mit gutem Ergebnis, denn nirgendwo sonst waren die Steigerungsraten bei den Arzneiverordnungen niedriger als in Bayern. Daß die Kosten trotzdem leicht gestiegen sind, auch bei uns in Bayern, spricht nicht gegen die Richtgrößenvereinbarung, sondern für die Dinge dahinter. Schade, daß Nachdenklichkeit nicht einmal mehr den Rang einer politischen Sekundärtugend hat.

Die Steuerung durch Richtgrößen war maßvoll, gleichwohl für manchen Betroffenen schmerzlich. Dieser Mitverantwortung haben wir uns, wenn auch nicht mit fliegenden Fahnen, aber doch sehenden Auges gestellt. Der Vorteil: Das „Besondere“, um nicht den Routinebegriff „Praxisbesonderheit“ immer wieder zu strapazieren, blieb Teil des Versicherungsrisikos der Krankenkassen. Wirtschaftlichkeit in der Routine bei unbegrenzten Perspektiven für die Versorgung Schwerstkranker. Das war mehr als eine x-beliebige Steuerungsmethode. Das war das Bekenntnis zu einer echten Verantwortungsgemeinschaft ohne doppelten Boden.

Den haben wir jetzt. Denn die zweite Aufganglinie, das Verordnungsbudget über alle Ärzte, nimmt den Richtgrößen die tiefer liegende Rechtfertigung. Dem einzelnen Kassenarzt wird man aus Bonn/Berlin munter erklären, daß beispielsweise die Versorgung eines Transplantierten mit The-

rapiekosten von vielleicht über 10 000,- DM jährlich oder mehr kein Problem darstelle. Er könne es ja bei seiner Richtgrößenprüfung als Besonderheit geltend machen. Von der Budgethaftung aller Ärzte spricht man dabei tunlichst nicht. Und die jährlichen Therapiekosten nach Transplantation sind nur ein Teilaspekt. Denn die Warteliste hat sich innerhalb von zehn Jahren von ca. 6000 auf über 11 000 Menschen fast verdoppelt, auch wenn die aktuellen Transplantationszahlen dem noch nicht folgen. Zumindest der Gesetzgeber unternimmt ja seit einiger Zeit alle Anstrengungen, um diese Lücke endlich zu verkleinern. Und ob es nicht doch noch zu Xenotransplantationen mit noch höheren Arzneikosten kommt, wer weiß. Der Gemeinschaft der Ärzteschaft wird man schamhaft verschweigen, daß die Verantwortungsgemeinschaft aus GKV und Kassenärzten mit dieser Regelung erneut zer schlagen wurde. Die Ärzteschaft, nicht mehr die Krankenversicherung als Garant von Innovationen.

Was die Bilder alter Meister auszeichnet, ist ihr Detailreichtum. Jedes Detail ist sehenswert, oft werden sie einzeln kopiert. Aber das Gemälde entsteht doch erst in der Synopse. So ist es auch beim Verordnungsbudget. Jedes Details ist sehenswert, und trotzdem wird man es in Bonn/Berlin stets vom Tisch wischen. 250 Milliarden müssen schließlich reichen ...

Man argumentiert mit dem Zähler, ohne den Nenner zu beziffern. Plump, aber wirkungsvoll. Dies darf uns aber nicht davon abhalten, immer wieder sachlich und konkret auf die Dinge hinzuweisen. Wie hier am Beispiel der Transplantierten.

CT

# Zukünftige Entwicklung der Transplantationsmedizin

Professor Dr. med. Peter Neuhaus

Die Organtransplantation hat in der zweiten Hälfte unseres Jahrhunderts eine stürmische Entwicklung genommen. Nach intensiver experimenteller Forschung wurden vor mehr als 30 Jahren die ersten Nieren-, Herz- und Lebertransplantationen durchgeführt.

Nennenswerte Zahlen und nennenswerte Erfolge wurden aber erst nach Einführung des Cyclosporin A als Immunsuppressivum zu Beginn der achtziger Jahre erzielt. Danach stieg nicht nur die Erfolgsrate, sondern auch der Bedarf von Jahr zu Jahr. Die stetig größer werdende Diskrepanz zwischen der Anzahl potentieller Empfänger auf der Warteliste und der stagnierenden Anzahl von Organspendern beherrscht heute die öffentliche Diskussion und offenbart, wie in keinem anderen Bereich der Medizin, das Problem der Ressourcenverteilung und der individuellen ärztlichen Behandlungsverpflichtung.

## Organspende und Transplantationen

Während auf der Warteliste Ende 1998 10 000 Patienten für eine Nierentransplantation registriert waren, lag die Anzahl der Nierentransplantationen bei nur 2120 – damit genauso hoch wie im Durchschnitt der letzten zehn Jahre.

Konkret wurden in Deutschland 1998 13,4 Spenderoperationen pro eine Million Einwohner durchgeführt, in Spanien hingegen 31,5 pro eine Million Einwohner, also deutlich mehr als



Professor Dr.  
Peter Neuhaus

das Doppelte. Dies schlägt sich auch in der doppelt so hohen Nierentransplantationsfrequenz pro einer Million Einwohner in Spanien nieder. Die Zahlen reflektieren nicht unbedingt eine geringere Spendebereitschaft der deutschen Bevölkerung, sondern eher eine geringere Kooperationsbereitschaft der Ärzte und Krankenhäuser in Deutschland. Durch eine Verbesserung dieser Situation in der Zukunft könnte nicht nur die Anzahl der jährlichen Nierentransplantationen verdoppelt, sondern – wie in anderen Ländern – eine ausreichende Versorgung aller auf der Warteliste befindlichen Patienten realisiert werden.

## Lebendspende

Kompensiert wird der Mangel an Spenderorganen heute in zunehmendem Maße durch die Lebendspende, die sich in den letzten Jahren rasch entwickelt hat und heute schon mehr als 15 % der Nierentransplantationen in unserem Lande ausmacht. Als besonders erfreulich ist die zunehmende Zahl der Organspenden von Ehepartnern und anderen nahestehenden Personen zu bewerten, die vom Ergebnis her der Verwandten-Nierentransplantation gleichkommen und eine heute allgemein akzeptierte Form der Transplantation darstellen.

Dabei dürfen die durch die Lebendspende erlittenen Komplikationen und Schmerzen beim Spender nicht ausgeklammert werden. Ca. 20 % der Operationen sind durch leichtere Störungen kompliziert wie Wundinfek-

te, Pneumonien, Nachblutungen usw. Nicht verschwiegen werden darf, daß es auch Todesfälle nach Lebendnierenspende gibt, die zu einer besonders sorgfältigen Abwägung der Indikation mahnen. Erfreulich ist auf der anderen Seite, daß bei Langzeituntersuchungen über mehr als 20 Jahre nach erfolgreicher Nierenspende keine Funktionsstörungen und Funktionseinbußen der verbliebenen Niere im Vergleich mit einem gematchten Kontrollkollektiv festgestellt werden konnten. Proteinurie, Hypertonus, Kreatininwert und Kreatinin-Clearance waren bei den Lebendnierenspendern identisch mit ihren Kontrollpersonen.

Auch für Leberpatienten ist die Lebendspende heute in ersten Ansätzen realisierbar. Schon seit längerem werden linkslaterale Lebersegmente auf Säuglinge und Kleinkinder transplantiert, und seit einiger Zeit entwickelt sich nun auch die Lebendspende des etwa 60 % der Gesamtzellmasse umfassenden rechten Leberlappens zwischen Erwachsenen. Obwohl die bisherigen Erfahrungen noch gering sind und bereits über erste schwere Komplikationen berichtet wurde, besteht kein Zweifel, daß dieser Weg der Behandlung durch Lebertransplantationen für viele Patienten in Zukunft die einzige Chance sein wird, da die Anzahl der verfügbaren Leichenspendeorgane mit großer Sicherheit nicht ausreichen wird. Um so mehr muß chirurgisches Training in spezialisierten Zentren für eine Minimierung der Komplikationen und Gefahren angestrebt werden.

## Alternativen zur Organspende und Transplantation – Künstlicher Organersatz und Xenotransplantation

Parallel zur Verbesserung der Spendebereitschaft in der Bevölkerung, der verantwortlichen Mitarbeit von Ärzten und Pflegepersonal in den Krankenhäusern und zur Entwicklung der Lebendspende läuft die Entwicklung künstlicher Organe speziell in der Herzchirurgie. Niemals wird es möglich sein, den großen Bedarf an Spenderherzen zu befriedigen, es sei denn, die Xenotransplantation von Schweineherzen würde Realität.

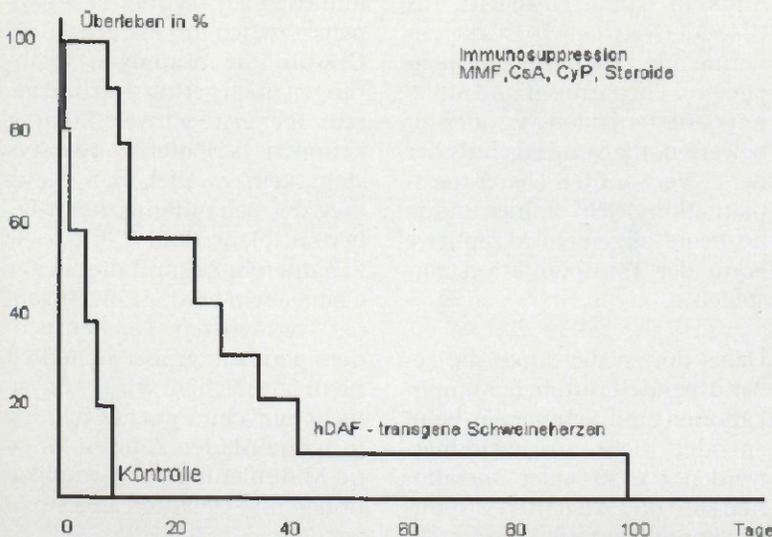
Erste erfolgreiche Xenotransplantationen wurden bereits in den sechziger Jahren unternommen, Nieren von Affen wurde in verschiedenen Zentren auf Menschen übertragen und haben wenige Tage bis zu maximal neun Monaten funktioniert. Diese Pioniertaten sind mit den Namen Reemtsma, Hitchcock und Starzl verbunden.

Die erste xenogene Herztransplantation wurde im Jahre 1977 durch Barnard vorgenommen, eine zweite weltweit viel Aufmerksamkeit erregende Xenotransplantation durch Bailey 1985 bei einem Baby zunächst erfolg-

reich durchgeführt. Allerdings starb der Empfänger nach 20 Tagen an Herzversagen. Starzl führte mehrere xenogene Lebertransplantationen durch, zuletzt 1993, von denen die längste für 70 Tage erfolgreich war.

Die erfolgreiche Züchtung hDAF-transgener Schweine und die ersten positiven Versuchsergebnisse nach Schweineherz- und Schweinenierentransplantation bei Affen hat nicht nur die Xenotransplantation insgesamt der Realisierbarkeit nähergebracht, sondern auch international Diskussionen über Machbarkeit und ethische Probleme ausgelöst. Wenn es auch möglich ist, inzwischen solche transgenen Schweineherzen bis fast zu 100 Tagen in heterotoper Position funktionsfähig zu halten <sup>1)</sup>, so bleiben doch zahlreiche Probleme ungelöst (Abbildung 1). Dies möge ein Beispiel aus der Xenotransplantation erläutern:

Die mit Schweinenieren transplantierten Primaten werden nach einiger Zeit anämisch, weil das porcine Erythropoetin offenbar primatenunwirksam ist. Natürlich kann dies leicht durch rekombinantes humanes Erythropoetin ersetzt werden, man muß aber durchaus überlegen, ob nicht weitere physiologische Hindernisse jenseits der immunologischen Barrieren der erfolgreichen Xenotransplantation im Wege stehen werden.



<sup>1)</sup> Bhatti FN, Schmoeckel M, Zaidi A, Cozzi E, Chavez G, Goddard M, Dunning JJ, Wallwork J, White DJ (1999) *Transplant Proc*; 31: 95B

<sup>2)</sup> Sachs DH (1998) *Transplantation tolerance. Transplant Proc*; 30/5: 1627-1629

Abbildung 1: Das Überleben von hDAF-transgenen heterotopen Schweineherzen im Primaten

(nach: Bhatti FN et al., *Transplant Proc*; 31: 95B)

Weniger von den Transplantationschirurgen als vielmehr von den die Transplantation im weitesten Umfeld begleitenden Wissenschaftlern wird das Risiko der Übertragung von Schweineviren auf den Menschen im Rahmen einer Xenotransplantation diskutiert. Bisherige sorgfältige retrospektive Untersuchungen von Xenotransplantat-Empfängern haben in keinem Fall Hinweise auf einen solchen Transfer von Virusmaterial erbracht. Angesichts der langen Geschichte des Hausschweins und der vielen Verletzungen, die sich Menschen zum Beispiel beim Schlachten zugefügt haben, erscheint eine solche Übertragung auch weniger gefährlich als zum Beispiel bei Verwendung von Primaten.

## Toleranzinduktion

Liegt die Realisierung der Xenotransplantation also noch in ungewisser Zukunft, so muß die Lösung eines anderen Wunschziels der Transplantationsmedizin, nämlich der Toleranzinduktion, heute als realistisch und greifbar nah bezeichnet werden. Drei unabhängige Signale sind für die Aktivierung von immunkompetenten Lymphozyten notwendig, nämlich

1. die Präsentation des Antigens durch antigenpräsentierende Zellen am T-Zell-Rezeptor,
2. bestimmte sogenannte kostimulatorische Effekte (CD28/B7.1, LFA-1/ICAM1) und
3. die Aktivierung von T-Zellen durch Ausschüttung von Zytokinen.

Aktuelle Ansätze zur Toleranzinduktion bestehen in der synchronen Stammzelltransplantation, in der Therapie mit unterschiedlichen Antikörpern bzw. Kombinationen davon, und moderner Weise im Gentransfer <sup>2)</sup>.

Durch synchrone Stammzelltransplantationen soll die Induktion von längerfristigem spenderspezifischen Chimärismus erreicht werden, sie könnte insbesondere in der Lebendspende eingesetzt und zur Kon-

ditionierung des Empfängers genutzt werden. Antikörper gegen bestimmte Oberflächen-Antigene (CD4, CD154), Immunotoxine und die Blockade von Adhäsionsmolekülen (LFA1, ICAM1) sind heute verfügbar und werden zur Immunmodulation bereits erfolgreich eingesetzt. Durch Gentransfer wiederum könnten immunmodulatorische Zytokine wie TGF- $\beta$ , IL-4, IL-10 usw. vermehrt zur Expression gebracht und somit die Wirkung im Rahmen der Immunantwort manipuliert werden.

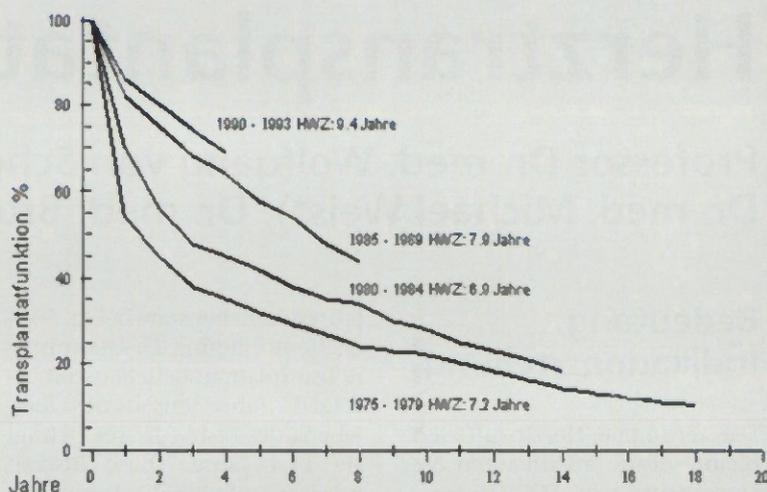
In einem von S. Knechtle durchgeführten Tierexperiment an Affen <sup>3)</sup> wurden Immunotoxine, gegen die T-Zellen im peripheren Blut und in den Lymphknoten den Tieren eine Woche vor der geplanten Nierentransplantation appliziert. Fünf von sechs Tieren überlebten mehr als 150 Tage nach der Nierentransplantation und wurden tolerant. Diese Toleranz war spezifisch, da transplantierte Haut von Drittstämmen abgestoßen wurde.

## Verbesserung der Langzeitfunktion transplantierte Organe

Neben der Forschung im Bereich des künstlichen Organersatzes, der Xenotransplantation und der Toleranzinduktion darf aber nicht vergessen werden, daß bei der Organkonservierung, in der chirurgischen Technik, der Intensivmedizin, der Immunsuppression und letztlich auch in der Nachsorge der transplantierten Patienten noch wesentliche Verbesserungen zu erzielen sind. So sind nicht alle Organverluste – zum Teil nach vielen Jahren – auf Abstoßungsreaktionen zurückzuführen (Abbildung 2). Vielmehr spielen die Vorschäden im Spenderorganismus durch Schock, Hirntod, Ischämie- und Reperfusionsschaden eine wesentliche Rolle und werden erst heute in ihrer Bedeutung voll gewürdigt. Spätere Schäden wie Infektionen, Medikamententoxizität und Begleit-

### Abbildung 2: Entwicklung der Nierentransplantatfunktion über die Jahre

(nach: D. W. Gjertson et al. Transplantation 1995)



<sup>3)</sup> Armstrong N, Buckley P, Oberley T, Fehner J Jr, Dong Y, Hong X, Kirk A, Neville D Jr, Knechtle S (1998) Analysis of primate renal allografts after T-cell depletion with anti-CD3-CRM9. Transplantation; 66/1: 5-13

<sup>4)</sup> Pratschke J, Wilhelm MJ, Kusaka M, Basker M, Cooper DK, Hancock WW, Tilney NL (1999) Brain death and its influence on donor organ quality and outcome after transplantation. Transplantation; 67/3: 343-348

<sup>5)</sup> Tilney NL (1999) Chronic rejection and its risk factors. Transplant Proc 31 (1-2A): 415-445.

erkrankungen des Empfängers wie zum Beispiel Diabetes, Hochdruck, Fettsucht usw. spielen ebenfalls eine bedeutsame Rolle. Die Erforschung dieser Einflußfaktoren und die Möglichkeiten der Verhütung oder Behandlung sind ein wesentliches Aufgabenfeld. Beim Eintreten des Hirntods kommt es zu einer Ausschüttung von Katecholaminen, Zytokinen, Adhäsionsmolekülen usw., die als autonomer Sturm bezeichnet werden und die Hämodynamik i. S. eines Kreislaufzusammenbruchs wesentlich tangieren. Gleichzeitig kommt es aber auch zu einer unspezifischen Aktivierung zahlreicher Zellkompartimente des Spenderorgans, die nach Transplantation Abstoßungsreaktionen mit induzieren. J. Pratschke <sup>4)</sup> hat dies sehr eindrucksvoll gezeigt durch eine signifikant geringere Überlebenszeit transplantierte Nieren von hirntoten Ratten im Vergleich zu Nieren von Lebendspendern. Der Unterschied wurde hervorgerufen durch eine beschleunigte Abstoßungsreaktion.

Dies entspricht früheren Beobachtungen und aktuellen wissenschaftlichen Untersuchungen, die insbesondere nach Nierentransplantation die allogenen unabhängigen Risikofaktoren für Endothelschädigung und Ausbildung einer späteren chronischen Transplantatschädigung untersuchten <sup>5)</sup>. Hierbei wurde besonders der Ischämie/Reperfusionsschaden, das Verhältnis

der Nierenmasse zum Körpergewicht des Empfängers, Infektionen/Toxizitäten durch Immunsuppression, Hyperlipidämie und Bluthochdruck als unabhängige Risikofaktoren untersucht und identifiziert. Diese Faktoren sind insbesondere in der langjährigen Nachsorge nach Nierentransplantation durch sorgfältige spezifische Behandlung zu beeinflussen. Es ergibt sich daraus die Verpflichtung zur langfristigen Betreuung transplantierte Patienten durch besonders kompetente Transplantationsambulanz.

Die Transplantationsmedizin hat in den kommenden Jahren weiterhin faszinierende Perspektiven und wird ganz sicher bei den gesellschaftlich kontroversen Diskussionen einen vorderen Platz einnehmen. Organspende und Organbeschaffung, Xenotransplantation, aber auch die Züchtung von Organen werden von der Gesellschaft anders wahrgenommen als von der Wissenschaftlergemeinschaft. Es besteht ein dringender Bedarf und eine Verpflichtung zur kontinuierlichen Aufklärung der Gesellschaft über Ziele und Wege der Transplantationsforschung in den nächsten Jahren.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. Peter Neuhaus,  
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie, Charité, Campus Virchow-Klinikum, Humboldt-Universität Berlin, Augustenburger Platz 1, 13353 Berlin

# Herztransplantation

Professor Dr. med. Wolfgang von Scheidt\*), Dr. med. Jörg Koglin\*),  
Dr. med. Michael Weis\*), Dr. med. Bruno M. Meiser \*\*)

## Bedeutung, Indikationsstellung

Die terminale Herzinsuffizienz bleibt trotz medikamentöser Fortschritte wie ACE-Hemmer-Therapie und Betablocker-Therapie weiterhin verbunden mit einer deutlich eingeschränkten Lebensqualität und -erwartung. Für geeignete Kandidaten ist eine Indikation zur Herztransplantation dann gegeben, wenn das Risiko des Eingriffs sowie das Langzeitrisiko nach Transplantation geringer sind als das individuell abgeschätzte Risiko der hochgradigen Herzinsuffizienz.

Potentielle Kandidaten sollten in einem Transplantationszentrum vorgestellt und in der Herzinsuffizienz-Transplantationsambulanz des Zentrums regelmäßig mitbetreut werden. Insbesondere die medikamentösen Möglichkeiten (ACE-Hemmer-Therapie in maximal möglicher Dosis, ansteigende Betablocker-Dosierung bis zur maximal tolerablen Dosis, ggf. Regularisierungsversuche bei Vorhofflimmern mit Rezidivprophylaxe durch Amiodaron usw.) sollten vollständig ausgeschöpft sein. Die Möglichkeiten eines koronarchirurgischen Eingriffes bei ischämischer Kardiomyopathie sollten individuell geprüft werden inklusive der Frage des Vorliegens von Hibernating-Myokard. Die Einjahresüberlebensrate der orthotopen Herztransplantation liegt gegenwärtig bei 80 bis 85 %, die Fünfjahresüberlebensrate bei ca. 70 %, die Zehn-

jahresüberlebensrate bei ca. 50 % (siehe Abbildung 1). Die mittlere Transplantatüberlebenszeit beträgt 8,7 Jahre, jenseits des Überlebens des ersten Jahres beträgt sie 11,4 Jahre. Diese Risiken müssen individuell abgewogen werden gegen die Risiken der bestehenden hochgradigen Herzinsuffizienz. Die Indikation zur Transplantation muß bei der Organknappheit mit dem Problem der Warteliste und der Notwendigkeit von Prioritätsentscheidungen sehr eng, nach objektiv festgelegten und allgemein gültigen Kriterien gestellt und im Verlauf der Wartezeit regelmäßig überprüft werden.

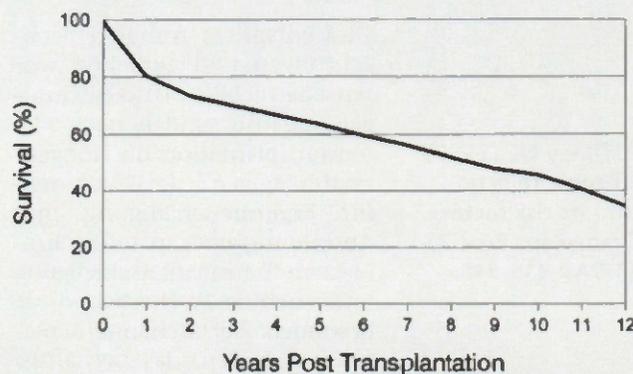
Das 1997 verabschiedete Transplantationsgesetz schreibt hierbei als zu berücksichtigende Kriterien Notwendigkeit, Erfolgsaussicht, Dringlichkeit und Chancengleichheit vor. Als eindeutige Indikation zur Transplantation wird die therapierefraktäre NYHA IV-Herzinsuffizienz ohne Stabilisierbarkeit akzeptiert. Bei rekompensierbarem NYHA IV-Stadium sowie stabilem NYHA III-Stadium ist eine Indikation zur Transplantation dann gegeben, wenn eine prognostisch ungünstige Konstellation vorliegt. Als Prognoseparameter werden klinische, hämodynamische, funktionelle, neu-



Professor Dr. med.  
Wolfgang von  
Scheidt

Abbildung 1:  
Überlebensrate  
nach Herztrans-  
plantation

(nach International Society of Heart and Lung Transplantation 1998)



rohumorale sowie rhythmologische Informationen verwendet, (siehe Abbildung 2). Die Prognoseprädiktion sollte erst erfolgen, wenn der Patient sich unter einer nach hämodynamischen Kriterien optimierten medikamentösen Therapie befindet. Ungünstige hämodynamische Prognoseprädiktoren sind unter anderem linksventrikuläre Auswurfraction unter 20 %, Herzindex unter  $2,0 \text{ l/min} \times \text{m}^2$ , PC-Druck über 20 mmHg, enddiastolischer Ventrikeldurchmesser echokardiographisch über 80 mm. Als wohl wichtigster Einzelparameter kann die maximale Sauerstoffaufnahme gelten, die mittels Spiroergometrie bestimmt wird. Hier gilt als prognostisch ungünstig ein Wert unter  $14 \text{ ml/kg} \times \text{min}$ , als sehr ungünstig ein Wert unter  $10 \text{ ml/kg} \times \text{min}$ . In den letzten Jahren sind vielfältige Prognoseprädiktionsalgorithmen veröffentlicht worden, und eine Standardisierung der Leistungskriterien anhand derartiger Algorithmen ist erforderlich. Unabhängig von statistischer Risikoprädiktion ist jedoch das Risiko für einen Patienten individuell natürlich nur mit begrenzter Sicherheit abzuschätzen. Die Indikation zur Transplantation bleibt somit eine individuelle, repetitiv zu überprüfende Entscheidung mit begrenzter Sicherheit, die in enger Kooperation zwischen betreuenden Hausärzten/Internisten und transplantationserfahrenen Kardiologen und Herzchirurgen getroffen werden sollte. Absolute und relative Kontraindikationen der orthotopen Herztransplantation müssen natürlich berücksichtigt werden. Ein wichtiges Kriterium ist hierbei die Messung des Lungengefäßwiderstandes und seiner Reversibilität unter vasodilatierenden Phar-

\*) Aus der Medizinischen Klinik und Poliklinik I, Klinikum Großhadern der LMU München

\*\*) Aus der Herzchirurgischen Klinik, Klinikum Großhadern der LMU München

	PARAMETER	UNGÜNSTIG UNTER OPT. THER.
SYMPTOMATIK	NYHA Stabilität	refraktär IV rezid. Dekompensationen
HÄMODYNAMIK	AF	< 20-25%
	HI	< 2,0 l/min · m <sup>2</sup>
	PC	> 20 mmHg
	EDDI	> 40 mm/m <sup>2</sup>
	RVAF	< 35%
	mitrale Dez. zeit	< 120 - 140 ms
FUNKTION	VO <sub>2</sub> max	< 10-14 ml/kg · min (<50% Soll)
NEUROHORM. STATUS	Na <sup>+</sup>	< 134 mmol/l
	Noradrenalin, Endothelin, ANP, TNF $\alpha$	"deutliche" Erhöhung
ARRHYTHMIEN	ventr. Ektopie	> 10VES/h, NSVT, VT/VF

maka. Hierbei haben sich intravenöse Prostaglandinderivate (z. B. Prostaglandin E1) als hoch effektiv erwiesen. Bei fixiert stark erhöhtem Lungengefäßwiderstand besteht die Gefahr eines intraoperativen Rechts-herzversagens.

## Vorbereitung und Wartezeit

Vor Transplantationslistung ist die Durchführung einiger allgemeiner, kardiovaskulärer, immunologischer, mikrobiologischer und serologischer Untersuchungen erforderlich. Insbesondere die HLA-Typisierung sowie die Untersuchung auf präformierte Anti-HLA-Antikörper sind unabdingbare Informationen. Neben der Durchführung vorbereitender Untersuchungen ist die ausführliche Aufklärung des Patienten und seiner Angehörigen über das Risiko der Erkrankung, Nutzen und Risiko der Transplantation sowie Langzeitprobleme nach erfolgreicher Transplantation unabdingbar. Aufgrund des Organmangels ist die Herztransplantation gegenwärtig mit einer mittleren Wartezeit von ca. zwölf bis 18 Monaten verbunden. Von diesen schwerst herzinsuffizienten Patienten sterben auf der Warteliste ca. 30 % pro Jahr. Bei engmaschiger ambulanter Überwachung ist hierbei weniger eine akute Dekompensation mit Pumpversagen Todesursache. Viel häufiger ist der plötzliche Herztod.

Gegenwärtig existiert noch keine, eine primär-präventive anti-

**Abbildung 2:**  
Prognoseparameter bei terminaler Herzinsuffizienz

**Organspende**  
Schenken Sie Leben.

Organspende  
rettet Leben!



arrhythmische Therapie begründende Risikoprädiktion des plötzlichen Herztodes bei hochgradiger Herzinsuffizienz. Zur Verkürzung der Wartezeit ist eine Optimierung der Nutzung vorhandener Spender unbedingt erforderlich. Dies setzt einen positiven gesellschaftlichen Konsens gegenüber der Transplantationsmedizin voraus. Erweiterung der Alterskriterien des Spenders sowie ein verbessertes Spendermanagement sind begrenzt geeignet, die Organknappheit zu vermindern.

## Operation

Verbesserte Perfusionslösungen sollen der Minderung des perioperativen Ischämie-Reperfusionsschadens des Organs dienen, der sich als Myokardfunktionsstörung bis hin zum akuten Graftversagen bzw. als Endothelfunktionsstörung der Koronarien mit möglicher Induktion der langfristig fatalen Transplantatvaskulopathie manifestieren kann. Die Operationstechnik selbst ist in den letzten Jahrzehnten weitgehend unverändert und umfaßt die Anastomosierung des Spenderherzens auf Vorhofebene mit den dorsalen, verbliebenen Anteilen der Vorhöfe des Empfängerherzens sowie die Anastomosierung von Aorta und Arteria pulmonalis. Möglicherweise stellt die bikavale Anastomose eine Verbesserung dar, da hierdurch Vorhofanatomie und -funktion weniger alteriert werden inklusive Minimierung der Thrombogenität und möglicher Klappeninsuffizienzen.

## Immunsuppression

Die mit der Implantation des Spenderorgans einhergehende Alloantigenpräsentation induziert eine Stimulation des Empfänger-Immunsystems. Abstoßung ist die natürliche alloreaktive Immunantwort auf die Spenderantigene. Hierbei stellt die direkte postoperative Phase mit ihrer Erstpräsentation der Spender-Alloantigene den Zeitraum der stärksten zu erwarten-

den Immunantwort dar. Im Zeitverlauf kommt es zu einer Adaptation des Empfänger-Immunsystems. Die Unterdrückung der Empfänger-Immunantwort erfordert eine lebenslange immunsuppressive Therapie, die in der vulnerablen Phase am stärksten sein muß. Gemeinsamer Nachteil aller zur Verfügung stehenden Immunsuppressiva ist die begrenzte Spezifität und Effektivität, eine jeweils substanz-spezifische Toxizität sowie das erhöhte Infektionsrisiko.

Gegenwärtiger Standard der Immunsuppression ist die Verwendung von Cyclosporin A, Azathioprin und Kortikoiden. Letztere werden möglichst im Zeitverlauf ausgeschlichen. Eine initiale Induktions-Therapie unter Verwendung von Antikörperpräparationen wird von den Transplantationszentren unterschiedlich gehandhabt. In den letzten Jahren wurden vielversprechende neue Substanzen klinisch geprüft und zum Teil mit Erfolg eingesetzt. Erwähnenswert ist hierbei die Einführung des Mycophenolatmofetil (CellCept®) als Blocker der Purinsynthese auf die vor allem die T- und B-Lymphozyten angewiesen sind.

In einer großen, randomisierten Studie wurde Mycophenolatmofetil anstelle von in Kombination mit Cyclosporin und Prednison eingesetzt. Hierbei zeigte sich eine verminderte Rate von therapiebedürftigen Abstoßungsreaktionen sowie ein besseres Überleben der Patienten im ersten Jahr nach Transplantation. Einen möglicherweise großen Fortschritt stellt die Substanz Tacrolimus (FK 506, Prograf®) dar. Tacrolimus hat einen dem Cyclosporin vergleichbaren Wirkmechanismus und hemmt die Zytokinbildung (insbesondere Interleukin 2) der T-Lymphozyten. In einer randomisierten Studie konnte gezeigt werden, daß Tacrolimus im Vergleich zu Cyclosporin zu einer deutlich verringerten Abstoßungsinzidenz führt, insbe-

sondere wenn auf eine direkt postoperative intravenöse Applikation unter Spiegelkontrolle mit nachfolgender Umstellung auf per orale Gabe geachtet wird.

Ein weiteres vielversprechendes Immunsuppressivum stellt Rapamycin dar, das wahrscheinlich in Kürze im Rahmen von Studien klinisch eingesetzt werden wird.

## Probleme nach Herztransplantation

Der Langzeitverlauf nach Herztransplantation ist durch die Möglichkeit infektiöser, immunologischer und nicht-immunologischer Probleme gekenn-

## Abstoßungsreaktionen

Zu unterscheiden sind hier die häufigere zelluläre myokardiale Abstoßung sowie die seltenere vaskuläre, antikörpervermittelte Abstoßung. Abstoßung ist kein ständiges Phänomen, sondern je nach Aktivität des Empfänger-Immunsystems wellenförmig und in unterschiedlicher Zeitdauer auftretend. Das höchste Risiko besteht innerhalb der ersten vier Wochen postoperativ. Histologische Kriterien, die im wesentlichen das Ausmaß des mononukleären Zellinfiltrats sowie einer möglichen Myozytenschädigung umfassen, erlauben eine graduierte Einteilung der Abstoßungsreaktionen, die international standardisiert ist. Die Diagnostik der akuten Abstoßung umfaßt die invasive Me-

Ahstoßungen (zellulär, humoral, hyperakut)

Infektionen

Transplantatvaskulopathie

Transplantations-assoziierte Hypertonie

Neoplasien

Niereninsuffizienz

Osteoporose

Hyperlipoproteinämie

Andere Immunsuppressiva-assoziierte Nebenwirkungen

zeichnet (siehe Tabelle). Während im ersten Jahr nach Transplantation die Letalität im wesentlichen von akuten myokardialen Abstoßungen und Infektionen gekennzeichnet ist, muß jenseits des ersten Jahres als eine der führenden Todesursachen die Transplantatvaskulopathie, eine spezifische, immunologisch vermittelte Form einer akzelerierten Koronasklerose angesehen werden. Weitere Probleme im Langzeitverlauf stellen unter anderem die Transplantations-assoziierte Hypertonie, die immunsuppressions-assoziierte Entwicklung von Neoplasien, Niereninsuffizienz, Osteoporose und Hyperlipoproteinämien dar.

thode der Endomyokardbiopsie als Goldstandard sowie eine Fülle nicht-invasiver Methoden, wie zum Beispiel unzuverlässige klinische Zeichen, frühpostoperativ das sogenannte zytoimmunologische Monitoring, zeitunabhängig die Echokardiographie und Dopplerechokardiographie. Weitere Möglichkeiten, zum Teil in einzelnen Transplantationszentren verwendet, sind das Fast Fourier-transformierte Oberflächen-EKG, intramyokardiales Elektrogramm, Antimyosin-Antikörper-Szintigraphie, Magnetresonanztomographie sowie die Bestimmung zirkulierender Immunmarker oder Myozytenschädigungsmarker. Die Thera-

pie der Abstoßungsreaktion richtet sich nach dem histologischen Schweregrad, bzw. nach dem Vorliegen einer hämodynamischen Beeinträchtigung. Milde Abstoßungsformen können durch eine passagere Erhöhung der Standard-Immunsuppression behandelt werden. Bei Vorliegen behandlungsbedürftiger Abstoßungsepisoden ist eine Kortison-Stoßtherapie über drei Tage Standard. Eine steroidrefraktäre Abstoßungsreaktion wird alternativ behandelt zum Beispiel durch Umstellung von Cyclosporin auf Tacrolimus, durch Gabe zytolytischer Antikörper oder durch Methotrexat.

## Infektionen

Etwas mehr als ein Drittel aller Patienten erleidet im ersten Jahr nach Transplantation eine Infektion, das Risiko im ersten Jahr an einer Infektion zu versterben beträgt ca. 4 %.

Das höchste Infektionsrisiko besteht innerhalb der ersten vier Wochen nach Transplantation bedingt durch bakterielle und fungale Infektionen. Virale Infektionen haben ihren Gipfel im zweiten Monat, Protozoeninfektionen im dritten und vierten Monat nach Transplantation. Innerhalb des ersten Monats herrschen nosokomiale, häufig katheter-assoziierte bakterielle Infektionen vor, im zweiten bis fünften Monat nach Transplantation stehen opportunistische, nicht-bakterielle Infektionen im Vordergrund. Die häufigste Infektion ist eine Zytomegalievirus-Infektion, das am häufigsten infizierte Organ ist die Lunge. Das Risiko einer Zytomegalievirus-Infektion ist wesentlich abhängig vom serologischen Status des Spenders und des Empfängers mit höchstem Risiko bei positivem Spender und negativem Empfänger. Sehr hilfreich in der Diagnostik ist der Nachweis des Zytomegalievirus-Phosphoprotein-6S-Antigens (Clonab-Test), neuerdings auch ein PCR-Nachweis des Virusgenoms. Die Zytomegalievirus-Erkrankung wird durch Ganciclovir intravenös therapiert.

Tabelle:  
Probleme nach Herztransplantation (Auswahl)

Infektionsprophylaktische Maßnahmen sind Standard an jedem Transplantationszentrum. Neben allgemein hygienischen Maßnahmen werden pharmakologische Infektionsprophylaxe-Strategien betrieben, die zum Teil jedoch nicht national oder international standardisiert sind. Dies betrifft insbesondere die antivirale Infektionsprophylaxe. Standard ist die mehrmonatige, bei Verwendung von Tacrolimus als Immunsuppressivum dauerhafte Gabe von Trimethoprim-Sulfamethoxazol per os in niedriger Dosis zur Verhütung einer Pneumocystis carinii-Infektion.

## Transplantatvaskulopathie

Die Transplantatvaskulopathie ist gleichermaßen ein prognostisch ungünstiges wie ungelöstes Langzeitproblem nach Herztransplantation. Sie ist die führende Todesursache jenseits des ersten Jahres nach Transplantation.

Ihre Inzidenz beträgt 5 bis 10 % pro Jahr, fünf Jahre nach Transplantation weisen 40 bis 50 % aller Transplantierten angiographische Veränderungen auf, wobei kritische Koronarstenosen in ca. 10 % nachweisbar sind. Aufgrund der kardialen Intervention fehlt, außer in Fällen einer späten Reinnervation das Leitsymptom Angina pectoris. Die Transplantatvaskulopathie ist nicht-invasiv nur mit unzureichender Sicherheit diagnostizierbar. Als Ausnahme kann hier die Dobutamin-Streßechokardiographie gelten. Die Erkrankung kann sehr rasch progredient sein, ihre Inzidenz beim Menschen ist bislang durch kein herkömmliches oder neues Immunsuppressivum gesenkt worden. Patienten mit pathologischem angiographischen Befund weisen ein 2,4fach erhöhtes Risiko eines plötzlichen Todes sowie ein 4,6faches Risiko eines kardialbedingten Todes auf. Die Entwicklung von Tiermodellen (insbesondere Knock-out-Mäusen) der Transplantatvasku-

lopathie, die diagnostische Verwendung des intravaskulären Ultraschalls sowie des intrakoronaren Dopplers inklusive Testung der koronaren Vasomotorfunktion ermöglichen genauere Erkenntnisse bezüglich Pathogenese, funktioneller und morphologischer Veränderungen der Transplantatvaskulopathie.

