



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

Nummer 12

Zum Jahresende

In wenigen Tagen wird sich das Jahr 1983 in die lange Reihe der Jahre einreihen, welche die Geschichte unseres Landes und Volkes widerspiegeln. War es ein besonderes Jahr? Wir würden sagen, es war inhaltlich und bedeutsam. Aber es ragt sicher nicht wie ein Kirchturm über viele andere hinaus. Freilich, in der Geschichte unserer Demokratie haben die Wähler im März eine bedeutende Entscheidung getroffen. Die von unserer großen demokratisch-sozialistischen Linkspartei geführte Regierungskoalition wurde abgelöst, die freien Demokraten haben ihre „Linkskrankheit“ überwunden und sind wieder auf klaren Kurs gegangen. Die Wähler haben aber im März nicht nur „abgelöst“. Sie haben sich zugleich für eine Robkur entschieden, weil sie erkannt haben, daß viele „süße Sachen“, die ihnen jahrelang serviert wurden, großzügige Geschenke, die Vater Staat machte, in Wirklichkeit gar nicht bezahlt werden konnten, sondern mit Schulden finanziert wurden. Schulden aber, die der Staat macht, müssen die Bürger bezahlen. Die „Wende“, von der so oft gesprochen wurde, die viele vermissen, konnte also nicht ein plötzlicher „werner Regen“ sein. Es müssen erst noch manche schmerzvolle Kuren überstanden werden, bis die Rekonvaleszenz beginnen kann. Daß auch wir Ärzte – und unsere Patienten! – davon nicht verschont bleiben können, liegt auf der Hand. Wir können und werden uns dem auch nicht entziehen. Daß manches, was uns betraf, anders und besser hätte gemecht werden können, steht auf einem anderen Blatt.

Wir nehmen für uns in Anspruch, daß all unsere Forderungen und Vorschläge diesen beiden Grundsätzen Rechnung getragen haben: Nicht vor Optern drücken wollen, aber das Notwendige so gut wie möglich machen. Negativliste und Amtliche Gebührenordnung sind zwei Beispiele, wie man es nicht machen sollte.

Wie deutlich die wirtschaftliche Lage der freipraktizierenden Ärzte bereits angespannter, schlicht gesagt schlechter geworden ist, zeigt die Entwicklung der Beitragseinnahmen in unserer Bayerischen Ärzteversorgung. Der jährliche Beitragszuwachs ist so drastisch zurückgegangen, daß wir gezwungen waren, das Leistungssystem grundlegend zu verändern und damit den neuen Gegebenheiten anzupassen. Damit ist für schlechte Zeiten vorgesorgt und die Türe für bessere Zeiten jederzeit offen. Entscheidend war bei all unseren Überlegungen die Erhaltung der dauerhaften Leistungsfähigkeit unserer Versorgungsanstalt, auf die wir und die kommenden Generationen angewiesen sind.

Auf die Studentenlewine und ihre Folgen haben wir oft genug aufmerksam gemecht. Es zeichnet sich keine Besserung ab.

Eine Reduzierung der Studienanfänger ist nicht absehbar. Die Überfüllung ekedemischer Berufe mit all ihren negativen Folgen bis hin zur Arbeitslosigkeit – das ist der gesellschaftspolitische Wermutsbecher, den wir bis zur Neige leeren müssen. Er wird an uns nicht vorübergehen. Daß es uns bei unseren Wernungen nicht engstirnig „um das Portemonnaie“ ging und geht, werden in absehbarer Zeit auch diejenigen erkennen, die sich heute noch freuen, daß es uns endlich „neß reingeht“.

Die Ausbildung zukünftiger Ärzte soll nun durch eine Änderung der Bundesärzteordnung und der Approbationsordnung verbessert werden. An das abgeschlossene sechsjährige Universitätsstudium soll sich in Bälde eine zweijährige praktische Ausbildung anschließen. Der Entwurf hat noch gravierende Mängel. So vermißt man eine Strukturierung dieser zwei Jahre. Auf Einzelheiten einzugehen, ist hier nicht der Platz. Dies soll dem nächsten Jahr vorbehalten bleiben.

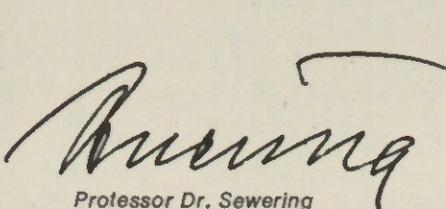
Noch etwas sei angesprochen: Es ist „in“, „Gesundheitsforschung“ zu betreiben, wofür auch Millionen an Fördermitteln bereitstehen, obwohl der Bund hinten und vorne in den Schulden steckt. Zwei Bereiche wurden entdeckt: Was sollten die Menschen tun, damit sie länger gesund bleiben und wie kann man das Verhalten der Ärzte und der Versicherten so hell und glasklar durchleuchten, daß auch der letzte Winkel nicht im „Dunkeln“ bleibt?

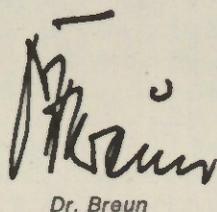
Damit kein Zweifel aufkommt: Wir würden uns freuen, wenn es unseren Mitbürgern (und uns selbst!) immer besser ginge und wir haben auch nichts gegen sinnvolle Transparenz in der Krankenversicherung. Zu diesem Thema soll im kommenden Jahr eingehend Stellung genommen werden.

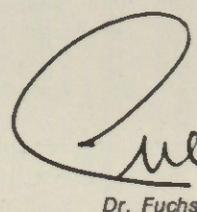
Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns wird Untersuchungen aus eigener Initiative und im Einvernehmen mit den Vertragspartnern durchführen, wenn sie sinnvoll sind. Sie wird aber niemals ihr Einverständnis geben zu Auswüchsen, wie sie leider zunehmend beobachtet werden. Zu entsprechenden Vorstellungen in einem „Papier“ der christlich-demokratischen Arbeitnehmer wurde schon früher Stellung genommen.

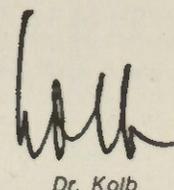
Blicken wir zum Abschluß in das kommende Jahr. Es wird nicht leichter werden als das zu Ende gehende. Wir hoffen alle, daß uns der Frieden erhalten bleibt, weil Menschlichkeit und Frieden untrennbar sind. Aber auch Frieden und Freiheit sind untrennbar. Hier hilft nicht die Angst, sondern nur der Mut. Den werden wir aber auch sonst im kommenden Jahr breuchen.

Ihnen allen, liebe Kolleginnen und Kollegen, und ihren Familien wünschen wir ein gesegnetes Weihnachten und Erfüllung vieler Wünsche im kommenden Jahr.


Professor Dr. Sewering


Dr. Braun


Dr. Fuchs


Dr. Kolb

Vollversammlung des 36. Bayerischen Ärztetages

Punkt 1 der Tagesordnung:

Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

Referat von Professor Dr. Hens J. Sewering

Wie in jedem Jahr möchte ich versuchen, einige Probleme aus unserem Tätigkeitsbereich anzusprechen, und ich darf schon zu Anfang, wie immer, betonen, daß sich die Diskussion natürlich nicht auf diese Punkte beschränken sollte, sondern daß wir, wie üblich, alle einschlägigen Fragen ansprechen.

Ich darf Sie wieder auf den gedruckten Geschäftsbericht verweisen, den wir Ihnen zugeleitet haben und der Ihnen sicher eine Reihe von Informationen gegeben hat, die für Sie von großem Interesse sein dürften.

Arztzahlen

Ich darf Sie darauf hinweisen, daß Ende 1982 die Zahl der berufstätigen Ärzte in Bayern auf 26 551 angestiegen war. Wenn wir vergleichen, stellen wir fest, daß vor vier Jahren noch ein Arzt auf 473 Einwohner zur Verfügung stand und wir Ende 1982 bereits eine Relation von 1:413 erreicht haben, und ich würde etwa schätzen, daß wir Ende 1983 mindestens an der Grenze von 1:400, vielleicht sogar schon etwas darunter liegen. Die Voraussagen über die Entwicklung der Arztdichte bestätigen sich also durch die jährlichen Zahlen. Gegenüber der Arztdichte Ende 1982 dürften nach unserem Überblick — wir haben es nicht genau ausgezählt — wieder etwa 1000 bis 1200 Ärzte hinzugekommen sein. Wenn wir einen Zehnjahreszeitraum zum Vergleich heranziehen, stellen wir fest, daß es 1974 in Bayern 22 267 berufstätige Ärzte gab gegenüber — ich erinnere — 26 551 Ende 1982. Die Relation war vor zehn Jahren noch 1:535. Wir kommen also jetzt in die kritische Größenordnung einer Rela-



tion: ein Arzt auf 300 und soundso viele Einwohner. Das dürfte sich in den nächsten Jahren in dieser Weise fortsetzen, was ja an der Zahl der Studenten pro Jahrgang ganz eindeutig abzulesen ist.

Weiterbildung

Dann möchte ich Sie auf den Geschäftsbericht der Bayerischen Landesärztekammer („Bayerisches Ärzteblatt — September 1983 — Seite 616 ff.) hinweisen, die Darstellung über die Gebietsanerkennungen oder die Anerkennungen zur Führung einer Bezeichnung, die dort aufgelistet sind. Sie sehen, daß die Allgemeinmedizin weit an der Spitze steht. Wir hatten erfreulicherweise im Berichtszeitraum 238 Anerkennungen für die Führung der Bezeichnung Allgemeinarzt, und in großem

Abstand folgen dann die Innere Medizin mit 144 Anerkennungen und die Chirurgie mit 52. Das zeigt also, daß in Bayern die Möglichkeit, eine Stelle als Assistent zu bekommen und die Weiterbildung in Allgemeinmedizin zu betreiben, sehr wohl gegeben ist und daß auch von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht wurde.

Schauen Sie sich auch die Tabelle 5 des Geschäftsberichtes (Seite 622) an, in der die Prüfungen verzeichnet sind. Ich darf Ihnen sagen, daß bisher insgesamt 568 Kollegen geprüft wurden. Davon haben 526 die Prüfung bestanden und 42 Kollegen haben sie nicht bestanden, müssen also ein zweites Mal den Anlauf machen. Allein hier zeigt sich, daß die Prüfung doch eine wesentliche Sache ist; denn die Durchgefallenen sind alle durch den Mangel an theoretischen Grundkenntnissen gescheitert und die gehören nun einmal zum Arztberuf. Wir können uns nicht auf das Handwerkliche beschränken.

Allerdings muß ich sagen, daß die nun eingeführten Prüfungen am Ende der Weiterbildungszeit für uns einen enormen organisatorischen Aufwand bedeuten. Wir benötigen zur Zeit für die Durchführung der Aufgaben allein 328 Kollegen als Beisitzer der Prüfungsausschüsse und wir haben zehn Kollegen, die als Vorsitzende von Prüfungsausschüssen fungieren. Sie sehen also: ein außerordentlicher Einsatz, der hier von uns verlangt wird, sowohl personell als auch organisatorisch. Es sind ja noch nicht alle Gebiete in die Prüfung einbezogen, so die Innere Medizin und die Chirurgie, also die beiden größten Gebiete mit sechsjähriger Weiterbildung. Hier sind die Fristen noch nicht abgelaufen, aber



Gäste (von rechts nach links): Professor Deneke, Ministerialdirigent a. D. Dr. Hein, Ministerialdirigent Dr. Drausnick, Ltd. Ministerialrat Scholz, daneben die Justitiare Rechtsanwalt Poellinger und Rechtsanwalt Dr. Till, Abteilungsdirektor Albrecht

vom nächsten Jahr an werden auch die Kollegen aus diesen beiden Gebieten die Prüfung ablegen müssen, und damit steigt der Bedarf an Prüfungsterminen und Mitwirkenden. Dabei glaube ich aber, daß wir uns hier mit einer besonders wesentlichen Frage unserer organisatorischen Tätigkeit befassen. Die Weiterbildung ist ja nicht allein eine interne Angelegenheit der Ärzte, sondern hier handelt es sich um eine übertragene Aufgabe der Selbstverwaltung, und wir sind dem Staat und der Öffentlichkeit gegenüber voll dafür verantwortlich, daß die Weiterbildung auch qualitativ in Ordnung ist und wir die Ergebnisse auch der Öffentlichkeit gegenüber vertreten können.

Die Weiterbildungsordnung als solche beschäftigt uns zur Zeit hinsichtlich der Frage einer Novellierung. Es wird sich allerdings — das habe ich schon in Kassel ausgedrückt — zeigen, daß die Änderungen nicht sehr umfangreich sein werden, die wir dem Deutschen Ärztetag in Aachen vorzulegen haben. Mit der Frage, die immer wieder an uns herangetragen wird: „Warum beschränkt ihr nicht pro Weiterbildungsstätte, also pro Klinik, die Zahl der Assistenten, die für die Weiterbildung zugelassen werden?“, haben wir uns seit Jahren, ich glaube, seit den letzten zwanzig Jahren, immer wieder beschäftigt. Wir haben bisher noch keine geeignete Rechtsgrundlage gefunden, um von der Weiterbildungsordnung, also vom öffentlichen Recht her, hier

eine Limitierung vorzunehmen. Ich darf aber darauf hinweisen, daß es selbstverständlich jedem einzelnen Weiterbilder überlassen bleibt, den einen oder den anderen Assistenten in seiner Tätigkeit, etwa im operativen Bereich, so einzusetzen, daß er in der Lage ist, den Katalog zu erfüllen, und daß er einen anderen Assistenten, den er für weniger geeignet hält oder von dem er eben meint, daß er ihn jetzt nicht schon einsetzen kann, weniger intensiv einsetzt, was bedeutet, daß dieser erst in einer späteren Zeit die Voraussetzungen für die Anerkennung erfüllt. Ich glaube, es wird auch von vielen Weiterbildern schon in dieser Weise gehandhabt.

Aus unserer Sicht, also vom öffentlichen Recht her, haben wir zwei Maßstäbe für die Beurteilung:

1. die Mindestweiterbildungszeit und
2. den Inhalt der Weiterbildung, wie er in den Richtlinien festgelegt wird.

Dabei möchte ich nehrdrücklich betonen, daß der Inhalt natürlich Vorrang vor der Mindestzeit hat. Die Mindestzeit eröffnet keinen Anspruch darauf, nun schon einen Antrag einreichen zu können. Entscheidend ist, ob der Inhalt der Weiterbildung erfüllt wurde, und wenn er in der Mindestzeit nicht erfüllt werden kann, verlängert sich automatisch diese Zeit. Darauf habe ich ja schon wiederholt hingewiesen und ich habe dabei die Frage beantwortet, ob es

notwendig ist, etwa bei Verkürzung der Bereitschaftsdienste oder anderen Maßnahmen der Arbeitszeiteinschränkung eine Verlängerung der Weiterbildungszeiten vorzunehmen. Dazu gibt es keine Veranlassung, weil es keine Weiterbildungszeiten gibt, sondern Mindestweiterbildungszeiten. Wenn eben aufgrund verkürzter Arbeitszeiten der Inhalt der Weiterbildung in der Mindestweiterbildungszeit nicht erfüllt werden kann, dann ergibt sich daraus zwangsläufig, und ohne daß es einer besonderen Regelung bedarf, eine Verlängerung der Weiterbildungszeit.

In Kassel wurde auch ein Beschluß gefaßt, der empfiehlt, Zeiten ärztlicher Tätigkeit für junge Ärzte großzügiger auf die Weiterbildung in Allgemeinmedizin anzurechnen, also nicht nur Innere Medizin und Chirurgie, sondern im Rahmen der Inneren Medizin die Anrechenbarkeit von Pädiatrie, Neurologie, in der Chirurgie die Anrechnung von Frauenheilkunde — sie steht schon drin —, aber auch anderer operativer Fächer zu gewähren. Wir haben diese etwas großzügige Handhabung in Bayern immer schon so gehabt und dadurch ergeben sich für uns eigentlich keine neuen Gesichtspunkte.

Ärztlicher Nachwuchs

Zur Nachwuchsfrage, die natürlich für uns alle, ich möchte schon fast sagen, im Mittelpunkt unserer Sorgen steht, nur einige Informationen. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes waren 1981 im ersten Fachsemester 11 237 Studierende registriert worden. Die Zahlen über die Studenten pro Jahrgang sind nicht ganz einheitlich in den Angaben, sie schwanken je nach der Quelle, aus der sie kommen. Wir rechnen damit, daß auch die höheren Jahrgänge der Studenten bereits in der Größenordnung von 11 000, vielleicht sogar etwas darüber liegen. Das ist aber, wie gesagt, nicht ganz eindeutig zu ermitteln. Die Gesamtzahl der Medizinstudenten — und diese Zahl sollte man sich auch für Gespräche mit anderen merken — war im Studienjahr 1975/76 43 353; im Wintersemester 1981/82 hatten wir in der Bundesrepublik 73 345 Medizinstudenten, also 30 000 mehr in einem Abstand von rund fünf Jahren. Das ist eine Steigerung von 70 Prozent innerhalb dieser Zeit. Daß bei diesen Studentenzahlen die Approbationsordnung

so, wie sie gedacht und auch geschrieben ist, nicht mehr erfüllt werden kann, liegt auf der Hand. — Kollege Valentin*) hat in seinem ausgezeichneten Referat in Kassel vor der Vertreterversammlung darauf hingewiesen: Man kann natürlich jede Zahl von Studenten in einem Saal mit guten Lautsprecheranlagen versammeln und ihnen theoretische Dinge vortragen; aber bei der praktischen Ausbildung kommt es eben darauf an, ob genügend Patienten da sind, ob Arbeitsplätze vorhanden sind. Das ist mit Sicherheit heute nicht mehr der Fall. Ich glaube, darüber gibt es überhaupt keine Meinungsverschiedenheiten.

Deshalb ist auch ein Vergleich etwa mit anderen Fakultäten in der Weise, wie das gemacht wird, nicht zu ziehen. Es wird nämlich gerade in der letzten Zeit von verschiedenen Quellen darauf hingewiesen, daß der prozentuale Anstieg der Studenten etwa in der Rechtswissenschaft höher sei als in der Medizin. Übrigens ein Argument, das in den politischen Kreisen sehr stark im Zusammenhang mit unserer Forderung, die Kapazitätsverordnung zu ändern, gehandelt wird. Dem wird entgegengehalten: Man kann nicht die Mediziner hier bevorzugen, indem man die Kapazitäten stark herabsetzt, obwohl der Anstieg der Studentenzahl in anderen Fakultäten noch stärker ist als in der Medizin. In einem Schriftstück war zu lesen: Es müssen eben alle Berufe ihre Opfer bringen angesichts der Schwemme, mit der wir uns auseinandersetzen haben. Aber irgendwo wird sich natürlich gerade in der Medizin zeigen, wie das Problem in Wirklichkeit aussieht; denn es werden nun einmal in der Bundesrepublik — darauf haben wir wiederholt hingewiesen — pro Jahr etwa 5000 bis 6000 Assistentenstellen frei, und dann wird sich eben die Situation, die wir von den Lehrern derzeit schon kennen — 40 000 junge Lehrer sind derzeit arbeitslos —, zwangsläufig auch auf den Bereich der Medizin übertragen. Ich sehe eigentlich keine Möglichkeit, wie wir mit diesem Problem fertig werden sollen. Jedenfalls — und da darf ich noch einmal das Stichwort „Weiterbildung“ aufgreifen — über eine Aufweichung der Weiterbildungsbestimmungen in dem Sinne: möglichst viele durchschleusen, auch wenn die

*) vgl. „Bayerisches Ärzteblatt“ 10/1983, Seite 678 ff.



Oberbayerische Delegierte

Weiterbildung dann schlechter ist, auf diesem Weg geht es nicht; denn damit würden wir gefährden, daß diese Aufgabe in ärztlichen Händen bleibt. Das muß uns immer wieder bewußt sein.

Änderung der Approbationsordnung

Das ist ein nunmehr wieder sehr aktuelles Thema. Soweit Sie gestern da sein konnten, haben Sie auch aus dem Munde des Innenministers gehört, daß Bayern Vorschläge zur Änderung der Approbationsordnung vorgelegt hat, die im Bundesrat beraten werden sollen. Es sind Änderungspläne, die sich nicht auf die Approbationsordnung begrenzen, sondern auf eine Änderung der Bundesärzteordnung abzielen. Das heißt, der Bundesrat soll einen Gesetzentwurf beschließen, der dann dem Bundestag zugeleitet würde; denn die Bundesärzteordnung ist ein Bundesgesetz und muß deshalb vom Bundestag beschlossen werden.

Eine Reihe von Vorschlägen taucht immer wieder auf. Der eine — Sie kennen sie eigentlich schon alle — zielt auf die Frage: „Soll ein Krankenpflegepraktikum vorgeschaltet werden, Ja oder Nein?“ Das ist weitgehend auch eine Kapazitätsfrage. Denn wenn man das verbindlich vorschreibt, bevor über eine Zulassung entschieden wird, dann müßten ja alle Bewerber dieses Krankenpflegepraktikum ableisten. Das sind pro Jahr zur Zeit also etwa 35 000 bis 40 000. Ob das überhaupt zu machen

ist, ist eine andere Frage. — Die Fakultatur soll auf sechs Monate verlängert werden. Das dürfte realisierbar sein.

Das Thema Prüfungen wird sehr lebhaft diskutiert. Es wird immer wieder darauf hingewiesen, daß die schriftlichen Prüfungen, vor allem Multiple Choice, nicht ausreichen, um das Können eines jungen Mediziners, der Arzt werden will, zu untersuchen. Man muß immer wieder in Erinnerung rufen, daß das von der Approbationsordnung auch nie beabsichtigt war. Die Approbationsordnung unterscheidet ganz klar zwischen der laufenden Prüfung der Studenten in der praktischen Ausbildung in kleinen Gruppen, die natürlich mündlich am Krankenbett, am Objekt, stattfinden sollte, und der Prüfung des kognitiven Wissens in den Abschnitten, die dann schriftlich durchzuführen ist. Die Unterrichtung und Prüfung in der kleinen Gruppe scheitert im wesentlichen an den Studentenzahlen. Es bliebe also tatsächlich bei den schriftlichen Prüfungen. Aber man muß sich natürlich darüber klar sein: Ein weitgehender Übergang zur mündlichen Prüfung ist allein aus Kapazitätsgründen gar nicht zu bewältigen. Im vorigen Jahr, im Jahr 1982, haben 43 000 Studenten der Medizin irgendeine Prüfung abgelegt. Wenn man sich vorstellt, daß diese 43 000 Studenten etwa in Vierergruppen — wie es zu unserer Zeit war — mündlich geprüft werden müssen, dann sieht man, daß die für die Prüfung geeigneten Hochschullehrer einen erheblichen Teil ihrer Zeit mit Prüfungen zu verbringen



Münchener Delegierte

gen hätten. Deswegen ist ja auch vorgesehen, bei einem partiellen Übergang zur mündlichen Prüfung dem Prüfling gewissermaßen „in letzter Sekunde“ zu sagen, in welchen Fächern er mündlich geprüft wird, so daß er sich auf alle Fächer vorbereiten muß, aber dann nur in zwei oder drei Fächern tatsächlich mündlich geprüft wird. Also eine Art Losverfahren! Wie weit sich das dann realisieren läßt, ist eine andere Frage.

Beabsichtigt ist eine Wiedereinführung der Benotung der Examina. Ich persönlich halte das für sinnvoll; denn Noten fördern das Leistungsprinzip und man sollte unbedingt wieder dahin steuern, daß das wieder mehr zum Tragen kommt. — Ich war eigentlich recht überrascht, daß man auch von ärztlicher Seite der Wiedereinführung der Benotung widersprochen hat.

Zum Zulassungsverfahren, also zur Auswahl der Bewerber, die zum Medizinstudium zugelassen werden, gibt es seit gestern eine Neuigkeit. Die Kultusministerkonferenz hat, nachdem sie vor einigen Jahren den Test einführte, nun beschlossen, daß 15 Prozent der Bewerber von den Professoren der medizinischen Fakultäten zu einem Gespräch geholt werden sollen und daß aufgrund dieses Gesprächs über die Zulassung entschieden werden soll. Ich weiß nicht, ob die Kultusminister dabei eigentlich daran gedacht haben, daß die Ablehnung eines Bewerbers ein Verwaltungsakt ist und damit der verwaltungsgerichtlichen Nachprüfung

unterliegt. Wenn ein Hochschullehrer aus dem Gespräch den Eindruck gewinnt, der Bewerber eignet sich nicht für das Medizinstudium und es zu einer Klage vor dem Verwaltungsgericht kommt, dann bin ich sehr gespannt, wie das Ergebnis sein wird, abgesehen davon, daß sich ja die Quote von 15 Prozent auf die Gesamtbewerberzahl bezieht. Es ist also eine erhebliche Zahl von Gesprächen, die hier geführt werden müssen; das bringt wieder eine neue Belastung für die Hochschullehrer. Ich weiß also nicht, ob das in der Form, wie man sich das vorstellt, wirklich praktikabel ist. Ich nehme an, daß die Auswahl der 15 Prozent auch irgendeinem Losverfahren unterworfen wird, so daß auch andere darunter sein werden. Im übrigen muß ich sagen, Sonderkonditionen für Studienbewerber haben sich viele Kollegen vorgestellt. Wenn ich an die Briefe denke, die ich bekomme, enthielten sie in den letzten Jahren sehr häufig die bittere Klage: „Warum können unsere Kinder bei der Auswahl nicht irgendwie bevorzugt werden?“ Das ist also ein gemeinsamer ärztlicher Wunsch; denn offenbar sind die Arztkinder immer noch nicht dahinter gekommen, daß es gescheiter wäre, sich auf den Hosenboden zu setzen und zu lernen, damit die Abiturnote besser ist.

