



Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Januar 1983

Zur Kenntnis genommen:

„Packen wir's an!“ Das sollten wir am Beginn dieses Jahres mit besonderem Nachdruck sagen, denn wir werden es nötig haben. Die wirtschaftliche Talfahrt hat ihren Tiefpunkt noch nicht erreicht. Auswirkungen auf unser System der sozialen Sicherheit, die Arbeitslosen-, die Renten- und die Krankenversicherung können nicht ausbleiben. Wir müssen damit fertig werden. Mit dem Jahresanfang sind auch eine Reihe von Gesetzen in Kraft getreten, die allen Mitbürgern neue Belastungen auferlegen. Die Erhöhung der Renten wurde auf Mitte des Jahres verschoben, der Kreis der Kindergeld- und Batög-Bezieher eingeschränkt. Korrekturen erfolgten auch am Arbeitslosengeld und der Sozialhilfe. Bezieher höherer Einkommen werden 1983 und 1984 dem Staat 5% ihrer Einkommensteuer als zinslose Investitionsanleihe zur Verfügung stellen müssen. Für Kassenärzte und Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es neue Belastungen. Für jedes verordnete Medikament müssen in der Apotheke jetzt 2,- DM bezahlt werden, bei Krankenhausbehandlung bis zu 2 Wochen täglich 5,- DM. Bei Kuren, die von der Kranken- oder Rentenversicherung gewährt werden, zahlt der Versicherte 10,- DM pro Tag für 4 Wochen. Eine Reihe von Arzneimitteln dürfen ab 1. April nicht mehr auf Kassenrezept verordnet werden, so Medikamente zur Anwendung bei Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten, Mund- und Rachentherapeutika, Abführmittel und Arzneimittel gegen Reisekrankheit.

Kassenärzte und Kassenzahnärzte können bis Jahresmitte nicht mit einer Erhöhung der Punktwerte für die Honorierung ihrer Leistungen rechnen. Höhere Unkosten und die schon erwähnte Investitionsanleihe werden das der Arztfamilie verbleibende Einkommen weiter schmälern. Auch die neue Amtliche Gebührenordnung ist seit 1. Januar geltendes Recht. Das bringt für viele Ärzte weitere Einbußen, für alle, die Arztrechnungen zu schreiben haben, erhebliche Erschwernisse. Es muß euch heute wieder erklärt werden, daß diese Amtliche Gebührenordnung so nicht bleiben kann. Diese Feststellung hat nichts zu tun mit dem Wunsch nach mehr Geld. Es ist die schlichte Forderung nach Gerechtigkeit, nach Ausmerzung von unhaltbaren sachlichen Fehlern. Elektrokardiographische oder radiologische Untersuchungen — diese nur als Beispiele genannt — schlechter zu bewerten als andere ärztliche Leistungen, nur weil hier der Sachkostenanteil höher sei, ist reine Willkür.

Es ist eine lange Liste von Leistungen, die hier aufzuführen wären. Die Bayerische Staatsregierung konnte ich im vorigen Jahr davon überzeugen. Entsprechende Änderungsanträge Bayerns sind aber leider im Bundesrat aus rein fiskalischen Überlegungen niedergestimmt worden. Mir ist nicht sicher bekannt, ob das Bundesgesundheitsministerium bei dieser Gruppeneinteilung von

einem Arzt beraten wurde, oder ob nur Beihiltegesichtspunkte maßgebend waren. Sollte ein Arzt dabei mitgewirkt haben, dann müßte man ihm jede Qualifikation für die Beurteilung ärztlicher Leistungen absprechen.

Auch die Vorschriften über die Erstellung der ärztlichen Liquidation sind äußerst belastend. Gebührenziffer, Legende, Steigerungssatz müssen neben dem Datum der Leistungserbringung ausgewiesen werden. Soweit dies möglich ist, sollte man sich überlegen, ob es nicht einfacher ist, zumindest die oft vorkommenden Leistungen der Praxis auf die Rückseite der Rechnungsformulare drucken zu lassen. Über Begründungsformulierungen bei Überschreitung des „Schwellenwertes“ wird man sich hoffentlich mit der privaten Krankenversicherung einigen können. Dies sollte dann auch für die Beihiltestellen genügen.

Die Abdingung beschränkt sich auf die Höhe der Gebühr. Es muß also in jedem Fall eine Rechnung nach den Vorschriften der Gebührenordnung erstellt werden, die Ziffer für Ziffer ausweist, welche Leistungen erbracht wurden und was sie gekostet hätten. Dies gilt auch für den „Schwellenwert“. Nur diese Rechnung ist nämlich maßgeblich für die Berechnung der Erstattung. Wie weit Gerichtsverfahren zur Änderung oder Klärung beitragen können, läßt sich heute noch nicht übersehen. Das entbindet uns aber nicht von der Pflicht, die neue GOÄ für Leistungen, die nach dem 1. Januar erbracht wurden, anzuwenden, soweit nicht laufende Verträge zu beachten sind.

Abschließend noch ein politischer Ausblick: Bundesregierung und Koalition der CDU/CSU — F.D.P. haben durch ihre beschlossenen Gesetze gezeigt, daß sie die Krise überwinden und die Konsolidierung des „sozialen Netzes“ erreichen wollen. Sie haben Opfer verlangt, und dies wird wenig Freude auslösen. Ob die wahlberechtigten Bürger dies verstehen und anerkennen, wird die März-Wahl zeigen. Selbst wenn man das Hemberger Wahlergebnis nicht als Modell ansehen darf, muß diese Frage offenbleiben. Was eine linke Koalition für uns Ärzte bringen würde, ist uns aus den Programmen, Deklarationen und Forderungen zur Genüge bekannt. Was dann in der gesundheitlichen Versorgung auf den Bürger zukäme, weiß man aus Ländern mit sozialisierten Gesundheitssystemen zur Genüge. Die März-Wahl wird darüber entscheiden, ob es für uns Frühling, oder harter Winter wird.

Professor Dr. Sewering

Intensive Arbeit der Ausschüsse

Nach den Referaten von Präsident Professor Dr. Sewering und Vizepräsident Dr. Braun berichteten die Vorsitzenden der Ausschüsse — eingeschlossen auch die Fortbildungsakademie — aus der Arbeit Ihrer Gremien

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

Dr. E. Thäle

„Der geistig wache Mensch prüft die Tatsachen, ehe er Folgerungen zieht, er urteilt nachher. Der geistig Träge ist hingegen schon bei den Folgerungen, ehe er noch die Tatsachen kennt, er urteilt vorher und ist voreingenommen. Wir haben nicht viel zu hoffen, so lange wir nicht hinreichend klug werden, um uns von den Vorurteilen, den Halbwahrheiten und der Unwissenheit zu lösen.“ Diesen Ausspruch, den Dr. Martin Luther King, der amerikanische Bürgerrechtsführer, der 1968 Opfer eines Attentates wurde, tätigte, läßt sich auch für uns als Ärzte als Leitfaden gut in unsere berufliche Tätigkeit einordnen.

Bei der Abfassung dieses Tätigkeitsberichtes fiel mir u. a. das „Deutsche Ärzteblatt“ vom 21. Juni 1931 in die Hände, in dem Professor Rieck aus Göttingen unter der Überschrift „Entwicklung und Ziele der ärztlichen Fortbildung“ ausführte, daß die Anfänge des ärztlichen Fortbildungswesens weit in das vorige Jahrhundert hineinreichen. Bereits 1902 faßten die Bayerischen Ärztekammern eine Entschliebung: „die freiwillige Einrichtung ärztlicher Fortbildungskurse wird als notwendig anerkannt und empfohlen und diese Einrichtungen sind je nach örtlichen Verhältnissen und Bedürfnissen ins Leben zu rufen.“ Darin sehen wir zu Recht eine nachweisbare lange Tradition der ärztlichen Fortbildung, wie sie kaum ein anderer Berufsstand aufweisen kann.

Über die Aktivitäten in der ärztlichen Fortbildung durch die Berufsvertretung der Ärzte Bayerns ist bereits im Geschäftsbericht der Kammer — „Bayerisches Ärzteblatt“, September 1982 — ausführlich informiert



worden. Im Berichtszeitraum hat die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung dreimal satzungsgemäß getagt (nach § 8 der Satzung der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung sind mindestens zwei Sitzungen jährlich vorgesehen).

Wir haben uns in diesen Sitzungen insbesondere auch mit den Auswüchsen oder dem Wildwuchs in der ärztlichen Fortbildung befassen müssen. Wir sind jedoch grundsätzlich der Meinung, daß die speziellen Veranstaltungen der ärztlichen Berufsvertretung dem Fortbildungsziel am nächsten kommen. Hier sind in aller Regel Vorträge oder Seminare angeboten, in denen die speziellen diagnostischen und therapeutischen Probleme der ärztlichen Praxis dargestellt und diskutiert werden. Es werden verständliche Übersichtsreferate angeboten, während das Anhören von ganz speziellen Darstellungen für die überwiegende Zahl der Hörer erfahrungsgemäß sinnlos ist und gelegentlich vergeudete Zeit bedeutet. Didaktische Mängel des Vortrages, nicht lesbare Diapositive (zum Teil in fremder Sprache!) ver-

vollständigen diesen Eindruck von zu speziellen Referenten.

Diagnostisches und therapeutisches Denken muß geübt werden, und dies gelingt durch nichts besser als durch das ärztliche Gespräch. Auf solche Weise lernt auch der Kliniker die Probleme des niedergelassenen Arztes sowie dessen diagnostische und therapeutische Schwierigkeiten kennen, die ein völlig anderes Gesicht haben können als in der Klinik. In der Klinik arbeitet eben eine Gruppe von Ärzten zusammen, die sich in Diagnostik und Therapie gegenseitig kontrolliert und korrigiert. Diese Möglichkeiten stehen dem niedergelassenen Arzt nur dann zur Verfügung, wenn eine ständige Zusammenarbeit zwischen Klinik und Praxis und auch untereinander gepflegt wird. Diesen interkollegialen Kontakt zu intensivieren, war auch ein besonderes Anliegen der Sitzungen der Akademie im abgelaufenen Berichtsjahr.

In der Dezember-Sitzung 1981 befaßte sich der Ausschuß mit dem Antrag des Deutschen Herzzentrums in München, die Bayerische Landesärztekammer möge eine internationale Fortbildungsveranstaltung in Athen im September 1982 — gemeinsam veranstaltet vom Deutschen Herzzentrum/München und der Texas Heart-Institution — offiziell als Fortbildungsveranstaltung „anerkennen“. Der Ausschuß ist einheitlich der Auffassung, daß weder im Kammergesetz noch in der Berufsordnung der Begriff „anerkannte Fortbildung“ enthalten ist. Aus diesem Grunde wurde es von uns für wenig sinnvoll, ja berufspolitisch sogar für bedenklich gehalten, einen solchen Begriff überhaupt einzuführen. Hier ist nämlich eine Grundsatfrage der „Qualitätsprüfung ärztlicher Fortbildung“ angesprochen. Zunächst müßte doch die Frage geklärt werden, nach welchen Kriterien wir als ärztliche Körperschaft „anerkennen“. Ohne eine klare Festlegung von Qualitätskriterien für die „Anerkennung“ bestehen keinerlei Grundlagen für eine Nichtanerkennung. Solche Kriterien müßten einerseits fachlich ausreichend fundiert, andererseits insbesondere aber auch justitiabel sein, da wir in der ärztlichen Fortbildung leider schon seit langem einen Wildwuchs merkantiler Art beobachten müssen. Diese Interessenten könnten eine Klage gegen die betreffende

Kammer einreichen, der sie dann möglicherweise eine Monopolanmaßung vorwerfen.

Effizienzkontrolle – Schwerpunkt der Akademietätigkeit

1976 in Regensburg beschloß der 29. Bayerische Ärztetag eine Satzung der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung, in der es u. a. im § 5 heißt: „Aufgaben der Akademie sind:

1. Gegenseitige thematische, zeitliche und methodische Abstimmung der Fortbildung in Bayern;
2. Erarbeitung von aktuellen Schwerpunktthemen für die ärztliche Fortbildung für ein Fortbildungsjahr;
3. Erarbeitung von anderen aktuellen Themen, die den Fortbildungsveranstaltungen vorgeschlagen werden können;
4. Gewinnung von Referenten für die jeweiligen Themen;
5. Erarbeitung von Finanzierungsvorschlägen;
6. Erarbeitung von Vorschlägen für eine Effizienzkontrolle.“

Bei den angeführten ersten fünf Aufgaben darf ich also nochmals auf den Geschäftsbericht der Kammer in der September-Ausgabe des „Bayerischen Ärzteblattes“ verweisen. Im übrigen hat die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung – wie alljährlich – eine überarbeitete „Referentenliste 1982“ herausgegeben, aus der die Fortbildungsbeauftragten sich Thematik und Referenten aussuchen können.

Zu Aufgabe 6 der Satzung: „Erarbeitung von Vorschlägen für eine Effizienzkontrolle“ wurde vom 31. Bayerischen Ärztetag in St. Englmar 1978 eine Entschließung unter dem Betreff „Fortbildungsnachweis“ gefaßt, die folgenden Wortlaut hatte:

„1. Die Bayerische Landesärztekammer versendet einen geeigneten Fortbildungsnachweis, gliedert in zwei Teile:

a) Kalendarium mit Zweijahresübersicht, um eigene Notizen über Ort, Zeit und Themen selbstgewählter Fortbildungsveranstaltungen eintragen zu können.

b) Stempelfelder für Belegung der Teilnahme durch Stempelaufdruck.

2. Die Bayerische Landesärztekammer versendet einen Fragebogen (Doppelbogen) an alle Ärzte Bayerns, der nach dem Multiple-choice-Verfahren aufgebaut ist, und sich mit Notfallmedizinischen Themen befaßt, wie sie als „Gelbe Beilagen“ im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlicht und voraussichtlich im Frühjahr 1979 in Form eines Bandes der Schriftenreihe herausgegeben werden.

3. Nach zwei Jahren der Erprobung berichtet die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung dem 33. Bayerischen Ärztetag über die bisherigen Erfahrungen.“

Bereits 1981 in Lindau wurde berichtet, daß die Testbogenaktion 1981 ein durchweg positives Ergebnis erbrachte und einen wesentlichen Überblick über das gute theoretische und praktische Wissen der teilnehmenden Ärzte erkennen ließ. Ich halte damit diesen Auftrag des Bayerischen Ärztetages in St. Englmar für erfüllt.

Nach vier Jahren läßt sich heute in Ergänzung dazu ausführen: Auch bei der Testbogenaktion 1982 war das Befragungsergebnis in der Richtigkeit der Antworten mit 76,47 Prozent außerordentlich hoch. Erfreulich bei dieser Testbogenaktion war für uns die Erkenntnis, daß bei den besonders relevanten Fragestellungen die Richtigkeitsquote sehr hoch lag, z. B. Maßnahmen beim Spannungspneu, Frage des Zeitpunktes der stationären Einweisung eines Patienten mit präkardialen Schmerzenanfall, oder was beim Angina pectoris-Anfall zu tun sei bzw. in welchen Notfallsituationen sofort zu intubieren ist, oder welches die wichtigste Maßnahme bei der Einweisung eines Patienten mit der Diagnose „Akuter Bauch“ ist. Dies läßt doch erkennen, daß die Kollegen, die sich aktiv an dieser Testbogenaktion beteiligt haben, zweifelsohne einen hervorragenden Wissensstand bezüglich der gefragten Notfallmaßnahmen besitzen, und ich möchte wieder einmal allen den Kollegen, die sich in den vergangenen Jahren an dieser Testbogenaktion beteiligt haben, meinen besonderen Dank sagen; sie haben nicht nur sich selbst, sondern mittelbar auch ihren Patienten einen zusätzlichen Dienst erwiesen.

Ziehen wir jedoch das Resümee dieser Aktion, so fällt doch eine außer-

ordentliche Rückläufigkeit der Beteiligung auf. Insgesamt haben sich an den Testbogenaktionen 3254 Kolleginnen und Kollegen beteiligt, davon bei der

ersten Testbogenaktion 1980: 1828

zweiten Testbogenaktion 1981: 992

dritten Testbogenaktion 1982: 334 (bis 12. August 1982).

Daraus schlicht zu entnehmen, daß die Fragestellung eventuell zu schwierig geworden sei, ist insofern unrichtig, als viele Kollegen richtige Antworten abgaben, und wir uns bei der letzten Testbogenaktion besonders bemüht haben, die Fragestellung erstens klarer zu fassen und zweitens eine geringere Anzahl von Fragen, hier nur 22, anzubieten.

Wir haben auch gerne dem Wunsche der Fortbildungsakademie in Nordrhein entsprochen und unsere Testfragen dieser Ärztekammer zur Verfügung gestellt.

Die Frage, die sich nunmehr nach Abschluß der Testbogenaktion und nach Durchführung des Auftrages des Bayerischen Ärztetages in St. Englmar ergibt, gebe ich gerne an den Ärztetag zurück, um eine Antwort darauf zu erhalten: Sollen wir

– weitere Testbogenaktionen folgen lassen?

– diese einstellen oder

– weitere oder andere Nachweismöglichkeiten erarbeiten, um sie erneut der bayerischen Ärzteschaft anzubieten, damit ihnen auch weiterhin die Möglichkeit gegeben wird, einen eventuellen geforderten Fortbildungsnachweis vorlegen zu können?

– oder sollte generell allen Ärzten in Bayern einmal die Frage eines Fortbildungsnachweises offeriert werden?

In der letzten Sitzung der Akademie für ärztliche Fortbildung am 25. September 1982 in Augsburg sind die Mitglieder zu folgendem einstimmigen Ergebnis gekommen: Die bisher bereits verwandten Fortbildungsnachweise genügen dem § 7 Abs. 4 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1978 (Nachweispflicht der Fortbildung gegenüber der Bayerischen Landesärztekammer). Es wird daher den Kolleginnen und Kollegen empfohlen, von diesem Nachweis Gebrauch zu machen.

Amoxi-Tablinen[®]
1000 mg Amoxicillin

neu
von Sanorania

Infektionen
1. 10. 82:
weitere drastische
Senkung der
Therapiekosten

Zusammensetzung
1 Tablette enthält 1147,6 mg
Amoxicillintrihydrat, entsprechend
1000 mg Amoxicillin.

Indikationen
Infektionen mit amoxicillinempfindlichen Erregern, z. B. Infektionen der Atemwege und Lunge, im Magen-Darm-Trakt (einschließlich Typhus), im Urogenital-Trakt, im HNO-Bereich, der Gallenblase und -wege, der Haut und Weichteile.

Kontraindikationen
Penicillinallergie, Mononukleose. Während der Schwangerschaft sollte die Indikation streng gestellt werden. Kreuzallergie mit anderen Penicillinen und Cephalosporinen.

Nebenwirkungen
Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. anaphylaktische Reaktionen), Magenreizungen und Durchfälle, Masern-ähnliche Hautausschläge in Verbindung mit Juckreiz und Arzneimittelfieber.

Dosierung
Erwachsene und Jugendliche über 14 Jahre: 3 mal täglich 1 Tablette, Schulkinder (6 bis 14 Jahre): 3 mal täglich ½ Tablette.

10 Tabl. 20 Tabl.

34.95 68.-

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“

Professor Dr. D. Kunze



Die Probleme, die auf dem letzten Ärztetag in Lindau anzusprechen waren – „Verbesserte Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten“ –, sind uns im wesentlichen erhalten geblieben. Zumeist haben sie an Bedeutung eher gewonnen.

Ich möchte folgende Schwerpunkte aufgreifen:

– Die Situation der Krankenhausärzte vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichts und der Tendenz sogenannte „fachübergreifende Bereitschaftsdienste“ einzuführen.

– Den Bayern-Vertrag mit seinem Ziel einer abgestuften besseren Zusammenarbeit zwischen Niedergelassenen und Krankenhausärzten; aber auch die – nicht immer sachliche – Diskussion über die behaupteten „Selbsteinweisungen“ durch Krankenhausärzte.

– Fragen, die mit der Novellierung der Approbationsordnung zusammenhängen und auch die der Zulassung zum Medizinstudium, wegen ihrer enormen Auswirkungen auf die Situation unseres Berufsstandes insgesamt, zunächst aber auf die der Krankenhausärzte.

Es ist hier nicht der Ort, auf Einzelheiten des Urteils des Bundesar-

beitsgerichts zum Bereitschaftsdienst der Krankenhausärzte einzugehen, dennoch muß man sehen, daß mit diesem Urteil ein Wandel in den Arbeitsbedingungen unseres gesamten Krankenhauspersonals eingeläutet wird.

Es ist eine Situation entstanden, die erhebliche Konsequenzen nach sich zieht, und dies gilt nicht nur für Ärzte in kommunalen Krankenhäusern, sondern wie Staatsminister Dr. Pirkl auf Landtagsanfrage – in Abstimmung mit den Staatsministerien der Finanzen und dem für Unterricht und Kultus – eingeräumt hat, ebenso für die beamteten Ärzte an Universitätskliniken. Das Bundesarbeitsgericht stellt schlicht fest, daß die derzeit geltenden tariflichen Regelungen zum Bereitschaftsdienst teilweise gegen die Menschenwürde verstoßen und deshalb auch verfassungswidrig sind. Es muß jedem klar sein, daß die Vorstellungen des Bundesarbeitsgerichts mit den Realitäten unseres Krankenhausbetriebes nur schwer vereinbar sind. Die Tarifvertragsparteien sind aufgefordert, in den derzeit laufenden Tarifverhandlungen Lösungen zu finden, die den Vorstellungen des Bundesarbeitsgerichts ebenso gerecht werden, wie den Interessen der Patienten und dem Schutzbedürfnis des Krankenhauspersonals, die aber auch die wirtschaftliche Gesamtlage berücksichtigen.

Letztlich wird man sich in Zukunft aber entscheiden müssen, ob man die Leistungen an den Krankenhäusern einschränken oder aber sie personell so ausstatten will, daß den Maßstäben des Bundesarbeitsgerichts wenigstens annähernd entsprochen werden kann. Allerdings hat die Entscheidung des Bundesarbeitsgerichts auch unübersehbare haftungsrechtliche Konsequenzen, die hier im einzelnen nicht dargestellt werden sollen, den beteiligten Krankenhausärzten jedoch bewußt sein müssen, wollen sie nicht Gefahr laufen, in erhebliche Konfliktsituationen zu kommen.

Problematisch – die fachübergreifenden Bereitschaftsdienste

Mit großer Sorge sehen wir auch die Bestrebungen, unter dem Druck der Kostenträger an vielen kleineren und mittleren Krankenhäusern, ja sogar an Universitätskliniken, soge-

nannte „fachübergreifende Bereitschaftsdienste“ einzuführen. Auch hier handelt es sich nicht um eine nur innerärztliche oder nur krankenhaushäusärztliche Organisationsfrage, sondern ebenfalls um die Qualität der ärztlichen Versorgung an unseren Krankenhäusern ganz allgemein. Wenn man aus Kostengründen an den Bereitschaftsdiensten sparen will, kann man dies tun, muß sich aber im klaren sein, daß dies zugleich zu einer qualitativ sehr viel schlechteren Versorgung an unseren Krankenhäusern führen muß. Auch Universitätsverwaltungen melden, Kostenersparnis gehe vor eine qualitativ hochstehende ärztliche Versorgung. Diejenigen, die derartige Empfehlungen an ihre Verwaltungen geben, sollten auch den Patienten reinen Wein einschenken! Welchen Wert hätten denn alle „Perinatalogie-Studien“ und unser Bemühen um Senkung der Säuglingssterblichkeit, wenn wir aus falsch verstandener Sparsamkeit den Bereitschaftsdienst im Kreißsaal am Ende dem diensthabenden Assistenzarzt der benachbarten chirurgischen Abteilung überlassen sollen?

Auch in anderer Weise werden die Krankenhausärzte derzeit zunehmend unter Druck gesetzt. Vor allem die Kostenträger sind der Meinung, noch mehr als schon bisher sollten ärztliche Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden, wo Kostendämpfung wirksamer betrieben werden könne. Diese Frage stand auch im Mittelpunkt einer gemeinsamen Sitzung des Kammerausschusses „Angestellte und beamtete Ärzte“ und des „Krankenhausausschusses“ mit Mitgliedern des Kammervorstandes bzw. des Vorstandes der KVB, unter dem Vorsitz des Präsidenten.

Die Diskussion spitzte sich auf die Frage zu, ob es zweckmäßig ist, all die Leistungen, die traditionell im Krankenhaus angesiedelt sind und die heute unter Umständen auch ambulant erbracht werden können, tatsächlich in den ambulanten Bereich zu verlagern. Am Ende bedeutet dies die Entscheidung darüber, ob es überhaupt Präferenzen für die stationäre Versorgung gibt, wenn man einmal von der notfalloperativen Versorgung absieht, bei der niemand zweifelt, daß sie dem Krankenhaus in nächster Zeit wohl vorbehalten bleibt. Es geht hier um die

Frage, ob die Krankenhäuser letztlich nur noch eine „Feuerwehrfunktion“ zu übernehmen haben. Wir müssen uns innerärztlich darüber einigen, welche spezifischen Merkmale für die Krankenhausbehandlung gelten sollen. Dabei können und dürfen aber nicht — wie in letzter Zeit häufig geschehen — allein Kostenaspekte gesehen werden. Die Interessen unserer Patienten, also allein medizinische Überlegungen, dürfen unsere Entscheidung bestimmen.

Eines der erklärten Ziele des Bayern-Vertrages war und ist es, unsere niedergelassenen Kollegen zur Anlegung strenger Maßstäbe bei der Einweisung zur Krankenhausbehandlung zu veranlassen. Dies ist ein sachlich anerkennenswertes Ziel, das stets geltenden Grundsätzen des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht.

Was heißt „Selbstleinweisungen“?

Daß die Zahl der Krankenhauspflegegelege nicht zurückgegangen ist, lastet man den Krankenhäusern, letztlich uns Krankenhausärzten an, die wir durch „Selbstleinweisungen“ angeblich die Krankenhausbetten mit Patienten füllen, die einer stationären Behandlung nicht bedürften.

Nach einer Untersuchung des Statistischen Bundesamtes werden heute mehr Patienten bei kürzerer Liegedauer in unseren Krankenhäusern behandelt. Zwischen 1970 und 1980 hat die Zahl der stationären Patienten um 24 Prozent, von jährlich 9,3 auf 11,6 Millionen zugenommen. Diese Steigerung ist allerdings in den letzten Jahren merklich abgeflacht, und zwar bundesweit, nicht etwa nur in Bayern.

In den letzten Jahren haben sich erhebliche Veränderungen ergeben. Sie haben die verschiedensten Ursachen, von denen ich nur einige wenige aufzeigen möchte:

— An erster Stelle wäre das zunehmende Anspruchsverhalten der Bevölkerung zu sehen, mit dem auch unsere niedergelassenen Kollegen ständig konfrontiert sind,

— daneben die geringeren Finanzierungsmittel, um diese gesteigerten Anforderungen zu erfüllen,

neu von Sanorania

Indorektal®
100 mg Indometacin

Indo-Tablinen®
50 mg Indometacin

1. 10. 82:
Rheumatherapie noch sparsamer

Zusammensetzung
1 Suppositorium enthält 100 mg Indometacin,
1 Tablette enthält 50 mg Indometacin.

Indikationen
Entzündliche und degenerative (rheumatische) Erkrankungen des Bewegungsapparates.

Kontraindikationen
Ulcus ventriculi et duodeni, auch in der Anamnese, Allergie gegen Acetylsalicylsäure oder Indometacin, Anwendung bei Kindern unter 14 Jahren.

Nebenwirkungen
Gastrointestinale Störungen und Blutungen, Kopfschmerzen, Schwindel, Somnolenz, psychische Störungen, allergische Hauterscheinungen, Störungen der Hämatopoese; Sehstörung; Retina- und Makulaveränderungen.

Dosierung
Indorektal: 1–2 × 1 Suppositorium.
Indo-Tablinen: 2–3 × ½–1 Tablette.

	10 Supp.	50 Supp.
stark gesenkte Preise	9.90	46.00
	20 Tabl.	50 Tabl.
	5.60	12.70

S SANORANIA Dr.G.Strohscheer
1 Berlin 28

— dann weiter eine zunehmende Technisierung der Medizin und nicht zuletzt veränderte diagnostische und therapeutische Möglichkeiten, deren Nutzung der Krankenhauspatient ebenso erwartet, wie der Patient unseres freipraktizierenden Kollegen.

Es gibt kaum eine Presseverlautbarung zum Bayern-Vertrag, in der nicht auch die Frage der „Selbsteinweisungen“ angesprochen wird. Auch bei ärztlichen Verbänden stößt man auf entsprechende Vorwürfe. Der Verband der Niedergelassenen Ärzte — NAV behauptet in seiner Verbandszeitschrift: „Wer sehen will, kann beobachten, daß die Zahl der sogenannten Selbsteinweisungen der Krankenhäuser in letzter Zeit bundesweit gestiegen ist und regional bereits Quoten von über 50, ja sogar 72 Prozent erreicht.“ In der gleichen Veröffentlichung wird auch die Tatsache, daß zur stationären Behandlung der Patient in der Regel vom niedergelassenen Arzt eingewiesen wird, als schlicht falsch bezeichnet. Man könnte ebenso unsachlich fragen, ob denn unsere Kollegen auch in der Vergangenheit nicht eingewiesen haben und — weil man diese Frage wohl zugunsten des Krankenhauses beantworten muß — dann die Frage anschließen, warum sie es denn mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit ehemals nicht so ernst genommen haben!

Ursachen steigender Krankenhaushäufigkeit

Es ist in der Tat schwer zu verstehen, warum die Bundesrepublik Deutschland mit der höchsten Ärztedichte der Welt im niedergelassenen Bereich dennoch in bezug auf die Krankenhaushäufigkeit und Verweildauer der Patienten auch eine Spitzenstellung einnimmt. Eigentlich müßte das eine das andere ausschließen: Bei konsequenter Beachtung der Prinzipien des Bayern-Vertrages und der veränderten Situation, daß heute in der ambulanten Medizin viel mehr möglich ist als früher — wie es der Präsident im Leitartikel des „Bayerischen Ärzteblattes“ im September auch erneut unterstrichen hat —, wäre zu erwarten, daß die Häufigkeit aber auch die Verweildauer im Krankenhaus geringer ist als in Ländern mit einer niedrigeren Ärztdichte im ambulanten Bereich.

Die sogenannten „Selbsteinweisungen“ können dieses Phänomen nicht erklären. Die Krankenhausärzte müssen sich jedoch gegen den Vorwurf wehren, sie seien für diese Entwicklung hauptsächlich verantwortlich.

Wir Krankenhausärzte sind aber auch nicht an einer stärkeren Institutionalisierung der ambulanten Medizin an unseren Krankenhäusern interessiert — wie dies der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft öffentlich proklamiert: Wir haben vollauf mit unseren Aufgaben im stationären Bereich zu tun und könnten zusätzliche Leistungen nur mit zusätzlichem ärztlichen und medizinisch-technischen Personal übernehmen. Sicher ist auch ambulante Leistung in der Krankenhausambulanz nicht kostengünstiger zu erbringen als durch unsere niedergelassenen Kollegen.

Wer allerdings die bewährte Arbeitsteilung zwischen ambulanter Versorgung und Krankenhausmedizin insgesamt in Frage stellt, löst möglicherweise Entwicklungen aus, die unser gegliedertes System der gesundheitlichen Versorgung letztlich zum Nachteil unserer Patienten und dem aller ärztlichen Berufsgruppen gefährden.

Die Ärztekammer, als Einrichtung der gemeinsamen Selbstverwaltung aller ärztlichen Berufsgruppen, hat aus unserer Sicht die bedeutsame Aufgabe, in der zunehmend bedrängten Lage unseres gemeinsamen Berufsstandes den sechsgerechten Ausgleich zwischen allen Bereichen ärztlichen Wirkens herbeizuführen.

Novellierung der Approbationsordnung

In dem jetzt vorliegenden Entwurf einer Novelle zur Approbationsordnung hat man wiederum einen zweifelten Versuch zur Mängelbeseitigung in der medizinischen Ausbildung zu sehen, mit dem nur an Symptomen herumkuriert wird, ohne die Ursache selbst einzupacken. Vielen Forderungen Deutscher Ärztetage ist zwar Rechnung getragen, so z. B. der nach Einführung einer Ausbildungszieldefinition, aber die wesentliche, die nach

Einführung einer zusätzlichen Praxisphase in der Ausbildung, ist nicht realisiert worden.

