

### Ärztliches Berufsrecht

**Ausbildung — Weiterbildung — Berufsausübung**

Von H. Narr

2. völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage, mit der 11. Ergänzungslieferung, Stand 1.9.1989, 1984 Seiten, Loseblattwerk in 2 Ordnern, DM 108,— Seitenpreis der Ergänzungslieferungen DM 0,20 ISBN 3-7691-3028-6

Mit der 11. Ergänzungslieferung wird eine völlige Überarbeitung des gesamten Weiterbildungsrechts entsprechend der neuen Weiterbildungsordnung von 1987 geboten. Auch die z.T. unübersichtlichen Übergangsbestimmungen werden erläutert.

Eingearbeitet wurde die neuere Rechtsprechung zu weiterbildungsrechtlichen Problemen, insbesondere zu den Gebietsabgrenzungen. Berücksichtigt wurde ferner die Neufassung des Inhalts der Weiterbildung.

### Approbationsordnung für Ärzte/Bundesärzteordnung

**Mit Erläuterungen und praktischen Hinweisen zur Approbationsordnung**

Bearbeitet von H.-P. Brauer und F. F. Stobrawa

4. Auflage, Stand 1.1.1989, 136 Seiten, broschiert, DM 19,80 ISBN 3-7691-5016-3



**Deutscher Ärzte-Verlag**

Postfach 40 02 65 · 5000 Köln 40  
Telefon (022 34) 7011-316

#### Bestellcoupon

Ja, ich bestelle aus der Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Postfach 40 02 65, 5000 Köln 40, durch die Buchhandlung

— Expl. **Narr, Ärtzl. Berufsrecht** je DM 108,—  
(incl. 11. Ergänzungslieferung)  
Seitenpreis der Ergänzungslieferungen DM 0,20

Bei Übernahme eines Loseblattwerkes senden wir Ihnen automatisch die Ergänzungslieferungen zu.

**Widerrufsrecht:** Die Bestellung des Loseblattwerkes kann ich schriftlich innerhalb von 10 Tagen durch Mitteilung an die Adresse der obenstehenden Buchhandlung widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Den Bezug der Fortsetzungen kann ich jederzeit durch Mitteilung an die Buchhandlung kündigen.

Datum, Unterschrift

— Expl. **Brauer, Appr.-Ordnung Ärzte** je DM 19,80

Name, Vorname

PLZ, Ort

Straße

Datum, Unterschrift

Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten.

DÄ 13/90

### MEDIZINSTUDIUM

Zu dem Beitrag „Medizinstudium der 90er Jahre: Geht es bei uns ohne ‚Perestroika‘?“ von Dr. med. Tilman Martin Bauer, Klaus Busam, Sebastian Fetscher in Heft 5/1990:

#### Hervorragend

Ein hervorragender Artikel. Jedoch angesichts der Entwicklung, das gesundheitliche Optimum zunehmend polypragmatisch im diagnostisch-therapeutischen Maximum zu suchen, wird auch der ärztliche Berufsanfänger, trotz vielleicht einmal bester Universitätsausbildung, diesem Maximalanspruch von vornherein nie genügen können. Oft schon frühzeitig zwingen heute die ärztliche Sorgfaltspflicht und haftungsrechtliche Überlegungen dazu, auch bei einfachen Phänomenen, aufgrund differentialdiagnostischer Überlegungen die Ebene der Anamnese und klinischen Befunderhebung zugunsten einer weiterführenden Diagnostik zu verlassen.

Wie aber soll ein Medizinstudium konzipiert sein, das gleichermaßen zum praktischen Umgang mit Stethoskop, Endoskop, Sonographiegerät und CT befähigt?

Als junge Ärzte sind wir sicher nicht die omnipotenten Zauberer auf der Bühne der großen Medizin, aber wir sind auch keine „Zauberlehrlinge“. Das Medizinstudium hat uns befähigt, das wichtige Prinzip „nihil nocere“ zu verstehen und ihm zu gehorchen. Unser Wissen ist stabil genug, um jederzeit konstruktiv hieran anknüpfen zu können. Wir haben unser Studium ordentlich absolviert; seien wir bei aller Kritik auch ein wenig stolz darauf!