Praktische Ausbildung

Das Entscheidende bei der ganzen Diskussion ist natürlich die Frage der praktischen Ausbildung: Muß man

wieder zurückkehren zu einer Medizinalassistenten- oder Pflichtassistentenzeit — wie immer man es nennen will. Ohne Zweifel besteht jetzt Übereinstimmung darüber, daß eine solche praktische Zeit wieder eingeführt werden muß. Ich kann mich natürlich noch sehr lebhaft an die Diskussionen erinnern, als es eine zweijährige Medizinalassistentenzeit gab. Damals war übereinstimmend die Meinung aller Beteiligten: sie muß weg; das Ganze muß in die Universitätsausbildung eingebaut werden. Aber das hat sich nun nicht verwirklichen lassen. Wir werden also zu einer solchen Zeit kommen. Hier ist natürlich die Frage: „Wie lange soll diese Zeit sein, wie soll sie inhaltlich gestaltet werden und welche Auswirkungen soll sie haben?“ Denn es ist damit auch die Frage der jetzt so sehr in Diskussion befindlichen Pflichtweiterbildung verbunden. Früher hat diese Frage keine Rolle gespielt, weil genügend Assistentenstellen zur Verfügung standen und jeder junge Kollege eben ganz selbstverständlich zunächst einmal eine Assistentenstelle gesucht und gefunden und dann nach einigen Jahren Krankenhausstätigkeit erst an die Praxis gedacht hat. Wir hatten eigentlich bis noch vor wenigen Jahren feststellen können, daß die durchschnittliche Krankenhauszeit eines Bewerbers um die Kassenzulassung nicht unter fünf Jahren lag, meistens sechs, sieben Jahre, und wir sehen jetzt erst Bewerber mit sehr kurzen bis minimalen Zeiten. Sie wissen ja, daß im Augenblick die Kassenzulassung noch nach einer Tätigkeit von sechs Monaten nach der Approbation beantragt werden kann. Wir sind uns also darüber einig, daß eine Praxisphase notwendig ist. Diese Praxisphase sollte zwei Jahre betragen. Aber hier bestehen natürlich erhebliche Kapazitätsprobleme. Bei einer jährlichen Zahl von 11 000 bis 12 000 Neuapprobationen ergibt sich, daß bei zweijähriger Praxisphase immerhin bis zu rund 24 000 solcher Ausbildungsplätze erforderlich sind.

Nun der Streit, um den es geht, wurde verschärft oder wurde lebhafter im Zusammenhang mit dem Entwurf einer EG-Richtlinie, die noch weit von ihrer Verabschiedung entfernt ist, sich aber immerhin in Diskussion befindet. Diese EG-Richtlinie besagt, daß nach Abschluß des Universitätsstudiums eine zweijährige ergänzende Ausbildung vor



Endlich

ein wirklich
preiswerter
Betablocker!

Angina pectoris
Hypertonie
Migräne

Beta- Tablinsen[®] 40

Beta- Tablinsen[®] 80

Beta- Tablinsen[®] retard

Zusammensetzung

1 Tablette enthält 40, 80, 160 mg (retard) Propranolol HCl.

Indikationen

Hypertonie, Angina pectoris, hyperkinetisches Herzsyndrom, Herzrhythmusstörungen, Migräne, Hyperthyreose

Kontraindikationen

nicht kompensierte Herzinsuffizienz, frischer Herzinfarkt, Schock, AV-Block 2 und 3. Grades, Bradykardie, Azidose, obstruktive Atemweg-erkrankungen, Diabetes mellitus, akutes Leber- und Nierenversagen, M. Raynaud allerg., Entzündungen der Nasenschleimhäute, Schwangerschaft (bes. 1. Trimenon) u. Stillzeit/Risikoabwägung

Mögliche Nebenwirkungen

Kribbeln und Kältegefühl in den Gliedmaßen, Hautrötung, Durchfall, Verstopfung, Übelkeit, Erhöhung des Atemwegwiderstandes, Verstärkung bestehender Herzinsuffizienz, Bradykardie, Einschränkung des Tränenflusses, Verstärkung peripherer Durchblutungsstörungen, bei älteren Patienten mit Diabetes kann es bei längerer Behandlung zu Verschlechterung der Glucosetoleranz kommen. Bei vasospastischer Angina können Angina-pectoris-Anfälle verstärkt werden. Müdigkeit, Muskelschwäche und Krämpfe, Schlafstörungen, Halluzinationen, Depressionen.

Dosierung

3 x täglich 1 Tablette evtl. steigern auf 2-3 x täglich 2 Tabletten. Retard 1-2 Tabletten/Tag

	25 Tabl.	50 Tabl.	100 Tabl.
40 mg	7.11	10.09	19.16
80 mg	9.59	15.13	28.75
retard	24.21	37.32	69.61

einer Tätigkeit in der Allgemeinmedizin vorgeschrieben werden soll. Hier geht der Streit darum, ob die Worte „formation complémentaire“, wie es im französischen Text heißt, nun in Deutschland als „zusätzliche Ausbildung“ oder als „zusätzliche Weiterbildung“ übersetzt werden sollen. Ich muß immer wieder betonen, daß das den anderen EG-Ländern völlig gleichgültig ist; denn dort kennt man die Unterscheidung zwischen Ausbildung und Weiterbildung überhaupt nicht, genau so wie man sie bei uns vor 1945 auch nicht gekannt hat. Wenn Sie die Berufs- und Facharztordnung von 1938/39 in die Hand nehmen, dann ist eben nur von „Ausbildung“ die Rede, auch im Zusammenhang mit der fachärztlichen Ausbildung. Die Unterscheidung von Ausbildung und Weiterbildung ist – das habe ich oft genug erläutert – einfach eine Folge unseres Verfassungsrechts, weil der Bund nach Artikel 74 Nr. 19 des Grundgesetzes für die Zulassung zum Beruf und damit für die Ausbildung zuständig ist. Seine Zuständigkeit endet mit dem Verwaltungsakt der Zulassung – das ist die Approbation – und die Berufsausübungsregelung, in die die Weiterbildung dann fällt, ist Landesrecht und in den Kammergesetzen geregelt. In der Bundesrepublik ist also durch diese unterschiedliche Zuständigkeit auch die unterschiedliche rechtliche Beurteilung und Einordnung notwendig. Aber wenn Sie die in Kraft befindliche EG-Richtlinie über die gegenseitige Anerkennung der Diplome zur Hand nehmen, dann stellen Sie fest, daß dort das Wort „Approbation“ überhaupt nicht vorkommt, sondern das, was gegenseitig anerkannt wird, sind die Schlußzeugnisse und dabei auch das Schlußzeugnis über die Ablegung des Staatsexamens. Das Wort „Approbation“ ist dem EG-Recht fremd. Deswegen ist es auch ein müßiger Streit, zu sagen, da muß „Weiterbildung“ in der deutschen Fassung stehen und nicht „Ausbildung“. Das spielt für das EG-Recht überhaupt keine Rolle.

Tatsache ist, daran kommen wir eben nicht vorbei, daß die Regelung einer pflichtgemäß zu durchlaufenden Praxisphase nur auf der Basis der Bundesärzteordnung möglich ist. Mit der Erteilung der Approbation hat der Arzt das Recht der vollen Berufsausübung, und dann sind Eingriffe in dieses Recht, etwa im Sinne einer Pflichtweiterbildung, nicht mehr

möglich. Vor allem ist es dann nicht möglich, zu sagen: Nur wer eine bestimmte Weiterbildung durchlaufen und damit eine Bezeichnung erworben hat, kann für das Gebiet, dessen Bezeichnung er führt, auch zur Kassenpraxis zugelassen werden. Nach dem geltenden Recht kann jeder Arzt entscheiden, ob er einen Antrag stellt, als Gynäkologe zugelassen zu werden, oder ob er sich lieber entschließt, einen Antrag zu stellen, als praktischer Arzt zur Kassenpraxis zugelassen zu werden. Das ist das Problem.

Das für mich Merkwürdige an dem derzeitigen Streit ist: Diese zwei Jahre, wenn sie auf der Rechtsgrundlage der Bundesärzteordnung vorgeschrieben würden, können in ihrem Inhalt voll auf eine spätere Tätigkeit allgemeinmedizinischer Art zugeschnitten werden, ohne jetzt die Bezeichnung anzusprechen. Es ist inhaltlich völlig gleichgültig, ob das siebte und achte Jahr, die nach sechs Jahren Universitätsstudium durchlaufen werden müssen, auf der Rechtsgrundlage der Bundesärzteordnung geregelt werden, oder ob man die Approbation erst erteilt und sagt, das muß nachher stattfinden. Das unterscheidet sich materiell überhaupt nicht, und deswegen weiß ich nicht, weshalb der Streit in dieser Heftigkeit geführt wird. Es gibt Anhaltspunkte, warum er so geführt wird, aber auf die möchte ich jetzt gar nicht eingehen. Ich möchte noch einmal betonen, daß es nur auf dieser Grundlage geregelt werden kann. Das hat auch Staatsminister Dr. Hilfermeier zum Ausdruck gebracht.

Eine Regelung über das Kassenarztrecht scheidet aus, weil auch das Kassenarztrecht die Approbation und die daraus erwachsenden Rechte nicht einengen kann. Möglich ist es, daß man nach der Approbation vorschreibt, daß die Kassenzulassung erst nach einer bestimmten Zeit erteilt wird, aber ohne inhaltliche Bestimmung dieser Zeit. Das ist bis jetzt schon weitgehend geschehen. Die Ausschüsse des Bundesrates haben die 18monatige Vorbereitungszeit bereits beschlossen, und man kann davon ausgehen, daß am 7. Oktober 1983 auch das Plenum des Bundesrates diesen Beschluß fassen wird. Das heißt, daß die Vorbereitungszeit – die Ordnung dürfte sofort in Kraft treten – etwa ab Mitte Oktober 18 Monate beträgt, allerdings mit einer Übergangszeit bis

April nächsten Jahres. Wer bis April nächsten Jahres seine Eintragung ins Arztregister beantragt, wird noch nach altem Recht, also auf der Grundlage der sechs Monate, eingetragen. Diese Übergangsfrist wurde aus rechtlichen Gründen in die Verordnung aufgenommen, und ich habe keinen Zweifel, daß das dann auch vom Plenum des Bundesrates so beschlossen werden wird. (Anmerkung: Der Bundesrat hat in seiner Plenarsitzung am 7. Oktober 1983 die Behandlung dieser Änderung der Zulassungsordnung erneut vertagt.)

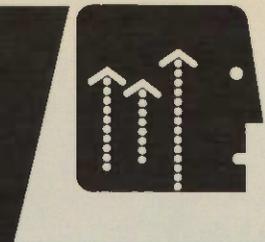
Ich sagte schon, wenn die zwei Jahre kommen, dann muß das Curriculum natürlich so eingeteilt werden, daß die Fluktuation garantiert wird und dann tatsächlich alle Absolventen des Hochschulstudiums die zwei Jahre in der gleichen Weise durchlaufen. Hier können keine unterschiedlichen Wege gegangen werden, weil wir die Einheitlichkeit der Approbation nicht gefährden können.

Die Frage ist natürlich — das wurde gestern angeschnitten: „Wie läßt sich das realisieren und finanzieren?“ Meines Erachtens ist es nur realisierbar, wenn man sich entschließt, von den derzeit rund 63 000 Planstellen für Assistenzärzte etwa 12 000 zu streichen und in Ausbildungsplätze umzuwandeln. Dann wären es 24 000 Ausbildungsplätze und es wäre auf diese Weise das Vorhaben finanzneutral durchaus zu verwirklichen, aber natürlich mit der Konsequenz, daß die Zahl der Planstellen für Assistenten um diese Zahl von etwa 12 000 geringer wird. Man könnte aber davon ausgehen, daß nach Ableistung der zweijährigen Phase doch ein guter Teil der Kollegen sich der Praxis zuwendet und dann der Andrang auf die knappen Assistentenstellen geringer würde. Das möchte ich nicht unbedingt als einen Schaden betrachten; denn wir produzieren derzeit ohne Zweifel viel zu viel Spezialisten. Wenn es deutlich weniger würden und damit die Relation Allgemeinmediziner zu Spezialisten wieder in ein vernünftiges Verhältnis käme, wäre das sicher ein Vorteil. Allerdings müssen wir uns darüber klar sein: das Problem der großen Zahlen ist damit nicht erledigt. Wir haben zwar ein Ausbildungsproblem bewältigt, aber die Frage bleibt, wie es eines Tages in der Praxis aussehen wird, wenn wesentlich mehr Ärzte praktizieren, als für die Patienten sinnvollerweise

vorhanden sein sollten. Da werden sich die wirtschaftlichen Auswirkungen auf die Kassenpraxis einfach nicht vermeiden lassen. Die Umsätze werden weiter sinken und dann ist die Leistungsfähigkeit der Kassenpraxis leider mehr oder weniger gefährdet. Das muß man erkennen. Es ist das alte Problem und Thema, über das wir oft genug gesprochen und auf das wir auch die Öffentlichkeit hingewiesen haben.

In diesem Zusammenhang möchte ich noch ein kleines Stichwort aufgreifen, das durch die medizinische Presse geht und jetzt auch auf dem Hausärztetag in Lindau eine Rolle spielte, nämlich: „Was tut der Vorstand der Bundesärztekammer, warum hält er sich nicht an den Kasseler Beschluß?“ Gemeint ist der von Dr. Löwenstein eingebrachte Antrag mit der Forderung einer Pflichtweiterbildung nach der Approbation. Der Ordnung halber möchte ich noch in Erinnerung rufen, daß der Kasseler Ärztetag nicht einen Beschluß gefaßt hat, sondern daß es zu diesem Thema drei Beschlüsse gibt. In zwei Beschlüssen hat der Ärztetag eine Medizinalassistentenzeit gefordert und dann hat er auch dem Antrag Dr. Löwensteins zugestimmt, eine Pflichtweiterbildung einzuführen. Für den Vorstand der Bundesärztekammer ist es also nicht ganz einfach, zu entscheiden, an welchem Beschluß er sich jetzt orientieren soll. Jedenfalls scheint der Vorwurf, er würde dem Willen des Ärztetages nicht folgen, doch recht unbegründet, angesichts der Fakten, die nun einmal nicht aus der Welt zu schaffen sind.

Ich darf auch betonen, daß die Vorschläge, die die Bayerische Staatsregierung oder das bayerische Innenministerium zur Änderung der Bundesärzteordnung und der Approbationsordnung dem Bundesrat zugeleitet hat, zwar auf Anregung des Ministerpräsidenten ausgearbeitet wurden, er sich aber mit den Einzelheiten sicher nicht beschäftigt hat — natürlicherweise, er hat ja andere Probleme —, und daß es auch kein Gespräch zwischen dem Ministerpräsidenten und mir zur Frage der ärztlichen Ausbildung gegeben hat. Die sehr freundliche Unterstellung, ich hätte Strauß auf die falsche Fährte gelockt, ist zwar für mich sehr ehrenvoll, aber diese Ehre kommt mir nicht zu, was ich hier ausdrücklich betonen möchte. Im übrigen war der Inhalt der Vorschläge von Bayern



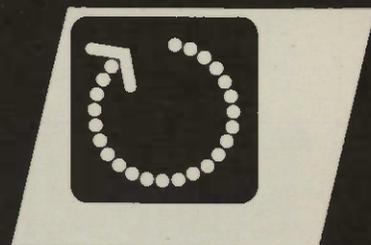
Hypertonie
Schwindel
Migräne

Cerebral-
Therapeutikum

DH-Tox- Tablinen[®] forte

Zusammensetzung
1 Tablette enthält je 0,67 mg Dihydroergocristinmesilat, Dihydroergocorninmesilat, Dihydroergokryptinmesilat + 2 mg Dihydroergotoxinmesilat
Indikationen
Cerebralsuffizienz, Migräne bei hypertoner Ausgangslage (im Wechsel mit Migrexa zur Anfallsbehandlung), Schwindel, Ohrensausen, Vergeßlichkeit, Durchblutungsstörungen

	50 Tabl.	100 Tabl.	250 Tabl.
DH-Tox-Tablinen forte	36.84	67.59	152.68



Hypotonie
Venotonikum
Migräne

Tablette zerbeißen
- forte
Tablette schlucken
- retard

DHE- Tablinen[®] retard

Zusammensetzung
1 Tablette enthält Dihydroergotaminmesilat 2,5 mg
Indikationen
Hypotonie, Migräne (im Wechsel mit Migrexa zur Anfallsbehandlung), venöse Insuffizienz
Kontraindikationen
Schwere Koronarsuffizienz, Keine gleichzeitige Gabe mit Troleandomycin

	50 Tabl.	100 Tabl.	250 Tabl.
DHE-Tablinen retard	22.80	38.34	91.61

S SANORANIA Dr. G. Strohscheer
1 Berlin 28

nichts Neues und Sensationelles; es entspricht dem, was ich vorhin zur Frage der Neugestaltung des Ausbildungsrechts vorgetragen habe.

In Publikationen wurde auch davon gesprochen, daß natürlich nicht von zwei Jahren Pflichtweiterbildung die Rede sei, sondern von „mindestens zwei Jahre“. Kurz nach dem Ärztetag in Kassel hat der Kollege Häußler — ich glaube, in der „Ärztlichen Praxis“ — einen Leitartikel veröffentlicht, in dem er schrieb, daß nunmehr die Türe für eine vierjährige Pflichtweiterbildung in Allgemeinmedizin offen sei und es jetzt an den Beteiligten liege, das auch zu realisieren. Ich glaube, über solche Illusionen braucht man keine Worte zu verlieren. Ich habe mich gefreut, daß der Ehrenvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte Deutschlands, Kollege Roos, auch in einer seiner Verlautbarungen erklärt hat, daß er zwei Jahre für einen vernünftigen zeitlichen Rahmen hält. Auf die Realisierbarkeit hinsichtlich der Planstellen habe ich schon hingewiesen.

Es gibt in der allerletzten Zeit eine ganz neue Taktik, nämlich: die Nachwuchszahlen herunterzuspielen. In einer Publikation habe ich gelesen, es sei eigentlich gar nicht so schlimm; denn von den 12 000, die die Universität jährlich verlassen, gingen sowieso nur 8000 in den Beruf und von diesen 8000 gingen jährlich als Nachwuchs 1500 in die Pharmaindustrie, in die Bundeswehr und in den öffentlichen Gesundheitsdienst. Es würden also überhaupt nur 6500 Anwärter für eine Assistentenstelle da sein. Nun, ich weiß nicht, ob das eine Illusion oder ein absichtliches Herunterspielen von Zahlen ist. Ich kann nur vor einer solchen lebensgefährlichen Taktik warnen; denn womöglich wird daraus von Interessierten der Schluß gezogen, daß wir ja geradezu 12 000 Studenten pro Jahrgang benötigen, damit überhaupt genügend Assistenten für die Krankenhäuser zur Verfügung stehen. Ich glaube, das kann wohl nicht in unserem Sinne sein. Im übrigen sind die Zahlen natürlich auch sehr phantasievoll. Nach meinen Ermittlungen hat die Bundeswehr einen jährlichen Nachwuchsbedarf von maximal 100 jungen Ärzten, wobei natürlich solche bevorzugt werden, die schon in der Klinik waren. Für den öffentlichen Gesundheitsdienst im weitesten Sinn, also mit den Versorgungssämtern und allem, was dazu



Niederbayerische Delegierte

gehört, rechnet man mit einem jährlichen Nachwuchsbedarf von rund 500 Ärzten. Dabei legt gerade der öffentliche Gesundheitsdienst verständlicherweise Wert darauf, daß derjenige, der sich bewirbt, vorher einige Jahre im Krankenhaus war. Das heißt, man kann diese Kollegen nicht von den Anwärtern abziehen. Und daß 4000 von vornherein ausscheiden, ist eine Illusion. Wir haben zur Zeit in der Bundesrepublik insgesamt rund 29 400 Ärzte, die den Beruf nicht ausüben. Davon sind allein 18 400 über 60 Jahre alt. Der Bestand an nicht-berufstätigen Ärzten unter 60 Jahren ist also rund 11 000. Davon ist ein guter Teil, fast die Hälfte, über 40 Jahre. Einem solchen Bestand kann natürlich nicht eine jährliche Zuwachsrate von 4000 gegenüberstehen. Ich glaube, das sind Selbstverständlichkeiten. Aber mit solchen Zahlenspielerien wird unsere gesamte Argumentation in Gefahr gebracht.

Fachübergreifende Gemeinschaftspraxis

Ich darf ein anderes Thema ansprechen, das auch sehr in der Diskussion ist, die sogenannte fachübergreifende Gemeinschaftspraxis. Es ist ja jetzt mit einzelnen Ausnahmen in einigen Bundesländern so, daß in der Rechtshandhabung die Einzelpraxis und die Gemeinschaftspraxis von Ärzten des gleichen Gebietes zugelassen werden und es bedarf keiner Genehmigung, wenn sich Ärzte zu einer Praxisgemeinschaft zusammenschließen, d.h., etwa in einem

Haus gemeinsam praktizieren, Labor, Röntgengerät und was auch immer gemeinsam nutzen, auch teilweise Personal gemeinsam beschäftigen, z.B. eine gemeinsame Anmeldung, vielleicht auch einen Schreibdienst haben. Diese Art der Praxisgemeinschaft bedarf keiner eigenen Genehmigung. Die Gemeinschaftspraxis ist genehmigungspflichtig und muß auch auf dem Schild angekündigt werden, weil in der Gemeinschaftspraxis der Patient, zivilrechtlich gesehen, die Praxis in Anspruch nimmt und nicht primär den einzelnen Arzt in der Praxis. Wenn der Kassenpatient in der Praxis seinen Schein abgibt, dann hat er ihn für das Quartal abgegeben und kann insoweit keine weitere Arztwahl beanspruchen, mit den geringen Ausnahmen, die hier vorgesehen sind. Das heißt, die Argumente, die für die fachübergreifende Gemeinschaftspraxis ins Feld geführt werden, sind über die Praxisgemeinschaft voll realisierbar, wofür es ja auch bereits genügend Modelle gibt. Wie dann das interne Verhältnis der Ärzte einer Praxisgemeinschaft ist, unterliegt ihrer eigenen Entscheidung.

Nun hat das Bundessozialgericht ein Urteil dazu verkündet. Es wurde dann in Veröffentlichungen geschrieben, das Bundessozialgericht habe die fachübergreifende Gemeinschaftspraxis für zulässig erklärt. Dieses Urteil muß man natürlich sehr genau lesen; es ist ein sehr umfangreiches Urteil. Und liest man es sehr genau, dann geht daraus hervor, daß das Bundessozialgericht die fachübergreifende Gemeinschaftspraxis



Tremor

grundsätzlich für möglich hält, aber mit einer ganzen Fülle von Einschränkungen und Auflagen, die in der Begründung ausführlich dargestellt sind. Wenn man sie im einzelnen ansieht: strenge Beachtung der Fachgebietsgrenzen, Garantie der freien Arztwahl zwischen den Ärzten der verschiedenen Gebiete, Schaffung einer Möglichkeit zur Kontrolle, wer welche Leistungen erbracht hat, weil ja die Einhaltung der Fachgebietsgrenzen gewährleistet sein muß usw. Wenn man all diese Auflagen einmal genau beurteilt, dann kommt man zu dem Ergebnis, daß sich eben auch nach dem Urteil des Bundessozialgerichts die fachübergreifende Gemeinschaftspraxis nicht mehr von einer Praxisgemeinschaft unterscheiden wird. Vielleicht wird man es bei Fächern, die sich weitgehend überlappen, einfacher haben; aber grundsätzlich wird es hier erhebliche Schwierigkeiten geben.