Pathogenetisch wird als initiale Veränderung eine immunologisch vermittelte zelluläre und humorale Endothelschädigung in einem Milieu zusätzlicher, nicht-immunologischer Risikofaktoren angenommen. Der immunologische Angriff wird durch eine auch für die native Arteriosklerose übliche response-to-injury beantwortet. Aktivierte und transmigrierende T-Lymphozyten und Monozyten/Makrophagen, aktivierte HLA-Antigene und Adhäsionsmoleküle, exprimierende Endothelzellen, sowie proliferierende glatte Muskelzellen generieren und reagieren auf eine Vielzahl stimulatorischer Zytokine und Wachstumsfaktoren und induzieren die aggressivste Arterioskleroseform, die am Menschen bekannt ist. Die Entwicklung einer klinisch bedeutsamen Transplantatvaskulopathie, das heißt stenosierende Koronarerkrankung, hängt ab von dem Verhältnis zwischen Intimaproliferation einerseits und adaptivem, lumenerhaltende vaskuläre Remodelling andererseits. Als wesentliche nicht-immunologische Risikofaktoren für die Erkrankung gelten die Hypercholesterinämie, Hypertriglyceridämie sowie die Posttransplantationshypertonie. Ein additiver Effekt einer CMV-Infektion gilt als gesichert. Von großer Bedeutung in der Initiierung des Endothelzellschadens scheint auch der Ischämie-Reperfusionsschaden mit Bildung freier Sauerstoffradikale sowie anderer aggressiver Mediatoren zu sein.

Diagnostisch wird zur Erkennung der Erkrankung in fast allen Transplantationszentren in regelmäßigen Abständen eine Koronarangiographie durchgeführt. Bei unauffälligem Befund

kann im Folgejahr die Angiographie durch eine Dobutamin-Streßechokardiographie ersetzt werden, um größere Abstände der angiographischen Kontrollen zu erzielen.

Präventive und therapeutische Maßnahmen umfassen immunsuppressive, antiproliferative und konventionell medikamentöse Ansätze, hier insbesondere die Statin-Therapie, sowie Koronarinterventionen und die Retransplantation. Geänderte immunsuppressive Ansätze sind bisher noch experimentell, sie umfassen neuere per orale Immunsuppressiva oder die zeitlich begrenzte Gabe spezifischer Antikörper (zum Beispiel Interleukin 2-Rezeptor-Antikörper oder Blockade der costimulatorischen T-Zell-Aktivierung mittels CTLA-4-Immunglobulin). Ein inhibierender Einfluß auf die Intimaproliferation konnte durch die zeitlich limitierte peri- und frühpostoperative Gabe von Angiopeptin, einem Somatostatinanalogon nachgewiesen werden.

Übliche pharmakologische Präventions- und Therapiemaßnahmen umfassen den Kalziumantagonisten Diltiazem sowie die Gabe eines ACE-Hemmers. Bei diesen Substanzklassen ist eine Inhibition der Intimaproliferation nach Herztransplantation belegt. Wichtigster medikamentöser Fortschritt ist die Therapie mit Statinen. In

Organspende  
rettet Leben!



### ANZEIGE:

SCHLOSS-SCHULE KIRCHBERG



LEBEN · LERNEN · ARBEITEN

- Gymnasium mit Internat
- Förderunterricht
- Viele Leistungskurse

**Kleine  
Klassen-  
großer  
Erfolg**



**70 Jahre Internatserfahrung**

Schulstraße 4 · 74 592 Kirchberg/Jagst  
Telefon 0 79 54/9802-0 · Fax 98 02 15

zwei Studien konnte sowohl in einem einjährigen, wie auch in einem vierjährigem Verlauf eine signifikant geringere Intimaprolieration im Vergleich zum Placebokollektiv mit intravasculärem Ultraschall unter Statin-Therapie nachgewiesen werden. Zusätzlich war eine Abnahme schwerer Abstoßungsreaktionen sowie eine eindeutige Prognoseverbesserung zu verzeichnen.

Perkutane interventionelle Therapieformen (zum Beispiel PTCA inklusive Stentimplantation) sind effektive, jedoch lediglich palliative Therapieoptionen von zeitlich begrenztem Nutzen. In Einzelfällen kann bei Vorliegen höchstgradiger fokaler proximaler Stenosen aller drei Äste eine Bypass-Operation sinnvoll sein.

Die Retransplantation bleibt angesichts der sehr limitierten Organverfügbarkeit sowie der eindeutig schlechteren Erfolgsaussichten im Vergleich zur Ersttransplantation eine nicht unproblematische Einzelfallentscheidung.

### Transplantations-assoziierte arterielle Hypertonie

70 bis 90 % aller herztransplantierten Patienten entwickeln eine behandlungsbedürftige arterielle Hypertonie. Ursachen sind Cyclosporin Nebenwirkungen (systemische und renale Vasokonstriktion) sowie der Verlust der chronischen Blutdruckregulation des ventrikulären Barorezeptors aufgrund der kardialen Denervation. Therapeutisch werden üblicherweise ACE-Hemmer und Kalziumantagonisten eingesetzt. Es ist jedoch ungeklärt, ob pathophysiologisch sinnvoll erscheinende Therapieprinzipien wie Antisymphathikotonika, Endothelin-Antagonisten, Alphaadrenozep-tor-Antagonisten, ACE-Hemmer oder Angiotensin 2-Rezeptor-Antagonisten, Kalzium-Antagonisten und eventuell Diuretika gleich effektiv sind, und welche Kombinationstherapie zu bevorzugen sei.

### Weitere immun-suppression-assoziierte Erkrankungen

Hier sind zu nennen die Neoplasien. Drei Jahre nach Transplantation haben 7 bis 8 % der Patienten eine Tumormanifestation, vor allem Hauttumoren und Lymphome, hier insbesondere die „posttransplant lymphoproliferative disorder“ PTLD. Karzinomerkrankungen scheinen nicht gehäuft aufzutreten mit Ausnahme des Adenokarzinoms der Lunge.

Weitere immunsuppression-assoziierte Probleme umfassen die Entwicklung einer Osteoporose, die präventiv und therapeutisch angegangen werden sollte, die Entwicklung einer behandlungsbedürftigen Hyperlipoproteinämie, sowie das Entstehen einer Niereninsuffizienz.

### Organfunktion und Lebensqualität

Nach orthotoper Transplantation besteht im Langzeitverlauf keine gerichtete Tendenz zu einer Transplantat-Funktionsverschlechterung im Sinne einer dilatativen, ischämischen oder restriktiven Posttransplantationskardiomyopathie. Die Auswurf-fraktion bleibt im Schnitt unverändert vollkommen normal. Hierdurch unterscheidet sich das Herz positiv vom Funktionsverlauf anderer transplan-tierter Organe wie zum Beispiel der Niere. Die Herztransplantation führt zu einer Besserung der Lebenserwartung und zu einer deutlichen Verbesserung der Lebensqualität. Neben objektiven Parametern wie Überlebenskurven, Transplantatfunktion, Leistungsfähigkeit sowie Berufstätigkeit kann dies an der subjektiven Einschätzung allgemeinen Wohlbefindens sowie der Lebenszufriedenheit abgeschätzt werden. Diese sind nach Selbsteinschätzung herztransplan-tierter Patienten vergleichbar der der Normalbevölkerung. Ein Jahr nach Transplantation geben 90 % aller Transplantierten

keinerlei Aktivitätseinschränkung an, drei Jahre nach Transplantation 94 %. Allerdings ist lediglich ca. ein Drittel der Patienten berufstätig aus unterschiedlichen Gründen.

### Zusammenfassung

Die orthotope Herztransplantation ist ein etabliertes und effektives Therapieverfahren zur Behandlung der therapierefrak-tären hochgradigen Herzinsuffizienz bei geeigneten Kandidaten.

Aufgrund verbesserter medikamentöser Therapieformen der Herzinsuffizienz sowie des Organmangels ist die Indikationsstellung nach strengen, objektiven Kriterien durchzuführen und regelmäßig zu überprüfen. Die Überlebensrate ein Jahr nach Transplantation liegt gegenwärtig bei 80 bis 85 %, fünf Jahre nach Transplantation bei ca. 70 %, zehn Jahre nach Transplantation bei ca. 50 %. Durch verbesserte Immunsuppressionsstrategien ist eine Abnahme der Abstoßungsreaktionen zu verzeichnen. Wichtigste Morbiditäts- und Letalitätsursachen sind jedoch unverändert Abstoßungsreaktionen, Infektionen und die Transplantatvaskulopathie. Allerdings sind sowohl die Organfunktion wie auch die Lebensqualität nach Herztransplantation im Langzeitverlauf im Schnitt exzellent. Eine der größten Limitationen dieses morbiditäts- und letalitäts-senkenden Therapieverfahrens stellt unverändert der Organmangel dar. Hier bleibt zu hoffen, daß verbesserte Information und Aufklärung der Bevölkerung sowie eine optimierte Nutzung verfügbarer Organe auf dem Boden des neuen Transplantationsgesetzes sich als hilfreich erweisen.

*Literatur beim Verfasser*

Korrespondenzadresse:  
Professor Dr. med. Wolfgang von Scheidt, Medizinische Klinik und Poliklinik I, Klinikum Großhadern der LMU München, Marchioninistraße 15, 81377 München

**Organ-spende**  
Schenken Sie Leben.

# „Es gibt keine bessere Arzthelferin als die, die Sie selbst ausgebildet haben“

Laut eines vom Bayerischen Wirtschaftsministerium in Auftrag gegebenen Gutachtens stehen 10 % aller Jugendlichen in Bayern in einem Ausbildungsverhältnis bei Freien Berufen. Auf dem Ausbildungssektor kommt den Freien Berufen – und hier insbesondere dem Gesundheitssektor – somit große Bedeutung zu. Grund genug für Bayerns Wirtschaftsminister Dr. Otto Wiesheu (CSU), in einem Brief an den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. H. Hellmut Koch, zu appellieren, „alles zu unternehmen, damit jeder Ausbildungswillige in Bayern die Möglichkeit einer Berufsausbildung erhält.“

„Die notwendige mittelfristige Personalplanung“, so Dr. H. Hellmut Koch, „darf auch künftig nicht kurzfristigen wirtschaftlichen Überlegungen geopfert werden“. Zahlreiche Studien belegten, daß Ausbildung gerade für mittlere und kleinere Betriebe eine Fülle von wirtschaftlichen Vorteilen in sich birgt. Unter bestimmten Voraussetzungen gibt es auch Zuschüsse für die Schaffung von Ausbildungsplätzen; nähere Informationen dazu können bei den zuständigen Arbeitsämtern eingeholt werden. Und schließlich gibt es keine bessere Arzthelferin als die, die in der eigenen Praxis selbst ausgebildet wurde.

## Arbeitsmarktsituation und auch Rahmenbedingungen

Derzeit stehen landesweit eine hinreichende Zahl geeigneter Ausbildungsplatzsuchender zur Verfügung. Doch nicht nur die Arbeitsmarktsituation, auch Rahmenbedingungen haben sich – auch aufgrund des Engagements der Kammer – deutlich verbessert. Die Bayerische Lan-

desärztekammer hat beim Kultusministerium nach längeren Verhandlungen erreicht, daß der Unterricht im ersten Ausbildungsjahr auf eineinhalb Tage reduziert wird. Die Auszubildenden stehen den Praxen zusätzlich einen halben Tag zur Verfügung. Die Kammer bietet ferner regional kostenlose, eintägige Ausbilderkurse vor allem auch für Kolleginnen



und Kollegen an, bei denen lediglich Unsicherheit in Ausbildungsfragen die Ursache für die Nichteinstellung von Auszubildenden ist. Schließlich wurden im Tarifvertrag die Höhe der Ausbildungsvergütung eingefroren und sämtliche Tariföffnungsklauseln des Jugendarbeitsschutzgesetzes genutzt, um einen möglichst flexiblen Einsatz von Jugendlichen zu gewährleisten. So können innerhalb der 40-Stundenwoche Jugendliche zum Beispiel ab sofort samstags und bis zu neun Stunden täglich beschäftigt werden. 112

### ANZEIGE:

#### Arzthelferinnen Ausbildung der Ausbilder Kurse für Ärzte 1-tägig

#### Termine 1999

3. Juli  
Regensburg

2. Oktober  
Würzburg

23. Oktober  
München

20. November  
Augsburg

11. Dezember  
München

Auskunft:  
BLÄK, Christine  
Krügel,  
Tel. 0 89/41 47-2 70

TELEFON (089) 145 10-108  
FRAU ROSCHER

TELEFAX (089) 145 10-200

**Privatärztliche  
Abrechnung**

- Spezialisten für jede Fachrichtung
- Individuelle Betreuung
- 19 Jahre Abrechnungserfahrung
- Erstklassige Referenzen
- Vorfinanzierung
- 3 Monate Null-Risiko-Test

Schriftliche Unterlagen einfach per Telefon oder Fax anfordern. Frau Roscher freut sich auf Ihren Anruf.

**Kompetent, kundenorientiert, korrekt**

• Medas GmbH  
• Privatärztliche Abrechnungsgesellschaft mbH  
• Messerschmittstraße 4 · 80992 München  
• E-Mail: info@medas.de · Internet: http://www.medas.de

# Sitzung des Vorstandes vom 14./15. Mai 1999

## Vorstandssitzung im Zeichen der Bonner Gesundheitspolitik

Angelegenheiten der ärztlichen Weiterbildung, Berichte der Präsidenten, Initiativprogramm Allgemeinmedizin, Benennung der Kommissionsmitglieder Ärztliche Stelle zur Qualitätssicherung nach § 16 Röntgenverordnung, Kostenübernahme für Notarzkurse für AiPs durch die BLÄK, 102. Deutscher Ärztetag in Cottbus und Transplantationsgesetz – all diese Themen mußten erst einmal hinten anstehen, diskutierten die Vorstandsmitglieder am Freitag nachmittag zunächst einmal ausführlich das von Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer (Grüne) vorgelegte Arbeitspapier zur „Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000“.

Dr. H. Hellmut Koch eröffnete die zweite Vorstandssitzung dieser Legislaturperiode, sprach einleitende Worte zu Gesetzesinhalt und -terminplan sowie den gesundheitspolitischen Aktivitäten der BLÄK, und forderte die Vorstandskolleginnen und -kollegen anschließend zum Einstieg in die Diskussion auf. „Bitter enttäuscht, ja eigentlich entsetzt“, sei er angesichts des vorgelegten „Arbeitspapiers“, das vieles rückgängig mache, was bereits korrigiert geglaubt war. „Die Dialogbereitschaft der Ärzte darf kein Spielball der Politik sein“ so der Präsident wörtlich. Das Gremium erarbeitete eine differenzierte Stellungnahme der Kammer, die auf die einzelnen Punkte des „Arbeitspapiers“ eingeht (siehe Seite 313).

Der Vorstand behandelte insgesamt 155 Anträge auf Weiterbildungsbefugnis; davon wurden 21 abgelehnt. Anhand einiger Beispiele diskutierte der Vorstand ausführlich die Kriterien

zur Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen. Von drei Widersprüchen gegen nicht bestandene Prüfungen wurden zwei zurückgewiesen, einem wurde stattgegeben.

### Berichte des Präsidenten, der Vizepräsidenten

Aufgrund der intensiven und lebhaften Diskussion zur Gesundheitspolitik am Vortagsabend, berichtete der Präsident nur kurz über seine Gespräche mit der Bayerischen Sozialministerin Barbara Stamm und dem Staatssekretär Joachim Herrmann. Wichtig sei es, betonte der Präsident, „daß die Ärzteschaft konstruktive Vorschläge bringt – agiert und nicht nur reagiert“. Zum Thema Patientencharta sagte der Präsident, daß die Patientenrechte nicht in Form einer Charta behandelt werden könnten. „Dies ist – da sind wir uns mit der Bayerischen Staatsregierung einig – nicht die geeignete Form. Uns geht es mehr um die Kooperation zwischen Ärzten und Patienten“.

**Der Vorstand erarbeitete eine differenzierte Stellungnahme der Kammer, die auf die einzelnen Punkte des „Arbeitspapiers“ eingeht (siehe Seite 313).**

Im Anschluß daran hatten die Vizepräsidenten Dr. Maria E. Fick und Dr. Klaus Ottmann das Wort.

Dr. Fick berichtete über Initiativen auf dem Gebiet der Prävention, Schulsport, Selbsthilfegruppen und Rehabilitation. Sie forderte ein verstärktes Engagement der Ärztinnen und Ärzte in diesem Bereich. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) und BLÄK beschlossen, die gemeinsame Kommission Prävention mit je fünf Mitgliedern zu besetzen.

Zu den Tarifverhandlungen berichtete die Vizepräsidentin über den aktuellen Stand.

Zum Thema „Sterbebegleitung“ informierte sie über die Tätigkeiten einer Arbeitsgruppe, die einen Entwurf einer Patientenverfügung und eine Veröffentlichung im Bayerischen Ärzteblatt zu diesem Thema erarbeitet.

Dr. Ottmann sprach aus seinem Arbeitsbereich zunächst zum Thema „Qualitätssicherung“ und berichtete, daß er zum Leiter der gemeinsamen Kommission Qualitätssicherung von KVB und BLÄK wiedergewählt wurde.

Er kommentierte danach das Papier der Gesundheitsministerkonferenz (GMK), das „eindeutig die Handschrift der Regierung“ trage. Erfreulich sei, daß das in Bayern durchgeführte BMG-Demonstrationsprojekt ERCP/EPT in bayerischen Krankenhäusern und Arztpraxen erfolgreich abgeschlossen sei und die Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung im stationären Bereich (BAQ) mit neuen Projekten aufwarten könne; eine Presseveranstaltung sei

Die CD-ROM „Schutzimpfungen“, herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer – Akademie für ärztliche Fortbildung, wurde auf der Medikinale International München mit „summa cum laude“ ausgezeichnet.



Sie wird von der Verlagsgesellschaft Ullstein Medical vertrieben und ist im Fachhandel erhältlich.

Preis: 98,- DM  
ISBN 3-86126-926-0.

positiv angekommen. Außerdem kündigte Dr. Ottmann Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Dialyse-Versorgung an.

## Initiativprogramm Allgemeinmedizin

Der Kammervorstand hatte zu entscheiden, ob die vom 51. Bayerischen Ärztetag 1998 in Zusammenhang mit einer Änderung der Weiterbildungsordnung für das Gebiet Allgemeinmedizin – u. a. Verlängerung der bisherigen dreijährigen Mindestweiterbildungszeit in der Allgemeinmedizin auf fünf Jahre – festgelegte Auflage (Vorlage zur Genehmigung bei der Aufsichtsbehörde erst dann, wenn die Finanzierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung gesichert ist) nunmehr erfüllt ist. Nachdem die hierfür notwendigen gesetzlichen Vorgaben inzwischen geschaffen und die Verträge unterschrieben wurden, beschloß der Vorstand, daß die Vorlage beim Sozialministerium zur Genehmigung erfolgen kann.

Ferner benannte der Vorstand die Kommissionsmitglieder „Ärztliche Stelle zur Qualitätssicherung nach § 16 Röntgenverord-

Dem Vorstand lag der Gesetzentwurf der Bayerischen Staatsregierung zur Umsetzung des Transplantationsgesetzes vor (siehe Seite 271 f.), das Kommissionen bei der Kammer für jedes Transplantationszentrum sowie Koordinierungs- und Informationsfunktionen der BLÄK vorsieht.

nung“ und beschloß eine weitere Verlängerung der Kostenübernahme für Notarzt-kurse für die AiPs durch die BLÄK.

Zustimmung erhielten der Finanzbericht und der Haushaltsvoranschlag der Bundesärztekammer zum 102. Deutschen Ärztetag in Cottbus. Der Präsident wurde beauftragt, am 102. Deutschen Ärztetag einen Antrag auf die Einrichtung einer Satzungskommission zu stellen.

## Transplantationsgesetz

Dem Vorstand lag der Gesetzentwurf der Bayerischen Staatsregierung zur Umsetzung des Transplantationsgesetzes vor (siehe Seite 271 f.), das Kommissionen bei der Kammer für jedes Transplantationszentrum sowie Koordinierungs- und Informationsfunktionen der BLÄK vorsieht. Der Vorstand stimmte diesem Vorschlag zu.

Im Anschluß daran traf sich der Vorstand zu einer Vorbesprechung mit den bayerischen Abgeordneten zum 102. Deutschen Ärztetag in Cottbus.

ne



(Zeichnung: Dr. M. Oberhauser, Egling)

## Charta-Traum

*Während die Bundesregierung alle Aufmerksamkeit mit ihrem Bemühen auf sich zieht, die Quadratur des gesundheitspolitischen Kreises endlich zu lösen, haben die meisten übersehen, daß auch die Gesundheitsministerkonferenz der Ehrgeiz gepackt hat.*

*Bis zum Herbst will sie eine Patientencharta zustande bringen. Damit endlich alle und vor allem die Ärzte wissen, welche Rechte die Patienten haben. Von den Pflichten der Patienten ist eher unverbindlich die Rede.*

*Ein Entwurf aus Expertenfeder liegt vor. Und alle sind zum großen Palaver eingeladen, natürlich auch die Bundesärztekammer. Es fehlt auch nicht der dezente Hinweis, daß beim Scheitern der Unternehmung zur Gesetzeskeule gegriffen werden könnte. Nun sollte man sich dadurch nicht in's Bockshorn jagen und um des lieben Friedens willen zu unsinnigen Konzessionen verführen lassen. Denn was unter dem großsprecherischen Begriff „Charta“ auf der Agenda steht, ist einiges mehr als die allgemeinverständliche Zusammenfassung der geltenden Rechtslage. Gegen so etwas wäre ja auch nichts einzuwenden. Es wäre freilich auch keine „Charta“, sondern eben der Bericht über geltendes Recht. Aber der vorliegende Entwurf macht eher den Eindruck, als sollte ein Traum verwirklicht werden: Der Traum, daß allwissende Ärzte mündigen Patienten ihr Heilungsschicksal per Auswahlkatalog garantieren können.*

*Ob das bis zum Herbst zu schaffen ist?*

Herzlichst Ihr **MediKuss**

„Strukturreform in der GKV im Jahr 2000 auf dem richtigen Weg?“

contra

# Widersprüche und Fehler der Eckpunkte in Gesetzesform gegossen

Mit dem Arbeitsentwurf eines Gesetzes zur Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000 hat die Bundesgesundheitsministerin die Widersprüche und Fehler der Eckpunkte der Koalition nunmehr in Gesetzesform gegossen. Alles und jedes wird rationiert, reglementiert, budgetiert, dokumentiert und globalisiert, vorgeschrieben und kontrolliert. Ich will hier nicht auf alle Ungereimtheiten eingehen, sondern mich auf einige inakzeptable Punkte beschränken.

## Globalbudget

Künftig sollen jeweils für die Landesverbände der Krankenkassen Globalbudgets gebildet werden. Sie umfassen sämtliche Ausgaben ihrer Mitglieder und werden entsprechend der Wachstumsrate der beitragspflichtigen Einnahmen fortgeschrieben. Wird das Budget überschritten, sieht der Entwurf eine Art Verlustvortrag auf die beiden Folgejahre vor. Bei einem tendenziell ansteigenden Bedarf stehen damit für die Folgejahre noch weniger Mittel zur Verfügung. Die dargestellte Regelbindung führt demzufolge nicht zu einer Eindämmung der Ausgaben, sondern zu einem schneeballartigen Anwachsen der Defizite. Dieser systemimmanente Effekt wird zu einer schleichenden Rationierung und damit zu einer Verschlechterung der gesundheitlichen Versorgung führen.

## Integrierte Versorgungsformen

Nach dem Entwurf sollen die Krankenkassen die Möglichkeit erhalten, Verträge über die Teilnahme an einer Integrationsversorgung mit einzelnen ambulanten Leistungserbringern bzw. Gruppen von Leistungserbringern und Krankenhäusern abzuschließen. Der einzelne Integrationsvertrag selbst bedarf zwar – soweit der Sicherstellungsauftrag betroffen ist – der Zustimmung der jeweils zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. Diese kann jedoch die Zustimmung nur verweigern, wenn der Vertrag einer auf Bundesebene zu schließenden Rahmenvereinbarung widerspricht.

Dieses verkappte Einkaufsmodell wird zwangsläufig zu einer Zersplitterung und Entsolidarisierung der betroffenen Berufsgruppen und letztlich zur Auflösung des Vertragsarztsystems insgesamt führen. Solche ordnungspolitisch verfehlten, rein ideologisch motivierten Experimente lehnt Bayern strikt ab.

## Krankenhaussektor

Wie nicht anders zu erwarten, greift der Arbeitsentwurf das Thema „Monistik“, also die alleinige Finanzierung auch der Investitionskosten durch die Krankenkassen, wider besseres Wissens erneut auf.

Ich lehne den Übergang zu einer monistischen Krankenhausfinanzierung vor allem aus zwei Gründen ab: Zum einen vermissemich eine vernünftige und ausreichende Gegenfinanzierung. Zum anderen – und das halte ich aus der Sicht der Länder für das letztlich entscheidende Argument – sehe ich einen klaren Zusammenhang zwischen dem Finanzierungssystem und der Krankenhausplanung. Der Sicherstellungsauftrag und die Letztverantwortung der Länder in der Krankenhausplanung dürfen nicht weiter eingeschränkt werden.



Barbara Stamm (CSU),  
Bayerische Staatsministerin für  
Arbeit und Sozialordnung,  
Familie, Frauen und Gesundheit

## Mehr Bürokratie

Das Ausmaß des neuen Regulierungsprogramms der neuen Bundesregierung wird am Beispiel des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen offenkundig. Dieser Dienst hat traditionell die Aufgabe, die Arbeits-, Berufs- oder Erwerbsfähigkeit von Versicherten zu überprüfen und die Krankenkassen bei sonstigen medizinischen Fragen zu beraten. Nach dem Arbeitsentwurf soll nun der Medi-

zinische Dienst zu einer umfassenden Datensammelstelle aufgebläht werden. Er soll undifferenziert die Daten der Patienten aller Krankenkassen über Arztbesuche und Arzneimittelverordnung, Krankenhausaufenthalte und Kuren erhalten. Dieses Unterfangen stößt nicht nur auf innerparteiliche Kritik, auch die Krankenkassen kritisieren heftig diesen geplanten Kompetenzzuwachs des Medizinischen Dienstes.

## Fazit

Der Gesetzentwurf reiht sich nahtlos ein in die noch junge, aber leidvolle Gesetzgebungstradition der neuen Bundesregierung. Die Devise „Verwalten statt Gestalten“ kann nicht kennzeichnend für den Weg der Krankenversicherung in das 21. Jahrhundert sein. Bayern wird jedenfalls diesen Irrweg nicht mitgehen.

## „Strukturreform in der GKV im Jahr 2000 auf dem richtigen Weg?“

pro

# Den Patienten in den Mittelpunkt stellen

Die Auseinandersetzung wird heftiger, der Ton rauher, die Argumente holzschnittartiger. Die Diagnose ist eindeutig: Wir befinden uns auf dem Weg zu einer neuen Gesundheitsreform.

Zwei mittelschwere Operationen – das Gesundheitsreformgesetz (GRG) und das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) – haben nicht zu einer nachhaltigen Stabilisierung des deutschen Gesundheitssystems geführt, obwohl sich die Deutschen ihre Gesundheit mehr kosten lassen als andere Europäer.

Die neue Bundesregierung hat sich das ehrgeizige Ziel gesetzt, die gute medizinische Versorgung auf ein sicheres Fundament zu stellen und damit zukunftssicher zu machen. Im Unterschied zur alten Regierung, die mit einer Flut von Gesetzen das Problem durch Leistungskürzungen und Erhöhung der Zuzahlungen zu bewältigen versuchte, hat die neue Bonner Koalition Gesprächsbereitschaft signalisiert – zunächst mit Eckpunkten und seit kurzem mit einem Arbeitsentwurf zur Gesundheitsreform 2000.

Wir als SPD-Fraktion im Bayerischen Landtag haben den Gesprächsfaden aufgenommen. Bei Anhörungen im Parlament und Gesundheitsforen im ganzen Freistaat haben wir großes Interesse bei Leistungserbringern und Kostenträgern gefunden. Ergebnis dieses Meinungsaustausches ist eine weitgehende Übereinstimmung mit den wichtigsten Zielen der Reform:

- Die gute medizinische Versorgung muß für alle Versicherten gewährleistet und bezahlbar bleiben.
- Die Gesundheitsversorgung muß sich künftig stärker an Qualität, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit orientieren.
- Technische Innovationen, soweit sinnvoll und wirtschaftlich vertretbar, müssen nutzbar gemacht werden.
- Die Beitragsstabilität muß gewahrt bleiben.

Diese Ziele können wir nur erreichen, wenn wir überkommene Strukturen aufbrechen, freiwerdende Rationalisierungsreserven nutzen und mit Wettbewerb und Qualitätssicherung mehr Markt durchsetzen. Hier gibt es unterschiedliche Interessenslagen: Die Arbeitgeberverbände entdecken im Entwurf

zu wenig Wettbewerb. Vertreter der Ärzteschaft meinen, mehr Wettbewerb schade der Gesundheitsversorgung.

Wir brauchen die Bereitschaft zum Dialog auf allen Seiten: Alle Möglichkeiten zur Verbesserung müssen ausgelotet und der gesetzliche Rahmen so gezogen werden, daß für vertragliche Lösungen zwischen der Selbstverwaltung der Versicherten und den Leistungserbringern ein breiter Spielraum bleibt.



Joachim Wahnschaffe, MdL (SPD), Vorsitzender des Ausschusses für Sozial-, Gesundheits- und Familienpolitik im Bayerischen Landtag

Für die SPD-Landtagsfraktion ist von zentraler Bedeutung, daß die Besonderheiten eines großen Flächenstaates wie Bayern angemessen berücksichtigt werden. Wir legen deshalb besonderen Nachdruck auf den Sicherstellungsauftrag bei der haus- und fachärztlichen Versorgung auch in weniger stark besiedelten Regionen.

Prävention und Rehabilitation haben für Bayern mit seinem vielfältigen Angebot an ambulanten und stationären Einrichtungen einen besonderen Stellenwert. Wir begrüßen deshalb, daß die Bundesregierung die Gesundheitsvorsorge und die Rehabilitation auf der Grundlage verlässlicher Qualitätskriterien wieder im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung verankern will. Weiter soll die Dauer einer Maßnahme nicht vom Gesetzgeber, sondern von medizinischen Erfordernissen bestimmt werden.

Der Weg zu einer nachhaltigen Gesundheitsreform führt nur über die Krankenhäuser, die derzeit ein knappes Drittel der Gesamtausgaben der GKV beanspruchen. Das Krankenhaus der Zukunft wird ein neues Gesicht erhalten und durch Verzahnung von ambulanter und stationärer Behandlung – bei freier Arztwahl – den Patienten schneller und effizienter versorgen können.

Die angestrebte monistische Finanzierung der Instandhaltungs- und Investitionskosten halten wir – zumindest für Bayern – für den falschen Weg. Die finanzielle und politische Verantwortung der Länder für die Krankenhäuser hat sich bewährt und muß erhalten bleiben. Wir streben deshalb für Bayern eine Optionslösung an.

Sicher fürchten manche mit Blick auf das Gesamtbudget um ihre Besitzstände. Doch die Gesundheitsreform ist eine echte Chance, das hohe Niveau des deutschen Gesundheitssystems langfristig zu sichern und für alle bezahlbar zu halten.

# Aus Sicherstellungsgründen zu besetzende Vertragsarztsitze in Bayern

## Wichtige Hinweise:

1. Der Bewerbung um einen zu besetzenden Vertragsarztsitz sind beizufügen:

- ein Zulassungsantrag mit folgenden, in § 18 Ärzte-ZV genannten, Unterlagen:

- ein Auszug aus dem Arztregister,

- Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten,

- eine Bescheinigung über die Teilnahme an einem Ein-

führungslehrgang (§ 17 Ärzte-ZV),

- ein Lebenslauf,

- ein polizeiliches Führungszeugnis,

- Bescheinigungen der KVen, in deren Bereich der Arzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,

- eine Erklärung über den Zeitpunkt der Antragsstel-

lung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,

- eine Erklärung des Arztes, ob er rauschgiftsüchtig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen hat und daß gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Anstelle von Urkunden können amtlich beglaubigte Abschriften beigelegt werden.

2. Die Bewerbung um einen zu besetzenden Vertragsarztsitz ist auch dann erforderlich, wenn bereits eine Eintragung in die Warteliste erfolgt ist.

## Bezirksstelle Oberfranken

Planungsbereich Kreisregion Bayreuth Stadt, Landkreis Bayreuth

1 Allgemeinarzt

Praxisübernahme baldmöglichst

Bewerbungen bitte an die

Geschäftsstelle des Zulassungsausschusses Ärzte Oberfranken bei der Bezirksstelle Oberfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Brandenburger Straße 4, 95448 Bayreuth, Telefon 09 21/ 2 92-2 29 (Angela Stütz)

## Psychotherapie 99: Politik bestätigt Nachholbedarf

Vor dem Hintergrund der erwarteten desolaten Honorarsituation für die neu zugelassenen Psychotherapeuten hat sich die Bayerische Sozialministerin Barbara Stamm ausdrücklich hinter die Forderung der Ärzteschaft nach Anpassung der entsprechenden Gesamtvergütung gestellt.

Mit Schreiben vom 25. März 1999 betont sie, daß die Kassenärztlichen Vereinigungen – nach ihrer Auffassung zu Recht – davon ausgingen, daß eine angemessene Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen keinesfalls auf Kosten der übrigen Ärzteschaft gestützt werden könne.

Diese Position hat sich nun auch Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer zu eigen gemacht.

Mit Schreiben vom 28. April 1999 bestätigt sie, daß im Fall von Entwicklungen, die der Gesetzgeber so nicht gewollt hat, eine konstruktive Nutzung des gesetzlichen Spielraums durch die Vertragspartner notwendig sei.

Damit sind die rechtlichen und politischen Rahmenbedingungen geklärt. Den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten, zumal den neu ins System eingetretenen Kollegen, ist eine weitere Verschleppung dieser Frage jetzt nicht mehr zuzumuten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns wird deshalb mit Nachdruck auf die Vertragspartner zugehen, um diesen Problembereich im Sinne der Auffassung beider Ministerinnen zu regeln.

KVB

### Seminare zur Förderung der Schlüsselqualifikation für Multiplikatoren im Gesundheitswesen 1999

Veranstalter: Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e. V.

21./22. Juni

Öffentlichkeitsarbeit (Kurzvorträge, Diskussion, Einzel- und Gruppenarbeiten, Übungen)

21./22. September

Kooperationsmanagement (Kurzvorträge, Diskussion, Einzel- und Gruppenarbeiten, Übungen)

3./4. November

Konflikte konstruktiv bearbeiten (Theorieinputs, Einzel- und Kleingruppenarbeit, Spiele und Übungen)

16./17. November

Präsentation als Herausforderung (Kurzvorträge, Einzel-, Gruppenarbeiten, Übungen, Diskussion, Videoauswertung)

Teilnahmegebühr: pro Seminar 230,- DM

Ort: LZG, Landwehrstraße 60-62, München

#### Auskunft und Anmeldung:

Landeszentrale für Gesundheit in Bayern, Landwehrstraße 60-62, 80336 München, Telefon 0 89/54 40 73-0, Fax 0 89/54 40 73-46, E-Mail: lzg-bayern@t-online.de  
Internet: www.lzg-bayern.de

# Symposium „Kolorektales Karzinom“

Einigkeit bei Politik, Krankenkassen und KV:  
Darmkrebsfrüherkennung wird fortgesetzt



Die Teilnehmer des Symposiums „Kolorektales Karzinom“ waren sich einig: Das Modellprojekt „Aktion gegen Darmkrebs. Je früher desto besser.“ soll aufgrund seiner positiven Ergebnisse bei der Früherkennung von Darmkrebs fortgesetzt werden. Das Projekt hat nämlich gezeigt, daß gezielte, intensive Aufklärung durch die Vertragsärzte die Patienten überzeugt, an der Früherkennung teilzunehmen und damit langfristig das Risiko sinkt an Darmkrebs zu erkranken.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) hat gemeinsam mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung das Symposium zum kolorektalen Karzinom am 4. Mai 1999 in München veranstaltet, um den Abschlußbericht des bayerischen Modellprojektes einem Expertenkreis aus dem gesamten Bundesgebiet vorzustellen.

Neben der Präsentation des Modellprojektes aus Sicht der Betei-

von links nach rechts: Dr. Ekkehard Bahlo, Ltd. Ministerialrat Dr. Rolf Baumann, Dr. Lothar Wittek, Hartmut Holmer, Professor Dr. Jürgen F. Riemann, Dr. Berndt Birkner

ligten referierte Professor Dr. phil. Dr. med. habil. Juliane Wilmanns zur Geschichte der Prävention und stellte ihre sechs Punkte für eine gesunde Lebensführung dar (siehe Kasten). Professor Dr. med. Ferdinand Hofstädter stellte neue Ergebnisse zur Genetik des kolorektalen Karzinoms vor.

Das bayerische Modellprojekt „Aktion gegen Darmkrebs. Je

früher desto besser.“ wurde initiiert um den Gedanken der Prävention vor allem bei heilbaren Krankheiten an die Patienten zu vermitteln. Das Bewußtsein der Vorsorge sollte in der Öffentlichkeit verstärkt werden um so schwere Krankheiten nach Möglichkeit zu verhindern.

## Präventionsgedanken fördern

Aus diesem Anliegen heraus wurde gemeinsam mit allen bayerischen Krankenkassen das Modellprojekt zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms in den Modellregionen München, Straubing und Regensburg im April 1996 gestartet: Patienten über 45 Jahre werden über den Test auf okkultes Blut informiert und zu einer Teilnahme aufgefordert. Bei einem positiven Befund wird der Patient zur Koloskopie überwiesen. Das Projekt hat auch genau die Intention des bayerischen Gesundheitsministeriums getrof-

### Das System der Diätetik \*)

#### Die mittelalterlichen sex res non naturales

- |  |   |
|--|---|
| 1. Licht und Luft<br>aer               | 4. Schlafen und Wachen<br>somnus et vigilia |
| 2. Essen und Trinken<br>cibus et potus | 5. Ausscheidungen<br>excreta et secreta     |
| 3. Bewegung und Ruhe<br>motus et quies | 6. Gemütsbewegungen<br>affectus animi       |

\*) nach Galen: Ars medica I, 367 (Köhn)

© Wilmanns

fen. Joachim Herrmann, Gesundheitsstaatssekretär in Bayern, betonte, daß gerade die Prävention der Politik besonders am Herzen liegt. Das Projekt hat gezeigt, wenn die Patienten offensiv angesprochen werden, können beachtliche Ergebnisse erzielt werden. Deshalb ermutigte Herrmann die Ärzteschaft und die Krankenkassen den eingeschlagenen Weg fortzuführen.

## Teilnahme am Projekt

Wird Darmkrebs frühzeitig erkannt, kann er mit sehr großer Wahrscheinlichkeit geheilt werden. So war es auch das Ziel die Teilnahme der versicherten Bevölkerung am Okkultbluttest zu steigern und möglichst viele Patienten frühzeitig – bevor erste Beschwerden auftreten – auf Maßnahmen zur Früherkennungsuntersuchung gegen Darmkrebs hinzuweisen. Dies ist auch gelungen. Dr. Lutz Altenhofen vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung stellte als ein wesentliches Ergebnis des Projektes die Steigerungsraten bei der Teilnahme am Okkultbluttest heraus: Gegenüber 1995 hat sich die Teilnahme während des Projektes bei Männern um 54,3 % gesteigert, bei Frauen um 35,8 %. In München hat sich etwa jeder zweite gesetzlich Krankenversicherte im Alter von 45 Jahren am Test beteiligt.

## Befunde der Koloskopie

Zu annähernd 6000 Patienten liegen Ergebnisse einer in der Regel zur Abklärung eines positiven Okkultbluttests durchgeführten Koloskopie vor. Etwa 47 % der koloskopierten Patienten waren Männer.