Dr. Ulrich Petry, Hohe Tannen 34, 7480 Sigmaringen

#### Niveaueinbußen zu erwarten

An den Medizinischen Hochschulen stehen Patientenversorgung, Lehre und

Forschungstätigkeit in einem Spannungsverhältnis. Was die Mängel der Ausbildung betrifft, so sind diese – wie schon seit den 70er Jahren – auch heute in erster Linie dadurch charakterisiert, daß große Studentenzahlen von einer vergleichsweise kleinen Zahl dazu qualifizierter Ärzte unterrichtet werden, wobei dieselben Ärzte einer gewachsenen Beanspruchung durch die Patientenversorgung gerecht zu werden haben. Dieser Umstand ist es in allererster Linie, welcher sowohl in den Hörsälen als auch in den Kursen zu derart schlechten Lehrer/Studenten-Quotienten geführt hat, daß sich bisweilen der „Vergleich mit einer Karikatur“ (so die drei Autoren in ihrer Kritik) aufdrängt. Der Vorschlag, in der klinischen Ausbildung das „Lernen auf Station“ durch Einführung mehrmonatiger klinischer Praktika einzuführen, ist eine ausgezeichnete Anregung. Blocktätigkeit in verschiedenen medizinischen Disziplinen, mit voller Einbindung der Studenten in die Patientenversorgung auf Station, ist das Hauptmerkmal der klinischen Ausbildung an den amerikanischen Medical Schools... Jedoch wäre ein solches klinisches Engagement, wie es in den USA von einem Medizinstudenten im zweiten Studienabschnitt gefordert wird, hier nur gegen massiven Protest der großen Mehrheit der Studenten durchzusetzen. Die drei kritischen Autoren haben eine zu optimistische Einschätzung von der Bereitschaft ihrer Kommilitonen, sich täglich zum Beispiel von 8 bis 14 Uhr – in den USA von 8 bis 19 Uhr oder länger! – auf einer Station zu integrieren. Hier wird der dritte Punkt der von den Autoren so gelobten drei Lernziele der amerikanischen Medizinpädagogik berührt: „knowledge, skills, attitudes“...

Eine große Zahl von in der Klinik angewandten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen ist ohne Ärzte mit Kompetenz in Fragen der

Grundlagenforschung nicht durchführbar. Dazu zählen Bereiche wie die Beherrschung immunologischer Probleme bei der Organ- und Knochenmarkstransplantation, die adoptive Immuntherapie, die jetzt breit einsetzende therapeutische Anwendung von gentechnologisch hergestellten Cytokinen, die Entwicklung von Techniken wie künstlicher Insemination und extrakorporaler Befruchtung, oder in der modernen Diagnostik der Einsatz von monoklonalen Antikörpern, der Polymerase-Ketten-Reaktion (PCR) und von cDNA-Hybridisierungstechniken.

Sollten es sich die deutschen Universitätskliniken leisten, auf in der Grundlagenforschung tätige Ärzte zu verzichten, dann verabschieden sie sich nicht nur vom internationalen Standard der ärztlichen Kunst. Sie verzichten dann auch auf die Teilnahme an der Steuerung des innovativen medizinischen

Prozesses. Dieser Prozeß würde dann im wesentlichen vom privaten Sektor bestimmt, während – wie von den Autoren gefordert – die auf die klinische Forschung beschränkte Universitätsklinik dann im wesentlichen die Aufgabe einer Produkteprüfung am Patienten hätte.

Warum eine Verabschiedung der Universitätskliniken von der Grundlagenforschung darüber hinaus aber auch noch günstige Auswirkungen auf Umfang und Niveau der Lehre haben soll, bleibt das Geheimnis der drei Autoren. Die von ihnen favorisierte klinische Forschung ist keineswegs in kürzerer Zeit zu erledigen als Grundlagenarbeit. Ein Zeitgewinn zugunsten der Lehre ist von ihrem Vorschlag also nicht zu erwarten, sehr wohl aber erhebliche Einbußen beim Niveau des theoretischen Unterrichts.