In einer Verbandszeitschrift konnte man zu diesem Thema lesen: „Warum enge interdisziplinäre Zusammenarbeit, die am Krankenhaus Tag für Tag praktiziert wird und dort berufsrechtlich problemlos ist, in der freien Praxis systemfremd sein sollte, entzieht sich jeder logischen Betrachtungsweise.“ Dazu muß ich sagen, ich kenne kein Krankenhaus, in dem es eine interno-chirurgisch-gynäkologisch-pädiatrische Abteilung gäbe. Im Krankenhaus sind die einzelnen Fachabteilungen ganz klar voneinander getrennt. Das hindert nicht die enge Zusammenarbeit der Ärzte dieser Abteilungen. Gerade das gegliederte Krankenhaus ist der typische Fall einer stationären Praxisgemeinschaft, wenn Sie so wollen. Insofern ist der Bezug einfach nicht geeignet, einen Beitrag zu diesem Thema zu leisten.

Die Gremien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung werden aufgrund des Urteils des Bundessozialgerichts nun gezwungen sein, Grundsätze für die Möglichkeit einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis und ihre Grenzen zu erarbeiten. Dies wird abzuwarten sein. Hier werden wir sicher noch sehr umfangreiche Diskussionen vor uns haben.

Zusammenarbeit von Krankenhaus und Praxis

Ein weiteres Thema, das ich ansprechen möchte, ist das auch in den letzten Jahren immer wieder erör-

terte Thema der Zusammenarbeit von Praxis und Krankenhaus. Wir haben in unserem Land im Grunde genommen klare Regelungen, die auch in der Rechtsprechung bestätigt sind: auf der einen Seite der hauptberufliche Arzt im Krankenhaus, auf der anderen Seite der hauptberuflich niedergelassene, freipraktizierende Arzt, der eine für die stationäre, der andere für die ambulante Versorgung. Wir haben Überschneidungen: Beteiligung hauptamtlicher Krankenhausärzte an der ambulanten Versorgung, wenn eine Lücke zu schließen ist, und Belegärzte auf der anderen Seite, wenn dafür eine Möglichkeit besteht. Bei vernünftiger Zusammenarbeit kann von einem Graben eigentlich keine Rede sein. Er könnte bestenfalls künstlich entstehen. Wir haben aber bei der Entwicklung der letzten Jahre – zunehmende Niederlassung spezialisierter Ärzte, die Kenntnisse mitbringen, die es früher nur im Krankenhaus gab – natürlich auch in der freien Praxis wesentlich mehr Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie. Denken Sie an diagnostische Verfahren wie die Endoskopie und andere oder therapeutische Verfahren wie ambulante Tumornachsorge und ähnliche Methoden. Das heißt, der Bedarf an stationärer Behandlung ist nicht mehr der gleiche wie vor 10 oder 20 Jahren, und daraus ergeben sich nun einmal Konsequenzen, die man meines Erachtens ganz nüchtern beurteilen sollte. Vor allem hat sich der Streit an dem Thema der sogenannten – wie es die Kassen nennen – Selbsteinweisungen entzündet. Gemeint sind Krankenhausaufnahmen, für die ein kassenärztlicher Einweisungsschein nicht vorliegt oder vom Krankenhaus nicht vorgelegt wird. Es handelt sich also zunächst einmal um einen Begriff, der rein zahlenmäßig zu verstehen ist. Ob solche Aufnahmen begründet sind oder nicht, steht auf einem völlig anderen Blatt. Wir haben die Kassen, die diese statistischen Zahlen gebracht haben, dringend gebeten, uns die Unterlagen zur Verfügung zu stellen, damit wir uns von seiten der Ärzteschaft damit beschäftigen und klären können: „Liegen hier Krankenhausaufnahmen vor, die nicht begründet waren?“ Und umgekehrt: „Gibt es Fälle, wo Kassenärzte zwar Patienten ins Krankenhaus schicken, ihnen aber keinen Einweisungsschein ausstellen, weil sie meinen, daß sie das in ihrer Wirtschaftlichkeitsprüfung belasten würde?“ Die-

WANDER PHARMA GMBH · 8500 Nürnberg

Tremaril® 5 mg Tremaril® 15 mg

Zusammensetzung

1 Tablette Tremaril 5 mg enthält: 5 mg Metixenhydrochlorid, 1 Tablette (Mantel-Kerntablette) Tremaril 15 mg enthält: 15 mg Metixenhydrochlorid.

Anwendungsgebiete

Parkinsonsyndrom jeglicher Genese (idiopathischer, postenzephalitischer, arteriosklerotischer Parkinsonismus, Neuroleptika-Parkinsonoid, Reaktsymptome nach stereotaktischen Operationen), Isolierte extrapyramidale Tremorformen, essentieller und Alters-(seniler)Tremor.

Gegenanzeigen

Akute Alkohol-, Schlafmittel-, Analgetika- und Psychopharmakavergiftungen, Engwinkelglaukom, Prostataadenom mit Resthambildung, intestinale Atonie, mechanische Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachyarrhythmie, Megakolon, Myasthenia gravis. Tierversuchexperimentell und klinisch bestehen keine Hinweise für eine keim-schädigende Wirkung von Tremaril. Die Anwendung sollte jedoch in der Frühschwangerschaft nur unter sorgfältiger Risikoabwägung erfolgen.

Nebenwirkungen

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

Weitere Angaben zu Tremaril

Dosierung und Anwendungsweise

Entscheidend für den Therapieerfolg ist die individuelle Dosierung, wobei die optimale Tremaril-Dosis grundsätzlich langsam aufgebaut werden sollte.

Es empfiehlt sich folgende Vorgehensweise:

1. Behandlungswoche:

3 x ½ Tablette Tremaril 5 mg über den Tag verteilt

2. Behandlungswoche:

morgens 1 Tablette, mittags und abends je ½ Tablette Tremaril 5 mg

3. Behandlungswoche:

morgens und mittags je 1 Tablette, abends ½ Tablette Tremaril 5 mg

4. Behandlungswoche:

3 x 1 Tablette Tremaril 5 mg pro Tag.

Diese Steigerung der Tagesdosis in wöchentlichen Abständen um jeweils ½ Tablette ist fortzuführen, bis die individuell optimale Dosis erreicht ist. Für die anschließende Dauerbehandlung ist ggf. eine Umstellung auf Tremaril 15 mg-Tabletten sinnvoll.

Erfahrungswerte für die optimale Tremaril-Dosis bei verschiedenen Krankheitsbildern:

<input type="checkbox"/> Alters- und habituellem Tremor:	10–20 mg
<input type="checkbox"/> Neuroleptika-Parkinsonoid:	20–30 mg
<input type="checkbox"/> Morbus Parkinson:	30–60 mg

(gleichzeitige L-Dopa-Gaben können um ca. ½ reduziert werden).

Wechselwirkungen mit anderen Mitteln

Amantadin, Chinidin und trizyklische Antidepressiva können die anticholinerge Wirkung von Tremaril verstärken.

Hinweise

Wegen des gelegentlich zu Beginn der Behandlung auftretenden leichten und trizyklischen Anpassungsstörungen des Auges ist eine mögliche Beeinträchtigung der Reaktionsfähigkeit, z. B. im Straßenverkehr und bei Präzisionsarbeit zu beachten.

Antidot: Neostigmin, 0,5–2,5 mg, ist intramuskulär oder langsam intravenös zu injizieren, kann gegebenenfalls wiederholt werden.

Handelsformen

Tabletten 5 mg:

Originalpackungen zu 30 Stück (N1), 50 (N2) und 100 Stück (N3) DM 13,55, 21,20 und 36,80

Anstaltspackungen

Tabletten 15 mg:

Originalpackungen zu 50 Stück (N2) und 100 Stück (N3) DM 51,40 und 93,80

Anstaltspackungen

Alle Angaben nach dem Stand bei Drucklegung, Oktober 1983

WANDER
PHARMA



Tremarit[®]
selektiv
tremorwirksam



Oberpfälzische Delegierte

sen Dingen nachzugehen, ist uns ein großes Anliegen.

Ich darf hier einfügen: Wir sind nun in der Lage, die Ergebnisse unserer letzten Vertragsverhandlungen mit den gesetzlichen Krankenkassen bekanntzugeben. Wir haben vereinbart, daß ab 1. Juli dieses Jahres, also schon für das III. Quartal, der Punktwert von 9,6 auf 10 Pfennig erhöht wird. Ab 1. Januar 1985 werden wir einen Punktwert von 10,2 Pfennigen haben. Die Besuche zu ungewöhnlichen Zeiten bleiben bei 10,4 Pfennig. Mit diesen Vereinbarungen liegen wir gut zur Bundesempfehlung, vor allem auch deshalb, weil für Bayern nach wie vor keine Begrenzung des Fallwertwachstums vereinbart ist. Wir sind die einzige Kassenärztliche Vereinigung, die keine Fallwertgrenze hat. In allen anderen Bundesländern besteht nach wie vor bei 2,3 Prozent automatisch Begrenzung des Fallwertwachstums. Ich glaube, das ist ein wesentlicher Vorteil gerade in unserem Land.

Aber wir haben auch vereinbart, daß wir einen Beitrag leisten wollen, um endlich den Streit um die unbegründeten Einweisungen oder die verweigerten Einweisungsscheine zu klären. Ab 1. Januar nächsten Jahres wird den Kassenärzten ein neues Einweisungsformular für Krankenhausbehandlung zur Verfügung gestellt. Ein Durchschlag dieses Formularsatzes — also ohne Mehrarbeit für den Kassenarzt — muß vom Kassenarzt noch am gleichen Tag der Kasse zugeleitet werden. Die Kassen

zahlen dafür einen Unkostenersatz. Es entstehen also keine finanziellen Belastungen. Es ist auch keine ärztliche Arbeit damit verbunden; denn das Wegschicken des Briefes ist Sache der Arzthelferin. Es wird also ab 1. Januar bei jeder Krankenhauseinweisung der Kasse sofort der Einweisungsschein übermittelt, so daß wir endlich in der Lage sind, festzustellen, wie die Verhältnisse liegen. Ich glaube, daran sind alle Beteiligten, sowohl die Kassenärzte als auch die Krankenhausärzte, interessiert, und ich denke, daß wir damit die Angelegenheit in den Griff bekommen. Für die Berechnung der Übersendung wird eine Ziffer 18k eingeführt werden, die dann der Kassenarzt auf seiner Abrechnung verzeichnet. Damit wird ein Unkostenersatz von voraussichtlich 2,— DM verbunden sein. Damit kommen wir, glaube ich, in dieser Sache endlich voran.

Krankenhauspolitik

Aber wesentliche Fragen der Krankenhauspolitik stehen im Raum. Sie wissen, daß wir aufgrund des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, mit dem sich der Bund seinerzeit verpflichtete, ein Drittel der Investitionskosten zu übernehmen, Zuständigkeiten der Länder an den Bund abgetreten haben. Mit dem Gesetz wurde seinerzeit eine duale Finanzierung eingeführt, d. h. Finanzierung der Investitionen durch den Staat, Finanzierung der Betriebskosten über den Pflegesatz, und es wurde

zwischen Bund und Ländern eine Mischfinanzierung vereinbart: Finanzierung eines Teils der Investitionskosten durch den Bund, eines anderen Teils durch das Land. Der Anteil des Bundes ist in den letzten zehn oder mehr Jahren laufend gesunken; er ist jetzt unbedeutend geworden. Die jetzige Bundesregierung hat deshalb die Absicht, als ersten Schritt die Mischfinanzierung zwischen Bund und Ländern aufzugeben. Das halte ich für eine vernünftige Regelung. Es wird aber auch darüber diskutiert, ob man nicht nur die Mischfinanzierung, sondern auch die duale Finanzierung aufgeben sollte, d. h., ob man wieder zum alten Prinzip zurückkehren sollte, sowohl die Investitionen als auch die Betriebskosten über die Benutzerkosten zu finanzieren. Die Investitionskosten müßten damit über den normalen Weg, des Kapitalmarktes, vorfinanziert werden. Ich glaube, daß der Staat nicht gut beraten ist, wenn er diesen Weg beschreitet. Denn wenn der Staat sich aus der Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser zurückzieht, dann verliert er auch seinen Einfluß auf die Krankenhausplanung. Man muß sich beim Staat natürlich sehr genau überlegen, ob das sinnvoll wäre. Wer zahlt, ist eben auch derjenige, der sich in der Planung die entsprechende Machtposition sichern wird. Ich persönlich meine, daß die Erstfinanzierung der Investitionen nach wie vor vom Staat erfolgen sollte. Es ist ja auch eine gesetzliche Verpflichtung der kommunalen Gebietskörperschaften, Krankenhäuser bereitzustellen. Die Benutzerkosten, gegebenenfalls Ersatzkosten für kurzfristige Investitionen, könnten dann durchaus dem Pflegesatz überlassen bleiben. Darüber wird aber sicher noch sehr viel diskutiert werden.

Rettungsdienst und Notarztdienst

Wir hatten die gleiche Situation gerade jetzt auch bei den Haushaltsberatungen im Landtag und Senat im Zusammenhang mit dem Rettungsdienst. Im Rahmen der Haushaltsberatungen war der Vorschlag gemacht worden, der Freistaat sollte seine Investitionsmittel für den Rettungsdienst auf fünf Millionen DM reduzieren oder streichen und die gesamten Investitionen des Rettungsdienstes dann zum Gegenstand der Benutzerkosten machen. Rechtlich ist das ohne weiteres möglich. Der Not-

schrei der Rettungsorganisationen, es breche alles zusammen, wenn die Mittel vom Staat nicht mehr fließen, war also unbegründet. Die Kostenträger sind natürlich verpflichtet, mit den Benutzerkosten auch Investitionskosten zu zahlen, wenn der Staat diese nicht freiwillig übernimmt. Aber auch hier mußte klar sein: Der Staat legt großen Wert darauf, in die Planung des Rettungswesens eingreifen zu können. Das kann er aber nur, wenn er sich finanziell engagiert und die Investitionskosten vom Staat kommen. Deswegen hat man dann auch einen Rückzieher gemacht; es werden weiterhin etwa 17 Millionen DM vom Freistaat für Investitionen im Rettungswesen zur Verfügung gestellt.

In diesem Zusammenhang darf ich noch, weil ich es gerade in die Hand bekommen habe, etwas einfügen zum Rettungswesen: Notarzdienst, also Blaulichtdienst. Nach wie vor sind wir in Bayern die einzigen, die den ärztlichen Sektor des Notarzdienstes in die Hand genommen und geregelt haben. In allen übrigen Bundesländern läuft das seinen eigenen Weg. Es gibt jetzt in der Zeitschrift „Medizinrecht“ eine umfangreiche juristische Darstellung, in der ausgeführt wird, daß die Regelung in Bayern die einzige sachgerechte Regelung nach dem geltenden Recht ist. Es werden sogar niedergelassene Ärzte, die am Blaulichtdienst teilnehmen, in anderen Bundesländern aufgefordert, trotz fehlender Regelungen ihre ärztlichen Leistungen bei der Kassenärztlichen Vereinigung als Notfälle geltend zu machen, weil diese Leistungen dem ambulanten Bereich zugeordnet und nicht vorgelagerte Krankenhaus-tätigkeit sind. Leider Gottes ist es mir trotz aller Bemühungen, auch gemeinsam mit Kollegen Kolb, im Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung nicht gelungen, die übrigen Kassenärztlichen Vereinigungen zum Umdenken zu bewegen. Auch der Vorstand der Bundesärztekammer hat es versucht; denn hier wurde die von uns vertretene Auffassung voll geteilt, aber leider ohne ein Ergebnis.

Beamtete Ärzte

Zum Thema Krankenhaus noch eine erfreuliche Feststellung. Es gibt einen Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Regelung der Mehrarbeitsvergütung der Beamten in Kran-



Oberfränkische Delegierte

kenhäusern. Sie wissen ja, daß es da eine nicht zu vertretende unterschiedliche Regelung hinsichtlich der Bezahlung der Mehrarbeit gibt. Nach diesem Gesetzentwurf sollen vom 1. Januar 1982 bis 31. Dezember 1984 bis zu 60 Stunden Mehrarbeit für beamtete Ärzte vergütet werden, vom 1. Januar 1985 bis Ende 1985 50 Stunden pro Monat. Damit würde hier zumindest übergangsweise eine Regelung getroffen. Wie es dann weitergeht, ist eine andere Frage.

Gebührenordnung

Schließlich darf ich noch das Thema Amtliche Gebührenordnung aufgreifen, das bei der Eröffnungsveranstaltung vom bayerischen Innenminister Dr. Hillermeier ausführlich behandelt wurde. Aber es zeigte sich daraus, welche große Sorgen für den Staat, vor allem als Beihilfeträger, mit diesem Problem verbunden sind. Letzten Endes muß man natürlich sehen, daß die Hälfte aller Privatversicherten aus dem öffentlichen Dienst kommt, und es kann auch nicht verkannt werden, daß 70 Prozent der Bediensteten im öffentlichen Dienst die 2500 DM-Grenze mit ihren Gehältern pro Monat nicht überschreiten. Der Stellenkegel wird eben nach oben sehr schmal. Ich habe also schon Verständnis dafür, daß der Herr Staatsminister die Gelegenheit, vor den Ärzten zu sprechen, benutzt hat, um dieses Thema ausführlicher zu behandeln; natürlich für viele Zuhörer vielleicht weniger von Interesse.

Einer der Kernpunkte der Streitigkeiten und der Unruhe ist bekanntlich die Frage der Abdingung. Ich habe mich dazu publizistisch geäußert, aber auch in vielen Verhandlungen über dieses Thema gesprochen. Die Abdingung ist in der Gebührenordnung verbrieftes Recht. Aber natürlich muß sie so gehandhabt werden, daß sie auf die Verhältnisse des einzelnen Patienten Rücksicht nimmt. Ich sagte ja gestern schon und sage es immer wieder: die Tatsache, daß jemand privat versichert ist, kann nicht automatisch Begründung sein, um eine Abdingung unterschreiben zu lassen. Die Berücksichtigung der Einkommensverhältnisse ist verbindlich und muß eingehalten werden. Die Abdingung kann auch nicht dazu dienen, sich um eine Begründung herumzudrücken, wenn normalerweise ein höherer Multiplikator als der Schwellenwert angemessen wäre. Auch wer abdingt, muß, wenn der Behandlungsfall einen höheren Multiplikator rechtfertigt als den Schwellenwert, diesen Multiplikator angeben und das begründen, weil er sonst dem Patienten einen Vermögensschaden zufügt. Das steht nicht in der Gebührenordnung, aber das ergibt sich einfach aus dem persönlichen Dienstleistungsverhältnis zwischen Arzt und Patient. Wenn nicht der richtige Multiplikator angegeben und dazu eine Begründung gegeben wird, bekommt der Patient seine Rückerstattung nur mit einem Wert unterhalb der Schwelle und damit ist ihm ein Vermögensschaden zugefügt. Ich meine also, der Mühe muß man sich einfach unterziehen.



Mittelfränkische Delegierte

Die Begründung hat nichts mit der Abdingung zu tun, sondern hier geht es um eine Hilfestellung für den Patienten gegenüber denjenigen, die ihm eine Rückerstattung leisten, sei es private Krankenkasse, sei es Beihilfe. Aus den Kreisen der Privatkrankenversicherung habe ich gehört, daß sich die Dinge einpendeln, so daß im Augenblick keine Alarmstimmung herrscht. Wie sich das Beihilferecht entwickeln wird, bleibt abzuwarten.

Hinsichtlich der Auswirkungen der Gebührenordnung kann man feststellen, daß sie zum Teil zu Einkommensverbesserungen geführt hat. Bei einer Reihe von Gebieten ist das ganz deutlich zu erkennen. Aber sie hat bei einer ganzen Anzahl von Kollegen, vor allem denjenigen, die wesentlich Leistungen aus der 1,8-Gruppe erbringen, zu deutlichen Einkommensverlusten geführt und wird weiter dazu führen. Hier müssen, glaube ich, auch unsere Bemühungen einsetzen.

Die Verfassungsklage, welche unmittelbar nach dem Erlass der GOÄ eingereicht wurde, hat das Bundesverfassungsgericht noch nicht behandelt. Inzwischen ist eine weitere Verfassungsklage ausgearbeitet worden, die sich auf verschiedene Ansätze der Gebührenordnung bezieht. Ich weiß nicht, ob sie inzwischen bereits beim Bundesverfassungsgericht eingegangen ist. Wahrscheinlich werden die Klagen zusammengeführt und dann wird das Bundesverfassungsgericht eines Tages darüber

zu entscheiden haben. Wie lange das allerdings noch dauert, ist eine andere Frage.

Eine Auswertung einer großen Krankenkasse hat ergeben — das war allerdings im Juli —, daß die Abdingungen über dem Höchstsatz im ambulanten Bereich ein Prozent betragen und im stationären Bereich 4,8 Prozent. Bei den „medizinisch-technischen“ Leistungen: ambulant 2,8 Prozent, stationär 3,1 Prozent. Sehr hoch ist der Anteil der Abdingungen zwischen Schwellen- und Höchstwert; er ist im ambulanten Bereich nicht ganz 24 Prozent, im stationären Bereich nicht ganz 29 Prozent. Das sind also die Größenordnungen. Ich sagte schon, von seiten der Privatkrankenversicherung wurde mir mitgeteilt, daß sie derzeit keine Veranlassung sehe, irgendwelche Alarmrufe loszulassen. Wir haben vereinbart, daß wieder ein Gespräch mit dem Verband der privaten Krankenversicherung zu führen ist, um dann einen Erfahrungsaustausch zu pflegen. So viel zur Gebührenordnung.

Berufsordnung

Ein Thema, das mich immer wieder beschäftigt und das eigentlich uns alle beschäftigen muß, ist die Einhaltung der Berufsordnung, und hier der besondere Punkt, den ich auch in Kassel angesprochen habe, die Änderung der Bezeichnungen. Die Bezeichnung „Facharzt“ ist definitiv gestorben. Das wurde auch verfas-

sungsrechtlich bestätigt. Diese Bestimmung ist wirksam geworden, aber es mangelt noch an ihrer Durchführung. An jedem Ort Bayerns, in dem ich mich aufhalte und Zeit habe, um einen Rundgang zu machen, interessiere ich mich natürlich für Arztschilder. Auch hier in Würzburg, an unserem Tagungsort, war es leicht, in der Innenstadt festzustellen, daß es immer noch Kollegen gibt, die offenbar nicht wissen, was sich geändert hat oder vielleicht meinen, sie könnten es umgehen. Ich habe die Vorsitzenden der Ärztlichen Kreisverbände vor kurzem nochmals darauf hingewiesen, daß diese Bestimmung endlich realisiert werden muß, daß die Vorstände der Ärztlichen Kreisverbände verpflichtet sind, hier tätig zu werden. Wir können nicht Berufsordnungsbestimmungen beschließen, sie verfassungsrechtlich nachprüfen lassen, uns bestätigen lassen, daß sie in Ordnung sind, und dann werden sie einfach nicht durchgeführt. Wenn die Berufsvertretung die elnen Bestimmungen nicht durchsetzt, nur weil es vielleicht unbequem ist, dann werden in Zukunft auch andere nicht mehr durchsetzbar sein. Damit würde die Berufsordnung unglaubhaft.

Der Beschluß auf Änderung der Arztbezeichnungen ist ja alt; er wurde schon 1972 erstmals gefaßt. Die Realisierung wurde dann viele Jahre durch die Verfassungsklage in Karlsruhe „stillgelegt“, d. h., wir konnten erst gegen Ende der siebziger Jahre wieder an die Sache herangehen. 1980 wurde dann in Berlin auf dem Deutschen Ärztetag der Antrag gestellt, das wieder rückgängig zu machen. Der Antrag wurde nach einer eingehenden Debatte zurückgenommen. Ich habe auch damals darauf hingewiesen, daß das Ansehen und die Glaubwürdigkeit der Berufsvertretung und ihrer Beschlüsse in den Augen der Kollegen wohl sehr leiden müßten, wenn nach dem Prinzip „rein in die Kartoffeln, raus aus den Kartoffeln“ an der Berufsordnung herummanipuliert wird. Auch in Kassel habe ich eindringlich gebeten, daß wir uns entschließen, das durchzuführen. Der Kasseler Ärztetag hatte ja ein großes Presseecho, auch in der medizinischen und Ständepresse. Ich habe dann in einer Zeitschrift über meine eigenen Ausführungen folgendes gelesen:

„Und noch eine Lieblingsillusion pflegt er.“ (— Der „er“ bin ich.)