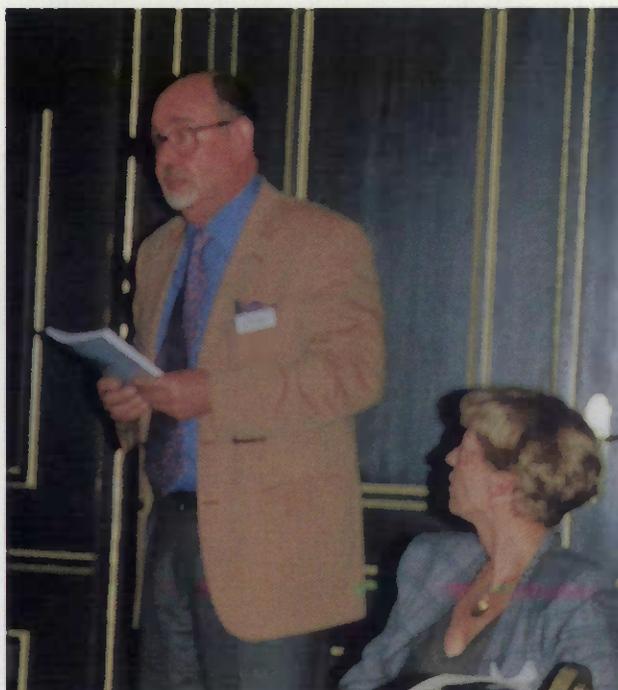
In ca. 27 % aller Koloskopiefälle wurden Darmpolypen festgestellt, wobei diese mit zunehmendem Alter häufiger auftreten und Männer in allen Alters-



Professor Dr. Dr.  
Juliane Wilmanns

gruppen eher Darmpolypen aufwiesen als Frauen. In 58,5 % der Fälle trat ein Darmpolyp isoliert auf, während in den übrigen Fällen zwei und mehr Polypen entdeckt wurden. Die Mehrzahl war im Bereich des Sigma (45,2 %) und im Bereich des Rektums (29,5 %) lokalisiert. Insgesamt waren 8 % aller Polypen größer als drei Zentimeter. Histologisch wurden etwa 880 Polypen als Adenom beschrieben. Die betroffenen Patienten wurden überwiegend noch während der

Dr. Renate Hanig  
und Dr. Albert  
Liebl



Untersuchung oder einer nachfolgenden Sitzung polypektomiert, jedoch wurden 23 % zur stationären Polypektomie geraten.

In etwa 5 % der Koloskopiefälle wurden Karzinome entdeckt. Einschließlich der vorgenommenen Nacherhebungen wurden ca. 310 kolorektale Karzinome diagnostiziert. Aufgrund von Dokumentationsdefiziten ist nicht auszuschließen, daß bis zu 100 Karzinome im Zug des in den beiden Jahren intensivierten kolorektalen Screenings zusätzlich entdeckt, aber nicht dokumentiert wurden.

## Patientenbefragung

Die Patienten wurden nach der Koloskopie gebeten einen standardisierten Fragebogen auszufüllen. Ein Viertel der befragten Patienten hatte noch nie einen Okkultbluttest gemacht. Häufigster Grund war bei 48 % – sie hatten noch nie daran gedacht. Über anfängliche Bedenken gegenüber der Koloskopie berichteten 33 %, besonders wegen möglicher Schmerzen. Allerdings bewertete jeder zweite die Unannehmlichkeiten als eher gering, 30 % als störend, 14 % für gerade noch zu ertragen oder für unerträglich.

Bundesweit herrscht eine noch zu geringe Bereitschaft für Vorsorgemaßnahmen. Dr. rer. nat. Ekkehard Bahlo von der Deutschen Gesellschaft für Versicherte und Patienten e. V. erklärte dies mit Mangel an Transparenz und Information. Die Ergebnisse des Projektes zeigen, daß Früherkennungsuntersuchungen von Patienten angenommen werden, wenn sie richtig angesprochen werden. Hier forderte der Leitende Ministerialrat Dr. Rolf Baumann aus dem bayerischen Sozialministerium die Initiatoren solcher Projekte auf, nicht nur an die Eigenverantwortung der Patienten zu appellieren, sondern auch dafür zu sorgen, daß die Bürger die Informationen aufnehmen.

## Bereitschaft der Ärzte

Aber auch in der Ärzteschaft mußte das Bewußtsein für frühzeitige und einfache Präventionsmaßnahmen geschärft werden. Ursprüngliches Ziel war, so Dr. med. Renate Hanig, stellvertretende Vorsitzende der KVB-Bezirksstelle München Stadt und Land, alle Kollegen aller Fachrichtungen einzubinden, um zu einer hohen Aussagekraft des Modells zu kommen. In der Modellphase stellte sich jedoch heraus, daß nur die üblicherweise fachlich Zuständigen – Allgemeinärzte, Kinderärzte, Internisten, Gynäkologen und Urologen – den Großteil der Tests durchführte. In diesem Jahr dürfen aus diesem Grund die Leistungen des Modellprojektes auch nur von diesen Fachgruppen in den Modellregionen erbracht werden. Langfristig, betonte jedoch Hartmut Holmer von der IKK, schließe er nicht aus, daß die Tür auch wieder für andere Arztgruppen geöffnet wird.

Professor Dr. med. Jürgen F. Riemann erklärt die Zurückhaltung der niedergelassenen Ärzte durch die bisher kontroverse Diskussion des Okkultbluttests in der Öffentlichkeit. Dies habe sich jetzt allerdings durch die evidence based medicine geändert. Insgesamt beteiligten sich im letzten Quartal 1997 in München 907 von 3744 niedergelassenen Ärzten (25,6 %), in Straubing 87 von 190 (45,8 %) und 187 in Regensburg von 525 Vertragsärzten (35,6 %).

## Bundesweite Impulse

Aufgrund der guten Ergebnisse forderte KVB-Vorsitzender Dr. med. Lothar Wittek, Moderator der Veranstaltung, die Darmkrebsfrüherkennung als Präventionsuntersuchung in das bundesweite Präventionsprogramm aufzunehmen. Darüber waren sich auch die Repräsentanten der Krankenkassen einig. Hol-

Bei der Podiumsdiskussion



mer betonte, daß die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung insgesamt entsprechend dem Wirtschaftlichkeitsgebot ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müßten und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürften – allerdings räumte er ein, daß das persönliche Schicksal der Betroffenen auch betrachtet werden müsse. In Bayern wird das Projekt in den Modellregionen weiterlaufen. Gemeinsames Ziel müsse jetzt sein, so der AOK-Chef Herbert Schmaus für die bayerischen Krankenkassenverbände, das Projekt in die bundesweite Regelversorgung zu überführen. Einig waren sich die Beteiligten, daß noch einmal gemeinsam aus Bayern an den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen appelliert werden sollte. Ein gemeinsames Schreiben der KVB, Krankenkassen und des Sozialministeriums wird das gemeinsame Anliegen schildern.

Dies sollte nach Ansicht des Präventionsbeauftragten der KVB, Dr. med. Albert Liebl, möglich

sein. Die überzeugenden Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung als auch die Forderung des Gesetzgebers, der Früherkennung einen besonderen Stellenwert einzuräumen, sind beste Voraussetzungen hierfür.

Die Deutsche Krebsgesellschaft fordert für die Zukunft nicht nur eine Stärkung der Prävention bundesweit sondern auch Leitlinien für die Primär- und Sekundärprävention sowie zur Diagnose, Therapie und Nachsorge verschiedener Zielkrebse und die Entwicklung von Modellen und Kommunikationsstrukturen zur weiteren Teilnahmesteigerung.

Die Studie, so Dr. med. Berndt Birkner, hat deutschlandweit und auch auf internationaler Ebene für Aufsehen gesorgt. Allein der Deutschen Krebsgesellschaft liegen mittlerweile Anfragen von über 50 Institutionen aus dem In- und Ausland vor, die den Wunsch haben, ähnliche Projekte zu initiieren.

Monja Laschet

# Richtlinien des Vorstandes der KVB zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte vom 26. März 1999

## 1. Zielsetzung

Gemäß § 1 der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf Grundlage von Artikel 6 des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung geschlossenen „Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung“ (nachfolgend „Vereinbarung“ genannt) fördern die Krankenkassen zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung nach § 73 SGB V die allgemeinmedizinische Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte in der Zeit vom 1. 01. 1999 bis zum 31. 12. 2000 durch Beteiligung an den Kosten der in diesem Zeitraum besetzten eigenständigen Weiterbildungsstellen für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin.

Nach Anlage 1 der „Vereinbarung zur Förderung der Allgemeinmedizin in der vertragsärztlichen Versorgung“ werden in Bayern in den Jahren 1999 und 2000 jeweils 263 Weiterbildungsstellen gefördert. Die Fördermittel werden jeweils zur Hälfte durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen sowie die Private Krankenversicherung aufgebracht.

## 2. Umfang und Höhe der Förderung

2.1 Vertragsärzte, die im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns niedergelassen sind, erhalten auf Antrag eine Förderung für die Beschäftigung eines allgemeinärztlichen Weiterbildungsassistenten in ihrer Praxis, sofern die Förderungsvoraussetzungen erfüllt sind. Die Förderung ist gem. § 5 der Vereinbarung an den Weiterbildungsassistenten weiterzuleiten.

2.2 In den Jahren 1999 und 2000 werden jeweils 263 Weiterbildungsstellen mit einer Dauer von bis zu 12 Monaten pro Kalenderjahr gefördert. Weiterbildungsabschnitte mit weniger als drei Monaten Dauer sind nicht förderungsfähig. Der zu fördernde Weiterbildungsabschnitt muß in die Jahre 1999 und/oder 2000 fallen. Erstreckt sich der zu fördernde Weiterbildungsabschnitt auf die Kalenderjahre 1999 und 2000, so sind die Fördermittel anteilig aus dem jeweiligen Haushaltsjahr zu entnehmen.

2.3 Die Förderung für die Antragsteller beträgt bei Ganztagsbeschäftigung des Weiterbildungsassistenten DM 4000,00

pro Monat, bei Halbtagsbeschäftigung DM 2000,00 pro Monat.

2.4 Durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns werden in den Haushaltsjahren 1999 und 2000 jeweils Fördermittel in Höhe von 6 312 000,00 DM für die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte in den Haushalt eingestellt. Gem. § 3 i.V.m. § 5 der Vereinbarung haben sich die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen sowie die privaten Krankenversicherungen in gleicher Höhe an der Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung zu beteiligen.

2.5 Gefördert wird ein ganzjähriges Weiterbildungsverhältnis. Ein Weiterbildungsverhältnis in Form einer Halbtagsbeschäftigung ist förderungsfähig, wenn die Bayerische Landesärztekammer eine Teilzeitweiterbildung mit mindestens der halben regelmäßigen Arbeitszeit gem. § 4 Abs. 5 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns als anrechnungsfähig bestätigt hat.

2.6 Die gleichzeitige Förderung von zwei oder mehr Weiterbildungsstellen in einer Praxis ist grundsätz-

lich nicht zulässig. Dies gilt auch für Gemeinschaftspraxen. Es können in einer Praxis jedoch gleichzeitig zwei Halbtagsstellen gefördert werden. In einer Praxis kann eine Weiterbildungsstelle, die mit dem selben Weiterbildungsassistenten besetzt ist, innerhalb des Gültigkeitszeitraumes dieser Vereinbarung grundsätzlich höchstens bis zu zwölf Monate, bei Halbtagsbeschäftigung bis zu 24 Monate gefördert werden.

## 3. Antragsverfahren

Im Antragsverfahren ist das Vorliegen folgender Voraussetzungen zu prüfen:

3.1 Unter folgenden Voraussetzungen ist die Antragstellung zulässig:

- Der Antrag muß bei der KVB schriftlich gestellt werden.
- Die Antragstellung kann frühestens sechs Monate vor Beginn des zu fördernden Weiterbildungsabschnittes erfolgen. Wird der Antrag während eines bereits begonnenen Weiterbildungsabschnittes gestellt, so ist der Weiterbildungsabschnitt erst ab dem Monat der An-

tragstellung förderungs-  
fähig.

- In dem Antrag müssen der Weiterbildungsassistent sowie der Beginn und die Dauer des zu fördernden Weiterbildungsabschnittes konkret benannt sein. Diese Angaben können auch innerhalb von vier Wochen nach Antragseingang bei der KVB nachgemeldet werden. Andernfalls ist der Antrag abzulehnen.

3.2 Der Weiterbildungsassistent hat gegenüber der KVB schriftlich zu erklären, daß die Förderung gem. § 5 der Vereinbarung an ihn weitergeleitet wird.

3.3 Der Weiterbildungsassistent hat gegenüber der KVB schriftlich zu erklären, daß er sich gem. § 4 Satz 3 Ziffer 2 der Vereinbarung verpflichtet, den in der Praxis des Antragstellers abzuleistenden Weiterbildungsabschnitt als Teil seiner Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu nutzen.

3.4 Bestätigung der Bayerischen Landesärztekammer, daß der zu fördernde Weiterbildungsabschnitt gem. § 4 Satz 9 der Vereinbarung für die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung benötigt wird.

3.5 Bestätigung der Bayerischen Landesärztekammer gem. § 4 Satz 3 Ziffer 2 Satz 2 der Vereinbarung, daß eine Weiterbildungsbefugnis des antragstellenden Arztes gem. § 7 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns für das Gebiet der Allgemeinmedizin oder für die Weiterbildung in auf die Allgemeinmedizin anrechnungsfähigen Fächern vorliegt, soweit sich

die Weiterbildungsbefugnis ausdrücklich auf die in der Allgemeinmedizin anrechnungsfähigen Weiterbildungsabschnitte bezieht. Die zusätzlich zur Allgemeinmedizin anrechnungsfähigen Fächer sowie die jeweilige Förderungshöchstdauer ergeben sich aus Anlage 1 zu dieser Richtlinie.

3.6 Bestätigung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, daß eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns gem. § 32 Zulassungsverordnung-Ärzte zur Be-

schäftigung des Weiterbildungsassistenten für den Zeitraum vorliegt, für den eine Förderung beantragt wird.

## 4. Gewährung und Ausschluß der Förderung

4.1 Trotz Vorliegens der Voraussetzungen nach Ziffer 3 ist die Gewährung einer Förderung nicht möglich, wenn die jährlichen Gesamtfördermittel gem. Ziffer 2.4 überschritten werden. In diesem Fall ist der Antrag abzulehnen.

4.2 Wegen der Begrenztheit der förderungsfähigen Stellen ist bei der Auswahl unter mehreren Anträgen im Grundsatz der Zeitpunkt des Antragseinganges maßgebend. Die in einem Quartal eingehenden Anträge werden nach Quartalsende bearbeitet. Dabei sind, unabhängig vom Datum des Antragseinganges, die Antragsteller bevorzugt zu fördern, bei denen

- die Weiterbildungsabschnitte innerhalb einer Gesamtweiterbildungsdauer von 5 Jahren abgeleistet werden und/oder

- die laut der Weiterbildungsordnung am Krankenhaus abzuleistenden oder ableistbaren Weiterbildungszeiten bereits absolviert wurden und/oder

- zumindest die Praxisphase als Arzt im Praktikum im Krankenhaus abgeleistet worden ist, wenn hierbei auf die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin anrechnungsfähige Ausbildungsabschnitte zugrunde liegen und/oder

- in Fächern weitergebildet wird, die am Krankenhaus nicht absolviert werden können.

Dabei sind diese Kriterien in der genannten Reihenfolge zu gewichten. Die verbleibenden Anträge sind nach dem Zeitpunkt des Antragseinganges zu verbescheiden.

Für den Fall, daß durch die Zahl der an einem bestimmten Kalendertag eingehenden Anträge die Fördergrenze gem. Ziffer 2.4 erreicht und überschritten wird, werden die restlichen Fördermittel anteilig auf die an diesem Tag eingegangenen Anträge vergeben.

### Anlage 1 zu den Richtlinien des Vorstandes der KVB zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte

Neben niedergelassenen Allgemeinärzten sind auf Grundlage der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 01. 10. 1993 i. d. F. vom 13. 10. 1993 auch solche niedergelassenen Antragsteller, die nicht als Allgemeinarzt zugelassen sind, aber über eine Weiterbildungsbefugnis für die unten genannten Fächer gem. § 7 der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns verfügen, bis zu der jeweils genannten Anrechnungshöchstdauer förderungsfähig, sofern auch die sonstigen Förderungsvoraussetzungen erfüllt sind.

- Anästhesiologie bis zu 1/2 Jahr
- Arbeitsmedizin bis zu 1/2 Jahr
- Chirurgie bis zu 1/2 Jahr
- Frauenheilkunde und Geburtshilfe bis zu 1/2 Jahr
- Haut- und Geschlechtskrankheiten bis zu 1/2 Jahr
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bis zu 1/2 Jahr
- Innere Medizin bis zu 1/2 Jahr
- Kinderheilkunde bis zu 1/2 Jahr
- Laboratoriumsmedizin bis zu 1/2 Jahr
- Neurologie bis zu 1/2 Jahr
- Orthopädie bis zu 1/2 Jahr
- Psychiatrie und Psychotherapie bis zu 1/2 Jahr
- Urologie bis zu 1/2 Jahr

Zusätzlich 1/2 Jahr Chirurgie. Hierauf sind anrechnungsfähig:

- Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit 3 Monaten
- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde mit 3 Monaten
- Orthopädie mit 3 Monaten
- Urologie mit 3 Monaten

4.3 Entfällt eine der Voraussetzungen für die Zahlung der Förderung vor Ablauf der Weiterbildungszeit, wird die Zahlung eingestellt. Bereits erfolgte Zahlungen können zurückgefordert werden. Wenn die Voraussetzungen für die Bewilligung von Anfang an nicht vorgelegen haben, wird die Bewilligung widerrufen und die bereits gezahlte Förderung zurückgefordert. Der Antragsteller hat alle Umstände, die zum Wegfall der Förderung führen können, unverzüglich der KVB mitzuteilen.

## 5. Verfahren

5.1 Über Bewilligung, Widerruf, Einstellung oder Rückforderung der Förderung entscheidet der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Er kann diese Kompetenz auf ein Mitglied des Vorstandes oder der Geschäftsführung delegieren.

5.2 Die Entscheidung ist dem Antragsteller mittels schriftlichem Bescheid mitzuteilen. Gegen den Bescheid ist Widerspruch zum Vorstand der KVB zulässig.

## 6. Inkrafttreten und Übergangsbestimmungen

6.1 Anträge aus dem Jahr 1998, bei denen der zu fördernde Weiterbildungsabschnitt vollständig in das Jahr 1999 fällt sind nach diesen Richtlinien zu verbescheiden. Hier von unberührt bleiben Anträge, die zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieser Richtlinien bereits verbeschieden sind.

6.2 Anträge auf Gewährung einer Förderung für Weiterbildungsverhältnisse, bei denen der letzte Weiterbildungsabschnitt im Jahr 1998 begonnen wurde, dieser aber mindestens drei Monate in das Jahr 1999 hineinreicht, werden für die in das Jahr 1999 fallenden Weiterbildungszeiten nach diesen Richtlinien verbeschieden.

6.3 Anträge auf Gewährung einer Förderung für Weiterbildungsverhältnisse, bei denen der letzte Weiterbildungsabschnitt im Jahr 1998 begonnen wurde, dieser aber weniger als drei Monate in das Jahr 1999 hineinreicht, werden nach den „Richtlinien des Vorstandes der KVB zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte vom 06. 02. 1998 i. d. F. vom 30. 07. 1998“ verbeschieden.

6.4 Abweichend von Ziffer 3.1 sind bei Antragsstellern, deren Antrag aus

dem Jahre 1998 nach den Richtlinien vom 06. 02. 1998 i. d. F. vom 30. 07. 1998 mit der Begründung abgelehnt wurde, daß der Antrag zu früh gestellt wurde und denen empfohlen wurde, einen Monat vor Beginn des zu fördernden Weiterbildungsabschnittes nochmals einen Antrag zu stellen, auch in 1999 fallende Weiterbildungszeiten, die vor dem Zeitpunkt der Antragstellung liegen, förderungsfähig.

6.5 Diese Vereinbarung tritt mit ihrer Bekanntgabe im Bayerischen Ärzteblatt rückwirkend zum 01. 01. 1999 in Kraft und mit Ablauf des 31. 12. 2000 außer Kraft.

6.6 Durch diese Richtlinien treten die „Richtlinien des Vorstandes der KVB zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte vom 06. 02. 1998 i. d. F. vom 30. 07. 1998“ außer Kraft.

## Approbationsbehörden in Bayern neu geregelt

Das Bayerische Gesundheitsministerium macht darauf aufmerksam, daß ab 1. 10. 1999 nicht mehr das Gesundheitsministerium selbst Approbationsbehörde ist, sondern

- die Regierung von Oberbayern, Maximilianstraße 39, 80538 München, wenn die ärztliche Prüfung in München oder Regensburg

- die Regierung von Unterfranken, Peterplatz 9, 97070 Würzburg, wenn die ärztliche Prüfung in Erlangen oder Würzburg

abgelegt wurde.

Ärzte im Praktikum, die diesen Ausbildungsabschnitt am 30. 9. 1999 oder später abschließen und dann den Antrag auf Erteilung der Approbation als Arzt/Ärztin stellen, müssen diesen bei der jeweils zuständigen Regierung einreichen.

## Betriebswirtschaft in der Arztpraxis

Seminarprogramm Juni/Juli 1999

**Thema:** Organisation und Planung in der Arztpraxis  
**Termin:** Mittwoch, 16. Juni 1999 – 15 bis 19 Uhr  
**Ort:** KVB-Bezirksstelle Oberpfalz, Yorkstraße 15/17, Regensburg

**Thema:** Praxisabgabe/Praxisveräußerung  
 Abgabeplanung – Praxisbewertung – Übergangskooperation – Steuerstrategie

**Termin:** Mittwoch, 7. Juli 1999 – 15 bis 19 Uhr  
**Ort:** KVB-Bezirksstelle München Stadt und Land, Briennerstraße 23, München

**Teilnahmegebühr:** Je Seminar 110,- DM

**Anmeldung bitte nur schriftlich an:**

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Frau Zschischang, Arabellastr. 30, 81925 München, Fax 0 89 / 9 20 96-3 15

Falls Sie an dem Jahresprogramm mit weiteren betriebswirtschaftlichen Seminaren interessiert sind, dann fordern Sie bitte die Broschüre „Wirtschaft für Ärzte – Eine Seminarreihe der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns“ unter der o. g. Adresse an.

# Obligationenmärkte: ein differenzierter Anlagesektor

Die Zinssenkung durch die Europäische Zentralbank anfangs April bestätigte den abwärts gerichteten Zinstrend in Europa auch im längerfristigen Bereich. Der schwache Konjunkturverlauf und die sehr tiefen Teuerungsraten boten den notwendigen Handlungsspielraum und erlaubten den europäischen Währungshütern die Feststellung, dass sie dem vorherigen politischen Druck nicht leichtfertig nachgegeben haben.

Teilweise anders ist die Situation in den Vereinigten Staaten. Hier ist die Weltregion des anscheinend ununterbrochenen Wachstums, der steigenden Beschäftigungszahlen und der dennoch gebannten Inflationsgefahren. Es sind aber auch deutliche Warnsignale zu hören, zum Beispiel in den öffentlichen Statements des Fed-Vorsitzenden Alan Greenspan. Die Wahrscheinlichkeit wächst, dass die im vergangenen Herbst unter dem Eindruck der weltweiten Finanzkrise durchgeführten Zinssenkungen wieder schrittweise rückgängig gemacht werden. Die US-Obligationenmärkte haben bereits reagiert und seit Jahresbeginn einen Zinsanstieg um rund 0,5 % verkräften müssen.

Sollte in den USA die Geldpolitik wieder gestrafft werden, müsste dies auch Auswirkungen auf die europäischen Märkte haben, zumal allenthalben von einem besseren Konjunkturverlauf im 3./4. Quartal 1999 ausgegangen wird. Auf jeden Fall erscheint mittelfristig, also über den klassischen Anlagezeitraum von drei bis fünf Jahren, das Risiko wieder steigender Zinsen grösser als die Chance auf einen weiteren fühlbaren Zinsrückgang.

## Kurserholung der Emerging Markets

Im ersten Drittel des laufenden Geschäftsjahres haben die internationalen Obligationenmärkte nur bescheidene Anlagerenditen

**Die nationalen und internationalen Obligationenmärkte sind zur Zeit ein wenig attraktiver Anlagebereich. Die Zinsen liegen in den meisten Ländern auf historischen Tiefstwerten, die Aktienbörsen haben seit Jahresanfang trotz aller Nervosität bessere Resultate gebracht. Das Gesamtbild ist jedoch differenziert zu betrachten. Einerseits hat in Europa das Marktsegment der Unternehmensanleihen stärkere Bedeutung gewonnen, andererseits konnten sich die Titel der Emerging Markets deutlich erholen.**

gebracht. Der globale Index von J. P. Morgan ist, in Lokalwährungen gemessen, lediglich um knapp 0,6 % gestiegen. Nur leicht besser ist die Performance in Europa mit einer Gesamtrendite von 0,75 %, ebenfalls in Lokalwährungen berechnet. Im klassischen Anlagebereich des konservativen Investors war somit in dieser natürlich kurzen Periode nicht viel zu verdienen. Dagegen konnten die zuvor stark im Kurs gedrückten Anleihen aus den Emerging Markets, die in den Strudel der Finanzkrise geraten waren, in den letzten Monaten wieder deutlich Boden gutmachen. Seit Jahresanfang weist der Emerging Market Bond Index einen Kursanstieg um etwas mehr als 12 % auf. Diese Bewegung illustriert noch keine grundsätzliche Gesundung in den hier erfassten Ländern, aber doch das langsam zurückkehrende Vertrauen und die Hoffnung, dass die grössten Schwierigkeiten überwunden sind. Investitionen in diesem Bereich setzen aber nach wie vor eine hohe Risikobereitschaft voraus.

## Europa: Unternehmensanleihen im Aufwind

Anleihen von Emerging Markets sind wegen dieser schwer abschätzbaren Risikokomponente

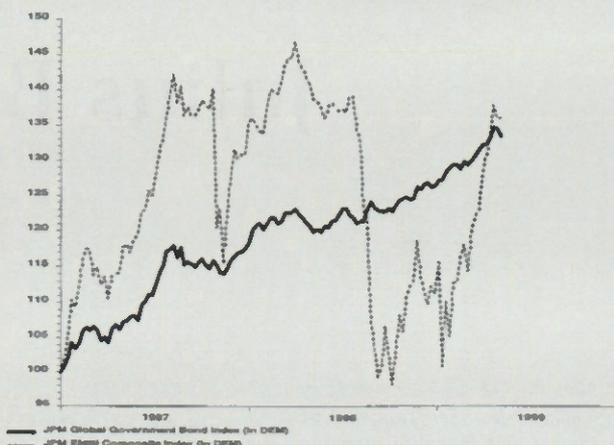
nicht jedermanns Sache. Verstärktes Interesse hat daher in Europa das Marktsegment der Unternehmensanleihen gefunden, das in den USA zum traditionellen Anlagespektrum gehört, in unserer Region aber erst im Aufbau begriffen ist. Die veränderten Rahmenbedingungen durch die Einführung der Einheitswährung sind der Anstoss für diese Entwicklung.

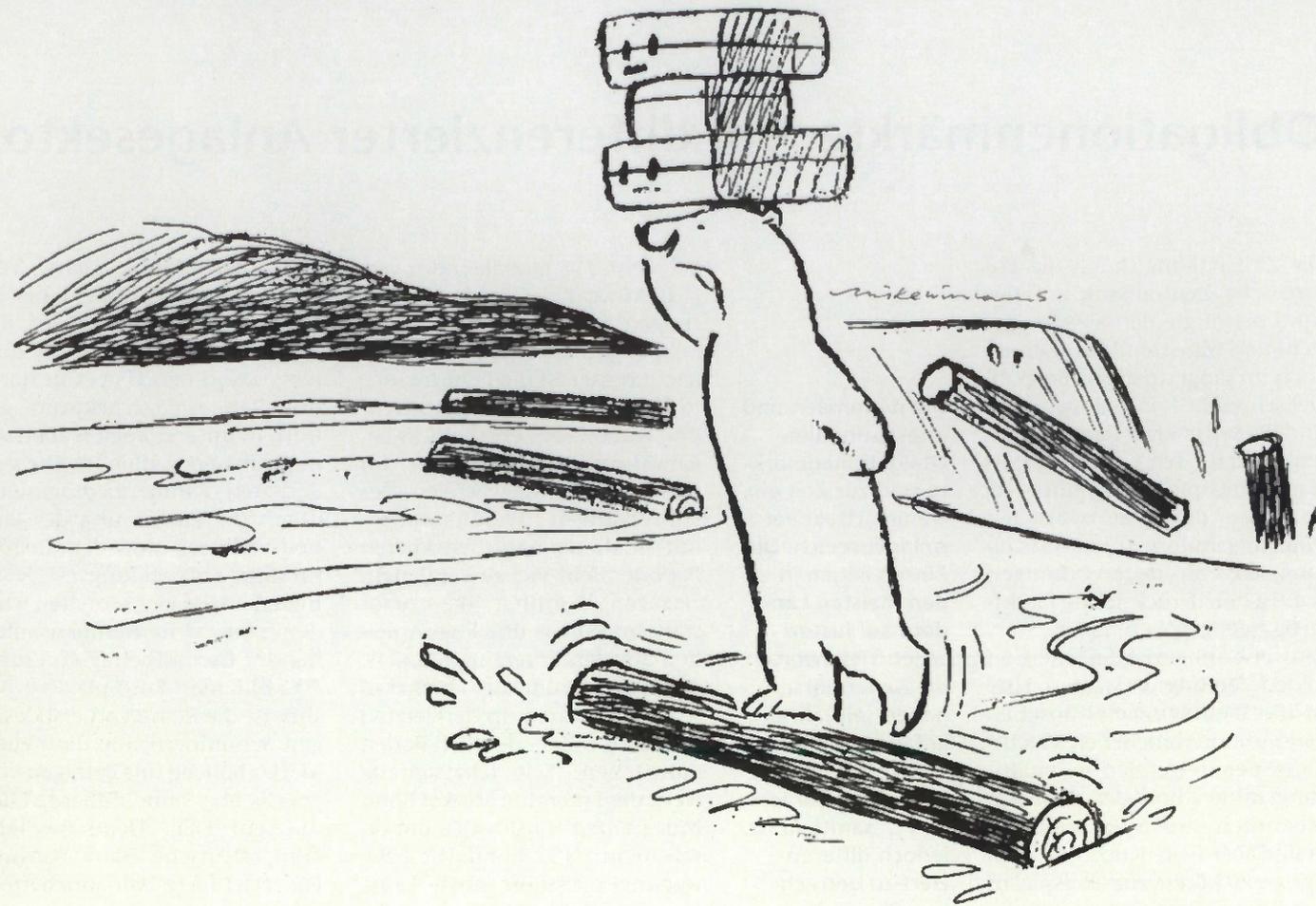
In den ersten vier Monaten wurden neue Unternehmensanleihen im Gesamtbetrag von rund 70 Milliarden Euro plziert. Positiv ist die Reihe von erstklassigen Schuldnern, die die neuen Marktchancen mit Beträgen von jeweils über eine Milliarde Euro nutzten: DSL, Deutsche Telekom, Deutsche Bank, GMAC. Die Nachfrage war gross, trotz der teilweise engen Konditionen, die Liquidität dieses Marktsektors ist aber noch verbesserungsbedürftig, was sich wohl in den nächsten Quartalen ergeben dürfte.

Während EWU-Staatsanleihen im bisherigen Jahresverlauf einen Indexanstieg von 1,2 % verzeichneten, konnte der Gesamtmarkt um 1,5 % zulegen. Daraus lässt sich schliessen, dass der Sektor der Unternehmensanleihen allein eine Anlagerendite von rund 2 % gebracht hat. Der absolute Unterschied zu Staatsanleihen mag damit gering erscheinen, ausschlaggebend für den Anleger – nicht nur für institutionelle Investoren – ist aber die relative Performance.

Als Fazit zu den unterschiedlichen Entwicklungen in den einzelnen Marktsektoren und geographischen Regionen lässt sich feststellen, dass auch im Obligationenbereich eine Diversifikation der Anlagen empfehlenswert ist. Mit einer gesunden Mischung und sinnvollen Laufzeitenstruktur können sowohl die Bonitäts- wie auch die Zinssatzrisiken eingeschränkt werden.

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





## Erfahrung ist unersetzbar.

Nur wer die Klippen kennt, bewegt sich sicher auf den internationalen Finanzmärkten. Voraussetzung dafür ist Erfahrung. Die Bank Julius Bär hat in über hundert Jahren eine optimal ausbalancierte Anlagepolitik entwickelt, die selbst auf unruhigen Märkten trägt. Diese Gewandtheit erlaubt ein substanzorientiertes Wachstum auch Ihres Vermögens.

# Julius Bär

THE FINE ART OF PRIVATE BANKING

### BANK JULIUS BÄR

Private Banking: Philip Hirzel, 0041 (1) 228 57 35; Peter Schmid, 0041 (1) 228 53 81

Gruppen-Präsenz: Zürich, Genf, London, New York, Frankfurt, Paris, Wien, Luzern, Zug, Lugano, Lausanne, Monaco, Guernsey, Montreal, Grand Cayman, Palm Beach, Los Angeles, San Francisco, Hongkong; [www.juliusbaer.com](http://www.juliusbaer.com)

# Der Euro aus der Sicht des Steuerberaters (2. Teil)

Hermann P o i n t l, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer

## III. Zu beachtende Kontakte des Arztes bei der Euro-Umstellung (Betroffenheitsanalyse)

### 1. Lieferanten/Labore/Dienstleister (Eingangsrechnungen)

Zahlreiche Unternehmen werden ihre Buchführung (sogenannte Hauswährung) nicht erst zu Beginn des Jahres 2002 auf Euro umstellen, sondern vielleicht schon 1999. Bei Preisverhandlungen mit Abnehmern (also auch Ärzten) werden sie nicht mehr in DM rechnen, sondern in Euro. Sie werden darauf drängen, daß die abzuschließenden Verträge auf Euro lauten, also Lieferverträge, Werkverträge usw. Schließlich werden sie verlangen, daß in Euro abgerechnet und bezahlt wird. Damit entsteht für den Arzt die Fragestellung, wie er sich verhalten soll. Zunächst wird in den Jahren 1999 bis 2001 noch ein großer Teil der Eingangsrechnungen in DM lauten, ein weiterer Teil (Großlieferanten, Großunternehmen) aber schon auf Euro. Es empfiehlt sich somit, die Eingangsrechnungen in der Währung zu bezahlen, in der sie ausgeschrieben sind (Abbildung 4).

#### 1.1 Bezahlung von Eingangsrechnungen

Hierfür benötigt der Arzt aber keine zwei verschiedenen Bankkonten (eines in DM und eines in Euro). Vielmehr kann der Arzt ab 1999 über ein in DM geführtes Bankkonto auch Euro-Zahlungen abwickeln, über ein Euro-geführtes Bankkonto auch DM-Zahlungen. Die Kreditwirt-

schaft (Banken) hat die Zahlungsvordrucke und die Electronic-Banking-Programme um ein zusätzliches Feld zur Angabe der Auftragswährung erweitert. Läßt der Arzt sein Bankkonto in DM führen und reicht er zur Bezahlung einer Euro-Eingangsrechnung eine Euro-Überweisung bei seiner Bank ein, so geschieht folgendes:

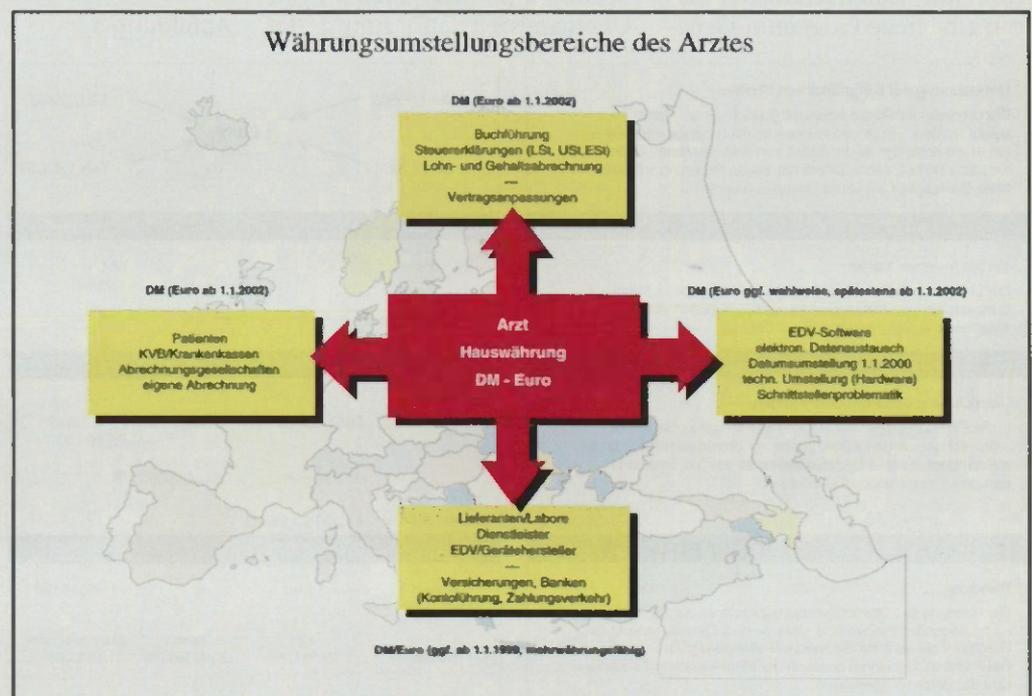
- Die Bank des Zahlenden wird durch den bei ihr installierten Konverter den Euro-Betrag automatisch in DM umrechnen, und zwar zum amtlichen Umrechnungskurs.
- Dem DM-Bankkonto des Zahlenden wird der Überweisungsbetrag in DM belastet. Im Kontoauszug für den Zahlenden wird aber nachrichtlich auch der Original-Euro-Betrag ausgewiesen. Das erleichtert den Abgleich und eine spätere Nachprüfung.

• Die Bank des Zahlenden wird in den Datensatz, den sie an die Bank des Zahlungsempfängers weiterleitet, sowohl den Euro-Betrag als auch den DM-Betrag einstellen.

• Die Bank des Zahlungsempfängers entnimmt aus dem bei ihr eintreffenden Datensatz den Betrag derjenigen Währung, in der sie das Konto des Begünstigten führt. Hat der Zahlungsempfänger ein Euro-Konto, so wird ihm also der Überweisungsbetrag in Euro gutgeschrieben.

• Läßt dagegen der Zahlungsempfänger sein Bankkonto noch in DM führen, so wird ihm in unserem Beispiel der Überweisungsbetrag in DM gutgeschrieben. In seinem Kontoauszug findet er aber nachrichtlich auch den Euro-Betrag, und zwar deshalb, weil der Original-Überweisungsauftrag auf Euro lautete.

Abbildung 4: Währungsumstellungsbereiche des Arztes



• Überweisungen in Euro bzw. die Konvertierung von DM in Euro bzw. von Euro in DM werden gebührenfrei von den Kreditinstituten vorgenommen.

Es ist somit nicht notwendig, daß während der Übergangsphase, also bis zum 31. Dezember 2001, parallel zwei Konten – eines in DM und eines in Euro – unterhalten werden.

1.2 Verbuchung der Eingangsrechnungen

Da der Arzt bis Ende 2001 im Regelfall seine Bücher in DM führt, ist die Frage, wie eine Euro-Rechnung bei ihm zu verbuchen ist, wie folgt zu beantworten:

Nach der traditionellen Methode wird der Euro-Betrag in DM umgerechnet, z. B. mit Hilfe eines Taschenrechners. Dieser DM-Betrag wird auf der Rechnung vermerkt und in die Buchführung übernommen. Für den Arzt kann diese Form der Rechnungsbearbeitung durchaus zweckmäßig sein. Ist aber die Zahl der umzurechnenden Eingangsrechnungen relativ groß, so entsteht ein entsprechend hoher Zeitaufwand. Außerdem entsteht das Risiko, daß sich beim Umrechnen Fehler einschleichen.

Führende Datenverarbeiter haben eine neue Programm-Genera-

tion, die „Euro-fähig“ ist, entwickelt. In die EDV wird jede Rechnung in der Währung eingegeben, in der sie ausgeschrieben ist. Vor dem Eintippen der Zahlen muß lediglich eine Währungstaste gedrückt werden. Ergebnis ist eine Art „Doppelbuchführung“, in der sämtliche Beträge sowohl in DM als auch in Euro ausgedruckt werden können. Das erfordert allerdings eine erhöhte Speicherkapazität und verursacht infolgedessen einen erhöhten Sachaufwand.

1.3 Umrechnung mit sechs signifikanten Stellen

Die Umrechnungskurse sollen mit sechs signifikanten Stellen festgelegt werden (Abbildung 5). Diese Regelung soll eine hohe Genauigkeit bei Umrechnungen ergeben. Die Umrechnungskurse werden nur direkt zwischen dem Euro und der jeweiligen nationalen Währung festgelegt.