Der Hinweis, daß beabsichtigt sei, die Eignungszeit für die kassenärztliche Tätigkeit auf zwei Jahre auszudehnen, womit sich das Problem in gewisser Weise selbst löse, vermag über diese Mängel nicht hinwegzuträsten. Die wichtigsten Neuerungen: Die Verlängerung der Famulatur von vier auf sechs Monate, was einer Forderung nach mehr Praxis innerhalb der Ausbildung dienen soll, im Effekt aber fraglich bleiben wird; die Wiedereinführung von Pflichtvorlesungen, die ein Praktikum vorbereiten sollen, sowie die Einführung von mündlichen Prüfungen mit Benotung, ja eine Novellierung der gesamten Prüfungsordnung.

Man kann ohnehin behaupten, daß es sich nur um eine Novellierung der Prüfungsordnung handelt. In diesem Sinne haben sich nicht nur verschiedene ärztliche Organisationen, sondern vor allem auch die studentischen Organisationen geäußert. Sie allerdings mit Argumenten, die ich für bedenklich halte, weil Elemente verstärkter Leistungsbewertung abgelehnt und einer Nivellierung das Wort geredet wird. Anders kann man den Verband der Deutschen Studentenschaft (= VDS) nicht interpretieren, wenn er gegen den Novellierungsentwurf mit folgenden Argumenten zu Felde zieht: „Dadurch würden Ärzte produziert, die anstelle von Offenheit und Kooperationsbereitschaft Konkurrenz- und Ellenbogenmentalität an den Tag legen.“ Deshalb würde vom VDS die Novellierung in allen Punkten entschieden abgelehnt, weil „sie eine zusätzliche Regulierungsmöglichkeit der Kassenärztlichen Vereinigung für den selbst bestimmten Ärztebedarf sieht“.

Wichtiger sind im Entwurf der Approbationsordnung die mehrfachen Hinweise auf notwendige Änderungen der Kapazitätsverordnung. Für sie sind in erster Linie die Länder verantwortlich. Deshalb sind besonders sie aufgerufen, auf die Studentenzahlen einzuwirken. Leider haben die Appelle früherer Bayerischer Ärztetage in diesen Punkten nichts Wesentliches bewirken können. Wesentlich erscheint mir am Novellierungsentwurf der Hinweis auf die Belastung der Patienten durch hohe

Die Nummer 1
beim Prostata-Adenom

Harzol®

Der
Therapieerfolg
ist...

- tastbar
- spürbar
- meßbar

Harzol ist die bestgeprüfte und meistverordnete Medikation beim Prostata-Adenom. Harzol beseitigt Kongestionen, Schwellungen und Entzündungen, erhöht den Uroflow, bildet Restharmengen zurück, verbessert die Urinbefunde und führt zu schneller Besserung der Beschwerden.

Kurzinformation zu Harzol®, HOYER, 4040 Neuss 21

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 10 mg β -Sitosterin. **Anwendungsgebiet:** Prostata-Adenom. **Gegenanzeigen:** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen Magenunbekömmlichkeit.

Dosierung und Anwendungswise: Initialtherapie: Im allgemeinen 3mal täglich 2 Kapseln. Langzeittherapie: Im allgemeinen 3mal täglich 1 Kapsel. Die Kapseln sollen mit etwas Flüssigkeit nach den Mahlzeiten eingenommen werden. **Darreichungsform,**

Packungsgrößen und Preise: OP mit 60 Kapseln DM 23,49; OP mit 120 Kapseln DM 39,40; OP mit 360 Kapseln DM 103,17.
Stand: Jan. 1983

HOYER GmbH & Co.
Pharmazeutische Präparate
4040 Neuss 21



Studentenzahlen. Vielleicht ist hier ein Ansatzpunkt für rechtliche Überlegungen, die den verfassungsrechtlichen Ausbildungsanspruch wesentlich modifizieren könnten.

Einer der umstrittensten Punkte des Entwurfes, der den Quereinstieg in des Medizinstudium nach einer reinen Fachschulausbildung ermöglichen würde, sollte sich mit dem Regierungswechsel in Bonn erledigt haben, auch wenn die Möglichkeit zum Quereinstieg sich weitgehend mit den Vorstellungen der Gewerkschaft ÖTV deckt. Sie sieht als Ausbildungsziel lediglich einen „weiterbildungsfähigen“ Mediziner und will den Arztberuf letztlich zu einem nicht-wissenschaftlichen Heilberuf degradieren. Die von der ÖTV geforderte „Pflichtweiterbildung“ – vor der Approbation! – würde den einheitlichen Arztberuf endgültig zerschlagen. (Zitat): „Eine stärkere Betonung von vorbeugenden und wiederherstellenden Maßnahmen sowie der Primärversorgung, ein Abbau des ärztlichen Monopols sowie eine Aufwertung der Medizinalberufe und ihrer Ausbildung, eine stärkere Regionalisierung des Gesundheitswesens, Förderung des Gesundheitsbewußtseins bei den Laien sowie eine ganzheitliche Betrachtungsweise von Gesundheitsproblemen.“ Bleibt nur zu hoffen, daß derartige Forderungen keine reale Bedeutung erlangen.

Als Vorsitzender des Ausschusses „Angestellte und beamtete Ärzte“ wünsche ich mir eine größere Zahl von Delegierten aus diesen Berufsgruppen, durch die auch das zahlenmäßige Gewicht der „Nichtniedergelassenen“ in unserer Kammer zum Ausdruck käme. Daß auch eine stärkere Wahlbeteiligung meiner Kolleginnen und Kollegen eine der Voraussetzungen für diese verstärkte Repräsentanz ist, weiß ich. Wir werden uns nachdrücklich bemühen, dies auch unseren jüngeren Kollegen bewußt zu machen. Wir wissen, daß wir die Kammer in den nächsten Jahren noch mehr brauchen als in der Vergangenheit. Sie ist die einzige Institution, in der wir Ärzte noch über alle Berufsgruppen hinweg miteinander reden können, wo wir den Interessenausgleich zwischen „Niedergelassenen“ und „Krankenhausärzten“, zwischen „Allgemeinärzten“ und „Gebietsärzten“, vor allem aber auch zwischen den Generationen suchen können.

Ausschuß für Hochschulfragen

Professor Dr. W. Ch. Hecker



Der Ausschuß für Hochschulfragen hat in der Sitzungsperiode 1981/82 sich schwerpunktmäßig mit zwei Themen beschäftigt:

– erstens mit der außerordentlich ungünstigen Situation der Pflegekräfte an Universitätskliniken und

– zweitens mit der nicht ruhen wollenden Diskussion um die Approbationsordnung.

Zum ersten Problemkreis wurde nach umfangreichen Erhebungen an bayerischen Universitätskliniken festgestellt, daß der Stellenplanschlüssel für Krankenpflegekräfte bei weitem nicht ausreicht. Als Begründung wird u. a. angegeben der erhöhte Urlaubsanspruch und die vermehrt zu beanspruchenden Zusatzurlaube; kein oder unzureichender Ersatz bei Mutterschaftsurlaub; vermehrt notwendiger Freizeitausgleich; wesentlich erhöhter Arbeitsaufwand pro Patient, da vermehrt Zuweisungen von Schwerstkranken erfolgt; vermehrte und sehr personalintensive Überwachung komplizierter Apparate; vermehrtes Verlangen nach Weiterbildung für Fachschwestern und Fachpfleger, ohne daß während der Kurszeiten ein Stellenplanausgleich erfolgt.

Die vorhandenen Planstellen können zum Teil nicht oder nur unter großen Schwierigkeiten und zum

Teil nur von minderqualifiziertem Personal besetzt werden. Als Gründe hierfür werden genannt: Überlastung der Pflegekräfte, weil der Personalschlüssel nicht ausreicht, vermehrtes Verlangen, keinen Nacht-, Wochenend- und Wachdienst zu übernehmen; vermehrter Wunsch nach Teilzeitbeschäftigung, und zwar nur vormittags; ungünstige Dienstzeit, 5-Tage-Woche vielfach nicht möglich; vermehrtes Verlangen nach komfortableren Unterkünften. Die Tatsache, daß vorhandene Planstellen nur schwer zu besetzen sind, trifft vornehmlich die Frauen- und Kinderkliniken, in denen zum Teil 20 bis 40 Prozent nicht-besetzte Planstellen gemeldet werden.

Aus diesen Umfrageergebnissen erarbeitete der Ausschuß Vorschläge, wie die Pflegekräfteproblematik an Universitätskliniken gesteuert werden kann: Zur Verbesserung des Bettenschlüssels wird vorgeschlagen: Für Allgemeine Erwachsenenstationen

3 Patienten = 1 Pflegekraft für Kinder

2 Kinder = 1 Pflegekraft für Intensivpatienten – Kinder und Erwachsene

1 Patient = 4 Pflegekräfte für Operationsabteilungen

1 Operationstisch = 4 Pflegekräfte

Hinsichtlich der Approbationsordnung hat der Ausschuß eine Stellungnahme zur Vierten Verordnung zur Änderung der Approbationsordnung für Ärzte, vorgelegt vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit, erarbeitet, der Eingang gefunden hat in eine Entschliebung zur Approbationsordnung des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer.

Folgende Thesen wurden erarbeitet:

– Eine zusätzliche Praxisphase nach der Universitätsausbildung ist unverzichtbar.

– Die Zahl der Studenten muß der Kapazität des Lehrkörpers, der zur Verfügung stehenden Patientenzahlen und der vorhandenen Räume angemessen sein. Mit anderen Worten, es muß eine drastische Reduzierung der jährlichen Zahl der Studienanfänger erfolgen.

– Die Einführung der mündlichen Prüfungen wird begrüßt. Es bleibt

allerdings abzuwarten, ob die dazu vorgesehenen Vorschriften mit der Einrichtung von Prüfungskommissionen und festgelegten Prüfungszeiten von den Hochschullehrern überhaupt bewältigt werden können.

Es ist vorgesehen, in der kommenden Sitzungsperiode zusammen mit dem Krankenhausausschuß die prekäre Situation der Pflegekräfte an bayerischen Krankenhäusern zu beraten.

Krankenhausausschuß

Professor Dr. F. Zimmer

Der Krankenhausausschuß befaßte sich im vergangenen Jahr in drei Sitzungen vordringlich mit den durch staatliche Eingriffe in unsere ärztliche Entscheidungsfreiheit drohenden Gefahren für unser freiheitliches Gesundheitssystem. Reglementierungen und Einengung ärztlicher Entscheidungen drohen uns allen, sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich. Mit dem Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“ und Mitgliedern des Kammervorstandes, die gleichzeitig dem KVB-Vorstand angehören, kam es zu einer kollegialen Zusammenarbeit, die von gegenseitigem Verständnis und einem festen Willen zur Solidarität getragen war. Alle Kollegen waren sich darüber einig, daß es nur einer einigten Ärzteschaft gelingen kann, dem Versuch der schrittweisen Einschränkung unserer ärztlichen Handlungs- und Entscheidungsfreiheit erfolgreich entgegenzutreten.

Im stationären Bereich ist der erste Einbruch dieser Art in Form einer Festlegung der durchschnittlichen Verweildauer im Wochenbett auf sechs Tage fast unbemerkt und widerstandslos gelungen. Das war nur möglich, weil die Belange der Krankenhausärzte, sowohl in unserer Landespolitik als auch in der Öffentlichkeit, noch viel zu wenig vertreten werden.

Diese erste gesetzliche Reglementierung einer Liegedauer macht es dringend notwendig, im innerärztlichen Dialog Wege zu suchen und zu finden, um eine weitere Ausdehnung solcher Maßnahmen, z. B. auf die Liegedauer nach Routineopera-



tionen, zu verhindern. Die Bettruhe ist eine der wichtigsten Bestandteile der stationären Behandlung von Kranken, deren Dauer nur vom Arzt in seiner individuellen Verantwortung für seinen Patienten und niemals von Gesetzes wegen bestimmt werden kann.

„Wildwuchs“ bei Großgeräten?

Besondere Probleme brachte uns Ärzten im Krankenhaus und in der freien Praxis die Novellierung des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspfelegesätze, welche am 1. Juli 1982 in Kraft getreten ist. Mit dem neuen § 11 a soll ein sogenannter „Wildwuchs“ medizinisch-technischer Großgeräte in allen Bereichen unserer ärztlichen Tätigkeit verhindert werden. Bisher gab es nur für Krankenhäuser eine sogenannte Bedarfslenkung. Jetzt verlangt das Gesetz, daß bei Anschaffungen im stationären Bereich die Planungsbehörde auch das Benehmen der Kassenärztlichen Vereinigungen herstellt, und korrespondierend dazu schreibt der durch das KHKG neugefaßte § 368 n (8) RVO die gleichen Abstimmungspflichten für die niedergelassene Ärzteschaft vor.

So verständlich es auf der einen Seite erscheint, daß eine Nutzung medizinisch-technischer Großgeräte nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten nur unter Berücksichtigung regionaler Versorgungsbedürfnisse

und Leistungserfordernisse möglich sein wird, so wenig Zweifel besteht darüber, daß diese Bestimmung de facto den Anfang einer staatlichen Investitionslenkung darstellt, die auf jeden Fall verhindert werden muß.

Da es keine verschiedenen Arten von Freiheiten für einzelne Gruppen von Ärzten gibt, muß die Verteidigung ärztlicher Handlungs- und Entscheidungsfreiheit unser gemeinsames Ziel sein.

Angesichts der unterschiedlichen Gegebenheiten und Notwendigkeiten im ambulanten und stationären Bereich bedarf es intensiver ärztlicher Bemühungen, um den richtigen Weg zu diesem Ziel zu finden, ehe wir uns gesetzlichen Zwängen unterordnen müssen. An uns Ärzten wird es liegen, die richtigen Entscheidungen zu treffen.

So kann auch eine primär nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten ausgerichtete Verteilung von Computertomographen niemals eine befriedigende Lösung darstellen, weil sie das Wohl unserer Kranken nicht vordringlich berücksichtigt. Im Mittelpunkt ärztlicher Überlegungen muß die Standortfrage stehen, weil davon die optimale Einsatzmöglichkeit der Geräte für alle Patienten, auch für die nicht transportfähigen Schwerkranken, abhängt.

Die hier nur angedeutete Problematik einer vernünftigen Nutzung von Großgeräten zeigt, daß es in Zukunft immer notwendiger sein wird, medizinische Leistungsbereiche klar zu definieren und abzugrenzen. So ist eine sachgerechte Zuordnung von Krankenhäuser in die richtige Versorgungsstufe nur dann möglich, wenn es dafür objektivierbare Leistungsbereiche bzw. -kriterien gibt. Da aber erst zu Beginn dieses Jahres alle Krankenhäuser zu einer einheitlichen Leistungserfassung verpflichtet wurden, werden noch Jahre vergehen, bis brauchbare Maßstäbe zur Einordnung in die verschiedenen Versorgungsstufen zur Verfügung stehen.

Vor diesem Zeitpunkt besteht auch für die Kassenärztliche Vereinigung keine Veranlassung, ihre Kassenärzte aufzufordern, in Zukunft auf dem Einweisungsschein die für notwendig gehaltene Versorgungsstufe eines Krankenhauses anzugeben.

Außerdem bleibt genügend Zeit, die Sorgen und Bedenken der Krankenhausärzte zu den Absichten ihrer niedergelassenen Kollegen im kollegialen Gespräch zu diskutieren, das wird nicht zuletzt auch im Interesse dieser Kollegen notwendig sein, weil ihre Weiterbildung von leistungsfähigen und vernünftig strukturierten Krankenhäusern abhängig ist.

Je weniger die Krankenhausärzte in der Vergangenheit die Möglichkeit hatten, ihre Vorstellungen und Meinungen in Entscheidungsprozesse einzubringen, die ihren Tätigkeitsbereich mittelbar oder unmittelbar betrafen, und je häufiger sie vor vollendete Tatsachen gestellt wurden, umso offensichtlicher und deutlicher wurde die mangelhafte Artikulationsmöglichkeit und Repräsentanz dieser größten Ärzteguppe in unserer Standesorganisation. Es ist deshalb besonders erfreulich, daß bei unseren Diskussionen übereinstimmend festgestellt wurde, daß es nicht gut ist, wenn die Krankenhausseite nur von der Verwaltung vertreten wird und nicht auch von Ärzten. Die daraus sich ergebende Notwendigkeit, dem ärztlichen Sachverstand mehr Gewicht zu verschaffen, wurde allgemein anerkannt. Der Vorstand hat seine Hilfe zur Erfüllung der diesbezüglich für uns anstehenden Aufgaben zugesagt, wofür wir sehr dankbar sind.

Unsere Tätigkeit im Krankenhausausschuß hat wieder einmal gezeigt, daß nur aus einer verständnisvollen kooperativen Zusammenarbeit aller Ärzteguppen jene Kräfte kommen können, die wir brauchen, um mit den Schwierigkeiten und Problemen einer schweren Zeit fertig zu werden.

Hilfsausschuß

Dr. Dr. E. Graßl



35 Jahre Hilfe in der Arztfamilie — heuer sind es 35 Jahre seitdem erstmals nach dem Kriege die bayerischen Ärzte für ihre Kollegen in Not Geld spendeten und ihnen so über die schlimmste Zeit hinweghalfen. Nach dem letzten Weltkrieg standen viele Ärzte, die Heim und Praxis verloren hatten, viele Flüchtlingsärzte, viele rassistisch und politisch verfolgte Ärzte mit ihren Familien ohne Mittel da. Im „Bayerischen Ärzteblatt“ vom 15. September 1946 veröffentlichte der Staatliche Kommissar Dr. Stein das vom Ministerpräsidenten Dr. Wilhelm Högner am 25. Mai 1946 unterschriebene Bayerische Ärztegesetz. Darin heißt es in II. Art. 7: „Die Berufsvertretung hat die Auf-

gabe, im Rahmen der Gesetze Wohlfahrtseinrichtungen für Ärzte und deren Angehörige zu schaffen...“. Im Immer noch unter Zulassung der Militärregierung — Information Control Division — veröffentlichten „Bayerischen Ärzteblatt“ erschien bald darauf der folgende Aufruf mit dem Datum vom 17. März 1947:

Der Aufruf von 1947

„Kollegen in Stadt und Land! — Hilfe bringen, ist die göttliche Mission des Arztes. Niemals in der Geschichte unseres Standes war die Not in den eigenen Reihen so groß wie heute. Aberhunderte von Flüchtlingsärzten warten auf Verdienst. Sehr viele von ihnen leben unter den drückendsten Verhältnissen. Mit Frau und Kindern, oft eng zusammengedrückt in unzureichender Unterkunft, ohne Praxis, ohne Einrichtung, vom letzten Pfennig zehrend. Wenn auch die Staatsregierung gesetzlich verpflichtet ist zur Hilfeleistung, und unsere Standesvertretung mit einer weitgehenden Unterbringung der Neubürgerkollegen das ihrige zur Linderung dieses Elendes beitragen wird, so bleibt doch noch viel zu leisten übrig, zumal auch viele kranke und gebrechliche Altbürgerärzte zu versorgen sind. Für uns Ärzte muß es zum Grundsatz werden, daß kein Berufsangehöriger in die Zwangslage kommen soll, die Mittel der öffentlichen Wohlfahrt beanspruchen zu müssen. Es gibt doch noch viele unter uns, die von Kriegseinwirkungen wenig betroffen wurden. Gerade für sie ist es besondere Pflicht, den von Heimat und Praxis unverschuldet Vertriebe-

Monosubstanz zur gezielten Magnesiumtherapie von Risikofaktoren bei coronaren Gefäßerkrankungen und Infarktgefährdung

Zusammensetzung

1 Kapsel/1 lackierte Tablette/1 Amp. i. m. zu 5 ml enthalten:

mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat	614,8 mg
Magnesium-Gehalt: 5 mval (60,78 mg)	
1 Ampulle i. v. zu 10 ml enthält:	
mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat	737,8 mg
Magnesium-Gehalt: 6 mval (72,94 mg)	
5 g Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten:	
mono-Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat	1229,8 mg
Magnesium-Gehalt: 10 mval (121,58 mg)	
Verdauliche Kohlenhydrate 3,1 g	

Indikationen

Zur Behandlung des primären und sekundären Magnesium-Mangel-Syndroms, besonders zur Prophylaxe und Therapie der durch Magnesiummangel und Streß bedingten Herzerkrankungen. Bei Magnesium-Mangelzuständen, z. B. infolge Fastenkuren, Hypercholesterinaemie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme oestrogenhaltiger Kontrazeptiva, zur Calciumoxalatstein-Prophylaxe.

Kontraindikationen

Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anuria. **MAGNESIOCARD®-Ampullen** sollen nicht angewandt werden bei AV-Block, Myasthenia gravis.

MAGNESIOCARD®

Therapeutisches Prinzip:
Streßabschirmung,
Calcium-Antagonismus, Lipidsenkung

Die Injektion von MAGNESIOCARD® bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie ist nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt.

Nebenwirkungen:

Ampullen: Bradykardia, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen.

Handelsformen und Preise

Kaps.: 25 DM 10,25, 50 DM 19,50, 100 DM 35,20
 Tabl.: 25 DM 10,25, 50 DM 19,20, 100 DM 34,40
 Granulat zum Trinken
 Btl.: 20 DM 13,35, 50 DM 29,75, 100 DM 49,95
 Amp. i. m.: 2 DM 3,85, 5 DM 8,60
 Amp. i. v.: 3 DM 8,85, 10 DM 20,45

VERLA-PHARM · TUTZING/OBB.

nen tatkräftig unsere Berufssolidarität zu beweisen. Helft mit freiwilligen Geldspenden, durch Hingabe von Fachliteratur, Hausrat, Praxisbedarf usw. Alles ist willkommen. Mitteilungen dieser Art und alle Geldspenden erbeten an Sozialabteilung der Landesärztekammer, München 22, Königinstraße 23, Post-scheckkonto Nr. 84834.

Die Landesvorstandschafft hat beschlossen, für zunächst ein halbes Jahr einen Zuschlag von ein Prozent auf das gesamte Kasseneinkommen jedes Arztes zu erheben und für obige Zwecke auszuschütten. Kollegen, die nicht innerhalb von acht Tagen nach Erscheinen dieses Aufrufes ausdrücklich Einspruch erheben, bekunden damit ihre selbstverständliche Einwilligung. Für Nichtkassenärzte ist es ein nobile officium, ihr soziales Empfinden in einer angeglichenen Norm zu dokumentieren. Der uns noch vielfach anfeindenden Öffentlichkeit aber beweisen wir damit, daß in der deutschen Ärzteschaft der alte Geist edler Menschlichkeit, der nicht müde wird, Gutes zu tun, nicht untergegangen ist. Die Landesvorstandschafft der Landesärztekammer, gez. Dr. Berthold, 1. Vorsitzender der Bayerischen Landesärztekammer, gez. Dr. Keller, 2. Vorsitzender der Bayerischen Landesärztekammer."

In einer der nächsten Nummern des „Bayerischen Ärzteblattes“ erschien dann ein Artikel von Dr. S. Kurz, Referent der Sozialabteilung der Bayerischen Landesärztekammer, mit der Überschrift: „Die Sozialabteilung der Bayerischen Landesärztekammer“. Er hatte folgenden Wortlaut: „Die heutige Hauptaufgabe der Sozialabteilung ist die Hilfe in allen Fällen von unverschuldeter Not, die den Ärztestand und seine Familien trifft. Das alle bisherigen Begriffe übersteigende Ausmaß der Vermögens- und Wertvernichtung hat nach diesem Kriege das Gebiet der Sozialabteilung beträchtlich erweitert. Während sich früher die Hilfeleistung meist auf ältere bayerische Ärzte und deren Familien beschränkte, die nicht oder nicht genügend durch Versicherungen sich vor Not geschützt hatten, sind heute folgend große Kreise von Hilfsbedürftigen neu hinzugekommen:

– 1. Rassisch und politisch Verfolgte und deren Hinterbliebene

– 2. Die aus den Ausweisungsgebieten nach Bayern Eingewanderten, sogenannten Flüchtlingsärzte (Neubürgerärzte) und ihre Angehörigen

– 3. Die Ärztefrauen und -kinder, deren Männer sich noch in Kriegsgefangenschaft befinden

– 4. Die durch Bombenschäden und sonstige Einkommens- und Vermögensverlust betroffenen Ärzte und ihre Angehörigen“

In seinem Artikel aus dem „Bayerischen Ärzteblatt“ von 1947 führt Dr. Kurz weiter aus: „Folgende Grundsätze für die Hilfeleistung stellt Präsident Dr. Berthold auf:

1. Jeder in Bayern lebende Arzt oder Ärztin, gleichviel, ob Alt- oder Neubürger, soll eine solche Zuwendung erhalten, daß er die öffentliche Fürsorge nicht zu beanspruchen braucht.

2. Alle Leistungen der Bayerischen Landesärztekammer sind freiwillige Leistungen. Ein Rechtsanspruch darauf besteht nicht, denn vielfach besteht die irriige Meinung, die Bayerische Landesärztekammer sei eine Versicherung, an deren Leistungen man ein erworbenes Recht hätte.

3. Der Weg der Hilfeleistung ist folgender: der Hilfsbedürftige stellt einen Antrag bei der Sozialabteilung der Bayerischen Landesärztekammer, München 22, Königinstraße 23. Er bekommt ein kleines Formular zur Darlegung seiner Verhältnisse zugesandt, das nach Ausfüllung vom zuständigen Bezirksärztlichen Verein begutachtet wird. Hierauf wird die Höhe des Unterstützungsbetrages vom Sozialausschuß festgesetzt und gelangt sofort zur Auszahlung. Der Verfahrensweg ist ein sehr schneller nach dem Grundsatz: ‚doppelt gibt, wer schnell gibt!‘ Irgendwelche formalistischen Hemmnisse gibt es dabei nicht.“

Soweit der Bericht von 1947.

Im Laufe der Jahre wurde der Hilfsfonds der Bayerischen Landesärztekammer eine feste Stütze für alte, kranke und in Not geratene Kollegen, ihre Witwen und Waisen. Mit einer Zuwendung von 50 DM im Jahr von jedem niedergelassenen Arzt in Bayern konnte das Unterstützungswerk erhalten bleiben.

Die Bilanz 1981

Im vergangenen Jahr 1981 wurden monatlich durchschnittlich 9 Ärzte und 92 Arzttwitwen bzw. Arzttwaisen unterstützt. Im gleichen Zeitraum sind von Beihilfeempfängern 3 Ärzte und 5 Arzttwitwen verstorben, während 1 Arzttwaive hinzukam. Bis 31. Dezember 1981 wurden insgesamt 107 Personen unterstützt.

Die Höhe der monatlichen Beihilfen schwankt zwischen 100 DM und 1250 DM. Den Empfängern monatlicher Beihilfen wurde – wie alljährlich – aus Anlaß des Weihnachtsfestes eine gesonderte Zuwendung in Höhe von 200 DM bewilligt und Ende November 1981 überwiesen. Weiterhin erhielten 3 Arzttwitwen eine Weihnachtszuwendung, die keine laufende Unterstützung bekommen. An Weihnachtsbeihilfen wurden insgesamt 21700 DM zur Verfügung gestellt. Der alljährlich im November im „Bayerischen Ärzteblatt“ veröffentlichte Aufruf, für den Hilfsfonds zu spenden, brachte in diesem Jahre Einnahmen in Höhe von knapp 16000 DM; ansonsten wurden noch 1700 DM im Laufe des Jahres gespendet. Alle Spender erhielten eine entsprechende steuermindernde Quittung. Allen Spendern dafür herzlichen Dank!

Wie in den vergangenen Jahren erhielt der Verein „Die Arztfrau e. V.“ München eine einmalige Spende von 1000 DM, die der Vorsitzenden, Frau Steudemann, anläßlich der Adventfeier im Ärztehaus Bayern überreicht wurde.

Das Unterstützungswerk der bayerischen Ärzteschaft ist absolut gesund. Die Ausgaben 1981 betragen 553442 DM, die Einnahmen 647249 DM. Am 31. Dezember 1981 bestanden 526472 DM vorhandene Mittel, davon sind 213000 DM Darlehen, für welche die Kammer entsprechende Sicherheiten hat.

Ich verbinde meinen Bericht mit herzlichem Dank an alle Kollegen in Stadt und Land für ihre finanzielle Mithilfe. Dank den Mitgliedern des Hilfsausschusses und den Mitarbeitern in der Bayerischen Landesärztekammer.

35 Jahre Hilfe in der Arztfamilie – ein Ruhmesblatt in der Geschichte der bayerischen Ärzte In der Nachkriegszeit, ein Beispiel der Selbsthilfe eines Berufsstandes für seine alten und hilfsbedürftigen Kollegen!

Gemeinsame Kommission Datenschutz

Dr. K. Rösch



Welch hohe Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz von Ärzte-Seite aus beigemessen wird, zeigte der diesjährige 85. Deutsche Ärztetag in Münster, der dieses Thema als einen der Haupt-Tagungsordnungspunkte sehr eingehend behandelte. Es wurden hierzu mehrere Beschlüsse gefaßt und für die Forschung eine 10-Punkte-Entscheidung als „Empfehlungen der Beachtung der ärztlichen Schweigepflicht bei der Verarbeitung personenbezogener Daten in der ärztlichen Berufsausübung“ verabschiedet. Gründe hierfür waren auch zunehmende Tendenzen des Gesetzgebers, Sozialdaten in großem Umfang zu speichern. Es hat den Anschein, daß Datenbanken schneller wachsen als Datenschutzgesetze.

Ich erinnere an das Konzept eines sogenannten Mitgliederverzeichnisses der Kasse nach § 319 a RVO. Der Name „Mitgliederverzeichnis“ klingt recht harmlos und ist absolut irreführend. Bei diesem geplanten Verzeichnis handelt es sich um 212 gespeicherte Katalognummern – nicht nur von Patientendaten und Diagnosen, sondern um fast alles, auch Arztdaten, z. B. KV-Nummer des Arztes und anderes mehr. Dies wäre die größte Datensammlung der Bundesrepublik.

Ich nenne weiter den Musterentwurf eines Gesetzes über ein Krebsregister. Hier wird eine Entrechtung des Patienten dadurch vollzogen, daß eine Meldung nach dem neuen Begriff „Melderecht des Arztes“ ohne Einwilligung des Patienten möglich sein soll. Es genügt bereits die Information des Patienten durch den meldenden Arzt, ja, es kann sogar gemeldet werden, ohne den Patienten überhaupt zu unterrichten. Der Präsident hat dazu in seinem Bericht ja schon eingehend Stellung genommen. In der April-Nummer des „Bayerischen Ärzteblattes“ führte er aus – ich darf zitieren:

„Von einer Zustimmung des Patienten ist somit keine Rede mehr. Er hat sich melden zu lassen. Die Art und Weise, wie hier der im Grundgesetz verankerte Begriff ‚Freiheit der Forschung‘ interpretiert und verdreht wird, ist erschreckend. Freiheit der Forschung bedeutet nämlich nichts anderes als Freiheit vor staatlicher und sonstiger Bevormundung und kann niemals gedeutet werden als ein Recht, in die Persönlichkeits-sphäre des einzelnen Bürgers einzudringen. Jede Freiheit hat dort ihre Grenze, wo sie die Freiheit des anderen beeinträchtigt. Nach wie vor ist die Schweigepflicht eine Pflicht des Arztes und ein Recht des Patienten.“

Weiter haben sich mit dem Register-Entwurf die Landesbeauftragten und der Bundesbeauftragte für den Datenschutz in einer Konferenz am 14. Dezember 1981 befaßt und folgende Stellungnahme verabschiedet – ich darf aus dem 4. Bericht über die Tätigkeit des Landesbeauftragten für den Datenschutz wegen der erheblichen Einwendungen zum Krebsregister auszugsweise zitieren: „Die Datenschutzbeauftragten erkennen die gesundheitspolitische Bedeutung der medizinischen Forschung, insbesondere im Zusammenhang mit der Bekämpfung von Krebserkrankungen an. Es entspricht ihrer gesetzlichen Aufgabe, auch in diesem Bereich für die Wahrung der schutzwürdigen Belange der Patienten einzutreten. Ihre Bedenken und Vorschläge zielen daher ausschließlich darauf ab, die Freiheit der Forschung in ein ausgewogenes und rechtlich abgesichertes Verhältnis zu den grundrechtlich geschützten Belangen der Betroffenen zu bringen. Sie gehen davon aus, daß es möglich ist, Regelungen zu finden, die den Erfor-

dernissen der Forschung wie auch des Schutzes der Individual-sphäre gerecht werden. Die gelegentlich geäußerte pauschale Behauptung, der Datenschutz behindere die Krebsforschung, weisen sie als unbegründet zurück. Es ist nicht Aufgabe der Datenschutzbeauftragten, Sinn und Nutzen von Krebsregistern zu beurteilen. Sie warnen aber nachdrücklich vor der Gefahr, daß die Gesetzgebung zum Krebsregister ein erster Schritt zur Errichtung einer Vielzahl anderer Epidemiologie-Register werden könnte.“

„Nach Auffassung der Datenschutzbeauftragten muß ein Krebsregister-Gesetz zumindest die folgenden Prinzipien berücksichtigen:

– die Meldung von Patientendaten mit Personenbezug an das Krebsregister bedarf grundsätzlich der Einwilligung des Betroffenen (bzw. der Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht).