Dr. Jochim Bauer, Medizinische Universitätsklinik, Hugstetterstraße 55, 7800 Freiburg

## Nur Kosmetik

Es ist zu begrüßen, wenn sich das DA der Frage der Neugestaltung des Medizinstudiums annimmt. In Anbetracht der Probleme, vor denen unser Gesundheitswesen heute und morgen steht, erscheint dies dringend geboten.

Die Zahl chronisch Kranker steigt in den letzten Jahren permanent. Noch nie gab es so viele Langzeitpflegebedürftige. Über 50 Prozent der gewerblichen Arbeiter/innen erreichen aus gesundheitlichen Gründen nicht das gesetzliche Rentenalter. Die Lebensqualität von Millionen Menschen ist zum Teil erheblich beeinträchtigt. Für die Zukunft ist eine weitere Zunahme von gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erwarten, da die Noxen heutzutage bereits in früherem Alter auf die Menschen einwirken, als dies früher der Fall war.

Auf der anderen Seite ist offensichtlich, daß die Ursa-

chen für einen Großteil dieser gesundheitlichen Beschwerden bekannt sind. Wenn diese bekannten Ursachen ausgeschaltet würden, wären die entsprechenden Krankheiten vermeidbar.

Davon ist im Medizinstudium nur sehr wenig zu hören. Statt dessen wird in extenso gelehrt, wie Krankheiten behandelt werden sollen, wenn sie bereits entstanden sind. Die dabei erreichte Lebensqualität für den Kranken kann sich nicht entfernt mit der des Gesunden messen lassen.

Von geradezu herausragender Bedeutung als Ursache von Krankheiten ist die Ernährung. Daher ist es geradezu skandalös, daß Ernährungslehre im Medizinstudium nicht gelehrt wird!

Die im Artikel gemachten Vorschläge wie das Lernen auf Station, Kleingruppenunterricht, praktische Prüfungen sind für sich betrachtet alle zu begrüßen und alles andere als neu, geben aber al-

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält: Triamteren 50 mg, Hydrochlorothiazid 25 mg. **Indikationen:** Bluthochdruck (arterielle Hypertonie). Krankhafte Flüssigkeitsansammlungen (Ödeme) bei Herz-, Leber- oder Nierenerkrankungen. Chronische Herzinsuffizienz. **Kontraindikationen:** Schwere Nierenfunktionsstörungen (Niereninsuffizienz mit stark eingeschränkter Harnproduktion) Kreatinin-Clearance kleiner als 30 ml/min und/oder Serum-Kreatinin über 1,8 mg/100 ml, Sulfonamidüberempfindlichkeit (mögliche Kreuzreaktionen beachten) und Hyperkaliämie, Coma hepaticum, Hypokaliämie, Hyponatriämie, Glomerulonephritis, Anurie. Bei mäßig eingeschränkter Nierenfunktion (Kreatinin-Clearance unter 60 ml/min; Serum-Kreatinin 1,5 mg/100 ml und darüber) darf die Anwendung von Dydite H nur unter sorgfältiger Kontrolle des Serumkreatinin- und Serumkaliumspiegels erfolgen. Obwohl es bisher keinen Hinweis dafür gibt, daß Dydite H fruchtschädigend wirkt, sollte das Arzneimittel während der Schwangerschaft und Stillzeit nicht gegeben werden.