2. Kassen- und Privatabrechnung (Ausgangsrechnungen)

2.1 KVB/Krankenkassen

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) wird – vorbehaltlich neuer Erkenntnisse und/oder neuer gesetzlicher Vorgaben – mit den Ärzten erst nach Beendigung der dreijährigen Übergangszeit, also zum 1. Ja-

nuar 2002, auf den Euro umstellen.

Die Einführung des Euro zum 1. Januar 1999 ändert also im Verhältnis Arzt zur KV zunächst nichts. Die DM bleibt bei der KVB vorerst die „Leitwährung“.

2.2 Abrechnungsgesellschaften/eigene Rechnungsstellung

Nachdem der Arzt nahezu ausschließlich gegenüber inländischen Patienten abrechnet, wird eine Umstellung der Honorarrechnung vor dem 1. Januar 2002 nicht praktikabel sein. Dies dürfte auch für Abrechnungsgesellschaften mittels Factoring oder Inkasso gelten.

Kraft EG-Recht ist der Stichtag für die automatische rechtliche Umstellung von DM auf Euro der 1. Januar 2002. Erst zu diesem Zeitpunkt kommen Euro-Banknoten und -Münzen in Umlauf. Insoweit dürfte es vielen Patienten nicht zumutbar sein, vor dem 1. Januar 2002 direkt mit dem Euro in Berührung zu kommen, wenngleich die Banken ab 1. Januar 1999 in Euro bezahlen können (als Buchgeld).

3. Buchführung/Steuern/Löhne und Gehälter

3.1 Buchführung/Rechnungswesen

Die wesentlichen Außenbeziehungen des Arztes werden voraussichtlich bis zum 1. Januar 2002 in DM abgewickelt werden. Eine Ausnahme könnte bei den Eingangsrechnungen bestehen, wo es einzelne Euro-Rechnungen geben kann. Es ist deshalb zu empfehlen, auch die sogenannte Hauswährung bis zum Ende des Übergangszeitraums, also bis zum 1. Januar 2002, in DM zu belassen und nicht vorher umzustellen. Dies bedeutet, daß die Buchhaltung bis zum 1. Januar 2002 in DM geführt wird.

Das Bundesfinanzministerium hat in seinem Euro-Einführungsschreiben vom 15. Dezember 1998 klargestellt, daß ab 1. Januar 1999 die Bücher auch in



Euroland

Abbildung 5

**Umrechnung mit 6 signifikanten Stellen:**  
Die Umrechnungskurse sollen mit 6 signifikanten Stellen festgelegt werden. Ein Umrechnungskurs mit 6 signifikanten Stellen ist ein Kurs, der ab der ersten von links gezählten Stelle, die keine Null ist, sechs Ziffern hat. Diese Regelung soll eine hohe Genauigkeit bei Umrechnungen ergeben.

**Verbot Inverser Kurse:**  
Die Umrechnungskurse werden für Umrechnungen sowohl von Euro in nationale Währungen als auch umgekehrt verwendet. Abgeleitete inverse Kurse sind nicht erlaubt.

**Umrechnung von Fremdwährungen:**  
In der Übergangszeit sind alle Fremdwährungen, die in DM umgerechnet werden sollen, zuerst in Euro umzurechnen und auf mindestens drei Dezimalstellen zu runden. Erst dann darf die Umrechnung in DM erfolgen.

**Rundung:**  
Die Rundung der Umrechnungsergebnisse erfolgt immer zur nächstliegenden Einheit bzw. Untereinheit. Dies gilt sowohl für Euro/Cent als auch für die nationale Währung (z.B. DM/Pfennig). Bei einem genau in der Mitte liegenden Ergebnis wird der Betrag aufgerundet.

DM 1,95583      FF 6,55957  
ÖS 13,7603      Lira 1.936,27

1 Euro

Euro	=	DM
1,00	=	1,95583
0,511291	-----	1,00

01.01.1999

DM 1,95583	=	1 Euro	=	FF 6,55957
				FF 290,00
44,210 Euro	←	=	290/6,55957	←
↓				
DM 86,47	=	←	44,210 x 1,95583	

Kurs:	1 Euro	=	1,95583 DM
Kasse:	DM 5.511,26	Euro	2.817,86249
		Euro gerundet	2.817,86

Euro geführt werden können. Auch die steuerliche Gewinnermittlung kann in Euro erstellt werden. Dies wird sicherlich für etliche Unternehmungen von Bedeutung sein. Der Arzt wird darauf aber nicht optieren. Dabei sei nochmals klargestellt, daß die Umstellung der Buchführung von DM auf Euro zwar die Zahlen, aber nicht die Werte ändert. Durch die Umstellung der Buchführung werden auch keine Gewinne von einer Rechnungsperiode in eine andere verlagert. Die Umstellung der Buchführung ist gewinn- und steuerneutral.

Im Übergangszeitraum ist es auch möglich, nur bestimmte abgrenzbare Teile des Rechnungswesens auf Euro umzustellen (z. B. Finanzbuchhaltung in Euro/Lohn- und Gehaltsabrechnung in DM).

Ein Wechsel der Währungseinheit während eines Wirtschaftsjahres ist nicht zulässig (Ausnahme: abweichendes Wirtschaftsjahr).

Wurde einmal bei der Führung des Rechnungswesens oder von Teilen des Rechnungswesens für den Euro optiert, ist ein Wechsel zur DM insoweit in den Folgejahren nicht mehr möglich (Bindungswirkung).

### 3.2 Löhne und Gehälter

Auch die Löhne und Gehälter des Arztes werden regelmäßig bis zum 1. Januar 2002 in DM berechnet und bezahlt. Das gleiche gilt für die Sozialversicherungs- und Krankenkassenbeiträge, da



Euroland

die Sozialversicherungsträger und Krankenkassen mutmaßlich erst zum letzten Stichtag, also 1. Januar 2002, endgültig umstellen werden. Die Folge ist, daß die steuerliche Gewinnermittlung, also die Überschußrechnungen für die Arztpraxis und sonstige Überschußrechnungen, wie zum Beispiel für die Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung usw., in DM vorzunehmen sind. Daraus ergibt sich, daß auch die Steuererklärungen zweckmäßigerweise bis zum letztmöglichen Zeitpunkt, also dem 1. Januar 2002, in DM abgegeben werden.

Die amtlichen Lohnsteuertabellen werden im Übergangszeitraum 1. Januar 1999 bis 31. Dezember 2001 in DM erstellt. Werden nichtamtliche Lohnsteuertabellen in Euro erstellt, sind sie aus den amtlichen DM-Tabellen mittels der geltenden Umrechnungs- und Rundungsregeln Cent-genau abzuleiten. Die maschinelle Berechnung der vom laufenden Arbeitslohn einzubehaltenden Lohnsteuer, des Solidaritätszuschlags und der Maßstabsteuer für die Kirchenlohnsteuer kann in der Übergangszeit vom 1. Januar 1999 bis 31. Dezember 2001 auch bei einer Lohn- und Gehaltsabrechnung in Euro auf der Grundlage des DM-Programmablaufplans erfolgen (vgl. BMF-Schr. vom 19. November 1998, BStBl I S. 1451).

Arbeitgeber können die maschinelle Lohnabrechnung jedoch auch nach einem reinen Euro-Programmablaufplan durchführen. Die so ermittelte Lohnsteuer darf nur unwesentlich

von der maßgebenden Lohnsteuertabelle abweichen (vgl. Tz. B.7.2 des BMF-Schr. vom 15. Dezember 1998).

Wenn bereits 1999 ein Arzt seine Lohn- und Gehaltsabrechnungen in Euro führt, ist auch die Berechnung der Beiträge zur Kranken-, Pflege-, Renten- und Arbeitslosenversicherung in Euro vorzunehmen. Aus der Berechnung der Beiträge in Euro ergibt sich dann zwangsläufig, daß auch die monatlichen Beitragsnachweise in Euro zu erstellen und die Beiträge in Euro an die Krankenkasse abzuführen sind. Außerdem sind die vorgeschriebenen Meldungen nach der Datenerfassungs- und Übermittlungsverordnung (DEÜV) in Euro zu erstatten.

Auch der Wert von Lohn- und Gehaltskonten ändert sich nicht. Da auch Löhne, Renten, Preise, Zinsen usw. wertgleich umgerechnet werden, ändert sich an der Kaufkraft – also dem realen Wert der Guthaben oder Schulden – nichts.

Aufgrund des Grundsatzes der Vertragskontinuität müssen auch die Arbeitsverträge für Arzthelferinnen und anderes Personal nicht neu verhandelt werden. Es wird nur der Betrag des Gehalts von DM auf Euro umgestellt. Alle anderen Vertragsbedingungen bleiben unverändert gültig.

Die Vertragskontinuität gilt ebenso für Versicherungsverträge (Kfz-Versicherung, Praxisunterbrechungsversicherung, Berufshaftpflichtversicherung

### ANZEIGE:

## Mit PMT steigern Sie Ihren Privatumsatz und machen sich unabhängiger.

Die Wirksamkeit der PMT Pulsierenden Magnetfeld Therapie im Stützgewebe (Knochen-, Knorpel-, Bindegewebe) u.a. ist international wissenschaftlich nachgewiesen. Sogar bei Therapieresistenz kann PMT für die Patienten überdurchschnittlichen Erfolg bringen. Deshalb bietet der Einsatz von PMT als Privatbehandlung **beachtliche Zusatzeinnahmen bei sehr kleiner Investition**. Beispiel: 1 mbs system PMT Gerät 'Vitatron', Impulsgenerator mit Großfeldspule. Garantie: 2+1 Jahre. Monat. Leasinggebühr DM 116,64. Kein Franchise. Keine Kassenleistung. Sie erzielen in eigener Regie unabhängig von KV oder Firmen schon ab einer Behandlung pro Woche Gewinn. Details anfordern am einfachsten per Fax: mbs system Deutschland Dr. Goettfert GmbH, Bahnhofweg 4, D-88630 Pfullendorf, Tel. 07552-4298, Fax 07552-4278, mobil 0171-3284225, eMail: Dr.Goettfert@t-online.de oder goettfert@aol.com, Internet: www.mbs-system.de

usw.). Wenn sich die Währung ändert, müssen die Konditionen nicht neu ausgehandelt und bestehende Verträge nicht gekündigt werden. Eine formale Vertragsumstellung für die Glättung der Versicherungssummen ist mit den Versicherungsgesellschaften zu vereinbaren.

3.3 Rechnungsstellung

Die Finanzverwaltung hat mitgeteilt, daß aus umsatzsteuerlicher Sicht grundsätzlich keine Bedenken bestehen, wenn ab dem 1. Januar 1999 in einer Rechnung das Entgelt für eine steuerpflichtige Leistung und die darauf entfallende Umsatzsteuer parallel sowohl in DM als auch in Euro ausgewiesen werden (BMF-Schreiben vom 24. März 1998 – IV C 3 – S 7283 – 2/98).

3.4 Bausparsummen

Auch eine aus Anlaß der Umstellung auf den Euro vorgenommene Aufrundung der Bausparsumme auf den nächsthöheren durch 1000 Euro teilbaren Betrag stellt keine Vertragserhöhung im prämierechtlichen Sinne dar, so daß dieselben Sperrfristen wie für den nicht erhöhten Vertragsteil gelten (FinMin Sachsen-Anhalt, Erlaß vom 17. Februar 1998 – 42 – S 1961 – 20).

3.5 Steuererklärungen/Steueranmeldungen

Für Besteuerungszeiträume innerhalb der Übergangszeit vom 1. Januar 1999 bis 31. Dezember 2001 können Umsatzsteuer-Voranmeldungen, Umsatzsteuer-Jahreserklärungen und Lohnsteuer-Anmeldungen wahlweise, aber innerhalb der Steueranmeldung einheitlich, in DM oder Euro abgegeben werden.

Andere Steuererklärungen/Steueranmeldungen innerhalb der Übergangszeit sind in DM abzugeben, und zwar auch dann, wenn sie nach dem 31. Dezember 2001 eingereicht werden.

Für Besteuerungszeiträume nach Ablauf der Übergangszeit sind sämtliche Steuererklärungen/Steueranmeldungen in Euro abzugeben.

3.6 Steuerfestsetzung/Abrechnung/Erhebung

Die Steuerfestsetzungen erfolgen für Besteuerungszeiträume innerhalb der Übergangszeit stets in DM.

Die internen Konten der Steuerverwaltung werden in der Übergangszeit weiterhin in DM geführt. Der Steuerzahlungsbetrag kann jedoch ab dem 1. Januar

**Das ausführliche Manuskript für das Thema „Der Euro – Anforderungen aus der Sicht des Steuerberaters“ kann gegen eine Schutzgebühr von 10,- DM (einschl. MwSt.) beim Verfasser angefordert werden.**

1999 unbar in Euro beglichen werden, und zwar sowohl im Überweisungswege als auch durch Scheckeinreichung.

Den Konten der Steuerverwaltung wird von den Geldinstituten stets der umgerechnete DM-Betrag gutgeschrieben. Etwaige daraus resultierende Rundungsdifferenzen werden für das Außenverhältnis zum Arzt nicht relevant.

4. Anpassung und Umstellung der Software

Die eigene EDV ist von der Umstellung massiv betroffen. Die Umstellung auf den Euro ist ein EDV-Projekt. So gehen Schätzungen davon aus, daß 50 bis 80 % der anfallenden Kosten den Umstellungsmaßnahmen in diesem Bereich zuzuordnen sind.

Insoweit sollten sämtliche von der Umstellung betroffenen Systeme auf ihre Euro-Fähigkeit hin analysiert werden (Fremdsoftware, Eigenentwicklungen, Standardsoftware, elektronischer Datenaustausch, Datumsumstellung zum 1. Januar 2000, Realisierungszeitpunkt und -kapazitäten, Schnittstellenabstimmung).

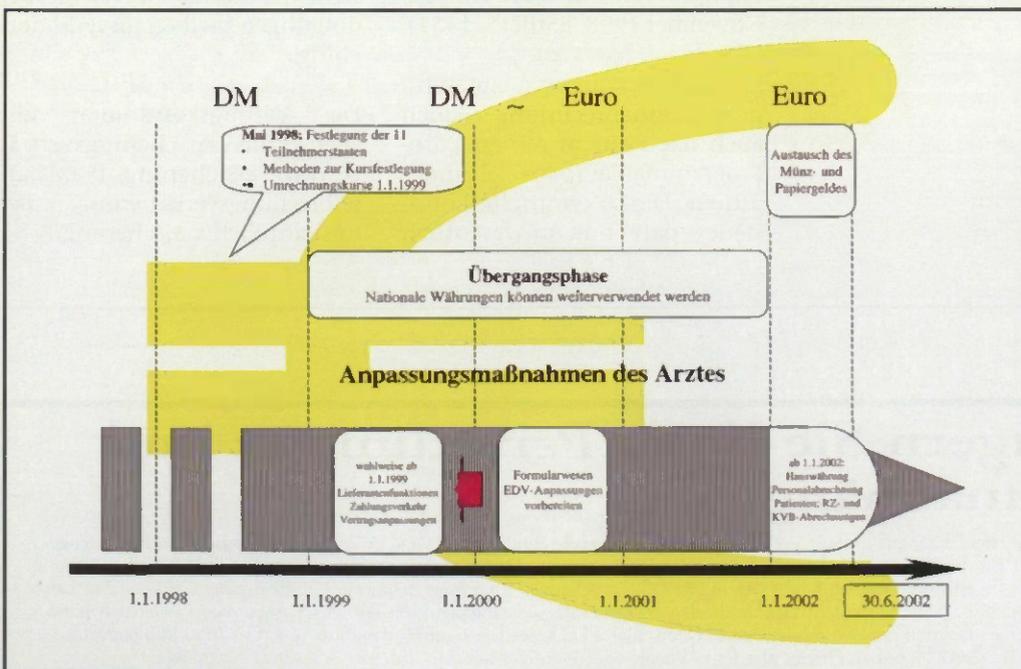
Abbildung 6: Zeitachse der Währungsumstellung

IV. Die Zeitachse der Arztpraxis für die Währungsumstellung

Die Umstellung aller monetären und nichtmonetären Bereiche sollte zeitlich und interdependent geplant werden.

Zusammenfassend könnte die Zeitachse der Währungsumstellung wie in Abbildung 6 vorgenommen werden.

Anschrift des Verfassers:  
Hermann Pointl,  
Kanzlei Dr. Langenmayr & Partner GbR,  
Steuerberater und  
Wirtschaftsprüfer,  
Seidlstraße 30,  
80335 München



# Initiative zur Früherkennung von Sehstörungen bei Kindern

Die Aufdeckungsrate von schweren Sehstörungen bei den Vorsorgeuntersuchungen ist zu niedrig. Die Rückmeldequoten der Kinderärzte unterschreiten mit 2 % bei der Amblyopie und mit 0,7 % beim Strabismus die Häufigkeit um den Faktor 3 bzw. 10. Die Aufdeckung einer Sehstörung kommt bei der U8 (dreieinhalb bis vier Jahre) und bei der U9 (fünf Jahre) für eine Vollheilung oft zu spät. Das schlechte Screening-Ergebnis und die Tatsache, daß die Amblyopiebehandlung um so leichter und erfolgreicher verläuft, je früher sie beginnt, haben die Berufsverbände der Augenärzte und der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands veranlaßt, eine gemeinsame Initiative zur Verbesserung der Früherkennung von Sehstörungen im Kindesalter zu starten.

Am 24. Februar 1999 wurde in Frankfurt/M. bei einem Spitzengespräch zwischen dem Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (BVKJD) und dem Berufsverband der Augenärzte (BVA) Einigkeit darüber erzielt, die derzeitige Misere bei der Früherkennung von Sehstörungen im Kindesalter gemeinsam zu attackieren. Die Ursachen für das schlechte Ergebnis liegen hauptsächlich an drei Umständen:

1. Schwierigkeit der Diagnostik beim unkooperativen Kleinkind.
2. Mangelnde Kommunikation zwischen den beiden Arztgruppen und
3. schlechte Aufklärung der Eltern über Sehstörungen und deren optimale Therapierbarkeit.

Die 1996 ins Leben gerufene „Münchner Initiative“ hat die-

ses Problem konzeptionell hervorragend angepackt und eine schon jetzt erfolgreiche Vorarbeit geleistet. Wunsch der Berufsverbände ist es, die Früherkennungsinitiative nach dem Münchner Modell jetzt auf ganz Deutschland auszudehnen. Bereits existierende Nachgründun-

gen zum Beispiel in Aachen und Nordhessen sollen in das Gesamtprojekt eingebunden werden. Im Detail geht es darum, Netze zwischen Kinder- und Jugendärzten und solchen Augenärzten zu knüpfen, die willens und in der Lage sind, sich dieser jungen Patienten anzunehmen.

Abbildung 1:  
Einlegeblatt für das gelbe Vorsorgeheft

## Liebe Eltern,

etwa 80 % all unserer Informationen werden über die Augen aufgenommen. Daran können Sie ermesen, wie wichtig das Sehen und die Sehentwicklung für Ihr Kind ist. Diese läuft leider nicht immer normal ab, sondern kann teilweise gestört sein. Durch genaues Beobachten ihrer Kinder können Sie dazu beitragen, daß Sehstörungen frühzeitig erkannt und behandelt werden, weil dann die Behandlung die besten Erfolge bringt. Sprechen Sie bei den unten aufgeführten Besonderheiten mit Ihrem Kinderarzt.

### Kinder sollten zu einer augenärztlich-orthoptischen Untersuchung:

- **sofort**

Bei sichtbaren Auffälligkeiten der Augen, wie zum Beispiel Augenzittern, Hornhauttrübungen, grau-weißlichen Pupillen, großen lichtscheuen Augen oder bei Lidveränderungen, hier besonders Hängelidern, die die Pupille verdecken, oder, falls Sie sich einer Sache nicht sicher sind.

- **mit sechs bis zwölf Monaten**

Bei erhöhtem Risiko für Schielen, für Fehlsichtigkeiten (optische Brechungsfehler) und/oder für erbliche Augenerkrankungen. Das liegt zum Beispiel vor bei Frühgeburten, Kindern mit Entwicklungsrückstand, Geschwistern oder Kindern von Schielern und stark Fehlsichtigen (besonders Übersichtigen), sowie bei Kindern aus Familien mit bekannten erblichen Augenerkrankungen.

- **mit zwei Jahren**

Alle übrigen, auch unverdächtigen Kinder zur frühzeitigen Entdeckung eines kleinwinkligen Schielens oder von optischen Brechungsfehlern.

**Merke:** Besonders einseitige Fehler werden oft zu spät erkannt.

Nach der Entwicklung eines normalen beidäugigen Sehens kann in den Folgejahren noch ein gut behandelbares plötzliches Innenschielern (normosensorisches Spätschielen) auftreten.

Eine Überweisung in eine Augenpraxis, in der auch schon kleine Kinder augenärztlich-orthoptisch untersucht werden, kann Klarheit über die Erkennung und Behandlung von Augen- und Sehfehlern bringen.

Berufsverband der Ärzte für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Deutschlands e. V.  
Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V.

Entsprechend der „Münchner Initiative“ wurde ein Einlegeblatt für das gelbe Vorsorgeheft entwickelt (Abbildung 1). Je nach Befund und Risiko werden die Kinder in drei Gruppen aufgeteilt, die entweder sofort, zwischen dem sechsten und zwölften oder nach dem 24. Lebensmonat einem Augenarzt vorgestellt werden sollen. Nach fünf Jahren soll evaluiert werden, ob die Anzahl der erst bei der Einschulung oder später festgestellten Amblyopien zurückgegangen ist.

Unstrittig ist, daß die Behandlung einer Amblyopie um so schneller und erfolgreicher verläuft, je früher man sie entdeckt. Ebenfalls unstrittig ist, daß es amblyogene Faktoren gibt, die man erkennen kann, bevor Kinder zuverlässig Sehschärferwerte angeben. Diese sind in dem Infoblatt bei der „sofort“-Gruppe aufgelistet. Es ist überdies bekannt, daß es Familien gibt, in denen Amblyopien über die Maßen häufig auftreten. Diese sind häufig gekoppelt an Strabismus und/oder starke Fehl-

sichtigkeiten („sechs- bis zwölf-Monats“-Gruppe). Neben diesen „auffälligen“ Kindern gibt es aber leider „unauffällige“, die bisher zu oft durch die Maschen des Vorsorge-Systems gerutscht sind und noch rutschen. Es sind dies die Kinder mit Mikrostrabismus und mit höheren oder seitenungleichen Brechungsfehlern. Trotz der Einführung der Punktmuster-Stereo-Tests entziehen sich die Kinder mit Mikrostrabismus oft der Aufdeckung beim Pädiater, weil sie bei der U7 (24 Monate) oft noch recht unkooperativ sind. So leisten auch augengesunde Kinder zu diesem Zeitpunkt den Random-Dot-Test oft nicht. Wartet man aber nur ein Vierteljahr bis zum Ende der Fremdelphase ab, dann trennt dieser Test recht scharf die Nichtschieler von den Mikrostrabikern. Die nichtschielenden Amblyopien kann man jedoch nur entdecken durch ein systematisches Screening, bei dem man alle Kinder nach dem 24. Monat in Zykloplegie untersucht (siehe auch „Praxisorientierte Handlungsleitlinie Nr. 3“ des BVA).

Wir wissen alle, daß wir eine Amblyopie im frühen Kindesalter mit einfachen Mitteln beseitigen können, wenn die Diagnose erst einmal gestellt ist. Eine Spätamblyopie hingegen, die erst im Schuleintrittsalter gefunden wird, ist meist nicht mehr vollständig zu beseitigen.

Nach einer 1997 durchgeführten Umfrage in 106 Augenarztpraxen, kommen bisher etwa 20 % aller Kinder im Vorschulalter zum Augenarzt, häufig wegen anderer Probleme als dem der Amblyopie. Die Erfahrung in München zeigt, daß sich die Anzahl der Augenarztbesuche von Vorschulkindern nach dem Start der Initiative etwa vervierfacht haben. Um das Problem der schlechten Kommunikation zwischen unseren Arztgruppen zu vermindern, ist ein Laufzettel entwickelt worden, auf dem die für den anderen Arzt wichtigen Befunde dokumentiert werden können (Abbildung 2). Auf diesem Formular trägt der Kinder-

Abbildung 2

### KONSULTATION ZUR FRÜHERKENNUNG KINDLICHER SEHSTÖRUNGEN

#### Kinderärztlicher Befund

**Eigenanamnese (Zutreffendes bitte markieren)**

Frühgeburt in der .... SSW

O2 - Therapie, Dauer .....

Beatmung

neurologische Auffälligkeit

.....

Adressette des Patienten

<b>Familienanamnese:</b>	Mutter	Vater	Geschwister
Schielen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
einseitige Fehlsichtigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
erbliche Augenkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Risikodignosen und Grund der Vorstellung:**

Screening

Bitte senden Sie Ihren Befundbericht per Post oder Fax zurück  
Mit freundlichen Grüßen

Stempel des Kinderarztes	Datum	Unterschrift
--------------------------	-------	--------------

---

#### Augenärztlicher Befund

Datum der Untersuchung:

<b>Visus R</b> ohne Korrektur	mit Korrektur	<b>Brille R</b>	-	cyl	°
		A			
<b>Visus L</b> ohne Korrektur	mit Korrektur	<b>Brille L</b>	-	cyl	°
		A			

**Test:**  E-Haken  Kinderbilder

H-Test  Landolt-Ringe

**Strabismus:**  nein  Strab. convergens  Strab. divergens

**Amblyopie:**  nein  ja

weitere Befunde/Diagnosen: .....

**Maßnahmen:**

Brilletragen

Okklusion h/Tag Tege/Wo  rechts  links

Wiedervorstellung in Woche/n Monat/en Jahr/en

weitere Diagnostik vorgesehen: .....

Mit bestem Dank für die Überweisung und freundlichen Grüßen

Stempel des Augenarztes	Datum	Unterschrift
-------------------------	-------	--------------

## Initiative zur Früherkennung von Sehstörungen bei Kindern Modellvorhaben und Honorierung

Die Erweiterung der Kinderfrüherkennung um die „Früherkennung von Sehstörungen bei Kindern“ durch eine augenärztliche Untersuchung zwischen dem 24. und zum Beispiel dem 30. Lebensmonat sollte modellhaft erprobt werden. In einem Zeitraum von drei Jahren ist (in einem großstädtischen Bereich) zu untersuchen in welcher Häufigkeit die Verdachtsdiagnose Amblyopie bestätigt wird und wie hoch die Heilungs- bzw. Besserungsquote bei bestätigter Diagnose und augenärztlicher Behandlung ist. Der Modellversuch nach §§ 63 ff. SGB V soll die Initiative des die erweiterte Früherkennungsuntersuchung durchführenden Augenarztes sowie auch diejenige des veranlassenden Arztes in kooperativer Zusammenarbeit fördern. Die Honorierung dieser zusätzlichen Leistungen erfolgt gesondert und außerhalb der pauschalisierten Gesamtvergütung. An dem Modellversuch sollen sich alle bayerischen Krankenkassen beteiligen.

KVB

arzt Familienanamnese, Risikofaktoren und die Verdachtsdiagnose ein, die zur Überweisung an den Augenarzt führt. Auf der Rückseite kann der Augenarzt seinen Befund und Therapievor-schlag eintragen und den Eltern gleich zur Weitergabe an den Pädiater wieder mitgeben. Auf diese Weise kann der Kinderarzt, der das Kind ja viel häufiger sieht, etwaige Elternfragen beantworten und die Therapie mit überwachen.

Ziel beider Berufsverbände ist es, einerseits „von unten“ durch eine verbesserte Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen Pädiatern und Augenärzten an das Problem heranzugehen. Andererseits soll gleichzeitig „von oben“ versucht werden, Krankenkassen, Sozialministeri-

en und das Bundesgesundheitsministerium dafür zu gewinnen, das Projekt publizistisch und finanziell zu begleiten. Eine erfolgreiche Initiative auf diesem Gebiet ist das beste Argument, diese zunächst freiwillige Zusammenarbeit später fest im Gesundheitssystem zu verankern. Der BVA und der BVKJD appellieren gemeinsam an alle Augen-, Kinder- und Jugendärzte, sich für diese Patientengruppe einzusetzen, die sonst keine Lobby hat.

Autoren:

Dr. med. Ursel Lindlbauer-Eisenach, Dr. med. Dorothea Bogner, BVKJD  
Professor Dr. med. Klaus-Peter Boergen, Dr. med. Arndt Gutzeit, BVA



## LEXIKON

Nicht wenige fordern sie und verwechseln sie oft mit der Plausibilitätsprüfung, keiner will selbst davon betroffen sein. Ist man Betroffener, hält man die Systematik für überholt und überhaupt nicht den Tatsachen und besonderen Umständen entsprechend, schlechthin für ungerecht und hinderlich bei dem Streben, dem Patienten die bestmögliche Hilfe zu gewähren, und trotzdem muß sie sein!

Es geht um die Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Durch das SGB V gesetzlich vorgeschrieben als Aufgabe der paritätisch mit Vertretern der Ärzte und der Krankenkassen besetzten Prüfungsgremien, dem Prüfungsausschuß und als Widerspruchsinanz dem Beschwerdeaus-schuß. Für das Verfahren gelten die Bestimmungen der PRÜFUNGSVEREINBARUNG und des SGB X bzw. des SOZIALGERICHTSGESETZES.

Ausgelöst wird das Verfahren derzeit noch durch Anträge der Krankenkassen bzw. der KVen, nach dem Entwurf zur „Gesundheitsreform 2000“ soll zukünftig die Wirtschaftlichkeit der Vertragsärztlichen Tätigkeit ohne Antrag, das heißt von Amts wegen geprüft werden. Das Gesetz hat diese Prüfungsgremien von Weisungen der KVen und der Krankenkassen freigestellt, beide haben aber als Beteiligte das Recht, sich zu dem Verfahren zu äußern.

Geprüft wird nach Auffälligkeiten und nach dem Zufallsprinzip, der STICHPROBEN-PRÜFUNG, außerdem sind besondere Auffälligkeitskriterien bei Arznei- und Heilmittel-Verordnungen in den jeweiligen Vereinbarungen über RICHTGRÖSSEN geregelt.

Gerade die aktuell für Bayern abgeschlossene Prüfvereinbarung verfolgt das Ziel, wenn schon Prüfung, dann möglichst gerecht

unter Berücksichtigung aller Umstände und einer möglichst umfassenden Gesamtschau der Praxis. Das Gesetz behindert aufgrund enger Bestimmungen zum Datenschutz und der getrennten Bestimmungen zu den Prüfungen (Plausibilität, Qualität, Wirtschaftlichkeit) diese Gesamtschau. Der Blickwinkel der Prüfungsgremien ist auch eingeschränkt, der volkswirtschaftliche Nutzen zum Beispiel kann kaum berücksichtigt werden. Diese Einschränkungen können durch eine Prüfvereinbarung nicht beseitigt werden.

Zu prüfen sind die abgerechneten Leistungen und/oder die Verordnungen und ausgestellten Bescheinigungen (AU) unter möglichst umfangreicher Berücksichtigung der gegenseitigen

Abhängigkeiten, wobei nicht einfach +1 und -1 gleich 0 aufgerechnet werden kann. Wichtig ist, daß eine Abhängigkeit zwischen den Leistungsbereichen erkennbar ist. Hilfreich für den Geprüften ist nicht nur eine selbstkritische Einstellung zur eigenen Tätigkeit, sondern auch eine die Möglichkeit einer Prüfung berücksichtigende Dokumentation.

Und wenn es tatsächlich passiert, dann hilft ein Gespräch mit den Mitarbeitern der KV-Bezirksstellen weiter, die bereits hunderte von Prüfverfahren begleitet haben. Bei den KV-Bezirksstellen sind die Geschäftsstellen der Prüfungsgremien angesiedelt. Nur Wunder wirken können auch diese Mitarbeiter nicht, allerdings die Chancen erhöhen, daß berücksichtigungsfähige Tatsachen vorgetragen werden.

Die Kontaktaufnahme erfolgt am einfachsten über die Telefonnummer der HOTLINE der Bezirksstellen.

Peter Einhell, Geschäftsführer der KVB-Bezirksstelle Niederbayern

*Wirtschaftlichkeitsprüfung  
nach 106 SGB V  
oder: Noch eine Kontrolle*

## Dr. Arnulf Hirzinger 80 Jahre

Am 31. Mai 1999 konnte Dr. med. Arnulf Hirzinger, Allgemeinarzt, München, seinen 80. Geburtstag feiern.

Geboren 1919 in Regensburg. In München besuchte er das Ludwigsgymnasium und die Oberrealschule Rupprecht; Abitur 1938. Im selben Jahr kam er als Freiwilliger zur Wehrmacht und zum Arbeitsdienst, dann abgestellt zum Medizinstudium: München, Heidelberg, Würzburg. Approbation und Promotion 1945.

Nach dem „Landvierteljahr“ Niederlassung 1949 als Allgemeinarzt, damals Praktischer Arzt bis 1990. Langjährige Funktionen im Hartmannbund: Finanzausschuß, Gesamtvorstand, kurzzeitig Bezirksvorsitzender in München. Gründungsmitglied der Vereinigung der Praktischen Ärzte in Bayern, Mitgestaltung bei der Satzung des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte Deutschlands. Acht Jahre stellvertretender Landesvorsitzender der Vereinigung des Hausärzteverbandes. Seit zwei Jahrzehnten mit Unterbrechung Vertrauensmann der KV-Bezirksstelle München und Mitglied der Vertreterversammlung der KVB. Hirzinger war 2. Vorsitzender des Bezirksverbandes des BPA.

ad multos annos!

## Chirurgische Abteilung erhält Innovationspreis

Die Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Alt/Neuötting (Chefarzt: Professor Dr. med. Hartwig Bauer) wurde mit dem Deutschen Innovationspreis „Medizin und Gesundheit“ ausgezeichnet.

## Hans Georg Stark 70 Jahre

Am 15. April konnte der frühere Geschäftsführer der KVB-Bezirksstelle Schwaben seinen 70. Geburtstag feiern.

In den 40 Jahren seiner KV-Tätigkeit, 1954 bis 1994, hat der Diplom-Kaufmann Hans Georg Stark die Entwicklung der kassenärztlichen Versorgung und den Aufbau der Verwaltung und der Selbstverwaltung mitgestaltet. Besonders engagiert hat er sich für die Einrichtung eines flächendeckenden Notfall- und Notarztendienstes in Schwaben und für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung auf dem Lande. In Anerkennung seiner besonderen Verdienste wurde Hans Georg Stark 1979 das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft verliehen. Weiterhin wurde er mit der Vesalius-Medaille ausgezeichnet.

ad multos annos! KVB

**Professor Dr. med. Dennis Nowak**, Direktor des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Umweltmedizin der LMU München, wurde in den ärztlichen Sachverständigenbeirat beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Sektion „Berufskrankheiten“ berufen; ferner wurde er ab 1. Januar 2000 in den geschäftsführenden Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie gewählt.

**Professor Dr. med. Peter Sefrin**, Klinik für Anästhesiologie der Universität Würzburg, ist in seinem Amt als 1. Vorsitzender der Vereinigung der Deutschen Medizinischen Fach- und Standespresse bestätigt worden.

**Dr. med. Jochen Seufert**, Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin der Theodor-Frerichs-Preis 1999 verliehen.

## Wissenschaftliche Stipendien

Im Rahmen eines universitären Förderungskonzeptes verleiht MSD SHARP & DOHME auch 1999 an neun junge, promovierte Humanmediziner wissenschaftliche Stipendien im Wert von je 20000 DM.

Die Stipendien sind für folgende Forschungsgebiete bzw. Schwerpunkte ausgeschrieben: Dermatologie (Schwerpunkt Haarerkrankungen), Infektiologie (Schwerpunkte Klinische Infektiologie, HIV/AIDS, Mykologie), Kardiologie (Schwerpunkte Herzinsuffizienz, Hypertonie), Lipidologie (Schwerpunkte Atherosklerose, instabile Angina pectoris), Neurologie (Schwerpunkt Migräne), Pneumologie (Schwerpunkt Asthma bronchiale), Rheumatologie/Orthopädie (Schwerpunkte Arthrose, rheumatoide Arthritis, Osteoporose), Urologie (Schwerpunkt Prostataerkrankungen), Geriatrie. Die Vergabe erfolgt durch unabhängige wissenschaftliche Auswahlgremien.

Einsendeschluß: 1. Juli 1999

Weitere Informationen für interessierte promovierte Humanmediziner/-innen bis 35 Jahre bei: MSD SHARP & DOHME, Jutta Brenn, Lindenplatz 1, 85540 Haar, Tel. 0 89/4 56 11-2 21

## Bernd-Tersteegen- Preis 1999

Die Deutsche Dialysegesellschaft niedergelassener Ärzte e. V. (DDnÄ) schreibt international den Bernd-Tersteegen-Preis 1999 aus. Damit soll die theoretische und insbesondere die anwendungsorientierte Forschung zu aktuellen Themen der chronischen Niereninsuffizienz und im besonderen auf dem Gebiet der

ambulanten Nierenersatztherapie gefördert werden. Der Preis in Höhe von 15 000 DM wird von der Firma Hoffmann-La Roche AG (Grenzach-Whylen) gestiftet.

Einsendeschluß: 15. Juli 1999

Weitere Informationen: Deutsche Dialysegesellschaft niedergelassener Ärzte e. V., Dr. Heinrich Küttemeyer, Postfach 13 23 04, 42050 Wuppertal

## Forschungspreis für pädiatrische Infektiologie

Für Arbeiten auf dem Gebiet der pädiatrischen Infektiologie wird von Hoechst Marion Roussel Deutschland der Forschungspreis für pädiatrische Infektiologie gestiftet. Er wird von der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI) verliehen. Die einzureichende Arbeit soll eine wegbereitende Leistung im Bereich der pädiatrischen Infektiologieforschung (Epidemiologie, Diagnostik, Pathophysiologie, Bakteriologie, Klinik, Prognose, Therapie u. a.) behandeln. Sie kann publiziert sein. Sie darf nicht in anderen Ausschreibungen prämiert und nicht älter als drei Jahre sein. Die Arbeit kann in deutscher und englischer Sprache abgefaßt sein. Die Autoren sollen aus Deutschland stammen. Von der pharmazeutischen Industrie geförderte Studien sind ausgeschlossen. Die Verleihung des mit 20000 DM dotierten Preises erfolgt anläßlich der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie e. V. (DGPI).

Einsendeschluß: 30. Juli 1999

Weitere Informationen: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie, Albert-Schweitzer-Straße 62/1, 81735 München

# Stellungnahme der Kammer zum Gesetzentwurf „Strukturreform in der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2000“

## Integrationsversorgung

Der Vorstand befürwortet und unterstützt grundsätzlich die Möglichkeit integrativer Formen von ambulanter und stationärer Versorgung, jedoch müssen dazu auch die geeigneten Rahmenbedingungen geschaffen werden.

Der Ausschluß oder der Mißbrauch einzelner ärztlicher Gruppierungen muß verhindert und Fragen, wie zum Beispiel Datenschutzrechte, geklärt werden.

Eine Verlagerung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hin zu den Krankenkassen ist strikt abzulehnen.

## Globalbudget – Ausgabenbegrenzung

Das Globalbudget dient dem Ziel Beitragssatzsteigerungen zu verhindern. Damit ist ein patientenorientiertes Gesundheitswesen auf Dauer nicht finanzierbar. Das notwendige Finanzvolumen muß epidemiologisch begründet, demographisch bestimmt, am Versorgungsbedarf der Bevölkerung ausgerichtet und dynamisch sein. Nur damit wird eine transparente Grundlage für die gesundheitliche Versorgung geschaffen. Auch dieser Arbeitsentwurf läßt keine nachhaltigen Kriterien für die Finanzierbarkeit des Systems erkennen; im Gegenteil: er schafft Strukturen (Aufblähung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen, Schaffung zusätzlicher Entscheidungsstrukturen und

Verwaltungsgremien), die aus Mitteln finanziert werden, die für die Patientenversorgung dann fehlen. Das Globalbudget bedeutet, daß die Krankenkassen ihre Kernaufgabe nicht mehr wahrnehmen, das Morbiditätsrisiko zu übernehmen, sondern es vielmehr den „Leistungserbringern“ aufzubürden.