„Auch auf diesem Ärztetag polierte er wieder an dem nun jahrzehntelangen wirklichkeitsfernen Beschluß von Westerland, den Facharzt abzuschaffen. Dieser Beschluß gegen die faktischen und psychologischen Wirklichkeiten in unserer Republik, gegen das eingravierte Bewußtsein unserer Bevölkerung lahmt dahin. Das veranlaßte Sewering zu der flehentlichen Meinung, daß nach Ablauf der Übergangsfristen die zugelassenen Bezeichnungen mit Nachdruck durchgesetzt werden müssen, wenn wir nicht unglaublich werden wollen. Was sollen die Ärzte von Beschlüssen ihrer Berufsvertretungen halten, wenn sie nachher nicht durchgeführt werden?“

Als ich das gelesen hatte, fragte ich mich: „Können denn ‚Facharzt‘-zeitungen so engstirnig und fanatisch sein?“ Dann habe ich geblättert und festgestellt, das war gar keine „Facharzt“-zeitschrift, das war die Zeitschrift „Der praktische Arzt“, in der das zu lesen war. Da, das muß ich gestehen, war ich schon sehr, sehr bestürzt; denn das erinnerte mich daran, daß es auch einmal eine Zeit gegeben hat, wo aus dem Kreis der Allgemeinärzte der Wunsch geäußert wurde: „Lassen wir denen doch ihren Luftballon, den Facharzt, aber führen wir auch den Facharzt für Allgemeinmedizin ein.“ Nun, dann hätten wir uns also auf dieser Ebene getroffen. Wo der Sinn einer solchen Maßnahme liegen sollte, ist mir nicht klar geworden. Im Grunde genommen bedeutet „Facharzt“ genau so wie jetzt „Gebietsarzt“, wenn wir so sagen würden, daß sich jemand auf ein Fach innerhalb der Medizin beschränkt. Aber die Allgemeinmedizin ist doch nun kein Fach innerhalb der Medizin; sie beschränkt sich nicht auf einen Ausschnitt innerhalb der Medizin, sondern sie ist die Ausübung der Heilkunde schlechthin, allerdings unter den Bedingungen der Praxis, die anders sind als die in der Klinik.

Hier darf ich auch eine Anmerkung machen. Es wird mit Recht eingewandt, daß es z. B. bei der Bundesärztekammer immer noch eine „Akademie der Fachärzte“ gibt und man den Begriff „fachärztlich“ gebraucht.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hätte längst dem Deutschen Ärztetag eine Beschlußvorlage zugeleitet mit dem Vorschlag, diese Akademie in „Akademie der Gebiets-

ärzte“ umzuwandeln. Aber das können wir nicht, weil wir mit den Vertretern der Allgemeinmedizin immer noch nicht darüber einig geworden sind, daß Allgemeinmedizin schon rein begrifflich kein Gebiet sein kann, sondern, wie ich vorhin sagte, Ausübung der Heilkunde unter den Bedingungen der Praxis. Würden wir uns darüber einigen können, daß „Gebiet immer nur ein Teil des Ganzen sein kann, dann wäre es längst

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Sewering, dankte zum Abschluß des 36. Bayerischen Ärztetages dem Ärztlichen Kreisverband Würzburg sowie dem Bezirksverband Unterfranken und damit allen Kolleginnen und Kollegen aus dieser Region für ihre Gastfreundschaft, wobei er — begleitet von starkem Beifall — besonders die Kollegen Dr. B. Brückl und Dr. W. Rötter erwähnte.

Mit einem herzlichen Dank an alle Mitarbeiter der Kammer für den guten organisatorischen Ablauf schloß Professor Dr. Sewering den 36. Bayerischen Ärztetag.

möglich, den Begriff „Akademie der Fachärzte“ durch „Akademie der Gebietsärzte“ zu ersetzen und dann auch statt von „fachärztlich“ von „gebietsärztlich“ zu sprechen. Aber dazu fehlt uns eben leider immer noch die Übereinstimmung.

Vielleicht werden wir uns aber darüber noch einig.

Daß diese soeben von mir vorgetragene Auffassung zutrifft, geht schon daraus hervor, daß es für jedes Gebiet der Medizin in der Weiterbildung klar definierte Grenzen gibt. Wer eine Gebietsbezeichnung führt, darf sich grundsätzlich nur innerhalb dieses Gebietes betätigen und muß die Grenzen einhalten. Das steht in der Weiterbildungsordnung; das ist durch die Rechtsprechung wiederholt bestätigt worden. Der Allgemeinarzt hat keine Gebietsgrenzen, sondern er muß aus eigener Verantwortung entscheiden, welche Leistungen er sich zutraut und welche er unterläßt. Aber er ist grundsätzlich berechtigt, sich auf dem gesamten Gebiet der

Heilkunde zu betätigen. Damit handelt es sich um kein Gebiet, und es wäre wirklich eine große Erleichterung, wenn wir uns darüber einigen könnten.

Ich darf noch einmal betonen: verständlich erscheint einem ein solcher Streit eigentlich nicht. Es wäre so einfach, wenn man ohne Emotionen über diese Dinge reden könnte. Vielleicht darf ich in diesem Zusammenhang auch noch darauf hinweisen, daß es inzwischen weitere rechtskräftige Urteile gibt, wonach die Bezeichnung „Ärztelhaus“ oder „Ärztelzentrum“ nicht zulässig ist. Auch hier sollten endlich Konsequenzen gezogen werden.

Nun lassen Sie mich zum letzten Punkt kommen: Ich habe einen Offenen Brief und meine Antwort verteilen lassen, einen Offenen Brief, dessen Absender die „Ärztelinitiative gegen den Atomtod“ ist. Das Thema ist bei der Eröffnungsveranstaltung angesprochen worden; ich brauche es heute nicht noch einmal zu tun.

Lassen Sie mich abschließend sagen, wir stehen — darüber sind wir uns sicher alle klar — vor schwierigen Entscheidungen. Wir müssen mit Grundsatzfragen fertig werden, die umstritten sind — was ich für natürlich halte —, die aber gelöst werden können, wenn wir nicht aus emotionalen Erregungen heraus handeln und streiten, sondern eben wirklich vernünftig und ruhig. Wir werden sehen müssen, daß die wirtschaftlichen Sorgen der Ärzte weiter zunehmen, und in dieser Situation wäre nichts schlimmer, als wenn uns jetzt die Gängel durchgingen und die Sicherungen durchbrennen. Ich glaube, mit Emotionen — ich sage es noch einmal —, mit Vorwürfen ist uns nicht geholfen. Wir sollten gemeinsam daran gehen, die Probleme zu lösen; jetzt ist Vernunft das einzige Instrument, mit dem wir noch aus dieser Krise herauskommen können. Reden wir also vernünftig miteinander, lassen wir Toleranz und Kooperation walten! Wenn wir uns zu diesen Grundsätzen der Kollegialität, der Toleranz und der Kooperation bekennen, dann, davon bin ich überzeugt, werden die Krisen überwunden werden. Es gibt für keine Generation das „no future“, also keine Zukunft zu haben. Auch wir sollten an die Zukunft glauben, sollten aber alles tun, um sie zu gewinnen.

Ergänzung des Tätigkeitsberichtes

Vizepräsident Dr. H. B r e u n

Berufsaufsicht

Durch die Ärztlichen Kreisverbände wurden im Berichtszeitraum 31 Rügen erteilt. Einzelne Kollegen heben dagegen Einspruch erhoben. Sämtliche Einsprüche wurden vom Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer zurückgewiesen.

Berufsgerichtliche Verfahren brauchten nur vier durchgeführt zu werden. In allen Verfahren wurden entweder die Rügen bestätigt und ein Verweis ausgesprochen oder eine Geldbuße verhängt.

Ursachen für berufsaufsichtliche Maßnahmen durch die Ärztlichen Kreisverbände waren:

- Nichtvorlage von Urkunden
- Verstoß gegen Paragraph 218 StGB
- Praxisvernachlässigung
- Verstoß gegen Paragraph 223 c StGB (unterlassene Hilfeleistung)
- Verstoß gegen das Betäubungsmittelgesetz
- Fahrlässige Tötung
- Verstoß gegen § 1 Abs. 2 der Berufsordnung (Gewissenhaftigkeit und Würde der ärztlichen Berufsausübung)
- Verstoß gegen § 1 Abs. 5 der Berufsordnung (Ehrfurcht vor dem menschlichen Leben)
- Verstoß gegen §§ 21, 23, 26 und 27 der Berufsordnung (Werbung, Anzeigen, Schilder)
- Verstoß gegen § 3 Abs. 2 der Berufsordnung (Zuziehung anderer Ärzte)

Trotz zum Teil harter Urteile bei Wiederholungen wegen unerlaubter Werbung - auch beim Landesberufsgericht - vor allem in Boulevardblättern und -magazinen, werden bei Durchsicht solcher Blätter laufend neue Verstöße registriert.

Arzthelferinnenausbildung

Die Praxen, die Arzthelferinnen ausbilden, haben sich im Berichtszeitraum um 126 auf 4507 erhöht.



Dagegen gingen die neu abgeschlossenen Ausbildungsverträge im letzten Schuljahr um 182 auf 3114 zurück. Daraus ist zu schließen, daß in einzelnen Praxen die Zahl der Auszubildenden gesunken ist.

Die Zwischenprüfung haben 1982 insgesamt 3042 Auszubildende abgelegt.

3106 Teilnehmer, darunter zwei männliche, haben an der Abschlußprüfung teilgenommen. Davon haben 374 Prüflinge nicht bestanden. Dies waren 114 mehr als im Vorjahr.

Im Berichtszeitraum wurden nach langen Beratungen intern und im Berufsbildungsausschuß die Arbeiten für eine neue Prüfungsordnung erfolgreich abgeschlossen. Sie trat am 1. September 1983 in Kraft. Diese Prüfungsordnung bringt, vor allem für die Prüfungsausschüsse bei den einzelnen Berufsschulen, endlich erhebliche Erleichterungen. Es braucht nämlich nicht mehr generell mündlich geprüft zu werden. Diese mündlichen Prüfungen haben bisher unsere Prüfungsausschüsse, gerade bei großen Berufsschulen, zeitlich ungemein belastet. Es wurde immer schwerer, ärztliche Prüfer zu finden, die ja mit dieser Tätigkeit enorme Praxisausfallzeiten in Kauf nehmen mußten.

Der nächste Schritt ist eine Vereinfachung der Zwischenprüfung. Im Zusammenwirken aller Kammern mit dem Deutschen Ärzte-Verlag soll eine Sammlung von Prüfungsfragen erarbeitet werden. In Bayern soll dann ab 1984 die Zwischenprüfung auf dieser Grundlage als zentralgesteuerte, programmierte schriftliche Prüfung durchgeführt werden.

Im Endausbau streben wir diese Form auch für die Abschlußprüfung an.

Famulaturvermittlung

Unsere zentrale Famulaturvermittlungsstelle verfügt über 477 Famulaturstellen bei Allgemeinärzten und 411 bei Gebietsärzten. Das gibt zusammen die beachtliche Zahl von 888 Kollegen, die sich bereit erklärt haben, in den Semesterferien Famulatur bei sich aufzunehmen.

Über das Funktionieren unserer Famulaturvermittlung mit den dementsprechenden Formularen habe ich schon wiederholt berichtet. Weil dies außerhalb Bayerns so gut wie nirgends funktioniert, bekommen wir auch zahlreiche Anfragen von Studenten außerbayerischer Universitäten. Im Berichtszeitraum haben 506 Medizinstudenten wegen einer Famulatur bei uns angefragt. 418 Famulaturen konnten endgültig und direkt vermittelt werden und 462 Famulaturen wurden voll erfaßt. Dazu kommen natürlich noch eine ganze Reihe Famulaturen, bei denen sich die Studenten selbst, meist bei ihnen bekannten Ärzten, eine Famulaturstelle suchten.

Seit dem Bestehen unserer Famulaturvermittlungsstelle (1. Januar 1977) wurden ca. 2000 Famulaturen vermittelt. Dabei wurden 253 Bewerber mehrmals vermittelt. 248 Famulaturstellen wurden nicht angenommen.

Allgemeinmedizin

In Bayern wurden im Jahre 1982 338 Ärzte als Allgemeinärzte oder praktische Ärzte zu den Kassen zugelassen. 36 davon hatten eine abgeschlossene Weiterbildung in irgendeinem Gebiet außerhalb der Allgemeinmedizin. Sechs davon hatten sogar zwei abgeschlossene Weiterbildungsgänge.

Esberitox®

bleibt erstattungsfähig

bei

Erkältungskrankheiten und grippalen Infekten
bis zum vollendeten 16. Lebensjahr

bei

schweren Atemwegsinfekten viraler Art –
auch chronisch rezidivierend

bei

bakteriellen Infekten, wenn gleichzeitig
Antibiotika verordnet werden

bei

temporärer Abwehrschwäche
z.B. im fortgeschrittenen Alter

Esberitox®

Weil es die körpereigene
Immunabwehr
aktiviert!

Zusammensetzung: 100 ml enthalten Percolat. 1–5: Herb. Thujae occid. rec. 5,0 ml, Rad. Baptisiae tinct. 10,0 ml; Percolat. 1–10: Rad. Echinaceae angust. et purpur. (1+1) 15,0 ml, Apis mellifica D 4 10,0 ml, Crotaulus D 6 15,0 ml, Silicea D 4 15,0 ml, Lachasis D 6 30,0 ml. 1 Tablette entspricht 0,5 ml Liquidum mit einem Vitamin-C-Gehalt von 0,02 g/Tablette. 2 ml Ampullenflüssigkeit entsprechen 1 ml Liquidum. 1 Suppositorium entspricht 0,5 ml Liquidum. **Indikationen:** Therapie chronischer und akuter Banalinfekte (viral oder bakteriell bedingt); Bagleittherapie zu einer Antibiotikabehandlung bei schweren bakteriellen Infekten, Bronchitis, Angina, Laryngitis, Otitis, bakteriellen Hautinfektionen; Therapie der Infektanfälligkeit aufgrund einer temporären Abwehrschwäche; Behandlung von Leukopenien nach Strahlen- und Zytostatika-therapie.

Schaper & Brümmer Salzgitter-Ringelheim

Dosierung: Erwachsene: 3 x täglich 50 Tropfen bzw. 3 x 3 Tabletten oder 1–2 Ampullen i.v. oder i.m. Kinder und Säuglinge je nach Alter: 3 x täglich 10–30 Tropfen bzw. 1–1½ Tabletten oder 1 Ampulle i.v. oder i.m. Rektal: Säuglingen 1–2 Zäpfchen, Kindern ab 1 Jahr täglich 2–3 Zäpfchen, Erwachsene 3 x täglich 1 Zäpfchen. **Örreichungsformen und Packungsgrößen:** Liquidum: 20 ml DM 6,76, 50 ml DM 13,92, 100 ml DM 21,53, AP 500 ml; 50 St. DM 6,76, 100 St. DM 12,96, AP 1000 St.; Ampullen 5 x 2 ml DM 9,59, AP 100 x 2 ml; Suppositorien 10 St. DM 6,76, AP 100 St. (Stand: Juli 1983)



Schaper & Brümmer
3320 Salzgitter 61 (Ringelheim)

Naturstoff-Forschung und -Therapie

141 dieser neuen Kassenärzte sind voll weitergebildete Allgemeinärzte. Das sind 41,7 Prozent aller im Bereich der Allgemeinmedizin neu zugelassenen Ärzte. Diese Zahl ist außerordentlich beachtenswert, weil sie in den vergangenen Jahren nur bei 15 bis 20 Prozent lag. Außerhalb Bayerns wurde dieses Ergebnis nirgends auch nur annähernd erzielt.

131 junge Kollegen wurden nur mit einer Teilweiterbildung zu den Kassen zugelassen. Die meisten davon hatten eine Weiterbildungszeit unter zwei Jahren. 13 davon haben sich niedergelassen ohne jede Weiterbildung. Diese Zahl wird in den nächsten Jahren sicher zunehmen und bereitet uns erhebliche Sorgen.

Die Weiterbildungsermächtigung haben im Berichtszeitraum 78 Allgemeinärzte neu beantragt. Elf Ärzte anderer Gebiete haben die Weiterbildungsermächtigung für Teile der Allgemeinmedizin erhalten. Damit verfügt die Bayerische Landesärztekammer zur Zeit über 268 zur Weiterbildung ermächtigte Allgemeinärzte und 32 Ärzte anderer Gebiete, die für Teile der Allgemeinmedizin weiterzubilden.

Die Allgemeinmedizin erlebt in Bayern einen beachtlichen Aufschwung. Während die Bayerische Landesärztekammer im Berichtszeitraum 1980/81 108 Allgemeinarzt-Urkunden ausgestellt hat, waren es im Berichtszeitraum 1981/82 153 und im jetzigen Berichtszeitraum 238 Urkunden für Allgemeinärzte.

Wie Sie sicher wissen, steht die Allgemeinmedizin seit dem 1. Januar 1982 auch zur Prüfung an. Bei 19 Prüfungsterminen — einschließlich der letzten Prüfungstage im September — wurden bisher 181 Prüflinge, die ihre allgemeinärztliche Weiterbildung abgeschlossen hatten, geprüft. Vier davon sind durchgefallen. Der Gesamteindruck unserer Prüfungsgremien in Allgemeinmedizin vom Wissen und Können der jungen Allgemeinärzte ist hervorragend.

Damit verbinde ich selbst die Hoffnung, daß das Gebiet der Allgemeinmedizin, das in den letzten Jahren wahrhaftig von genug Krisen geschüttelt worden ist, doch weiter bestehen und sich bewähren wird. Außerdem ist abzuwarten, was aus dem Richtlinienentwurf der EG-Kommission, der beim Deutschen Ärztetag umfangreich diskutiert worden war, in Zukunft wird.

Aus den Ausschüssen

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

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

Dr. E. Thäle



Gestatten Sie mir, bevor ich zu dem deskriptiven Teil des Tätigkeitsberichtes komme, ein paar kurze Vorbemerkungen zu der ärztlichen Fortbildung schlechthin. Die Fortbildung der Ärzte war und ist ein wesentlicher Teil der ärztlichen Tätigkeit. Dies können wir für unseren Beruf mit Stolz und mit einem gesunden Standesbewußtsein feststellen. Nach wie vor aber wird die ärztliche Fortbildung lautstark von den verschiedensten Medien gefordert. Wer aber solche Postulate heute noch erhebt, stellt sich meines Erachtens selbst bloß. Kämen die Ärzte ohne solche Aktivitäten aus, dann würde doch hierzulande in etwa ein System von Jahrgangsjahren bestehen, und jeder heute noch so oder so an den Geräten behandeln, an denen er eventuell vor Jahrzehnten in der Universität gelernt hatte. Nein, die Fortbil-

dung gehört eben zu den stillen und in seinem Einkommen nicht gewürdigten Leistungen des Arztes. Daran noch einmal deutlich zu erinnern, bietet sich in einer Zeit der Forderungen, z.B. nach bezahltem Bildungsurlaub für Arbeitnehmer — und er wird ja auch schon gewährt, besonders an. Und so fiel mir auch beim Studium einer Zusammenstellung der Berufsgerichtsurteile besonders auf, daß Urteile über Fortbildungsvernachlässigungen überhaupt nicht ergangen sind, während z.B. Verstöße gegen das Werbeverbot in der gleichen Zusammenstellung über 100 Seiten einnehmen. Ein nachdenkenswertes Faktum!

Über die ausschließlichen Aktivitäten der ärztlichen Fortbildung durch die Berufsvertretung der Ärzte Bayerns ist bereits im „Bayerischen Ärzteblatt“ ausführlich informiert worden, so daß ich in diesem Zusammenhang darauf nochmals verweisen darf. Im abgelaufenen Berichtszeitraum hat die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung viermal satzungsgemäß getagt. In diesen Sitzungen hat sich der Ausschuss sehr ausführlich mit Fortbildungsveranstaltungen, wie sie als Aktivitäten einzelner, auch z. B. wirtschaftlich daran interessierter oder von einzelnen Pharmafirmen als *Para-Fortbildungsveranstaltungen* erfolgen, befaßt. Hier sind wir sehr klar zu einem Konsens schon in der Optik deutlicher abgrenzbarer Fortbildungsveranstaltungen insofern gekommen, als wir diesen Veranstaltungen, wie sie von den ärztlichen Körperschaften (Bezirks- oder Kreisverbände) durchgeführt werden, den Zusatz „Im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer“ oder aber, wenn es sich um Fortbildungsveranstaltungen anderer Veranstalter handelte, die eine Koordination in thematischer sowie zeitlicher Absprache mit den jeweiligen

Kreis- und Bezirksverbänden oder der Bayerischen Landesärztekammer vornahmen, den Zusatz „In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer“ zugestanden haben. Überzogene Reglementierungen wie „Dokumentation mit Paßfoto und An- sowie Abtestat jeder Veranstaltung“, wie sie z.B. der Kongreßdienst des Deutschen Kassenarztverbandes in Rottach-Egern in einem Programmheft vorstellte, wurden von der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung einstimmig abgelehnt. Schon die von den Finanzämtern, vor allem bei ausländischen Kongressen, geforderte stündliche Testierung der einzelnen Referate ist unseres Erachtens eine bis an die Grenze des Erträglichen – und diese zum Teil übersteigende – bereits erfolgte Reglementierung.

Der Schwerpunkt der Beratungen der Akademie im Berichtsjahr lag bei der *Auswertung der Testbogenaktion 1982*, die einen wesentlich höheren Anteil richtiger Antworten ergab als frühere. Die Prozentzahl richtiger Antworten ist von 47 Prozent im Jahr 1981 auf 76 Prozent im Jahre 1982 angestiegen. Allerdings sank die Teilnahmefrequenz dabei um 50 Prozent. Aus dieser Erkenntnis kamen die Ausschußmitglieder zu der Meinung, dies dem Bayerischen Ärztetag hier und heute darzustellen, und ebenso war es die Auffassung der Mitglieder nach dem Durchlauf von insgesamt drei Testbogenaktionen, in Zukunft solche nicht mehr zu erwägen, da dieses Angebot zur freiwilligen Teilnahme offensichtlich von den Ärzten Bayerns nicht angenommen wird. Der Auftrag des Bayerischen Ärztetages von St. Englmar an die Akademie ist damit erfüllt.

Auf Anregung und nach Überarbeitung durch die Vorsitzenden der Ärztlichen Kreisverbände wurde die Neuauflage der Referentenliste 1982 beraten, sie steht Ihnen als Tischvorlage zur Verfügung. Der nächste Besprechungspunkt der Septembersitzung waren die *Schwerpunkthemen der ärztlichen Fortbildung 1983/84*: Immunsuppression – Rationelle Diagnostik und Therapie – Gesundheitliche Vorteile und Risiken des modernen Freizeitsports – Arzt und medizinische Assistenzberufe – Hepatitis – Rationelle Diagnostik und Therapie bei Harnwegs-erkrankungen – Karzinogene, tera-

togene und mutagene Arzneimittelwirkungen.

In der Januar-Sitzung 1983 anläßlich des VII. Interdisziplinären Forums der Bundesärztekammer in Köln standen nochmals jene Formen der Fortbildung zur Debatte, wie sie z. B. von der Zentralen Marketinggesellschaft der Deutschen Agrarwirtschaft oder als „Wissenschaftliche Fortbildungsveranstaltung des Deutschen Kassenarztverbandes“ bzw. durch wirtschaftlich daran interessierte Veranstalter, wie Dr. Pöhl, durchgeführt werden, weiterhin auch die sogenannten „Insel- und Schifffahrtsreisen“, die verschiedene pharmazeutische Firmen anbieten. Als entscheidendes Ergebnis bleibt festzuhalten: Die Festlegung von Themen und Referenten ist ausschließlich und nur Sache der ärztlichen Berufsvertretung auf allen Ebenen. Das somit von uns selbst bestimmte Fortbildungsangebot kann dann ohne Bedenken von interessierten Firmen gesponsert werden.

Weiter befaßte sich die Akademie mit der Frage „anerkannte Fortbildungsveranstaltung“ bzw. „nicht-anerkannte Fortbildungsveranstaltung“. Ergebnis dieser Diskussion war: Eine solche Trennung, so wünschenswert sie auch wäre, ist nicht justitibel. Wir können aber auch unseren offiziellen Fortbildungstempel nur für solche Veranstaltungen verwenden, die von der Berufsvertretung durchgeführt werden. Zum Abschluß dieser Sitzung bildete sich die Meinung heraus, daß die Akademie in geeigneter Form über die Kreisverbände eine breite Meinungsbildung der Kollegen zur ärztlichen Fortbildung erheben sollte, um so direkt Grundlagenmaterial für die weitere Entwicklung, für Ausbau und Steuerung der Fortbildung zu erhalten.

In der April-Sitzung 1983 – der konstituierenden Sitzung der Bayerischen Akademie – stand zunächst die *Wahl des Vorsitzenden und stellvertretenden Vorsitzenden* an, nachdem vom Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer am 26. Februar 1983 die vorläufige Neubesetzung der Bayerischen Akademie vorgenommen wurde, wobei Professor Dr. Köhler (Landshut) für die ärztliche Fortbildung Niederbayern und Dr. H. Stöckle (München) als neue Mitglieder vorgesehen sind. Der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hermann

Braun, leitete die Wahl. Als Vorsitzender wurde wieder Dr. E. Thäle (Weißenhorn) und als stellvertretender Vorsitzender Dr. E. Th. Mayer (München) gewählt. Bei Abschluß der Sitzung wurden der Vorsitzende und Dr. Stordeur beauftragt, einen Brief an die Vorsitzenden der Ärztlichen Kreisverbände zu entwerfen zur Repräsentativumfrage, in dem diese gebeten werden, in geeigneter Form einen neu zu gestaltenden Fragebogen in ihrem Bereich zu verteilen, sei es direkt bei ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, sei es in einem Brief als Postwurfsendung an alle Mitglieder des Kreisverbandes oder auch z. B. als Beilage zur Einladung für ärztliche Fortbildungsveranstaltungen.