– Für die weitere Übermittlung durch das Krebsregister an andere Forschungseinrichtungen ist grundsätzlich eine besondere Einwilligung erforderlich, wenn die Daten nicht in aggregierter oder anonymisierter Form weitergegeben werden. Für diese Übermittlung ist entsprechend der Regelung über die Forschung mit Sozialdaten ein Genehmigungsverfahren vorzusehen. Eine nochmalige Übermittlung durch die Forschungseinrichtung an Dritte ist unzulässig.“

Weiter heißt es dort: „Der Bayerische Staatsminister des Innern bezeichnete gegenüber dem Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit einen inzwischen vorgelegten weiterentwickelten Musterentwurf für ein Krebsregister-Gesetz als unausgewogen und betonte, der Entwurf orientiere sich vorrangig am epidemiologischen Forschungsinteresse, ohne dabei auch dem Interesse des einzelnen Krebskranken ausreichend Rechnung zu tragen. Der Entwurf begegne in dieser Form schwerwiegenden verfassungsrechtlichen Bedenken. Der Bayerische Staatsminister des Innern vermißte insbesondere ein Eingehen, geschweige denn eine Auseinandersetzung mit den erheblichen Einwendungen der Datenschutzbeauftragten.“

Auch der 85. Deutsche Ärztetag in Münster hat hierzu ausführlich Stellung genommen. Präsident Dr. Vilmar hat u. a. eindeutig festgestellt,

daß Krebsbekämpfung und Krebsforschung bei entsprechender Organisation und Rückfragemöglichkeit bei den die notwendigen Daten und Befunde mitteilenden Ärzten auch mit anonymisierten Daten ohne Verletzung der Schweigepflicht möglich ist. Ich halte es persönlich für ungeheuerlich, wie hier mit dem Schutz der Menschenwürde nach Art. 1 des Grundgesetzes umgegangen wird. Der Bürger ahnt und weiß nicht, wie man über seine Intimdaten rigoros verfügen will. Leider ist das Datenschutzbewußtsein der Bevölkerung infolge mangelnder Aufklärung und Information im Augenblick noch unzureichend. Aber das kann sich sehr bald ändern!

Der Konflikt zwischen Schweigepflicht/Datenschutz und Forschung darf nicht auf dem Rücken der Patienten ausgetragen werden. Die wissenschaftliche Forschung kann auf den Fortschritt der Technik, auf die enormen Möglichkeiten der computergesteuerten Datenspeicherung sicher nicht verzichten. Aber hierbei muß jeglicher Mißbrauch ausgeschlossen sein.

Nur der Bürger selbst könnte durch freiwillige Einwilligung in die Offenbarung seiner Daten hier mitwirken. Da dies aber mit Sicherheit nach völliger Aufklärung nur ein kleiner Teil der Bevölkerung wäre, bleibt nur die Anonymisierung. Hierüber müßte zuerst ernsthaft geforscht werden. Ich halte dieses Problem für lösbar. Der Schlüssel zu den geschützten Patientendaten liegt demnach immer in der Hand des Patienten und muß dort verbleiben. Nur er kann in die freiwillige Herausgabe nach eingehender Aufklärung einwilligen. Jeder andere Weg ist ausgeschlossen. Es geht weder an, dem Patienten diesen Schlüssel per gesetzlicher Verordnung abzunehmen oder heimlich Nachschlüssel anzufertigen.

Nach den Grundnormen des Datenschutzrechts müßte auch bei einem personenbezogenen Krebsregister dem Patienten ein Auskunftsanspruch eingeräumt werden. Damit kann der Patient allein durch die Auskunft, daß er ins Krebsregister aufgenommen wurde, Kenntnis von Krebserkrankung oder Krebsverdacht erhalten, selbst wenn die weiteren medizinischen Daten nur über einen Arzt an ihn bekanntgegeben werden.

Ich erinnere an die Entschließung Nr. 14 des 34. Bayerischen Ärztetages zu Artikel 13 des Krankenhausgesetzes. Darin wurde das zuständige Ministerium für Arbeit und Sozialordnung als Verordnungsgeber gebeten, den Artikel 13 Bayerisches Krankenhausgesetz so auszugestalten, daß die Erfordernisse eines schnellen Informationsaustausches im Sinne einer optimalen Versorgung der Patienten gewährleistet bleiben. Als ein geeignetes Mittel dazu erscheint eine generelle Einwilligung in die Weitergabe von medizinischen Daten zum Zwecke der Behandlung bei Aufnahme ins Krankenhaus. Artikel 13 Abs. 7 Bayerisches Krankenhausgesetz ermächtigt das bayerische Arbeitsministerium im Einvernehmen mit dem bayerischen Innenministerium, den Datenschutz im Krankenhaus im Rahmen der gesetzlichen Ermächtigung des Artikel 13 durch Verordnung zu regeln.

Vor einigen Monaten wurde der zweite Verordnungsentwurf vorgelegt. Positiv daran ist, daß manche problematischen Regelungen des ersten Entwurfes fallengelassen wurden. Hier gebührt den beteiligten Stellen, vor allem dem Arbeits- und Innenministerium, Dank für das Verständnis, das sie den ärztlichen Belangen entgegengebracht haben. So wurde z. B. die Einsichtsmöglichkeit des Patienten in Arztunterlagen (§ 6 Abs. 4 in Verbindung mit § 7 Abs. 2 des ersten Verordnungsentwurfes) wieder beseitigt. Ebenso wurden die Regelungen über die Zustimmung des Patienten zur Weitergabe seiner Daten fallengelassen. Ursprünglich war z. B. vorgesehen, daß der Patient angibt, welche Daten nicht übermittelt werden sollen. Das würde aber schon die Kenntnis der Daten voraussetzen.

Allerdings enthält auch der zweite Entwurf noch Bestimmungen, die problematisch sind. So z. B. das Widerspruchsrecht in § 2 Abs. 2, wo festgelegt ist, daß der Patient der Richtigkeit von Diagnosedaten oder anderen Daten, die eine ärztliche Beurteilung oder Wertung enthalten, widersprechen kann. Zunächst ist festzustellen, daß der Gebrauch des Widerspruchsrechts ja gleichfalls die Kenntnis der Diagnosedaten bzw. anderen ärztlichen Daten voraussetzt. Zum anderen stellt sich die Frage, wie der Patient feststellen will, ob z. B. Diagnosedaten und

andere ärztliche Feststellungen falsch sind.

Angesichts der Bedeutung und Tragweite des Datenschutzes im Krankenhaus wurde eine Meinungsbildung mit allen Beteiligten über den notwendigen Inhalt einer Datenschutzneuregelung im Rahmen des Artikel 13 Bayerisches Krankenhausgesetz und über das weitere Verfahren für notwendig erachtet. Es fand deshalb ein ausführliches Gespräch am 6. Juli 1982 im Bayerischen Sozialministerium statt.

Nach eingehender Diskussion waren sich alle Beteiligten in der Beurteilung der derzeitigen Rechtsituation darin einig, daß schon Artikel 13 Bayerisches Krankenhausgesetz als gesetzliche Ermächtigungsgrundlage für eine Verordnung zum Teil unzureichend ist und vernünftigen, praktikablen Regelungen des Datenschutzes im Krankenhausbereich derzeit Grenzen setzt. So beschränkt Artikel 13 Absatz 4 des Bayerischen Krankenhausgesetzes das Zugriffsrecht des Krankenhausarztes auf die „von ihm selbst gespeicherten Patientendaten“. An sich wäre eine Neufassung des Artikel 13 Krankenhausgesetz erforderlich, die die Kooperation zwischen den behandelnden Ärzten durch sinnvolle Regelungen erleichtert.

In der Rechtsprechung zum Einsichtsrecht des Patienten und zur Herausgabe der Patientenunterlagen ist leider in letzter Zeit ein Tendenzwandel der Rechtsprechung eingetreten. Seit der Bundesgerichtshof 1978 die ärztlichen Aufzeichnungen nicht nur als Gedächtnisstütze für den Arzt qualifizierte, sondern als im Interesse des Patienten angelegt und daraus eine Rechenschaftspflicht aus dem Behandlungsvertrag folgte, gehen die Obergerichte zunehmend dazu über, dem Patienten ein grundsätzliches Einsichtsrecht in die Arztunterlagen zu gewähren. Die Entwicklung stellt sich wie folgt dar: Das Urteil des Landesgerichts Göttingen (1978) und das Urteil des Landgerichts Limburg (1979) statuieren als Grundsatz das Einsichtsrecht des Patienten und beschränken dies nicht nur auf Haftungsfälle. Das Oberlandesgericht Bremen (1979) bestätigt das grundsätzliche Einsichtsrecht des Patienten mit Ausnahme therapeutischer

Gründe, d. h., wenn dadurch schwere seelische Schädigungen eintreten würden. In Fällen, in denen der Patient Haftungsansprüche gegen den Arzt geltend machen will, kann der Arzt die Einsicht selbst bei Gefahr gesundheitlicher Schäden nicht verweigern; hier geht das Selbstbestimmungsrecht des Patienten vor, das offenbar auch das „Recht zur Selbstschädigung“ beinhaltet.

Das Kammergericht Berlin (1981) hat sogar die Einsichtnahme in psychiatrische Unterlagen gewährt, wobei es nicht um eine Haftungsfrage ging; Begründung des Patienten für die Einsicht, daß er die Kenntnisse für eine Dissertation und zur „Aufarbeitung früherer Erkrankung“ benötigt, wurde anerkannt. Dieses Urteil ist derzeit in Revision beim Bundesgerichtshof anhängig. Man kann gespannt sein, ob der BGH anders entscheiden wird. Das Oberlandesgericht Köln (1981) bestätigt grundsätzlich das Einsichtsrecht und stellt fest, daß, wenn ein Einsichtsrecht besteht, auch ein Anspruch des Patienten auf Herausgabe von Kopien der vollständigen Krankenunterlagen gegen Kostenersatzung anzuerkennen ist.

Hierzu hat der 85. Deutsche Ärztetag in seiner Entscheidung Nr. 7 eindeutig festgestellt: „Eine Herausgabepflicht für vollständige Patientenunterlagen an Patienten und/oder deren Rechtsvertreter – außerhalb von Strafrechtsverfahren – ist wegen der Möglichkeit einer gesundheitlichen, insbesondere auch psychischen Schädigung des Patienten als grundsätzlich bedenklich abzulehnen.“ Auch der 31. Bayerische Ärztetag in St. Englmar hat zu dieser Problematik schon vor Jahren eine gleichlautende Entschlie-ßung gefaßt.

Die Rechtsprechung hat mit diesen Urteilen weder uns Ärzten noch unseren Patienten einen guten Dienst erwiesen. Wir würden in äußerste Gewissenskonflikte kommen, wollten wir gerade diese letzteren Urteile befolgen. Es wird auch hier, wie so oft in unserem Beruf, die letzte Gewissensentscheidung im Einzelfall bei jedem Arzt selbst liegen. Ich halte es aber für besser, an den Beschlüssen des Bayerischen und des Deutschen Ärztetages festzuhalten und Herausgabe-Klage auf dem Rechtsweg in Kauf zu nehmen.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Soziale Dienste und deren Einbindung in die ambulante und stationäre Versorgung unserer Patienten

Entwicklungsrehabilitation – gemeinsame Aufgabe von Ärzten, Psychologen und Pädagogen

Dr. G. Fuchs

Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer



Wirksame Behindertenhilfe im Kindesalter versteht sich heute nicht mehr als bloßes Erkennen und kompensatorisches Überwinden isolierter Funktionsausfälle. Als Entwicklungsrehabilitation nutzt sie in ihren diagnostischen und therapeutischen Ansätzen gezielt die besondere Chance sensibler Phasen einzelner Funktionsbereiche in der frühkindlichen Entwicklung. Eine solche Behindertenhilfe berücksichtigt unter Einschluß des sozialen Umfeldes die ganze Persönlichkeitsentwicklung eines Kindes. Mit ihrer Mehrdimensionalität wird sie damit insbesondere der Vielzahl der mehrfach behinderten Kinder gerecht. Auch vermag sie deren Eltern vor einem Marsch durch jeweils behinderungsspezifische Einrichtungen mit möglicherweise sogar widersprüchlichen Hilfsangeboten zu bewahren. Ein solches Konzept bezieht vielmehr die Eltern partnerschaftlich in die therapeutische Arbeit mit ein, ohne ihnen dabei unangemessen die Verantwortung für die Förderung ihrer behinderten oder von Behinderung bedrohten Kinder aufzubürden.

Ihre Mehrdimensionalität macht jedoch auch die Interdisziplinarität

der Arbeit unabdingbar. Entwicklungsrehabilitation ist eine gemeinsame Aufgabe von Ärzten, Psychologen, Therapeuten und Pädagogen.

Es kann nicht verwundern, daß die Durchsetzung einer solchen Konzeption auf vielfältige Schwierigkeiten stößt und sich nur schrittweise verwirklichen läßt. Bei weitgehender Übereinkunft aller Verantwortlichen und Zustimmung der Betroffenen über die Inhalte der Arbeit ist es bis heute nicht gelungen, die Probleme ihrer inneren und äußeren Organisation sachgerecht zu lösen. Es muß erreicht werden, daß alle an der Arbeit beteiligten Fachdisziplinen als Team ihre jeweilige Kompetenz in ein mehrdimensionales Gesamtkonzept einbringen. Kooperation als gleichberechtigte, an einem gemeinsamen Ziel orientierte Zusammenarbeit ist für eine solche Teamarbeit unabdingbar. Sie verbietet unter der gemeinsamen Zielsetzung die Aufstellung einer Rangfolge unter den notwendigerweise methodisch unterschiedlichen einzelnen Fachstrategien.

Ständiger Gedankenaustausch

Eine solche Arbeit ist jedoch ohne ständigen Gedankenaustausch, ohne Informationsbereitschaft und ohne festen Willen zur Koordination völlig undenkbar. Erst aus einer solchen Haltung wird es möglich sein, einvernehmlich und sachbezogen eine der beteiligten Disziplinen verantwortlich mit dem Koordinierungsauftrag zu betrauen.

Diese Rolle wird in der Anfangsphase der Frühförderung beim Versuch der diagnostischen Abklärung von Ätiologie und Pathogenese einer Schädigung sachgerecht dem Arzt zufallen. Seine medizinischen Informationen an das Team bestimmen in der Folge auch entscheidend Inhalt und Umfang therapeutischer und erzieherischer Maßnahmen.

Ungeklärte und verwirrend vielfältige Kostenträgerschaften und Kompetenzen bilden bisher die Hauptschwierigkeiten für die äußere Organisation der interdisziplinären Arbeit in der Frühförderung. Es werden Zuständigkeiten des Bundes, der Länder und der Gemeinden berührt. Es gibt Abgrenzungsschwierigkeiten zwischen Sozial-, Gesundheits- und Kultusverwaltungen, neben die Kostenträger Sozialhilfe und Jugendhilfe tritt die gesetzliche und private Krankenversicherung. Es erscheint mir hilfreich und lehrreich zugleich, in wenigen Strichen den langen und auch verschlungenen Weg von Verbänden, Verwaltung und Politik auf der Suche nach gültigen Inhalten und verbindlichen Organisationsformen einmal nachzuzeichnen.

Das sozialpädiatrische Konzept

Die Entwicklungsrehabilitation ist als interdisziplinäre mehrdimensionale Behindertenhilfe zweifellos das Ergebnis einer Neuorientierung, teilweise Rückbesinnung der deutschen Sozialpädiatrie nach dem zweiten Weltkrieg und führte im Jahre 1968 in München zur Grün-

dung des ersten sozialpädiatrischen Zentrums durch Kollegen Professor Dr. Hellbrügge.

Dieses sozialpädiatrische Konzept hat in weniger als einem Jahrzehnt nach Form und Inhalt vielfältige Anerkennung gefunden. So hat die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder auf ihrer 39. Sitzung im Juni 1977 in Bremen in ihrer Entschließung zur „Sicherung konsequenter Frühbehandlung behinderter Kinder durch nachgehende Gesundheitsfürsorge“ festgestellt, daß ein umfassendes und koordiniertes Angebot nachgehender Hilfen eine gesundheitspolitisch vorrangige Aufgabe ist, deren sachgerechte Lösung nicht nur zu den rechtsstaatlichen Pflichten unserer Gesellschaft gehört, sondern langfristig auch erhebliche Kostenersparnis erwarten läßt. Sie begrüßt daher nachdrücklich die Absicht einer Zusammenfassung von Beratungs- und Frühförderangeboten in einem flächendeckenden Netz sozialpädiatrischer Zentren, in denen die Möglichkeit mehrdimensionaler Diagnostik und Behandlung geboten wird.

Das Zweite Krankenversicherungsänderungsgesetz vom Herbst 1970 brachte zum 1. Juli 1971 die Aufnahme von sieben Vorsorgeuntersuchungen für Kinder bis zum vierten Lebensjahr in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und damit nach drei Jahren eine gesetzliche Verankerung eines allerdings reduzierten Vorsorgeprogramms der Bundesärztekammer, das der 71. Deutsche Ärztetag 1968 in Wiesbaden verabschiedet hatte. Dieses Vorsorgeuntersuchungsprogramm muß als wesentlicher Impuls für die Frühförderung angesehen werden. Seine Verwirklichung übertrug der Gesetzgeber weitestgehend den Ärzten und ihrer kassenärztlichen Selbstverwaltung. Der 74. Deutsche Ärztetag appellierte damals an die Ärzteschaft, sich der neuen Aufgabe bereitwillig anzunehmen, an die Bevölkerung, die gebotenen Möglichkeiten zu nutzen, an die Kassenärztlichen Vereinigungen, im Rahmen der durch die Berufsordnung gegebenen Möglichkeiten diejenigen Ärzte tätig werden zu lassen, die bereit und in der Lage sind, an der Vorsorgeuntersuchung teilzunehmen, an die Vertragspartner der

mastodynon®

bei MASTODYNIE
und fibrozystischer
MASTOPATHIE



B500 NÜRNBERG 1

Indikationen: Mastodynie, fibrozystische Mastopathie, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-insuffizienzbedingte Zyklus anomaliesien, zyklisch bedingte Migräne. **Kontraindikationen** sind bisher nicht bekannt. **Nebenwirkungen** wurden bisher nicht beobachtet. **Zusammensetzung:** 100 g enthalten: Agnus castus D 1 20 g, Caulophyllum thalictroides D 4 10 g, Cyclamen D 4 10 g, Ignatia D 6 10 g, Iris D 2 20 g, Lilium tigrinum D 3 10 g, Lupulinum D 8 10 g, Tinctura Condurango 10 g. (Ab D 4 wird mit 15%igem Ethanol potenziert.) **Dosierung:** 2mal täglich 30 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen:** OP mit 50 ml DM 11,90, OP mit 100 ml DM 18,40; Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml. – Stand bei Drucklegung.

Kassenärztlichen Vereinigungen, bei der Vereinbarung der Honorare den Wert der Vorsorgeuntersuchungen für die Volksgesundheit angemessen zu berücksichtigen, an die Ärztekammern, im Rahmen ihrer Fortbildung die Vorsorgeuntersuchungen und die Früherkennung zu einem Schwerpunkt ärztlicher Fortbildungsarbeit zu machen.

Wir hätten lediglich das Wort Früherkennung bzw. Vorsorgeuntersuchungen durch den Begriff Frühförderung zu ersetzen und könnten die Resolution erneut beschließen, um mit ihr die wichtigsten bisher strittigen Probleme anzusprechen.

Frühförderung Behinderter

Neue Impulse durch die Zusammenfassung interdisziplinärer Erfahrungen aus mehrjähriger praktischer Arbeit in der Frühförderung erbrachte die achte Studententagung der Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte unter dem Motto „frühe Hilfen, wirksame Hilfen“ vom Mai 1974. Der Deutsche Bildungsrat hat sich bei der Erarbeitung seiner Ende 1973 vorgestellten Empfehlung „zur pädagogischen Frühförderung Behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder und Jugendlicher“ intensiv mit dem Bereich der pädagogischen Frühförderung befaßt. Diese seine Überlegungen haben wesentlich zur Durchsetzung eines offenen, ganzheitlichen Systems sogenannter pädagogischer Frühförderung beigetragen und im Freistaat Bayern zu verbindlichen Regelungen geführt.

Im April 1974 legte die Bayerische Staatsregierung den Ersten Bayerischen Landesplan für Behinderte vor. Dort wird der Frühförderung mit ihren Teilbereichen Früherkennung und Frühbehandlung eine hohe Priorität eingeräumt. Es werden Organisationsmodelle beschrieben und Haushaltsmittel für die Arbeit bereitgestellt. Diese Arbeit wird mit den Forderungen mehrdimensional, interdisziplinär und koordiniert flächendeckend, frühestmöglich beginnend und hinreichend intensiv, mobil oder ambulant, im Ausnahmefall teilstationär, also familienbezogen und wohnortnah, belegt.

Auf seiner Sitzung vom 20. Juli 1982 hat der Bayerische Ministerrat den Zweiten Bayerischen Landesplan

für Behinderte gebilligt. An seiner Erstellung waren nun alle in der Behindertenarbeit tätigen Verbände, Behörden und Körperschaften, auch die ärztliche Selbstverwaltung, auf Landesebene beteiligt. Gegliedert in 17 Funktionsbereiche, enthält der Zweite Behindertenplan eine umfassende Darstellung der bayerischen Behindertenpolitik als Daueraufgabe der kommenden Jahre mit hoher sozialpolitischer Priorität. Er versucht keine auf Wunschdenken beruhende Lösung sämtlicher Probleme durch eine alles verändernde Reform, sondern bemüht sich um realistische Schritte der Hilfe in vielen einzelnen Problemfällen. Als vorrangiges Instrumentarium für seine aktive Umsetzung muß allerdings die Umschichtung von Finanzmitteln und die Umorganisation des Personals gelten. Innovationen werden dadurch wohl nicht unmöglich gemacht. In den Bereichen der offenen Behindertenarbeit, der Prävention und der Hilfe für pflegebedürftige Schwerbehinderte erfährt der Landesplan von 1974 eine deutliche Aktualisierung.

Aktivität der Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung

Schon zu Beginn unserer Wahlperiode, veranlaßt durch eindringliche Beschwerdebriefe über mangelnde Kollegialität bei der Betreuung behinderter Kinder, hat sich die Kammer in einer Umfrage bei allen Trägern von sogenannten Frühförderungseinrichtungen für Behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder in Bayern über die jeweilige aktuelle Situation der ärztlichen Betreuung in diesen Einrichtungen informiert. Keine der Einrichtungen muß eine ärztliche Betreuung entbehren, deren Form reicht von der losen Mitarbeit niedergelassener Kollegen aus dem Einzugsgebiet der Frühförderstelle bis zur vertraglichen Bindung bestimmter Kollegen an die jeweilige Einrichtung. Form und Intensität der Mitarbeit wurden durchwegs positiv, in vielen Fällen als ausbaufähig beurteilt. In einigen wenigen Fällen wurde die prägende Rolle des Arztes und seiner Arbeit für die Einrichtung betont. Erwartungsgemäß haben sich vorwiegend Pädiater für diese Arbeit zur Verfügung gestellt, neben den Orthopäden, Augenärz-

ten und HNO-Ärzten jedoch auch eine stattliche Anzahl von Allgemeinärzten. In der Folgezeit wurde seitens der Landesärztekammer mit Nachdruck versucht, den Informationsfluß über Form und Inhalt der ärztlichen therapeutischen Hilfen im Rahmen der Frühförderung für Verantwortliche und Betroffene zu intensivieren, zu verbessern und zu versachlichen. Dies führte im Rahmen einer gemeinsamen Bekanntmachung der Bayerischen Staatsministerien für Unterricht und Kultus und für Arbeit und Sozialordnung im Einverständnis mit dem Bayerischen Staatsministerium des Inneren zur Auflistung der Anschriften der Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände sowie der Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, um so insbesondere ratsuchenden Eltern mit Auskünften zur ärztlichen Versorgung Behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder zur Verfügung zu stehen. In Lindau hatte ich schon von der eher kritischen Diskussion über eine unter der Federführung der KV Bayerns entstandene, und mit den Kassen abgestimmte Rahmenvereinbarung über die Ausgestaltung und Honorierung der ärztlichen und therapeutischen Dienste in der Frühförderung vom April 1981 berichtet, die zunehmend heftiger bei den Betroffenen vor Ort und in den Wohlfahrtsverbänden geführt wurde. In den Wochen und Monaten danach hat die Arbeitsgruppe Frühförderung der KVB unter Vorsitz von Kollegen Dr. Kolb in vielen intensiven und sorgfältigen Arbeitssitzungen und Gesprächen eine endgültige Vertragsausgestaltung erarbeitet, die heute breite Zustimmung findet.

Dieser Rahmenvertrag fügt sich nach meiner Überzeugung ohne Bruch in die Vorstellungen und Arbeitsergebnisse einer Seminartagung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und des Zentralinstitutes für die kassenärztliche Versorgung vom 5. und 6. November 1981 in Köln ein. Dort berichteten zehn Referenten aus dem sozialpädiatrischen Bereich aus ihrer Praxis und stellten Aufgabe, Struktur sowie organisatorische und auch finanzielle Schwierigkeiten ihres jeweiligen Modells zur Diskussion. Es wurde sehr rasch deutlich, daß nirgendwo vergleichbare Verhältnisse ange-troffen werden, wie sie in Bayern durch die bereits seit Jahren aktive und insbesondere von den Betroffe-

nen akzeptierte sogenannte pädagogische Frühförderung geschaffen wurden.

Weiteres Arbeitsergebnis war die gemeinsame Erstellung eines Positionspapiers „Grundsätze zur sozialpädiatrischen Versorgung“, dem der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zwischenzeitlich zugestimmt hat. In den Leitvorstellungen dieses Positionspapiers wird betont, ein wohnortnahes Versorgungsangebot verlange ein den örtlichen Verhältnissen angepaßtes, flexibles Verbundsystem, in dem niedergelassene Ärzte, therapeutische Fachkräfte, sozialpädiatrische Schwerpunktpraxen oder Konsiliargemeinschaften, soziale und schulische Dienste, Klinikabteilungen und gegebenenfalls überregionale Zentren untereinander und insbesondere mit der Familie des Kindes eng zusammenarbeiten.

Schlüsselrolle des niedergelassenen Arztes

Dabei kommt dem niedergelassenen Arzt, der im optimalen Fall das Kind und seine Familie langfristig kennt, eine Schlüsselrolle zu. Neben einer möglichst kompetenten hausärztlich-pädiatrischen Versorgung wird aus kassenärztlicher Sicht eine mittlere Versorgungsebene angestrebt, die durch neue Organisationsformen pädiatrisch niedergelassener Ärzte in Form von sozialpädiatrischen Schwerpunktpraxen und/oder sozialpädiatrischen Konsiliargemeinschaften verwirklicht werden soll. Diese mittlere Ebene könnte, wo solche Angebote nicht vorhanden sind, durch gut kooperierende Klinikabteilungen in Verbindung mit niedergelassenen Ärzten entstehen.

Aus diesen Überlegungen folgt, daß den Vorstellungen der Gesundheitsministerkonferenz über eine familien- und wohnortnahe flächendeckende Versorgung durch ein Netz sozialpädiatrischer Zentren eine Absage erteilt wird. Ihnen kommen in diesem Konzept als überregionalen Leiteinrichtungen Aufgaben der Forschung und Lehre, jedoch auch der Fort- und Weiterbildung sowie der konsiliarischen Unterstützung der sozialpädiatrischen Schwerpunktpraxen oder Konsiliargemeinschaften zu.

Frühförderung behinderter Kinder durch die Kassenärzte

Dr. F. Kolb

Zweiter Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns



An die Kindervorsorge, die Beschlüsse des 74. Deutschen Ärztetages und die Ziele der bayerischen Landespläne für Behinderte von 1974 und 1982 hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns angeknüpft. Gründe für die engere Einbindung des niedergelassenen Arztes in die Frühförderung behinderter (Klein-) Kinder waren außerdem:

1. Die Bedeutung der primären ärztlichen Diagnose oder Verdachtsdiagnose vor Beginn jeder Therapie. Vor die Therapie haben die Götter bekanntlich die Diagnose gesetzt. Diese Aussage gilt in der Frühförderung behinderter Kinder uneingeschränkt.
2. Unsere Überzeugung, daß die Behandlung eines behinderten Säuglings oder Kleinkindes — außer in Fällen von geistiger oder Sinnesbehinderung — ganz überwiegend durch den pädiatrisch tätigen Arzt und das medizinische Assistenzpersonal (z. B. Krankengymnasten) durchgeführt werden sollte.
3. Nach der Reichsversicherungsordnung ist die ambulante Diagnostik und Therapie Aufgabe der Kassenärzte. Im Interesse der betroffenen Kinder sollte das mancherorts feststellbare Nebeneinander von Institution und Praxis durch Kooperation überwunden werden. Durch die Möglichkeit für den pädiatrisch

tätigen Arzt, die Frühfördereinrichtung und für den Arzt der Institution die einschlägigen Gebietsärzte, z. B. Orthopäden, Ophthalmologen, Otologen, mit Kassenüberweisungsschein zu konsultieren, wird die notwendige innerärztliche Zusammenarbeit erleichtert.

4. Die Honorierung der Tätigkeit des Arztes und des Therapeuten durch die Krankenkassen entlastet die Frühfördereinrichtungen, ihre Träger und Förderer finanziell. Diese Leistungsgewährung durch die gesetzlichen Krankenkassen in Bayern einschließlich der Ersatzkassen ist in einer Zeit der Kostenklemme nicht selbstverständlich; sie ist Ergebnis und Teil des Bayern-Vertrages und verdient Anerkennung und Dank.

In keinem anderen Bundesland gibt es einen entsprechenden Vertrag.

Vertragsgestaltung

Die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen waren langwierig (seit 1979) und nicht leicht. Am 1. Juli 1981 ist der — auch die Träger der Einrichtungen bindende — Rahmenvertrag mit einigen Anlagen und die einschlägige Vereinbarung zwischen der KVB und den Krankenkassen in Kraft getreten. Inzwischen hat man sich auch über Inhalt und Form des vom Arzt zu erstellenden schriftlichen Behandlungsplanes und die personelle und materielle Mindestausstattung der Frühfördereinrichtung geeinigt. Über die Daten für die Ermittlung der Behandlungsgebühren und über die Honorierungsform besteht leider noch keine volle Einigkeit.

Zur Zeit muß von der örtlichen Krankenkasse und der Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für jeden zugelassenen oder ermächtigten Arzt einer Frühförderstelle Art und Höhe des Honorars einvernehmlich festgelegt werden, ein zeitraubendes und umständliches Verfahren, das seinen Grund in dem bisher völlig unterschiedlichen Grad der Einbindung und Beanspruchung des Arztes in den einzel-

nen Frühfördereinrichtungen hat. Nachdem die ersten örtlichen Honorarvereinbarungen über zufriedenstellend ausgefallen sind, besteht die Erwartung, daß die bisherige Honorarregelung in absehbarer Zeit geändert werden kann. Ein weiterer Schönheitsfehler ist die Tatsache, daß die mittelfränkischen Orts- und Betriebskrankenkassen sich bisher am Vertrag ihrer Landesverbände mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nicht beteiligt, sondern eigene Vereinbarungen ohne die Kassenärztliche Vereinigung getroffen haben.

In unseren Verträgen beschränken wir uns auf die Untersuchung und Behandlung von behinderten oder von einer Behinderung bedrohten Kindern bis zum vierten Lebensjahr, ausnahmsweise bis zum sechsten Lebensjahr oder bis zu einer erst späteren Einschulung. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns bekennt sich zur innerärztlichen und auch voll zur interdisziplinären Kooperation. Das Formular „Behandlungsplan“ sieht deshalb das interdisziplinäre Team-Gespräch mit dem Sonderpädagogen, Psychologen und Sozialpädagogen in den erforderlichen Fällen und auch die Mitwirkung der Eltern ausdrücklich vor; finanziell geregelt wird aber entsprechend der Zuständigkeit ausschließlich die medizinische Frühförderung durch geeignete Ärzte und Therapeuten.

Fortbildungsangebot

Größere überörtliche Zentren, wie das Kinderzentrum des Bezirks Oberbayern unter Leitung von Professor Dr. Hellbrügge in München und Einrichtungen der Universitäten, sind von unseren Verträgen nicht erfaßt (sondern nur die 157 Frühförderstellen auf Land- und Stadtkreisebene). Wir sind aber auf jene auch der Forschung und Lehre dienenden großen Institutionen für die Weiter- und Fortbildung von Ärzten und Therapeuten dringend angewiesen. Die Bayerische Landesärztekammer wird ab Oktober dieses Jahres Fortbildungsveranstaltungen für in der Frühförderung tätige oder eine solche Tätigkeit erstrebende Ärzte durchführen.