**Nebenwirkungen:** Beim Einnehmen auf nüchternen Magen können Übelkeit und Erbrechen auftreten. Diese Nebenwirkungen lassen sich in der Regel vermeiden, wenn das Arzneimittel nach den Mahlzeiten eingenommen wird. Gelegentlich werden Oberbauchbeschwerden, krampfartige Beschwerden im Bauchraum, Obstipation, Diarrhöe, Muskelverspannungen (Wadenkrämpfe) beobachtet. In seltenen Fällen kann es zu Schwindel- oder Schwächegefühl (orthostatische Regulationsstörungen), Müdigkeit, geringgradigen Sehstörungen, Kopfschmerzen, Herzklappen, Nervosität, Mundtrockenheit, Durst, Arzneimittelfieber und Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut (photoallergisches Exanthem, Erytheme) kommen. An die mögliche Entstehung von Blutbildveränderungen (Anämie, Leukopenie, Thrombopenie) sowie Erhöhung der Blutfette und Pankreatitis ist zu denken. Es kann zu Harnsteinbildung oder zu einem vorübergehenden Anstieg stickstoffhaltiger harnpflichtiger Stoffe (Harnstoff, Kreatinin) kommen. Bei Verdacht auf eine Einschränkung der Nierenfunktion sollten vor Behandlungsbeginn Serum-Kalium und Serum-Kreatinin bestimmt werden. Oberhalb eines Serum-Kreatinin-Wertes von 1,5 mg/100 ml sollte verstärkt auf das Auftreten einer Hyperkaliämie geachtet werden. Gegebenenfalls ist die Dosis zu reduzieren oder das Präparat abzusetzen. Bei Patienten mit Verdacht auf Folsäuremangel (Leberzirrhose, chronischer Alkoholabusus, Gravidität mit Mangelernährung) soll auf medikamentenunabhängige Veränderungen des Blutbildes geachtet werden, da es unter diesen Bedingungen zu Veränderungen des roten Blutbildes (Megaloblastose) kommen kann. Gegebenenfalls kann die Therapie unter Gabe von Folsäure (Leucoverin) fortgeführt werden. In Einzelfällen sind auch Hämolyysen durch Bildung von Antikörpern gegen Hydrochlorothiazid bei gleichzeitiger Einnahme von Methylidopa beobachtet worden. Weiter wurden beschrieben eine akute interstitielle Nephritis, ein Ikterus und eine Gefäßentzündung (Vasculitis). Die Auslösung einer Gallenblasenentzündung ist bei bestehenden Gallensteinleiden möglich. Sehr selten wurde bei hydrochlorothiazidhaltigen Arzneimitteln ein plötzlich auftretendes Lungenödem mit Schocksymptomatik beschrieben. Eine allergische Ursache wird angenommen. Ein latenter oder manifester Diabetes oder eine latente oder manifeste Gicht kann sich bei Dauerbehandlung verschlechtern. Es empfiehlt sich daher, bei längerfristiger Anwendung die Blutzucker- und Harnsäurewerte sowie die Serumelektrolyte (vor allem Kalium wegen der Möglichkeit des Auftretens einer Hypo- bzw. Hyperkaliämie) zu kontrollieren.

**Dosierung:** Die Einnahme soll nach den Mahlzeiten erfolgen. Hypertoniebehandlung: Bei Behandlungsbeginn morgens und mittags je 1 Tablette. Zur Dauerbehandlung genügt meist eine Tablette morgens. Ödemtherapie: Bei Behandlungsbeginn 2 mal täglich 1–2 Tabletten bis zum Einsetzen der Diurese. Erhaltungsdosis: 1 Tablette jeden zweiten Tag bis 2 Tabletten täglich. Herzinsuffizienz: Die Dosierung sollte in Abhängigkeit vom Untersuchungsbefund variiert werden. Dabei spielt eine regelmäßige Gewichtskontrolle und die Festlegung eines Sollgewichtes eine dominierende Rolle. 1 bzw. 2 mal 1 Tablette täglich morgens bzw. morgens und mittags sollten diesen Anforderungen gerecht werden, um einen ausgeglichenen Hydratationsgrad herbeizuführen. **Handelsformen und Preise:** OP mit 30 Tabletten (N 1) DM 9,95, OP mit 50 Tabletten (N 2) DM 15,80, OP mit 100 Tabletten (N 3) DM 28,90, Klinikpackungen. Stand Oktober 1989. Röhm Pharma GmbH, Postfach 4347, 6100 Darmstadt 1, Tel. 0 61 51 / 8 77-0.

**Röhm Pharma**  
GMBH WEITERSTADT