## Ausweitung der Krankenhaustätigkeiten

Zu einem Ja für die persönliche Ermächtigung hochspezialisierter Krankenhausärzte für exakt zu definierende ambulante Leistungen bekennt sich die BLÄK; auch ein Katalog ambulant durchführbarer Eingriffe in Krankenhäusern wird begrüßt. Allerdings sind die institutionelle Öffnung der Krankenhäuser und der generelle bürokratische Aufwand der Vorab-Genehmigung durch die Krankenkasse als vollkommen unnötig abzulehnen, ebenso wie die Begutachtung neuer therapeutischer Verfahren.

## Ambulante Versorgung und Arzneimittel

Auch zur künftigen Struktur der ambulanten Versorgung – Stichwort: Stärkung des Hausarztes – erkennt die BLÄK einen gewissen Steuerungsbedarf an; der vorgeschlagene Weg (Bonus) muß abgelehnt werden. Einstimmig sprach sich der Vorstand für „eine“ Arzneimittel-Positivliste auf der Basis eines wissenschaftlichen Nachweises aus.

Das angedachte „Benchmarking-Modell“, wonach die jeweils drei günstigsten Regionen Orientierungsgröße bei der Arzneimittelversorgung der Patienten sein sollen, ist kritisch zu sehen. Eine Verpflichtung zu einer vorgegebenen Leitlinienanwendung ist inakzeptabel. Der Bereich Qualitätsmanagement ist für die Ärzteschaft selbstverständlich, da bereits Qualitätssicherungs-Programme in großem Umfang durchgeführt werden

## Finanzierung Krankenhaus

Die BLÄK spricht sich einhellig für den Beibehalt der gegenwärtigen dualen Finanzierung der Krankenhäuser durch den Staat und die Krankenkassen aus. Dieses System hat sich in Bayern unter Beteiligung der BLÄK bewährt. Die Krankenhausfinanzierung kann nicht allein den Krankenkassen übertragen werden (monistische Finanzierung). Sowohl aus finanzieller als auch gesundheitspolitischer Sicht ist:

- die Übernahme der Krankenhausfinanzierung durch die Krankenkassen unsolid gegenfinanziert,
- die derzeit flächendeckend gute Krankenhausversorgung mit dem im Arbeitspapier angedachten Finanzierungsmodell künftig gefährdet,
- die geplante Einführung eines kompletten Fallpauschalen-Systems für die Krankenhäuser zu eng.

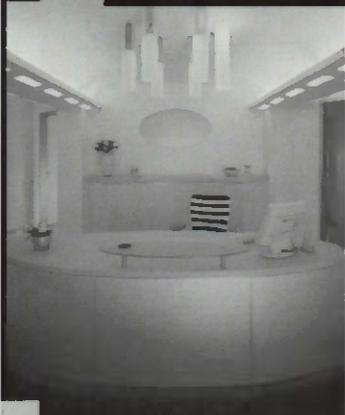
## Arzt – Patientenverhältnis

Erforderlich sind epidemiologische Daten, nicht der gläserne Patient. Daher lehnt die BLÄK den riesigen Aufwand des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen und der Spitzenverbände (MDK, MDS) ab. Defensivmedizin und Dienst nach Vorschrift werden die Folge einer Verwaltungs- und Kontrollmedizin sein.

Die Therapiefreiheit der Ärztinnen und Ärzte muß unbedingt aufrecht erhalten bleiben. Patientenberatung muß auf dem soliden Boden von Qualität, Effektivität und Neutralität stehen. Dieser Bereich ist bei der Ärzteschaft, etwa bei der Schlichtungsstelle der Kammer, bestens aufgehoben.

### ANZEIGE:

**Unser Know-how ist die Praxis**



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

Seit über 60 Jahren

**ZIEGLER**  
*Design*

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

## Es gibt eine Kehrtwende in der Gesundheitspolitik

Zum Titelthema (GasKommentar) von Marc Hujer in Heft 1/99, Seite 9

Sehr geehrter Herr Hujer,

Kampf gegen Mißstände, Kostensenkung, Rationalisierung, Wirtschaftlichkeit, Solidarität – das alles versteht sich, und zwar generell und überall, nicht nur im Gesundheitswesen.

Warum das Gesundheitswesen weit über Gebühr in das Zentrum der Aufmerksamkeit und Kritik rückt, läßt sich am besten mit Parkinsons Hilfe verstehen. Er berichtet, daß in einer Vorstandssitzung innerhalb von zehn Minuten über ein Zehn-Millionen-Projekt entschieden wird, aber der Umbau der betriebseigenen Fahrradständer-Anlage eine Debatte von einer Dreiviertelstunde auslöst, obwohl es dabei um nicht einmal 5000 Mark geht. – Gemessen an den tatsächlichen Aufgaben – dazu gehört die Beseitigung der Arbeitslosigkeit – entspricht die geradezu normale Problematik des Gesundheitswesens dem Fahrradständerprojekt in Parkinsons Beispiel. Was dabei völlig unter den Tisch fällt, ist, daß das Gesundheitswesen eine Wachstumsbranche ist. Und das heißt, daß sie Arbeitsplätze bietet oder dann bieten könnte, wenn ihre Entwicklung nicht ideologisch gebremst würde. Sie, Herr Hujer, triumphieren. Aber wie lange? Sie wissen nicht, welcher Hilfe Sie bedürftig sein werden. Aber ob sie dann noch verfügbar sein wird?

Ich bin Ingenieur wie sie, und ich habe zu rechnen gelernt. Als Arzt, der ich auch bin, beurteile ich, was geschieht.

PS.: Die von Ihnen hochgelobte Ministerin A. Fischer,

Volkswirtschaftlerin und Rentenexpertin, weiß ganz offensichtlich nicht, was Lohnnebenkosten sind. Wie soll ein Mensch regieren, wenn er keine Ahnung hat? Eine Gesundheitsministerin hat einfach zu wissen, daß nur die Hälfte der Sozialabgaben zu den Lohnnebenkosten gehört und daß die Lohnnebenkosten das Vierfache dessen sind, was die Arbeitgeber an Sozialbeiträgen abführen.

Dr. med. Manfred Budde, Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, 80638 München

## Bündnis für Gesundheit Bayern gegründet

Zum Artikel „Eine neue Allianz für qualitativ hochwertige Versorgung des Patienten“, in Heft 5/1999, Seite 224 ff.

Das paßt nicht!

Nein, das paßt nicht, dachte ich mir, als ich das Plakat und die Patientenbroschüren des Bündnisses für Gesundheit Bayern für die Öffentlichkeitskampagne las. Es trifft nicht den Kern der Sache, was mir und tausenden von Ärzten unter den Nägeln brennt.

„Frau Bundesgesundheitsministerin, bitte sparen Sie nicht an der Gesundheit unserer Mitbürger.“

Das paßt nicht. An der Gesundheit unserer Mitbürger/innen wird nicht gespart. Das sind Wählerstimmen. Da wird es zu keinen erheblichen Einschnitten kommen. Die Rezeptgebühr wird erniedrigt. Die Chipkarte wird nicht

abgeschafft. Der Bürger/in wird ja noch gestärkt in seinen Ansprüchen gegenüber dem Gesundheitswesen (das neue Gesetz sieht Beratungsstellen und Rechtshilfe für sich unzureichend behandelte fühlende Patienten vor).

Also, Ziel der Aktion ist das „Gemeinwohl“, was immer das ist, „Sicherung und Ausbau unseres bewährten Gesundheitswesens“ und „die Qualität der ambulanten medizinischen Versorgung für alle auf hohem Niveau sichern“.

Das stimmt: Die Qualität der medizinischen Versorgung, ambulant oder stationär, ist so gut wie nie, und alle haben Anspruch auf die besten Apparate, teuerste Medizintechnik und neueste Therapiemöglichkeiten (ob sinnvoll oder sinnlos). Aber die Bedürfnisse und Ansprüche der Patienten, die u. a. die Marketingfachleute der Krankenkassen und nicht zuletzt die Mediziner aus Wettbewerbsgründen erst geweckt haben, sind ebenfalls so hoch wie nie. Das Recht und die Individualität des Bürgers/in haben in unserer Gesellschaft immer Vorrang.

Die Qualitätssicherung in der ambulanten Medizin ist so gut wie nie zuvor, die Fortbildungsangebote werden immer vielfältiger und sind so reichhaltig und qualitativ hochwertig wie nie zuvor.

Dürfen wir Ärzte nicht öffentlich sagen, daß es uns finanziell schlecht geht? Verlangt das ärztliche Berufsethos, daß uns das Wohl der

Patienten immer vorrangig ist? Bisher habe ich mit Sicherheit mehr für meine Patienten getan als was wirtschaftlich, zweckmäßig und notwendig war. Ich werde unter den jetzigen Bedingungen in diesem System Abstriche von meiner „qualitativ hochwertigen Rundumversorgung“ der Patienten machen müssen.

Ich bin auch nicht mehr bereit, viel Zeit und Geld in Fortbildungsmaßnahmen zu investieren. Wenn ich mir das aufwendige neue Fortbildungskonzept der KBV für Suchtmedizin betrachte, dann erscheint es mir qualitativ hochwertig. Wenn ich mir aber dann überlege, wann wohl ein Budget für die suchtmmedizinische Versorgung eingeführt wird, und ob mir dann genauso wenig wie für die psychosomatische Grundversorgung vergütet wird, dann lasse ich die Finger davon. Freiberuflich? Aus der Traum. Gegängelt, budgetiert, in Zwänge gesteckt, zum Gate-keeper degradiert, für politische Sparmaßnahmen persönlich haftend, demotiviert, Patientenschelte einsteckend, das letzte Rad am Wagen. Wir sind die einzige Branche, die das Unternehmerrisiko voll tragen, aber den Umsatz nie kalkulieren können. So sieht's aus, Frau Bundesgesundheitsministerin. Das paßt nicht!

„Ein leistungsfähiges, menschliches und bezahlbares Gesundheitssystem für alle“, so die 1. Vizepräsidentin der BLÄK, Dr. Maria E. Fick, ja gut, aber bitte nicht auf meine Kosten.

Der Sozialstaat wird sich daran messen lassen müssen, nicht nur wie er mit seinen Kranken, sondern auch wie er mit seinen Ärzten/innen umgeht.

Dr. med. Monika Gebel, Fachärztin für Allgemeinmedizin, 97271 Kleinfelderfeld

### Zu Leserbriefen

Leserbriefe sind den Autoren und der Redaktion willkommen.

Leider sind die Veröffentlichungsmöglichkeiten begrenzt, so daß die Redaktion eine Auswahl treffen und auch kürzen muß.

BÄBL

# Fortbildungsveranstaltungen

Ankündigungen von Fortbildungsveranstaltungen an:

Bayerische Landesärztekammer

Mühlbaurstraße 16, 81677 München,

Angelika Eschrich,

Tel. 089/41 47-248, Fax 089/41 47-280

## Allergologie

14. Juli 1999  
in Regensburg

AiP

2 ●  
„6. Allergologische und umweltmedizinische Fortbildung“ Themen: Nahrungsmittelallergie – Hyposensibilisierung – Bestimmung von Tryptase – Latexallergie **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Dermatologie der Universität Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. M. Landthaler, Prof. Dr. W. Stolz **Ort:** Großer Hörsaal im Klinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93042 Regensburg **Zeit:** 16 Uhr s. t. bis 20 Uhr **Auskunft:** Prof. Dr. W. Stolz, Dermatologische Klinik, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-96 03, Fax 09 41/9 44-96 08

## Anästhesiologie

Sommersemester 1999  
in Würzburg

1 ● pro Veranstaltung

„Anästhesiologische Kolloquien“ 15.6.: ARD5 – Therapeutische Strategien 22.6.: Neuromuskuläres Monitoring – Eine Standortbestimmung 29.6.: Monitoring im Kernspintomogramm – Was und wie? 6.7.: Anästhesiologisches Vorgehen bei Patienten mit Schrittmachern und implantierten Defibrillatoren (AICD) 13.7.: Gefahren durch neue Inhalationsanästhetika 20.7.: Interessante Kasuistiken aus der Klinik: Kopfklinik 27.7.: Sequentielles Sedierungs- und Analgesiamanagement in der Intensivmedizin **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. N. Roewer **Ort:** Großer Hörsaal der Chirurgischen Klinik (Bau 6), Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg **Beginn:** jeweils

18 Uhr c. t. **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. N. Roewer, Klinik für Anästhesiologie, Anschrift s. o., Tel. 09 31/2 01-51 22, Fax 09 31/2 01-34 44

17./18., 24./25. Juni und  
1./2. Juli 1999  
in Erlangen

„TIVA-TCI-Workshop“ Standortbestimmung, klinische Indikation, Pharmakologie, Dosierungskonzepte zur Narkosesteuerung, Monitoring/Narkose im geschlossenen Regelkreis, Computersimulationsprogramm, postoperative Schmerztherapie nach TIVA – Vorträge, klinische Demonstrationen im OP **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. J. Schüttler, Dr. S. Albrecht **Ort:** Unterrichtsraum (3. OG) der Klinik für Anästhesiologie, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen **Zeit:** jeweils Donnerstag: 16.30 bis 19 Uhr (2 ●); Freitag: 7.30 bis 15 Uhr (3 ●) **Teilnahmegebühr:** 500 DM pro Kurs; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Klinik für Anästhesiologie, Dr. S. Albrecht, Frau Kucher, Anschrift s. o., Tel. 091 31/85-391 51, Fax 091 31/85-391 61, E-Mail: kongress@anaesthesiologie.med.uni-erlangen.de; Internet: <http://www.anesthesiologie.med.uni-erlangen.de>

Juni/Juli 1999  
in Ingolstadt

1 ● pro Veranstaltung

30.6.: Neue Inhalationsanästhetika – Anspruch und Realität 7.7.: Hyperbare O<sub>2</sub>-Therapie: Prinzipien und Indi-

kationen **Veranstalter:** Klinikum Ingolstadt, Institut für Anästhesie und Intensivmedizin **Leitung:** Prof. Dr. G. Lenz **Ort:** Schulungsraum 2 (6937) im Klinikum, Krume-nauerstr. 25, 85049 Ingolstadt **Beginn:** 17 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. G. Lenz, Klinikum, Anschrift s. o., Tel. 08 41/8 80-23 51, Fax 08 41/8 80-23 59

Juli 1999  
in Nürnberg

1 ● pro Veranstaltung

„Anästhesiologische Kolloquien“ 6.7.: Die verschiedenen Verfahren der Punktions-tracheotomie 20.7.: Analgetische Co-Medikation **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am Klinikum Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. D. Heuser **Ort:** Hörsaal der Frauenklinik, Klinikum Nürnberg Nord, Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, Nürnberg **Beginn:** 17 Uhr **Auskunft:** Klinik für Anästhesiologie, Klinikum Nürnberg Süd, Breslauer Str. 201, 90471 Nürnberg, Tel. 09 11/3 98-53 02, Fax 09 11/3 98-53 52

10. Juli 1999  
in Würzburg

3 ●

„Anästhesietraining im Würzburger Anästhesie- und Notfallsimulator“ **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. N. Roewer **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. N. Roewer und Dr. H. Kuhnigk, Klinik für Anästhesiologie, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg, Tel. 09 31/2 01-51 22 oder -33 43, Fax 09 31/2 01-S1 29, E-Mail: aendres@anaesthesie.uni-wuerzburg.de

17. Juli 1999

in Regensburg

2 ●

6. Kolloquium Kinderanästhesie „Notfälle in der Kinderanästhesie“ **Veranstalter:** Klinik St. Hedwig, Abteilung für Anästhesie **Ort:** Kleiner Hörsaal im Klinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, Regensburg **Zeit:** 10 bis 14 Uhr **Auskunft:** Dr. B. Frank, Klinik St. Hedwig, Steinmetzstraße 1-3, 93049 Regensburg, Tel. 09 41/20 80-0, Fax 09 41/20 80-2 15

23. bis 25. September 1999  
in Erlangen

9 ●

Einführungskurs „Medizintechnik und Gerätekunde“ **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Dr. Ing. A. Obermayer **Ort:** Unterrichtsraum der Klinik für Anästhesiologie, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen **Teilnahmegebühr:** 550 DM (inkl. Kursunterlagen und Mittagessen); begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung** (erforderlich): Kursverwaltung, Anschrift s. o., Tel. 091 31/85-391 51, Fax 091 31/85-391 61

28./29. Oktober 1999  
in Erlangen

6 ●

Kurs „Anästhesiologische Schmerztherapie“ – Postoperative Schmerztherapie – Tumorschmerztherapie **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Dr. R. Sittl, Dr. N. Grieflinger **Ort:** Unterrichtsraum der Klinik für Anästhesiologie und Räume der Schmerzambulanz, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen **Beginn:** 28.10., 9 Uhr; **Ende:** 29.10., 18 Uhr **Teilnahmegebühr:** 400 DM (inkl. Kursunterlagen und Mittagessen); begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung** (schriftlich): Klinik für Anäs-

thesiologie, Schmerzambulanz, Frau Gämlich/Herr Märkert, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen, Tel. 0 91 31/85-3 2S 56, Fax 0 91 31/85-3 69 04

**19./20. November 1999  
in Erlangen**

4. Erlanger Notfallmedizinische Tage „Kardiopulmonale Reanimation (CPR) – Kardiologische Notfälle“ **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie und Medizinische Klinik II mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. J. Schüttler, Prof. Dr. W. G. Daniel **Ort:** Vorträge: Kongresszentrum Heinrich-Lades-Halle, Neuer Markt/Rathausplatz, Erlangen; Tutorien: Klinik für Anästhesiologie, Krankenhausstr.12, 91054 Erlangen **Zeit:** Tutorien am 19.11.: 16.45 bis 20 Uhr (2 ●); Vorträge (AiP) am 20.11.: 8.30 bis 17 Uhr (3 ●) **Teilnahmegebühr:** 50/25 DM; begrenzte Teilnehmerzahl bei Tutorien **Anmeldung:** Klinik für Anästhesiologie, Frau Kucher, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen, Tel. 091 31/85-391 51, Fax 091 31/85-391 61, E-Mail: kongress@anaesthesiologie.med.uni-erlangen.de; <http://www.anaesthesiologie.med.uni-erlangen.de>

**Arbeitsmedizin**

**15. Juli 1999  
in München** 1 ●

Arbeitsmedizinisches Kolloquium „Verantwortung für die Umwelt – medizinisch-ethische Aspekte der Risikobewertung“ **Veranstalter:** Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, Klinikum Innenstadt der LMU München gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Landesverband Südbayern **Leitung:** Prof. Dr. D. Nowak **Ort:** Kleiner Hörsaal der Medizinischen Klinik, Ziemssenstr. 1/II (Zi. 251), München **Beginn:** 18 Uhr c. t., **Anmeldung nicht erforderlich**

**Augenheilkunde**

**16. Juni 1999  
in Regensburg** AiP 1 ●

„Genetische Augenerkrankungen“ **Veranstalter:** Abteilung für Kinderophthalmologie, Strabismologie und Ophthalmogenetik in der Klinik und Poliklinik für Augenheilkunde, Klinikum der Universität Regensburg **Leitung:** Frau Prof. Dr. B. Lorenz **Ort:** Kleiner Hörsaal im Klinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Beginn:** 18.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. B. Lorenz, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-92 19, Fax 09 41/9 44-92 16

**Sommersemester 1999  
in München**

1 ● **pro Veranstaltung** „Mittwochs-kolloquien“ 23.6.: Diabetische Retinopathie 7.7.: Glaukomatöse Gesichtsfelddefekte 21.7.: Erkrankungen der ableitenden Tränenwege **Veranstalter:** Augenklinik und -poliklinik der TU München im Klinikum rechts der Isar **Leitung:** Prof. Dr. M. Mertz **Ort:** Bibliothek der Augenklinik, Trogerstr. 32/IV, Stock, München **Zeit:** 16 Uhr c. t. bis 17 Uhr **Auskunft:** Kongressse-

cretariat der Augenklinik, Frau Kühnbaum, Ismaninger Str. 22, 81675 München, Tel. 089/41 40-2796, **Anmeldung nicht erforderlich**

**23. Juni 1999  
in Würzburg** 1 ●

„Up-date Liderkrankungen und Lidchirurgie“ **Veranstalter:** Augenklinik der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. Dr. h. c. F. Grehn, Prof. Dr. W. Lieb **Ort:** Hörsaal der Augenklinik, Kopfklinikum, Josef-Schneider-Str. 11, 97080 Würzburg **Beginn:** 17 Uhr c. t. **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. F. Grehn, Frau Auer, Anschrift s. o., Tel. 09 31/2 01-56 01, Fax 09 31/2 01-22 45

**7. Juli 1999  
in Erlangen** 1 ●

110. Erlanger Augenärztliche Fortbildung „Refraktive Hornhautchirurgie – up-date“ **Veranstalter:** Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. G. O. H. Naumann **Ort:** Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen **Beginn:** 18 Uhr c. t. **Auskunft:** Prof. Dr. J. Jonas, Augenklinik, Anschrift s. o., Tel. 0 91 31/85-3 43 79

**11. bis 15. Oktober 1999  
in München**

3 ● **pro Tag** „Refraktionskurs (Schoberkurs)“ **Veranstalter:** Augenklinik, Klinikum Innenstadt der LMU München **Leitung:** Prof. Dr. D. Friedburg, Prof. Dr. E. Hartmann, PD Dr. K. Ludwig **Ort:** Hörsaal der Augenklinik, Mathildenstr. 8, München **Anmeldung:** Berufsverband der Augenärzte Deutschlands, Frau Wagner, Tersteegenstr. 12, 40474 Düsseldorf, Tel. 02 11/4 30 37 14

**Chirurgie**

**23. Juni 1999  
in Wolfratshausen** AiP 1 ●

„Dekubitus: Entstehung – Prophylaxe – Therapie“ **Veranstalter:** Kreiskrankenhaus Wolfratshausen, Chirurgische Abteilung **Leitung:** Prof. Dr. M. Richter-Turtur **Ort:** Lehrsaal im Kreiskrankenhaus, Moosbauerweg 5-7, 82515 Wolfratshausen **Beginn:** 19 Uhr s. t. **Auskunft:** Prof. Dr. M. Richter-Turtur, Tel. 0 81 71/75-2 11

**2./3. Juli 1999  
in Nürnberg** AiP  
Internationales Symposium „Lebertumoren im interdiszi-

**Ärztinnen/Ärzte im Praktikum**

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

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

Die Teilnahme wird vom Veranstalter im AiP-Ausweis bestätigt.

Besonders empfohlen wird die Teilnahme an zwei berufskundlichen Veranstaltungen, die von der Bayerischen Landesärztekammer, an einem Tag zusammengefaßt, durchgeführt werden.

Die nächsten Termine: München, 22. September 1999, Nürnberg, 3. Dezember 1999.

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

plinären Therapiekonzept"  
**Veranstalter:** Klinikum Nürnberg Nord, Klinik für Abdominal-, Thorax- und Endokrine Chirurgie und Medizinische Klinik 6, Schwerpunkt Gastroenterologie **Leitung:** Prof. Dr. Ch. Gebhardt, Dr. H. Schönekas **Ort:** Hotel Maritim, Frauentorgraben 11, Nürnberg **Zeit:** 2.7.: 9 Uhr s. t. bis 17.30 Uhr (3 ●); 3.7.: 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr (2 ●) **Teilnahmegebühr:** 150/100/50 DM, für AiP kostenfrei **Anmeldung:** Dr. W. Meyer, Klinik für Abdominal-, Thorax- und Endokrine Chirurgie, Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg, Tel. 09 11/3 9B-27 71, Fax 09 11/3 9B-32 57

**17. Juli 1999**  
**in München** AiP  
 2 ●  
 Kolloquium „Pankreaserkrankungen: Therapierichtlinien – Behandlungsergebnisse“  
**Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Harlaching, Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie **Leitung:** Prof. Dr. J. Horn **Ort:** Hörsaal im Krankenhaus für Naturheilweisen (Klinikgelände des Städt. Krankenhauses Harlaching), Sanatoriumsplatz 2, B1S4S München **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 12.30 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat der Chirurgischen Abteilung, Anschrift s. o., Tel. 0 89/62 10-23 01, Fax 0 89/62 10-29 38

**4. bis 7. Oktober 1999**  
**in Würzburg** 3 ● pro Tag  
 B. Mikrochirurgischer Operationskurs mit praktischen Übungen **Veranstalter:** Chirurgische Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. A. Thiede, PD Dr. H.-J. Gassel **Ort:** Chirurgische Klinik, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg **Anmeldung:** Chirurgische Klinik, Frau Böhmer, Anschrift s. o., Tel. 09 31/2 01-32 09 (vormittags), Fax 09 31/2 01-32 27

## Diagnostische Radiologie

**Juni 1999**  
**in München**  
 1 ● **pro Veranstaltung**  
 Interdisziplinäres Gefäßkolloquium „Aktuelle interdisziplinäre Aspekte der Angiologie (Fallvorstellungen)“ **Veranstalter:** Institut für Radiologische Diagnostik – Radiologische Forschung – der LMU München im Klinikum Großhadern **Ort:** Demonstrationsraum des Instituts für Radiologische Diagnostik im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 1S, B1377 München **Zeit:** jeweils Dienstag um 18.30 Uhr **Auskunft:** Institut für Radiologische Diagnostik, Frau Hällmayer, Anschrift s. o., Tel. 089/70 9S-46 22, Fax 0 89/70 9S-46 27

**29. Juni 1999**  
**in München** 1 ●  
 Radiologie-Forum „Virtual Endoscopy of the Central Nervous System“ **Veranstalter:** Institut für Radiologische Diagnostik der LMU München im Klinikum Großhadern **Ort:** Hörsaal I im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 1S, B1377 München **Beginn:** 18 Uhr s. t. **Auskunft:** Institut für Radiologische Diagnostik, Frau Hällmayer, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 9S-46 22, Fax 0 89/70 9S-46 27

**9./10. Juli 1999**  
**in Bamberg**  
 3 ● **pro Tag**  
 Symposium „MR '99 Compact“ **Veranstalter:** Institut für Diagnostische Radiologie der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. W. Bautz **Ort:** Hegelsaal in der Konzert- und Kongreßhalle Bamberg **Zeit:** 9 Uhr bis 17 bzw. 17.30 Uhr **Teilnahmegebühr:** 50 DM **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. W. Bautz, Institut für Diagnostische Radiologie, Maximiliansplatz 1, 91054 Erlangen, Tel. 0 91 31/85-3 60 66

**22. bis 24. Oktober 1999**  
**in Augsburg**  
 „52. Jahrestagung der Bayerischen Röntgengesellschaft“  
**Veranstalter:** Bayerische Röntgengesellschaft e. V. und Klinik für Diagnostische Radiologie und Neuroradiologie am Zentralklinikum Augsburg **Leitung:** Prof. Dr. K. Bohndorf **Ort:** Zentralklinikum Augsburg (Seminare/Praktika) und Stadthalle Neusäss (wissenschaftl. Programm = AiP) **Beginn:** 22.10. (2 ●), 15 Uhr s. t.; 23.10.: 3 ● **Ende:** 24.10. (2 ●), 13 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. K. Bohndorf, Zentralklinikum, Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg, Tel. 08 21/4 00-24 41, Fax 08 21/4 00-33 12, E-Mail: radiol-klin.augsburg@gmx.de **Anmeldung:** Sekretariat der Bayer. Röntgengesellschaft, Frau Sauer, Johann-Mois-Ring 21 a, 92318 Neumarkt, Tel. 0 91 81/46 07 09, Fax 0 91 81/46 07 08, Internet: www.brg-kongress99.de

## Endokrinologie

**7. Juli 1999**  
**in München** AiP  
 1 ●  
 „Endokrinologisches Seminar“ Themen: Syndrom der polyzystischen Ovarien mit metabolischem Syndrom – Erektile Dysfunktion – Diagnostik und Therapie von Prolaktinomen – Diagnostik, Therapie und Follow-up der Struma maligna – Moderne sonographische Schilddrüsendiagnostik – Orale Differentialtherapie des Typ 2 Diabetes **Veranstalter:** Medizinische Klinik, Klinikum Innenstadt der LMU München **Leitung:** Prof. Dr. R. Landgraf, Prof. Dr. R. Gärtner **Ort:** Großer Hörsaal der Medizinischen Klinik, Ziemssenstr. 1, 80336 München **Zeit:** 18 Uhr s. t. bis 20.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. R. Landgraf, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-22 00, Fax 0 89/51 60-53 55

### Rahmenbedingungen zur Einführung des Modellprojekts „Fortbildungszertifikat“

Der 50. Bayerische Ärztetag hat am 11.10.1997 die Einführung eines Modellprojekts „Fortbildungszertifikat“ über einen Zeitraum von zwei Jahren – mit Beginn 1. April 1998 – beschlossen. *Ärztinnen und Ärzte aus anderen Kammernbereichen mögen sich bei der für sie zuständigen Landesärztekammer erkundigen, ob vergleichbare Regelungen eingeführt sind.*

**Punkte werden dabei nach folgenden Gesichtspunkten vergeben:** Fortbildungsveranstaltungen mit Frontalvorträgen und Diskussion

- bis zu 2,5 (Fortbildungs-)Stunden: 1 Punkt
- zwischen 2,5 und 4 Stunden: 2 Punkte
- zwischen 4 und 8 Stunden: 3 Punkte
- Zusatzpunkt bei abschließender Evaluation durch Kolloquium oder schriftliche Lernerfolgskontrolle
- Zusatzpunkt für anerkannte Qualitätszirkel sowie bei Gruppenarbeit (bis 25 Personen)
- Punkte für Hospitation zum Zwecke der Fortbildung (pro Tag).

Nachweishefte erhalten Sie auf Anfrage in gewünschter Anzahl. Barcode-Aufkleber können bei der Bayerischen Landesärztekammer per Fax (0 89/41 47-8 31) beantragt werden; sie gelten nur für die jeweilige Fortbildungsveranstaltung.

## Gastroenterologie

29. Juni 1999  
in Landshut AIP  
1 ●

6. Landshuter Gastroenterologengespräch „Diagnostik und Therapie der Obstipation“ **Veranstalter:** Klinikum Landshut, Medizinische Klinik I und Medizinische Klinik am Krankenhaus Landshut-Achdorf **Leitung:** Prof. Dr. A. Holstege, Dr. F. Käser **Ort:** Vortragssaal der AOK Bayern, Direktion Landshut, Luitpoldstr. 28, Landshut **Beginn:** 19.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. A. Holstege, Klinikum, Robert-Koch-Str. 1, 84034 Landshut, Tel. 08 71/6 98-33 10, Fax 08 71/6 98-16 52

10. Juli 1999  
in Bamberg AIP  
2 ●

„Gastroenterologisches Symposium“ Themen: Hepatitis C – Standorte der Diagnostik und Therapie – Endoskopische Therapie der Ösophagusvarizenblutung – Das Rapunzel-Syndrom – Neue Aspekte in der Therapie chronisch entzündlicher Darmerkrankungen – Neue Entwicklungen der interventionellen gastroenterologischen Endoskopie **Veranstalter:** II. Medizinische Klinik im Klinikum Bamberg **Leitung:** Prof. Dr. H. J. Weis **Ort:** Klinikum, Buger Straße 80, 96049 Bamberg **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis ca. 13 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. H. J. Weis, Anschrift s. o., Tel. 09 51/5 03-24 91, Fax 09 51/5 03-24 93

13. Juli 1999  
in Regensburg AIP  
1 ●

Gastroenterologengespräch „Diagnostik und Therapie von Nahrungsmittelallergien – Was bringt der 'Prick-Test' am Darm?“ **Veranstalter:** Klinik für Innere Medizin I und Chirurgische Klinik mit Polikliniken, Klinikum der Universität Regensburg und II. Medizinische Klinik des Krankenhauses der Barmherzigen

Brüder in Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. K.-W. Jauch, Prof. Dr. T. Andus, Prof. Dr. K. H. Wiedmann **Ort:** Großer Hörsaal des Klinikums, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Beginn:** 19.30 Uhr **Anmeldung:** Oberarztsekretariat der Medizinischen Klinik I, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-70 14

## Handchirurgie

9. Juli 1999  
in München 3 ●

11. Symposium „Endoskopie und Arthroskopie am Handgelenk“ – German American Handsurgical Teleconference **Veranstalter:** Chirurgische Klinik und Poliklinik der TU München im Klinikum rechts

der Isar, Handchirurgie **Leitung:** Dr. K.-D. Werber **Ort:** Hörsaal A im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München **Zeit:** 14 Uhr bis ca. 20 Uhr **Teilnahmegebühr:** 150 DM **Auskunft:** Handchirurgische Ambulanz, Frau Lüders, Anschrift s. o., Tel. 089/41 40-21 91, Fax 0 89/41 40-48 57 **Anmeldung:** Kongressorganisation GbR, Frau Werber, Fax 0 80 25/54 02

S./6. Oktober 1999  
in München  
3 ● pro Veranstaltungstag  
1. Operationskurs für „Lap-  
penplastiken“ mit Präpa-  
rierübungen an der Leiche  
**Veranstalter:** Abteilung für  
Plastische und Handchirur-  
gie, Chirurgische Klinik und  
Poliklinik, Klinikum Innen-  
stadt der LMU München **Lei-  
tung:** Prof. Dr. W. Stock, Prof.  
Dr. R. Putz **Ort:** Anatomische  
Anstalt, Pettenkoferstr. 11,  
München **Anmeldung:** Dr.  
H. Stütze, Dr. M. Winterberg  
und Sekretariat Prof. Dr. W.  
Stock, Frau Köhler-Radetzky,  
Chirurgische Klinik, Nuß-  
baumstr. 20, 80336 Mün-  
chen, Tel. 0 89/51 60-26 97,  
Fax 0 89/51 60-44 01,  
E-Mail: Plastische.Chirurgie@  
lrz.uni.muenchen.de

## Haut- und Geschlechts- krankheiten

Juni/Juli 1999  
in München  
1 ● pro Veranstaltung  
„Fortbildungskolloquien im  
Sommersemester“ 16.6.: Ex-  
pression of cytotoxic markers  
on neoplastic cells in cuta-  
neous T-cell lymphomas  
23.6.: Der Zellzyklus und sei-  
ne Bedeutung für entzündli-  
che und maligne Erkrankun-  
gen 30.6.: Klinik und Ziel-  
antigene blasenbildender Au-  
toimmunkrankheiten 7.7.:  
Neue Behandlungsmöglich-  
keiten mit dem Erbium-Laser  
14.7.: Hauterscheinungen bei  
chronischen Stoffwechsel-  
krankheiten 21.7.: High-dose

### Kurskonzept „Leitender Notarzt“

vom 9. bis 12. Dezember 1999 in München

Das Seminar entspricht den 1998 fortgeschriebenen Emp-  
fehlungen von DIVI sowie Bundesärztekammer.

Die Bayerische Landesärztekammer bietet im Jahr 1999 ei-  
nen dritten Seminartermin Leitende Notärztin/Leitender  
Notarzt (Blockkurs: bisherige Stufen E/1 mit E/3) an:

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

Zur Veranstaltung können bis zu 50 Teilnehmer aufge-  
nommen werden.

Die Vergabe der Kursplätze erfolgt nach Eingang der An-  
meldung (Datum des Poststempels).

**Kursgebühr:** DM 950.– (beinhaltend Unterlagen zur Vor-  
ab-Fernarbeit, Arbeitsmaterialien, Getränke, Imbiß).

Als (obligate) Vorbereitung für den Kurs erhalten die ange-  
meldeten Teilnehmer vorab Unterlagen, zu denen bis zu  
zehn Tage vor Kursbeginn Schlüsselfragen zu beantworten  
sind.

**Voraussetzungen:** Teilnahmevoraussetzungen sind die Ap-  
probation als Ärztin oder Arzt bzw. die Vorlage der Berufs-  
erlaubnis nach § 10 Abs. 4 sowie Abs. 1 Bundesärzteord-  
nung, der Fachkundenachweis „Rettungsdienst“, Facharzt-  
status in einem akut-medizinischem Gebiet mit Bezug zur  
Intensivmedizin sowie der Nachweis über eine dreijährige  
kontinuierliche Teilnahme am Notarzdienst.

Fachkundenachweis „Rettungsdienst“, Facharztzeugnis so-  
wie eine Bescheinigung über die dreijährige kontinuierli-  
che Teilnahme am Notarzdienst sind in Form von amtlich  
beglaubigten Kopien bei der Anmeldung vorzulegen.

Die Vergabe der Kursplätze erfolgt strikt nach Eingang der  
Anmeldung (Poststempel/Faxaufdruck).

**Anmeldung ausschließlich schriftlich bis spätestens  
30. August 1999** (wegen der Vorab-Fernarbeit) an Bayeri-  
sche Landesärztekammer, Abteilung Fortbildung, z. H  
Sybille Ryska, Mühlbaaurstr. 16, 81677 München, Tel. (0 89)  
41 47-7 41, Fax (0 89) 41 47-8 31, E-Mail: s.ryska@blaek.de.