Ich hoffe, daß der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns die Integration der örtlichen medizinischen Frühförderung in die kassenärztliche Versorgung zu Nutzen der behinder-

ten Kinder voll gelingt und eine ausreichende Zahl von geeigneten Kollegen sich (freiwillig) beteiligt. Von einer Bekanntmachung an die Kassenärzte und einer Werbung unter den Kollegen haben wir bisher abgesehen, weil noch nicht alle Vertragsteile von allen Partnern unterzeichnet sind. Sobald die Unter-

schriften vollzogen sind, werden wir das nachholen.

Frühförderung kann im übrigen auch in der kassenärztlichen Einzel- oder Gruppenpraxis durchgeführt werden, sofern die personellen und materiellen Voraussetzungen erfüllt werden.

Zusammenarbeit der Ärzte mit Sozialstationen, Nachbarschaftshilfen und Selbsthilfegruppen

Dr. Dr. E. Graßl

Während bis Anfang des 20. Jahrhunderts der Kranke und vor allem der alte Mensch überwiegend in der eigenen Familie gepflegt wurde, entstand nach dem letzten Kriege eine neue Situation: Die weitgehende Auflösung der Großfamilie und der Wohnungsmangel, die Zunahme der alten Menschen und der Rückgang der religiösen Krankenpflegeorden schufen neue Verhältnisse, die es zu lösen galt und gilt. So wird nach den Vorausschätzungen des Statistischen Bundesamtes die Zahl der über 75jährigen in der Bundesrepublik von 1975 bis 1990 um fast 30 Prozent steigen, nämlich von 2,91 Millionen auf 3,769 Millionen.

Diese Entwicklung ist weltweit, wie die UNO-Konferenz über das Altern im August 1982 in Wien aufzeigte. Eine noch zu wenig beachtete Revolution steht bevor: eine jahrtausendealte Pyramide des Bevölkerungsaufbaues in der Welt wird auf den Kopf gestellt und erfordert neue Überlegungen und Initiativen.

Durch die Zunahme der alten Menschen sind in Zukunft mehr Pflegebetten nötig. Denn nach der Erfahrung sind unter den über 65jährigen fünf Prozent Pflegefälle (chronisch Kranke, Gelähmte, psychiatrische Fälle, Zerebralsklerotiker). Es wird also in der nächsten Zeit die Neueinrichtung von 50 000 bis 60 000 Pflegebetten notwendig werden. Um Kosten zu sparen, wird man freigeordnete Trakte von Krankenhäusern und bisherige Altenheime als Pflegestationen umbauen müssen.

Der einigermaßen rüstige alte Mensch soll freilich in seiner Wohnung bleiben und durch gute ambulante Altenhilfe (Krankenpflege, Essen-auf-Rädern, Wäschewaschdienst usw.) betreut und befähigt werden, seinen Lebensabend selbst

zu meistern. In Bayern hatte die Förderung der ambulanten Altenhilfe schon 1960 durch den ersten Landesplan für Altenhilfe begonnen; der Freistaat hat inzwischen viele Einrichtungen und Dienste für den alten Menschen geschaffen. So wurden bisher allein 4542 altengerechte Wohnungen, 159 Mahlzeiten-Dienste, 159 Altentagesstätten, 1749 Altenklubs und 5 Altenbetreuungs-zentren geschaffen.

Vor einem Neuaufbau der Altenkrankenpflege

Die Altenkrankenpflege bedürfte eines Neuaufbaues. Der Rückgang der in der ambulanten Krankenpflege tätigen Ordensschwestern beider Konfessionen war gravierend. Nach der im „Gesundheitsprogramm der Bayerischen Staatsregierung“ von 1974 aufgeführten Statistik bestanden 1959 in Bayern noch 1565 Krankenpflegestationen mit 2672 vollausgebildeten Schwestern. 1973 waren in Bayern nur noch 1096 Krankenpflegestationen mit 1527 ausgebildeten Schwestern. Der Abbau geht durch Überalterung und Nachwuchsmangel der Schwestern weiter. Es war und ist notwendig, dafür Ersatz zu schaffen. So entstanden einerseits die Sozialstationen, deren Aufbau die Wohlfahrtsverbände (Caritasverband, Innere Mission, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Arbeiterwohlfahrt, Rotes Kreuz) in die Hand nahmen. Sie arbeiten mit hauptamtlichen Krankenschwestern und Sozialarbeitern. Wünschenswert wäre auch hier die Mitarbeit ehrenamtlicher Kräfte. Heute bestehen in Bayern bereits 182 Sozialstationen. Andererseits entstanden auf Initiative von Bürgern Nachbarschaftshilfen. Sie arbeiten mit freiwilligen im wesentlichen ehrenamtlichen Helfern. Hauptgebiete ihres Einsatz-

zes sind ambulante Kranken- und Altenpflege, zeitweise Betreuung chronisch Kranker und Gebrechlicher, Versorgung mit warmem Essen, Erledigung von Besorgungen, Vorlesen bei Kranken und Blinden usw. Die freiwilligen Mitarbeiter müssen in Kursen geschult und für ihre Aufgaben vorbereitet werden. Es gibt in Bayern 201 Nachbarschaftshilfen. Noch sind große Lücken im sozialen Versorgungsnetz, und es wird vor allem eine große Aufgabe der Zukunft sein, überall im Lande Gruppen von freiwilligen Helferinnen und Helfern in Nachbarschaftshilfen zu sammeln.

Vielfältige Selbsthilfegruppen

Die schwierige Situation und oft mangelnde Betreuung führten viele alte Menschen zur gegenseitigen Hilfe in Selbsthilfegruppen. Aber auch Kranke bestimmter Krankheitsformen schlossen sich zu Selbsthilfegruppen zusammen, um sich gegenseitig Beratung, Hilfe und Kraft zu geben. So entstanden Selbsthilfegruppen für Allergiker, Asthmakranke, brustamputierte Frauen, Diabetiker, Dialysepatienten, Multiple Sklerose-Kranke, Stomaträger, Körperbehinderte, spastisch Gelähmte, psychisch Kranke, und viele andere mehr. Der Staat will sich jetzt der Selbsthilfegruppen annehmen. Die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren beschlossen, eine Arbeitsgruppe einzusetzen, die bis zum Dezember 1982 über die Aktivitäten dieser Gemeinschaften berichtet.

Der Aufbau und die Tätigkeit der Sozialstationen, Nachbarschaftshilfen und Selbsthilfegruppen ist noch

jung; die zehn Jahre bestehenden gehören zu den ersten.

Es ist Aufgabe des Arztes – des Krankenhausarztes und des niedergelassenen Arztes –, und es wird seine Aufgabe in Zukunft noch mehr sein, mit den Sozialstationen, den Nachbarschaftshilfen und Selbsthilfegruppen enger zusammenzuarbeiten, um eine bestmögliche Versorgung seiner Patienten zu ermöglichen. Dazu muß er

1. *Kenntnis von der Existenz dieser Organisationen* in seinem Praxisgebiet haben. Wirkungsvoll wäre es, wenn die Kreisverbände oder die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Adressenhefte herausgeben würden. In München erschien bereits 1974 mit Unterstützung des Ärztlichen Kreisverbandes ein Heft „Wer hilft in München?“ mit allen Adressen der auf dem sozialen Sektor tätigen Organisationen. 1980 veröffentlichte die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns ein Heft „Sozialstationen – Nachbarschaftshilfen und ambulante Haus- und Krankenpflege, Essen auf Rädern-Dienste“. In dem 1981 erschienenen Heft „Hilfen für Behinderte“ wurden alle Selbsthilfegruppen in München und Umgebung aufgeführt. Diese Veröffentlichungen sind in der Bundesrepublik beispielhaft, bedürfen aber dringend der Nachahmung. Wenn der niedergelassene Arzt oder der Krankenhausarzt diese Einrichtungen kennt, wird er Einweisungen ins Krankenhaus verhindern können, und der Krankenhausarzt wird etwa Bettlägerige, Gelähmte oder chronisch Kranke früher in ihre Obhut entlassen können. Daß dies für die Patienten nicht nur menschlicher ist, sondern auch Geld spart, ist sicher. Würde man 1000 Bürger in Bayern durch die Dienste der

Nachbarschaftshilfen ein Jahr später in ein Altenheim oder ein Pflegeheim einzuweisen brauchen, so würde man zwischen 13 bis 18 Millionen DM einsparen.

2. *Die Zusammenarbeit der Ärzte mit diesen Einrichtungen* in ihrer gemeinsamen pflegerischen Betreuung ihrer Patienten wird zunehmend enger und vertrauensvoller. Gemeinsame Patienten müssen telefonisch oder mündlich mitsammen durchbesprochen werden. Keine Betreuung kann ohne den Hausarzt durchgeführt werden, da er ja in dem Formblatt „Verordnung häuslicher Krankenpflege“ dazu die Anleitungen und die Einwilligung geben muß. Waren anfänglich noch viele Kollegen den Sozialstationen gegenüber skeptisch und sahen in ihnen eine Art Ambulatorium oder Voriäuer medizinisch-technischer Zentren, so kam langsam mit der Kooperation auch das Vertrauen. Eine Umfrage der „Infratest Gesundheitsforschung“ aus dem Jahre 1982 ergab, daß mehr als die Hälfte der niedergelassenen Ärzte mit den Sozialstationen ihrer Umgebung zusammenarbeiten. Auch gegenüber den Selbsthilfegruppen war man anfänglich sehr zurückhaltend, aber schon der 2. Deutsche Hausärztetag des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin in Hannover widmete sich der sinnvollen Kooperation zwischen Hausarzt und Selbsthilfegruppen und sah eine Aufgabe auch darin, daß der Arzt den Selbsthilfegruppen als medizinisch-fachlicher Berater zur Seite steht.

3. *Der Arzt muß in Zukunft noch mehr als bisher freiwillig und ehrenamtlich beim Aufbau dieser Organisationen mithelfen* und seine Mitarbeit anbieten. Sie brauchen seine

ZUSAMMENSETZUNG Tabletten: 1 Tablette enthält: Cocculus D 4 210 mg, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 30 mg
Tropfen: 100 ml enthalten: Cocculus D 4 70 ml, Conium D 3, Ambra D 6, Petroleum D 8 ana 10 ml.
Injektionslösung: 100 ml enthalten: Cocculus D 3 0,7 ml, Conium D 2, Ambra D 5, Petroleum D 7 ana 0,1 ml; Natriumchlorid 0,9 g; Aqua ad inject. 98,7 ml.
DOSIERUNGSANLEITUNG Tabletten, Tropfen: 3–4mal täglich 1 Tablette lutschen bzw. 10 Tropfen, bei anfallsweisem Schwindel und bei Überkeil mittels Stützertherapie alle 15 Minuten 1 Tablette bzw. 10 Tropfen.
Injektionslösung: Bei anfallsweisem Schwindel und Überkeil täglich, sonst 3–4mal wöchentlich 1 Ampulle i.v., i.m., s.c., l.c.
DARRECHUNGSFORMEN UND PACKUNGSGRÖßEN (Stand Januar 1982)
 Packungen mit 50 Tabletten DM 4,84, mit 250 Tabletten DM 16,09, Tropfflaschen mit 30 ml DM 7,98, mit 100 ml DM 22,28.
 Packungen mit 5 Ampullen zu 1,1 ml DM 9,22, mit 10 Ampullen zu 1,1 ml DM 15,26.

**Schwindel
 verschiedener Genese**
 (besonders arteriosklerotisch bedingter)

Vertigoheel®

Biologische Heilmittel Heel GmbH
 D-7570 Baden-Baden

-Heel

Hilfe — und wer wäre dazu geeigneter als er! Es war und ist eine schöne Tradition, daß der Arzt die örtliche freiwillige Sanitätskolonne des Roten Kreuzes betreut und leitet — nun erwachsen ihm neue wichtige Aufgaben. Bereits auf dem 79. Deutschen Ärztetag im Jahre 1975 fand ein von mir gestellter Antrag weiteste Unterstützung der Delegierten. Es hieß darin: „Gewinnung und Ausbildung ehrenamtlicher freiwilliger zur nachbarschaftlichen Hilfe bereiter Menschen in Stadt und Land ist unerlässlich. Dabei eröffnet sich für die Ärzte eine große Aufgabe bei der Ausbildung der freiwilligen Helfer in Altenhilfekursen, Kursen in häuslicher Krankenpflege und ärztlichen Vorträgen. Der Deutsche Ärztetag ruft die Ärzte überall zur Mithilfe bei der Heranbildung freiwilliger Kräfte auf.“

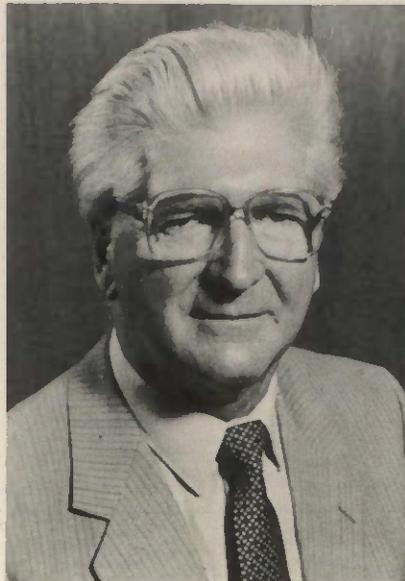
Ehrenamtliche Hilfe nötiger denn je

Heute ist die Übernahme von sozialen Leistungen durch ehrenamtliche Helfer ein Politikum ersten Ranges geworden. Wenn wir aus haushaltstechnischen Gründen viele soziale Leistungen in Zukunft abbauen, so müssen wir dafür Ersatz bieten, wenn unser soziales Netz nicht ganz erheblich verschlechtert werden soll. In Sozialhilfediskussionen im Bundesrat im Juli 1982 wies vor allem der Berliner Sozialsenator Ulf Fink darauf hin, daß die Reform der Sozialhilfe — immerhin schluckt den Löwenanteil der Sozialhilfemittel von insgesamt 10 Milliarden DM die Unterbringung von alten Menschen und Behinderten in Heimen — nicht bei linearen Kürzungen beginnen, sondern beim Grundsatzbeschuß liegen muß, den ambulanten offenen Hilfen gegenüber der stationären Betreuung den Vorrang zu geben.

Wir Ärzte als Träger eines freien Berufes müssen hier Anstoß geben, wir müssen Wegbereiter und Mitarbeiter werden, um unsere Gesellschaft aus Ihrem egoistischen und sozialistischen Denken herauszuführen, das den Menschen abhängig macht von Fremdleistungen und Staatshilfe. In einem Brief vom 6. Februar 1981 schreibt der Bayerische Ministerpräsident Dr. h. c. Franz Josef Strauß: „Nach meiner Auffassung muß das Ziel einer realistischen Sozialpolitik sein, daß der Bürger seine Eigenverantwortung und Solidarität in Gemeinschaft mit anderen entfalten kann.“

Zusammenarbeit des Arztes mit Koronar- und sonstigen Sportgruppen

Dr. K. Hellmann



Das Ziel, durch Bewegungstherapie Herzbeschwerden in weitestem Umfang günstig zu beeinflussen, ist keine Erfindung der letzten Jahre. Bereits Hufeland, dem Arzt von Goethe, entstammen erste Empfehlungen in dieser Richtung. Auch Heberden hat schon vor 200 Jahren das Angina pectoris-Syndrom in seiner heute noch gültigen Art beschrieben und körperliche Bewegung als wirksames Heilmittel angesehen.

Die meisten von uns kennen noch die immobile Phase mit etwa sechswöchiger Bettruhe des Herzinfarkt-kranken. Diese wurde abgelöst durch die jetzt praktizierte Frühmobilisation, die besonders Gott-heiner in Israel gefördert hat, ausgehend von seinen Beobachtungen bei der Rehabilitation von Kindern nach rheumatischer Myokarditis.

Heute wird bei uns der Infarkt-kranken bereits im Akutkrankenhaus frühmobilisiert, dies wird nach der Verlegung im Anschlußheilverfahren in der Rehabilitationsklinik und schließlich nach der Entlassung in der Koronargruppe fortgesetzt. Dadurch besteht jetzt die Möglichkeit der nahtlosen Rehabilitation, beginnend in der Akutklinik und mündend in der lebenslangen ambulanten Rehabilitation mit Übergang in die

Zweitprävention in den ambulanten Koronargruppen. Es soll hier nicht über Effektivität und Effizienz der Bewegungstherapie in Koronargruppen gesprochen werden. Im wesentlichen wird bezug genommen auf die organisatorischen Probleme und die Erfahrungen in den Augsburger V-Gruppen. Koronargruppen werden hier seit 1972 betreut und 1980 gründeten wir eine Atemtheraphiegruppe. In der Bundesrepublik gibt es inzwischen einige hundert Koronargruppen, sogar mit Unterabteilungen für Patienten nach Bypass-Operationen oder mit künstlichen Herzklappen.

Die gesetzlichen Bestimmungen zur Gründung und Betreiben einer Koronargruppe ergeben sich aus §193 RVO, auch aus § 368 r RVO, und der Gesamtvereinbarung über den ambulanten Behindertensport zwischen den Trägern der gesetzlichen Krankenversicherungen, Rentenversicherungen, Kriegsopferversorgung und Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Durch diese Vereinbarung ist eine gleichartige Regelung im Behindertensport auf Bundesebene gewährleistet.

Arbeitsgemeinschaft Behindertensport

In Bayern wurde eine Arbeitsgemeinschaft Behindertensport gegründet, an der alle bayerischen Krankenkassen, die Landesversicherungsanstalten, die gleichzeitig die BfA vertreten, die Berufsgenossenschaften, der Bayerische Landessportverband, der Versehrten-sportverband und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns beteiligt sind. Diese Arbeitsgemeinschaft hat ein Verordnungsblatt entworfen, das in Bälde allen Kassenärzten zugestellt wird. Auf diesem Blatt kann Behindertensport vom behandelnden Arzt verordnet werden.

Nach der RVO kann die Krankenkasse als ergänzende Leistung Behindertensport fördern, der einem Versicherten ärztlich verordnet und in einer Gruppe unter ärztlicher Betreuung ausgeübt wird, wenn zuletzt

die Krankenkasse Krankenhilfe gewährt hat oder gewährt.

Zweck des Behindertensports ist es, durch Übungen, die auf die Art und Schwere der Behinderung und den gesundheitlichen Allgemeinzustand des Behinderten abgestimmt sind, das Ziel der Rehabilitation zu erreichen oder zu sichern. Eine Teilnahme des Behinderten an sportlichen Aktivitäten lediglich zur Erreichung bzw. Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens kann daher nach diesen Grundsätzen nicht gefördert werden.

Der Behindertensport muß in besonderen Gruppen ausgeübt werden. Er ist daher abzugrenzen von Einzelbehandlungen (z. B. krankengymnastische Übungen durch Krankengymnastinnen) sowie von allgemeiner sportlicher Betätigung in Sportvereinen. Als Gruppengrößen sind z. B. für die Koronargruppen 15 bis 20 Patienten pro Übungsleiter zu empfehlen, diese müssen einen besonderen Qualifikationsnachweis erbringen. Die ständige Anwesenheit eines Arztes bei Übungsveranstaltungen bei Infarktpatienten ist zwingend vorgeschrieben, ebenso die nötige Ausrüstung mit EKG, Defibrillator und Notfallkoffer.

Die Krankenkassen beteiligen sich zur Zeit durch Zahlung von Pauschalbeträgen am Behindertensport pro Übungsveranstaltung und teilnehmenden Behinderten. In Schwaben ist dies derzeit um die 5,- DM, so daß wir bei einer Beteiligung in der Koronargruppe von 15 bis 20 Patienten ungefähr die Unkosten abdecken können.

Anbindung an den Sportverein hat sich bewährt

Die organisatorische Bindung einer Koronargruppe an eine andere Organisation ist von besonderem Vorteil. Hier bieten sich in erster Linie an: Sportvereine, Versehrtensportvereine, auch Krankenhäuser oder Rehabilitationskliniken, Universitätsinstitute und auch die Volkshochschulen. Selbstverständlich können auch entsprechende Organisationen oder Vereine von Ärzten gegründet und betreut werden. Die Anbindung an einen Sportverein oder auch z. B. an eine Institution, wie ein Kneippverein, hat sich bewährt, weil durch den Beitrag an

den Sportverein (im Schnitt 6,- bis 8,- DM monatlich) auch die Haftung für eventuelle Unfälle abgedeckt ist, die Einrichtungen für Sportvereine, wie Duschen, Bäder, Umkleieräume und die Übungshallen mitbenutzt werden können. Für die Folgen von krankheitsbedingten Zwischenfällen ergibt sich jedoch eine Haftung wie bei jeder Patientenbetreuung für den verordnenden Arzt.

Für die Gründung einer Atemtherapiegruppe waren folgende Gründe maßgebend: Wir wollten die Patienten, die in einer Kurklinik oder einem Sanatorium während eines Heilverfahrens die Atemtherapie erlernt hatten, auch nach ihrer Entlassung erfassen. Die Atemtherapie mit ihrer täglich notwendigen Durchführung fällt besonders schnell der Vergessenheit anheim oder der Trägheit der einzelnen Patienten. Zudem hat sich herausgestellt, daß die aktive Teilnahme von Atemwegskranken an der Bewegungstherapie innerhalb der bestehenden Koronargruppen sich nicht bewährt. Hier steht doch mehr die sich steigernde Belastung innerhalb des therapeutischen Sports und dort mehr die Entspannung, die Möglichkeit zum Lösen der Spastik, im Vordergrund, die zum Ziel hat, unnötige Belastungen zu reduzieren und Atmung und Lungenkreislauf zu ökonomisieren.

So ist heute die Atemtherapie eine hilfreiche Zusatzbehandlung im Rahmen der Langzeitbehandlung chronischer Atemwegserkrankungen, wenn auch noch nicht einheitlich definiert, so doch mit gutem Effekt in der Prophylaxe, Rehabilitation und Prävention, vor allem obstruktiver Atemwegserkrankungen, des Asthma bronchiale, aber auch nach Thoraxverletzungen und Operationen.

Selbstverständlich kontrollieren wir auch die Lungenfunktion mit einfachen Hilfsmitteln (z. B. Peak Flowmeter im Verlauf der Atemtherapie). Die Verbesserung der Lungenfunktionsparameter steht jedoch nicht so sehr im Vordergrund. Für die betreuenden Ärzte, fast überraschend, war, daß die Patienten durch die Gruppenbehandlung lernten, mit ihrer Krankheit besser umzugehen. Sie verlieren die Angst vor dem nächsten Asthmaanfall, weil sie mit einer gezielten Atemtherapie ihren Zustand verbessern können. Die günstige Beeinflussung

ist subjektiv deutlich. Der Medikamentenverbrauch ging nachweislich zurück. Die Gruppenarbeit, und das gilt auch für die Koronargruppenteilnehmer, fördert den Informationsaustausch unter den Patienten in erfreulicher Weise. Dies ist die psychologische Funktion der Gruppentherapie.

Wir können auch kein gegenseitiges Hochschaukeln der Teilnehmer bis zum Rentenantrag feststellen, sondern vielmehr eine Förderung des Selbstvertrauens, des Willens zur Eingliederung in den Beruf und Familie, wobei auch gute Erfahrungen mit der gemeinsamen Teilnahme von Ehepaaren oder z. B. Müttern mit Kind bei der Atemtherapie festgestellt werden können. Die Motivation innerhalb einer Gruppe, die doch belastende Langzeitbehandlung durchzuhalten, ist deutlich positiv erkennbar.

Im Mittelpunkt der Hausarzt

Zum Erreichen dieser Ziele sind nach unserer Meinung allerdings einige Voraussetzungen unbedingt erforderlich.

Im Mittelpunkt der Gesamtbetreuung steht der Hausarzt. Er ist Koordinator für alle Maßnahmen im Rahmen des vorher - eventuell auch mit anderen Kollegen - zu erstellenden Gesamttherapieplanes. Er ist Anlaufstelle für alle Beteiligten und sollte auch einen kontinuierlichen Kontakt zu der Atemtherapiegruppe haben. Er führt die unbedingt notwendige und unverzichtbare Eingangs- und Einstandsuntersuchung in die Gruppe durch oder läßt sie durchführen, wobei wir bei den Koronargruppen eine Ergometerbelastung von 3 Minuten bei 75 Watt ohne wesentliche Abweichung von der Norm oder Beschwerden verlangen. Ohne Vorlage einer durchgeführten Eignungsuntersuchung - wir haben dazu auch einfache Bögen für den Hausarzt entworfen - wird kein Patient zur Gruppentherapie zugelassen.

Der Standesorganisation, den Kreisverbänden und der Kammer ist es ein Anliegen, interessierte und qualifizierte Ärzte entsprechend zu schulen und fortzubilden. Aus diesem Grund bringen wir bei unseren Fortbildungsveranstaltungen immer im Rahmen eines sportärztlichen Seminars entsprechende Referate.

Ein im Zusammenhang mit dem Gesundheitsamt herausgegebener Führer: „Therapeutischer Sport in Augsburg“ ist eine dankbare Hilfe für jeden niedergelassenen Arzt. Er findet dort sämtliche therapeutische Sportgruppen mit Anschrift und Telefonnummer und kann so ohne Mühe seinen Patienten an eine entsprechende Gruppe verweisen und den Behindertensport verordnen.

Durch die oben aufgeführten Maßnahmen besitzen wir ein echtes Instrument der Krankheitsbewältigung durch Selbsthilfe. Wir haben darüber hinaus eine hervorragende Möglichkeit, das zu fördern, was weitgehend verloren war oder unserem Patienten systematisch genommen wurde, was aber unser Gesundheitswesen in der Zukunft wieder dringend benötigt, nämlich wieder mehr Selbstverantwortung.

richtet insgesamt 80 staatlich geförderten Dienste in Bayern erst die humanitären und fachlichen Voraussetzungen geschaffen haben, die erforderlich sind, um die psychiatrischen Großkrankenhäuser zu entflechten und deren Bettenzahl zu verringern, sondern daß der große Fortschritt bei der Versorgung psychisch Kranker und Behinderter erst durch psychopharmakologische Forschung und deren Anwendung durch Ärzte möglich gemacht wurde.

Sozialdienst für psychisch Kranke

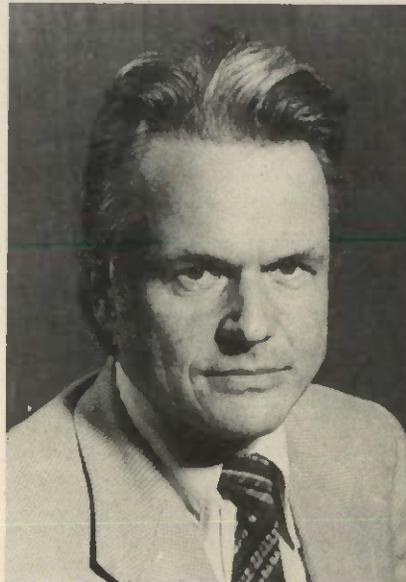
Dr. E. Th. Mayer

Mein Thema „Sozialdienst für psychisch Kranke“ ist zugleich schon meine Schlußfolgerung und sollte Grundsatzforderung dieses 35. Bayerischen Ärztetages sein: ambulante Sozialpflege, Besorgung und familiärer Nächstendienst für psychisch Kranke und keine lückenlose Betreuung in einer Behandlungskette, womit Wohltat zu einer Plage wird, für die der einzelne noch dankbar zu sein hätte.

In Bayern gibt es mit Stichtag vom 1. Oktober 1982 staatlich gefördert: 34 psychosoziale Dienste, 20 geschützte Wohnungen mit 170 Plätzen und 26 geförderte Laienhelfergruppen; außerdem acht Übergangseinrichtungen für befristetes Wohnen bis zu zwei Jahren.

Mit der Zuordnung dieser Sozialdienste zur ambulanten und stationären Versorgung psychisch Kranker steht es aber nun leider nicht zum besten. Allein schon die Bezeichnung „ambulante Dienste“ (geschweige denn „sozialpsychiatrische“ Dienste) verwirrt unsere ärztliche Geographie von ambulanten und stationärer Diagnostik und Therapie. Dennoch handelt es sich bei diesen Diensten um die neben Praxis und Klinik notwendige „dritte“ Säule der Versorgung psychisch Kranker, die ausschließlich eine soziale sein sollte und keine therapeutische oder gar diagnostische sein darf.

Wenn wir alle diese Notwendigkeit einer klar definierten sozialen Versorgung psychisch Kranker akzeptieren könnten, täten wir uns mit dem, was im folgenden zur Information gesagt wird, sehr viel leichter,



und ich wäre froh, wenn von meinem Kurzreferat die Notwendigkeit dreier Säulen (zwei ärztlicher und einer sozialen) der Versorgung psychisch Kranker in Ihrem Gedächtnis bliebe. Schließlich müssen wir gerade zur Erhaltung und womöglich Verbesserung der Lebensbedingungen unserer psychisch Kranken die Übersicht auch noch bei den kommenden Auseinandersetzungen behalten. Wir müssen sowohl gesundheitspolitisch wie jeder an seinem Platz, sei es in der Praxis oder in der Klinik, mit durchsetzen helfen, daß es zu einem eindeutigen sozialen Tätigkeitsmerkmal der Dienste in Bayern kommt, und die Diagnostik- und Therapiemodelle wieder abgebaut werden.

Dazu gehört zunächst einmal die Erkenntnis, daß nicht etwa die innerhalb der letzten drei Jahre einge-

Zwar sind psychosoziale Dienste, geschützte Wohnplätze, Werkstätten und Klubs für psychisch Behinderte sowie Laienhelfergruppen dringend notwendig, doch müssen Indikation, Dosierung und Kontrolle dieser ambulanten Maßnahmen in der Hand des Nervenarztes bleiben, und das nicht nur, weil er allein den kassenärztlichen Sicherstellungsauftrag hat.

Allerdings hat die reichlich linkslastige, wenn auch von der CDU 1970 initiierte und schließlich 1648 Seiten starke Psychiatrie-Enquete in der Bundesrepublik Deutschland von 1975 Psychiatrievorstellungen ins Kraut schießen lassen, die nur allzuoft eine antipsychiatrische Tendenz haben.

So hat z. B. vor kurzem unter angeblich kompetenten Gesprächspartnern eine Fachdiskussion über ambulante Gesundheitsversorgung in München stattgefunden, in der sozialistische Gesundheitspolitiker die Befürchtung äußerten, daß es ein fataler Rückschritt sei, die „sozialpsychiatrischen“ Dienste in den „finanziellen Würgegriff“ zu nehmen, weil es sich bei diesen Diensten doch um bereits bewährte Einrichtungen der ambulanten „sozialpsychiatrischen“ Versorgung handle. Diese Behauptung aber ist völlig unbewiesen, denn die in München innerhalb der letzten drei Jahre zusätzlich zu der mit 90 Nervenärzten erheblichen Überversorgung in diesem Gebiet eingerichteten neuen psychosozialen Dienste, wie sie allein zutreffend genannt werden müssen, sind ihrem Wesen nach Modelleinrichtungen und keineswegs bereits bewährte Institutionen, von denen auch nicht behauptet werden kann, daß die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns sie schlicht und einfach eliminieren wolle, wie dies die „Süddeutsche Zeitung“ vom 25./26. September 1982 berichtete.

Im übrigen versorgt die Kassenpraxis eines Nervenarztes gegen-

über einem psychosozialen Dienst, bezogen auf die Zahl der jeweils Beschäftigten, das Sechs- bis Siebenfache der Klientenanzahl eines SpDi (= sozialpsychiatrischer Dienst). Eine vergleichbare Effizienz derzeitiger Dienste mit der nervenärztlichen Versorgung kann man also durchaus nicht behaupten.

Es war also höchste Zeit, daß wenigstens im Lande Bayern für mehr Klarheit in unserer Psychiatrielandschaft hat gesorgt werden können. Klar ist jetzt – nicht zuletzt dank des persönlichen Einsatzes von Präsident Professor Sewering –, daß

- 1. die sozialpsychiatrischen Dienste in Soziale Dienste für psychisch Kranke umbenannt werden müssen,
- 2. die alltägliche Mitwirkung eines Arztes im Feststellungsverhältnis in diesen Diensten nicht mehr als richtig erachtet wird, weil es bei den Diensten nicht um Diagnostik und Therapie geht. Der Nervenarzt hat vielmehr die Aufgabe, die nichtärztlichen Mitarbeiter der Dienste bei ihrer Arbeit, die eben keine kassenärztliche Behandlungstätigkeit, sondern eine soziale Versorgungstätigkeit ist, partnerschaftlich zu beraten.