In der letzten Sitzung der Akademie am 23. Juli dieses Jahres wurden nochmals die Fragen der Grenzen der ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen, wie sie im Sinne unserer Berufsordnung veranstaltet werden sollten und den Fortbildungsveranstaltungen, die möglicherweise eine Produktwerbung oder gar eine selbstdarstellerische Werbung des Referenten sein könnten, mit weitgehend allen möglichen Eventualitäten besprochen. Einen breiten Raum nahm auch die Fortbildung in der Psychotherapie zur Erweiterung der psychosozialen Kompetenz der Gesamtärzteschaft und die Gesamtproblematik der sogenannten „Sozialpsychiatrischen Dienste“ ein. Diese Thematik wurde insbesondere durch die Kollegen Dr. E. Th. Mayer und Dr. Stordeur abgehandelt. Vor allem waren hier ganz erhebliche Bedenken bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht, der großzügigen Subventionierung durch den Staat und auch Bedenken bezüglich der Bezeichnung „Sozialpsychiatrischer Dienst“ angemeldet worden.

Letztlich fand bei dieser Akademie-sitzung die *Umfrageaktion der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung*, die Ihnen auch als Tischvorlage zur Kenntnis gebracht wird, ihre endgültige Fassung. Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat sie zwischenzeitlich am 23. Juli 1983 in dieser Form für gut gehalten und ich darf Sie, meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, herzlich bitten, diese Umfrageaktion zu unterstützen, die keinesfalls mit den vorangegangenen Testbogenaktionen zu vergleichen ist, als sie eben jede Art von

fachlichen Qualitätsfragen eußläßt. Die vorgelegte Form entspricht auch den jahrelangen Erfahrungen von Fachleuten anderer Kammern und der Bundesärztekammer in der Gestaltung entsprechender Repräsentativumfragen. Bei diesem Fragebogen waren unsererseits sowohl Universitätsprofessoren, Dozenten, Fortbildungsbeauftragte Ärztlicher Kreisverbände, niedergelassene Allgemeinärzte und Gebietsärzte beteiligt. Wir möchten mit dieser Umfrageaktion die beste und praktikabelste Form der Durchführung von ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen einerseits, andererseits aber die von den Kollegen an der Basis gewünschten Formen ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen erfahren, um unsere Aufgabe noch effizienter zu gestalten, Hilfestellungen zu geben, aber auch, um nach neuen Wegen zu suchen und diese insbesondere in Zusammenarbeit mit den Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbänden zu gehen. Unsere Suche nach neuen Formen ärztlicher Fortbildung geht weiter, aber dennoch ist die Kritik an der ärztlichen Fortbildung nicht verstummt! Ziel dieser Kritik von außen ist heute die Vielfalt des Angebotes. Im Prinzip war dies zu erwarten: Vor Jahren wurde den Ärzten mangelndes Interesse an der Fortbildung vorgeworfen, heute hält man ihnen eine ineffektive Fortbildungsinflation vor! Dabei überrascht nicht mehr, daß es die gleichen Kritiker sind, deren Geisteszustand sich so rasch vollzieht und deren Grundhaltung so destruktiv ist.

Ich bedanke mich bei allen Mitgliedern der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung für ihre aufgeschlossene Tätigkeit und bei allen Kollegen, die in der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung tätig gewesen waren (Privatdozent Dr. Pillau, Dr. Schneiderhan), da durch ihre Mitarbeit im vergangenen Jahr erneut eine außerordentliche Arbeit bewältigt werden konnte. Ich bedanke mich bei dem Sachbearbeiter der Bayerischen Landesärztekammer, Kollegen Stordeur, insbesondere aber auch bei dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer und unserem Herrn Kammerpräsidenten für die aufgeschlossene Hilfe und die konstruktiven Vorschläge. Bei Ihnen, meine sehr verehrten Kolleginnen und Kollegen, bedanke ich mich für Ihre Aufmerksamkeit.

Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“

Professor Dr. D. Kunze



Auf dem letzten Bayerischen Ärztetag in Bamberg habe ich am Ende meines Berichtes über die Arbeit des Ausschusses „Angestellte und beamtete Ärzte“ den Wunsch ausgesprochen, daß aus der Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer Ende letzten Jahres das zahlenmäßige Gewicht der nicht-niedergelassenen Ärzte auch durch eine größere Zahl von Delegierten von Krankenhausärzten in unserer Landesärztekammer zum Ausdruck kommt. Dies ist leider – bedingt vor allem durch das besondere Wahlverfahren in kleinen Wahlkreisen – nur in bescheidenem Umfang Realität geworden, obwohl wir uns bemüht haben, unsere jungen Kollegen von der in Zukunft noch notwendigeren Mitarbeit in den Selbstverwaltungsgremien zu überzeugen, und dadurch die Einheit des ärztlichen Berufsstandes zu erhalten. Die Tatsache, daß die Wahlbeteiligung bei den Krankenhausärzten wieder einmal zu wünschen übrig ließ, bestätigt leider, daß ein großer Teil der Krankenhausärzte die Mitarbeit in der Kammer nicht für notwendig ansieht. Für mich persönlich ist diese Tatsache allerdings sehr verwunderlich, denn die Probleme, die auf die Gesamtarzteschaft in Zukunft zukommen, auch die speziellen Probleme für die künftige junge Ärztesgeneration, sind erheblich grö-

ßer geworden; für jedermann durch die hohe Zahl von bereits heute erbeitslosen Ärzten erkennbar. Hier brauchen wir unsere Kammer in Zukunft noch mehr als bisher.

Der Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“, über dessen Arbeit ich Ihnen zu referieren habe, hat seit seiner Konstituierung nach den Kammerwahlen insgesamt dreimal getagt und sich in seinen Sitzungen mit einer Reihe von brennenden Themen für die Krankenhausärzte beschäftigt. In dem Ihnen vorliegenden schriftlichen Rechenschaftsbericht sind die Ergebnisse unserer Beratungen festgehalten und ich möchte Ihnen im folgenden davon einige mir wichtige Bereiche herausgreifen und zur Diskussion stellen:

1. Zunächst die aktuelle Situation der Krankenhausärzte in bezug auf die neue Rechtsprechung und die tariflichen Regelungen zum Bereitschaftsdienst,
2. Fragen in bezug auf die geplante Neuregelung im Zulassungsrecht für Kassenärzte,
3. eine kurze Stellungnahme zu dem leider so unerfreulichen Thema „Selbsteinweisungen“ und
4. zum Schluß vielleicht auch noch ein paar Worte zur auf diesem Ärztetag neu zu beschließenden Beitragsordnung aus der Sicht der Ausschußmitglieder der angestellten und beamteten Ärzte.

Zu 1:

In seiner konstituierenden Sitzung hat sich der Ausschuß aufgrund von Erfahrungsberichten der Ausschußmitglieder ausführlich mit der Situation nach Einführung der neuen tarifvertraglichen Arbeitszeitregelungen beschäftigt. Zusammenfassend kann man sagen, daß in Bayern seitens der Krankenhausträger noch keine einheitlichen Regelungen der Bereitschaftsdienste durchgeführt werden und die bisherigen Umsetzungen der tariflichen Vorschriften noch in keiner Weise überall zufriedenstellend sind, im Gegenteil: So plante eine Reihe von Krankenhausträgern die Einführung sogenannter fachübergreifender Bereitschaftsdienste bzw. zeitversetzte Dienste, um so die Tarifvorschriften zu unterlaufen. In dieser Frage werden sich in Zukunft alle Beteiligten entscheiden müssen, ob man die Krankenhäuser

personell so ausstatten will, damit der Tarifvertrag erfüllt und den Maßstäben des Bundesarbeitsgerichts annähernd entsprochen werden kann, oder ob man die Leistungen an den Krankenhäusern einschränken will. Für die Kostenträger scheint hier Kostendämpfung die einzige Richtschnur zu sein, deshalb sollten sie aber auch der Öffentlichkeit klaren Wein einschenken.

In diesem Bericht sollte aber auch nicht verschwiegen werden, daß die neuen Bereitschaftsdienstregelungen nicht von allen Krankenhausärzten gleichermaßen begrüßt und erwünscht werden, d. h., wenige unserer Kolleginnen und Kollegen mögen die Einkommensverluste durch die Reduzierung der Bereitschaftsdienste nur ungern hinnehmen. Hier sei nur der Hinweis gestattet, daß es keinen Anspruch auf Leistung von Mehrarbeit gibt! Dennoch war der Ausschuß einhellig der Auffassung, daß möglichst bald die entsprechenden zusätzlichen Arztstellen an den Krankenhäusern geschaffen werden müssen, wobei auch die Frage der Weiterbildungszeiten in der Diskussion mit berücksichtigt wurde. Er stellte allerdings in diesem Zusammenhang fest, daß Weiterbildungszeiten in der Weiterbildungsordnung Mindestzeiten sind, und daß ein gesetzlich und tarifvertraglich vorgeschriebener Freizeitausgleich für Bereitschaftsdienste nicht zwingend dann auch zu einer Verlängerung der Weiterbildungszeiten führen muß. Diese unsere Auffassung hat dann auch der Vorstand übernommen.

Der Ausschuß war sich einig in der Ansicht, daß es im Hinblick auf die zukünftige Arbeitsmarktsituation außer Frage steht, daß die Mehrarbeit auf ein medizinisch und organisatorisch vertretbares Maß reduziert werden muß. In diesem Zusammenhang möchte ich den

2. Schwerpunkt unserer Diskussion aufgreifen, nämlich die Bestrebungen um Änderung der Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit.

Hier könnte ein Außenstehender vordergründig der Auffassung sein, daß diese Frage kein Thema für einen Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“ ist. Wie Sie alle wissen, sieht die dritte Änderungsverordnung zur Zulassungsverordnung für die kassenärztliche Tätigkeit erhebliche Neuregelungen vor:



Unterfränkische Delegierte

Dabei handelt es sich im wesentlichen um Verschärfungen der bestehenden Zulassungsordnung, um – zumindest nach außen – die Mängel in der Ausbildungsordnung zu mildern. Die Krankenhausärzte haben nie einen Zweifel daran gelassen, daß es bei der bestehenden Ausbildungsordnung nicht wünschenswert ist, sich unmittelbar nach der Approbation in freier Praxis niederzulassen. Sie haben in aller Regel den Wunsch, ihre in der Ausbildungszeit erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten durch praktische Tätigkeit am Krankenhaus vor einer Niederlassung in freier Praxis zu vertiefen. Gegen die Verlängerung von sechs Monaten auf 18 Monate Vorbereitungszeit gibt es deshalb – bis zu einer sachgerechten Reform der ärztlichen Ausbildung – sachlich kaum ernsthafte Argumente.

Die Vorschrift jedoch, die Mindestzeit für eine Vertretung eines Kassenarztes im Rahmen der Vorbereitungszeit auf drei Wochen zu erhöhen, hat keinerlei sachliche Begründung und zielt eindeutig darauf ab, den Zugang zur kassenärztlichen Tätigkeit zu erschweren, was dann auch für den langjährig erfahrenen Klinikarzt gilt. Ohne eine Übergangsregelung müßte z. B. ein Oberarzt mit 15jähriger Klinikerverfahrung die gleiche Vorbereitungszeit und die gleichen Vorschriften absolvieren wie ein frisch approbierter Kollege. Dies kommt einer Niederlassungssperre für langjährig erfahrene Klinikärzte gleich. Unverständ-

lich ist ebenso, daß EG-Ausländer und Deutsche mit Ausbildung in einem EG-Land nicht unter die Bestimmungen dieser Zulassungsordnung fallen, ebenso die Tatsache, das künftige Kassenärzte mehr medizinische Qualifikation nachweisen müssen als Ärzte, die als praktische Ärzte Privatpatienten behandeln. Im ganzen wirkt sich der Entwurf angesichts der zunehmend schwierigen Arbeitsmarktsituation für die junge Ärztegeneration wie eine Zulassungssperre aus. Der Bayerische Ministerpräsident wie auch der Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung teilten mir gegenüber in einem Schriftwechsel diese Bedenken und die Auffassung, daß Mängel in der ärztlichen Ausbildung grundsätzlich vor und nicht nach der Erteilung der Approbation behoben werden müssen.

Aktueller Stand der Diskussion ist, daß der Bundesrat am 7. Oktober 1983 seine Plenarentscheidung treffen und dabei hoffentlich auch Übergangsregelungen schaffen wird. Die grundsätzlichen Bedenken gegen die beabsichtigten Regelungen werden dadurch nicht beseitigt. Prozessuale Auseinandersetzungen um diese Grundsatzfragen sind hierin schon zu erkennen und wohl unvermeidbar.

Die ständig steigende Zahl jung approbierter Ärzte bedeutet jedoch nicht nur ein Problem im Hinblick auf eine Vermehrung der Arztzahlen in niedergelassener Praxis, sondern sie wirft auch besondere Schwierigkeiten innerhalb der Krankenhäuser

ärzteschaft auf: Da nun fast heute schon nur jeder zweite frisch approbierte Arzt im Krankenhaus einen Arbeitsplatz findet, sind diese jungen Kollegen in zunehmendem Maße bereit, als „Gastärzte“ in den Krankenhäusern zu arbeiten mit dem Ziel, diese Tätigkeit wenigstens als Weiterbildung zum Gebietsarzt anerkannt zu bekommen. Dadurch wird das Problem jedoch nur verschärft und verschleiert: Jeder dieser sogenannten „Gastärzte“ gefährdet grundsätzlich die Struktur des ärztlichen Dienstes in unseren Krankenhäusern. Er erreicht nicht nur keine Gebietsanerkennung, sondern behindert auch die Weiterbildung seiner Kollegen im Krankenhaus. Er schafft unwillkürlich zwei Klassen von Krankenhausärzten: die Privilegierten und die ohne rechtliche Beziehung zum Klinikdirektor bzw. Krankenhausträger. Was die Folgen sind, wissen wir. — Die Mehrzahl der Delegierten dieses Ärztetages hat selbst unter dem Mißbrauch der Krankenhausträger in den vierziger und fünfziger Jahren gelitten. Sie haben fast ausschließlich den Wunsch, daß ihr Sohn und ihre Tochter diese Schwierigkeiten am Anfang ihrer Berufstätigkeit nicht haben mögen. Der diesjährige Deutsche Ärztetag in Kassel hat einen eindeutigen Beschluß gefaßt, was unter Gastarztstätigkeit zu verstehen ist. Dennoch wird sich der Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“ in der nächsten Zeit eingehend mit Einzelheiten dieser Problematik beschäftigen und dem Vorstand entsprechende Empfehlungen geben.

Zu 3:

Das Thema Krankenhausaufnahme ohne Einweisung ist bereits vom Präsidenten angesprochen worden. Lassen Sie mich dazu nur folgende stichwortartige Bemerkungen machen:

Der Ausschuß bedauert, daß es bisher zu keiner Klärung zwischen uns Ärzten und den Kostenträgern gekommen ist. Der Entschließungsantrag des letzten Bayerischen Ärztetages nach Begriffsdefinition und Versachlichung der Diskussion hat leider bis heute auch die Dinge aus innerärztlicher Sicht nicht klargestellt. Der Begriff „Selbsteinweisung“ wird nicht wertneutral verwendet, sondern es hängt ihm das Odium der ungerechtfertigten Krankenhausbehandlung an.



Schwäbische Delegierte

Mein Ausschuß hat mich beauftragt, auf eine Klärung zu drängen, damit Vorwürfe gegenüber Krankenhausärzten geprüft werden können. Wir sind enttäuscht, daß immer noch kein entsprechendes Material vorliegt, das den Präsidenten in die Lage versetzen kann, Vorwürfe gegenüber Krankenhausärzten oder Kassenärzten abzuwenden.

Ich habe nie behauptet oder unterstellt, daß Kassenärzte bei gebotener stationärer Behandlung Patienten im Bereich der ambulanten Versorgung „festhalten“, sondern daß einige höchstens versäumt haben, einen ordnungsgemäßen Einweisungsschein auszustellen.

Lassen Sie mich es ganz klar sagen: Wir Krankenhausärzte wollen verhindern, daß von außen ein Keil zwischen die Ärzteschaft — hier Krankenhausärzte — dort in niedergelassener Kassenarzt — getrieben wird.

Zu 4:

Unser Ausschuß hat sich in einer außerordentlichen Sitzung auch mit der Frage einer neuen Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer beschäftigt im Hinblick auf den Antrag des letztjährigen Ärztetages, der Kollegen Hirschmann und Hege, auf eine bessere Beitragsgerechtigkeit. Es bestand dabei folgende Übereinstimmung:

1. Bei der Neugestaltung einer Beitragsordnung sollte von einer ein-

heitlichen Staffel für alle Ärzte auf dem Wege der Selbsteinstufung ausgegangen werden, wodurch nicht zuletzt auch die Einheit des ärztlichen Berufsstandes unterstrichen wird.

2. Bei der künftigen Staffelung sollte nicht nach Statusgruppen ärztlicher Berufstätigkeit unterschieden, sondern nur nach Beitragssätzen gestaffelt werden.

3. Bei den Beiträgen für die einzelnen Staffeln sollte jeweils von den Gesamteinnahmen aus ärztlicher Tätigkeit, also bei den angestellten und beamteten Ärzten von den Bruttoeinkünften aus unselbständiger ärztlicher Tätigkeit und Bruttoeinnahmen aus freiberuflicher Tätigkeit, wie Honorarbeteiligung, Gutachten usw., ausgegangen werden, und bei den niedergelassenen Ärzten von den Bruttohonorareinnahmen.

Nach dem vorliegenden Entwurf des Vorstandes für eine neue Beitragsordnung werden die Krankenhausärzte ausnahmslos höher belastet als bisher, während sich in der Gruppe unserer niedergelassenen Kollegen Abstufungen in der Beitragsbemessung bemerkbar machen.

Es wird jedoch für uns Vertreter der Krankenhausärzte außerordentlich schwer sein, überhaupt Verständnis bei unseren Kollegen für eine Beitragsänderung zu wecken. Wie schon eingangs bei der Analyse des Wahlergebnisses ausgeführt, fehlt leider bei vielen unserer jungen Kol-

legen die Einsicht für die Notwendigkeit unserer ärztlichen Selbstverwaltung überhaupt. Für allzu viele ist die Kammer aus ihrer derzeitigen Sicht entbehrlich und die Aufgaben könnten von anderen – auch staatlichen – Institutionen übernommen werden. Die Zwangsmitgliedschaft in einem Selbstverwaltungsorgan sehen leider viele solange nicht ein, solange sie mit ihm nicht in Berührung kommen. Dies ist auch heute noch in vielen Fällen erst bei Abschluß einer Weiterbildung zum Gebietsarzt, bei der Anerkennung einer Zusatzbezeichnung, bei Eintragung ins Arztregister oder bei geplanter Niederlassung in freier Praxis der Fall. Es bleibt nur zu hoffen, daß in diesem Zusammenhang keine innerärztliche Konfrontation entsteht, was schließlich nur denjenigen Kräften nützen würde, die einer Systemveränderung im freien Arztberuf mit seiner Selbstverwaltung und dem Gesundheitswesen allgemein das Wort reden.

In diesem Sinne hoffe ich auf Verständnis und einen tragfähigen Kompromiß aller Beteiligten und danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

Ausschuß für Hochschulfragen

Professor Dr. W. Ch. Hecker



Der Ausschuß für Hochschulfragen trat am 4. Mai 1983 zu seiner konstituierenden Sitzung zusammen. Als

Vorsitzender wurde Professor Dr. Waldemar Ch. Hecker und als stellvertretender Vorsitzender Dr. Bernhard Boewing gewählt. Kooptiert wurden Privatdozent Dr. Helmut Pillau und Professor Dr. Wolfgang Spann. Als ständiger Gast wird eingeladen Professor Dr. Horst Grob-ecker von der Universität Regensburg.

Anschließend am selben Sitzungstag befaßten sich die Mitglieder des Ausschusses mit der Antwort des Kultusministers auf eine Anfrage der Bayerischen Landesärztekammer zur Situation der Pflegekräfte an den Universitätskliniken. Aufhänger war die Tatsache, daß die Zahl der Pflegekräfte, die nach dem alten Schlüssel von 1969 berechnet wurden, in gar keiner Weise mehr den Anforderungen genügen. Auch die Frage der Krankenpflegeausbildung wurde erörtert.

Zu der Thematik „Wiedereinbestellung von Patienten an Universitätskliniken“ wurde beschlossen, hierzu den Präsidenten einzuladen. Die Sitzung mit dem Präsidenten, Professor Sewering, fand am 29. Juni 1983 statt. Nach einer längeren Diskus-

mastodynon®

bei MASTODYNIE
und fibrozystischer
MASTOPATHIE




bionorica
GmbH

8500 NÜRNBERG 1

Indikationen: Mastodynie, fibrozystische Mastopathie, prämenstruelles Syndrom, Corpus luteum-insuffizienzbedingte Zyklus-anomalien, 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, Cyolamen 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.

sion wurde folgender Beschluß gefaßt, der an den Vorstand der Kammer weitergeleitet wurde:

„1. Wissenschaftliche Untersuchungen durch die Klinik sind möglich und notwendig. Sie müssen aber als solche gegenüber dem Patienten deklariert werden. Der Patient muß die Möglichkeit haben, sich freiwillig für diese Untersuchung zu entscheiden.

2. Eine unmittelbare Weiterbehandlung ist nur in den Polikliniken möglich. Für Notfälle gilt die Berufsordnung, die vorschreibt, daß eine Rücküberweisung an den Hausarzt zu erfolgen hat. Eine Weiterbehandlung ist nur in besonders begründeten Fällen möglich.

3. Eine Wiederreinbestellung in die Klinik soll nur über eine Beteiligung des Hausarztes erfolgen. An diesen soll die Empfehlung gerichtet werden, den Patienten mit einer Überweisung in die Klinik zu schicken.

4. Die Einbestellung direkt des Patienten mit dem Verlangen nach Vorlage eines Krankenscheines ist unzulässig.“

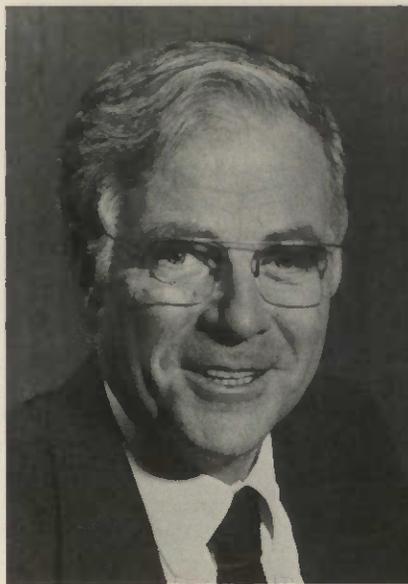
Die weitere Diskussion befaßte sich mit den Problemen der Gastärzte und es kam hier zum Ausdruck, daß Gastärzte keinerlei Funktionen in den Kliniken haben dürfen und diese Zeit nicht zur Weiterbildung anerkannt werden kann. Gastärzte sind auch nicht rechtlich hinsichtlich der Haftung abgesichert durch die Universität, sondern sie müssen hier selbst Haftpflicht versichert sein.

Der Hochschulausschuß mußte um eine weitere Position, die noch offen war, ergänzt werden. Hier wurde einstimmig Chefarzt Dr. F. Haggenmüller von der Kinderklinik Augsburg, Lehrkrankenhaus der Medizinischen Fakultät der Universität München, gewählt.

Es wurde erneut über die Position der sogenannten wissenschaftlichen Hilfskraft diskutiert. Nach einer Anfrage durch den Vorsitzenden Professor Hecker an das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus erklärte dieses, daß eine wissenschaftliche Hilfskraft in einem weiterführenden Vertrag als ekademeischer Rat auf Zeit (Beamter) sowie auch als Angestellter (BAT) geführt werden kann.

Krankenhausausschuß

Professor Dr. F. Zimmer



Der Krankenhausausschuß hat im Berichtsjahr einmal getagt und nach seiner Konstituierung entsprechend dem Auftrag des 35. Bayerischen Ärztetages sich mit dem Problem der „Krankenaufnahme ohne Einweisungsschein“ beschäftigt. Er fühlte sich zu diesem Auftrag besonders verpflichtet, da seiner Stellungnahme eine besondere Bedeutung bei der Abklärung der bis heute noch unterschiedlich dargestellten Einweisungsmodalitäten zukommt.

In einer sorgfältigen Analyse wurden die verschiedenen Arten von Einweisungs- und Aufnahmemöglichkeiten in ein Krankenhaus diskutiert, angefangen von der ordnungsgemäßen Einweisung mit Einweisungsschein bis zum akuten Notfall, den kein Arzt vor der Aufnahme sehen konnte. Dabei wurden die Möglichkeiten untersucht, die die Verwaltungen der Krankenhäuser und Krankenkassen haben, um verschiedene Arten von Einweisungen bzw. Aufnahmen und deren Gründe erkennen und differenzieren zu können.