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

Immunglobulintherapie bei schweren Arzneimittelreaktionen 28.7.: Diaklinik **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, Klinikum Innenstadt der LMU **Leitung:** Prof. Dr. B. Przybilla, Prof. Dr. M. Röcken **Ort:** Kleiner Hörsaal der Dermatologischen Klinik, Frauenlobstr. 9-11, 80337 München **Beginn:** 16 Uhr c. t. **Auskunft:** Kongresssekretariat der Dermatologischen Klinik, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-60 63, Fax 0 89/51 60-60 64

**16. Juli 1999 in München 1 ●**

Leo-von-Zumbusch-Gedächtnisvorlesung „Immunmodulation dermatologischer Erkrankungen“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, Klinikum Innenstadt der LMU **Leitung:** Prof. Dr. G. Plewig, München; Prof. Dr. G. Burg, Zürich **Zeit:** 11 Uhr c. t. bis 12 Uhr **Ort:** Großer Hörsaal der I. Frauenklinik, Maistr. 11, München **Auskunft:** Prof. Dr. G. Plewig, Dermatologische Klinik, Frauenlobstr. 9-11, 80337 München, Tel. 0 89/51 60-60 00

**Innere Medizin**

**16. Juni 1999 in München AiP 1 ●**

Seminar „Adipositas – Therapie in der Praxis“ **Veranstalter:** Krankenhaus der Barmherzigen Brüder München, Innere Abteilung **Leitung:** Prof. Dr. J. G. Wechsler **Ort:** Konferenzraum 1, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Romanstr. 93, 80639 München **Beginn:** 18 Uhr s. t. **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. J. G. Wechsler, Frau Römer, Anschrift s. o., Tel. 0 89/17 97-24 01, Fax 0 89/17 97-24 20

**16. Juni 1999 in München AiP 1 ●**

Großhaderner Diabetes Seminar „Diabetes und Schwangerschaft – Gestationsdiabe-

tes“ – Teilnehmer haben die Möglichkeit der Vorstellung eigener Problempatienten **Veranstalter:** Medizinische Klinik und Poliklinik II der LMU München im Klinikum Großhadern **Leitung:** E. Hund-Wissner, PD Dr. K. Parhofer, Dr. C. Otto, Prof. Dr. P. Schwandt **Ort:** Hörsaal V im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 1S, 81377 München **Zeit:** 16 bis 18 Uhr **Auskunft:** PD Dr. K. Parhofer, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-30 10, Fax 0 89/70 95-88 79

**Sommersemester 1999 in Würzburg 1 ● pro Veranstaltung**

Klinische Konferenz am 16.6.: Intrahepatische Cholestase nach Sepsis mit Fallvorstellung – „Klinische Fortbildung im Sommersemester“ 30.6.: Endosonographie des oberen Verdauungstraktes 14.7.: Aktueller Stand der Behandlung von Vaskulitiden **Veranstalter:** Medizinische Klinik, Klinikum der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. G. Ertl, Prof. Dr. C. Wanner **Ort:** Großer Hörsaal der Medizinischen Klinik, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg **Beginn:** 17 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. C. Wanner, Frau Emmerling, Medizinische Klinik, Anschrift s. o., Tel. 09 31/ 2 01-53 31, Fax 09 31/2 01-35 02

**17./18. Juni 1999 in Bad Kissingen 6 ●**

Kurs „Diagnostische Laparoskopie“ **Veranstalter:** Heinz-Kalk-Krankenhaus, 8ad Kissingen **Leitung:** Dr. J.-F. Kalk, Prof. Dr. Ch.-P. Klein, Dr. W. Rambach **Ort:** Heinz-Kalk-Krankenhaus, Am Gradierbau 3, 97688 8ad Kissingen **Anmeldung:** Heinz-Kalk-Krankenhaus, Anschrift s. o., Tel. 09 71/80 23-5 11, Fax 09 71/80 23-5 55

**19. Juni 1999 in Lohr AiP 2 ●**

„8. Medizinisches Symposium“ Themen: Akutes Koronarsyndrom – Pankreaskarzinom – Fieber unklarer Genese nach Auslandsaufenthalten – Chronische Polyarthritiden **Veranstalter:** Kreiskrankenhaus Lohr, Abteilung für Innere Medizin **Leitung:** Dr. W. Kestel **Ort:** Konferenzraum im Kreiskrankenhaus, Grafen-von-Rieneck-Str. 5, 97816 Lohr am Main **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Dr. W. Kestel, Frau Heßdörfer, Anschrift s. o., Tel. 093 52/50 52 33, Fax 093 52/50 51 61

**24. Juni 1999 in Regensburg AiP 1 ●**

6. Regensburger Infektiologisch-Intensivmedizinisches

Kolloquium „Aktuelle Aspekte der Therapie und Diagnostik der Hepatitis C“ **Veranstalter:** Klinik für Innere Medizin I, Klinikum der Universität Regensburg **Ort:** Großer Hörsaal im Klinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Beginn:** 18 bis 20.30 Uhr **Auskunft:** Dr. T. Glück, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-70 64, Fax 09 41/9 44-70 73

**6. Juli 1999 in München AiP 1 ●**

„Poliklinischer Abend“ Themen: Richtlinien zur Postexpositionsprophylaxe bei HIV – Elektrolytstörungen in der Praxis – Differentialdiagnostische Aspekte des Erythema nodosum aus internistischer Sicht **Veranstalter:** Medizinische Poliklinik, Klinikum Innenstadt der LMU München in Zusammenarbeit mit der Vereinigung der Bayerischen Internisten **Leitung:** Prof. Dr. D. Schlöndorff **Ort:** Hörsaal der Medizinischen Poliklinik, Pettenkoferstr. 8 a, 80336 München **Beginn:** 19 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat PD Dr. Dr. M. Gross, Frau Beinstingl, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-34 75, Fax 0 89/51 60-44 85

**4. bis 8. Oktober 1999 in München 3 ● pro Tag**

„Intensivkurs Innere Medizin - Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Refreshing“, teilnahmeberechtigt sind Ärzte ab dem 4. Jahr der internistischen Weiterbildung **Veranstalter:** Medizinische Kliniken der TU München im Klinikum rechts der Isar und Medizinische Kliniken im Klinikum Innenstadt der LMU München in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin **Leitung:** Prof. Dr. M. Classen, Prof. Dr. P. C. Scriba, Prof. Dr. A. Schömig, Prof. Dr. D. Schlöndorff **Ort:** Hörsaaltrakt im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 8167S München **Teilnahmegebühr:** 400 DM (inkl. Kursma-

**ANZEIGE:**

**Neu niedergelassen – und was dann?**

Ein Intensivseminar des Hartmannbundes, LV Bayern, zum Vermeiden gravierender Führungsfehler in der Arztpraxis

**Seminarinhalte:**

Interpretation der Abrechnung – Häufige Abrechnungsfehler – Wichtige Abrechnungsziffern – Wirtschaftliche Verordnung – Praxisbudget – Falsch versichert, überversichert? – Der richtige Finanzdurchblick – Ruinöse Leistungserbringung – Service, Freundlichkeit, Präsenz, Kompetenz, das Aushängeschild der Praxis

**Seminardauer:** ca. 4 Stunden mit Pause

**Zeit:** Samstag, 10. Juli 1999, **Anmeldung:** 9 Uhr

**Ende:** ca. 14 Uhr

**Ort:** Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstr. 16, 81677 München

**Gebühr:** Nichtmitglieder 150,- DM; Mitglieder 70,- DM

**Anmeldung bei der Geschäftsstelle des Landesverbandes Bayern des Hartmannbundes, Mühlbauerstr. 16, 81677 München, Tel. 0 89/47 08 70 34, Fax 0 89/47 08 70 36**

terial und Verpflegung); für Mitglieder der DGIM und des BDI 350 DM; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung** (schriftlich erforderlich): Sekretariat PD Dr. H. D. Allescher, Frau Zaun, II. Medizinische Klinik, Anschrift s. o., Tel. 089/41 40-40 74, Fax 089/41 40-49 32, E-Mail: hans.allescher@lrz.tu-muenchen.de

## Kardiologie

**10. Juli 1999 in München** 3 ●  
 „Herzschrittmacher-Intensivkurs“ Themen: Indikationsstellung – Implantation – Routinekontrolle – Zeitzyklen – Problemfälle in der Kontrolle mit Erläuterung von Spezialalgorithmen – Programmierseminar **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Harlaching, III. Medizinische Abteilung **Leitung:** Dr. R. Lindlbauer, Dr. R. Schrepf **Ort:** Seminarräum des Städt. Krankenhauses und Hörsaal des Krankenhauses für Naturheilweisen (Klinikgelände des Städt. Krankenhauses Harlaching), Sanatoriumsplatz 2, 81545 München **Zeit:** 9 Uhr c. t. bis 17.30 Uhr **Teilnahmegebühr:** 200/100 DM; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung** (erforderlich): Herzschrittmacher-Ambulanz, Sr. Iris/Dr. R. Schrepf, Anschrift s. o., Tel. 089/62 10-22 73, Fax 0 89/62 10-28 25

## Kinderheilkunde

**18./19. Juni 1999 in Pommersfelden** 2 ● pro Tag  
 11. Gesprächsrunde für Pädiatrische Onkologie und Immunologie „Immunologie“ **Veranstalter:** Klinik mit Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Universität Erlangen-Nürnberg, Abteilung für Immunologie und Onkologie **Leitung:** Prof. Dr. J. D. Beck **Ort:** Schloß Weißenstein, Pommersfelden **Beginn:** 18.6.: 16.30 Uhr; **Ende:** 19.6.: 13 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. J. D. Beck, Frau Me-

serth, Kinderklinik, Loschgestraße 15, 91054 Erlangen, Tel. 09131/85-337 31, Fax 0 91 31/85-3 57 42

**3. Juli 1999 in Erlangen** AiP 3 ●  
 „10. Pädiatrisches Epilepsie-Seminar“ **Veranstalter:** Klinik mit Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Universität Erlangen-Nürnberg, Neuropädiatrische Abteilung **Leitung:** Prof. Dr. D. Wenzel **Ort:** Großer Hörsaal der Kinderklinik, Loschgestr. 15, 91054 Erlangen **Zeit:** 9 Uhr c. t. bis 16 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. D. Wenzel, Anschrift s. o., Tel. 0 91 31/85-3 37 53

**10. Juli 1999 in Regensburg** AiP 2 ●  
 6. Regensburger Epilepsie-Seminar „Wenn sich die Epilepsie nicht an das Lehrbuch hält ...“ Ein interaktiver Workshop mit Diskussion von Klassifikationsproblemen, ungewöhnlichen Epilepsieverläufen und unerwarteten Therapiesituationen **Veranstalter:** Regensburger Kinderzentrum St. Martin **Leitung:** Dr. B. Ostertag, Dipl. med. S. Rinnert **Ort:** Pathologie-Hörsaal im Klinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, Regensburg **Zeit:** 9.30 bis ca. 13.30 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Dr. B. Ostertag, Kinderzentrum St. Martin, Wieshuberstr. 4, 93059 Regensburg, Tel. 09 41/4 65 02-0, Fax 09 41/4 65 02-40

**21. Juli 1999 in Memmingen** AiP 1 ●  
 „Therapie von Nephritis und Nephrose im Kindesalter“ **Veranstalter:** Kinderklinik am Klinikum Memmingen **Leitung:** Prof. Dr. R. Burghard **Ort:** Krankenpflegeschule am Klinikum, Bismarckstr. 23, 87700 Memmingen **Beginn:** 19 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. R. Burghard, Anschrift s. o., Tel. 0 83 31/70-23 00, Fax 0 83 31/70-23 01

## Kinderkardiologie

**26. Juni 1999 in München** AiP 3 ●  
 „Fibrinolyse und Thrombembolieprophylaxe in der pädiatrischen Kardiologie“ **Veranstalter:** Kinderklinik für Herz- und Kreislauferkrankungen im Deutschen Herzzentrum München **Leitung:** Prof. Dr. J. Hess, PD Dr. H. Kaemmerer **Ort:** Hörsaal des Deutschen Herzzentrums, Lazarettstr. 36, 80636 München **Zeit:** 10 Uhr c. t. bis 17 Uhr **Teilnahmegebühr:** 200/100/30 DM; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Sekretariat der Klinik, Frau Charaabi, Tel. 0 89/12 18-30 11, Fax 0 89/12 18-30 13

## Kinder- und Jugendpsychiatrie

**Juni/Juli 1999 in Würzburg**  
 Symposium „Kinder- und Jugendhilfe und Kinder- und

Jugendpsychiatrie und Psychotherapie“ am 23.6. (10 Uhr s. t. bis 17 Uhr 3 ●) **Teilnahmegebühr:** 45 DM **Anmeldung:** Diakonisches Werk Würzburg, Lindleinstr. 7, Tel. 09 31/2 50 80 91 **Mittwochs-Kolloquium** „Was wird aus Kindern mit unbehandelter Lese-Rechtschreibschwäche? Der langfristige Verlauf bis in das Erwachsenenalter“ am 21.7. (**Beginn:** 19 Uhr s. t. 1 ●) **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. A. Warnke **Ort:** Hörsaal der Nervenklinik, Fuchsleinstr. 15, 97080 Würzburg **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. A. Warnke, Anschrift s. o., Tel. 09 31/2 03-3 09 oder -3 10, **Anmeldung** nicht erforderlich

**17. Juli 1999 in Würzburg** AiP 2 ●  
 Symposium „Hyperkinetisches Syndrom“ **Veranstalter:** Arbeitsgemeinschaft „Arzt und Lehrer“, Hartmannbund, Landesverband Bayern, Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg **Leitung:** Dr. K.-P. Müller, Prof. Dr. A. Warnke **Ort:** Hörsaal der Nervenklinik, Fuchsleinstr. 15, 97080 Würzburg **Zeit:** 9.30 bis 13 Uhr **Anmeldung** (erbeten): Dr. K.-P. Müller, von-zu-Rhein-Str. 2, 97502 Obbach/Euerbach, Tel. 0 97 26/ 86 01 (ab 16 Uhr), Fax 0 97 26/ 37 11

## Laboratoriumsmedizin

**15. Juni 1999 in München** 1 ●  
 157. Kolloquium „Modified low density lipoproteins in patients with acute coronary syndromes“ **Veranstalter:** Institut für Klinische Chemie der LMU München im Klinikum Großhadern **Leitung:** Prof. Dr. D. Seidel, PD Dr. J. Thiery **Ort:** Hörsaal V im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München **Beginn:** 18 Uhr s. t.

### Seminar „Bewerbung/Rhetorik“

Die Bayerische Landesärztekammer bietet in Zusammenarbeit mit dem Institut für Profilirtes Verhalten (IPV, Zug/Schweiz)

am 19./20 September 1999

ein Seminar zu den beiden folgenden Themen an: **Bewerbung** sowie **Rhetorik** („Als Arzt die Zuhörer fesseln“).

Nähere Informationen:

Sybille Ryska, Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaaurstr. 16, 81677 München, Tel. 0 89/41 47-7 41, Fax 0 89/41 47-B 31, E-Mail: s.ryska@blaek.de

**Auskunft:** Sekretariat des Institutes, Frau Gebhart, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-32 05

## Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie

Sommersemester 1999 in München

**1 ● pro Veranstaltung**  
„Mikrobiologische Seminare“  
17.6.: Lantibiotika: Ungewöhnlich modifizierte Bakteriozine grampositiver Bakterien mit neuartigen Wirkmechanismen 8.7.: Characterization of the IpgD protein of Shigella flexneri, a target of the Mxi-Spa-type III secretion system 1S.7.: Regulation of Virulenz- und Resistenzgenen in Candida albicans 22.7.: Zelluläre Aktivierung durch mikrobielle Komponenten wie LP5/Endotoxin über Toll-like Receptor (TLT) 2 29.7.: Die Typ 2 NO-Synthase als Regulator der unspezifischen Infektabwehr **Veranstalter:** Max-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der LMU München **Leitung:** Prof. Dr. R. Haas, Prof. Dr. Dr. J. Heesemann **Ort:** Bibliothek des Max-von-Pettenkofer-Institutes, Pettenkoferstr. 9 a, 80336 München **Beginn:** 17 Uhr **Auskunft:** Max-von-Pettenkofer-Institut, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-52 00/-52 01, Fax 0 89/51 60-52 23

## Nephrologie

16. Juni 1999 in München AiP

**2 ●**  
Schwabinger Nephrologisches Symposium „Nephropathie bei Typ II-Diabetes: Prävention und Therapie“ **Veranstalter:** Städtisches Krankenhaus München-Schwabing, 6. Medizinische Abteilung und 3. Medizinische Abteilung **Leitung:** Prof. Dr. J. Mann, Prof. Dr. E. Standl **Ort:** Hörsaal der Kinderklinik, Kölner Platz 1, 80804 Mün-

chen **Zeit:** 15.30 bis 19.15 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. J. Mann, Anschrift s. o., Tel. 089/30 68-23 86, Fax 0 89/30 80-39 17

26. Juni 1999 in München **2 ●**  
„50. Jubiläumssitzung des Nephrologischen Forums München“ Themen: Chemokines Receptor Expression in Renal Disease – Macrophages and the Control of Glomerular Inflammation **Veranstalter:** Nephrologisches Forum München **Leitung:** Prof. Dr. D. Schlöndorff **Ort:** Kleiner Hörsaal des Physiologischen Institutes, Pettenkoferstr. 12, 80336 München **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 12.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. K. Thureau, Anschrift s. o., Tel. 089/59 96-5 28, Fax 0 89/59 96-S 32

29. Juli 1999 in Regensburg AiP

**1 ●**  
„36. Treffen des Nephrologischen Arbeitskreises“ Themen: Nierenarterienstenose: Klinische Bedeutung, Diagnostik und interventionelle Therapie – Mischbild aus diabetischer Nephropathie und IgA-Nephritis **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Innere Medizin II, Klinikum der Universität Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. B. Krämer **Ort:** Kleiner Hörsaal des Klinikums, Franz-Josef-5strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Beginn:** 19 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. B. Krämer, Anschrift s. o., Tel. 09 41/ 9 44-73 37 oder -73 36

## Neurochirurgie

23. Juni 1999 in Murnau **1 ●**

„Neurochirurgisches Schmerzsymposium“ **Veranstalter:** BG-Unfallklinik Murnau, Neurochirurgische Abteilung **Leitung:** Dr. H.-D. Jaksche **Ort:** BG-Unfallklinik, Prof.-Küntscher-Str. 8, 82418 Murnau **Beginn:** 19 Uhr s. t. **Anmeldung:** Sekretariat Dr. H.-D. Jaksche, Anschrift s. o., Tel. 0 88 41/48-28 51

## Neurologie

Sommersemester 1999 in Erlangen

**1 ● pro Veranstaltung**  
„Erlanger Neurologische Hausseminare“ 1S.6.: Selektiver WADA-Test und Neuropsychologie 22.6.: Falldemonstration Neurologie 20.7.: Spiral-CT in der Neuro-radiologie **Veranstalter:** Neurologische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. B. Neundörfer **Ort:** Kleiner Hörsaal im Kopfklinikum, Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen **Zeit:** 16 Uhr c. t. bis 17 Uhr **Auskunft:** Prof. Dr. H. Stefan, Neurologische Klinik, Anschrift s. o., Tel. 091 31/85-345 41, Fax 091 31/85-364 69, E-Mail: stefan@neuro.med.uni-erlangen.de; Anmeldung nicht erforderlich

19. Juni 1999 in Schweinfurt AiP

**2 ●**  
„Schlaganfalltherapie im Wandel – Schweinfurter Stroke-Unit-Konzept“ **Veranstalter:** Leopoldina-Krankenhaus Schweinfurt, Neurologische Klinik in Zusammenarbeit mit der Stiftung Deutsche Schlaganfallhilfe **Leitung:** PD Dr. U. Fuhrmeister, Dr. J. Mühlner **Ort:** Vortragsraum im Leopoldina-Krankenhaus (12. Stock), Gustav-Adolf-Str. 8, 97419 Schweinfurt **Zeit:** 9.30 bis 12.30 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat der Neuro-

logischen Klinik, Anschrift s. o., Tel. 0 97 21/7 20-21 53, Fax 0 97 21/7 20-29 85

Sommersemester 1999 in München

**1 ● pro Veranstaltung**  
„Neurologische Kolloquien“ 23.6.: Ketogene Diäten – Vergangenheit oder auch Zukunft in der Epilepsiebehandlung? 30.6.: Chirurgie des Aortenaneurysmas 7.7.: Perioperative Neuroprotektion: Aktueller Stand 13.7.: Tiefenstimulation bei Morbus Parkinson 21.7.: Neue Entwicklungen in der experimentellen und klinischen Therapie maligner Gliome **Veranstalter:** Neurologische Klinik und Poliklinik der TU München, Klinikum rechts der Isar **Leitung:** Prof. Dr. B. Conrad, Prof. Dr. A. Weindl **Ort:** Seminarraum der Neurologischen Klinik, Möhlstr. 30, München **Beginn:** 17 Uhr c. t. **Auskunft:** Neurologische Klinik, Möhlstr. 28, 81675 München, Tel. 0 89/41 40-46 05 oder -46 07, Fax 0 89/ 41 40-48 67, E-Mail: Adolf.Weindl@neuro.med.tu-muenchen.de

Sommersemester 1999 in München

**1 ● pro Veranstaltung**  
„Neuroinfektiologische Kolloquien“ 29.6.: Experimentelle Herpes-Enzephalitis 20.7.: Mykoplasmen-Infektionen: Diagnostische Möglichkeiten – Neurologische

### Fortbildungsveranstaltung „Verkehrsmedizinische Qualifikation“

gemäß Fahrerlaubnisverordnung (FeV) vom 1.1.1999, § 11, Abs. 2, Satz 3, Nr. 1

Die Bayerische Landesärztekammer bietet am 23. und 24. Juli sowie am 1. und 2. Oktober 1999 weitere Fortbildungsveranstaltungen zur Erlangung der „Verkehrsmedizinischen Qualifikation“ gemäß § 11, Abs. 2, Satz 3, Nr. 1 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) an.

Nähere Informationen erhalten Interessenten bei:  
Susanne Keller, Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 81677 München, Fax 0 89/41 47-8 31, E-Mail: s.keller@blaek.de

Manifestationen **Veranstalter:** Neurologische Klinik und Poliklinik der LMU München im Klinikum Großhadern **Ort:** Konferenzraum II der Neurologie, Direktionstrakt Flur GH, Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, München **Beginn:** 18 Uhr s. t.; Anmeldung nicht erforderlich

**Juni/Juli 1999  
in Günzburg**

Neurochirurgisch-Neurologisch-Neuroradiologisches Kolloquium am 30.06. (**Beginn:** 17 Uhr 1 ●) 7.7.: Entwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten (**Beginn:** 16 Uhr s. t. 1 ●) 17.7. AiP (9 bis 12 Uhr 2 ●): Workshop „Schlaganfall-Versorgung“ und jenseits der Donau 1999 **Veranstalter:** Neurologische Klinik im Bezirkskrankenhaus Günzburg **Leitung:** Prof. Dr. B. Widder **Ort:** 30.6.: Hörsaal im Haus 63 a/l; 7.7.: Gemeinschaftsraum im Haus 21/1 im BKH; 17.7.: Festsaal im BKH, Ludwig-Heilmeyer-Str. 2, 89312 Günzburg **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. B. Widder, Neurologische Abteilung, Tel. 0 82 21/96 22 82

**1. Juli 1999  
in Kötzing**

1 ● „Diagnose und Therapie der Epilepsien“ **Veranstalter:** Mittelbayerisches Rehaszentrum, Klinikum Luitpold Kötzing **Ort:** Vortragssaal im Klinikum Luitpold, Weißenregener Str. 1, 93444 Kötzing **Beginn:** 19.30 Uhr **Auskunft:** Klinikum Luitpold, Anschrift s. o., Tel. 0 99 41/97-4000, Fax 0 99 41/97-40 99, E-Mail: info-lui@mittelbayerisches-rehaszentrum.de, Internet: <http://www.mittelbayerisches-rehaszentrum.de>

**3. Juli 1999  
in München**

2 ● „Epilepsie-Seminar“ **Veranstalter:** Neurologische Klinik der LMU München im Klinikum Großhadern **Leitung:** Dr. S. Noachtar **Ort:** Hörsaal VII im Klinikum Großhadern,

Marchioninstr. 15, 81377 München **Zeit:** 9.30 bis 13 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Dr. S. Noachtar, Neurologische Poliklinik, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-36 91, Fax 0 89/70 95-36 77; Anmeldung nicht erforderlich

**Sommersemester 1999  
in München**

1 ● **pro Veranstaltung** „Harlachinger Neurologie-Kolloquien“ 7.7.: Die instabile Karotisstenose 21.7.: Morbus Parkinson – Vergleich von Pharmakotherapie und Neurostimulation 28.7.: Neurologische Komplikationen der Sepsis **Veranstalter:** Abteilung für Neurologie und klinische Neurophysiologie am Städt. Krankenhaus München-Harlaching **Leitung:** PD Dr. R. Haberl, Dr. M. Deckert-Schmitz **Ort:** Seminarraum des Hörsaalgebäudes, Sanatoriumsplatz 2, 81545 München **Beginn:** 17 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat PD Dr. R. Haberl, Anschrift s. o., Tel. 0 89/62 10-2257, Fax 0 89/62 10-24 53

**14. Juli 1999  
in Bad Windsheim**

1 ● „Epidemiologie und Behandlung des Schlaganfalls“ **Veranstalter:** Kiliani-Klinik Bad Windsheim, Neurologische Abteilung und Abteilung Innere Medizin **Leitung:** PD Dr. J. Mertin, Dr. H. Göbel **Ort:** Pavillon der Kiliani-Klinik, Schwarzallee 10, 91438 Bad Windsheim **Beginn:** 15.30 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat der Neurologischen Abteilung, Anschrift s. o., Tel. 0 98 41/ 93-1 50, Fax 0 98 41/ 93-101

**18. September 1999  
in Würzburg**

3 ● 13. Klinisch-Neurophysiologisches Seminar „Elektromyographie“ **Veranstalter:** Neurologische Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. K. Reiners **Ort:** EMG-Labor der Neurologischen Klinik, Josef-Schneider-Str. 11, 97080 Würz-

burg **Zeit:** 9.30 bis 16.30 Uhr **Teilnahmegebühr:** 450/300/200 DM, begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldeschluß:** 15.8. **Anmeldung** (schriftlich): Frau Thyroff, EMG-Labor, Anschrift s. o., Tel. 09 31/ 2 01-57 57 oder -57 59, Fax 09 31/2 01-25 20 oder -26 97

**Neuroorthopädie**

**10. und 24. Juli 1999  
in Schwarzenbruck**

AiP 1 ● **pro Veranstaltung** „Neurologisch-orthopädisch-internistische Kolloquien“ – Klinische Fallbesprechungen aus den Gebieten der Neurologie, Orthopädie und der Inneren Medizin **Veranstalter:** Krankenhaus Rummelsberg, Neurologische Abteilung, Internistische Abteilung und Orthopädische Klinik **Leitung:** Prof. Dr. F. L. Glötzner **Ort:** Vortragsraum des Wichernhauses, Krankenhaus Rummelsberg, 90592 Schwarzenbruck bei Nürnberg **Zeit:** 9.30 bis 12 Uhr **Auskunft:** Sekretariat der Neurologischen Abteilung, Frau Koestler, Anschrift s. o., Tel. 0 91 28/ 50 34 37

**Notfallmedizin**

**Termine 1999  
in München**

Instruktorlehrgänge: „Intensivtraining Kardiopulmonale Reanimation“ 25./26.9. und 30./31.10. – Aufbaukurs: 16.10. – „Frühdefibrillation“ (für Trainer): 16./17.10. – „Krisenintervention in der Notfallmedizin“ (für Ausbilder): 22.-24.9. – „Notarzteinsatz-training“: 9./10.10. **Veranstalter:** Arbeitskreis Notfallmedizin und Rettungswesen e. V. (ANR) an der LMU München **Ort:** ANR-Geschäftsstelle, Nußbaumstr. 20, 80336 München; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung** (erforderlich): Geschäftsstelle des ANR, Anschrift s. o., Tel. 0 89/ 51 60-49 51 oder -49 55, Fax 0 89/51 60-49 52, E-Mail: gesanr@anr.med-unimuenchen.de, <http://www.anr.de>

**Nuklearmedizin**

**9./10. Juli 1999  
in Rosenheim**

AiP „Jahrestagung der Bayerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin“ Schwerpunktthemen: Pädiatrische Diagnostik – Neurologisch-psychiatrische Diagnostik – Onkologische Diagnostik – Therapieverfahren **Veranstalter:** Bayerische Gesellschaft für Nuklearmedizin und Klinikum Rosenheim, Institut für Nuklearmedizin und Strahlentherapie **Leitung:** Dr. W. Flögel **Ort:** Kultur- und Kongreßzentrum Rosenheim **Zeit:** 9.7.: 13.45 bis 17.30 Uhr (2 ●), ab 17.45 Uhr Mitgliederversammlung der Bayerischen Gesellschaft für Nuklearmedizin; 10.7.: 9 Uhr s. t. bis 12.30 (2 ●), ab 12.45 Mitgliederversammlung des Berufsverbandes Deutscher Nuklearmediziner, Landesverband Bayern **Anmeldung:** Dr. W. Flögel, Institut für Nuklearmedizin und Strahlentherapie, Pettenkofersstraße 10, 83022 Rosenheim, Tel. 0 80 31/36-36 01, Fax 0 80 31/ 36-49 13

**17./18. September 1999  
in München**

AiP 3 ● **pro Tag** 3. Münchner Nuklearmedizin-Symposium „Wo Nuklearmediziner, Onkologen und Radioonkologen sich treffen“ Themen: Nuklearmedizinische Therapie und Therapieunterstützung – Grundlagen und klinische Einsatzgebiete regionaler und systemischer Therapieansätze **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin der LMU München, Klinikum Innenstadt und Nuklearmedizinische Klinik und Poliklinik der TU München, Klinikum rechts der Isar **Leitung:** Prof. Dr. K. Hahn, Prof. Dr. M. Schwaiger **Ort:** Hörsaal der Frauenklinik, Maistr. 11, München **Zeit:** 17.9.: 10 Uhr c. t. bis 17.30 Uhr; 18.9.: 9 Uhr s. t. bis ca. 18 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. K. Hahn,

Klinikum Innenstadt, Ziemsenstr. 1, 80336 München, Tel. 0 89/51 60-24 42, Fax 0 89/51 60-44 88, E-Mail: hahn@nuk.med.uni-muenchen.de; Sekretariat Prof. Dr. M. Schwaiger, Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin, Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München, Tel. 0 89/41 40-29 70, Fax 0 89/48 41

## Onkologie

16. Juni 1999

in Bamberg

AiP

2 ●

„8. Onkologisches Symposium“ Veranstalter: II. Medizinische Klinik im Klinikum Bamberg Leitung: Prof. Dr. H. J. Weis, Dr. R.-M. Zippel Ort: Klinikum, Buger Straße 80, 96049 Bamberg Beginn: 17 Uhr s. t. Anmeldung: Sekretariat Prof. Dr. H. J. Weis, Frau Westphal, Anschrift s. o., Tel. 09 51/5 03-24 91, Fax 09 51/5 03-24 93

16. Juni 1999

in Coburg

AiP

1 ●

„Thrombophilie bei Krebs“ Themen: Pathophysiologische Hintergründe und Rationale der Thromboembolie-Prophylaxe bei Krebspatienten – Ist die Thromboembolie-Prophylaxe in der Onkologie Verpflichtung? Veranstalter: Onkologischer Arbeitskreis des Ärztlichen Kreisverbandes Coburg in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Krebsgesellschaft e. V. Ort: Hörsaal des Klinikums, Ketschendorfer Str. 33, Coburg Beginn: 17 Uhr s. t. Auskunft: Kongreß-Sekretariat der Bayerischen Krebsgesellschaft, Frau Spitzer, Maistr. 12, 80337 München, Tel. 0 89/S 38 98 80, Fax 0 89/S 43 90 04

30. Juni 1999

in Oberstaufen

AiP

2 ●

„Interdisziplinäres Konsilium mit Fallbesprechungen“ und Referat „Die moderne Behandlung tiefer Venen-

thrombosen“ Veranstalter: Schloßbergklinik Oberstaufen im Tumorzentrum München an den Medizinischen Fakultäten der LMU München und der TU München Leitung: Prof. Dr. L. Schmid, Prof. Dr. E. Hiller Ort: Schloßbergklinik, Schloßstr. 23, 87534 Oberstaufen Beginn: 16 Uhr (Kolloquium), 18 Uhr (Referat) Anmeldung: Sekretariat der Schloßbergklinik, Anschrift s. o., Tel. 0 83 86/7 01-6 02, nach Anmeldung besteht die Möglichkeit der Vorstellung von Problempatienten teilnehmender Ärzte

Juni/Juli 1999

in Augsburg

1 ● pro Veranstaltung

23.6.(AiP): Neue Perspektiven in der Therapie niedrigmaligner Lymphome 7.7.: Gemcitabine – neue Ansätze in der Behandlung solider Tumoren Veranstalter: Medizinische Klinik II am Zentralklinikum Augsburg Leitung: Prof. Dr. G. Schlimok Ort: Zentralklinikum, Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg Beginn: 15 Uhr Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. G. Schlimok, Anschrift s. o., Tel. 08 21/4 00-23 53

30. Juni 1999

in München

AiP

2 ●

„Akute myeloische Leukämien – von der Biologie zur Therapie“ Veranstalter: Medizinische Klinik III der LMU München im Klinikum Großhadern Leitung: Prof. Dr. W. Hiddemann, PD Dr. Dr. T. Haferlach Ort: Hörsaal VII im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 1S, 81377 München Zeit: 15 Uhr s. t. bis 18.30 Uhr Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. W. Hiddemann, Anschrift s. o., Tel. 089/709S-2S S1, Fax 0 89/70 9S-88 7S

15. Juli 1999

in Oberaudorf

AiP

1 ●

„Interdisziplinäres Konsilium mit Fallbesprechungen“ Veranstalter: Onkologische Klinik Bad Trissl im Tumor-

## Fortbildung Suchtmedizin I

(beinhaltet den bisher 23stündigen Kurs zur Basisqualifikation "Methadon-Substitution")

am 18./19. und 25./26. Juni 1999

Veranstalter: Bayerische Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

Ort: Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstr. 16, München

Freitag, 18. Juni, 14.00 bis 18.30 Uhr:

Suchtentwicklung und Diagnostik – Toxikologie der Opiate und Antagonisten, sowie der meist gebrauchten anderen Suchtmittel – Sozial- und Psychotherapie bei Opiatabhängigen

Samstag, 19. Juni, 9.00 bis 18.00 Uhr:

Abstinenzbehandlung von Drogenpatienten – Abstinenzbehandlung/Entgiftung/Methadon-Substitution und Gravität – Klinik der Polytoxikomanie – Verhältnis Arzt/Drogenpatient – Tricks von Suchtpatienten – Katamnestiche Erfahrungen bei Methadon-Patienten und praktische Probleme im Umgang mit Methadon-Patienten – Problematik der Codeingabe aus der Sicht des Pharmakologen

Freitag, 25. Juni, 14.00 bis 18.00 Uhr:

Zusammenarbeit mit Drogenberatungsstellen – Methadon-Rezeptur in der Praxis und Offizin – AIDS und Drogen, inkl. Hepatitis C-Problematik

Samstag, 26. Juni, 9.00 bis 17.30 Uhr:

Formen der Entgiftung von Drogenabhängigen und polytoxikomanen Patienten (einschl. Opiatabhängigen) – Laborproben – Gesetzeskunde einschl. Verschreibungspraxis bei BTM – Die verwaltungsmäßige Umsetzung der Methadon-Substitution in der vertragsärztlichen Versorgung – Praxis der Methadon-Substitution aus der Sicht eines niedergelassenen Arztes – Praxis der Methadon-Substitution in der Klinik/Ambulanz – Gruppenarbeit zu den Themen: Methadon-Substitution/Entzug in der Ambulanz und Methadon-Substitution/Abstinenzbehandlung beim niedergelassenen Arzt – Plenum: Vortrag der Gruppenarbeitsergebnisse und Diskussion – Abschlußbesprechung

Die Methadon-Substitutionsbehandlung in der vertragsärztlichen Versorgung darf nur von Ärzten durchgeführt werden, die ihre fachliche Qualifikation gegenüber der KVB-Bezirksstelle nachgewiesen und die dann die für die Substitutionsbehandlung erforderliche Genehmigung erhalten haben. Diese Qualifikation kann zum Beispiel durch eine Teilnahme an o. g. Fortbildung oder dem früher genannten Kurs „Basisqualifikation Methadon-Substitutionsbehandlung“ erworben werden.

Als Voraussetzung für die Erteilung der „Basisqualifikation Methadon-Substitution“ der Bayerischen Landesärztekammer wird zum einen der Nachweis über eine mindestens dreijährige ärztliche Berufserfahrung gefordert, wobei psychotherapeutische Kenntnisse erwünscht sind, zum anderen eine Bescheinigung über die Teilnahme an o. g. Fortbildung.

Anmeldung nur schriftlich bei: Bayerische Landesärztekammer - Fortbildung Suchtmedizin - Angelika Eschrich, Mühlbaurstraße 16, 81677 München, Fax 089/41 47-2 80

zentrum München an den Medizinischen Fakultäten der LMU und der TU München **Leitung:** Prof. Dr. Ch. Clemm **Ort:** Konferenzraum in der Onkologischen Klinik Bad Trissl, Bad Trissl-Str. 73, 83080 Oberaudorf **Beginn:** 14 Uhr s. t. **Anmeldung:** Sekretariat der Onkologischen Klinik, Anschrift s. o., Tel. 0 80 33/2 02 8S, nach Anmeldung besteht die Möglichkeit der Vorstellung von Problempatienten teilnehmender Ärzte

**21. Juli 1999**  
**in Nürnberg** 1 ●  
„Hämatologisch-onkologische Fortbildung“ **Veranstalter:** Klinikum Nürnberg Nord, Medizinische Klinik 5 – Institut für medizinische Onkologie und Hämatologie **Leitung:** Prof. Dr. W. M. Gallmeier **Ort:** Bibliothek im Klinikum Nord (Bau 12), Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg **Zeit:** 16 bis 17 Uhr **Auskunft:** Frau Dr. K. Schäfer-Eckart, Anschrift s. o., Fax 09 11/3 98-34 16

## Orthopädie

**19. Juni 1999**  
**in Schwarzach** 2 ●  
„Operative Innovationen an Knie und Hüfte“ **Veranstalter:** Orthopädische Fachklinik Schwarzach **Leitung:** Dr. R. Dobler, Dr. K. Traimer **Ort:** Vortragssaal der Klinik, Dekan-Graf-Str. 2-6, 94374 Schwarzach **Zeit:** 15 bis 18 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Dr. R. Dobler, Anschrift s. o., Tel. 0 99 62/2 09-5 71

**3. Juli 1999**  
**in Bayreuth** AiP  
2. Symposium „Der Amputationspatient – interdisziplinäre Aufgabe für Akut- und Reha-Medizin“ **Veranstalter:** Reha-Zentrum Roter Hügel, Abteilung für Orthopädie und Rheumatologie **Leitung:** Dr. H.-J. Hesselschwerdt **Ort:** Vortragsraum im Reha-Zentrum Roter Hügel, Bayreuth **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr (2 ●); 14 bis 16 Uhr (1 ●): Workshops **Auskunft:** Sekre-

tariat Dr. H.-J. Hesselschwerdt, Frau Weber, Jakob-Herz-Str. 1, 95445 Bayreuth, Tel. 09 21/3 09-3 31, Fax 09 21/3 09-100

**3. Juli 1999**  
**in Schwarzenbruck** AiP  
2 ●

2. Rummelsberger Symposium „Der betagte Patient“ – Operative und konservative Behandlungsmöglichkeiten bei Frakturen am koxalen Femurende **Veranstalter:** Krankenhaus Rummelsberg, Orthopädische Klinik in Zusammenarbeit mit der Geriatrischen Rehabilitation **Leitung:** Dr. W. Baur, PD Dr. H. Dorner **Ort:** Hörsaal im Krankenhaus Rummelsberg, 90592 Schwarzenbruck bei Nürnberg **Zeit:** 9 bis 13 Uhr **Auskunft:** Sekretariat der Orthopädischen Klinik, Frau Jungfer, Anschrift s. o., Tel. 0 91 28/50 34 59, Fax 0 91 28/ 50 32 20

**24. Juli 1999**  
**in München** 3 ●  
„2. Fortbildungstagung“ Themen aus der Schulter-, Kinder- und Rheumaorthopädie **Veranstalter:** Berufsverband der Ärzte für Orthopädie (BVO), Landesverband Bay-

ern **Leitung:** PD Dr. K. A. Milachowski **Ort:** Hörsaal A im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, München **Auskunft:** Rehms, Martin & friends, Beerengarten 9, 86938 Schondorf, Tel. 0 81 92/9 32 30, Fax 0 81 92/93 23 23

## Plastische Chirurgie

**7. bis 9. Oktober 1999**  
**in München**  
3 ● **pro Veranstaltungstag**  
3. Münchner Plastisch-Chirurgischer Operationskurs für „Lappenplastiken“ mit Präparierübungen an der Leiche **Veranstalter:** Abteilung für Plastische und Handchirurgie, Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum Innenstadt der LMU München **Leitung:** Prof. Dr. W. Stock, Prof. Dr. R. Putz **Ort:** Anatomische Anstalt, Pettenkoferstr. 11, München **Anmeldung:** Dr. H. Stützle, Dr. M. Winterberg und Sekretariat Prof. Dr. W. Stock, Frau Köhler-Radetzky, Nußbaumstr. 20, 80336 München, Tel. 0 89/51 60-26 97, Fax 0 89/51 60-44 01, E-Mail: Plastische.Chirurgie@lrz.uni-muenchen.de

## Pneumologie

**16. Juni 1999**  
**in Münnerstadt** AiP  
1 ●  
„Supportivmaßnahmen bei der Zytostatikatherapie“ **Veranstalter:** Klinik Michelsberg, Münnerstadt **Leitung:** Dr. M. Jachmann **Ort:** Klinik Michelsberg, Michelsberg 1, 97702 Münnerstadt **Beginn:** 15 Uhr c. t. **Anmeldung:** Chefarztsekretariat Dr. M. Jachmann, Anschrift s. o., Tel. 097 33/62-2 10, Fax 097 33/62-2 83

**10. Juli 1999**  
**in Fürth** AiP  
2 ●  
7. Symposium „Neue Entwicklungen in der Diagnostik und Therapie pneumologischer Krankheitsbilder“ **Veranstalter:** Klinikum Fürth, Medizinische Klinik I **Leitung:** Prof. Dr. H. Worth **Ort:** Kleiner Saal der Stadthalle Fürth **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. H. Worth, Medizinische Klinik I, Jakob-Henle-Straße 1, 90766 Fürth, Tel. 09 11/7S 80 1 01, Fax 09 11/75 80-1 41

**31. Juli 1999**  
**in Bad Reichenhall** 4 ●  
Seminar „Lungenfunktionsdiagnostik“ **Veranstalter:** Reha-Klinik Prinzregent Luitpold, Bad Reichenhall **Leitung:** Dr. J. Kerschl **Ort:** Konferenzraum und Lungenfunktionslabor der Reha-Klinik, Traunfeldstr. 13, 83435 Bad Reichenhall **Zeit:** 10 bis 17 Uhr; begrenzte Teilnehmerzahl **Teilnahmegebühr:** 100/60 DM **Anmeldung** (erforderlich): Sekretariat Dr. J. Kerschl, Frau Müller, Anschrift s. o., Tel. 0 86 51/77 44 50, Fax 0 86 51/77 44 42

## Psychiatrie

**Sommersemester 1999**  
**in München**  
1 ● **pro Veranstaltung**  
„Donnerstagskolloquien im Sommersemester“ 17.6.: Psychophysiologie der Schreck-

Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit informiert:

### Kurs für zu ermächtigende Ärzte nach der Gentechnik-Sicherheitsverordnung (G 43 Biotechnologie)

Die Gruppe Fortbildung des GSF-Forschungszentrums führt unter Mitwirkung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit

vom 2S. bis 27. Oktober 1999

einen Kurs für zu ermächtigende Ärzte nach der Gentechnik-Sicherheitsverordnung (entsprechend G 43 Biotechnologie) in Neuherberg bei München durch. Die erfolgreiche Kursteilnahme (Fachkunde) ist Voraussetzung für die Ermächtigung von Ärzten, um Vorsorgeuntersuchungen bei Beschäftigten in der Gen- und Biotechnologie vorzunehmen. Die Teilnehmerzahl ist auf 25 Personen begrenzt.