Das mißfällt natürlich vielen dieser 34 in Bayern jetzt schon installierten psychosozialen Dienste, weil sie sich durchaus fälschlich als kostenlose psychiatrische Behandlungseinrichtung betrachteten und bereits mit Handzetteln in Kirchen, Schulen, Heimen und auf der Straße damit werben bzw. damit geworben haben, z. B. mit einem Gruppenbild vom jeweiligen Arzt, Sozialarbeiter, Psychologen, der Sekretärin und der Krankenschwester in blue jeans mit dem freundlichen

Anerbieten: „Habt Ihr psychische Schwierigkeiten, kommt zu uns, wir machen es kostenlos!“ (Im Unterschied zu den Ärzten – Zusatz des Verfassers, der diese für Ärzte standeswidrige Werbung wohl doch richtig verstanden hat).

● 3. ist klargestellt worden, daß die Förderungsrichtlinien für die psychosozialen Dienste überarbeitet werden müssen, wobei von einem „finanziellen Würgegriff“ nicht die Rede sein kann. Im übrigen wird in der zweiten Auflage des 1. Bayerischen Landespsychiatrieplans von 1980 die höchst mißverständliche Bezeichnung „Sozialpsychiatrie“ – so hoffe ich – nicht mehr erscheinen, eine Bezeichnung, die zudem in unserer Weiterbildungsordnung weder als Teilgebietsbezeichnung noch als Zusatzbezeichnung überhaupt existent ist, und schon gar nicht von psychosozialen Helfern benutzt werden kann, die nicht einmal Medizin studiert, geschweige denn sich zum Psychiater weitergebildet haben,

● 4. ist nun unmißverständlich festgestellt worden, daß soweit psychosoziale Dienste in Vorfeld der Erkennung psychischer Erkrankungen tätig werden, hierunter keine ärztliche Diagnostik zu verstehen ist, denn die Tätigkeit der psychosozialen Dienste muß sich neben ihrem qualifizierten Nächstendienst auf die Verweisung der Hilfesuchenden an die richtigen Stellen (z. B. Psychiater, Eheberatung, Erziehungsberatung usw.) beschränken und darf nicht weiter in eine pseudoärztliche Tätigkeit ausarten, die nicht einmal vom Heilpraktikergesetz gedeckt wäre.

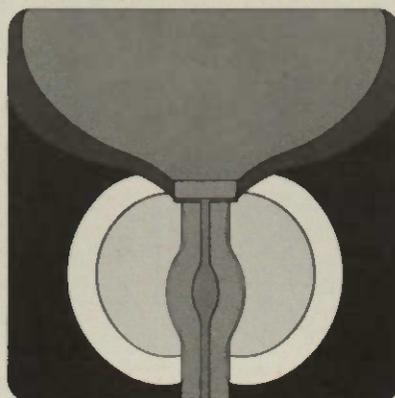
Weiter erscheint es mir wichtig, daß wir drei Begriffe und die sie abdeckenden Bereiche in unserer

heutigen Psychiatrie-Diskussion auseinanderhalten lernen:

1. Die Wissenschaft von der Sozialpsychiatrie, die es, wie gesagt, nach unserer Weiterbildungsordnung bislang weder als Teilgebiets- noch als Zusatzbezeichnung gibt, die aber schon ein weites Feld der Lehre und manchmal auch der ernsthaften Erforschung von psychischen Erkrankungen ausmacht.

Freilich läuft die Sozialpsychiatrie Gefahr, die noch mehr als die Psychiatrie überhaupt ideologieanfällig ist, von den wissenschaftlich extremistischen Erbsursachen psychischer Erkrankungen vor 40 bis 50 Jahren in das andere Extrem heutiger Zeit, nämlich der Umweltursachen psychischer Erkrankungen zu vertallen. Als ideologieverdächtig erscheint mir dabei allein schon das Wörtchen „sozial“ vor dem Begriff „Psychiatrie“. Nicht etwa wegen des lateinisch-griechischen Mischmasches, den wir ja schon beim Automobil kennen, sondern weil es zur Selbstverständlichkeit gehört, daß der Psychiater im Umgang mit psychisch Kranken, seiner Familie und seinem Umfeld, kurz von sozialen Bedingtheiten viel weiß und schon lange danach handelt. Allerdings ist es zu einer verdächtigen Unsitte geworden, vor seine jeweilige Gebietsarztbezeichnung sich das Wörtchen „sozial“ umzubinden, denn wer möchte nicht gerne sozial und auch liberal sein, womit uns letztlich wohl auch Sozialchirurgen und Sozialorthopäden nicht erspart bleiben werden. Trotz allem ist die Sozialpsychiatrie nun einmal eine in der freien westlichen Welt beheimatete wissenschaftliche Disziplin, mit der wir uns

**Prostata-Adenom
mit Harnverhaltung,
Kongestionen,
Miktionsstörungen,
Blasenhalssklerose,
Prostatitis chronica,
Resturin, Reizblase,
Zustand nach TUR**



PROSTAMED®

Nebenwirkungsfreie Langzeittherapie prostaticher Erkrankungen, Besserung der Kongestionsprostatitis und der Miktionsbeschwerden. Steigerung des Uroflow, Reduzierung des Resturins, Behandlung vor und nach Operationen.

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

Dosierung: 3mal täglich 2 - 4 Tabletten einnehmen.

Handelsform und Preise (incl. MwSt.): 60 St. DM 8,45; 120 St. DM 14,48; 360 St. DM 34,78.

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



hier nicht weiter kritisch auseinandersetzen müssen. Auch ist nicht die Sozialpsychiatrie ein Kuckucksei, sondern es ist der falschbezeichnete und damit mißverständliche „sozialpsychiatrische Dienst“, dessen offizielle Abkürzung SpDi lautet.

2. Die Antipsychiatrie, die sich zunächst aus der Sozialpsychiatrie bzw. als deren illegitimes Kind entwickelte und die nicht mehr bereit ist, weder an einer wissenschaftlich begründeten Krankheitslehre noch an einem psychiatrischen Krankheitsbegriff überhaupt festzuhalten.

Für die Antipsychiatrie sind alle psychischen Abweichungen im menschlichen Verhalten nur noch Soziosen bzw. von der Gesellschaft verursachte Störungen, die deshalb auch nur noch in die Hände von Gesellschaftsärzten neuer Form, sogenannten Politiatern oder Soziatarn, gehören. Diese selbsternannten Menschlichkeits-Psychiater beschimpfen uns als Polizeistaats-Psychiater, weshalb wir uns mit der Antipsychiatrie hier ebenfalls nicht weiter auseinandersetzen brauchen. Ihre Vertreter sind erklärte Feinde der Ärzteschaft insbesondere der Kassenärzteschaft, und wollen nicht nur eine andere Medizin, sondern nach vorangegangener psychosozialer Umweltvergiftung auch eine andere Republik.

Vor 2500 Jahren sprach Heraklit den Satz, daß man niemals denselben Fluß verlasse, in den man hineingestiegen ist. Bei der Diskussion des konstruktiven Mißtrauensvotums vom 1. Oktober 1982 hat Willy Brandt diesen Satz kommentiert, offenbar in der Absicht, ständigen Wandel und ewiges Werden mit kalter Revolution gleichzusetzen. Dem ist

aber doch entgegenzuhalten, daß man sich immerhin auf die Flußrichtung verlassen dürfen und es nicht mit einem Wasser zu tun bekommen möchte, das wie jenes in Südamerika vom Orinoco zum Amazonas via Casiquiare teils nach Norden und andernteils nach Süden fließt und auch nicht mit einem Strom voller gefährlicher Katarakte, der schließlich in einen R(h)einfluss mündet.

3. Der psychosoziale Dienst am psychisch Kranken. Hier sind wir eigentlich erst bei unserem Thema. Durch verbesserte Behandlungsmethoden konnten die Liegezeiten auch in den psychiatrischen Krankenhäusern so stark verkürzt werden, daß seit vielen Jahren eine große Zahl selbst erheblich gestörter psychisch Kranker außerhalb geschlossener Anstalten leben kann. Das ist ein großer Fortschritt, selbst noch in den Formen der „Drehtür-Psychiatrie“! Psychisch kranke Menschen, die früher in Irrenanstalten, dann in Heil- und Pflegeanstalten, später in Bezirkskrankenhäusern und Nervenkrankenhäusern dahinsiechten, können jetzt wieder unter uns sein. Diese Kranken sind aber heute Anspruchs- und Versorgungs-Mentalitäten eigentlich Gesunder ausgesetzt, insbesondere ist die Familie nicht mehr ausreichend in der Lage, sich hinlänglich um sie zu kümmern. Auch haben wir Nervenärzte noch nicht überzeugend auf den neuen großen Bedarf im „dritten“ psychiatrischen Bereich reagiert, nämlich die Notwendigkeit eines Sozialen Dienstes für psychisch Kranke einzusehen.

Die Grundforderung muß daher lauten, daß jeder Nervenarzt, der niedergelassene, wie der in einer klinischen Einrichtung Tätige, nach sei-

nen Interessen und Möglichkeiten einen Teil dieses Dienstbereiches mit abdecken muß, damit die psychisch Kranken nicht noch zusätzlich zwischen die ideologischen Fronten der Gesellschafts- und Sozialpolitik geraten.

Die „dritte“ Säule der sozialen Versorgung neben der nervenärztlichen ambulanten und stationären Tätigkeit kann ohne nervenärztliche Mitverantwortung die uns anvertrauten psychisch Kranken nicht tragen.

Nach der in Bayern seit dem 7. September 1982 nunmehr möglich gewordenen Klarstellung sind Ärzte und vor allem Nervenärzte verpflichtet, bei der ambulanten psychiatrischen Versorgung weitaus größere Aktivitäten zu entfalten als bisher. Die politischen Entscheidungen sind gefallen, jetzt müssen wir auf die Mitarbeiter von psychosozialen Diensten, geschützten Wohnplätzen, Werkstätten und Klubs sowie Laienhelfergruppen zugehen, und mit ihnen ein partnerschaftliches Verhältnis aufzubauen versuchen. Jetzt müssen wir auf sie zugehen und nicht erst warten, bis wir selbst einmal Schwierigkeiten mit ihnen bekommen. Wir sollten uns so verhalten, wie wenn wir schon einen honorarfähigen Auftrag für diese Tätigkeit erhalten hätten. Zum Wohle der uns anvertrauten Patienten müssen wir jetzt die notwendige Zusammenarbeit mit allen nichtärztlichen Sozialdiensten für psychisch Kranke gewinnen helfen und überall dort, wo dies möglich ist, zudem einen psychiatrischen Notfalldienst rund um die Uhr organisieren.

Fotos (9): F. Sebald, Bamberg

Schnupfen • Husten • Infekte

Sinuselect® gegen Rhinitis, Sinuitis

Indikationen: Sinuitis, Pansinuitis, Rhinitis, Nebenhöhlenentzündungen, Dauerkopfschmerz, Schwindel und Übelkeit, Kiefer- und Stirnhöhlenkatarrhe und bei fieberhaften Infekten.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Cinnabaris D₃ 15 g, Carbo vegetabilis D₈ 10 g, Silicea D₈ 10 g, Mercur solub D₈ 15 g, Hydrastis D₈ 10 g, Kallum bichromic D₈ 15 g, Thuja D₈ 15 g, Calc. sulfuric. D₈ 10 g.
Dosierung: 3–5 mal täglich 10–15 Tropfen in etwas Wasser oder Tee einnehmen.
Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 7,15, 100 ml DM 18,95. Klinikpackungen.

Capval® Depot-Antitussikum

Indikationen: Akute und chronische Atemwegs-erkrankungen, die hustenreizende Wirkung erfordern.
Wirkung: Krampf- und Keuchhusten, leichtes Asthma bronchiale
Beginntherapie bei Erkältungskrankheiten und grippeartigen Infekten.
Hinweise: Keine Sucht - keine Obstipation
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: Saft = 100 ml enthalten: Noscapin 500 mg.
Dragees: = 100 ml enthalten: Noscapin hydrochloricum 2,8 g, Cortigestia ad 100 ml.
Dragees: = 1 Dragee enthält: Noscapin-Resin entspr. 25 mg Noscapin.
Dosierung: Erwachsene und Kinder ab 12 Jahren.
Saft: 3–4 mal täglich 1 Tee- bis Eßlöffel.
Tropfen: Mehrmals täglich 10–20 Tropfen.
Dragees: Mehrmals täglich 1–2 Dragees.
Dosierungsanleitung für Kinder (3 bis 12 Jahre) und Kleinkinder (ab 3 Monate): bitte Packungsbeilage einsehen!
Handelsnamen und Preise:
Saft: OP 100 ml DM 8,45 OP 30 (Stück) DM 6,35
Tropfen: OP 100 ml DM 8,45 OP 30 (Stück) DM 43,40
OP 100 ml DM 23,00
Klinikpackungen.

Toxiselect® zur körpereigenen Abwehr akuter und chronischer Infekte

Indikationen: Erkältungskrankheiten in den verschiedensten Formen, Grippe Infekte, insbesondere bei begleitenden Schleimhautkatarrhen. Bei gynäkologischen und urologischen Befunden. Eitrige Infektionen jeder Genese, auch zur Prophylaxe bei entzündlichen Patienten und bei Rezidiven.
Kontraindikationen: Nicht bekannt.
Zusammensetzung: 100 g enthalten: Echinacea purp. u. angustif. 40 g, Bryonia D₈ 20 g, Apis mellifica D₈ 10 g, Lachesis D₈ 20 g, Sulfur D₈ 10 g.
Dosierung: Am ersten Tag 3–4 mal täglich 20–30 Tropfen, denn 3 mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen!
Packungen und Preise: Tropfflasche zu 30 ml DM 7,15, 100 ml DM 18,95. Klinikpackungen.

DRELUso-PHARMAZEUTIKA 3253 Hessisch-Oldendorf 1

Direktor Dr. Oskar Magister DOBNER Ges. m. B. H. Schillingstr. 14, A-1010 Wien



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Schmerz

Der Notfall: Akuter Schluckschmerz

bearbeitet von Professor Dr. J. Schöndorf, Homburg/Saar

Symptomatik:

Der akute Schluckschmerz (= a. S. S.) ist in erster Linie das führende Symptom bei allen akuten bakteriellen und viralen Entzündungen des lymphatischen Rachenringes.

1. a. S. S. mit hohem Fieber und schwerem Krankheitsgefühl: **Akute Tonsillitis** (Angina tonsillaris): Rötung und Schwellung der Gaumenmandeln (Angina catarrhalls), fibrinöse, stippchenartige Beläge (Angina lacunaris), schmerzhafte Lymphknotenschwellung am Kieferwinkel. **Sonderformen: Monozytenangina:** Lokalbefund wie bei Angina lacunaris, dazu auftretend schmerzhafte generalisierte Lymphknotenschwellung nicht nur im Halsbereich, außerdem Leber- und Milzschwellung. **Scharlachangina:** Dunkelrotfärbung von Tonsillen und Rachenschleimhaut. **Angina agranulocytotica:** Nekrosen und schmierige Tonsillenbeläge. Fötör, fehlende Lymphknotenschwellung. **Diphtherie:** Auf die Gaumenbögen übergreifende, bei Berührung blutende Beläge, süßlicher Fötör, eventuell näselnde Sprache (Gaumensegellähmung).

2. a. S. S. mit subfebriler Temperatur und mäßigem Krankheitsgefühl: **akute Pharyngitis:** Rötung der Rachenwand mit Schwellung der Lymphfollikel; bei besonderer Beteiligung der Seitenstränge: **Seitenstrangangina.**

3. Einseitiger a. S. S. mit Kieferklemme: **Peritonsillarabszeß:** Rötung und Vorwölbung eines Gaumenbogens, Lymphknotenbeteiligung, kloßige Sprache, eventuell Uvulaödem (Differentialdiagnose: entzündlich bedingtes Aneurysma der Carotis interna). **Parapharyngealabszeß:** Vorwölbung der lateralen Pharynxwand, Druckschmerz am seitlichen Hals, eventuell Kehlkopfödem.

4. Einseitiger a. S. S. ohne wesentliche Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes: **Angina Plaut-Vincenti:** einseitig tiefes Ulkus in der Tonsille mit fötidem nekrotischen Belag und gleichseitige Lymphknotenschwellung.

5. Beim Kleinkind schmerzhafte Schluckstörung mit Verweigerung der Nahrungsaufnahme: **Retropharyngealabszeß:** Glatte Vorwölbung der Mesopharynxhinterwand, Steifhaltung des Kopfes.

6. Tiefsitzender, in die Ohren ausstrahlender a. S. S.: **Zungengrundangina:** Schwellung oder Rötung der Zungengrundtonsille, stippchenartige Beläge, eventuell kloßige Sprache.

Gefahr: Zungengrundabszeß, Atemnot! **Epiglottitis:** plumpe Auftreibung und Rötung der Epiglottitis, eventuell **Epiglottitisabszeß:** Schmerzhafte Induration und Schwellung über dem Kehlkopf von außen zu tasten, eventuell Stridor.

Anamnese:

Beim tonsillektomierten Patienten Neigung zu Seitenstrang- und Zungengrundangina. Ansonsten Anamnese vor allem hilfreich bei differentialdiagnostischen Problemen (s. u.).

Sofortdiagnostik:

Inspektion von Mundhöhle und Rachen mit Mundspatel: Kieferklemme? Schleimhautveränderungen? Schwellung, Ödem, Rötung, Beläge, Ulzera im Bereich der Gaumenmandeln? Zustand der Rachenwand? *Kehlkopfspiegelung* unbedingt erforderlich, wenn Beschwerden durch Inspektion der Mundhöhle nicht eindeutig abzuklären: *Kehlkopfeingang frei?* Ödem? Abszedierung im Zungengrund-Epiglottisbereich? Schwellung der seitlichen Hypopharynxwand? Ulkus? *Inspektion und Palpation des Halses:* Lymphknotenschwellung ein- oder doppelseitig? Schmerzhaftes Schwellung über dem Kehlkopf? Schmerzhaftes Schwellung und Induration im Bereich der Gefäßscheide? *Inspektion und Palpation des Rumpfes:* Exanthem? Lebervergrößerung?

Therapeutische Sofortmaßnahmen:

Bei entzündlich-ödematöser Verschwellung des Kehlkopfeingangs Kortikoide i. v. (Urbason solubile®, Solu-Decortin H®, 100 bis 500 mg) und ein Breitspektrumpenicillin als Kurzinfusion. Kalzium i. v., Alpha-Chymotrase® i. m. (!) 3 bis 5 ml.

Ambulante Spaltung eines Peritonsillarabszesses nur bei entsprechender Erfahrung (cave: Verletzung der Arteria carotis interna, cave: entzündliches Aneurysma der Arteria carotis interna besonders bei rezidivierenden Abszessen). Bei akuter Tonsillitis Einleitung einer Penicillinbehandlung. Schon bei Verdacht auf Diphtherie sofort zusätzlich Diphtherieserum.

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

Alle oben angeführten Krankheitsbilder, sofern sie nicht eindeutig als Angina tonsillaris oder akute Pharyngitis zu erkennen sind, verlangen HNO-ärztliche diagnostische Klärung und – mit Ausnahme der Angina Plaut-Vincenti – stationäre Behandlung in einer Fachklinik.

Zusätzliche Maßnahmen bzw. Anordnungen:

Prüfen, ob beim Transport in die Klinik Intubationsbereitschaft erforderlich ist: Bei allen Zungengrund-Epiglottis-Prozessen. Bei Monozytenangina im Kindesalter droht unter Umständen Erstickengefahr durch obliterierende Gaumenmandelschwellung (eventuell Sofort-Tonsillektomie erforderlich!).

Bei allen Anginen, die keiner sofortigen HNO-ärztlichen Behandlung bedürfen, ist dem Patienten einzuschärfen, daß die eingeleitete Therapie unbedingt vom Hausarzt (gegebenenfalls Pädler, Internisten) zu überwachen und durch Allgemeinuntersuchungen (Blutbild, Urinbefund) zu ergänzen ist.

Differentialdiagnostische und andere Erörterungen:

a. S. S. auch

- bei Erkrankungen der Mund- und Rachenschleimhaut: Stomatitis, spezifische Entzündung, Pemphigus der Rachenschleimhaut,
- als Primärsymptom bei *Tonsillen-, Zungen- und Hypopharynxkarzinom*,
- bei *Fremdkörperingestion*, Insektenstich im Rachen, Quincke-Ödem
- in Verbindung mit Kieferklemme auch bei Tetanus!
- bei Schlucklähmung in Verbindung mit weiteren Hirnnervenstörungen (Gaumensegel, Rekurrensparese, Nervus octavus-Ausfälle) infolge bulbärer Gefäßprozesse (Wallenberg-Syndrom)
- anfallsartig vor allem bei Nahrungsaufnahme: Glossopharyngeusneuralgie
- vor allem beim Leerschlucken: Globus nervosus, Nervus laryngeus-Irritation, Osteochondrose der HWS.

400jähriges Jubiläum des Collegium Medicum Augustanum

Festansprache beim 70. Augsburger Fortbildungskongreß vom 24. bis 26. September 1982

von A. Schretzenmayr
Ehrenvorsitzender des Collegium Medicum Augustanum

Im Jahr 1582, also vor 400 Jahren, wurde ein entscheidendes Dokument der Medizin- und Ärztesgeschichte unterzeichnet: die berühmte „Ordnung zwischen den Herren Doctoren Medicinæ zue Augspurg mit eines ersamen Rahts daselbsten wissen und bewilligung auffgericht“.

**Ordnung zwischen den
Herren Doctoren Medicinæ zu Aug-
spurg mit eines Ersamen Rahts
daselbsten wissen und be-
willigung auff-
gericht.**



Getruet zu Augspurg / durch
Valentin Schönmigk.
M. D. LXXXII.



Titelblatt des ersten Ärztegesetzes der Welt, zugleich der ersten ärztlichen Standesvertretung des Collegium Medicum Augustanum vom Jahr 1582

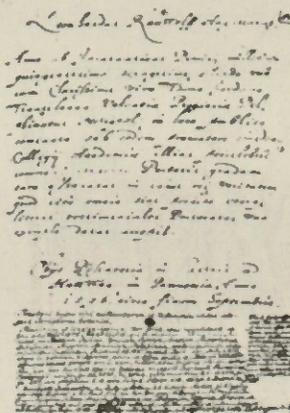
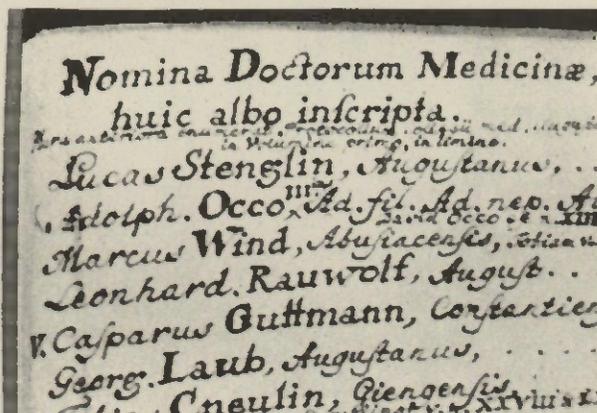
In 28 Artikeln überträgt die Regierung der freien Reichsstadt Augsburg dem COLLEGIUM MEDICUM AUGUSTANUM in alleiniger Verantwortung alle ärztlichen, hygienischen und sanitären Aufgaben der Reichsstadt. Im Gegenzug verpflichten sich die Mit-

glieder des COLLEGIUM zum Hippokratischen Eid, zu Examen und Colloquien vor der Kollegenschaft als Vorbedingung der Niederlassung, zu Mitgliedsbeiträgen zwecks Finanzierung der Sektionen und Demonstrationen, der damaligen Form der ärztlichen Fortbildung, zur Einhaltung der Pharmakopoea Augustana, zum Kampf gegen das Kurpfuschertum.

Ein Titelblatt mit dem Wappen der freien Reichsstadt leitet das Dokument ein, ein Mitgliedsverzeichnis des COLLEGIUM MEDICUM AUGUSTANUM, fortgeführt bis 1806, sowie die handgeschriebenen Lebensläufe der Mitglieder beschließen es. Wir erkennen berühmte Namen, wie Doctor Leonhardus Rauwolf, Entdecker der nach ihm benannten, heute hochaktuellen Heilpflanze Rauwolfia, Doctor Adolphus Occo III, Autor der Pharmakopoea Augustana, der Vorläuferin des heutigen DAB, Doctor Achilles Pirminius Gasser, mit 24 Werken der erfolgreichste medizinische, mathematische, philosophische und astronomische Schriftsteller seiner Zeit.

Das COLLEGIUM MEDICUM AUGUSTANUM ist die erste amtlich anerkannte Standesvertretung der Ärzte, die „Ordnung“ des Jahres 1582 das erste Ärztegesetz, Vorbild aller Ärztegesetze Deutschlands und der Welt.

Es ist kein Zufall, daß das goldene Augsburg zur Geburtsstätte dieser entscheidenden Wende wurde: Die mächtigsten Kaiser des habsburgischen Reiches, in dem die Sonne nicht unterging, Kaiser Maximilian I



Mitgliederverzeichnis und handgeschriebene Lebensläufe des Collegium Medicum Augustanum im Anhang des ersten Ärztegesetzes



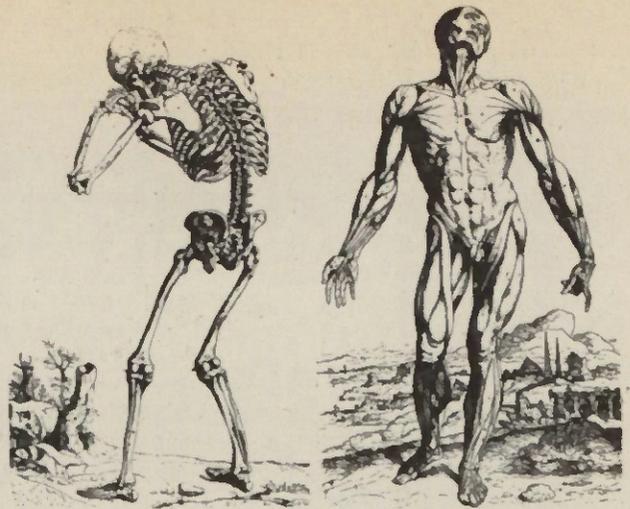
Die „Wende“ in der Medizin: Vesal sezziert selbst und doziert selbst vor jungen und alten Studenten

Sektionen, damals die einzige objektive Fortbildungsmöglichkeit, wurden nicht vom Arzt selbst, sondern vom Anatomiedienner vollzogen, der Arzt und Professor beschränkte sich darauf, entsprechende Stellen aus den Schriften des Galen vorzulesen. Alle Abweichungen zwischen Befund und Text wurden als Krankheits-symptome interpretiert, niemals auf die fehlerhafte Anatomie Galens bezogen.



Occo II. und Occo III. Autor der Pharmakopoea Augustana, des heutigen DAB (Deutsches Arzneibuch)

Es war Vesalius, der den Umschwung schuf: er sezizierte und dozierte selbst, umgeben von seinen Schülern. Sein siebenbändiges Werk „de humani corporis fabrica“ wurde zur Grundlage der modernen Medizin.



Die „Wende“ in der Medizin: Vesals Anatomie-Werk de humani corporis fabrica (1543), illustriert vom Tizianschüler Calcar; das Werk ist noch heute die Grundlage der modernen Medizin

Als Leibarzt Karls V, kam Vesalius oft und monatelang nach Augsburg, praktizierte hier, las die ersten ärztlichen Fortbildungskurse für die Augsburger Kollegen in Form von selbstausgeführten Sektionen, unter gleichzeitiger Erläuterung der Anamnese, des Krankheitsbefundes und Krankheitsverlaufes des Sezierten.

Und es war wohl auch Vesalius, der seinen ärztlichen Hörern in Augsburg die Impulse zum Zusammenschluß als COLLEGIUM MEDICUM AUGUSTANUM und zur Schaffung des ersten Ärztesgesetzes gab. Unter den ersten Mitgliedern des COLLEGIUM MEDICUM AUGUSTANUM waren seine Zuhörer und auch die Nachkommen jenes kaiserlichen Hofarztes Dr. Occo des Ersten; acht Ärzte schenkte die Familie Occo der Stadt, darunter Adolphus Occo III, Autor der Pharmakopoea Augustana. Der letzte Occo starb in Ausübung seines Berufes an der Pest.

Das COLLEGIUM MEDICUM AUGUSTANUM wurde 1806 von Napoleon aufgelöst, er wollte alle Macht und Herrlichkeit für sich allein. Wir haben das COLLEGIUM MEDICUM AUGUSTANUM erneut ins Leben zurückgerufen und ihm als Aufgabe wiederum die Pflege der ärztlichen Fortbildung übertragen.

Möge die große Tradition der 400 Jahre uns anspornen, diese Aufgabe ganz im Sinne des ersten Ärztesgesetzes und der Satzung des COLLEGIUM MEDICUM AUGUSTANUM vom Jahr 1582 zu erfüllen.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. A. Schretzenmayr, Maierhaldenweg 6, 8901 Aystetten

71. Augsburger Fortbildungskongreß

am 26./27. März 1983

„Koalition der Vernunft“

Sitzung am 23. November 1982 in München

Die Entwicklung der Kosten im Gesundheitswesen hat die Landesverbände der Orts-, Betriebs-, Innungskrankenkassen sowie die Landwirtschaftlichen Krankenkassen in Bayern und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns, die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns, die Bayerische Landesapothekerkammer, den Bayerischen Apothekerverein und den Landesverband Bayern der Pharmazeutischen Industrie schon im Jahre 1981 veranlaßt, sich in einer „Koalition der Vernunft“ zusammenzuschließen. Die „Koalition der Vernunft“ hat sich die Aufgabe gestellt, anstelle staatlich-administrativer Lenkung im Gesundheitswesen die am Kostengeschehen Beteiligten in Verantwortung zu nehmen, um Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit zu verbessern.

In ihrer dritten Sitzung am 23. November 1982 stellte die „Koalition der Vernunft“ fest:

- Die Beitragssätze in der bayerischen Krankenversicherung — die ohnehin niedrigsten im Bundesgebiet — sind seit Anfang 1981 stabil.
- Die Kostenentwicklung im Jahre 1982 — und Prognosen für das Jahr 1983 — lassen nach Erklärung der Krankenkassenvertreter mit einiger Sicherheit erwarten, daß die Beitragssätze für das ganze Jahr 1983 konstant bleiben. Dies setzt allerdings voraus, daß der Gesetzgeber die Krankenversicherung nicht erneut belastet.

Dieses Ergebnis ist nicht Folge gesetzgeberischer Kostendämpfungspolitik. Es ist in erster Linie der Erfolg

- des freiwilligen Verzichts von Kassenärzten und Kassenzahnärzten auf Vergütungserhöhungen,
- maßvoller Preispolitik der pharmazeutischen Industrie.

Kassenärzte und Kassenzahnärzte haben dabei zur Erhaltung unseres freiheitlichen Gesundheitssystems schwerwiegende Bedenken hinsichtlich der wirtschaftlichen Situation ihrer Praxen zurückgestellt. Sie sehen allerdings das Ende der Zeit des Vergütungsstillstandes gekommen, weil sonst ihre Leistungsfähigkeit und die qualifizierte Patientenversorgung gefährdet sind.

Die bayerische Koalition der Vernunft erwartet vom Gesetzgeber, daß Fehler in der Sozialpolitik korrigiert werden.

Leitlinien müssen sein:

1. Soviel Selbstverwaltung wie möglich, nur soviel Staat wie nötig

Die mit den Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzen eingeleitete Politik des gesetzlichen Zwangs, ausgedrückt in Methoden des Reglementierens und Pauschalierens, muß beendet werden. Die Selbstverwaltung im Gesundheitswesen muß von den Fesseln

befreit werden, in die sie im Verleufe zunehmender staatlicher Bevormundung geraten ist. Reglementierung muß durch stärkere eigenverantwortliche Entscheidungsbreite der Selbstverwaltung ersetzt werden.

2. Haushaltswahrheit und Haushaltsklärheit

Der Gesetzgeber muß sich zukünftig enthalten, in den Beitragstopf der gesetzlichen Krankenversicherung zu greifen, um in einer Art Solidarhaftung der Krankenkassen für andere Haushalte von Sozialleistungsträgern oder den Bundeshaushalt Finanzierungsprobleme zu lösen. Geldmittel müssen in dem Bereich aufgebracht werden, wo sie fehlen.

3. Keine wesensfremde Aufgabenübertragung ohne vollen finanziellen Ausgleich

Es widerspricht dem Wesen der Krankenversicherung, mit Aufgaben belastet zu sein, die gesellschaftspolitischer Natur sind. Wenn der Gesetzgeber der Krankenversicherung solche Aufgaben übertragen will, muß er die volle Finanzierung (einschließlich der Verwaltungskosten) auf Dauer gewährleisten.