Es hat sich gezeigt, daß auf Verwaltungsebene sowohl im Krankenhaus als auch bei den Krankenkassen nicht viel mehr feststellbar ist als die Ordnungsmäßigkeit einer Einweisung durch den Nachweis eines Einweisungsscheines. Die Gründe und Umstände, die zur Einweisung und Aufnahme nicht ordnungsgemäß

eingewiesener Patienten führten, können nur mit ärztlicher Hilfe ermittelt werden.

Als sich nach Greifen des Bayern-Vertretes herausstellte, daß die Zahl der Krankenhauspatienten gleich blieb, obwohl die niedergelassenen Kollegen nachweisbar weniger Patienten eingewiesen haben, beschäftigten sich die Krankenkassen verständlicherweise mit der Frage, ob denn die Aufnahmen von nicht ordnungsgemäß eingewiesenen Patienten in ein Krankenhaus überhaupt notwendig waren und wie es dazu kommen konnte, daß die Zahl der im Krankenhaus behandelten Patienten nicht im gleichen Maß abgenommen hat wie die Einweisungen durch niedergelassene Ärzte.

Von ärztlicher Seite liegen bisher keine wissenschaftlichen Untersuchungen vor, die klare Antworten auf diese gestellten Fragen geben könnten. So wurde z. B. im Stadtrat von Nürnberg der Antrag gestellt, eine Auswertung der Einweisungsunterlagen der Städtischen Krankenhäuser zur Klärung der Einweisungs- und Aufnahmemodalitäten durchzuführen. Dafür hätten aber 200 000 Krankengeschichten durchgearbeitet werden müssen, wofür sechs neue Planstellen notwendig gewesen wären.

Wenn die Mittel zur Verfügung stünden, wären im Bereich der Krankenhäuser solche aufschlußgebenden Untersuchungen möglich, nicht zuletzt, weil dort bislang in den Krankengeschichten meistens auch die Einweisungsscheine aufbewahrt wurden.

Unsere Kenntnisse der Einweisungsmodalitäten beruhen auf den Erfahrungen des Krankenhausalltages und auf einer Umfrage des Marburger Bundes, die auch zeigt, daß mit dem Rückgang der ordnungsgemäßen Einweisungen von niedergelassenen Kollegen u. a. die Zahl der Zuweisungen durch den Rettungsdienst aus den Kassenpraxen der beteiligten Chefärzte zugenommen hat.

Der Krankenhausausschuß bedauert daß auch von seiten der Krankenkassen bis heute noch keine Untersuchungen zur Aufklärung der Einweisungs- und Aufnahmegewohnheiten vorgelegt worden sind. Die Kran-

kenkassen haben es unvergleichlich viel schwerer als Krankenhäuser, aufgrund der ihnen zur Verfügung stehenden Unterlagen Anhaltspunkte über das Verhalten der Kollegen bei der Einweisung und Aufnahme in das Krankenhaus und deren Begründungen zu bekommen. Die bereits erwähnte und bislang viel geübte Praxis, nämlich die Einweisungsscheine in den Krankengeschichten aufzubewahren, machte es den Krankenkassen unmöglich, von der Zahl der nicht an sie zurückgereichten Einweisungsscheine auf die Anzahl der „Krankenhausaufnahmen ohne Einweisungsscheine“ zu schließen.

Dessen ungeachtet aber wurde gerade von seiten der Krankenkasse den Krankenhäusern und ihren Ärzten schwere Vorwürfe in aller Öffentlichkeit gemacht, sie würden durch sogenannte „Selbsteinweisungen“ den Hauptgrundsatz des Bayern-Vertrages „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“ unterlaufen. 30 Prozent der Menschen, die im Krankenhaus sind, müßten dort nicht sein, und die Krankenhäuser hätten ihre eigene Aufnahmequote um 98 Prozent gesteigert, während in derselben Zeit die Krankenhauseinweisungen durch Kassenärzte um 16 Prozent zurückging.

Der Krankenhausausschuß stellte dazu fest, daß die Vorwürfe der ungerechtfertigten Aufnahme von Patienten durch Krankenhausärzte unbegründet sind und nicht bewiesen wurden.

Ein Krankenhausarzt muß alle Patienten, die in das Krankenhaus geschickt oder gebracht werden oder auch selbst kommen, aufnehmen, es sei denn, er stellt bei der Aufnahmeuntersuchung selbst fest, daß eine stationäre Behandlung nicht nötig ist. Jedes andere Verhalten wäre

unärztlich und könnte zum Vorwurf der mangelnden Hilfeleistung führen.

In seiner Sorge um eine Ausweitung der in der Öffentlichkeit teilweise sehr unsechlich geführten Diskussion hat der Krankenhausausschuß den Kammervorstand um eine Beratung dieses Problemkomplexes mit ihren Mitgliedern und um entsprechende Schritte zur Aufklärung der Öffentlichkeit gebeten, die nach Auffassung des Vorstandes dann für sinnvoll erachtet werden, wenn die Krankenkassen ihr Material vorgelegt haben. — Wir hoffen, daß dann alle von der Fragestellung betroffenen Institutionen und Verbände sich gemeinsam um die Klärung des umstrittenen Fragekomplexes bemühen.

Volle Übereinstimmung mit den Krankenkassen sieht der Krankenhausausschuß in der Beurteilung der sogenannten „Mitternachtsstatistik“. Sie dient zur Ermittlung der „Pflegetage.“ Ein Pflegetag wird dann gezählt, wenn ein Bett um Mitternacht belegt war. Selbst wenn ein Bett bis zum Abend benutzt wurde und am nächsten Morgen wieder belegt wird; wenn also zwei volle Tage Leistungen für Patienten erbracht wurden, wird dafür nicht einmal ein Pflegetag berechnet.

Aus der „Mitternachtsstatistik“, d. h. aus der Zahl der Pflegetage, ergibt sich die Belegung eines Krankenhauses, die heute noch als wesentlicher Maßstab für pflegerische und ärztliche Leistungen dient.

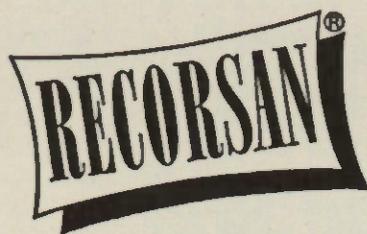
In Übereinstimmung mit den Krankenkassen sehen wir in der „Mitternachtsstatistik“ ein unbrauchbares Mittel zur Leistungserfassung im Krankenhaus. Es wird unsere gemeinsame Aufgabe sein, Initiativen zu entwickeln, um beim Gesetzgeber eine Änderung zu bewirken.

Hilfssausschuß

Dr. Dr. E. Graßl



Zunächst möchte ich allen bayerischen Ärzten in Stadt und Land sehr herzlich danken, die es durch ihren jährlichen Beitrag von DM 50,— ermöglichen, daß wir Ärzte, Arzttwitwen und -waisen in Not finanziell unterstützen können. Wir sind froh, daß wir diesem vom Schicksal benachteiligten Personenkreis wenigstens so helfen können, daß er einigermaßen menschlich leben kann. Aufgrund der gestiegenen Lebenshaltungskosten, insbesondere der gestiegenen Kosten für Miete und Heizung, und der guten Finanzlage des Hilfsfonds konnte der Hilfssausschuß in seiner Sitzung vom 19. November 1982 die Richtsätze für die Gewährung von Beihilfen bescheiden erhöhen. Letztes Mal waren sie 1980 für das Jahr 1981 angehoben worden. So wurden dieses Mal ab 1. Januar 1983 die Richtsätze für Einkommensgrenzen, bis zu denen laufende Beihilfen gewährt werden können, für alleinstehende Ärzte und Ärztinnen auf DM 1100,— bis DM 1300,— erhöht (bisher DM 1050,— bis DM 1250,—), für Arzttwit-



RECORSAN-LIQUID.

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

Altersherz, coronare Durchblutungsstörungen, Apoplexieprophylaxe
Hochdruckherz, Gastrokard. Syndrom.

In 100 ml: Rutin solub. 0,8 g, Alkohol. Auszüge aus: *Crateagus* 37,5 g, *Adonis*,
Visc. alb. 5,5 g, *Apium grav.*, *Auricul.* 5,5 g, *Val.* 13 g, *Cola* 4,3 g. • 30 ml DM 6,14

Recorsan-Gesellschaft Gräfelting

wen und -waisen von DM 950,— bis DM 1000,— (bisher DM 900,— bis DM 950,—). Diese Richtsätze können bis zu zehn Prozent überschritten werden, sofern die Besonderheiten eines Einzelfalles dies gerechtfertigt erscheinen lassen.

Der betreute Personenkreis ist relativ alt. In der letzten Zeit sind mehr unterstützte Mitglieder verstorben, als dazugekommen sind. Langsam kommt auch die Zeit, daß die Ärzte bzw. deren Witwen von der Bayerischen Ärzteversorgung adäquate Leistungen erhalten. Neuerdings kommen auch einige jüngere deutschsprachige Ärzte z.B. aus der DDR, der Tschechoslowakei und Rumänien dazu, denen häufig bis zur Arbeitsaufnahme ein Darlehen gewährt wird, um so den wirtschaftlichen Neuanfang zu erleichtern.

Während am Stichtag 31. Dezember 1982 insgesamt 98 Personen unterstützt wurden, waren es im ersten Halbjahr nur insgesamt 94 Personen, und zwar 12 Ärzte und 82 Arztwitwen bzw. -waisen, davon waren:

- 3 Personen bis 49 Jahre
- 3 Personen — 50 bis 59 Jahre
- 7 Personen — 60 bis 69 Jahre
- 34 Personen — 70 bis 79 Jahre
- 40 Personen — 80 bis 90 Jahre
- 6 Personen — 91 bis 95 Jahre
- 1 Person darüber

Durch das relativ hohe Alter der meisten Unterstützten beschränkte sich die Hilfe nicht nur auf die Zurverfügungstellung von Finanzmitteln, sondern es wurden auch viele andere Probleme (Unterbringung in Alten- oder Pflegeheimen, Regelung der Krankenhauskosten, Beratung in besonderen Konfliktsituationen) im Zuge der Betreuung miterledigt. — Für ihre Hilfe mit Herz sei dafür besonderer Dank gesagt den Mitarbeitern der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Geschäftsführer Jürgens, Frau Kentsch und Frau Schiwly.

Wie jedes Jahr wurde auch 1982 bei der Weihnachtsfeier dem Verein „Die Arztfrau“ ein Scheck über DM 1000,— überreicht. Vorstand und Mitglieder kümmern sich intensiv durch Besuche, Briefe und Geschenke um kranke, einsame und verarmte Arztwitwen, vor allem in München, Nürnberg, Augsburg und Passau.

In der Sitzung des Hilfsausschusses vom 19. November 1982 wurde die

jährliche Weihnachtszuwendung in Höhe von DM 200,— um DM 50,— angehoben.

Am 31. Dezember 1982 war der Stand des Vermögens des Hilfsfonds DM 646 019,—, wovon DM 221 567,— gewährte Darlehen sind, die im Laufe der Zeit zurückgezahlt werden.

Die Einnahmen im Jahre 1982 durch Beiträge und Spenden betragen DM 659 685,—, die Ausgaben DM 540 138,—. Aufgrund des jährlichen Aufrufs im November-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ sind DM 12 345,— eingegangen sowie weitere Spenden in Höhe von DM 6214,—. Dafür den Spendern besonders herzlichen Dank.

Im Jahre 1982 verlor der Hilfsausschuß zwei verdiente Mitglieder: am 2. September 1982 verstarb Dr. Maximilian Kling, Augsburg, und am 5. Oktober 1982 Dr. Eugen Allweinsen., München. Sie haben sich in langjähriger Mitarbeit um den Hilfsausschuß verdient gemacht. Dafür sei ihnen herzlich gedankt!

In der konstituierenden Kammerversammlung am 15. Januar 1983 wurde der Hilfsausschuß neu vorgeschlagen und gewählt. Von den bisherigen Mitgliedern wurden — in alphabetischer Reihenfolge — wiedergewählt: Dr. Dr. Erich Graßl (München), Dr. Thomas Heuberger (Schwabach), Dr. Adolf Krist (Taufkirchen/Vils), Dr. Clemens Sebald (Bamberg). Den ausgeschiedenen Mitgliedern Dr. Kurt Michel (Lands hut), Dr. Hugo Vierheilig (Würzburg) und Dr. Hubert Wartner (Regensburg) sei für ihre langjährige Mitarbeit herzlich gedankt. — Neu in den Ausschuß wurden gewählt: Dr. Hans-Joachim Kliesch (Sulzbach-Rosenberg), Dr. Herbert Kling (Augsburg), der dankenswerterweise die Stelle seines verstorbenen Vaters übernahm, Dr. Josef Neustifter (Dingolfing) und Dr. Horst Rusche (Bad Neustadt a. d. Saale).

Der Hilfsfonds der Bayerischen Landesärztekammer ist eine nun über dreieinhalb Jahrzehnte bestehende vorbildliche Selbsthilfeeinrichtung der bayerischen Ärzte für ihre in Not geratenen Kolleginnen und Kollegen sowie deren Angehörigen. Er ist ein Garant, daß sie in Not und Schicksalsschlägen nicht allein stehen, sondern sich auf die Hilfeinrichtung ihrer Kollegen verlassen können.

Gemeinsame Kommission Datenschutz

Dr. K. Rösch



Als Vorsitzender der gemeinsamen Kommission der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für Datenschutz und Wahrung des Arztgeheimnisses darf ich Ihnen wiederum über die Arbeit der Kommission seit dem letzten Bayerischen Ärztetag in Bamberg Bericht erstatten.

Ein Dauerthema ist für uns Datenschützer im Gesundheitsbereich der zunehmende Trend zur groß angelegten Sammlung, Speicherung und Auswertung medizinischer Daten. Dabei geht es nicht nur um Interessen der medizinischen Forschung, z.B. der Anlage von Krankheitsregistern. Vor allem das beliebte Schlagwort der „Transparenz im Gesundheitswesen“ — muß häufig für Datenerhebungen im Rahmen von Modellversuchen herhalten. Gelegentlich kann man sich mit Blick auf die Kosten-Nutzen-Relation des Eindrucks jedoch nicht erwehren, daß es dabei weniger um die Verbesserung der angeblich mangelnden Effizienz im Gesundheitswesen als vielmehr um die Realisierung bestimmter gesellschaftspolitischer Vorstellungen oder um Arbeitsbeschaffungsprogramme für Forscher und Statistiker geht. Dem steht das Interesse unseres Patienten gegenüber, nicht gänzlich zum „gläsernen Menschen“ zu werden. In der Wahrnehmung dieser seiner Belange muß

der Patient auch auf den ärztlichen Berufsstand vertrauen können.

Die Zahl 1984 im Orwells Roman scheint etwas Magisches an sich zu haben. War dieser Roman vielleicht doch eine Vision, die sich nunmehr verwirklicht? Mit zunehmender Annäherung an dieses Jahr mehrten sich auch die Versuche, den „gläsernen Menschen“ in allen möglichen Bereichen zu schaffen.

Erfreulicherweise wächst zugleich aber auch die Sensibilität gegenüber solchen Projekten. In diesem Zusammenhang muß die einstweilige Anordnung des Bundesverfassungsgerichts gegen die geplante Volkszählung in der vorliegenden Form als Signal und als Erfolg für den Datenschutz gewertet werden.

Erfolgreich abgewehrt werden konnte auch die Absicht der verlossenen Bundesregierung, im Bereich der Sozialversicherung den Aufbau einer medizinischen Zentraldatei über die Bereiche der einzelnen Leistungsträger hinaus zu ermöglichen. Am 4. November 1982 ist das seit einiger Zeit erwartete und diskutierte Dritte Kapitel des X. Buches des Sozialgesetzbuches in Kraft getreten. In den Vorlagen hierzu war eine Bestimmung enthalten, wonach Ergebnisse ärztlicher Untersuchungen, die ein Leistungsträger veranlaßt, so festgehalten werden, daß sie auch bei der Prüfung anderer Sozialleistungen verwendet werden können. Dies wurde mit der Vermeidung von Doppeluntersuchungen begründet. Das hätte aber auch den Aufbau einer bundesweiten Zentraldatei mit den medizinischen Daten aller auf Veranlassung irgendeines Leistungsträgers ärztlich untersuchten Versicherten bedeutet. Aus dieser Zentraldatei hätten medizinische Daten auch ohne Zustimmung des Betroffenen von allen anderen Leistungsträgern für ihre Zwecke abgerufen werden können. — Ich hatte auf diese Gefahren bereits in meinem ersten Datenschutzbericht hingewiesen.

Nachdem im Gesetzgebungsverfahren auch im Bundesrat Bedenken in dieser Richtung aufgekommen sind, hat der Gesetzgeber dem in der endgültigen Fassung Rechnung getragen und ausdrücklich festgestellt, daß die Bildung einer Zentraldatei mehrerer Leistungsträger für Daten der ärztlich untersuchten Leistungsempfänger nicht zulässig ist.

Sehr eindeutig hat unser Präsident gegen ein Vorhaben in Baden-Württemberg Stellung genommen. Dort wurde — leider mit Unterstützung von seiten der Kassenärztlichen Vereinigung — ein Modellversuch mit der Überschrift „Leistungs- und Kostentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung“ in Angriff genommen, obwohl dort bekannt sein mußte, daß ein sehr ähnliches Modell der AOK-Lindau vor nicht allzu langer Zeit von den bayerischen Krankenkassenverbänden, der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und auch vom bayerischen Arbeits- und Sozialminister übereinstimmend negativ beurteilt wurde. Selbst wenn eine derartige Erstattung der durch die Versicherten in Anspruch genommenen Leistungen und die Durchleuchtung des ärztlichen Tuns in Einzelfällen zu verwertbaren Aussagen führt, ist dies angesichts der hohen Kosten nur eine klägliche „Ausbeute“.

Zu meiner Überraschung habe ich erst kürzlich wieder von einem neuen Modellversuch des Berliner Instituts für Gesundheits- und Sozialforschung erfahren, der in Köln, Osnabrück und in meinem oberfränkischen Landkreis Kronach durchgeführt wird. Der Versuch läuft sozusagen unter dem Motto „zu viele Stellen wurschteln in unserem Gesundheitssystem vor sich hin“ und soll einen wichtigen Schritt auf dem Wege zu mehr Kostentransparenz im Gesundheitswesen durch bereichsübergreifende Gesundheitsplanung darstellen, nachdem — wie sich der Landrat von Kronach zu dem Projekt äußerte — die Kosten im Gesundheitswesen in den letzten Jahren immens gestiegen sind, ohne daß die medizinische Versorgung für die Masse dadurch wesentlich effektiver geworden ist.

Der Ärztliche Kreisverband Kronach sollte auf Ersuchen des Landrats

amtes zu diesem Zwecke die Adressen der Kassenärzte zur Verfügung stellen.

Was mich am meisten erstaunte, ist jedoch die Tatsache, daß dieses Vorhaben nicht vom vormaligen Bundesarbeitsminister Ehrenberg, sondern von seinem Nachfolger Blüm gefördert wird. Dahinter steckt offenbar das Ziel: (ich zitiere) „die Anonymität des derzeitigen Leistungsgeschehens aufzuhellen und eine größere Transparenz bei allen Beteiligten zu schaffen.“ So lauten ja die Forderungen im Programm der christlich-demokratischen Arbeitnehmerschaft. Das war eigentlich schon die Art und Weise der SPD-geführten Bundesregierung, an gesundheitspolitische Probleme heranzugehen. Von der viel zitierten politischen Wende ist hier nichts zu spüren.

Im folgenden darf ich noch einige Gesichtspunkte ansprechen, die infolge neuer Rechtsprechung und neuer Gesetze entstanden sind oder Vorgänge, die nach Beratungen und Stellungnahmen des bayerischen Landesdatenschutzbeauftragten und der zuständigen bayerischen Ministerien abschließend erledigt wurden.

1.

In einem Gespräch zwischen Datenschutzbeauftragten, Vertretern der Krankenhäuser, der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesärztekammer sowie dem Arbeitsministerium konnte Übereinstimmung in der Frage der Übermittlung von Patientendaten im Rahmen des durch das Krankenhauskostendämpfungsgesetz mit Wirkung vom 1. Juli 1982 neu gefaßten § 372 RVO erzielt werden. Danach sollten die Landesverbände der Krankenkassen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern Verträge schließen über die Zusammenarbeit zwi-

34. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 9. bis 11. Dezember 1983

schen den niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern und über die gegenseitige Unterrichtung und Überlassung von Krankheitsdaten.

Es wurde festgestellt, daß diese Bestimmung bzw. entsprechenden Verträge nach § 372 RVO das Erfordernis der Einwilligung des Patienten nicht beseitigen können. Andererseits genügt aber eine sogenannte konkludente Einwilligung des Patienten in die Weitergabe seiner Daten. Wenn also der Patient z. B. vom Kassensarzt zur stationären Behandlung eingewiesen wird und sich in das Krankenhaus begibt, willigt er gleichzeitig in die Übermittlung seiner Krankheitsdaten durch den Kassensarzt an den Krankenhausarzt ein. Damit ist die Überlassung der „Blauen Tüte“ an den Krankenhausarzt abgedeckt.

2.

Auf dem letzten Ärztetag in Bamberg bin ich auf die Entwicklung der Rechtsprechung zum Einsichtsrecht des Patienten in die Krankenakten und zum Herausgabeanspruch des Patienten bezüglich der ärztlichen Aufzeichnungen eingegangen.

Die Problematik liegt darin, daß die Patienten sich zunehmend nicht mehr mit der bloßen mündlichen Information begnügen, sondern ein Einsichtsrecht und die Herausgabe der ärztlichen Aufzeichnungen fordern und die Rechtsprechung ihnen dies häufig gewährt.

Den höchstrichterlichen Anstoß zu einem dahingehenden Wandel in der Rechtsprechung gab der Bundesgerichtshof 1978. Er vertrat die Auffassung, daß die ärztlichen Aufzeichnungen nicht nur dem Arzt als Gedächtnisstütze, sondern zugleich auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation dienen. — Nun machten Patienten zunehmend als berechtigtes Interesse für eine Einsicht die Prüfung eines angeblichen Behandlungsfehlers geltend.

Der Bundesgerichtshof hat nunmehr den Versuch unternommen, das Einsichts- bzw. Herausgaberecht des Patienten unter Abwägung der beiderseitigen Interessen — der des Patienten und der des Arztes — vernünftig zu begrenzen. Der Bundesgerichtshof unterscheidet dabei zwischen naturwissenschaftlich objekti-

vierbaren Befunden und Behandlungsfakten einerseits sowie subjektiven Eindrücken und persönlichen Motiven des Arztes für Behandlungsmaßnahmen andererseits.

Naturwissenschaftlich konkretisierbare Befunde sind selbstverständlich alle objektiven Meßergebnisse und Darstellungen, z. B. Röntgenaufnahmen, Szintigramme, Blutdruckwerte, Laborwerte, Fieberkurven, EKG-Ausschreibungen usw. — Behandlungsfakten sind z. B. Verordnungen von Arzneimitteln und physikalischer Therapie, Bestrahlungen und OP-Berichte.

Zu den Aufzeichnungen über persönliche Eindrücke gehören z. B. die Anamnese, Informationen, die der Arzt aus Gesprächen mit dem Patienten oder Dritten gewinnt und subjektive Bewertungen der Persönlichkeit des Patienten und des Krankheitsverlaufs. Auch Verdachtsdiagnosen fallen darunter. Bezüglich der naturwissenschaftlich objektivierbaren Befunde und Behandlungsfakten muß der Arzt dem Patienten auf ernstliches Verlangen — auf den Grund hierfür kommt es dabei nicht an — Auskunft und Einsichtnahme gewähren. Es wird also auch keine Rücksicht darauf genommen, daß dem Patienten unter Umständen ungünstige Prognosen bekannt werden und sich dies psychisch negativ auf den Krankheitsverlauf auswirkt.

Bezüglich der Aufzeichnungen über persönliche Eindrücke des Arztes oder über Motive für Behandlungsmaßnahmen braucht der Arzt hingegen keine Einsicht zu gewähren.

Insoweit hat der Bundesgerichtshof zu Recht darauf hingewiesen, daß sich die ärztliche Tätigkeit nicht im technisch-somatischen Bereich erschöpft und Eintragungen in den Krankenunterlagen nötig sein können, die einerseits sachgemäß, aber andererseits zur Kenntnis durch den Patienten weder geeignet noch bestimmt sind.