Die Kursgebühr beträgt 750 DM.

Auskunft und Anmeldung: Kursorganisation des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstr. 1, 85764 Oberschleißheim, Tel. 089/31 87-40 40, Fax 089/31 87-33 23

haftigkeit 24.6.: Mikroglia-Aktivierung bei der Alzheimer-Demenz 1.7.: Ethik-Konsultation in der Psychiatrie – Konzepte und Erfahrungen 8.7.: Kognitive Verhaltenstherapie bei älteren depressiven Patienten 15.7.: Posttraumatische Entwicklung: Psychologische Modelle und Intervention 22.7.: Psychosomatische Behandlungskonzepte in der Versorgung von Patienten mit somatoformen Störungen 29.7.: Die Bedeutung der Neuroethologie für die Psychiatrie **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München im Klinikum rechts der Isar **Leitung:** Prof. Dr. H. Förstl **Ort:** Konferenzraum der Psychiatrischen Klinik, Ismaninger Str. 22/IV, München **Beginn:** 15.30 Uhr **Auskunft:** Frau Dr. R. Zimmer, Psychiatrische Klinik, Möhlstr. 26, 81675 München, Tel. 0 89/41 40-42 65, Fax 0 89/41 40-49 23

## Psychiatrie und Psychotherapie

**Juni 1999  
in Regensburg**

**1 ● pro Veranstaltung**  
16.6.: Therapeutisches Reiten als ergänzende Therapie bei psychischen Krankheiten 23.6.: Bewegungsstörungen in der Psychiatrie – was ist genau, was medikamentös induziert? 30.6.: Thema noch nicht bekannt **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. H. E. Klein, Dr. J.-M. Aigner **Ort:** Konferenzraum (Nr. 142) im Bezirksklinikum, Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg **Beginn:** 17 Uhr c. t. **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. H. E. Klein, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 41-1003, Fax 09 41/9 41-1005

**16. Juni 1999  
in Taufkirchen/Vils** **1 ●**  
„Selbst-Erhaltungs-Therapie – ein neues Behandlungskonzept für Alzheimerkranke und ihre Angehörigen“ Ver-

anstalter: Bezirkskrankenhaus Taufkirchen/Vils **Leitung:** PD Dr. M. Dose **Ort:** Ärztebibliothek des BKH, Bräuhäusstr. 5, 84416 Taufkirchen/Vils **Zeit:** 15 Uhr s. t. bis 16.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat PD Dr. M. Dose, Frau Lechner, Anschrift s. o., Tel. 0 80 84/9 34-2 12 **Anmeldung nicht erforderlich**

**Juni/Juli 1999  
in Gabersee**

**1 ● pro Veranstaltung**  
22.6.: Neue Behandlungsansätze bei posttraumatischen Belastungsreaktionen 13.7.: Möglichkeiten, Grenzen und Erfahrungen aus der niedergelassenen Facharztpraxis **Veranstalter:** Bezirkskrankenhaus Gabersee **Leitung:** Prof. Dr. G. Laux **Ort:** Hörsaal der Krankenpflegeschule, BKH Gabersee, 83512 Wasserburg/Inn **Beginn:** 19.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. G. Laux, Frau Riedl, Anschrift s. o., Tel. 0 80 71/71-2 15, Fax 0 80 71/71-3 18

**3. Juli 1999  
in München** **3 ●**  
Tagung „Psychotherapie für die Praxis: Angststörungen – aktuelle psychodynamische und verhaltenstherapeutische Konzepte“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Zusammenarbeit mit dem Institut und der Poliklinik für Psychosomatische Medizin, Psychotherapie und Medizinische Psychologie der TU München im Klinikum rechts

der Isar **Leitung:** Prof. Dr. H. Förstl, Prof. Dr. M. v. Rad **Ort:** Hörsaal D im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München **Zeit:** 9.30 bis 15 Uhr **Auskunft:** Psychiatrische Klinik, Frau Jahn/Frau Wilke, Anschrift s. o., Tel 0 89/41 40-42 31/-43 11, Fax 0 89/41 40-48 37

**Juli 1999  
in Bayreuth** **AIP**  
**1 ● pro Veranstaltung**

Fortbildungsreihe „Schizophrene Erkrankungen – Psychotherapie“ 7.7.: Rehabilitation bei psychotischen Patienten – neue Entwicklungen 14.7.: Besonderheiten der Therapie schizophrener Psychosen im Jugendalter 21.7.: Stellenwert der neuroleptischen Therapie bei Schizophrenien 28.7.: Psychose und Suizidalität – Erkennen und Verhüten **Veranstalter:** Bezirkskrankenhaus Bayreuth **Leitung:** Prof. Dr. M. Wolfersdorf **Ort:** Alte Wäscherei im BKH, Nordring 2, 95445 Bayreuth **Zeit:** 17 Uhr s. t. bis 19 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. M. Wolfersdorf, Anschrift s. o., Tel. 09 21/283-3 01

## Psychotherapeutische Medizin

**Sommersemester 1999  
in München**

**1 ● pro Veranstaltung**  
„Psychosomatisch-psychotherapeutische Kolloquien“ 30.6.: Psychologische Therapiekonzepte zur Behandlung von Tumorpatienten 21.7.: Übertragungszentrierte Bor-

derline-Psychotherapie **Veranstalter:** Psychiatrische Klinik und Poliklinik der LMU München, Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik **Leitung:** Prof. Dr. M. Ermann **Ort:** Seminarraum 8 in der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik, Nußbaumstr. 7/IV, München **Zeit:** 12 Uhr c. t. bis 13.45 Uhr **Auskunft:** Sekretariat der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Klinik, Nußbaumstr. 7, 80336 München, Tel. 0 89/51 60-33 58

## Psychotherapie

**24. bis 27. Juni 1999  
in Ohlstadt**  
Süddeutsches Weiterbildungsseminar für Katathym-imaginative Psychotherapie (KIP), Psychotherapie mit dem Tagtraum – Vortrag „Behaust und unterwegs sein können, ein illusionäres Therapieziel?“ – Intensivseminare A1 bis E3 **Leitung:** Frau Dr. E. Friedrich **Ort:** Ohlstadt/Obb. bei Garmisch **Anmeldung:** Sekretariat der AGKB, Bunsenstr. 17, 37073 Göttingen, Tel. 05 51/4 65 47, Fax 05 51/48 79 30

**Termine 1999  
in Grönenbach**  
Dreijährige curriculare Weiterbildung (in Blockform) zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Psychotherapie (Beginn: 10.7.) – Psychotherapeutische Weiterbildung in humanistischer Psychotherapie – Analytische Gruppe (4x4 Tage/79 DStd.): 8.-12.7.; 29.10.-2.11.1999; 4.-8.2. und 2.-6.6.2000 **Veranstalter:** Süddeutsche Akademie für Psychotherapie, Arbeitskreis für Tiefenpsychologie und Psychosomatik in Kooperation mit der Psychosomatischen Klinik Grönenbach **Anmeldung:** Süddeutsche Akademie für Psychotherapie, Herbisried 10 a, 87730 Grönenbach, Tel. 0 83 34/98 63 73, Fax 0 83 34/98 63 74, E-Mail: sueddeutsche.akademie@t-online.de

### ANZEIGE:

Individuelle Praxisumrichtungen

Schreinerwerkstätte  
**W. Brandlhuber**

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

September 1999

**in Regensburg**

Analytische Selbsterfahrungsgruppe zur Weiterbildung **Leitung:** Frau Dr. H. Müller **Zeit:** an 20 Samstagen (je 4 Dstd.) von September 1999 bis Sommer 2001 **Veranstalter** und **Auskunft:** Dr. H. Müller, Eisenmannstr. 33, 93049 Regensburg, Tel. 0941/362 26

Termine 1999/2000

**in Landshut**

„Psychosomatische Grundversorgung“ (10 Dstd. Theorie, 35 Dstd. Praxis, Beginn 9.10.) **Veranstalter:** Krankenhaus Landshut-Achdorf und Ärztlicher Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/Südbayern e. V. (ÄWK) **Leitung:** Prof. Dr. R. Klußmann **Ort:** Refektorium (E 2) des Krankenhauses Achdorf, Achdorfer Weg 3, Landshut **Termine:** jeweils samstags (9 x), 9 bis ca. 17 Uhr: 9. und 23.10., 13. und 27.11., 11.12., 22.1.2000, 19.2., 18.3., 8.4. **Anmeldung** für die Theorie: ÄWK, Hedwigstr. 3, 80636 München, Tel. 0 89/1 23 82 11; **Anmeldung** für die Praxis (schriftlich): Prof. Dr. R. Klußmann, Psychosomatische Beratungsstelle der Medizinischen Poliklinik, Pettenkoferstr. 8 a, 80336 München

**Wintersemester 1999/2000 in Nürnberg**

Dreijährige curriculare Weiterbildung (berufsbegleitend) zur Zusatzbezeichnung Psychotherapie **Veranstalter:** Nürnberger Weiterbildungskreis für Psychotherapie e. V. **Ort:** Klinikum Nürnberg Nord **Auskunft:** Sekretariat

Prof. Dr. W. Pontzen, Frau Hillenbrand, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie, Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90340 Nürnberg, Tel. 09 11/ 3 98-28 39, Fax 09 11/3 98-28 61

**Termine 1999 in Germering**

Psychosomatische Grundversorgung – Kompaktkurs (20 Std. Theorie und 30 Std. verbale Intervention) an 2 Wochenenden: 22.-24.10. und 13./14.11. – Balintgruppe jeweils am 1. Dienstag des Monats (19 bis 22.15 Uhr) **Veranstalter:** Private Akademie für Psychopädie **Leitung** und **Auskunft:** Dr. J. Derbolowski, Streiflacher Str. 5 a, 82110 Germering bei München, Tel. 0 89/84 06 00 00, Fax 0 89/ 84 06 00 02

23. bis 25. Oktober 1999

**in Würzburg 3 ● pro Tag**

9. Würzburger Therapeutische Gespräche „Persönlichkeitsstörungen – Erkennen und Behandeln“ **Veranstalter:** Psychotherapeutisches Kolleg Würzburg e. V. **Leitung:** Prof. Dr. G. Nissen **Auskunft:** Prof. Dr. G. Nissen, Psychotherapeutisches Kolleg, Anne-Frank-Str. 9, 97082 Würzburg, Fax 09 31/8 53 41

**Wintersemester 1999/2000 in München**

Ergänzende Weiterbildung zum Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie – Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung Psychotherapie-Ausbildung zum „Analytischen Psychotherapeuten für Erwachsene“ und zum „Analytischen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten“ – Weiterbildung in psychoanalytischer Paar- und Familientherapie und psychoanalytisch orientierter Paar- und Familienberatung – Weiterbildung in analytischer Gruppenpsychotherapie (DAGG) und psychoanalytisch orientierter Gruppenleitung **Veranstalter:** Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie e. V. **Anmeldung** für alle Kurse: Akademie für Psychoanalyse und Psychotherapie, Schwanthalerstr. 106/III, 80339 München, Tel. 0 89/ 50 60 00, Fax 0 89/54 07 55 00

16./17. Juli 1999 **in Regensburg 6 ●** „Sonographie der Stütz- und Bewegungsorgane“ – Aufbaukurs nach der Ultraschallvereinbarung der KBV **Veranstalter:** Abteilung für Unfallchirurgie und Zentrum für Ultraschall Diagnostik am Klinikum der Universität Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. M. Nerlich, Dr. K. Lerch **Ort:** Klinikum der Universität, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Anmeldung:** Kongreßsekretariat, Frau Lautenschlager, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-68 18, Fax 09 41/9 44-69 96

**Sonographie**

10. Juli 1999

**in München 3 ●**

Ultraschall-Refresher-Kurs V „Sonographie der Brust- und Bauchhöhle, des Verdauungstraktes und des Pankreas im Säuglings- und Kindesalter“ **Veranstalter:** Kinderklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU München, Röntgenabteilung **Leitung:** Prof. Dr. K. Schneider **Ort:** Hörsaal im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München **Beginn:** 9 Uhr s. t. **Anmeldung:** Frau Ernst, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-31 80 oder -31 02, Fax 0 89/ 51 60-44 08

**Rheumatologie**

30. Juni 1999

**in Regensburg AiP**

1 ● 9. Rheumatologen-Gespräch „Mechanism of action of low dose methotrexate for the treatment of rheumatic diseases“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Rheumatologie/Klinische Immunologie im Klinikum der Universität Regensburg **Ort:** Großer Hörsaal im Klinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Zeit:** 18.30 Uhr bis 20.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat, Anschrift s.o., Tel. 09 41/9 44-70 64

24. Juli 1999

**in Erlangen AiP**

3 ● „Geschwollene Gelenke“ mit Workshops **Veranstalter:** Rheumazentrum Erlangen, Orthopädische Universitätsklinik **Leitung:** Prof. Dr. H. Burkhardt, Dr. P. Heppt, Prof. Dr. G. Weseloh **Ort:** Kollegienhaus der Universität, Universitätsstr. 15, Erlangen **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis ca. 13.15 Uhr **Anmeldung:** Rheumazentrum, Dr. Ch. Haas und Frau Gruner, Rathenberger Str. 57, 91054 Erlangen, Tel. 0 91 31/8 22-3 09, Fax 0 91 31/8 22-3 40

5. bis 8. August 1999

**in München 12 ●**

„Ultraschall Diagnostik in der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin“ – Grundkurs nach der Ultraschallvereinbarung der KBV **Veranstalter:** Medizinische Klinik III der LMU München im Klinikum Großhadern **Leitung:** Dr. G. Brehm **Ort:** Hörsaal IV im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Sonographie Medizinische Klinik III, Klinikum Großhadern, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-25 11, Fax 0 89/ 70 95-88 75

**90. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin**

am 16./17. Oktober 1999

Ort: Zeughaus Augsburg, Zeuggasse 4, 86150 Augsburg

Auskunft: Ärztlicher Kreisverband Augsburg, Frohsinnstr. 2, 86150 Augsburg, Tel. 32 56-2 00, Fax 08 21/32 56-2 95

11./12. September 1999  
**in München** 6 ●  
 „Fetale Echokardiographie“  
 Abschlußkurs nach der Ultra-  
 schall-Vereinbarung der K8V  
 im Rahmen der 95. Jahresta-  
 gung der Deutschen Gesell-  
 schaft für Kinderheilkunde  
 und Jugendmedizin **Veran-  
 stalter:** Deutsche Gesellschaft  
 für Kinderheilkunde und Ju-  
 gendmedizin und Kinderklinik  
 und Kinderpoliklinik der  
 TU München **Leitung:** Prof.  
 Dr. R. Oberhoffer **Ort:** TU  
 München, Arcisstr. 21, Mün-  
 chen **Anmeldung:** Sekretariat  
 Frau Prof. Dr. R. Oberhoffer,  
 Frau Daltrozzo, Kinderklinik  
 und Poliklinik, Kölner  
 Platz 1, 80804 München, Tel.  
 0 89/30 68-25 14 oder -22 72,  
 Fax 0 89/30 68-39 54,  
 E-Mail: oberhoffer@lrz.tu-  
 muenchen.de

16. bis 18. September 1999  
**in Erlangen**  
 „Fetomaternal Gefäßsystem  
 (Doppler- und Duplexverfah-  
 ren, einschl. Farbkodierung)  
 – Aufbaukurs nach den Richt-  
 linien der Ultraschall-Verein-  
 barung der K8V **Veranstalter:**  
 Klinik für Frauenheilkunde  
 mit Poliklinik der Universität  
 Erlangen-Nürnberg **Leitung:**  
 PD Dr. E. Beinder **Anmeldung:**  
 Schulungszentrum Ultraschall  
 Erlangen, Hartmannstr. 16,  
 91052 Erlangen, Tel. 0 91 31/  
 84 32 23, Fax 0 91 31/84 31 88

September 1999  
**in Erlangen**  
 12 ● pro Kurs  
 „Ultraschall Abdomen, Re-  
 troperitoneum, einschl. Nieren  
 und Schilddrüse“ – 16. bis  
 19.9. und 18. bis 21.9.: Auf-  
 baukurse nach der Ultra-  
 schall-Vereinbarung der KBV  
**Veranstalter:** Ultraschall-  
 Schule Erlangen an der Medi-  
 zinischen Klinik I mit Poliklinik  
 der Universität Erlangen-  
 Nürnberg **Leitung:** PD Dr. D.  
 Becker **Ort:** Ultraschall-Schule  
 an der Medizinischen Klinik  
 I, Krankenhausstr. 12,  
 91054 Erlangen; begrenzte  
 Teilnehmerzahl **Anmel-**

**dung:** Ultraschall-Schule an  
 der Medizinischen Klinik I,  
 Frau Riepel, Anschrift s. o.,  
 Tel. 0 91 31/85-3 34 24, Fax  
 0 91 31/85-3 34 45,  
 E-Mail: riepel.ultraschall@  
 med1.med.uni-erlangen.de

24. bis 26. September 1999  
**in München** 9 ●  
 „Sonographie der Stütz- und  
 Bewegungsorgane“ – Aufbau-  
 kurs nach der Ultraschall-  
 Vereinbarung der K8V; Sono-  
 graphiekurse der Säuglings-  
 hüfte nach Vereinbarung **Ver-  
 anstalter:** Münchner Arbeits-  
 gruppe orthopädische Sono-  
 graphie **Leitung:** Dr. N. Hien  
**Ort:** Forum-Westkreuz, Mün-  
 chen **Anmeldung:** Frau  
 Völkl, Tel. 0 89/8 34 40 25

1./2. Oktober 1999  
**in Erlangen** 8 ● pro Kurs  
 „Mammasonographie“  
 Grund-, Aufbau- und Ab-  
 schlußkurs nach der Ultra-  
 schall-Vereinbarung der KBV  
**Veranstalter:** Institut für  
 Radiologische Diagnostik,  
 Gynäkologische Radiologie  
 Leiter: PD Dr. R. Schulz-  
 Wendtland **Ort:** Großer Hör-  
 saal der Medizinischen Klini-  
 ken, Östliche Stadtmauerstr.  
 11, Erlangen **Anmeldung:**  
 Kongreßsekretariat, Frau Zitz-  
 mann, Universitätsstr. 21/23,  
 91054 Erlangen, Tel. 0 91 31/  
 85-3 34 07 oder -3 34 69, Fax  
 0 91 31/85-3 20 81

5. bis 7. November 1999  
**in Nürnberg** 9 ●  
 „Dopplersonographie (CW,  
 Duplex) der hirn- und extre-  
 mitätenversorgenden Gefä-  
 ße – Interdisziplinärer Grund-  
 kurs nach der Ultraschall-  
 Vereinbarung der K8V **Ver-  
 anstalter:** Gemeinschaftspraxis  
 Dres. Noppeney und  
 Scheidt **Leitung:** Dr. Th. Nop-  
 peney, Dr. J. Noppeney, Dr. A.  
 Scheidt **Ort:** Obere Turnstr. 8-  
 10, 90429 Nürnberg; be-  
 grenzte Teilnehmerzahl **An-  
 meldung:** Helcamed Ges-  
 undheitsforum GmbH, An-  
 schrift s. o., Tel. 09 11/92 99  
 33 60, Fax 09 11/92 99 33 66,  
 E-Mail: HelcamedGmbH  
 Nuernberg@t-online.de

## Sportmedizin

3. Juli 1999  
**in Kulmbach** 3 ●  
 11. Kulmbacher Sportkollo-  
 quium: „Sportspezifische  
 Verletzungen und Präventi-  
 on“ – Zur Erlangung der Zu-  
 satzbezeichnung „Sportme-  
 dizin“ werden 4 Stunden  
 Theorie und 3 Stunden Praxis  
 angerechnet **Veranstalter:**  
 Klinikum Kulmbach, Unfall-  
 chirurgische Abteilung **Lei-  
 tung:** Dr. J. Hunger, Kulm-  
 bach; Prof. Dr. H.-J. Pesch,  
 Erlangen **Zeit:** 9 bis 17 Uhr  
**Ort:** Stadthalle, Sutte 2,  
 Kulmbach **Anmeldung:**  
 Sekretariat Dr. J. Hunger, Frau  
 Dippold, Klinikum, Albert-  
 Schweitzer-Straße 10, 95326  
 Kulmbach, Tel. 0 92 21/98-  
 17 51, Fax 0 92 21/98-17 59

18. bis 25. Juli 1999  
**in San Cassiano**  
 3 ● pro Tag  
 „Moderne Bergsportarten in  
 Theorie und Praxis“ – Zur  
 Erlangung der Zusatzbezeich-  
 nung „Sportmedizin“ werden  
 6 Stunden Theorie und 30  
 Stunden Praxis angerechnet  
**Veranstalter:** Abteilung und  
 Poliklinik für Sportorthopä-  
 die der TU München **Leitung:**  
 Prof. Dr. A. Imhoff, Dr. M.  
 Dingerkus **Ort:** San Cassiano,  
 Dolomiten/Italien **Anmel-  
 dung:** Sekretariat Prof. Dr.  
 A. Imhoff, Connollystr. 32,  
 80809 München, Tel. 0 89/  
 28 92-44 62, Fax 0 89/28 92-  
 44 84

13. bis 17. Oktober 1999  
**in Bad Kissingen**  
 3 ● pro Tag  
 „Grundlagenseminar“ – Zur  
 Erlangung der Zusatzbezeich-  
 nung „Sportmedizin“ werden  
 25 Stunden Theorie und 15  
 Stunden Praxis angerechnet  
**Veranstalter:** Klinik Bavaria,  
 Bad Kissingen **Leitung:** Dr.  
 P. Rost, Dr. U. Grünberg **Ort:**  
 Klinik Bavaria, von-der-Tann-  
 Str. 18 - 22, 97688 Bad Kissingen  
**Anmeldung:** Chefarztse-  
 kretariat Dr. U. Grünberg,  
 Klinik Bavaria, Anschrift s. o.,  
 Tel. 09 71/8 29-7 25

## Transfusions- medizin

18. Juni 1999  
**in München** AIP  
 2 ●  
 „Hämostasediagnostik und  
 Monitoring bei Risikopatienten“  
**Veranstalter:** Medizinische  
 Klinik, Abteilung Transfu-  
 sionsmedizin und Hämostase-  
 ologie, Klinikum Innen-  
 stadt der LMU München **Lei-  
 tung:** Prof. Dr. W. Schramm,  
 Dr. M. Spannagl **Ort:** Großer  
 Hörsaal der Medizinischen  
 Klinik, Ziemssenstr. 1, 80336  
 München **Zeit:** 14 bis 18 Uhr  
**Anmeldung:** Abteilung  
 Transfusionsmedizin und Hä-  
 mostaseologie, Anschrift s. o.,  
 Tel. 0 89/51 60-22 86, Fax  
 0 89/51 60-21 48

## Unfallchirurgie

30. Juni 1999  
**in Murnau** 1 ●  
 Oberlandtreff Unfallchirurgie  
 „Kondylenfraktur des Humerus“  
**Veranstalter:** BG-Unfallklinik  
 Murnau **Leitung:** Prof. Dr. V.  
 Bühren **Ort:** Vortragssaal der  
 Klinik, Prof.-Küntschers-Str. 8,  
 82418 Murnau **Beginn:** 18 Uhr  
 s. t. **Auskunft:** Sekretariat Prof.  
 Dr. V. Bühren, Anschrift s. o.,  
 Tel. 0 88 41/48-22 02

3. Juli 1999  
**in Traunstein** AIP  
 2 ●  
 7. Traunsteiner Unfallchirurgi-  
 sches Symposium „Sportver-  
 letzungen“ **Veranstalter:** Kreis-  
 klinik Traunstein, Abteilung  
 für Unfall- und Wiederherstel-  
 lungschirurgie **Leitung:** Prof.  
 Dr. R. Ketterl **Ort:** Großer Sit-  
 zungssaal im Landratsamt,  
 Ludwig-Thoma-Str. 2, Traun-  
 stein **Zeit:** 8.30 bis 13 Uhr  
**Anmeldung:** Sekretariat Unfall-  
 chirurgie, Frau Wolferstetter,  
 Cuno-Niggel-Str. 3, 83278  
 Traunstein, Tel. 08 61/7 05-  
 12 05, Fax 08 61/7 05-14 72

7. Juli 1999  
**in München** AIP  
 1 ●  
 Unfallchirurgisches Kollo-  
 quium „Knöchel und liga-

mentäre Verletzungen der Halswirbelsäule“ **Veranstalter:** Abteilung für Unfallchirurgie der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der TU München im Klinikum rechts der Isar **Leitung:** Prof. Dr. S. v. Gumpfenberg **Ort:** Hörsaal D im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München **Zeit:** 18 Uhr s. t. bis 20 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. S. v. Gumpfenberg, Frau Schumann, Anschrift s. o., Tel. 0 89/41 40-21 26, Fax 0 89/41 40-48 90; Anmeldung nicht erforderlich

**7. Juli 1999 in Regensburg AiP 1 ●**  
 „Polytrauma Erstversorgung – Präklinische und klinische Diagnostik und Therapie“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Abteilung für Unfallchirurgie, Klinikum der Universität Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. M. Nerlich **Ort:** Hörsaal der Pathologie, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Zeit:** 18 Uhr s. t. bis 20 Uhr **Auskunft:** Kongresssekretariat, Frau Lautenschlager, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-68 18, Fax 09 41/9 44-69 96, E-Mail: michael.nerlich@klinik.uni-regensburg.de

## Urologie

**3. Juli 1999 in Murnau 3 ●**  
 Seminar „Urinzytologie in der Praxis“ Kurs A für Anfänger und B für Fortgeschrittene **Veranstalter:** Urologische Abteilung der BG-Unfallklinik Murnau in Zusammenarbeit mit dem Onkologischen Arbeitskreis des Berufsverbandes der Deutschen Urologen **Leitung:** PD Dr. M. Stöhrer, Dr. J. Grosse **Ort:** BG-Unfallklinik, Prof.-Küntschers-Str. 8, 82418 Murnau **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 16 Uhr **Teilnahmegebühr:** 150 DM; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Urologische Abteilung, Dr. J. Grosse und Frau Kramer, Tel. 0 88 41/48-28 58, Fax 0 88 41/48-28 60

**7. Juli 1999 in Würzburg 1 ●**  
 „Unterfränkisches Urologentreffen“ **Veranstalter:** Urologische Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. H. Riedmiller **Ort:** Großer Hörsaal der Chirurgie **Beginn:** 18 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. H. Riedmiller, Luitpoldkrankenhaus, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg, Tel. 09 31/2 01-S1 81

**17. Juli 1999 in München 3 ●**  
 Symposium „Die Knochenmetastase – ein interdisziplinäres Problem“ **Veranstalter:** Arbeitsgemeinschaft Urologische Onkologie (AUO) **Ort:** Hörsaal B im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München **Zeit:** 8.30 bis 14 Uhr **Anmeldung:** Urologische Klinik und Poliklinik, Frau Wagner, Anschrift s. o., Tel. 0 89/41 40-25 07, Fax 0 89/41 40-25 85, E-Mail: J.Breul@lrz.tu-muenchen.de

## Interdisziplinär

**16. Juni 1999 in Cham 2 ●**  
 „Der Patient in der Rehabilitation“ – Veranstaltung für Ärzte und Sozialdienstmitarbeiter **Veranstalter:** Bayerwald-Klinik **Leitung:** Dr. A. Roose **Ort:** Bayerwald-Klinik, Klinikstr. 22, 93413 Cham-Windischberg **Beginn:** 9.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Dr. A. Roose, Anschrift s. o., Tel. 0 99 71/4 82-7 01, Fax 0 99 71/4 82-6 29, E-Mail: info@bayerwaldklinik.de

**Juni/Juli 1999 in Dachau AiP 1 ● pro Veranstaltung**  
 30.6.: Neue diagnostische Verfahren: PET in der Onkologie, Kardiologie und Neurologie – Neue Entwicklungen in der Schnittbilddiagnostik 21.7.: Lipidsenkung beim Diabetiker – Risiko und therapeutische Notwendigkeit (Neue Erkenntnisse der UKPDS-Studie) **Veranstalter:** Ärztlicher Kreisverband Dachau

## Suchtmedizinische Grundversorgung Modul I „Diagnose und Therapie alkoholbezogener Störungen“

**Einführung in die Thematik**  
 (Gesellschaftliche Bedeutung von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit – Allgemeine Begriffsbestimmungen – Versorgungslage – Möglichkeiten des Hausarztes in der Alkoholkrankenversorgung – Nikotin- Medikamentenmißbrauch – Hilfe für helfende Ärzte und Assistenzpersonal)

**Mittwoch, 30. Juni 1999 – 18 Uhr s. t.**  
**Ort:** Kreiskrankenhaus Mühldorf – Raum IV. Stock, Krankenhausstr. 1, Mühldorf  
**Seminarleitung:** Hans-Werner Paul, Leiter des Fachbereichs Sucht, Dr. Franz Obermaier, OA, beide BZK Gabersee  
**Auskunft:** Ärztlicher Kreisverband Mühldorf, Renate Schilling, Tel. 0 86 31/6 13-2 01

**Donnerstag, 8. Juli 1999 – 19 Uhr s. t.**  
**Ort:** Krankenhaus Agatharied, St. Agatha-Str. 1, Hausham, Tel. 0 80 26/3 93-0  
**Seminarleitung:** Sabine Bussello-Spieth, Dr. Dirk Burkhardt, Bezirkskrankenhaus Haar  
**Auskunft:** Ärztlicher Kreisverband Miesbach, Dr. Klaus Fresenius, Tel. 0 80 22/1 01 78

**Samstag, 10. Juli 1999 – 9 Uhr s. t.**  
**Ort:** Klinikum Ingolstadt, Psychiatrische Klinik, Konferenzraum Ebene 6 (Raum 6039), Krumenauer Str. 25, Ingolstadt  
**Seminarleitung:** Prof. Dr. Wolfgang Hartmann/OA Jürgen Fuchs, Klinikum Ingolstadt, Psychiatrische Klinik  
**Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. Wolfgang Hartmann, Tel. 08 41/8 80-22 01

**Mittwoch, 14. Juli 1999 – 19 Uhr s. t.**  
**Ort:** Johannes-Zentrum (kleiner Saal) Ringstr. 61, Neumarkt/Opf.  
**Seminarleitung:** Dr. Heribert Fleischmann, Ärztlicher Direktor am Bezirkskrankenhaus Neustadt/WN  
**Auskunft:** Ärztlicher Kreisverband Neumarkt/Opf., Tel. 0 91 81/3 27 77

**Teilnahmegebühr zur Zeit:** Modul I, keine – Modul II, 50,- DM – Modul III, 150,- DM – Modul IV/1, keine

Diese Fortbildungen werden mit 2 ● zum Fortbildungszertifikat bewertet und sind anrechnungsfähig auf den Erwerb des **Qualifikationsnachweises „Suchtmedizinische Grundversorgung“** nach § 3 a der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns gemäß Bayerisches Ärzteblatt 4/1999, Seite 1S3

Für Rückfragen steht Ihnen gerne Sandra Pertschy oder Dr. J. W. Weidinger von der Bayerischen Landesärztekammer unter Tel. 0 89/41 47-4 61 bzw. Fax-Nr. 0 89/47 08-41 50 zur Verfügung.

Leitung: Frau Dr. Dr. C. Wagner-Manslau Ort: Rotkreuzsaal, Rotkreuzplatz, Dachau  
Zeit: 19.30 Uhr bis 21.30 Uhr  
Auskunft: Ärztlicher Kreisverband, Frühlingstr. 34, 85221 Dachau, Tel. 0 81 31/56 86-0, Fax 0 81 31/56 86-10, Internet: aekd-wama@t-online.de

30. Juni 1999  
in Rothenburg o. d. T. AiP  
1 ●

„Psychiatrische Probleme älterer Patienten“ Veranstalter: Krankenhaus Rothenburg, Abteilung für Innere Medizin Leitung: Dr. M. v. Aerssen Ort: Konferenzraum des Krankenhauses, Ansbacher Straße 131, 91541 Rothenburg ob der Tauber Beginn: 19.30 Uhr Anmeldung: Dr. M. v. Aerssen, Anschrift s. o., Tel. 0 98 61/70 70

3. Juli 1999  
in Deggendorf AiP  
3 ●

„3. Niederbayerischer Tag der Reisemedizin“ Veranstalter: Bayerische Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Gesellschaft für Tropenmedizin und Parasitologie und Gesundheitsvorsorge und Sicherheitstechnik (BAD), Zentrum Deggendorf Leitung: Dr. G. Mayer Ort: Stadthalle Deggendorf Zeit: 9 Uhr s. t. bis 17 Uhr Auskunft: BAD GmbH, Bahnhofstr. 57, 94469 Deggendorf, Tel. 09 91/ 46 58, Fax 09 91/38 26 59

14. Juli 1999  
in München AiP  
2 ●

„Moderne Schmerztherapie“ Veranstalter: Sanitätsakademie der Bundeswehr (SanAk) Ort: Sanitätsakademie der Bundeswehr, Audimax im Hörsaalgebäude, Neuherbergstr. 11, 80937 München Zeit: 14.30 bis 17.30 Uhr Auskunft: Dr. R. Farhoumand, SanAk, Anschrift s. o., Tel. 089/31 68-31 44, Fax 0 89/31 68-39 38; Anmeldung nicht erforderlich

## Suchtmedizinische Grundversorgung Modul II „Diagnose und Therapie alkoholbezogener Störungen“

am Samstag, 10. Juli 1999 – 10 Uhr s. t.

Zeit und Ort:

10 Uhr s. t. - Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg (Seminarraum), Fuchsleinstr. 15, Würzburg

Modul II

- Erfahrungsaustausch
- Auswirkungen und Folgen schädlichen Alkoholkonsums
- Workshop „Diagnostik“ (Suchtspezifische Anamnese, Erläuterung von Screening-Tests, Diagnose: Erläuterung der Klassifizierungsmöglichkeiten, Differentialdiagnose, Zieldefinition: patientenorientierte Anwendung der Screening-Tests)
- Workshop „Gesprächsführung: Arzt-Patient“ (Interaktionsmuster/Subjektives Krankheitsbild, Motivationale Intervention/Kurzintervention, Therapieziele, Prävention, der ärztliche Ratschlag, Zieldefinition: Die motivationale Beratung)
- Ergebnisse, weitere Vorgehensweise

Diese Fortbildung wird mit 4 ● zum Fortbildungszertifikat bewertet und ist anrechnungsfähig auf den Erwerb des **Qualifikationsnachweises „Suchtmedizinische Grundversorgung“** nach § 3 a der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns gemäß Bayerisches Ärzteblatt 4/1999, Seite 153

Seminarleitung:

Prof. Dr. Jobst Böning, Leiter Klinische Suchtmedizin, Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg  
Dr. Gerhard A. Wiesbeck, Klinische Suchtmedizin, Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg,  
Dr. Norbert Wodarz, Oberarzt, Leiter Sucht, Psychiatrisches Universitäts- und Bezirksklinikum Regensburg

Teilnahmegebühr:

50,- DM

Auskunft:

Hannelore Eckart, Tel. 09 31/2 03-2 97

Aufgrund der begrenzten Kursplätze ist eine **Anmeldung unbedingt erforderlich:**

Diese richten Sie bitte schriftlich oder telefonisch an

Sandra Pertschy, Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstr. 16, 81677 München, Tel. 0 89/ 41 47-4 61, Fax 0 89/47 08-41 50

## Kinderärztliche Praxis – Sonder- heft II „Geimpft – geschützt“

Soeben ist das Sonderheft der „Kinderärztlichen Praxis“ zum Thema „Geimpft – geschützt“ erschienen. Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ) verfolgt seit Jahren mit zunehmender Sorge eine Entwicklung in Deutschland – gerade auch nach der Wende –, die eine zunehmende Impfmüdigkeit in der Bevölkerung anzeigt. Auch scheint es so zu sein, daß sich unter Ärzten eine unbelehrbare Gruppe befindet, die sogar vom Impfen abträt. Leider zählen mittlerweile auch vermehrt Hebammen zu den Impfgegnern.

Im vorliegenden Sonderheft II haben dankenswerterweise prominente Experten sich zu wichtigen Themen u. a. um die Diagnostik und Therapie der Tuberkulose, Bekämpfung der Hepatitis B, der Masern, Röteln, Polio usw. befaßt. Rechtsfragen zum Impfen einerseits, Fähigkeiten zum Gespräch gerade auch mit Jugendlichen andererseits sind Bereiche, wo Ärzte hinzulernen müssen, so in der Presseinfo der Kinderärztlichen Praxis. Wer impft, hat das Tor zur Prävention und zu einem gesundheitsbewußten Verhalten bei seinen Patienten geöffnet.

Sonderheft II der Zeitschrift „Kinderärztliche Praxis“ von Hubertus von Voss, Hrsg. von der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, März 1999, 66 Seiten, ISSN 1438-0137, 14,- DM, Verlag Kirchheim, Mainz

**Hofmann F.: Impfen – Berufsinfektionen, Reiseinfektionen und Allgemeininfektionen bei Kindern und Erwachsenen. S. überarb. und erw. Aufl., 224 S., Paperback, 24,80, ISBN 3-609-63185-6, ecomed verlagsgesellschaft, Landsberg**

## Entwicklung braucht Gesundheit

*AGEH bietet Jobs für Mediziner, Pflege- und Laborpersonal in der Entwicklungszusammenarbeit*

Ob als Facharzt für Gynäkologie in Pakistan, als Hebamme in Mosambik oder als Kinderkrankenschwester in Palästina: Berufserfahrung und persönliches Engagement sind für die Mitarbeit in einem Entwicklungsprojekt in Afrika, Asien oder Lateinamerika unverzichtbar. Die katholische Arbeitsgemeinschaft für Entwicklungshilfe (AGEH) bietet im Bereich Gesundheitswesen Stellen für Mediziner bzw. Pflegepersonal.

Für die Mitarbeit in verschiedenen Flüchtlingslagern in Albanien und Mazedonien werden für die Dauer von drei bis sechs Monaten sozialpädagogische Fachkräfte benötigt, die über eine Qualifikation in Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Heilpädagogik oder Psychologie verfügen.

Die aktuelle Übersicht der offenen Projektstellen und weitere Infos können im Internet unter <http://www.ageh.de>, abgerufen werden oder direkt bei der AGEH, Ripuarenstr. 8, 50679 Köln, Tel. 02 21/88 96-0, Fax 02 21/88 96-100, angefordert werden.

## Gastfamilien gesucht!

Kultur life e.V. sucht für den Sommer interessierte Familien, die für drei bis vier Wochen einen ausländischen Gast bei sich aufnehmen möchten. In Ihrer Region werden in diesem Jahr Gäste aus Frankreich vom 10. bis 31. Juli 1999, aus Spanien vom 26. Juni bis 24. Juli 1999 und aus den USA vom 2. bis 29. Juli 1999 erwartet. Wenn Sie einen dieser Jugendlichen (13 bis 18 Jahre alt) bei sich aufnehmen möchten, wen-

den Sie sich bitte an Frau Drolon in München, Telefon 0 89/ 35 73 17 48, oder direkt an Kultur life e.V., Jungfernstieg 14, 24103 Kiel, Fax 04 31/ 9 30 58, E-Mail: [info@kultur-life.de](mailto:info@kultur-life.de)

Außerdem sucht kultur life noch Gastfamilien für Jugendliche aus Frankreich, den USA und Ungarn, die gleich für ein ganzes Schuljahr nach Deutschland kommen möchten. Wenn Sie daran Interesse haben, wenden Sie sich bitte gleich an Kultur life in Kiel.