4. Wiederherstellung der Prinzipien von Subsidiarität und Solidarität

Es müssen Eigeninitiativen und Selbstverantwortung aller am Gesundheitswesen Beteiligten so gestärkt werden, daß die Interessen des einzelnen mit denen der Gemeinschaft übereinstimmen. Alle Anstrengungen sind darauf zu richten, daß der Mißbrauch von Sozialleistungen zu Lasten der Allgemeinheit verhindert wird.

5. Kostendämpfung für den stationären Krankenhausbereich

Es ist zwingend notwendig, die Krankenhausfinanzierung zu reformieren. Hier hat die Devise zu gelten, daß

- die Zahl der Krankenhausbetten auf den medizinisch begründeten Bedarf reduziert wird,
- an die Stelle des Selbstkostenerstattungsprinzips die Vergütung nachgewiesener Leistungen tritt,
- das ineffektive und unwirtschaftlich gewordene duale Finanzierungssystem überprüft wird.

6. Steuerung des Zuwachses an Ärzten

Derzeit beginnen rund 12 000 Studenten im Jahr das Medizinstudium, obwohl höchstens 6 000 Ärzte bedarfsnotwendig sind. Deshalb müssen Maßnahmen ergriffen werden, die verhindern, daß die Zahl der Ärzte weiterhin überproportional zum Bedarf zunimmt.

Das Krankenhaus heute

Die stationäre Versorgung auch zukünftig ein Eckpfeiler unseres Gesundheitswesens?

Anmerkungen eines Krankenhausarztes

von G. Fuchs

Im Vorspann zu dieser Artikelserie betont der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer die Bedeutung des Krankenhauses im gesundheitlichen, wirtschaftlichen und kulturellen Leben unseres Landes. Sicher ist die Bewältigung auch seiner Kosten für die gesundheitliche Betreuung unserer Bürger ein gemeinsames Problem für alle Verantwortlichen, eine vorrangig zu lösende Aufgabe für Krankenkassen und Krankenhausträger, für Ärzte und Politiker. Eine ausschließlich um die Kostenbegrenzung geführte Diskussion, wie sie derzeit zu beobachten ist, vermag das Problem Krankenhaus jedoch nicht annähernd zu lösen, läßt beispielsweise den sozialstaatlich-humanitären Auftrag des Krankenhauses völlig außer acht, wie Genzel in seinem Beitrag zu Recht kritisiert. Gesundheitspolitik ist nicht gleich Kostendämpfungspolitik – dies gilt auch für den Krankenhausbereich.

Im Spannungsfeld zwischen Kosten und Auftrag des Krankenhauses muß in einer innerärztlichen Diskussion der Stellenwert des Krankenhauses in unserem gegliederten System der ärztlichen Versorgung unserer Bevölkerung neu formuliert oder bestätigt werden, heißt die Frage: Gilt die Aufgabenverteilung zwischen freier Praxis, Krankenhaus und öffentlichem Gesundheitsdienst unverändert weiter, oder muß sie nach Umfang und Inhalt neu definiert werden?

Die Leitlinie „soviel ambulant wie möglich, nur soviel stationär wie nötig“ findet die Zustimmung der Krankenhausärzte. Wir können und wollen sie jedoch nicht als ein Instrument gezielter, quantitativer Umverteilung von Patienten mißverstehen. Für uns ist sie vielmehr Richtschnur für eine einvernehmliche Neuorientierung typischer Zuständigkeiten in den jeweils eigenständigen ärztlichen Arbeitsbereichen. Es wird nicht leicht sein und sicher der Besinnung auf die Tugend

der Kollegialität bedürfen, wenn wir gemeinsam für diese Arbeitsteilung eine Kriterienliste erstellen.

Diese Liste wird keine starren Zuständigkeiten vorgeben dürfen und sehr wohl die einzelnen medizinischen Anwendungsbereiche wie Diagnostik, Therapie, Prävention, Rehabilitation oder Nachsorge unterschiedlich gewichtig zuordnen müssen. Allein die überwiegend in Klinik und Krankenhaus angesiedelten Aufgaben von Lehre und Forschung und deren erste Umsetzung in die Praxis sowie Ausbildung und Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses verbieten im Interesse unseres gesamten Berufsstandes eine Einstellung nach dem Muster „alles, was möglich ist, ambulant, der Rest stationär“.

Wir Krankenhausärzte anerkennen die Notwendigkeit staatlicher Krankenhausplanung mit dem Ziel, ein funktional abgestuftes Netz möglichst gleichmäßig über das Staatsgebiet verteilter, einander ergänzender Krankenhäuser zu schaffen und sie innerhalb der Gesamtordnung jeweils nach Bau, Ausstattung und Organisation der medizinischen Betreuung einer bestimmten Aufgabenstellung zuzuordnen.

Wir bekennen uns zu den Leitlinien der Krankenhausplanung in Bayern mit der Pluralität der Krankenhausträger und ihrer Gleichrangigkeit untereinander. In Anerkennung und bei Verwirklichung dieser Vorgaben ist es uns jederzeit und an jedem Ort möglich, unter Berücksichtigung der jeweils vorhandenen personellen, finanziellen und apparativen Mittel, entsprechend unserer Einstellung zur Aufgabenerfüllung und gemäß unserer Aus- und Weiterbildung, unsere Patienten bestmöglich zu versorgen, ohne dabei über Gebühr Maximierungstendenzen zu unterliegen. Oder einfacher ausgedrückt: Wir Krankenhausärzte schießen auch nicht öfter als andere mit Kanonen auf Spatzen.

Ansatzpunkte unserer Kritik an der vorgegebenen Planung sind zum einen der Mangel eines wirksamen Instrumentariums zur Durchsetzung richtig erkannter und abgesteckter Planungsziele gegenüber regionalen oder gar örtlichen, zumeist nicht fachlich, sondern politisch motivierten Wünschen, zum anderen die gerade im Konfliktfall zu beobachtende Nachrangigkeit ärztlich-fachlicher Argumente gegenüber wirtschaftlichen oder politischen Erwägungen.

Dies liegt sicher auch in einer nur unzureichenden Beteiligung des ärztlichen Sachverstandes auf allen Planungsebenen begründet.

Unheilvoll für die Kostenentwicklung und für die Krankenhausärzte nicht selten konfliktbeladen ist die vom Gesetzgeber vorgegebene Verknüpfung der Meßgrößen Verweildauer, Krankenhaushäufigkeit und Bettennutzungsgrad.

Das ökonomische Verhalten der Krankenhausärzte ist überwiegend fremdbestimmt. Seine Kontrolle durch eine funktionstüchtige, weisungsberechtigte Krankenhausverwaltung erreicht sicher die Wirksamkeit jeder Selbstkontrolle. Für das ökonomische Bewußtsein der Krankenhausärzte ist ihre stärkere Einbindung in die Betriebsverantwortung des Krankenhauses sicher förderlich und wünschenswert. Dies kann jedoch sinnvoll und wirksam nur auf dem Wege der Mitverantwortung für alle ärztlichen Entscheidungen in Diagnostik und Therapie geschehen; die Offenlegung von Entscheidungen der Betriebsorganisation des Krankenhauses wäre nur ein erster Schritt zur notwendigen Zusammenlegung von fachlicher Kompetenz und verantwortlicher Entscheidung.

Die Fülle der veröffentlichten Daten aus dem Krankenhausbereich kann nicht darüber hinwegtäuschen, daß die bisherige Krankenhausstatistik eine Transparenz der Kosten- und Leistungsstruktur der Krankenhäuser nur bedingt ermöglicht. Vermißt werden insbesondere Hilfen für regionale oder gar örtliche Entscheidungen.

Die Fülle ökonomischer Daten bedarf der sinnvollen Ergänzung durch entscheidungsfördernde medizinische Daten, etwa die Ermittlung der Lebenserwartung, der Verän-

derung im Krankheitsspektrum, der Entwicklung altersgruppenbezogener Neuerkrankungen, epidemiologischer und medizinischer Bestimmungsgrößen für die Versorgung älterer Menschen, wie durch die Bundesärztekammer der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vorgeschlagen wurde.

Als drastisches Allheilmittel nahezu aller wirtschaftlichen Probleme am Krankenhaus wird insbesondere von den Kostenträgern mittelfristig ein umfangreicher und endgültiger Bettenabbau angesehen. Um dieses Ziel zu erreichen, sind jene kurzfristig bereit, entsprechend den derzeit gültigen Finanzierungsmodalitäten dafür sogar Mehrkosten in Kauf zu nehmen.

Es sollte nicht verwundern, wenn ein Vertreter der Krankenhausärzte die Frage des Bettenabbaus nicht grundsätzlich aus seinen Überlegungen ausklammert.

Ein solches Vorgehen müßte jedoch regional abgestimmt, fachspezifisch differenziert und im Einvernehmen mit allen Beteiligten und Betroffenen durchgeführt werden. Es müßte zudem zu Funktionseinheiten führen, die nicht nur unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten problemloser betrieben werden, sondern vielmehr nach medizinischen Maßstäben zeitgemäße und wirksame Hilfen anbieten können.

Bettenabbau kann so, als Chance für das Krankenhaus begriffen, auch längst fällige Veränderungen seiner inneren Strukturen patientenorientiert durchführen. Als Beispiele seien hier das Rooming-in der Geburtshilfe, die Freizügigkeit der Besuchszeiten und die Mitaufnahme der Mütter in unseren Kinderkliniken genannt. Trotz aller modernen Technik der dort heute betriebenen Medizin ist seither der Vorwurf des inhumanen Kinderkrankenhauses verstummt.

Mehr als bisher bliebe gerade uns Krankenhausärzten dann ohne Berührungängste Zeit und Gelegenheit zur interdisziplinären Kontaktpflege mit das Krankenhaus entlastenden Einrichtungen der Pädiatrie und Geriatrie, mit Selbsthilfegruppen, sozialen Diensten und Behinderteneinrichtungen. Die Diskussion und Beschlußfassung des 35. Bayerischen Ärztetages fände so ihre

intensive Umsetzung in unsere praktische Arbeit.

Alle vernünftigen, das System unseres freiheitlichen und gegliederten Gesundheitswesens stabilisierenden planerischen Eingriffe werden von uns Krankenhausärzten toleriert, wenn sie grundsätzlich alle Bereiche erfassen können. Eine solche Planung sollte weder als soziale Demontage noch als unzulässige Investitionslenkung vor-schnell diffamiert werden.

Täuschen wir uns jedoch bei allen ehrenwerten Motiven und begrüßenswerten Ergebnissen nicht darüber hinweg, Bettenabbau im Krankenhaus bedeutet auch drohenden Verlust von Arbeitsplätzen, insbesondere im ärztlichen und pflegerischen Bereich, da gerade hier eine fühlbare Einschränkung der Stellenpläne eine wirksame Senkung der Personalkosten erreichen soll.

Wer jedoch die heutige Situation kennt, in der eine Deckung des derzeitigen Stellenbedarfes auf der Grundlage bedarfsnotwendiger, aktueller Leistungszahlen keineswegs gegeben ist, wird dem Abbau von Betten lediglich, und dies mit schlechtem Gewissen, eine stabilisierende Wirkung auf die derzeitigen Personalkosten zugestehen können; jede notwendige Leistungsausweitung im medizinischen Funktionsbereich müßte auch diesen Teilerfolg zunichte machen.

Die Katastrophe der ausufernden Zahlen des ärztlichen Nachwuchses und die offensichtlichen Schwierigkeiten ihrer verfassungsgemäßen und politisch gewollten vernünftigen Eindämmung macht eine Lösung im Personalbereich zur Utopie.

Eine Lösung der Probleme um das Krankenhaus wird uns nicht in den Schoß fallen. Wir werden um sie kämpfen müssen, aber gegeneinander kämpfen bringt uns nicht zum Ziel. Wir Krankenhausärzte sind bereit, über alles und mit jedem Partner zu reden. Ergebnisse sind für uns nur im Rahmen unseres freiheitlichen, gegliederten Gesundheitssystems denkbar.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. G. Fuchs, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80

Personalia

Goldenes Doktor-Jubiläum

Professor Dr. med. Karl Hohenner, epl. Professor für Innere Medizin, Hindenburgstraße 76, 8520 Erlangen, konnte am 30. Dezember 1982 sein 50jähriges Doktor-Jubiläum feiern.

Professor Dr. med., Dr. med. dent. Gerhard Steinhardt, em. Ordinarius für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Höhenbergstraße 19, 8133 Feldafing, konnte am 24. Dezember 1982 sein 50jähriges Doktor-Jubiläum (Dr. med.) feiern.

Wahlen im NAV

Die Hauptversammlung des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) hat Dr. med. Erwin Hirschmann, Kinderarzt, Hansastraße 134, 8000 München 70, zum neuen Bundesvorsitzenden gewählt.

Ferner wurde Dr. med. Ingo Döker, Kinderarzt, Fasanenstraße 142, 8025 Unterhaching, als Beisitzer in den Bundesvorstand berufen.

Verdienstmedaille

Dr. med. Virginie Pöller, Allgemeinärztin, Grassauer Straße 6, 8212 Übersee, wurde mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Joachim Robert Kalden, Direktor des Instituts und der Poliklinik für klinische Immunologie und Rheumatologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde für drei Jahre zum Präsidenten der Immunologischen Gesellschaft gewählt.

Dr. med. Udo W. Müller-Barthel, Nürnberger Straße 29-31, 8800 Ansbach, wurde in das Spitzengremium der Deutschen Dialyse-Gesellschaft niedergelassener Ärzte e. V. gewählt.

Ehrenzeichen der deutschen Ärzeschaft für Frau Steudemann

Anlässlich der Dichterlesung 1982 der bayerischen Schriftstellerärzte am 8. Dezember 1982 im Ärztehaus Bayern überreichte Professor Dr. Sewering der Arztwitwe Frau Pauline Steudemann, Luisenstraße 25, 8000 München 2, das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft. Professor Sewering hat seinen Antrag beim Vorstand der Bundesärztekammer wie folgt begründet:

Seit Jahrzehnten kümmert sich Frau Steudemann um das Schicksal von Arztwitwen. 1962 übernahm sie die Leitung des Münchener Kreises des Vereins „Die Arztfrau“. 1975 wurde sie zur 1. Vorsitzenden des Vereins gewählt, der zur Zeit ca. 800 Mitglieder umfaßt. Frau Steudemann ist hier praktisch „ein Mädchen für alles“:

- Betreuung von fünf Arbeitskreisen des Vereins, die sich im wesentlichen mit Fragen der Sozialhilfeleistung untereinander beschäftigen;
- zu „runden“ Geburtstagen wird gratuliert;
- betagte und insbesondere finanziell schwache und kranke Vereinsmitglieder werden besucht und im Rahmen der Vereinsmöglichkeiten finanziell unterstützt;
- Verteilung von kleinen Weihnachtsgeschenken an bedürftige Mitglieder;
- regelmäßiger Besuch der Vereinsmitglieder, die in einem Altersheim sind.

Dr. Braun weiter Präsident Verband Freier Berufe

Auf der Mitgliederversammlung des Verbandes Freier Berufe in Bayern am 15. Dezember 1982 wurde Dr. med. Hermann Braun, Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Talstraße 7, 8411 Nittendorf, erneut zum Präsidenten des Verbandes Freier Berufe in Bayern gewählt.

*Wer kennt direkte Nachkommen des
Schriftstellerarztes und Mitarbeiters
der „Jugend“*

A. de Nora 1864 bis 1936

(Dr. med. A. Noder)

Arzt in Türkheim und München?

*Adresse bitte an Dr. med. Robert
Paschke, Joseph-Haydn-Straße 3,
8535 Emskirchen*

Professor Dr. med. Ludwig Demling, Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde für seine richtungsweisenden Arbeiten auf dem Gebiet der praktischen Endoskopie der Ernst-Hellmut-Vits-Preis verliehen. — Ferner wurde er von der Argentinischen Gesellschaft für digestive Endoskopie zum ausländischen korrespondierenden Mitglied ernannt.

Professor Dr. med. Karl-Günther Ober, Direktor der Klinik für Frauenheilkunde der Universität Erlangen-Nürnberg, Universitätsstraße 21/23, 8520 Erlangen, wurde zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe ernannt.

Professor Dr. med. Dieter Platt, Direktor des Instituts für Gerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Heimerichstraße 58, 8500 Nürnberg, wurde in den Wissenschaftlichen Beirat der Louise-Eylmann-Stiftung zur Förderung der Gerontologie gewählt.

Privatdozent Dr. med. habil. Wolfgang Steiner, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, wurde zum Mitglied der Kolumbianischen Otorhinolaryngologischen Gesellschaft in Bogota/Kolumbien ernannt.

Privatdozent Dr. med. habil. Walter Thumfart, Oberarzt an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, wurde beim Jahrestreffen der American Academy of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, der Preis „Best scientific exhibit 1982“ verliehen.

Professor Dr. med. Malte Erik Wigand, Direktor der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkranke der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, wurde vom Internationalen Collegium Otorhinolaryngologicum Amicitiae Sacrum zum Ordentlichen Mitglied gewählt.

Dr. Weißbauer Ehrensator

In Würdigung seiner besonderen Verdienste um die Ärzteschaft wurde Dr. med. h. c. Walther Weißbauer, Ministerialdirigent im Bayerischen Staatsministerium der Justiz, Eckerstraße 34, 8050 Freising, von der Technischen Universität München zum Ehrensator ernannt

Professor Dr. med., Dr. rer. nat. Dieter Adam, Kinderklinik der Universität München im Dr. v. Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, wurde als Vertreter der Medizinischen Fakultät in den Senat der Ludwig-Maximilians-Universität berufen.

Professor Dr. med. Otto Braun-Falco, Direktor der Dermatologischen Klinik der Universität München, Frauenlobstraße 9-11, 8000 München 2, wurde zum Präsidenten der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft gewählt.

Professor Dr. med. Fritz Holle, em. Ordinarius für Spezielle Chirurgie, Lindenstraße 7, 8000 München 90, wurde zum Ehrenmitglied der Vereinigung der Bayerischen Chirurgen gewählt.

Dr. med. Klaus-Dieter Schnarr, wissenschaftlicher Assistent an der Augenklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde der erstmals verliehene Hermann-Wacker-Promotionspreis zuerkannt.

Professor Dr. med., Dr. jur. h. c. Werner Wachsmuth, ehemaliger Direktor der Chirurgischen Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg, Nikolausstraße 20, 8700 Würzburg, wurde zum Ehrenmitglied der Vereinigung Niederrheinisch-Westfälischer Chirurgen gewählt.

Dr. med. Ernst Wittermann, Zugspitzstraße 33, 8120 Weilheim, wurde wegen seiner besonderen Verdienste um die Restaurierung und Wiederbelebung des Bibliotheksaaes des Schlosses Polling zum Ehrenmitglied der Bayerischen Akademie der Schönen Künste gewählt.

Bekanntmachung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberfranken

Blindlach, Lkr. Bayreuth:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hof/Saale:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Döhlau, Lkr. Hof/Saale:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Rehau, Lkr. Hof/Saale:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Miltwitz, Lkr. Kronach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Redwitz a. d. Rodach, Lkr. Lichtenfels:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Selb, Lkr. Wunsiedel:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Bamberg:
1 Augenarzt

Coburg:
1 Augenarzt

Hof/Saale:
1 Augenarzt

Kulmbach:
1 Augenarzt

Kulmbach:
1 Chirurg

Kronach:
1 Chirurg

Bamberg:
1 Hautarzt

Bayreuth:
1 Hautarzt

Coburg:
1 Hautarzt

Kulmbach:
1 Hautarzt

Wunsiedel:
1 Hautarzt

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:
1 Kinderarzt

Hof/Saale:
1 Lungenarzt oder Internist mit Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Brandenburger Straße 4, 8580 Bayreuth, Telefon (0921) 2921.

Mittelfranken

Lauf a. d. Pagnitz-Neunhof, Lkr. Nürnberger Land:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Leonhard/Sündersbühl/Großreuth:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Ralchelsdorf/Mühlhof/Krottenbach:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Schoppershof:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Planungsbereich Dinkelsbühl, Lkr. Ansbach/Fauchtangenen:
1 Augenarzt

Planungsbereich Ansbach, Lkr. Ansbach:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (0911) 4627-528.

Unterfranken

Ebern, Lkr. Haßberge:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Hösbach, Lkr. Aschaffenburg:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Thüngen, Lkr. Main-Spessart:
1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:
1 Augenarzt

Volkach, Lkr. Kitzingen:
1 Augenarzt

Stadt Aschaffenburg:
1 HNO-Arzt

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

Haßfurt, Lkr. Haßberge:
1 Hautarzt

Ebern, Lkr. Haßberga:
1 Kinderarzt

Miltenberg, Lkr. Miltenberg:
1 Kinderarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberga:
1 Nervenarzt

Bad Neustadt, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hofstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 307-1.

Oberpfalz

Fuchsmühl, Lkr. Tirschenreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Furth I. Wald/Waldmünchen, Lkr. Cham:

1 Augenarzt

Kötzling, Lkr. Cham:

1 Augenarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:

1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

Kötzling, Lkr. Cham:

1 HNO-Arzt

Lkr. Tirschenreuth:

1 HNO-Arzt

Stadt Cham, Lkr. Cham:

1 Hautarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:

1 Hautarzt

Stadt Welden:

1 Hautarzt

Furth I. Wald, Lkr. Cham:

1 Kinderarzt

Kötzling, Lkr. Cham:

1 Kinderarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:

1 Kinderarzt

Lkr. Tirschenreuth:

1 Kinderarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:

1 Nervenarzt

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

Niederbayern

Lkr. Dingolfing-Landau:

1 Hautarzt

Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen:

1 Hautarzt

Lkr. Rottal-Inn:

1 Hautarzt

Bogen, Lkr. Straubing-Bogen:

1 Kinderarzt

Kelheim, Lkr. Kelheim:

1 Nervenarzt

Regen oder Zwiesel, Lkr. Regen:

1 Nervenarzt

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

Schwaben

Thierhaupten-Unterbaar, Lkr. Augsburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Weßenhorn, Lkr. Neu-Ulm:

1 Augenarzt

Gersthofen, Lkr. Augsburg:

1 Kinderarzt

Günzburg, Lkr. Günzburg:

1 Kinderarzt

Dillingen, Lkr. Dillingen:

1 Nervenarzt

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

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

5. März 1983

30. April 1983

25. Juni 1983

24. September 1983

26. November 1983

im Ärztehaus Bayern, Mühlbauerstraße 16, München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.00 Uhr – Ende: jeweils 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-778, Frau Kiocow, zu richten bis 25. Februar, 22. April, 17. Juni, 16. September und 18. November 1983.

Die Teilnehmergebühr von DM 20,- ist am Tage des Einführungslehrganges zu bezahlen.

„Streichaktion 1983“

Die Bundesregierung scheint ihre Haushaltsvorlage und das umstrittene Haushaltsbegleitgesetz unangefochten über die Hürden des Gesetzgebungsverfahrens zu bringen. Die Mehrheit des Bundesrates hat Kooperationsbereitschaft signalisiert, und die Fraktionen von CDU/CSU und F.D.P. heben nach mehreren Koalitionsgesprächen die Absicht aufgegeben, an den Gesetzentwürfen noch viel zu ändern. Den Abgeordneten fällt dieser Verzicht auf eigene Akzente nicht leicht. Zu sehr fühlen sie sich in der Rolle des Erfüllungshelfen der Regierung. Vor allem die Abgeordneten der Union müssen noch lernen, daß der Spielraum bei der Gestaltung von Politik nicht nur in der Opposition gering ist. Dabei waren im Parlament Vorstellungen entwickelt worden, die es wert gewesen wären, in die Konsolidierungsgesetze eingebracht zu werden.

Das gilt z.B. für die Überlegung, den Beitragssatz zur Arbeitslosenversicherung nicht nur auf 4,6 Prozent, sondern auf 4,8 Prozent zu erhöhen, um damit die Voraussetzung dafür zu schaffen, daß auf die Kürzung des Bundeszuschusses an die Rentenversicherung und auf das Vorziehen der Erhöhung der Rentenbeiträge auf den 1. September 1983 verzichtet werden kann. Solche erwägenswerten Vorschläge hatten in dem Augenblick keine Chance mehr, als von Seiten der F.D.P. der Koalitionsbeschluß, die Ausbildungsförderung für Schüler, die im Elternhaus wohnen können, in Frage gestellt wurde. Damit wurde ein Kernpunkt der Konsolidierungspolitik berührt. Wenn hier dem massiven Protest der Betroffenen nachgegeben worden wäre, so hätte dies jeden weiteren Senierungsschritt erschwert. Allen Verantwortlichen ist mittlerweile klar, daß der „Streichaktion 1983“ weitere tiefe Einschnitte im Leistungsrecht folgen müssen. Die „Operation B4“ wird eine noch größere politische Standfestigkeit erfordern. So war es von Anfang an vor allem Stoltenbergs Devise: Nichts ändern!

In den Abgeordneten-Zimmern war eine Fülle von Änderungsplänen entwickelt worden. So wurde vorgeschlagen, auf die Einkommensgrenze beim Kindergeld wieder zu verzichten und stattdessen alle Kindergeldzahlungen peuschel

um 5 DM zu kürzen, was einen höheren Einsparungseffekt gehabt hätte und nicht so stark auf die Mehrkinderfamilien der sogenannten Besserverdienenden durchgeschlagen wäre. Die Einkommensgrenze schafft auch große bürokratische Probleme. Der Verwaltungsaufwand schluckt annähernd ein Drittel der Einsparungen.

An den Beschlüssen, die die Krankenversicherung berühren, ist nicht viel geändert worden. Der vernünftige Vorschlag der Gesundheitspolitiker der Union, auf die Negativliste zu verzichten und dafür die Rezeptblattgebühr auf 3 DM anzuheben, hatte keine Chance. Allerdings sind die Bestimmungen über die Negativliste verbessert worden. So sollen die auf der Negativliste stehenden Medikamente auch dann nicht von den Krankenkassen erstattet werden dürfen, wenn sie im Zusammenhang mit einer schwerwiegenden Erkrankung verordnet werden. Es gibt jetzt auch nur noch jene Härteklausele, mit der bereits bei der Rezeptblattgebühr Erfahrungen gesammelt worden sind. In diesem Punkt hatten die Proteste der Ärzte also einen gewissen Erfolg. Die Milliardenbelastung der Krankenversicherung zugunsten der Rentenversicherung ist dagegen geblieben. Weggefallen ist jedoch jene Bestimmung, die darauf zielte, die „Preiswürdigkeit und den therapeutischen Nutzen verordneter Leistungen“ zu sichern. Mit jener Klausel wäre wohl der Weg zur Einführung von Positivlisten in der gesetzlichen Krankenversicherung freigegeben worden.

Wenn man bedenkt, wieviele Argumente mobilisiert worden sind, um die neuerliche Verschiebung von Milliarden-Beträgen zwischen den verschiedenen Zweigen der Sozialversicherung zu verhindern, so bleibt das Ergebnis enttäuschend. Der sozialpolitische Ausschuß hatte einen ganzen Tag lang die Fachleute der Verbände gehört. In der „Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen“ war dieses Thema breit besprochen worden. Dort hatte der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung dem neuen Bundesgesundheitsminister Blüm entgegengehalten, „daß wir Kassenärzte unserer erfolgreichen Bemühungen, durch Honorerverzicht eine Ausgabenminderung in der sozialen Krankenversicherung zu bewirken, überdrüssig werden, wenn die Kren-

kenversicherung, weil sie sparsam ist, zugunsten anderer Sozialversicherungszweige fortlaufend finanziell belastet wird.“

Von Anfang an waren die Bemühungen um eine bessere Lösung für die Krankenversicherung ohne Chance. Auf die Preisfrage, woher Blüm denn sonst 1,2 Milliarden DM zur Entlastung der Rentenversicherung und des Bundes nehmen solle, gab es keine schlüssige Antwort. Dennoch haben die massiven Interventionen ihren Sinn. Sie führen den Politikern vor Augen, daß nun endlich mit der Politik des Lastenverschiebens Schluß gemacht werden muß. Es gibt keinen Zweifel an der Absicht Blüms, solche Operationen nicht zu wiederholen. Er selbst spricht von einem „Sündenfall“. Aber die Zwänge der Politik sind oft größer als der gute Wille. So wird man erwarten müssen, was die nächste Sparrunde bringt, die nach der im März zu erwartenden Bundestagswahl eingeleitet werden muß, und zwar unabhängig davon, wer dann regiert. Besonders bedrohlich sieht die Finanzlage der Rentenversicherung aus. Sie kommt nur mit Glück über das nächste Jahr hinweg. Für 1984 fehlen dann bereits liquide Mittel in der Höhe von 6 bis 7 Milliarden DM.

Die „Konzertierte Aktion“ brachte diesmal keine neuen Erkenntnisse. Sie verschaffte jedoch dem neuen Arbeitsminister die Gelegenheit, seine Vorstellungen von der Funktion der „Konzertierten Aktion“ darzulegen. Sie diene der Kooperation von Staat und Gesellschaft; sie solle den Dialog ermöglichen; sie sei eine freiwillige Einrichtung und keine Zwangsinstitution. Sie sei keine dirigistische Veranstaltung, aber auch kein unverbindlicher Stammtisch. Eine freie Gesellschaft sei auf Einsicht angewiesen. Alle Beteiligten stünden unter der Beweislast, freiwillig Änderungen zustande zu bringen, von denen andere meinten, sie wären nur mit Zwang zu ermöglichen. Bemerkenswert war immerhin, daß Blüm vor der „Konzertierten Aktion“ die Ärzte nicht nur wegen ihrer Bereitschaft lobte, die Honorarpause zu verlängern, sondern auch um Verständnis dafür warb, des Bußgeld für Ärzte zu erhöhen, die Gefälligkeitsatteste ausstellen. Dahinter stecke kein „Generalverdacht“ gegen die Ärzte. Aber in Zeiten knapper Kassen müsse der Mißbrauch überall bekämpft werden, bei Versicherten wie bei Ärzten. Es handle sich aber immer nur um Ausnahmen, die Mißbrauch betrieben, sagte Blüm wohl in der Absicht, die Verärgerung in der Ärzteschaft zu dämpfen.

bonn-mot

Bonn beherrschte Regierungserklärung

Ministerpräsident Franz Josef Strauß wird — wie erwartet — die Landesliste der CSU bei den Bundestags-Neuwahlen am 6. März 1983 anführen und dort voraussichtlich gegen den SPD-Bundesgeschäftsführer Peter Glotz antreten, den dessen Partei Mitte Januar als Spitzenkandidaten in Bayern nominieren will. Ob der bayerische Regierungschef nach den Wahlen dann auch tatsächlich nach Bonn gehen wird, ließ Strauß bis jetzt ebenso offen, wie er lange seine Bereitschaft zu einer Kandidatur für sich behielt. Erst auf dem „kleinen Parteitag der CSU“ in Neuburg an der Donau nahm er die ihm angetragene Kandidatur an, behielt sich aber weitere Entscheidungen vor. Seine Regierungserklärung vor dem Landtag erschien jedoch demgegenüber wie eine klare Kampfansage an den politischen Gegner, indem er ausführlich mit der sozialliberalen Koalition abrechnete und ihr die Bilanz der Politik der Bayerischen Staatsregierung gegenüberstellte. Der Oppositionschef im Maximilianeum, Helmut Rothemund, SPD, konterte deshalb die Regierungserklärung mit dem Vorwurf, sie sei vom Wahlkampf diktiert und ihr fehlten die landespolitischen Zielsetzungen.

Angesichts der bundesdeutschen Lage müsse er als Bayerischer Ministerpräsident seine Regierungserklärung in den bundespolitischen Rahmen einpassen, denn über das Wohl und Wehe des Landes werde nicht allein in Bayern, sondern maßgeblich auch in Bonn und Brüssel entschieden. Deshalb könne er keine Regierungserklärung im traditionellen Sinne geben, in der für alle Bereiche der Landespolitik mehr oder weniger umfangreich aufgezählt werde, was die Staatsregierung in den nächsten vier Jahren beabsichtigt. Seine Abrechnung mit der alten Bonner Koalition eröffnete Strauß mit dem Vorwurf, sie sei an der Unfähigkeit gescheitert, einen von Jahr zu Jahr größer gewordenen Stau ungelöster, aufgeschobener und politisch unerledigter Probleme abzubauen. Ihr habe die Kraft zur Entscheidung gefehlt, sie habe sich über Monate einzig an

den Machterhalt geklammert. Nur dem äußeren Schein nach sei die Koalition an Wirtschafts-, Finanz- und besonders an Haushaltsfragen gescheitert. In Wirklichkeit sei sie an ihrer Ideologie, an falscher oder verweigerter geistiger Führung zerbrochen. Der Überwindung dieser geistig-moralischen Krise durch geistig-politische Führung widmete Strauß denn auch breiten Raum, wobei er ausdrücklich davor warnte, da der sicherste Weg zu einer neuen Krise eine vom Wunsdenken, von der Wirklichkeit nicht gerechtfertigte Aufschwungsprognose sei. Demgegenüber stellte er nach einer 23 Punkte umfassende Bilanz der alten Regierung fest, die neue Bundesregierung habe Kassensturz gemacht. Sie habe unpopuläre, aber notwendige erste Maßnahmen angekündigt und den Bürgern gesagt, daß die Zeit des Wunsdenkens endgültig vorbei sei. Auf Gesundung könne man nur hoffen, wenn alle bereit seien, die Folgerungen zu ziehen und ihren Anteil an der Konkurslast zu tragen.