Aus den letztgenannten Gründen hat der Bundesgerichtshof bei der psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Behandlung strengere Maßstäbe angelegt. Hier treten die subjektiven Beurteilungselemente und eventuell auch ungünstigere Auswirkungen auf die Therapie so in den Vordergrund der Behandlung,

daß bezüglich der gesamten ärztlichen Aufzeichnungen dem Arzt die Entscheidung über eine Einsichtnahme des Patienten vorbehalten bleiben muß.

Das Einsichtsrecht soll aber grundsätzlich im Zusammenhang bzw. im Rahmen eines Arztgespräches erfolgen. Nur wenn es der Patient ausdrücklich verlangt, müssen ihm die betreffenden Aufzeichnungen, z. B. in Form von Kopien oder Abschriften, herausgegeben werden.

Probleme kann es durch diese Rechtsprechung bei der Abgrenzung objektivierbarer Befunde und subjektiver Bewertungen des Arztes geben, und zwar nicht nur bezüglich des Inhalts dieser Begriffe, sondern auch bezüglich der technischen Durchführung.

Der Arzt müßte ja quasi eine „doppelte Buchführung“ haben. Denn das Abdecken bzw. Schwärzen derjenigen Teile seiner Aufzeichnungen, die über naturwissenschaftliche Befunde und Behandlungsverlauf hinausgehen und auf die sich das Einsichtsrecht nicht erstreckt, wird beim Patienten lediglich Mißtrauen und den Verdacht erwecken, der Arzt habe hier bewußt etwas zu verbergen. Statt die ärztlichen Aufzeichnungen dermaßen zu trennen, könnte der Arzt aber auch anstelle von Kopien nur Abschriften derjenigen Aufzeichnungen fertigen lassen, deren Herausgabe der Patient verlangen kann. Ein weiteres Problem liegt darin, daß der Arzt ohne Nachprüfungsmöglichkeit für den Patienten die Entscheidung darüber trifft, was naturwissenschaftlich objektivierbare Daten und was persönliche Eindrücke sind.

Wenn der Patient der Meinung ist, der Arzt enthält ihm unberechtigt Aufzeichnungen vor, empfiehlt der Bundesgerichtshof, daß sich Arzt und Patient gütlich auf einen neutralen Arzt einigen, der die Abgrenzung der Aufzeichnungen in die zu offenbarenden und in die nicht zu offenbarenden Bestandteile nach pflichtgemäßen Ermessen vornimmt.

3.

§ 35 SGB I schützt die Sozialdaten bei allen Stellen, die Aufgaben der Sozialversicherung erfüllen. Damit ist u. a. auch eine Schutzpflicht für die Kostenträger in der gesetzlichen

Krankenversicherung und die Kassenärztlichen Vereinigungen gegeben.

Unklar war bisher aber, ob sich diese besondere Schutzpflicht nur auf Patientendaten oder auch auf Arztdaten bezieht. Arztdaten, nämlich Angaben über die Person des Arztes und vor allem über seine Abrechnung, werden ja in großem Umfange auch bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen erfaßt.

Nunmehr ist durch Stellungnahme des bayerischen Arbeitsministeriums und des Landesdatenschutzbeauftragten klargestellt, daß die Arzt-daten ebenso wie Patientendaten zu schützen sind und nur unter den engen gesetzlich festgelegten Voraussetzungen von der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber Dritten offenbart werden dürfen.

4.

Zum Schluß noch folgendes: Aus ärztlicher Sicht weniger befriedigend war eine Stellungnahme des Landesdatenschutzbeauftragten zum Thema „Hinweise der Kassenärztlichen Vereinigung auf das Vorliegen von Suchtkrankheiten“.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns hatte den Standpunkt vertreten, daß der gesetzliche Sicherstellungs- und Überwachungsauftrag auch die Befugnis umfaßt, einer offensichtlich mißbräuchlichen Inanspruchnahme des Kassenarztes durch entsprechende Information vorzubeugen und damit Schaden für den Arzt und die Versichertengemeinschaft zu verhindern. Sie hatte bisher die Kassenärzte in ihrem Rundschreiben vereinzelt auf Patienten hingewiesen, die den Verdacht erweckten, medikamenten- bzw. drogenabhängig zu sein und unter eigenem oder falschen Namen bzw. unter ständigem Arztwechsel oder Beanspruchung des Notfalldienstes versuchten, in den Besitz bestimmter Verordnungen, z.B. Betäubungsmittel, zu gelangen. Dies wurde vom Landesdatenschutzbeauftragten jedoch u.a. mit dem Hinweis beanstandet, daß eben Suchtkranke unter Umständen mit falschem Namen auftreten und damit die Gefahr bestünde, daß den Kassenärzten falsche Personalien bekanntgegeben werden. Die Informationen mußten daher eingestellt werden.

Neues Leistungsrecht der Bayerischen Ärzteversorgung

Dr. K. Dehler

Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung



Mein diesjähriger Bericht über die Situation der Bayerischen Ärzteversorgung im Jahre 1983 soll sich überwiegend auf die schon in meinem Bericht beim 35. Bayerischen Ärztetag in Bamberg angekündigte Reform des Leistungsplanes der Bayerischen Ärzteversorgung konzentrieren. Eingangs will ich nur stichpunktartig einige politische und sozialpolitische Entwicklungen streifen, die für die Situation unserer berufsständischen gesetzlichen Altersversorgungseinrichtung von erheblicher Bedeutung sind.

1.

Die Ärzteversorgung im politischen Feld

Leider hat die seit über einem Jahrzehnt geführte Rentendiskussion, in Vor- und Nachwahlkampfzeiten mit dem Begriff „Rentenbetrug“ garniert, zu einer allgemeinen Verunsicherung geführt, die auch verständlicherweise die Mitglieder unserer Versorgungseinrichtungen nicht ganz unberührt läßt. Fehlentscheidungen des Bundesgesetzgebers zu Beginn der siebziger Jahre, die auf dem Boden falscher demographi-

scher und wirtschaftspolitischer Hochrechnungen erfolgt waren, führten und führen zu einer kontinuierlichen Finanzkrise der staatlichen Rentenversicherung. Wiederholte gesetzgeberische Eingriffe und Manipulationen, die unter dem Stichwort „Verschiebebahnhof“ registriert wurden, führten, auch nach der „politischen Wende“ in Bonn, noch nicht zu einer tragenden Sanierung. Für das Jahr 1984 klafft nach glaubhaften Vorausberechnungen ein 7-Milliarden-Loch im Finanzplan der staatlichen Rentenversicherung. Hochrechnungen zeigen, daß bis zum ersten Drittel des nächsten Jahrhunderts die Beiträge entweder auf 35 Prozent der Löhne erhöht, oder die Rentenleistungen deutlich gemindert oder ein Mittelweg zwischen beiden Übeln gesucht werden muß! Hiervon besonders betroffen sind diejenigen Mitglieder unseres Berufsstandes, die den politischen Verlockungen der 1972 vollzogenen „Öffnung der gesetzlichen Rentenversicherung für Freiberufler“ folgten und freiwillige Mitglieder der staatlichen Rentenversicherung wurden.

Schon unter dem Bundesarbeitsminister Ehrenberg mußten diese Kollegen die Minderung des Wertes ihrer Anrechnungszeiten hinnehmen; nun droht ihnen unter dem Bundesarbeitsminister Blüm der Verlust des Anspruches auf Invaliditätsrente, was einer glatten Enteignung gleichkommt. Alle diese Vorgänge führen, wie schon angeführt, zu einer deutlichen Belastung des „Versorgungsklimas“. Unsere Bayerische Ärzteversorgung ist natürlich an diesen Vorgängen nicht beteiligt. Trotzdem steht sie, wie die anderen Versorgungswege der freien Berufe, in einer ständigen politischen Diskussion. Gerne soll jedoch anerkannt werden, daß sich seit der Zeit des Regierungswechsels in Bonn hier eine gewisse Stabilisierung ergeben hat, wenn man anfängliche Turbulenzen außer Betracht läßt. Als solche sind die im Frühjahr dieses Jahres geführten

„Harmonisierungsdiskussionen“ zu bewerten, bei denen eine Art „große Koalition“ von CDU/CSU auf der einen Seite und SPD auf der anderen Seite bei der Rentenreform um den Preis einer Art Gleichschaltung der bestehenden Altersversorgungseinrichtungen zur Diskussion stand. Nachdrückliche Vorstellungen unserer Versorgungseinrichtungen und der hinter ihnen stehenden Berufsstände haben nunmehr zur eindeutigen Feststellung auch aus dem Bundesarbeitsministerium geführt, daß man solche Zielsetzung nicht weiterverfolge, und die ebenfalls diskutierte mögliche Änderung des die Optionsmöglichkeit des ärztlichen Nachwuchses weg von der staatlichen Rentenversicherung hin zur Ärzteversorgung regelnden § 7 Abs. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes nicht weiterführe. Auch aus der von Bundesminister Ehrenberg eingesetzten „Sachverständigenkommission Altersversorgungssysteme“, die den klaren Auftrag nach „Harmonisierungszielsetzung“ aller bestehenden Teile der gegliederten Altersversorgung hatte, hört man nun verständlichere Töne, die die Existenz einer gegliederten Form der Altersversorgung nicht mehr in Frage zu stellen scheinen.

Unverändert ist jedoch der für uns ebenso unverständliche wie unerfreuliche Standpunkt der Opposition. Nach ähnlichen Aussagen der hier als „Speerspitze“ des Deutschen Gewerkschaftsbundes wirkenden Industriegewerkschaft Metall wurde in den am 26. Juli 1983 veröffentlichten „Positionen Sozialdemokratischer Sozialpolitik“ im Abschnitt „Sozialreform statt Sozialabbau“ von Frau Anke Fuchs verkündet:

„Wir wollen eine Harmonisierung der sozialen Sicherungssysteme. Die Generationssolidarität kann auf Dauer nur erhalten werden, wenn die unterschiedlichen Alterssicherungssysteme unter Beachtung der sozialen Gerechtigkeit schrittweise einander angenähert werden. Vergleichbare soziale Tatbestände müssen auch zu gleichwertigen sozialen Leistungen und Belastungen führen.“

Hier wird, wenn auch in gewählten Worten, wiederum das Ziel einer Einheits-Staatsversicherung verkündet; auch eine Einheitsrente läßt sich nach dieser Formulierung nicht

ausschließen. Dabei gibt es für eine solche politische Zielsetzung nicht den mindesten Logos von der Zahl her: Den 21,7 Millionen Pflichtmitgliedern der gesetzlichen Rentenversicherung stehen die 200 000 Mitglieder der berufsständischen Versorgungseinrichtungen gegenüber, das sind – bezogen auf die Mitgliederzahlen – gerade 0,9 Prozent der Mitgliederzahl der Rentenversicherung. Das Vermögen der berufsständischen Versorgungseinrichtungen von 14 Milliarden DM beträgt knapp etwas mehr als die derzeitige Monatsausgabe der gesetzlichen Rentenversicherung. Hier geht es also eindeutig nicht um Größenordnungen und Zahlen, sondern um Gleichschaltung und Ideologie.

Ich möchte diesen kurzen Überblick über die aktuelle sozialpolitische Situation unserer Versorgungswerke damit abschließen, daß ich ein Jahr nach der „Wende“ in Bonn konstatieren kann:

1. Die berufsständischen gesetzlichen Versorgungseinrichtungen haben sich de facto und politisch gleichberechtigt neben den „klassischen“ Systemen der Alterssicherung, der staatlichen Rentenversicherung, der Beamtenversorgung und der privaten Lebensversicherung durchgesetzt und sind als solche anerkannt.
2. Die spezifische Aufgabenstellung und Funktion unserer Versorgungseinrichtungen sind als notwendig und berechtigt akzeptiert.
3. Politische Vorstöße, sei es zum Ziele der Gleichschaltung oder der Abwürgung unseres Nachwuchses, finden außerhalb des Bereiches linker Ideologie keine Befürwortung und Unterstützung mehr.

Insgesamt kann somit von einer erfreulichen politischen Stabilisierung der Situation unserer Bayerischen Ärzteversorgung ausgegangen werden. Natürlich könnte sich dies bei Änderung der großpolitischen Konstellation ebenfalls ändern. Nicht mehr nehmen kann man uns jedoch den durch weiteren Zeitablauf wachsenden Umfang, der Höhe, der Zahl und der Bedeutung der von uns zu befriedigenden Ansprüche. Dies bedeutet für jedes weitere Jahr der Existenz unserer Anstalten eine weitere Vergewisserung ihres Erhaltes durch die normative Kraft des Faktischen!

II.

Warum Änderung des Leistungsplanes der Bayerischen Ärzteversorgung?

Schon in den Vorjahren mußte ich Ihnen vortragen, daß die kontinuierlichen Eingriffe in die wirtschaftliche Ertragssituation, insbesondere der niedergelassenen Ärzte, leider zu einer merkbaren Minderung ihrer wirtschaftlichen Leistungskraft und damit Beitragsmöglichkeit zur Ärzteversorgung führten. Dies kann auf Dauer bei einem Leistungssystem, das ganz wesentlich auf der kontinuierlichen, jährlichen Erhöhung des durchschnittlichen Mitgliederbeitrages basiert, nicht ohne durchgreifende Auswirkungen bleiben. Ich darf noch einmal in Erinnerung rufen, daß der Ausbau unserer Bayerischen Ärzteversorgung aus einer reinen Hinterbliebenen- und Invaliditätsversorgung schmalen Zuschnittes der fünfziger Jahre mit einem Verrentungssatz von 14,3 Prozent der geleisteten Beiträge zur heutigen Vollversorgung mit einer Verrentung von 20 Prozent der Beiträge, automatischem Altersruhegeld ab dem 65. Lebensjahr, großzügigen Frühinvaliditätsleistungen und Rehabilitationsstatut nur möglich war, weil wir in den sechziger Jahren von den restriktiven Rechnungsgrundlagen Ordnung auf die in den Gutachten von Professor Heubeck I und II vorgeschlagenen Rechnungsgrundlagen 2. Ordnung übergegangen sind. Diese verlangten neben einer laufenden Verzinsung des Vermögens der Anstalt mit 4 Prozent einen jährlichen Mitgliederzuwachs von 0,25 Prozent, Verwaltungskosten von unter 3 Prozent vor allem einen deutlichen jährlichen Zuwachs des durchschnittlichen Mitgliederbeitrages, des sogenannten Säkular-trends. Bis in die Mitte der siebziger Jahre war der Säkular-trend gut zweistellig, um dann leider, ziemlich parallel der wirtschaftlichen Situation des Berufsstandes, von 18,17 Prozent im Jahre 1974 auf 7,89 Prozent im Jahre 1975, 10,3 Prozent im Jahre 1976, auf knapp 6 Prozent in den Jahren 1978 und 1979 zurückzugehen. Der tiefe Sturz des Säkular-trends im Jahre 1980 auf 1,56 Prozent machte allen Verantwortlichen klar, daß nun gehandelt werden mußte; die weitere Entwicklung seither zeigt uns deutlich auf, daß eine Reform des Leistungssystems mit folgender Zielsetzung erreicht werden muß:

1. Erhaltung der Leistungseffektivität unabhängig vom Beitragstrend
2. Erhaltung der Voraussetzungen der Befreiungsmöglichkeit nach § 7 Abs. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes, d. h. Fortführung der Dynamisierungsmöglichkeit der eingewiesenen Ruhegelder
3. Gleichmäßige Verteilung der Übergangslasten vom alten auf das neue System auf Aktive und Ruhegeldempfänger

In der intensiven Arbeit der letzten drei Jahre, insbesondere durch das wegweisende Gutachten von Professor Heubeck III, dessen Grundprinzipien schon im Vorjahr vorgebracht wurden, erwies sich, daß nur das „Offene Deckungsplanverfahren“ mit einer neuen Beitragsbewertung diesen genannten Zielvoraussetzungen entsprechen kann.

III.

Was ist das offene Deckungsplanverfahren?

Das „Offene Deckungsplanverfahren“, das auch die Mehrheit der berufsständischen Versorgungseinrichtungen als Grundlage gewählt hat, ist ein Versicherungssystem, das zwischen dem „Umlageverfahren“ der staatlichen Rentenversicherung auf der einen Seite und der von den privaten Lebensversicherungen und Pensionskassen gewählten „Anwartschaftsdeckungsverfahren“ auf der anderen Seite steht. Am besten charakterisiert sich das Umlageverfahren aus der Tatsache, daß außer einer geringen Liquiditätsreserve keine Vermögensmittel zurückgelegt werden, sondern daß die Versor-

gungsaufwendungen eines Jahres aus den Beiträgen = Umlagen des gleichen Jahres gedeckt werden müssen. Ein solches System ist für die berufsständische Versorgungseinrichtung schon deswegen ungeeignet, weil alle Schwankungen der Wirtschafts- und Einkommenssituation auf die beitragspflichtigen Mitglieder durchschlagen und demographische Änderungen zu schweren Beeinträchtigungen führen können. In dem auf der anderen Seite der Möglichkeitsskala stehenden Anwartschaftsdeckungsverfahren werden für jeden Versicherten die notwendigen Versorgungsleistungen vermögensmäßig aufgebaut. Dieses System ist jedoch sehr starr und in seinen Verrentungs- und Dynamisierungsmöglichkeiten recht unbeweglich und daher ebenfalls für die berufsständische Versorgung nicht geeignet.

Das „Offene Deckungsplanverfahren“ wird dadurch charakterisiert, daß im Augenblick der Einweisung des Ruhegeldes dessen Rentenwert auf Beiträge der noch aktiven Generation prinzipiell nicht mehr angewiesen ist und eine nahezu völlige Bedeckung der Ruhegeldverpflichtung des Versorgungswerkes aus geleisteten Beiträgen des Mitgliedes und deren Anlagegewinne gegeben ist. Daß das Ruhegeld überwiegend aus früheren Beiträgen des Mitgliedes gedeckt ist, zeigen Beispielsrechnungen aus den Anstalten, die dieses System schon gewählt haben: Zwischen 79 und 96 Prozent sind die Ruhegelder aus den früheren Beiträgen des Mitgliedes gedeckt, von der jeweils aktiven Generation müssen als Umlageanteil demgemäß nur zwischen 4 und 21

Prozent aufgebracht werden. Ein großer Vorteil des „Offenen Deckungsplanverfahrens“ ist, im Gegensatz zu den jetzigen Rechnungsgrundlagen, die u. a. eine Mehrungskomponente um jährlich 0,25 Prozent und einen Säkularrend von mindestens 6 Prozent vorsahen, daß die Funktionsfähigkeit auch bei einem Säkularrend von 0 Prozent und einem Null-Mitglieder-Wachstum gegeben ist.

IV.

Das neue Leistungssystem

Die eindeutigen Aussagen in dem Gutachten Professor Heubeck III wurden durch andere Sachverständigen-Aussagen und durch die Ausarbeitungen des Zentralbereiches Mathematik der Bayerischen Versicherungskammer voll bestätigt: Zur Einführung des „Offenen Deckungsplanverfahrens“ gibt es für die Bayerische Ärzteversorgung keine Alternative. In intensiver Zusammenarbeit zwischen dem Verwaltungsausschuß, der Verwaltung der Bayerischen Ärzteversorgung und der Mathematischen Abteilung der Bayerischen Versicherungskammer wurde im ersten Halbjahr 1983 ein Gesamtkonzept zur Reform des Leistungsplanes der Bayerischen Ärzteversorgung entwickelt. Der Landesausschuß – das „Parlament“ – der Bayerischen Ärzteversorgung bestätigte dieses Konzept nach eingehender Diskussion in einer Sondersitzung am 2. Juli 1983 im Grundsatz.

Wesentlicher Inhalt dieses Reformplanes ist, daß mit dem 1. Januar 1985 bei Beibehaltung des bisher-

bei allen Erscheinungsformen vegetativer Störungen

Zusammensetzung

1 Dragée enthält: Ergotaminatrat 0,1 mg, Ergotoxinphosphat 0,12 mg, Hyoscyamin 0,087 mg, Scopolaminiumbromid 0,003 mg, Phenobarbital 20 mg.

Indikationen

Neurovegetative Störungen wie z. B. Erregungszustände, Unruhe, Reizbarkeit, Erröten, Schweißausbrüche, Wetterfühligkeit, nervöse Schlafstörungen, nervös bedingte Magen-Darm-Beschwerden, Reizblase. Zustände bei psychischen Belastungen, Angstneurosen, Angstgefühle, Schwindelerscheinungen, psychoneurotische Zustände und vegetative Neurosen.

Kontraindikationen

Gravidität, Laktation, Gefäßerkrankungen, schwere Zerebralsklerose, Engwinkelglaukom, akute hepatische Porphyrien, schwere Leber- oder Nierenfunktionsstörungen, Prostataadenom mit Restharnbildung.

Nebenwirkungen

Mundtrockenheit, Abnahme der Schweißdrüsensekretion (Wärmestau!), Tachykardie, Secalealkaloid-bedingte Nebenwirkungen sind aufgrund der niederen Dosierung nicht zu erwarten.

Hinweis

Dieses Arzneimittel kann das Reaktionsvermögen z. B. im Straßenverkehr oder beim Bedienen von Maschinen beeinträchtigen; dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol.

Handelsformen und Preise

10 Dragées DM 2,87
20 Dragées DM 5,03
50 Dragées DM 11,80
100 Dragées DM 20,53



VERLA-PHARM Arzneimittelabrik 8132 TUTZING

Bayerische Ärzteversorgung

Der Bericht der Bayerischen Ärzteversorgung über das Geschäftsjahr 1982 sowie der Rechnungsabschluss 1982 wurden vom Landesausschuß des Versorgungswerkes in seiner Sitzung am 29. Oktober 1983 ausführlich diskutiert und entgegengenommen.

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

Postenschrift: Bayerische Ärzteversorgung, Postfach, 8000 München 22

gen Beitragssystemes des „Offene Deckungsplanverfahren“ eingeführt wird. Dieses Finanzierungsverfahren sichert die dauernde Erfüllbarkeit der Leistung aus den gezahlten Beiträgen. Weiterhin gilt das sogenannte „Äquivalenzprinzip“, d.h. die Gleichheit von Ausgaben und Einnahmen der Ärzteversorgung. Die Äquivalenz wird durch eine jährlich zu erstellende versicherungstechnische Bilanz ausgewiesen, in ihr werden Ausgaben und Einnahmen auf den jeweiligen Bilanzstichtag eingesetzt. Auch nach der Einführung des „Offenen Deckungsplanverfahrens“ wird eine Vermögensbildung möglich und notwendig sein. Der Begriff „Offen“ zeigt auf, daß die Berechnungen nicht nur auf dem derzeitigen Bestand an aktiven Mitgliedern und Ruhegeldempfängern abgestellt sind, sondern auch der künftige Neuzugang auf der Einnahmen- und Ausgabenseite in die jeweiligen versicherungstechnischen Bilanzen einbezogen wird.

Eine deutliche Änderung bringt das „Offene Deckungsplanverfahren“ dahingehend, daß — leider — die bisherige altersunabhängige Verrentung aller Lebensbeiträge mit 20 Prozent nicht mehr gehalten werden kann. Die jeweilige Jahresverrentung oder nach dem 1. Januar 1985 einbezahlten Beiträge wird nach der aus der jeweiligen versicherungstechnischen Bilanz gewonnenen Rentenbemessungsgrundlage bewertet.

Aus den jetzt vorliegenden Berechnungen werden die für das Jahr 1985 eingezahlten Beiträge eine Eingangsverrentung von ca. 7,22 Prozent erfahren. Dies liegt natürlich deutlich niedriger als die bis jetzt gewohnten 20 Prozent, dies ist jedoch nur ein Anfangstatbestand: Einer der wesentlichen Vorteile des „Offenen Deckungsplanverfahrens“

wird sein, daß in Zukunft die aus den eingezahlten Beiträgen erworbenen Anwartschaften dynamisiert werden und somit in ihrem Wert von Jahr zu Jahr ansteigen. Für die jährlich erbrachten Beiträge wird ein Punktwert berechnet; das schließlich im Ruhestandsfall fällige Ruhegeld der Mitglieder errechnet sich aus der Summe der erworbenen Punktwerte und der im Ruhegeldfall geltenden allgemeinen Rentenbemessungsgrundlage. Eingehende Berechnungen ergaben, daß der durchschnittliche Verrentungssatz der Lebensbeiträge zukünftig im Augenblick der Einweisung des Ruhegelds — je nach weiterem wirtschaftlichen Verlauf und subjektiven Gegebenheiten — bei einer Höhe von 10 bis 15 Prozent der Lebensbeiträge liegt. Weitere Berechnungen zeigen jedoch, daß, wegen der in Zukunft wahrscheinlichen besseren Dynamisierungsmöglichkeiten, die Ruhegelder in der Mitte der durchschnittlichen Ruhegeldlaufdauer für das Mitglied und dessen versorgungsberechtigte Angehörige in etwa die Höhe der Ruhegelder nach dem alten System erreichen. Somit ergibt sich für die voraussichtliche Gesamtlaufdauer der Ruhegelder eine ähnliche Ruhegeldsumme wie nach dem alten System. Sicher ergibt sich somit gegenüber dem übersichtlichen und „griffigen“ bisherigen Leistungssystem manche Unwägbarkeit und Unsicherheit. Die Höhe der Dynamisierungsmöglichkeit für die aus nach dem 1. Januar 1985 geleisteten Beiträge erworbenen Anwartschaften und die Dynamisierungsmöglichkeit — auch nach altem Leistungsrecht — eingewiesenen Ruhegelder wird weitgehend vom zukünftigen Beitragstrend und von der Höhe des Realzinses bestimmt, der über den Rechnungszins von 4 Prozent für das Vermögen der Anstalt erzielt wird.