## AOK Bayern erzielt Überschuß – Politik muß Strukturprobleme lösen

Auch das Geschäftsjahr 1998 schließt die AOK Bayern – Die Gesundheitskasse mit schwarzen Zahlen ab. Einen Überschuß von 105 Millionen Mark erzielte der größte Krankenversicherer im Freistaat. Das positive Ergebnis sichert für mehr als 4,8 Millionen Versicherte und 230 000 Arbeitgeber auch 1999 einen unverändert günstigen Beitragssatz von 13,7%. „Ein seit drei Jahren stabiler Beitragssatz ist ein überzeugendes Zeichen der Sicherheit und Leistungsstärke für unsere Versicherten und deren Arbeitgeber“, sagte Dr. Rainer Will, Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Bayern und stv. Hauptgeschäftsführer der Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft. Wesentliches Ziel der Gesundheitsreform 2000 müssen nach Ansicht der AOK Bayern strukturelle Maßnahmen sein, die eine bedarfsgerechte und qualitätsgesicherte Versorgung zu vertretbaren Kosten sicherstellen. „Zentrales Anliegen der AOK ist es, die Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen zu erschließen und die bestehenden Überkapazitäten in der ambulanten und stationären Versorgung wirkungsvoll abzubauen“,

sagte Klaus Ditttrich, alternierender Verwaltungsratsvorsitzender der AOK Bayern und stv. Vorsitzender des DGB-Landesbezirks Bayern. Die von der Gesundheitsreform 2000 angestrebten Ziele wiesen zwar in die richtige Richtung, zugleich gebe es jedoch Gefahrenpotentiale, die das zentrale Ziel der Beitragssatzstabilität gefährden.

## Bayerischer Apothekertag

*Bundesregierung soll Gesundheitsreform verschieben*

Die Apotheker in Bayern fordern eine Verschiebung der Gesundheitsreform 2000. Die Probleme im deutschen Gesundheitswesen seien seit Jahren ungeklärt. Diese könnten nicht in wenigen Wochen aufgearbeitet werden. Die rot-grüne Bundesregierung solle sich für eine sachgerechte Weiterentwicklung die dafür nötige Zeit lassen. Die derzeitigen Planungen – erkennbar in den Eckpunkten zur Gesundheitsreform – führten zu einer massiven Planwirtschaft im Gesundheitswesen, erklärten die Landesvertreter auf dem diesjährigen Bayerischen Apothekertag, der vom 16. bis 18. April in Bamberg stattfand. Die bayerischen Apotheker befürchten unter anderem eine qualitativ und quantitativ schlechtere Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln. Die Patienten würden somit zu den Opfern der geplanten Gesundheitsreform.

## IS-GBE

Am 5. Mai 1999 hat das Statistische Bundesamt das Informationssystem für die Gesundheitsberichterstattung des Bundes (IS-GBE) vorgestellt und es gleichzeitig zur Nutzung freigegeben. Es ist über die Internetadresse <http://www.gbe-bund.de> erreichbar. Um das IS-GBE zu nutzen, sind lediglich ein Internet-Zugang und ein Net-Browser, z. B. Netscape Navi-

gator oder Microsoft Explorer, erforderlich. Das IS-GBE entstand im Rahmen des Forschungsvorhabens „Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes“.

## Plötzlicher Säuglingstod

*Der Ohnmacht begegnen*

Die Johanniter-Unfall-Hilfe hat zusammen mit der Gesellschaft zur Erforschung des Plötzlichen Säuglingstodes eine Broschüre „Die optimale Schlafumgebung für Ihr Baby“ entwickelt. Mit dieser Broschüre ist es erstmals möglich, Eltern umfassend über die Möglichkeiten der Prävention des Plötzlichen Säuglingstodes zu informieren, ohne zu riskieren, Ängste vor dem Tod ihres Babys zu schüren.

Die Broschüre ist in allen Geschäftsstellen der Johanniter bundesweit flächendeckend verfügbar. Nähere Infos: Johanniter-Unfall-Hilfe, Westenfelder Str. 155 a, 44867 Bochum, Tel 0 23 27/ 93 90 40, Fax 0 23 27/3 60 84

## Herz heute

Nach 34 Ausgaben der Zeitschrift der Deutschen Herzstiftung erscheint nun Herz heute. Dabei wurde dem Wunsch vieler Leser nach mehr Information entsprochen und die Erscheinungsweise auf viermal jährlich ausgeweitet. Eine wichtige Rubrik in Herz heute wird die Berichterstattung über die Arbeit der Deutschen Herzstiftung sein, um den rund 29 000 Mitgliedern, den Spendern und der Öffentlichkeit zu sagen, was die Herzstiftung mit den ihr anvertrauten Spenden und Beiträgen leistet.

Exemplare bei: Deutsche Herzstiftung, Vogtstr. 50, 60322 Frankfurt/M., Tel. 0 69/ 95 51 28-0, Fax 0 69/95 51 28-3 13, E-Mail: [Herzstiftung@compuserve.com](mailto:Herzstiftung@compuserve.com) Internet: [www.herzstiftung.de](http://www.herzstiftung.de).

**Praxizräume in Sonthofen / Oberallgäu:**

Zentrales Geschäftshaus mit Lift und P bietet in altershalber freige-wordener Internistenpraxis für einen Arzt beste Voraussetzungen mit interessantem Umfeld: AOK, Optiker, Augenarzt, benachbartes Altenheim. Individueller Zuschnitt wird vom Vermieter gestellt, wahlweise 170, 140, oder 110 m<sup>2</sup>, provisionsfrei. Kontakt erbittet Mokros, 87527 Sonthofen, Pf 1342, Tel. 0 83 21/24 64

**Sie suchen eine Praxis?  
Sie wollen Ihre Praxis abgeben?**

Wir haben Interessenten.  
Wir sind keine Makler  
HÄRTEL-Beratung Tel. 09 41/3 52 88

**Forchheim: 91301** 3 x Praxizräume i. Gesundheitszentrum, 1 a Lage, ca. 106/152/160 m<sup>2</sup>, sof. o. später günstig zu verm. (bevorz. Gyn., Augen, HNO, Psych.); Apotheke; 7 versch. Fachrichtungen bereits seit 1991 vorhanden, evtl. Wohnung vorh., Tel. 0 91 91/8 99 33, Fax 6 45 22

Suche ab Anfang oder Mitte 2000 **Allg.-Arztpraxis** zur Übernahme oder Assoziation in GP im Raum FÜ / ER / FO / SC / N (Stadt oder Land). Chiffre BÄ 1393

**Internistische oder Allgemeinärztliche Praxis mit Zulassung** im LKR Traunstein. Absolute Diskretion zugesagt. Chiffre BÄ 1394

**Allgemein- u. Kurarztpraxis**, SW-Oberallgäu, beste Lage, 115 m<sup>2</sup>, Sperrgebiet, aus gesundheitlichen Gründen sofort abzugeben. Chiffre BÄ 1395

Suche Partner/-in für **Allgemeinarztpraxis**, breites Leistungsspektrum, im Ingolstädter Raum, auch vorübergehend. Tel. 0 89/16 30 40

**Orthopädische Praxis** im LKR Bad Kreuznach, hoher Gewinn, günstige Miete, konserv. und operativ gut eingetührt, Sperrgebiet, aus privaten Gründen abzugeben. Chiffre BÄ 1410

**Intern.-Hausärztliche Praxis / Allgemeinarztpraxis** gutgehend, langjährig geführt, in ländlicher Gegend, Augsburgnah, baldmöglichst abzugeben. Chiffre BÄ 1415

**Hinweis:**

Herausgeber und Redaktion können keine Gewähr dafür übernehmen, daß die ausgeschriebenen Praxen im Sinne der Bedarfsplanung bedarfsgerecht sind. Interessenten werden gebeten, sich auf jeden Fall mit der zuständigen KVB-Bezirksstelle in Verbindung zu setzen.

**Praxizräume in zentraler Lage von Regensburg zum 1. September 1999 zu vermieten**

- 182 m<sup>2</sup> im Erdgeschoß – ideal auffeilbar – Grundriß vorliegend,
- die durchaus hellen Räume sind für eine große Arzt- oder auch Gemeinschaftspraxis bestens geeignet u. werden in Absprache mit den Interessenten renoviert u. bedarfsgerecht gestaltet,
- das Haus liegt an einem der verkehrsgünstigsten und zugleich bekanntesten Standorte von Rgbg. – öffentliche Parkplätze neben dem Haus – 1 Stellplatz im Hof,
- die Räumlichkeiten können zu einem späteren Zeitpunkt, evtl. auch direkt, um ca. 55 m<sup>2</sup> erweitert werden,
- langfristiger Mietvertrag zu günstigen Bedingungen direkt vom Hausbesitzer (ohne Maklerkosten) möglich,
- außerdem könnte im Haus eine sehr schöne 3 Zi. Wohnung m. Balkon und Blick auf die Donau und Altstadt, zum 1. Aug. 1999 mit angemietet werden.

Zuschriften an Herbert Thron, Marlenplatz 13-15, 82467 Garmisch-Partenkirchen, Tel. 0 88 21/5 22 60, Fax 0 88 21/5 22 04

**Räumlichkeiten für Augenarztpraxis sowie andere Facharztpraxen zu vermieten.**

Ausreichend kostenlose Parkplätze vorhanden.



Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

**Dr. Robert Eckert Rehabilitationsklinik GmbH**  
z. H. Herm kfm. Dir. Karl-Heinz Singer  
Bayernstraße 22 - 93128 Regensburg - Telefon: 09402/502-145

**Allgemeinpraxis** in Weiden/Obpf., Sperrgebiet, ab 2000 abzugeben. Chiffre BÄ 1396

**Kassenarztsitz für Internist** oder Allgemeinmedizin im Raum FFB, gesperrter Bezirk, zentrale Lage, bis zum 01.09.99 abzugeben. Chiffre BÄ 1397

**Kinderarztpraxis** im Berchtesgadener Land ab II. Halbjahr 1999 abzugeben. Chiffre BÄ 1404

**Urologische Praxis in Südostbayern in 2000 abzugeben.** Chiffre BÄ 1405

**Kooperation gesucht von Allgemeinarzt** mit kleiner Praxis und festem Standbein im Landkreis BGL. Bin nicht ortsgelunden. Chiffre BÄ 1417

Alt eingesessene **Allgemeinpraxis** im Kreis Neu-Ulm (Sperrgebiet) sofort abzugeben. Chiffre BÄ 1418

**Allgemein- / Homöop. / NHV-Praxis** mit KV-Zulassung ab sofort, günstig, aus gesundheitlichen Gründen abzugeben (in Marktheidenfeld, Nähe Würzburg). Tel. 0171/4 26 30 39

**Helle Praxizräume in München (O'sending) zu verkaufen** Ideal für Gemeinschaftspraxis mit Reha-Bereich, 318 m<sup>2</sup>, 1.OG, mit Lift, gute Verkehrsanbindung, Parkmöglichkeit vorh., ohne Provision, sofort nutzbar. KP TDM 1.870,-, Fax 0 89/89 12 91 90

**Allgemeinarzt** als Job-Sharing Partner – gegebenenfalls spätere Übernahmemöglichkeit – für große Landarztpraxis in Oberfranken gesucht. Chiffre BÄ 1419

**Allgemeinmediziner** und Betriebsmedizin sucht Partner/ evtl. Praxisübernahme, ggf. Job-Sharing, WB Allg.Med. möglich; Oberpfalz. Tel. 0 17 33 70 40 11

**Allgemeinarztpraxis im Rottal**  
gut eingeführt, aus Altersgründen Anfang 2000 abzugeben. Chiffre BÄ 1425

**Nervenarztpraxis (Neurologie, Psychiatrie)**  
München Stadt, beste Lage, abzugeben. Chiffre BÄ 1427

**Praxisvertretung München**  
Neurologie und Psychiatrie dringend gesucht. Chiffre BÄ 1428

**Im Mandantenauftrag suchen wir dringend**  
Angebote z. Übernahme/Abgabe/Assoziation/Praxisgemeinschaft i. Raum München, Oberbayern, Franken.  
**LICHT HEALTH-CARE – Personal- & Praxisberatung**  
65549 Limburg, Freiherr v. Stein-Platz 4,  
Tel. 0 64 31/2 42 55, Fax 0 64 31/93 29 81, E-Mail: Licht.LHC@t-online.de

**Landshut/Stadtmitte** sehr schöne Praxisräume, 190 m<sup>2</sup>, variable Gestaltung, 2 Eingänge, bereits FA im Hause, Aufzug, Parkplätze, beste Geschäftslage, preisgünstig zu vermieten. Tel. 0871/9722411

**Allgemeinmediziner**  
Praxisräume (Nähe München) für Neuniederlassung in eingeführtem Haus für Ärzte mit Apotheke zu vermieten; zentrale Lage, günstige Miete (Zulassung noch frei). Chiffre BÄ 1433

Für schönen Marktflücken in Oberbayern (zwischen München und Ingolstadt) suchen wir dringend eine/n

**Kinderärztin / Kinderarzt**  
**Fachärztin / Facharzt für Orthopädie**  
**HNO**

Wir bieten: Großzügige Praxisräume und großen Einzugsbereich zu besten Startbedingungen. Chiffre BÄ 1424

Suche **Partner/-in für Allgemeinarztpraxis** zwecks **Gemeinschaftspraxis** in Fürth, spätere Übernahme möglich. Chiffre BÄ 1426

**Suche KV-Sitz Chir.**  
in Nürnberg.  
Chiffre BÄ 1416

**Allgemeinarztpraxis** in niederbayer. Kleinstadt sofort oder später aus Altersgründen abzugeben. Chiffre BÄ 1432

**Gynäkologische Praxis**  
im nordbayer. Raum aus Altersgründen abzugeben. (Auch für Doppelpraxis geeignet.) Chiffre BÄ 1429

**FÄ Allgemeinmedizin**  
sucht Praxis im Lkr. Rosenheim oder Traunstein zur Übernahme. Chiffre BÄ 1430

**Kassenarztpraxis wegen Berufsunfähigkeit**  
(gesundheitliche Gründe) für Allg./Prakt. Arzt in der Oberpfalz / Landkreis Cham zu vergeben.

Kontakt über Markt Stamsried, Bgm. Lang, Tel. (0 94 66) 9 40 10

**Zuschriften bei Chiffre-Anzeigen und Aufträge für Kleinanzeigen senden Sie bitte an:**

**Verlagsvertretung Edeltraud Elsenau**  
**Postfach 1323 · 65303 Bad Schwalbach**  
**Telefon (06124) 77972**  
**Telefax (06124) 77968**  
**E-mail-Adresse: Elsenau@t-online.de**



**KLINIKUM BAD RODACH**  
REHABILITATIONSZENTRUM

Das Klinikum Bad Rodach bei Coburg ist ein modernes Rehabilitationszentrum mit den Abteilungen für Orthopädie, Neurologie und Gynäkologie.

Am Klinikum werden stationäre Rehabilitations- und Anschlussheilbehandlungen durchgeführt. Wir verfügen über 300 Betten. Unsere großzügige Konzeption erfüllt alle, an eine moderne Rehabilitationsklinik gestellten Aufgaben und schafft gute Bedingungen für die soziale und berufliche Wiedereingliederung unserer Patienten/-innen. Zur Vervollständigung unseres Teams suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n engagierte/n, klinisch erfahrene/n

### Ärztin/Arzt für den Fachbereich Orthopädie

die/der teamfähig und eigenverantwortlich die klinische Routine bearbeiten möchte. Die Bewerberin/der Bewerber sollte in der Lage sein, oberärztliche Leitungsfunktionen zu übernehmen. Die Bestellung zum Oberarzt/zur Oberärztin ist möglich. Die Vergütung erfolgt in Anlehnung an den BAT.

Die Thermalbadstadt Bad Rodach bei Coburg befindet sich in einer reizvollen Landschaft Oberfrankens an den Ausläufern des Thüringer Waldes. Weiterführende Schulen sind am Ort oder im nahen Coburg mit guter Verkehrsanbindung.

Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte mit Angabe Ihres frühestmöglichen Eintrittstermins an:

**Klinikum Bad Rodach - Rehabilitationszentrum -  
Personalleitung, Frau Elke Protzmann  
Kurring 16, 96476 Bad Rodach, Telefon: 09564/93-1108**

Internet: [www.klinikum-rodach.de](http://www.klinikum-rodach.de) E-Mail: [info@klinikum-rodach.de](mailto:info@klinikum-rodach.de)

**Augenarzt / Augenärztin** für Teilzeitstelle / Job-Sharing in Augenarztpraxis im Großraum Bamberg/Forchheim gesucht. Chiffre BÄ 1403

### Ärztin / Arzt im Praktikum

Gesucht wird für unsere konservative orthopädische Praxis am nordwestlichen Stadtrand von München eine(n) Ärztin / Arzt im Praktikum.

Wir haben eine Weiterbildungsbefugnis zum FA Orthopädie über 6 Monate. Die junge Praxis hat einen sehr großen Anteil an Kindern und Sportlern.

Bewerbung mit vollständigen Unterlagen an Chiffre BÄ 1406

**Internist/-in** bzw. **angehende(r) Internist/-in** für Vertretung bzw. Teilzeitarbeit in hausärztlich internistischer/allgemeinmedizinischer Gemeinschaftspraxis gesucht. Tel. 0 91 51/7 14 81.

**WB-Assistentin** oder **Assistent** für Allgemeinpraxis in Nürnberg gesucht. Befugnis für 18 Monate liegt vor. Telefon: 09 11/61 37 25

**Weiterbildungsassistent oder AIP** für nuklearmedizinische Facharztpraxis in Würzburg ab sofort gesucht. Weiterbildungsbefugnis liegt vor. Chiffre BÄ 1420

Freundlicher, erfahrener **WB-Assistent** im letzten Ausbildungsabschnitt zum FA für Allgemeinmedizin zum 1.7.99 gesucht. Hausbesucherehren! Spätere Praxisübernahme je nach Eignung möglich. Tel. Praxis 098 51/21 62, Tel. privat 098 51/94 99

Reha-Klinik sucht sofort

### Facharzt für Orthopädie, Rheumatologie oder innere Medizin

in der Klinik (Versorg. Vertrag § 40) werden Reha-Maßnahmen mit Indikationen aus dem Bereich der Orthopädie durchgeführt.

Das Aufgabengebiet umfaßt die konservative Orthopädie und die manuelle Therapie. Balneologische Ressourcen (Schwefel und Moor) sind reichlich vorhanden.

Wir suchen einen qualifizierten Assistenzarzt oder Oberarzt mit Erfahrung auf dem Gebiet der orthopädischen Rehabilitation, physikalische Therapie, Chirotherapie o.ä. wäre wünschenswert.

Neben der fachlichen Qualifikation erwarten wir die Bereitschaft und Fähigkeit der strukturellen Weiterentwicklung, sowie die Repräsentation der Klinik gegenüber unseren Kostenträgern.

Entsprechend der besonderen Aufgabenstellung kann die Vergütung leistungsgerecht vereinbart werden.

Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen senden Sie bitte an:  
**Rehaklinik Trajansbad, Römerstraße 8, 93333 Bad Gögging**  
Tel. 0 94 45/96 60, 0 94 45/96 61 00, homepage: [www.trajansbad.de](http://www.trajansbad.de)

Für große neurologisch orientierte Nervenarztpraxis in Oberbayern

### Nervenarzt/-in oder Psychiater/-in

gesucht. Teilzeit, Praxisassistent oder Kooperation. Chiffre BÄ 1411

### HNO-VERTRETUNGSSTELLE FREI

in Nordbayern für 02. Nov. bis 05. Nov. 1999, sowie für 17. April bis 28. April 2000. Chiffre BÄ 1409

### Appartementhotel Griesbacher Hof

Thermalbadstraße 24-26

**94086 Bad Griesbach im Rottal**

Tel. 0 85 32/7 01-0 · Fax 0 85 32/7 01-5 00

Wir, ein größeres Appartementhotel im niederbayerischen 'Bäder-Dreieck' (Nähe Passau)

suchen eine(n)

## Kur-Arzt/Ärztin

mit allgemeiner Kassenzulassung

Ihre schriftliche Bewerbung erbeten  
z. Hd. Frau M. Würzinger

Die Kinderklinik an der Lachnerstraße in München sucht zum 1.7.99

### eine ÄIP / einen AIP

für die Kinderanästhesiologische Abteilung. Bitte richten Sie Ihre Bewerbung mit den üblichen Unterlagen an:

Dr. M. Oberhauser, Anästhesieabteilung; Kinderklinik an der Lachnerstraße, Lachnerstraße 39, 80639 München, Tel. 0 89/12 60 20

Erfahrene(r) Kollegin/Kollege zur **Teilzeitmitarbeit**, 1 1/2 Tage/Woche sowie gelegentliche Praxisvertretung in Allgemeinpraxis ab Okt. 1999 gesucht. Landkreis Rosenheim/Ost. Chiffre BÄ 1412

**Allgemeinmed.-intern. Praxis** in Ingolstadt mit Weiterbildung Naturheilverfahren und betriebsmedizinischer Orientierung sucht **Assistent / AIP**, auch halbtags. Chiffre BÄ 1413

**Allergol. Hautarztpraxis** in Franken sucht ab Herbst 1999 **WB-Assistent/-in** für 12 bis 18 Monate, mit dermatol. Vorerfahrung und Interesse für Ganzheitsmedizin. Chiffre BÄ 1423

Das Kreiskrankenhaus Ebersberg sucht einen **Augenarzt/Belegarzt** für operative Tätigkeit. Bewerbungen oder Kontaktaufnahme bitte an die Verwaltung des KKH Ebersberg, Herrn Frank, Pfarrer-Guggetzer-Str. 3, 85560 Ebersberg.

**WB-Assistent/-in Allgemeinmedizin** in Schweinfurt gesucht. Tel. 0 97 21/3 38 85

**Betriebs- oder Arbeitsmedizinerin**

halb- oder ganztags zur Mitarbeit in mod. Allgemeinpraxis u. Firmenbetreuung (München) gesucht. Tel. 0 89/99 18 80 28

**Weiterbildungsassistent/-in für Allgemeinmedizin**

in Gemeinschaftspraxis in der Fränkischen Schweiz ab 01.08.1999 gesucht.

Bewerbung unter Chiffre BÄ 1434

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin einen **Facharzt für Psychiatrie**

Privatklinik Dr. med. H. Rudschies GmbH  
Preysingstr. 3-5, 85049 Ingolstadt  
Tel. 08 41 / 93 39 76

**Weiterbildungsassistent/-in** im letzten Abschnitt der Ausbildung **Allgemeinmedizin** gesucht. Kenntnisse in Sonographie und Akupunktur von Vorteil. Weiterbildungsbefugnis in NHV liegt vor. Auch Halbtagsstelle möglich. Raum Augsburg. Chiffre BÄ 1401

**Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns**, Bezirksstelle Niederbayern, sucht **Notärzte für den Notarztdienst** am Notarztwagen-Standort Neustadt a.d. Donau, Landkreis Kehlheim. Teilnahme über eine Ermächtigung zur Teilnahme zum Notarztdienst. Nähere Informationen bei: Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Niederbayern, Lilienstraße 5-9, 94315 Straubing, Tel. 0 94 21/80 09-58 (Herr Lipp, Frau Thomann)

Suche für alteingesessene Gemeinschaftspraxis **Allgemeinärztin/-arzt** in Augsburg-Stadt zum 01.07.99, ca. 25-30 Std. Arbeitszeit/Woche. Chiffre BÄ 1402

**WB-Assistent/-in**

im Fach **Allgemeinmedizin** (18 Monate WBB) ab 01.07.1999 oder später in Vollzeit für Praxis in Oberfranken gesucht. Chiffre BÄ 1421

**ARI** DER TECHNISCHEN UNIVERSITÄT MÜNCHEN

An der Abteilung für Gefäßchirurgie im Klinikum r.d.Isar der Technischen Universität München sind zum 1.12.1999 und zum 1.1.2000

jeweils eine **AIP-Stelle** zu besetzen.

**Tätigkeiten:** Stationsdienst, diagnostisches Untersuchungslabor, Intensiveinheit, Teilnahme an OP's u. Bereitschaftsdienst.

**Erwartet wird:** Kollegiale Zusammenarbeit im Team, EDV-Kenntnisse (Apple Macintosh/Dos) wünschenswert.

Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an:

**Univ.-Prof. Dr. med. Peter C. Maurer, Abteilung für Gefäßchirurgie, Chirurgische Klinik der TU München, Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 81675 München.**

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin eine/n engagierte/n und motivierte/n

**Mediziner/in**

für die medizinisch-inhaltliche Entwicklung und Betreuung von Dokumentations-, Evaluations- und Disease-Management-Systemen für unseren Standort München.

Nähre Informationen unter: <http://www.medinet-online.com>

**Weiterbildungsassistent/-in für Allgemeinmedizin/Innere** ab 01.12.99 gesucht. Wir sind eine große, fachübergreifende Gemeinschaftspraxis mit breitem Spektrum einschließlich Röntgen im Raum Ulm-Augsburg. Weiterbildungserlaubnis für 18 Monate Allgemeinmedizin und 12 Monate Innere. Tel. 0 82 23/9 68 90

**Weiterbildungsassistent/-in für Allgemeinmedizin** nur mit abgeschlossener klinischer Ausbildung für sofort gesucht. Große Landarztpraxis mit breitem Leistungsspektrum, Weiterbildungsbefugnis für 18 Monate. Bewerbung bitte an: Dr. Johann Wutz, Marktplatz 11, 93491 Stamsried, Tel. 0 94 66/9 40 50, Fax 0 94 66/94 05 55

**BLUMENHOF-KLINIK**

**Bad Feilnbach**

Wir suchen für unsere orthopädische Abteilung zum nächstmöglichen Termin eine/n

**Fachärztin / Facharzt für Orthopädie**

Die Blumenhof-Klinik ist eine Fachklinik für Rehabilitation und Anschlussheilbehandlung mit den Fachabteilungen Innere Medizin, Gynäkologie, Orthopädie mit Sportrehabilitation.

Für telefonische Rückfragen steht Chefärztin Dr. med. M. Birzer, Tel. 0 80 66/8 90, gerne zur Verfügung.

Ihre Bewerbungen richten Sie bitte unter Angabe des möglichen Eintrittstermins an folgende Adresse:

**Blumenhof-Klinik GmbH & Co. KG**

- Verwaltung -

**Breitensteinstraße 10, 83075 Bad Feilnbach**

**Eine Sanitäts- und Hygiene-Ärztin**

mit Epidemiologie sucht Arbeit in München, Mühldorf, Altötting, Umgebung.  
Chiffre BÄ 1399

**Ausbildungsstelle Akupunktur gesucht,** für 6 Mon. von

44). Arzt. 5 J. Erf. in Abis-Therapie (Therp. mit Bienen) in Rußland, 1 J. Innere  
KKH Deutschland. FK Akup. u. Rettungsdienst. Bevorzugt Raum Augsburg /  
Neu-Ulm. Tel. 0 82 25/95 96 58

Arzt für Chirurgie, 35 J., überdurchschnittliche Erfahrung in Duplexsono-  
graphie, Phlebographie sucht

**WB-Stelle in Gefäßchirurgie.** Chiffre BÄ 1416

**Erf. Ärztin sucht Tätigkeit** vormittags, im Raum Unter-  
allgäu. Chiffre BÄ 1431

**WB-Stelle Allgemeinmedizin**

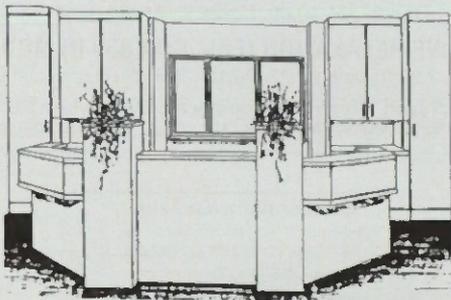
in München (S-Bahnbereich) ab Sommer 1999 von Ärztin gesucht, geme auch  
Teilzeit, Akupunktur-Tätigkeit wünschenswert. Bislang 4 J. Innere, 6 Mon.  
Chirurgie, Praxiserfahrung. Kenntnisse: Sono, Akupunktur, TCM, NHV.  
Chiffre BÄ 1407

**Notdienstlerfahrer Arzt** übernimmt Vertretungen für den  
Kassenärztlichen Notfalldienst in ganz Bayern. Chiffre BÄ 1408

**FA-GYN. / ALLG.-MED.** übernimmt: PraxisVertret. + Bereitschafts-  
dienste (incl. Belegabteilung), AGÄV sucht: Assoz. (ggf. spät. Ablösung); bletet; Zertifi-  
kate: PS, Onko, Senolog.; MG, MaSo., spez. plast. Ma.-Op.; DEGUM II, z.Zt. WB: med.  
EDV (MI) -> rationalisierte EDV Management. Tel. 0171/5854 201 · Fax 089/5796 7077

**Akupunktur-Ärztin** sucht Arbeit in München, Altötting, Umge-  
bung. Chiffre BÄ 1400

VERSCHIEDENES

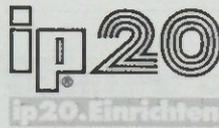


Wir entwerfen und richten ein,  
mit Ihnen gemeinsam.

ip.20, die Praxis-Einrichtung nach Maß –  
robust und preiswerter als Sie denken.

Rufen Sie jetzt an:  
Augsburg Tel. 08 21/27 29 60

86165 Augsburg  
Zusamstraße 22  
Fax 08 21/27 29 633



**Wissenschaftliche Arbeiten**  
Experten bieten u.a. Statistische Auswertung, Ergebnisdokumentation  
Grafische Darstellungen u.s.w.

Dr. med. Hartmut Buhck, Dipl. Betriebsw. Dietmar Schöps,  
Bitte vereinbaren Sie einen unverbindlichen Gesprächstermin mit Herrn Schöps  
im Großraum München, Nürnberg, Stuttgart. Büro Schöps, Fette Henn 41,  
47839 Krefeld, Tel. 0 21 51/73 12 14 Internet: <http://www.buhck.com>

**Steuerfachassistentin/BiBu** übernimmt die Kontierung u. Buchung  
lfd. Geschäftsvorfälle im Raum NU, UL, MM. Zuschriften unter Chiffre BÄ 1414

Ihre Praxiseinrichtung zeigt

- Kompetenz
- Rationalität
- Individualität

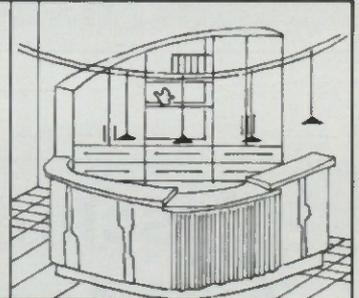
Ihr Patient sieht's

- wir realisieren es
- Fordern Sie uns



**MÖBELWERKSTÄTTEN**

95349 Thurnau-Hutschdorf  
Tel. 09228/97093, Fax 97095  
e-mail: [gack.gerhard.t-online.de](mailto:gack.gerhard.t-online.de)  
<http://home.t-online.de/home/gack.gerhard>



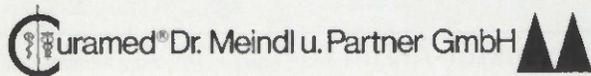
**Zuschriften bei Chiffre-Anzeigen und Aufträge für  
Kleinanzeigen senden Sie bitte an:**

Verlagsvertretung Edeltraud Elsenau  
Postfach 1323 · 65303 Bad Schwalbach  
Telefon (061 24) 7 79 72  
Telefax (061 24) 7 79 68  
E-mail-Adresse: [Elsenau@t-online.de](mailto:Elsenau@t-online.de)



**Selbsterfahrung und Supervision, die „was bringt“!**

Was können Sie erwarten, wenn ein erf. INTER-AKTIONS-FITNESS-Trainer\* Selbsterf. und Supervision durchführt? Wehrhaft zu sich selbst stehen – über sich lachen können – andere besser verstehen und zu nehmen wissen – sind ausgewählte Lerninhalte. Es geht auch um: Aussöhnen mit der Vergangenheit, Ordnung und Zeitmanagement, Kommunikationsgeschick, Ausstrahlung, Autorität und Förderung der eig. Anlagen und Talente. (\*VT; Lehrther., Supervisor, KV-LÄK anerk.) Infos über Selbsterf., patientenzentr. Selbsterf., Einzel-Gruppensupervision, div. Seminare erh. von: **Dipl. Psych. H.U. Schachtner, psychother. Praxis, 80802 München, Occamstr.2/1.St., Tel. 0 89/34 11 75, Fax 0 80 26/87 47**



Fortbildungsreihe des Curamed-Forums

**ERFOLGREICHE PRAXISÜBERGABE ODER -KOOPERATION**

Nürnberg 23.06.1999

**WEGE IN DIE EXISTENZGRÜNDUNG**

Nürnberg 23.06.1999

Information und Anmeldung:  
Curamed Dr. Meindl u. Partner GmbH, Löwenberger Straße 50,  
90475 Nürnberg, Tel. 0911/99842-33, Fax 0911/99842-10

**Kontinuierliche Balintgruppe und Psychosomatische Grundversorgung (Ziff. 850/851)**

gesamtes Curriculum (gem. Stand 1.1.99), ebenso anerkannt für alle Weiterbildungsgänge Psychiatrie-Psychotherapie-Psychoanalyse (BLÄK). 2 Dstd. an Samstagvormittagen 1 x im Monat.

Dr. med. Ulrich Kayser, Neurologe, Psychiater, Psychotherapeutische Medizin, Psychoanalyse, Dir.-Schmidt-Str. 9, 91785 Pleinfeld, Tel./Fax 0 91 44/92 74 88.

**Qualitätsmanagement im Gesundheitswesen**

– aus der Praxis für die Praxis –

Unser Team – spezialisierte Fachkräfte aus Medizin, Pflege, Psychologie, Management und Verwaltung - bietet Arztpraxen, medizinischen Instituten, Kliniken und Pflegeeinrichtungen den erforderlichen Support bei der Einführung und Umsetzung von Qualitätsmanagement-Systemen, aktuelle Termine:

**Informationsforum**

**Qualitätsmanagement in der Arztpraxis**

Landshut	16.06.99
Deggendorf	23.06.99



Gesellschaft zur Förderung beruflicher und sozialer Integration (gfi) gemeinnützige GmbH  
Waltherstr. 9, 97074 Würzburg  
Tel. 09 31/7 97 32-0  
Fax 09 31/7 97 32-22  
E-Mail: info@bhw.btz.de

**Balint-Wochenenden**

Nürnberg (Nähe Hauptbahnhof)

– Balintgruppen

nicht für psychosomatische Grundversorgung anerkannt.

Ulrich Starke, Facharzt f. Psychoth. Medizin, Wespennest 9, 90403 Nürnberg, Fax: 09 11/22 55 73. Zur Weiterbildung ermächtigt durch die BLÄK

**ANALYTISCHE SELBSTERFAHRUNGSGRUPPE Starnb. See**  
Mi. 15.00-So. 12.30; 27.-31.10.99, 22.-26.3., 21.-25.6., 25.-29.10.2000

**PROGRESSIVE RELAXATION (EBM/GOÄ B55 ff) MÜNCHEN**  
Fr. 18.00-So. 12.30 (8 Dstdn.); 22.-24.10., 3.-5.12.99 und ff. in 2000

Dr. med. Dipl.Psych. Siegfried Grönlinger, Lehranalytiker BLÄK  
Osterwaldstr. 73/8, 80805 München, Tel. 0 89/36 75 91, Fax -36 75 93

**Studienplatz Medizin**

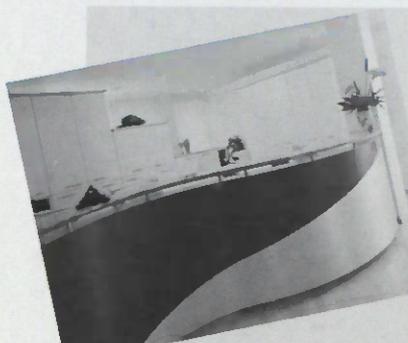
Studienberatung und NC-Seminare.

Unser Ziel: Ohne ZVS schnell ins Studium (Medizin, Zahnmedizin, Tiermedizin, Psychologie, Architektur, TH u. FH, Pharmazie u.a.)

Info und Anmeldung: Verein der NC-Studenten e.V. (VNC)  
Argelanderstraße 50, 53115 Bonn  
Tel. 02 28/21 53 04, Fax 21 59 00

**Zuschriften bei Chiffre-Anzeigen und Aufträge für Kleinanzeigen senden Sie bitte an:**

**Verlagsvertretung Edeltraud Elsenau  
Postfach 13 23 · 65303 Bad Schwalbach  
Telefon (0 61 24) 7 79 72  
Telefax (0 61 24) 7 79 68  
E-mail-Adresse: Elsenau@t-online.de**



beraten,  
planen,  
einrichten,  
ausstatten

**KMP**

**PRAXISGESTALTUNG**  
Kretschmer + Motz GmbH

Uhlandstraße 1  
91522 Ansbach  
Tel. 09 81 - 48 88 40  
Fax 09 81 - 48 88 440

Wenn Sie nicht nur Möbel aus Holz oder Stahl wollen...

**PUNKT**  
OBJEKT-ENTWURF  
G m b H

Zeitgemäße, patientenorientierte Ideen für Ihre Praxis.  
Gemeinsam bringen wir Ihre Praxis auf den Punkt!

Dipl. Ing. (FH)  
Innenarchitektur  
Horst Ulsenheimer  
Geschäftsführer

Herzog-Heinrich-Straße 25 • 80336 München  
Tel. 089/51 399 100 • Funk 0172/85 27 889

**Neuwertige Röntgenanlage**

Polyphos 30 M, Multiplus 30 KW  
Anwendungsgerät Vertex K (Uni-  
versal Stativ) Strahler/Brennfleck-  
größe 1,3, NP DM 95000,-, VB  
DM 40000,-

**Medizintechnik  
LASERTHERAPIE**

**Anwendung:** Schmerz-  
therapie, Phys. Ther.,  
Rheumatologie, Sport-  
medizin, Orthopädie,  
Traumatologie, Derma-  
tologie, Geriatrie.

**Abruf:** Indikation,  
Abrech.-Rentab., Preis



**Dr. Mahnkopf Medizintechnik,**  
82026 Grünwald, Tölzer Str. 1,  
Tel. 0 89/6 41 70 64, Fax 0 89/6 41 53 98

**Knochendichtemeßgerät**

SOPHOS XRA, Baujahr 1990,  
Röhrenschutzgehäuse Typ XRA  
0530/00, Röntgenröhre Typ BE  
785 max. 78 kV, 0,4 mA, 3 mm Al,  
NP DM 100 000,-, VB DM 15 000,-

ARZTPRAXEN · APOTHEKEN · GESTALTEN  
LABORS · BÜROS · HOTELS PLANEN  
BANKEN · WOHNEN · KÜCHEN HERSTELLEN

*Raum schaffen*

**WEITERE INFOS:**  
FRANKENSTRASSE 4  
91088 BUBENREUTH  
TELEFON (091 31) 2 63 72  
TELEFAX (091 31) 2076 31



**protze**  
SCHREINEREI

**Promotion**  
zum Dr. med., nebenberuflich an  
dt. staatl. Uni in ca. 1 Jahr.  
Tel. 0 17 13 - 32 88 48

**Billard** -Tische  
vom Hersteller

Gratiskat.: BILLARD Henzgen  
Telefon 0 75 29-15 12  
Fax 0 75 29-34 92



Weltneuheit

**TOSHIBA**

Ultraschall der Sonderklasse.

**Just Vision**

Wo gibt's denn sowas?  
Exklusiv beim  
Sonoring Deutschland.  
16x in Ihrer Nähe.

**SCHMITT-HAVERKAMP**

**SONOTHEK** Penzberg bei München  
82377 Penzberg · Ruhe am Bach 5  
Tel (08856) 9277-0 · Fax (08856) 9277-77

Mitglied im SONORING DEUTSCHLAND

# Die BG-GOÄ

## Damit können Sie rechnen:

■ Seit 1997 gibt es eine separate Gebührenordnung zur ausschließlichen Abrechnung mit den Berufsgenossenschaften.

■ Erstmals erscheint die BG-GOÄ in einem separaten Band.

■ Stand: 1. Januar 1997

■ Preis: DM 28,- + Versandkosten

■ Mit der BG-GOÄ aus dem Zauner Verlag behandeln Sie Ihre Abrechnung so sorgfältig wie Ihre Patienten!

■ Reservieren Sie Ihre BG-GOÄ noch heute:



**Per Post**

Zauner Druck- und Verlags GmbH  
Nikolaus-Otto-Str. 2 · 85221 Dachau  
Postfach 1980 · 85209 Dachau



**Per Fax oder  
Telefon**

Fax: 0 81 31/2 56 48  
Tel.: 0 81 31/18 59