Deshalb stünden auch in Bayern die wirtschafts- und finanzpolitischen Sorgen im Vordergrund. Obwohl die Arbeitslosenquote im Freistaat unter dem Bundesdurchschnitt liege, drohe immer mehr Menschen der Verlust ihres Arbeitsplatzes. Trotz des Ausfalls an Steuereinnahmen komme man dank einer konsequenten Sparpolitik in Bayern um einen zusätzlichen Nachtragshaushalt herum; allerdings werde der finanzielle Handlungsspielraum immer mehr eingeengt. Es werde deshalb zu Abstrichen bei staatlichen Leistungen für die kostenlose Beförderung von Schülern, beim Programm „Freizeit und Erholung“ des Umweltministeriums und beim Darlehen „Junge Familien“ kommen. Es müßten die Personalaufgaben durch einen Stellenabbau gesenkt, landesgesetzliche Leistungen eingeschränkt, der kommunale Finanzausgleich an die geänderte Lage angepaßt und freiwillige Leistungen des Staates gekürzt werden. Strauß fügte hinzu: „Alle müssen sich schon jetzt darauf einstellen, daß nichts so sein wird, wie es einmal war. Neue

Programme wird es nicht geben. Steigerungsraten gehören der Vergangenheit an. Einschränkungen müssen hingenommen werden.“

Die jetzt vordringlichen Ziele, nämlich Sanierung der Wirtschaft, Konsolidierung der zerrütteten öffentlichen Finanzen und Stabilisierung eines finanzierbaren Systems der sozialen Sicherheit, könnten nur erreicht werden, wenn in den öffentlichen Haushalten der investive Bereich gestärkt und die Identität von Sach- und Finanzplanung wiederhergestellt werde. Dabei erleichtere der von der neuen Bundesregierung eingeschlagene Weg die künftige Politik der Staatsregierung, deren Ziel es sei, eine überdurchschnittliche Investitionsquote von mindestens 20 Prozent zu halten. So könne ein wirksamer Beitrag für eine aktive Beschäftigungspolitik geleistet werden. Weiter strebe man an, das Land mit der geringsten Pro-Kopf-Verschuldung aller Länder zu bleiben und in diesem eingeschränkten Rahmen noch eine vernünftige und wirkungsvolle Landespolitik zu betreiben.

In seiner Replik auf die Regierungserklärung meinte der SPD-Fraktionsschef Helmut Rothemund, Strauß habe erneut unter Beweis gestellt, wo seine wirklichen Interessen liegen, nämlich in Bonn und nicht in München. Er forderte Strauß auf, sein politisches Versteckspiel zu beenden und der Öffentlichkeit seine Absichten zu enthüllen. Rothemund vermißte in der Rede von Strauß die in der weltweiten Wirtschaftskrise liegenden Ursachen für die Situation im eigenen Land und verglich die Bundesrepublik mit den USA oder England, gegenüber denen man noch gut dastehe, trotz der dort angewendeten neokonservativen Wirtschaftsrezepte. Wenn diese jetzt bei uns angewendet würden, so hieße das nur, das Volk müsse Opfer bringen. Die Besserverdienenden seien damit freilich nicht gemeint, sondern die Rentner, die Kriegsbeschädigten, die Arbeitnehmerfamilien, die Studenten und die Sozialhilfeempfänger. Rothemund vermißte in der Regierungserklärung den Begriff der „sozialen Gerechtigkeit“. Deshalb wolle man den bevorstehenden Doppelhaushalt, über den sich der Ministerpräsident nur vage geäußert habe, eben unter diesem Aspekt sorgfältig prüfen.

Michael Gscheidle

Lesung der Bayer. Schriftstellerärzte In der JVA Straubing

Bei der Jahresversammlung 1981 der Landesgruppe Bayern des BDSÄ am 24./25. Oktober in Berching brachte uns die Anwesenheit unseres cfr. Medizinalklinikdirektor Dr. G. Last, Leitender Arzt des Anstaltskrankenhauses der Justizvollzugsanstalt Straubing, auf den Gedanken, doch auch einmal dort eine Lesung zu veranstalten, so wie sonst in Krenkenhäusern, Kuranstalten und Altersheimen. Ich bat deshalb cfr. Last, abzuklären, ob dies möglich wäre. Bereits am 4. November 1981 schrieb mir cfr. Last, daß der Vorstand von „dieser Idee angetan“ sei und daß ich mich bezüglich der gesamten Planung an Herrn Dr. Stärk, Leitender Regierungsdirektor, wenden solle.

Nach Rücksprache mit unserem LGR-Vorsitzenden cfr. Professor Schmid vereinbarten wir als Termin für die Lesung den 27. März 1982. Cfr. Last bat in der weiteren Vorbereitung darum, daß während der Lesung auch zwei Strafgefangene etwas lesen dürften; die LGR stimmte diesem Vorschlag zu. Die Lesung mußte jedoch verschoben werden, da cfr. Last unerwartet einer anderen Verpflichtung nachzukommen hatte.

Als neuer Termin konnte Samstag, der 21. August 1982, 14 bis 16 Uhr, abgestimmt werden. Cfr. Last überraschte uns kurz zuvor mit der Mitteilung, daß neun Mitglieder seiner aus Strafgefangenen gegründeten Lyrikgruppe in der Lage wären, je einen Beitrag zu bringen. Der LGR-Vorsitzende stimmte dem gerne zu; wir vereinbarten, daß cfr. Professor Schmid als Moderator der Lesung zwischendurch auch jeweils ein Mitglied der Lyrikgruppe nach einer ihm überreichten Aufstellung zum Vortrag aufrufen werde. In der Einladung zur Lesung bat cfr. Last die Beamten und Insassen der Anstalt um rege Teilnahme, da er sich davon für seine „Lyriker, die das erstmal vor einem Publikum sprechen, Ich-stützung, Fremdbestätigung und Sicherheit“ erhoffte. Wir waren natürlich sehr gespannt, wie die Lesung überhaupt ankommen würde, und sehr neugierig auf die Beiträge der Lyrikgruppe. Ich darf gleich hier vorausschicken, daß unsere Erwartungen in jeder Beziehung weit übertraffen wurden.

Cfr. Last hatte uns gebeten, bereits um 13.45 Uhr am Anstaltseingang

uns einzufinden, da das Durchschleusen bis zum Vortragssaal doch eine gewisse Zeit dauern werde.

Die Anstalt wirkte von außen sehr gepflegt. Die erste Überraschung war, daß anwesende Damen – entgegen unserer Erwartung – uns zur Lesung begleiten konnten. Nach der Anmeldung, bei der ein Ausweis abgegeben werden mußte, ging es dann durch eine ganze Anzahl von Türen, die immer sofort wieder verschlossen wurden. Besonders beeindruckend war das Begehen eines hohen Zellentreks, in dem die Übersicht über alle Stockwerke dadurch ermöglicht wurde, daß zu beiden Seiten einer freien Mitte die Gänge vor den Zellen und die Treppen als eine gigantische Eisenkonstruktion eingebaßt waren. Wenn man so etwas im Film sieht, geht es nicht so unter die Haut wie in natura. Nirgends sonst erlebte man das Abgeschlossensein des Strafgefangenen von der Außenwelt so unmittelbar. Alles war sehr sauber; die wenigen Strafgefangenen, die uns begegneten, waren anscheinend gerade mit Aufräumarbeiten fertig geworden. Später erfuhren wir, daß in Straubing nur Strafgefangene mit mehr als fünf Haftjahren aufgenommen werden, darunter auch eine ganze Anzahl Lebenslänglicher.

Der Musiksaal mit einem Fassungsvermögen von etwa 100 Plätzen war nicht ganz voll besetzt, aber doch recht gut gefüllt. In den ersten Reihen der einen Seite saßen die Mitglieder der Lyrikgruppe, unter ihnen cfr. Last. Für sie war ein Lesepult aufgestellt worden, da cfr. Last meinte, daß es für seine Schützlinge einfacher sei, von dort aus zu lesen. Neben dem Pult stand ein zum Publikum gerichteter Tisch, an dem die lesenden Cfrs. Professor Schmid, Reger, Rottler, Stetter und Teischlinger Platz nahmen.

Der Vorstand der Anstalt, Leitender Regierungsdirektor Dr. Stärk, begrüßte uns zu Beginn sehr freundlich, wobei er bemerkte, daß es ihn besonders freue, daß hier der Versuch gemacht werde, eine Brücke über die hohe Mauer von außen nach innen zu schlagen. Nach einigen einführenden Worten ließ cfr. Professor Schmid die Lesung beginnen, wobei er nach jedem Vortrag eines cfr. gleich von Anfang an ein Mitglied der Lyrikgruppe zum Pult bat.

Ich hatte vorher einmal cfr. Last gefragt, wer wohl zur Lesung als Zuhörer kommen werde und was man

lesen könne. Seine Antwort war kurz: wer und wieviele der Strafgefangenen als Zuhörer kommen werden, könne er nicht voraussagen; sicher seien sie vertreten vom Einbruchsdieb bis zum Mörder – und lesen könne man alles. So war auch das Angebot der Schriftstellerärzte bunt und weit gefächert. Schon die Zusammensetzung der Lesenden ließ das vermuten. Cfr. Teischlinger las seine klugen amüsant-heiteren Beiträge im bei ihm bekannten glänzenden bühnenreifen Vortrag; cfr. Rottler beschränkte sich diesmal auf tiefempfundene stimmungs- und gehaltvolle Lyrik; cfr. Reger stellte seine gedankenreichen in Philosophie gegründeten Gedichte in allgemeinverständlicher Sprache vor; cfr. Professor Schmid ließ tiefgründig Satirisches, Witziges und Schelmisches aufleuchten. Dazu kamen noch meine Beiträge aus ärztlichem und persönlichem Erleben. Der Beifall war immer groß; man hatte durchaus den Eindruck, daß das Dargebotene dankbar aufgenommen wurde.

Die Beiträge der Lyrikgruppe ließen uns aufhorchen. Zwar war nicht alles formal gekonnt und geschliffen, aber es wurden sehr eindrucksvolle Versuche geboten, mit Gedichten und einer Kurzgeschichte vor allem die Situation des Strafgefangenen, aber auch das Leben im allgemeinen zu reflektieren, oft aus tiefem Betroffensein, manchmal mehr vordergründig humorig, fast wie aus einem gewissen Abstand betrachtet. Der Vortrag erfolgte im allgemeinen ohne besondere Emotion. Nur ausnahmsweise brach das innere Aufgewühlte bei der Wiedergabe des Erlebten durch, wie z. B. beim Gedicht von L. L. „Im Container“, in dem die Erlebnisse in einer Einzelhaftzelle sehr ausdrucksstark dargestellt werden.

Hierzu schreibt P. Hagenauer in einem Bericht „Gelebt von Hingeworfenem... Lyrik hinter Gefängnismauern“ im „Straubinger Tegblatt“ vom Montag, den 23. August: „... eine andere Gruppe... liefert teilweise feinnervige Psychogramme, brutal und mit erschreckender Offenheit die einen, still versehrt und introvertiert die anderen. Kühne Assoziationen im Gedicht ‚Im Container‘. Der Häftling in Einzelhaft. Der mit grüner Ölfarbe gestrichene Boden erinnert ihn an Wiesen, Sonne und Wälder, die 81 Glasbausteine an verzerrende Bildschirme und der in die Wand gekratzte Name des Vorgängers provozierte ein verzweifelteres Streitgespräch, das im Fäkalschen eskaliert.“ Vom gleichen Autor die „Friedenstaube:

Federnlos geboren, gelebt von Hingewortenen, von der Parkverwaltung vergiftet". „Sexuelle Probleme werden ebenso in den Raum gestellt, wie die stillen, ohne Selbstmitleid geäußerten Gedanken des Gefangenen L., der sich in seiner seelischen Vereinsamung zu verlieren droht: ‚Nicht, ich mußta dich befragen, gibst mir Trost und kannst nichts sagen.‘ Stark auch die Erzählung ‚Der Knabe‘, in der die Erziehung zur Brutalität fast mit surrealistischer Eindringlichkeit ad absurdum geführt wird.“ — Soweit P. Hagenauer.

Es war im Sinne von cfr. Last und seiner Lyriker und eigentlich die Konsequenz aus dem bisher Gebotenen, daß cfr. Professor Schmid die Mitglieder der Lyrikgruppe auch weiter lesen ließ, als das ihm übergebene Programm beendet war. So wurden diese Beiträge von neun auf 24 erweitert. Der große Beifall der Zuhörer rechtfertigte diese Entscheidung. Zum Abschluß las cfr. Last auf ausdrücklichen Wunsch seiner Gruppe sein Gedicht „Der Honigkrieg“.

Hier schilderte er, wie ein Angriff von den Planeten den Bären dadurch zum Schaltern gebracht wurde, daß kluge Erdmenschchen die Eier der Bären nach ihnen vorher unbekannt gewesenen Honig dazu ausnützten, daß sie so viel Kunsthonig produzierten und ihn trickreich einsetzten, bis schließlich die Kontrollgeräte des Raumschiffes und alle Waffen der vom Honig berauschten Bären verklebt waren.

Nach der Lesung bedankte sich Dr. Stärk bei allen Mitwirkenden: Jedes Wort, jetzt noch gesagt, sei eigentlich zu viel. Es gebe Nachhallendes von dieser und jener Seite und nun sei zusätzlich auch eine Brücke von innen nach außen gespannt worden. Dr. Stärk lud die Schriftstellerärzte zum Wiederkommen ein.

Cfr. Professor Schmid stellte bei seinen Dankesworten fest, daß die Lesungen beider Gruppen nach Inhalt und Form vergleichbar seien. Er bedankte sich noch besonders bei cfr. Last für seine Bemühungen um die Lesung und bei Dr. Stärk dafür, daß wir die Lesung durchführen konnten.

Anschließend waren wir zusammen mit den Mitgliedern der Lyrikgruppe noch zu Kaffee und Kuchen eingeladen. Cfr. Last erhielt von seinen Lyrikern als Dank für seine Bemühungen ein Geschenk, ebenso seine Gattin. Eine Stunde lang war Gelegenheit zu manchmal sehr in die Tiefe gehenden Gesprächen, die auch reichlich Stoff zum Nachdenken brachten.

(Schluß folgt)

Kongresse: Allgemeine Fortbildung

10. Onkologisches Seminar für niedergelassene Ärzte

am 19. Januar 1983 in München

Veranstalter: Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. W. Wilmanns) gemeinsam mit dem Tumorzentrum München

Thema: Besprechung onkologischer Erkrankungen — Patientenvorstellung mit ärztlichem Konsil

Beginn: 19.30 Uhr s. t. — Enda: 21.30 Uhr

Ort: Klinikum Großhadern der Universität München, Hörsaal V, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft:

Privatdozent Dr. R. Hartenstein, Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (089) 70 95-31 55

16. Erlanger Fortbildungstage in Praktischer Medizin

am 25./26. Februar 1983 in Erlangen

Leitung: Professor Dr. L. Demling, Professor Dr. K. Bachmann, beide Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-33 74

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Bade- oder Kurarzt“

Der Verband Deutscher Badeärzte führt vom 31. Januar bis 5. Februar 1983 in Bad Wörishofen den in der Weiterbildungsordnung geforderten Weiterführungskurs von drei Wochen Dauer zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Badearzt“ oder „Kurarzt“ durch. Die weiteren Veranstaltungen finden vom 11. bis 16. April 1983 in Bad Salzungen-Oeynhhausen und vom 17. bis 22. Oktober 1983 in Freiburg-Bad Krozingen statt.

Auskunft und Anmeldung:

Verband Deutscher Badeärzte a. V., Elisabethstraße 7, 4970 Bad Oeynhhausen, Telefon (0 57 31) 2 12 03

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V., Landesverband Südbayern

am 20. Januar 1983 in München

Thema: Die arbeitsmedizinische Problematik verschiedener Haltungsformen im Hinblick auf die Wirbelsäule (Professor Dr. B. Rosemeyer, München) — Diskussion

Zeit und Ort: 18.15 Uhr — Kleiner Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II, Zimmer 251, München 2

Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes

am 29. Januar 1983 in Bischofsmals

14. Sportärztliches Seminar in Niederbayern

Leitung: Dr. K. Kohler

Thema: Skilanglauf

Auskunft und Anmeldung:

Dr. K. Kohler, Krankenhausstraße 4, 8360 Daggendorf, Telefon (0991) 66 20

am 29./30. Januar 1983 in Grünwald

Fortbildungslehrgang

Leitung: Dr. K. Steininger, Dr. P. Lenhart

Thema: Orthopädische und Internistische Grundlagen der Sportmedizin

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald, Telefon (089) 64 96 26

am 5./6. Februar 1983 in Grünwald

Sportärztliche Ausbildungstagung

Leitung: Dr. P. Lenhart, Dr. H. Pabst

Thema: Sportmedizin in Theorie und Praxis, speziell Schwimmsport

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald, Telefon (089) 64 96 26

am 12. Februar 1983 in Penzberg

Fortbildungsveranstaltung

Leitung: Dr. H. Galli

Thema: Sportmedizin in der täglichen Praxis (Skilanglauf)

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Galli, Fromundstraße 29, 8000 München 90, Telefon (089) 6 92 20 98

am 26./27. Februar 1983 in Grünwald

Fortbildungslahrgang

Leitung: Dr. K. Steininger, Dr. H. Pabst

Thema: Sport in verschiedenen Lebensaltern

Auskunft und Anmeldung:

Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald, Telefon (089) 64 96 26

Notfall- und Katastrophenmedizin 1983

Neunteiliges Fortbildungsseminar für die Ärzte Bayerns und die Sanitätsoffiziere der Bundeswehr

Ort: Auditorium maximum der Sanitätsakademie der Bundeswehr, Neuherbergstraße 11, München 45 – Zeit: jeweils Mittwochnachmittag 15 s. t. bis 18 Uhr

Teilnahme nur nach Anmeldung bei der Bayerischen Landesärztekammer möglich:
schriftlich Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, telefonisch unter (0 89) 41 47 - 287 – Frau Scheitzenhammer

Datum	Themen	Referenten
26. Januar	Allgemeine Fragen zur Katastrophenmedizin Ethik ärztlichen Handelns in der Katastrophe Notfall-Patienten in der Allgemeinpraxis	Professor Dr. E. Rebentisch, Deisenhofen Professor Dr. F. Böckle, Bonn Privatdozent Dr. H. Pillau, München
23. Februar	Der gynäkologische Notfall Der kinderchirurgische Notfall Der pädiatrische Notfall	Professor Dr. H. Mickan, München Professor Dr. F. Höpner, München Professor Dr. K. Betke, München
30. März	Die Schädelverletzung – ein interdisziplinäres Problem (Neurochirurgie, MKG-Chirurgie, HNO-Heilkunde, Augenheilkunde, Anästhesiologie)	Privatdozent Dr. W. Lanksch, München OFA Professor Dr. Dr. J. Kreidler, Ulm Professor Dr. W. Lesoine, München Professor Dr. H. J. Merté, München Privatdozent Dr. P. Roggenkämper, München Professor Dr. K. Peter, München
27. April	Seuchenprobleme bei Katastrophen Der Notfall in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Der kardiale Notfall	Professor Dr. H. Stickl, München Professor Dr. W. Lesoine, München Professor Dr. H. Blömer, München
25. Mai	Erste ärztliche Hilfe beim Verkehrsunfall Katastropheneinsatzpläne für Zivilkrankenhäuser Unfallchirurgische Probleme beim Verkehrsunfall	Dr. K. H. Joseph, Ottobrunn stv. Verwaltungsleiter K. Hornung, Landshut Professor Dr. L. Schweiberer, München
29. Juni	Für und Wider zur Antibiotikaphylaxe in der Katastrophenmedizin Der urologische Notfall Der nephrologische Notfall	OTA Dr. H. L. Klammer, Koblenz OTA Dr. J. Schnierstein, Koblenz Professor Dr. H. H. Edel, München
28. September	Der öffentliche Gesundheitsdienst in Bayern Die stationäre Versorgung in Bayern im Katastrophen- und Verteidigungsfall Maßnahmen, Methoden, Geräte und Medikamente für die Erstversorgung von Notfällen Strahlenmedizinische Probleme beim Strahlenunfall	Min.Dir. Dr. H. Drausnick, München Min.Dir. Dr. R. Ecknigk, München Professor Dr. F. W. Ahnefeld, Ulm Professor Dr. O. Messerschmidt, München
26. Oktober	Drogenmißbrauch: Eine Herausforderung unserer Zeit Notfälle mit Drogen Leichenschau und Todeszeitbestimmung	KrimOKomm. Wohllebe, München Privatdozent Dr. M. v. Clarmann, München Professor Dr. W. Spann, München
30. November	Der Notfall durch Interaktionen von Pharmaka Problematik der Arzneimittel Bevorratung für den Katastrophenfall Der neurologische Notfall	Professor Dr. H. Grobecker, Regensburg OTAP H. Heidemanns, Koblenz Professor Dr. A. Schrader, München

Klinische Fortbildung in Bayern

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

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

**Bayerische Landesärztekammer, Frau Wanger, Mühlbauerstraße 16,
8000 München 80, Telefon (089) 4147-288**

Balneologie

2. Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Badearzt“ oder „Kurarzt“ (1. Woche) vom 31. Januar bis 5. Februar 1983 in Bad Wörishofen

Leitung: Professor Dr. H. Drexel, Klinik für Physikalische Medizin der Universität München im Klinikum Großhadern, Dr. W. Brüggemann, Münster

Tagungsort: Sebastien-Kneipp-Schule, Adoll-Schulz-Allee, Bad Wörishofen

Thema: Kurplanentwurf

Kursteilnahme nur möglich nach Absolvierung des einführenden allgemeinen Kurses in Bad Nauheim

Teilnehmergebühr: DM 350,-

Auskunft und Anmeldung:

Institut für Medizinische Balneologie und Klimatologie, Frau Scheller, Marchioninistraße 17, 8000 München 70, Telefon (089) 702327

Chirurgie

Altöttinger Fortbildungstage „Aktuelle Medizin“ am 29. Januar 1983 in Altötting

Kreiskrankenhaus Altötting

Leitender Chelarzt: Professor Dr. H. Bauer

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 13.00 Uhr

Tagungsort: Aula der Staatlichen Realschule Altötting, Justus-von-Liebig-Straße

3. Leitthema: Infektionen in der Chirurgie – Chirurgie der Infektionen (Prophylaxe und allgemeine Maßnahmen, entblotische Therapie, Immuntherapie, Prophylaxe nosokomialer Infektionen, Diskussion, Therapie der Infektionen in der Allgemein- und Handchirurgie, der Infekt von Körperhöhlen, Knochen und Gelenken, Rundtischgespräch)

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. H. Bauer, Mühlendorfer Straße 16A, Kreiskrankenhaus, 8262 Altötting, Telefon (086 71) 4031

Fortbildungskure für Chirurgie vom 7. bis 11. Februar 1983 in München

Chirurgische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar

Direktor: Professor Dr. J. R. Siewert

Vormittags Teilnahme am Operationsprogramm in der Abdominalchirurgie, Traumatologie, Thorax-, Gefäß- und Pla-

stischen Chirurgie, sowie an den klinischen Visiten auf allen Stationen – Nachmittags ergänzende Referate und Diskussionen

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 7. Februar 1983 (Posleingang)

Innere Medizin

Gastroenterologische Fortbildungsveranstaltung am 19. Februar 1983 in Würzburg

Leitung: Professor Dr. H. Kasper, Würzburg

Medizinische und Chirurgische Klinik der Universität Würzburg

Direktoren: Professor Dr. K. Kochsiek – Professor Dr. E. Kern

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 17.00 Uhr

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. H. Kasper, Medizinische Universitätsklinik Würzburg, Josef-Schnelder-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 201-1

Neurologie und Psychiatrie

11. Fortbildungstagung für niedergelassene Ärzte aller Fachgebiete vom 18. bis 20. März 1983 in Erlangen

Neurologische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. H. Daun) und Psychiatrische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. E. Lungershausen)

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: 18.30 bzw. 13.00 Uhr

Tagungsort: Großer Saal der Stadthalle im Kongresszentrum, Rathausplatz 1, Erlangen

Themen: Das depressive Syndrom – Schäden peripherer Einzelnerven – Epilepsie, Diagnose und Therapie

Auskunft und Anmeldung:

Frau K. Paschke, Neurologische Klinik mit Poliklinik der Universität, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (09131) 85-4563 und 4564

Tropenmedizin

III. Tropenmedizinisches Kolloquium am 19. Februar 1983 in Würzburg

Missionsärztliche Klinik Würzburg

Ltd. Arzt: Privaldozent Dr. K. Fleischer

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 13.00 Uhr

Januar – März 1983

29. Januar

Chirurgie, Allötting

31. Januar bis 5. Februar
Balneologie, Bad Wörishofen

7. bis 11. Februar
Chirurgie, München

19. Februar
Innere Medizin, Würzburg

19. Februar
Tropenmedizin, Würzburg

21. bis 25. Februar
Radiologie, München

18. bis 20. März
Neurologie und Psychiatrie,
Erlangen

Thema: Fieber unklarer Ursache nach Tropenaufenthalt

Programm: Differentialdiagnose fieberhafter Erkrankungen nach Tropenaufenthalt – Differentialdiagnose und parasitäre Ursachen – Bakterielle Ursachen – Virale Ursachen – Rundtischgespräch: Meldung, Überwachung und Isolation potentiell gefährlicher Infektionserkrankungen

Auskunft und Anmeldung:

Missionsärztliche Klinik, Tropenmedizinische Abteilung, Salvatorstraße 7, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 809228

Radiologie

Fortbildungskurs vom 21. bis 25. Februar 1983 in München

Institut für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H. Anacker) unter Mitwirkung der Nuklearmedizinischen Klinik, des Instituts für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie, der I. Medizinischen Klinik, der Chirurgischen Klinik, der Frauenklinik und der Urologischen Klinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Röntgengesellschaft

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 16.30 Uhr

Themen: Knochenmetastasen – CT der Kreuzbänder und des Femoropatellargelenkes – Digitale Angiographie und transvenöse Xeroangiographie – NMR – Pankreasdiagnostik – PTCD – Diagnostik des Lungenkrebses einschließlich der verschiedenen bioptischen Methoden – Ultraschall des Abdomens, der Mamma, der Prostata, des Herzens und in der Geburtshilfe – Untersuchungsvorfahrungen (Teilnahme begrenzt)

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. H. Anacker, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (089) 4140-2620 oder 4140-2621

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Oktober 1982*)

(Zusammangestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Mit Beginn der kühleren Jahreszeit ging im Oktober die Zahl der gemeldeten Salmonellose-Erkrankungen zurück. Trafen im September noch im Durchschnitt 157 Fälle auf 100 000 Einwohner, waren es im Oktober nur mehr 112, jeweils auf ein Jahr umgerechnet.

Erkrankungen an Virushepatitis wurden dagegen im Berichtsmonat häufiger gemeldet; die Erkrankungsziffer stieg von 26 im September auf 42 im Oktober, jeweils auf 100 000 Einwohner. Dabei erkrankten vor allem mehr Menschen an Hepatitis A und nur geringfügig mehr an Hepatitis B.

Weiterhin rückläufig war die Erkrankungshäufigkeit an Meningitis/Enzephalitis. Von 11 Fällen je 100 000 Einwohnern im September sank die Ziffer auf durchschnittlich 9 Fälle im Oktober.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. bis 31. Oktober 1982 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiose				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningo-enzephalitis		übrige Formen		Salmonellose		übrige Formen 1)		Hepatitis A		Hepatitis B		nicht bestimm- bare und übrige Formen	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	1		2		3		4		5		6		7		8		9	
Oberbayern	4	1	3	—	9	—	7	—	301	—	22	—	87	1	27	1	10	—
Niederbayern	2	1	3	—	4	—	2	—	94	—	3	—	10	—	4	—	2	—
Oberpfalz	2	—	2	—	1	—	—	—	65	—	10	—	10	—	7	—	6	—
Oberfranken	1	—	4	1	4	—	2	—	87	1	8	—	23	—	15	—	2	—
Mittelfranken	1	—	12	—	—	—	2	—	161	1	20	—	31	—	27	—	1	—
Unterfranken	—	—	3	—	—	—	1	—	122	1	6	—	14	—	3	—	3	—
Schwaben	—	—	1	—	1	—	4	1	112	—	2	—	61	—	5	—	6	—
Bayern	10	2	28	1	19	—	18	1	942	3	71	—	236	1	88	1	30	—
Vormonat	13	1	35	1	37	2	32	1	1655	3	147	—	145	—	89	5	36	—
München	1	—	—	—	5	—	—	—	113	—	8	—	53	1	13	—	6	—
Nürnberg	—	—	9	—	—	—	—	—	55	—	3	—	19	—	12	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	1	1	7	—	—	—	18	—	4	—	1	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	4	—	—	—	2	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	13	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	4	—	5	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	8	—	—	—	1	—	1	—

Gebiet	Typhus ebdomi- nalis		Para- typhus A, B und C		Shigellen- Ruhr		Malaria		Orni- those		Angeb. Toxo- plas- mose		Brucel- lose		Lepto- spirose (übrige Formen)		Ges- brand		Tetan- us		Toll- wut- ver- dacht 2)	
	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St	E	St
	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20	
Oberbayern	5	—	—	—	27	—	1	1	1	—	—	—	7	—	1	—	2	1	—	—	13	—
Niederbayern	—	—	1	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Oberfranken	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	1	—	4	—
Mittelfranken	1	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—
Unterfranken	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3
Schwaben	—	—	—	—	6	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	25
Bayern	7	—	1	—	45	—	4	1	2	—	1	—	8	—	1	—	4	1	2	1	48	—
Vormonat	8	1	6	1	106	—	22	1	—	—	7	—	2	—	3	—	2	2	—	—	88	—
München	—	—	—	—	13	—	—	—	1	—	—	—	7	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	1	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

*) Bericht des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung

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

St = Sterbefälle.

Über Erkrankungen an Tuberkulose — ebenfalls nach dem Bundes-Seuchengesetz meldepflichtig — wird gesondert berichtet (jährlicher Bericht „Die Tuberkulose in Bayern“).

1) Enteritis infectiose übrige Formen, einschließlich mikrobiell bedingter Lebensmittelvergiftung.

2) Tollwutverdacht: Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes oder -verdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers.

BaFög und Zwangsanleihe - immer kostet es Ihr Geld

Zwei irreführende Behauptungen: Erstens: Weil Studenten künftig ihre Zuschüsse nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz (BaFög) zurückzahlen sollen, spart der Bund eine Menge Geld. Zweitens: Weil die Investitionshilfeabgabe, bekannter unter dem Begriff „Zwangsanleihe“, nach drei oder fünf Jahren wieder erstattet wird, entsteht den Betroffenen kein finanzieller Nachteil.

Jede höchste BaFög-Leistung kostet den Bund innerhalb drei Jahrzehnten über 350 000 DM, je nach Zinsniveau. Das ist die Rechnung:

1a) Der Student bekommt fünf Jahre, also sechzig Monate lang im Höchstfall als Höchstbetrag 720 DM. $60 \times 720 = 43\,200$ DM.

1b) Ohne diese Förderungsleistung könnte der Staat das Geld zu acht Prozent anlegen oder auf eine entsprechende Kreditaufnahme verzichten. So würden sich die Monatsraten nach Punkt 1a) einschließlich Zins und Zinseszins nach fünf Jahren auf 52 903,33 DM summieren.

2a) Der Student darf anschließend fünf Jahre warten, bis er mit der Rückzahlung seines Darlehens zu beginnen hat.

2b) Der Staat könnte das nach Punkt 1b) gebildete Kapital zur Zeit zu acht Prozent anlegen, hätte er es nicht dem Studenten zinslos geliehen. Innerhalb des zweiten Jahrzehnts würde es sich auf 77 732,35 DM erhöhen.

3a) Der Student beginnt zehn Jahre, nachdem er die erste Ausbildungsbeihilfe bekommen hatte, mit der Tilgung. Bei fünfprozentiger Inflationsrate im Durchschnitt dieses Jahrzehnts haben die ersten je 100 DM Rückzahlung nur noch eine Kaufkraft von 59,91 DM. Er muß also real nur knapp 60 Prozent und jedes Jahr weniger abgeben. Die Rückerstattung dauert 20 Jahre.

3b) Das ohne BaFög-Regelung andernfalls gebildete Kapital aus

Punkt 2b) vermehrt sich in jenen 20 Jahren durch Zins und Zinseszins bei acht Prozent p. a. auf 362 307,15 DM.

Soviel kostet das höchste zinslose BaFög-Darlehen auf die längste Dauer den Steuerzahler. Dabei ist nicht berücksichtigt, daß die Darlehensraten immer wieder aufgrund der gestiegenen Lebenshaltungskosten erhöht werden dürften.

Die Darlehensrückzahlung braucht in dieser Rechnung nicht berücksichtigt zu werden. Weil sie zinslos ist, geht dem Bund in den zwei Jahrzehnten sogar noch etwas mehr an Zins verloren, als er zurückerhält. Daher heben Zinsausfall und Nettotilgung einander auf.

Übrigens: Für je 100 DM der letzten Rückzahlung muß der ehemalige Student gerade noch einen Konsumverzicht in Höhe von 21,46 DM leisten, wenn sich die Geldentwertung mit durchschnittlich fünf Prozent bis dahin fortgesetzt hat.

Nun zur Zwangsanleihe. Sie kostet ihren Abgeber einen Konsumverzicht von 16,55 Prozent bei drei Jahren oder 29,22 Prozent bei fünf Jahren Dauer. Dazu eine Beispielrechnung:

Wenn ein Verheirateter mit einem Jahreseinkommen von 120 000 DM fünf Prozent seiner Einkommensteuerzahlung von 40 000 DM zu acht Prozent Zinsen anlegt, steuert ihm zunächst der Fiskus bei dem Grenzsteuersatz von 50 Prozent die Hälfte der Zinsen weg. Durch die restlichen vier Prozent verfügt er pro 1000 DM Zwangsanleihe nach dreijähriger Anlage über 1124,86 DM. Kaufkraft von heute bei fünfprozentiger Inflationsrate: 966,14 DM. Eine unverzinsten Rückgabe ließe ihm pro 1000 DM eine Kaufkraft von sodann 857,40 DM.

Bei fünfjähriger Laufzeit würde eine Anlage je 1000 DM auf 1216,65 DM anwachsen und eine Kaufkraft von heute von 941,57 DM lassen. Die unverzinsten Rückgabe wäre dann

noch 773,90 DM Kaufkraft wert. Der Zwangsanleihen-Abgeber kann sich heute 16,55 Prozent mehr kaufen als bei der zinslosen Rückgabe nach drei und 29,22 Prozent mehr als bei der zinslosen Rückgabe nach fünf Jahren.

Horst Beloch

BdO-rakel

Wenn nur wenige krank sind, ist die Gesellschaft nicht gesund. Schlußfolgerung aus der Klage des Vorsitzenden des Bundesverbandes der Ortskrankenkassen (BdO) Willi Heitzer über einen zu niedrigen Krankenstand in der Bundesrepublik.

Eine Gefahr der Verschleppung von Krankheiten könne später zu ganz anderen Problemen führen, befürchtet der Dachverbands-Obere wegen des niedrigsten Krankenstands-Niveaus mit 4,6 Prozent im September seit 15 Jahren.

Was Heitzer verborgen blieb: Die häufig Erkrankten von gestern bilden heute den größeren Teil der Arbeitslosen. Ein Beispiel:

Erst kürzlich ergab eine Fehlzeiten-erhebung des Arbeitgeberverbandes der Versicherungsunternehmen in Deutschland, daß der Krankenstand bei leitenden Angestellten des Innendienstes lediglich zwei, der der übrigen Angestellten indes durchschnittlich 4,5 Prozent betrug.

Zudem liegt der Krankenstand in anderen Industrienationen wie beispielsweise den USA und mehr noch Japan weit unter dem deutschen. Einer der Gründe für die starke Wettbewerbsfähigkeit Jappons gegenüber den West-Produzenten.

Sicherlich ist der niedrige Krankenstand auch darauf zurückzuführen, daß sich Landesverbände der Ortskrankenkassen seit längerem in Begegnungen mit den Ärzten der verschiedenen Regionen um eine Reduzierung der Krankschreibungen bemühen. Heitzers Äußerung hat ihre Aktivitäten unglaublich gemacht.

Schlappes für die Kostendämpfungsbestrebungen in den Bezirken. Der BdO-Vorsitzende Willi Heitzer sollte die Informationsmöglichkeiten des LdO-Bayern-Vorsitzenden Willi Heitzer ausschöpfen. So einfach kann er Orakel über den BdO erübrigen.

Prosper

Schnell informiert

Bestellung von Landesärzten nach dem Bundessozialhilfegesetz

Die Bekenntmachung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 27. April 1981 – Nr. VII/5355-5/9/81 – ist mit Wirkung vom 15. November 1982 geändert und neu getaßt worden.

Die geänderte Liste ging zwischenzeitlich als Informationsdienst allen Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbänden zu.

Im übrigen ist die Bekanntmachung im Amtsblatt des Arbeitsministeriums vom 1. Dezember 1982, Nr. 13, Seite A 251, veröffentlicht.

Margueriten-Bell

am 10. Februar 1983 im Deutschen Theater in München

Das Bayerische Rote Kreuz lädt hiermit zum diesjährigen Margueriten-Ball am Donnerstag, 10. Februar 1983, 20 Uhr, in das Deutsche Theater ein. – Der Reinerlös des Balles fließt den vielseitigen sozialen und humanitären Aufgaben des Bayerischen Roten Kreuzes zu (Ehrenprotektorat: Frau G. Goppel). Im Eintrittspreis ist eine Spende in Höhe von 40 Prozent für das Bayerische Rote Kreuz enthalten.

Eintrittspreise für nummerierte Plätze: DM 90,-/80,-/70,-/65,-/60,-/50,-/40,-/30,-/20,-/Kategoriekarten für Studierende: DM 10,-

Vorbestellung und Kartenverkauf: Bayerisches Rotes Kreuz, Seitzstraße 8, München 22, Telex (089) 2373 270, oder Deutsches Theater, Schwanthalerstraße 13, München 2, Telefon (089) 59 34 27

DRF-Schrittenreihe: 10 Jahre Luftrettung

Anlässlich des zehnjährigen Bestehens der Deutschen Rettungsflugwacht e.V. (DRF), Deutsche Zentrale für Luftrettung, erschien dieser neue Band. Er zeigt die Entwicklung der Deutschen Rettungsflugwacht e.V. in den Bereichen der regionalen und überregionalen Luftrettung in den letzten zehn Jahren auf. Vierzehn Autoren – Mediziner und Praktiker aus verschiedenen Fachrichtungen – beschäftigen sich in ihren Beiträgen mit der Luftrettung sowie der Notfall- und Katastrophenmedizin.

Die Broschüre kann zum Preis von DM 5,- (zuzüglich Porto und Verpackung) bestellt werden bei: Deutsche Rettungsflugwacht e.V., Postfach 2301 27, 7000 Stuttgart 23/Flughafen

140 Großdruckbücher

Der Deutsche Caritasverband hat eine neue Auswahlliste lieferbarer Großdruckbücher und -zeitschriften – mit Schrittproben – veröffentlicht. Großdruck ist für alle geeignet, die trotz Brille normale Schriftgrößen nicht über längere Zeit lesen können. Die etwa 140 Titel bieten überwiegend Erzählendes, viel Heiteres, daneben aber auch Bücher zur Besinnung und Sachbücher. – Diese Liste kann beim Deutschen Caritasverband, Referat 162, Postfach 4 20, 7800 Freiburg, angefordert werden.

Buchbesprechungen

Freie und öffentliche Wohlfahrtspflege

Aufbau, Finanzierung, Geschichte, Verbände

Herausgeber: H. Fillerl, 428 S., DM 43,80. Kommunalschriften-Verlag J. Jehle, München.

Der Untertitel weist auf den Charakter des Buches hin. Ausgehend von allgemeinen Bestimmungen, was Wohlfahrtspflege überhaupt ist, werden deren Trägergruppen vorgestellt und die Rechtsgrundlage und Finanzierung der Wohlfahrtspflege. Eingeschoben ist ein geschichtlicher Abriss. Ihm folgen Darstellungen der Spitzenverbände der freien und der kommunalen Wohlfahrtspflege sowie der Ebenen ihrer Zusammenarbeit. Abschließend werden die Institutionen zur Förderung der Wohlfahrtspflege aufgelistet. Ein Literatur- und Stichwortverzeichnis ergänzen den Text.

HNO-Erkrankungen

Herausgeber: Prof. Dr. K. Burian, Band 2 der Reihe „Praxis der Allgemeinmedizin“, 238 S., 35 Abb., DM 48,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Dieses Buch hat, ebenso wie die anderen Bände der Reihe „Praxis der Allgemeinmedizin“, das Ziel, niedergelassenen Ärzten mit einem breitgestreuten Krankengut Fortbildung und Informationen für den Einzelfall zu vermitteln. Etwa 30 Prozent aller in einer Allgemeinpraxis anfallenden Patienten weisen Symptome im HNO-Bereich auf. Daher wurde in diesem für Praktiker bestimmten Buch insbesondere Wert auf die Besprechung von Initialsymptomen, von Erstmaßnahmen wie auch gegebenenfalls von Langzeitüberwachung gelegt. Auch Grenzgebiete werden behandelt, iatrogenen medikamentösen Schädigungen sowie verschiedenen Berufskrankheiten und sozialmedizinischen Fragen eigene Kapitel gewidmet.

Dr. med. F. Sprenger, Würzburg

Lebenskrise Krebs

Herausgeber: M. Hahn, 160 S., 39,80. Schlütersche Verlagsanstalt, Hannover.

Die Lebenskrise Krebs betrifft zunehmend mehr Menschen. Diese Problemsituation, vor der jeder von uns von heute auf morgen stehen kann, wird unter verschiedenen Gesichtspunkten betrachtet. Die Situationen des Krebskranken bei den einzelnen therapeutischen Maßnahmen im Krankenhaus werden eingehend geschildert. Die psychosozialen Folgen der Erkrankung, wie Änderung der Persönlichkeit des Krebskranken, besonders durch eingreifende Therapien, werden dargelegt. Auch auf die Probleme in Familie, Beruf und Gesellschaft, die die Erkrankung mit sich bringt, wird näher eingegangen. Die Rehabilitation des Krebskranken wird z. B. als Aufgabe von gesetzlichen Maßnahmen, Institutionen, Gemeinschaften und der Familie und auch der Selbsthilfegruppen angesehen. In dem Buch spiegeln sich die vieljährigen Erfahrungen der Autorin wider, die sie bei der sozialen Betreuung von Krebskranken gesammelt hat. Es ist enscheulich und objektiv geschrieben und ist jedem wärmstens zu empfehlen, der beruflich mit krebserkrankten Patienten in Berührung kommt.

Dr. med. E. Richter, Würzburg

Kongreßkalender

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir, auf jeden Fall vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Februar 1983

- 1.-4. **Neuherberg:** Spezialkurs im Strahlenschutz beim Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen für Ärzte. — Auskunft: Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 5.-6. **Grünwald:** Sportärztliche Ausbildungstagung. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.
- 5.-6. **Kessel:** Notfalldienstseminar. — Auskunft: Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5/7, 6350 Bad Nauheim.
- 5.-6. **München:** A-Kurs der Akademie für Neuraltherapie. — Auskunft: Akademie für Neuraltherapie e. V., Postfach 722, 6250 Worms.
- 7.-11. **Essen:** XVIII. Essener Fortbildung für Augenärzte. — Auskunft: Berufsverband der Augenärzte Deutschlands, Postfach 110144, 4000 Düsseldorf 11.
- 7.-11. **München:** Fortbildungskurs für Chirurgie. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Freu Wenger, Mühlbaaurstraße 16, 8000 München 80.
7. 2.-4. 3. **Berlin:** Strahlenschutzkurs für Ärzte. — Auskunft: Sekretariat der Akademie für Arbeitsmedizin, Soorstraße 84, 1000 Berlin 19.
12. **Penzberg:** Fortbildungsveranstaltung des Bayerischen Sportärzteverbandes. — Auskunft: Dr. H. Galli, Fromundstraße 29, 8000 München 90.
- 12.-26. **Bad Hofgastein:** Wintersportlehrgang des Sportärzteverbandes Hessen. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.
- 14.-25. **Bad Nauheim:** Arbeitsmedizinischer Kurs A 2. — Auskunft: Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e.V., Terresenstraße 2-4, 6350 Bad Nauheim.
- 15.-25. **Düsseldorf:** Managementseminar „Krankenhausbetriebsführung“. — Auskunft: Deutsches Krankenhausinstitut, Tersteegenstraße 9, 4000 Düsseldorf 30.
- 17.-19. **Baden-Baden:** 27. Tagung der Deutschen Arbeitsgemeinschaft für Blutgerinnungsforschung. — Auskunft: Professor Dr. S. Witte, Diakonissen-Krankenhaus, 7500 Kertsruhe-Rüppurr.

19. **Würzburg:** Gastroenterologische Fortbildungsveranstaltung. — Auskunft: Professor Dr. H. Kasper, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
19. **Würzburg:** III. Tropenmedizinisches Kolloquium. — Auskunft: Missionsärztliche Klinik, Tropenmedizinische Abteilung, Salvatorstraße 7, 8700 Würzburg.
- 19.-20. **Erlangen:** 17. HNO-Fortbildungsseminar mit praktischen Kursen. — Auskunft: Professor Dr. M. E. Wigand, Waldstraße 1, 8520 Erlangen.
- 19.-20. **Melente:** A-Kurs der Akademie für Neuraltherapie. — Auskunft: Akademie für Neuraltherapie e. V., Postfach 722, 6250 Worms.
- 21.-25. **München:** Röntgendiagnostischer Fortbildungskurs. — Auskunft: Sekretariat Professor Dr. Anacker, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80.
21. 2.-4. 3. **Kühtal:** 16. Winterkongreß über Fortschritte in Diagnostik und Therapie. — Auskunft: Deutsches Reisebüro GmbH, Ärztliche Kongreßreisen, Postfach 2671, 6000 Frankfurt 1.
21. 2.-18. 3. **München:** Weiterbildungslehrgang für Arbeitsmedizin (A-Kurs). — Auskunft: Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Pfarrstraße 3, 8000 München 22.
23. **München:** Fortbildungsseminar „Notfall- und Katastrophenmedizin“. — Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, Freu Scheitzenhammer, Mühlbaaurstraße 16, 8000 München 80.
- 25.-26. **Erlangen:** 16. Erlanger Fortbildungstage in praktischer Medizin. — Auskunft: Kongreßbüro der Medizinischen Universitätsklinik, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen.
- 26.-27. **Bad Rappeneu:** A-Kurs der Akademie für Neuraltherapie. — Auskunft: Akademie für Neuraltherapie e. V., Postfach 722, 6250 Worms.
- 26.-27. **Grünwald:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzteverbandes. — Auskunft: Dr. H. Pabst, Ebertstraße 1, 8022 Grünwald.

„Bayerisches Ärzteblatt“, Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hene Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 51 77-1, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke.

Druck: Druckerel und Verlag Hans Zauner Jr., Augsburgener Straße 9, 8060 Dachau.

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

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

ISSN 0005-7126

12 medico LEASING JAHRE

Darauf können Sie bauen!

Trauen Sie Ihrem Verstand und gehen Sie auf Nummer sicher!

Lassen Sie sich von uns beweisen, wie Sie steuerlich günstiger und vorteilhafter zu Ihren Praxisgeräten und zu Ihrem Pkw kommen können.

Zu Ihrer Beratung und Betreuung steht Ihnen unser Gebietsleiter zur Verfügung.

K. H. Wenz
Paul-Keller-Weg 5
8037 Olching 2
Telefon 081 42 - 141 66



Zentrale:
medico Leasing
Potsdamer Straße 85
1000 Berlin 30
Telefon 030 - 26 20 01

Hinweis für Auftraggeber von Immobilienanzeigen

Bei Veräußerung oder Vermietung von Praxen oder in Planung befindlicher Praxen werden Allgemein- oder Gebietsärzte zur Niederlassung gesucht. — Für die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung ist der Bedarfsplan maßgebend, welcher bei den Dienststellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns eingesehen werden kann. — Unter diesem Aspekt werden die Anzeigen veröffentlicht, korrigiert oder abgelehnt.

Anschriften der Bezirksstellen der KVB:

München Stadt und Land, Briener Straße 23, 8000 München 2
Oberbayern, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80
Niederbayern, Lillanstraße 5-7, 8440 Straubing
Oberpfalz, Landshuter Straße 49, 8400 Regensburg
Oberfranken, Brandenburger Straße 4, 8580 Bayreuth
Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg
Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg
Schwaben, Frohlinnstraße 2, 8900 Augsburg

Die SANA-Klinik München-Solln GmbH, Fachkrankenhaus für Chirurgie und Orthopädie, sucht zum 1. 7. 1983, einen weiteren

Chirurgischen Assistenzarzt

mit mindestens 2-jähriger chirurgischer Erfahrung.

Unsere Klinik mit 125 Betten verfügt über eine moderne Röntgenabteilung, großes Labor, physikalische Therapie, Endoskopie und Intensivstation.

Die Vergütung erfolgt nach den üblichen tariflichen Bestimmungen.

Bewerbungen erbeten an Chefarzt Dr. H. Schlumberger, SANA-Klinik, Bertelestraße 75, 8000 München 71, Telefon 79 20 47.

Kleine Privatnervenklinik

In Oberbayern sucht zum baldigen Eintritt freundlichen, möglichst älteren Kollegen für angenehme Tätigkeit.

Inntal-Klinik, 8204 Brannenburg, Telefon (0 80 34) 23 60 (17 Uhr).

Wegen Umbau günstig abzugeben

Kurzfristig verschiedene Musterguppen aus unserer Ausstattung. Zum Beispiel eine Rezeption, Organisation, Behandlungsraum.

bulthaup
medicine

Die Guta Form Köbrich KG,
Ludwigstraße 6, 8000 München 22,
Tel. (0 89) 28 84 37, Frau Still, Herr Lörke.

Das

Kreiskrankenhaus Fürstenfeldbruck

sucht als Nachfolger des in den Ruhestand tretenden bisherigen Stelleninhabers zum 1. 3. 1984 einen

Chefarzt

für die Chirurgische Abteilung.

Das Kreiskrankenhaus Fürstenfeldbruck ist ein Krankenhaus der Grundversorgung und verfügt über 380 Betten. Neben der Chirurgischen Abteilung werden noch Hauptabteilungen für Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe und Anästhesie geführt. HNO und Urologie sind in Form von Belegstationen vorhanden.

Die Bewerber sollten über umfassende und langjährige klinische Erfahrungen in allen wichtigen Gebieten der Chirurgie verfügen und die Anerkennung als Arzt für Chirurgie besitzen. Ausgeprägter Sinn zur Kooperation und Verständnis für wirtschaftliche Belange werden erwartet.

Die Anstellung erfolgt zunächst befristet auf 8 Jahre und kann in beiderseitigem Einvernehmen verlängert werden.

Die Kreisstadt Fürstenfeldbruck liegt in landschaftlich reizvoller Umgebung ca. 25 km westlich von München im S-Bahn-Bereich. Die Stadt hat ca. 32 000 Einwohner. Alle weiterführenden Schulen sind am Ort. Durch die nahegelegenen oberbayerischen Seen und die Alpen ist ein hoher Freizeitwert gegeben.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden bis 31. 1. 1983 erbeten an die

Verwaltung des Kreiskrankenhauses Fürstenfeldbruck
Dachauer Straße 33, 8080 Fürstenfeldbruck

LAND-KREIS Freyung-Grafenau

Der Landkreis Freyung-Grafenau sucht für seine zentrale regionale Anästhesieabteilung zum nächstmöglichen Termin einen

Chefarzt für Anästhesie

Versorgt werden die Kreiskrankenhäuser Freyung, Grafenau und Waldkirchen mit breitem anästhesiologischen Spektrum. Betreut werden Chirurgie mit Unfallchirurgie, große Bauchchirurgie, Gefäßchirurgie und orthopädische Chirurgie sowie Gynäkologie/Geburtshilfe, HNO und Urologie. Der Anästhesieabteilung untersteht die Leitung der interdisziplinären Intensivpflegestation mit zehn Betten. Sämtliche modernen Narkosemethoden werden durchgeführt, wobei die Regionalanästhesie einen hohen Anteil ausmacht.

Die Vergütung erfolgt nach BAT mit den im öffentlichen Dienst üblichen sozialen Leistungen.

Die Städte Freyung, Grafenau und Waldkirchen liegen im Bayerischen Wald mit hohem Freizeitwert (Hellenbäder, Reitschule, Skilifte). Alle weiterführenden Schulen sind an den jeweiligen Orten vorhanden, die Entfernung zur Universitätsstadt Passau liegt bei ca. 30 km.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an die

Krankenhausverwaltung Freyung
8393 Freyung, Telefon (0 85 51) 491

Das Versorgungsamt und die Versorgungsärztliche Untersuchungsstelle Nürnberg suchen

Ärztinnen und Ärzte

der Gebiete

Allgemeinmedizin - Orthopädie - Chirurgie Innere Medizin - Neurologie / Psychiatrie

als Gutachter im Rahmen des sozialen Entschädigungsrechts (Bundesversorgungsgesetz, Bundes-Seuchengesetz, Soldatenversorgungsgesetz u. e.) und des Schwerbehindertengesetzes.

Die Aufgaben sind vielseitig und interessant, sowohl für jüngere Ärztinnen und Ärzte (u. U. nach Abschluß der Weiterbildung), als auch für Ärztinnen und Ärzte im vorgerückten Lebensalter, die z. B. aus gesundheitlichen Gründen eine geregelte Arbeitszeit anstreben.

Die Tätigkeit kann im Angestelltenverhältnis, oder, wenn die persönlichen Voraussetzungen erfüllt sind, im Beamtenverhältnis ausgeübt werden, auch im Rahmen einer Teilzeitbeschäftigung.

Geboten werden:

- alle im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen;
- geregelte Dienstzeit = 40-Stunden-Woche (kein Nachtdienst, kein Wochenenddienst);
- Nebentätigkeit kann auf Antrag genehmigt werden.

Interessenten wenden sich bitte schriftlich oder fernmündlich an

den Leitenden Arzt beim Versorgungsamt Nürnberg Bärenschanzstraße 8 a 8500 Nürnberg Telefon: (09 11) 27 43 40	bzw. den Leiter der Versorgungsärztlichen Untersuchungsstelle Nürnberg Roonstraße 20 8500 Nürnberg Telefon: (09 11) 27 43 83
--	---

PFAFFENHOFEN a.d. Ilm



Städtisches Krankenhaus

An der

Chirurgischen Abteilung (70 Betten)
- Chefarzt Dr. med. H. Kudlich -

unsere Heuses ist zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle eines

Oberarztes

zu besetzen.

Die Vergütung erfolgt nach Verg.Gr. 1 b BAT mit Rufbereitschaftsvergütung.

Die Kreisstadt Pfaffenhofen a. d. Ilm (18 000 Einwohner) liegt verkehrsgünstig an der Bahn- und Autobahnlinie, 45 km nördlich von München.

Alle Schulen am Ort.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Tätigkeitsnachweisen, Zeugnissen und Urkunden) werden erbeten an das

Städtisches Krankenhaus, z. Hd. Herrn Chefarzt Dr. med. H. Kudlich, Ingoletäcker Straße 28, 8068 Pfaffenhofen a. d. Ilm, Telefon (0 84 41) 40 77

Sicherheitstresore enorm günstig !!

Beispiel: Dreiwandlg, 250 kg, DM 1450,-

Fa. Kadagies, Telefon (0 71 31) 40 34 27 oder 40 34 57

Beim Kreis Krankenhaus Neumarkt in der Oberpfalz ist baldmöglichst die Stelle eines

Chefarztes der radiologischen Abteilung

zu besetzen.

Diese Abteilung, die bereits seit 1973 als Funktionseinheit unter der Leitung eines Oberarztes steht, soll selbstständig werden.

Das in den Jahren 1970-1975 neu erstellte Krankenhaus verfügt über insgesamt 463 Betten mit z. Zt. 4 Fachabteilungen (Chirurgie, Innere Abteilung, Gynäkologie/Geburtshilfe und Anästhesie) und 5 Belegabteilungen (Augen, HND, Urologie, Kinder, Haut).

Vergütung und Arbeitsbedingungen werden durch Vertrag geregelt. Die Bewerber sollen eine langjährige und umfassende Erfahrung auf dem Gebiet der gesamten Radiologie mitbringen und die Voraussetzungen zur Weiterbildung von Ärzten besitzen.

Die radiologische Abteilung ist mit den modernsten medizinisch-technischen Geräten ausgestattet.

Neumarkt in der Oberpfalz (31 000 Einwohner) liegt verkehrsgünstig in reizvoller Juralandschaft an der Strecke Nürnberg-Regensburg, 36 km von Nürnberg entfernt und hat Autobahnanschluß. Die Stadt besitzt alle weiterführenden Schulen. Für die Freizeitgestaltung sind verschiedenen Einrichtungen vorhanden, wie Freibad, Hallenbad, Tennisplätze, Reitbahn, Skilifte usw.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (handgeschriebener Lebenslauf, Zeugnisabchriften usw.) werden bis spätestens 10. 2. 1983 erbeten an den

Landrat des Landkreises, Landratsamt 8430 Neumarkt
in der Oberpfalz, Nürnberger Straße 1a.



HELMUT-G.-WALTHER- KREIS- KRANKENHAUS LICHTENFELS

Wir suchen zum baldmöglichsten Zeitpunkt für unsere **Chirurgische Abteilung** einen Arzt für Chirurgie als

2. Oberarzt

Unser Krankenhaus (404 Betten) hat 5 Hauptfachabteilungen (Chirurgie mit 150 Betten 1/2/9 Stellen, Innere Medizin, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesie, Radiologie) und 2 Belegabteilungen (HNO und Augen).

Wir führen alle Eingriffe der mittleren und großen Chirurgie und Unfallchirurgie durch, ferner Urologie, Gefäßchirurgie und rekonstruktive Chirurgie (Totalendoprothesen). Die Abteilung ist von den Berufsgenossenschaften zur Behandlung von §-6-Fällen zugelassen.

Leitender Arzt Chirurgie: Dr. med. Kurt Benz.

Bezahlung nach BAT mit den üblichen Sozialleistungen, Nebeneinnahmen durch Rufbereitschaftsdienst und Zulagen des leitenden Arztes (je nach Weiterbildungsstand), Unterricht an der Schwesternschule, Gutachten. Zusätzlich zum tariflichen Urlaub werden jährlich 10 Tage Sonderurlaub zu Fortbildungszwecken gewährt.

Alle weiterführenden Schulen und sehr gute Freizeitmöglichkeiten sind in der Kreisstadt Lichtenfels (20 000 Einwohner) vorhanden. Bei der Wohnungssuche ist die Krankenhausverwaltung behilflich.

Bewerbungen an:
**Helmut-G.-Walther-Kreis-
Krankenhaus**
Verwaltung
Prot.-Arneht-Str. 2
8620 Lichtenfels
Telefon Nr. (095 71) 121

Fachliche Auskünfte:
Dr. med. K. Benz
Leitender Abteilungsarzt
Prot.-Arneht-Str. 2
8620 Lichtenfels
Telefon Nr. (095 71) 123 82

LANDKREIS LICHTENFELS Der
Gottesgarten
am
Obermain



HELMUT-G.-WALTHER- KREIS- KRANKENHAUS LICHTENFELS

In unserer **Abteilung für Radiologie** – Leitender Abteilungsarzt Dr. med. E. Schöner – ist die Stelle eines

Assistenzarztes zu besetzen.

Bevorzugt werden Ärzte (Ärztinnen), die sich als Radiologen weiterbilden wollen und sich deshalb für eine mindestens 2-jährige Tätigkeit verpflichten.

Unser Krankenhaus verfügt über 404 Betten in fünf Hauptfachabteilungen und zwei Belegabteilungen.

Die Abteilung für Radiologie (Röntgendiagnostik und nuklearmedizinische Diagnostik) ist apparativ gut ausgestattet: 7 Arbeitsplätze, 3 BV-Fernsehketten, Angiographie, Mammographie, Isotopenlabor. Neben einer umfangreichen Routinediagnostik (ca. 30 000 Untersuchungen jährlich) wird eine Reihe von Spezialuntersuchungen durchgeführt.

Die Abteilung ist zur Weiterbildung zum Arzt für Radiologie voll zugelassen (3 1/2 Jahre Röntgendiagnostik).

Bezahlung nach BAT mit den üblichen Sozialleistungen, Nebeneinnahmen durch Rufbereitschaftsdienst und Zulagen des leitenden Arztes (je nach Weiterbildungsstand), Unterricht an der Schwesternschule, Gutachten. Zusätzlich zum tariflichen Urlaub werden jährlich 10 Tage Sonderurlaub zu Fortbildungszwecken gewährt.

Alle weiterführenden Schulen und sehr gute Freizeitmöglichkeiten sind in der Kreisstadt Lichtenfels (20 000 Einwohner) vorhanden. Bei der Wohnungssuche ist die Krankenhausverwaltung behilflich.

Bewerbungen an:
Kreis-Krankenhaus
Verwaltung
Prot.-Arneht-Str. 2
8620 Lichtenfels
Telefon Nr. (095 71) 121

Fachliche Auskünfte:
Dr. med. E. Schöner
Leitender Abteilungsarzt
Prot.-Arneht-Str. 2
8620 Lichtenfels
Telefon Nr. (095 71) 12-293

LANDKREIS LICHTENFELS Der
Gottesgarten
am
Obermain

Privatklinik für innere Medizin und Naturheilverfahren im nordbayerischen Raum sucht zum 1. April 1983

Arzt/Ärztin

Vergütung nach Vereinbarung.

Bewerbung mit den üblichen Unterlagen erbeten unter Chiffre 2064/23.

Hotelmanagementgruppe im oalbayerischen Raum sucht für niederbayerisches Bäderdreieck

eine(n) qualifizierte(n) Arzt/Ärztin

Anerkennung als Badearzt erforderlich. Bei ausländischen Bewerbern Arbeitserlaubnis nach § 10 BAO Voraussetzung. Eröffnung im Frühjahr 1983.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf, Approbation, gegebenenfalls Promotionsurkunde und Beschäftigungszeugnissen sowie Bekannngabe der Honorarvorstellung werden bis spätestens 15. Januar 1983 erbeten.

Anfragen unter Chiffre 2064/24.

Universitätsstadt Passau

Praxisaräume zu vermieten oder zu verkaufen an bereits in Passau niedergelassenen Arzt, zentrale Lage, sehr verkehrsgünstig, ca. 200 qm Fläche in einem Stück, dadurch individuelle Raumaufteilung möglich, 1. OG, Lift, Nebenräume. Im Haus befinden sich bereits die folgenden Fachrichtungen: Internisten, Allgemeinmedizin, Kinderarzt, Nervenarzt, HNO-Arzt, Zahnarzt, Kieferorthopäde. Kaufpreis: 470 000 DM.

Immobilien Margarete Königsbauer, Barschweg 4, 8000 München 82, Telefon (089) 42 21 76 oder (087 32) 19 38.

Deutscher Allgemeinarzt sucht für Anfang 1983

Praxisübernahme

nach vorheriger Mitarbeit oder naheliege in süddeutscher Groß- oder Mittelstadt (Bayern bevorzugt).

Anfragen unter Chiffre 2064/25.

8430 Neumarkt/Oberpfalz

Praxisräume für Arzt

ca. 140 qm eventuell beliebig größer in zentraler Lage, modernster Neubau, Lift, Parkplätze usw., großes Hinterland, große Kreisstadt.

Anfragen unter Chiffre 2064/260.

Sehr gut eingelehrte

Laborarztpraxis

Süddeutschland, Schwerpunkt: Mikrobiologie und Immunologie, hoher Umsatz mit günstiger Tendenz. Terminvorstellung für Übergabe: 1. Halbjahr 1983.

Anfragen unter Chiffre 2064/11.

Allgemeinarzt in Kreisstadt von Oberbayern sucht ab 1. April 1983 Kollegen, der zur Ausübung einer

Gemeinschaftspraxis

gewillt ist. Bedingung: Allgemeinarzt, Sportarzt, Betriebsarzt. Ferner gute Ausbildung in EKG, Fahrradergometer, großes Labor, Oberbauchsonographie, innere Medizin, Orthopädie. Die Bewerber sollen möglichst aus dem südbayerischen Raum stammen.

Anfragen unter Chiffre 2064/34.