Ich habe durchaus Verständnis dafür, daß — wie ich selbst — viele unserer Mitglieder, dem alten, einfachen und doch so überprüfbaren Leistungssystem ein wenig nachtrauern werden. Leider läßt jedoch die schon wiederholt dargestellte Entwicklung des Beitragstrends keine Alternative, der Übergang auf das „Offene Deckungsplanverfahren“ ist unausweichlich, sonst würde bis zur Jahrtausendwende das Vermögen der Anstalt aufgebraucht; ab dann wäre allenfalls die Fortführung der Bayerischen Ärzteversorgung im reinen Umlageverfahren bei minimaler Verrentung der eingezahlten Beiträge noch möglich. Dagegen hat die Einführung des „Offenen Deckungsplanverfahrens“ den Vorteil, daß zu späterer Zeit eventuell mögliche oder notwendige Änderungen des Beitrags- oder Leistungssystems ohne prinzipielle Schwierigkeiten durchgeführt werden können. Dies wäre auch möglich, wenn im Zuge bundesgesetzlicher Reformen eine Änderung der Hinterbliebenenversorgung erforderlich würde.

V.

Voller Bestands- und Vertrauensschutz

Ein von Verwaltungs- und Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung gefordertes wesentliches Prinzip für die Umstellung des Leistungssystems der Bayerischen Ärzteversorgung war die volle Beachtung des Bestands- und Vertrauensschutzes für alle Ansprüche und Beiträge, die bis zum Umstellungszeitpunkt geleistet sein werden. Dies wird einmal dadurch beachtet, daß die zum Umstellungszeitpunkt eingewiesenen Ruhegelder sowohl der Mitglieder als auch der Witwen und Waisen im vollem Umfang unverändert bleiben. Sie erfahren insofern eine Verbesserung, als die bis zum Umstellungszeitpunkt eingewiesenen bisher freiwilligen Leistungen, vor allem die jährlich durch Beschluß des Landesausschuß festgelegten prozentualen Erhöhungen zum Ausgleich des Kaufkraftschwundes, nunmehr Rechtsanspruchcharakter erhalten. Ich darf noch einmal wiederholen: Alle eingewiesenen Ruhegelder bleiben nach der Formel „Altersruhegeldanspruch pro Jahr = 20 Prozent der Summe der Lebensbeiträge“ unverändert.

Auch bleiben alle erworbenen Ruhegeldanwartschaften aus zum Umstellungszeitpunkt eingewiesenen Beiträgen der jetzt noch aktiven Mitglieder in vollem Umfange auch in der Zukunft erhalten. Das heißt, daß die bis zu diesem Zeitpunkt geleisteten Lebensbeiträge im Versorgungsfall zu einem Teilruhegeldanspruch mit Rechtsanspruch nach der schon bekannten Formel "Ruhegeldteilsanspruch = 20 Prozent der Beiträge bis zur Leistungsumstellung" führen.

VI.

Auswirkungen der Leistungsumstellung und Übergangsvorschriften

Die Umstellung des Leistungssystems am 1. Januar 1985 führt bei Beachtung der dargestellten Bestands- und Anspruchswahrung für die drei denkbaren Generationsgruppen in der Mitgliedschaft zu folgenden Ergebnissen:

e) Die zukünftigen Mitglieder

Für die nach dem Umstellungszeitpunkt neu eintretenden Mitglieder gilt das neue Leistungsrecht des "Offenen Deckungsplanverfahrens" in vollem Umfange. Wie schon dargestellt, führt dies zur voraussichtlichen Lebensbeitragsverrentung im Ruhegeldzeitpunkt um 10 bis 15 Prozent der geleisteten Beiträge. Durch die höhere Dynamisierungsmöglichkeit der eingewiesenen Renten wird der Ruhegeldgesamtertrag bei durchschnittlicher Ruhegelddauer dem Ruhegeldertrag des bisherigen Leistungssystems etwa entsprechen.

b) Die Ruhegeldempfänger

Die Ruhegeldempfänger werden ihre Ruhegelder in der bisher erreichten Höhe weiter erhalten; nach dem 1. Januar 1985 erhelten sie einen Rechtsanspruch auf die bisher freiwillig geleisteten zusätzlichen Leistungen, sie haben zudem Aussicht auf eine Dynamisierung ihrer Ruhegelder auch bei geringerem Säkulartrend.

c) Die aktiven Mitglieder

Den im Zeitpunkt der Umstellung aktiven Mitgliedern der Bayerischen Ärzteversorgung wird mit Rechtsanspruch garantiert, daß die aus dem bis zum 1. Januar 1985 gezahlten Beiträgen erwachsenen Anwartschaften weiterhin mit 20 Prozent verrentet werden. Allerdings werden diese Anwartschaften – im Gegensatz zu den nach dem Umstellungsdatum erwachsenen – nicht dynamisiert. Die nach dem 1. Januar 1985 geleisteten Beiträge werden nach den Prinzipien des "Offenen Deckungsplanverfahrens" bewertet, ihr Wert erhöht sich also durch die Anwartschaftsdynamisierung. Das spätere Ruhegeld dieser Mitglieder setzt sich somit aus zwei Komponenten zusammen: Einmal dem Ruhegeldanspruch aus 20 Prozent vor dem 1. Januar 1985 geleisteten Beiträgen und den Beitragsanwartschaften aus Beiträgen nach der Umstellung, deren Anwartschaft dynamisiert wurden. Übergangsschwierigkeiten ergeben sich dadurch, daß ein gewisser Ruhegeldknick eintreten kann, wenn bis zum Zeitpunkt des Ruhegeldfalles keine ausreichende Zeitdauer mehr besteht, in der die niedere Eingangs-

verrentung der Beiträge nach dem neuen System durch eine entsprechende Laufdauer der Anwartschaftsdynamisierung ausgeglichen wird.

Dies gilt vor allem für die jetzt aktiven Mitglieder, bei denen der Versorgungsfall (Erreichung der Altersgrenze, Eintritt von Invalidität oder Tod) in den nächsten beiden Jahrzehnten, also bis zum 31. Dezember 2003 eintritt; für diese wird eine Übergangsregelung eingeführt. Bei der Berechnung des Ruhegeldes wird eine Differenzrechnung angestellt, die einfach formuliert, einen Vergleich anstellt, wie hoch das Ruhegeld nach dem Lebensbeitrag nach dem alten Versicherungssystem gewesen wäre und wie hoch der Ruhegeldanspruch aus den vor der Umstellung geleisteten Beiträgen und den aus Beiträgen nach der Umstellung erworbenen Anwartschaften ist. Die Differenz zwischen dem Ruhegeldergebnis nach dem alten und nach der neuen Rentenformel wird insoweit verkleinert, als der Ruhegeldunterschied im Jahre 1985 um 95 Prozent, dann um jeden des folgenden Jahres um 5 Prozent vermindert, letztmalig im Jahre 2003 mit 5 Prozent der Differenz ausgeglichen wird.

Diese Degression ist möglich, weil ja die Mitglieder in allen dem Jahre 1985 folgenden Beitragsjahren eine Anwartschaftsdynamisierung für die nach neuem Leistungsrecht einbezählten Beiträge erwerben. Die Finanzierung dieser Übergangsregelung – die keinen Rechtsanspruch erhalten kann – soll aus einer verminderten Dynamisierung der nach dem Umstellungszeitpunkt eingewie-

Cholezystitis • Hepatopathien • Gastritis

Galloselect

- entzündungshemmend
- spasmolytisch
- sedativ
- mild-abführend

Indikationen: Entzündliche Erkrankungen der Gallenblase, der Leber (Hepatitis aller Art) und deren degenerative Erkrankungen, Steinschmerzen, Dyskinesien, Stauungen in der Gallenblase im Pfortadergebiet mit Folgerscheinungen.
Kontraindikationen: Bei Gravidität ist Vorsicht geboten!
Zusammensetzung: 1 Dragée enthält: Extr. Chamaemelis 5 mg, Extr. Cardui marianae 5 mg, Extr. Chelidonii 5 mg, Extr. Taraxaci 25 mg, Extr. Oxyacrae 30 mg, Extr. Rhei 50 mg, Fel Tauri 50 mg, Öl. Menthae piperitae 0,5 mg, Öl. Carvi 0,5 mg, Vitamin-B-Komplex 1 mg.
Dosierung: 3–4 mal täglich 1 Tee- bis Eßlöffel voll in einer Tasse heißer Flüssigkeit vor den Mahlzeiten. Die Mischung kann auch unverdünnt eingenommen werden. Dragées: 3 mal täglich 1 Dragée. **Handelsformen:** Dragées: Packung mit 25 Stück DM 8,94, Packung mit 50 Stück DM 11,35, Packung mit 100 Stück DM 18,91. Auch als Likwidum im Handel.

Hepaselect

- regenerierend
- entspannend
- abschwelkend

Indikationen: Lebererkrankungen und Erkrankungen des Gallensystems. **Kontraindikationen:** Schwere Leberfunktionsstörungen, Gallenweg-Verschluß, Gallenblasenentzündung, Cholelithiasis. **Zusammensetzung:** In 100 ml sind enthalten: Lycopodium D. 20 ml, Chelidonium D. 20 ml, Carduus marianus D. 20 ml, Cnicus D. 20 ml, Taraxacum D. 30 ml. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, 3–4 mal täglich 5–10 Tropfen in etwas Wasser oder Tee einnehmen. **Handelsformen:** Tropfflasche mit 30 ml DM 7,22; Tropfflasche mit 100 ml DM 18,12.

Gastriselect®

- reizhemmend
- krampflösend
- beruhigend
- antigastritisch

Indikationen: Reizzustände der Magenschleimhaut, Gastritis, Duodenitis, Ulcus ventriculi und duodeni, Krampfzustände im Bauchraum, Tenesmen, verstopfte Stühle, spastische Obstipation. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Zusammensetzung:** In 100 ml sind enthalten: Nux. vomica D., Aqueina D., Aescul. D., Plumbum acet. D., Colocynthis D. an 20 ml. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, 3–4 mal täglich 10–20 Tropfen in etwas Wasser zwischen den Mahlzeiten einnehmen. **Handelsformen:** Tropfflasche mit 30 ml DM 7,22; Tropfflasche mit 100 ml DM 18,12.

ORELUSO

ORELUSO-PHARMAZEUTIKA · 3253 Hesslich-Oldendorf 1

senen und in den nächsten beiden Jahrzehnten noch einzuweisenden Ruhegelder erfolgen.

d) Neue Frühinvaliditätsregelung

Die bisher schon attraktive Frühinvaliditätsregelung durch ein Frühinvaliditätsruhegeld — sowohl aus durch Beiträgen erworbenen eigenen Ansprüchen als auch zusätzlich aus einem degressiven Sockel — wird eine weitere Verbesserung erfahren: Die neue Frühinvaliditätsregelung sieht vor, daß das Mitglied eine Hochrechnung seiner Ruhegeldansprüche aus den in den letzten fünf Jahren tatsächlich geleisteten Beiträgen auf einen Ruhegeldanspruch erfährt, als ob diese Beiträge bis zum 55. Lebensjahr weiter erbracht worden wären. Auch auf diese Regelung besteht Rechtsanspruch. Um auch hier Übergangsschwierigkeiten auszuschalten, soll für die nächsten zehn Jahre bei neu eintretenden Frühinvaliditätsfällen alternativ die für das Mitglied günstigste Regelung nach dem alten oder nach dem neuen Recht errechnet und angewendet werden.

e) Verbesserung beim „vorgezogenen Altersruhegeld“

Bisher schreibt die Satzung vor, daß die Mitglieder Anspruch auf ein vorgezogenes Altersruhegeld ab dem 63. Lebensjahr haben. Damit war ein Abschlag von 0,7 Prozent des Ruhegeldes für jeden vollen Monat verbunden, in dem dieses Ruhegeld vor Erreichung des 65. Lebensjahres eingewiesen wurde. Nach Umstellung auf das neue Leistungssystem wird es möglich sein, dieses vorgezogene Altersruhegeld schon ab dem 62. Lebensjahr zu ermöglichen. Die Abschlagsgröße pro Monat der vorzeitigen Inanspruchnahme vor dem 65. Lebensjahr wird bei Antragstellung nach dem 1. Januar

1985 von 0,7 Prozent auf 0,5 Prozent gesenkt werden können. Hierin liegen gewiß nicht unbedeutende berufspolitische Aspekte!

VII.

Des neue Leistungssystem — ein tragbarer Kompromiß

Dieses neue und gegenüber dem bisherigen System gewiß etwas komplizierte und weniger übersichtliche Leistungssystem ist insgesamt ein tragbarer Kompromiß. Es erreicht nicht die einmalig hohen Anfangsruhegelder unseres bisherigen Systemes, in etwa wird jedoch für die Gesamtruhelddauer in den meisten Versorgungsfällen die bisherige Gesamtruhelddauer zu erwarten sein. Ein großer Vorteil ist die Flexibilität gegenüber einer auch in Zukunft nicht auszuschließenden Schwankung in der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit des Berufsstandes und vor allem die auch bei bescheideneren Zuwachskurven in Zukunft mögliche Dynamisierung der eingewiesenen Ruhegelder. Damit können die nach § 7 Abs. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes vorgeschriebenen „Qualitätsanforderungen“ erfüllt und die Befreiungsmöglichkeit des Berufsnachwuchses zugunsten unserer Versorgungsanstalt gesichert werden.

Inhalt und Zielsetzung der nun vorzunehmenden Leistungsumstellung verteilen — dies war ein ganz besonderes Anliegen — die damit verbundenen Lasten gleichmäßig auf alle drei Generationsgruppen, die Ruhegeldempfänger, die aktiven und die zukünftigen Mitglieder. Insgesamt ist der Umstellungsvorgang für keine der drei Gruppen allzusehr belastend; dies war nur möglich, weil in der Vergangenheit eine ver-

antwortliche Vermögens- und Anlagepolitik der Bayerischen Ärzteversorgung betrieben wurde, ohne die eine solche schonende Reform gar nicht denkbar wäre.

Der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung wird am letzten Oktober-Wochenende dieses Jahres über die nun in juristische Formulierungen gegossenen Satzungsänderungen definitiv entscheiden müssen. Ich bin überzeugt, daß er seine prinzipielle Vorentscheidung vom 2. Juli dieses Jahres bestätigt.

Die Verwaltung der Bayerischen Ärzteversorgung hat alle Vorarbeiten getroffen, damit die Umstellung am 1. Januar 1985 reibungslos erfolgen kann; noch wesentlicher wird es sein, die nunmehr fast 40 000 Mitglieder der Anstalt so zu motivieren, daß das bisherige Vertrauen und die bisherige Beitragsbereitschaft ohne „Knick“ weitergehen. Ein positiver Beitragstrend wird auch für das neue Leistungssystem für die schließliche Höhe der möglichen Dynamisierungen von großer Bedeutung sein. Daher erarbeitet der Verwaltungsausschuß derzeit auch „beitragsbelebende“ Vorschriften!

Die Bayerische Ärzteversorgung begeht auf den Tag genau heute das Jubiläum ihres 60jährigen Bestehens! In diesen sechs Jahrzehnten war sie gewiß mancher Belastung und manchem Wandel ausgesetzt, sie hat alle Anfechtungen bisher be- und überstanden. Nach drei Jahren intensiver Arbeit am Änderungskonzept wage ich persönlich die Bewertung, daß trotz geänderter Umweltbedingungen die Attraktivität unserer Bayerischen Ärzteversorgung bewahrt und ihre Zukunft gesichert ist.

Depressionen,
psychische und nervöse
Störungen, Migräne.

Vegetativ stabilisierend,
frei von Nebenwirkungen.



HYPERFORAT®

Zusammensetzung: Tropfen: 100 g enthalten: Extr. fl. Herb. Hyperici perf. 100 g stand. auf 0,2 mg Hypericin pro ml. Dragées: 1 Dragée à 0,5 g enthält: Extr. sicc. Herb. Hyperici perf. 40 mg, stand. auf 0,5 mg Hypericin, Vit. B-Komplex 1 mg. Ampullen: 1 Ampulle à 1 ml enthält: Extr. fl. aquos. Herb. Hyperici perf., stand. auf 0,5 mg Hypericin pro ml.

Kontraindikationen: Photosensibilisierung.

Dosierung: Tropfen: 2-3 x täglich 20-30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen. Dragées: 2-3 x täglich 1-2 Dragées vor dem Essen einnehmen. Ampullen: täglich 1-2 ml i.m. (tief intraglutäal) oder langsam i.v. injizieren.

Zur Beachtung: Bei Kindern entsprechend geringer dosieren. Die letzte tägliche Einnahme möglichst vor dem Abend. Häufig ist eine einschleichende Dosierung besonders wirksam.

Handelsformen und Preise incl. MWST: Tropfen: 30 ml DM 9,27; 50 ml DM 14,47; 100 ml DM 24,46. Dragées: 30 Stück DM 7,48; 100 Stück DM 18,96. Ampullen: 5 x 1 ml DM 10,93; 10 x 1 ml DM 19,97.



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

Punkt 2 der Tagesordnung:

Berufsordnung

Die Vollversammlung der bayerischen Ärzteschaft befaßte sich mit der bayerischen Berufsordnung auf dem Hintergrund der Muster-Berufsordnung, die der Deutsche Ärztetag in Kassel beschlossen hatte.

Den Delegierten war dazu eine Gegenüberstellung beider Berufsordnungen zugegangen, des weiteren eine Beschlußvorlage, in der die Anpassung der bayerischen Berufsordnung an die Muster-Berufsordnung im einzelnen vom Vorstand vorgeschlagen wurde.

Dabei war festzustellen, daß eine ganze Reihe von Berufsordnungsänderungen in Kassel zur Muster-Berufsordnung beschlossen worden waren, die aus der bayerischen Berufsordnung übernommen worden sind. Hier hat sich die Muster-Berufsordnung also den bayerischen Regelungen angeglichen, so daß Beschlüsse hierfür nicht erforderlich wurden.

Der Ärztetag befaßte sich mit jedem einzelnen Paragraphen der Berufsordnung, wobei der Justitiar der Bayerischen Landesärztekammer, Rechtsanwalt Poellinger, die notwendigen Erläuterungen gab. Einleitend wies Rechtsanwalt Poellinger darauf hin, daß es vom Gesetzgeber auferlegte Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung sei, einerseits die Berufsordnung an die wirklich unter den Berufskollegen gelebte Auffassung von Zeit zu Zeit anzupassen, andererseits das zu bewahren, was man „ärztliche Grundstruktur“ oder mit einem griechischen Wort „ärztliches Ethos“ nennt.

Zu den einzelnen vom Ärztetag beschlossenen Änderungen wird auf die Veröffentlichung unter „Amtliches“ (Seite 881 f.) verwiesen (*Anmerkung der Redaktion*: Es ist vorgesehen, in einem der nächsten Hefte, die ab 1. Januar 1984 gültige Berufsordnung als herausnehmbare Einlage zu veröffentlichen. Damit haben alle Kollegen die Möglichkeit, die neue gültige Berufsordnung jederzeit zur Hand zu haben).

Herauszugreifen sind folgende Bestimmungen:

In Anlehnung zur Muster-Berufsordnung des Deutschen Ärztetages wurde der Abs. 1 in § 14 der neuen Rechtslage angepaßt. In § 14 (Ärzt-

liches Honorar) ist außerdem im Hinblick auf die Möglichkeit für den Arzt, eine Gebührenvereinbarung zu treffen, auf Antrag von Dr. Thäle durch den Ärztetag (als Satz 5 zu Abs. 1) klargestellt worden, daß der Arzt auch hier auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen hat. Diese Formulierung ist deutlicher als die Muster-Berufsordnung.

Der Bayerische Ärztetag hat weiter einen Vorschlag der Muster-Berufsordnung zu § 14 Abs. 4 nicht übernommen, wonach die Ärztekammer eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit einer Honorarforderung abgibt, wenn ein Beteiligter dies wünscht. Hier war die Auffassung entscheidend, daß dies zum einen durch die Amtshilfeverpflichtung der Kammer geregelt ist, zum anderen im Ermessen der Kammer stehen muß.

Eine intensive Diskussion entspann sich um den vom Deutschen Ärztetag neu eingeführten § 21 a („Information unter Ärzten“). Diese Bestimmung der Muster-Berufsordnung sollte deutlicher machen, wo die Grenzen des zulässigen gegenseitigen Informierens unter Ärzten liegen. Ein Antrag von Frau Dr. Bäcker, München, die Übernahme dieser vom Deutschen Ärztetag in Kassel und vom Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer empfohlenen Ergänzung der Berufsordnung abzulehnen, wurde vom Bayerischen Ärztetag mit Mehrheit angenommen. Damit verbleibt es bei der Grundsatzregelung des § 22 Abs. 1, durch den nach Auffassung in der Diskussion jedenfalls unlautere und anpreisende Information bereits verboten ist.

In § 25 a hat der Vorstand der Ärztekammer durch die Hereinnahme des Begriffes „geringen“ Gebrauchswert eine Konkretisierung vorgeschlagen, die gegenüber dem Beschluß des Deutschen Ärztetages in Kassel eine Klarstellung bedeutet. Der Bayerische Ärztetag hat der Regelung in dieser Form zugestimmt.

In § 27 Abs. 2 Satz 1 ist nunmehr entsprechend der Muster-Berufsordnung auch in der bayerischen Berufsordnung festgelegt, daß die Bezeichnung „Professor“ auf dem Praxisschild usw. nur geführt werden darf, wenn sie auf Vorschlag der medizinischen Fakultät durch das Ministerium verliehen wurde. Übergangsfälle wurden in § 31 geregelt.

In § 27 Abs. 2 und 3 wurde vom Bayerischen Ärztetag nach Rücksprache mit dem aufsichtsführenden Innenministerium und unter Bezugnahme auf eine Äußerung des bayerischen Kultusministeriums festgelegt, daß die Gleichwertigkeit eines ausländischen Professorentitels nur dann gegeben sein soll, wenn er „entsprechend den in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Regeln verliehen wurde“. Das bedeutet, daß von Fall zu Fall geklärt werden muß, ob der betreffende Arzt, der einen ausländischen Professorentitel führt, ihn den deutschen Regeln entsprechend und damit gleichwertig erhalten hat. Auf jeden Fall war es notwendig, klarzustellen, daß der ausländische Professorentitel in der Form geführt werden muß, wie er durch die ausländische Verleihungsurkunde bezeichnet worden ist. Die gesamte Regelung entspricht grundsätzlich der Muster-Berufsordnung.

Zum Abs. 5 des § 27 wurde von Professor Dr. Zimmer beantragt, die Bezeichnung „Geburtshelfer“ an eine Qualifikation zu knüpfen, da dies bis heute die einzige Zusatzbezeichnung nach der Berufsordnung für Ärzte sei, die ohne jede Qualifikation geführt werden kann, und zwar von praktischen Ärzten und Allgemeinärzten, die damit nichts anderes anzeigen wollen, als daß sie bereit sind, Hilfe bei einer Geburt zu leisten.

Dazu stellte Professor Dr. Sewering in Übereinstimmung mit dem Innenministerium fest, daß ein solcher Beschluß erst dann vollziehbar würde, wenn die Bedingungen, unter denen der Zusatz „Geburtshelfer“ geführt werden kann, eindeutig konkretisiert sind. Er schlug vor, daß dieser Antrag an den Vorstand überwiesen wird, damit dem nächsten Bayerischen Ärztetag eine umfassende Regelung vorgelegt werden kann. Der Ärztetag stimmte dieser Vorstandsüberweisung zu.

Die für Staatsangehörige eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Gemeinschaft geltende Regelung in § 30 wurde vom Bayerischen Ärztetag gebilligt.

Schließlich wurde auch beschlossen, daß die Änderungen der Berufsordnung nach aufsichtsrechtlicher Billigung zum 1. Januar 1984 in Kraft treten sollen.

Eine entsprechende Billigung gemäß Art. 20 Kammergesetz von seiten des aufsichtsführenden Innenministeriums erfolgte am 10. Oktober 1983.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer

- 3.1 Rechnungsabschluß 1982
- 3.2 Entlastung des Vorstandes 1982
- 3.3 Wahl des Abschlußprüfers für 1983
- 3.4 Haushaltsvoranschlag 1984
- 3.5 Beitragsordnung

Der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. Geißendörfer, Wunsiedel, erläuterte im einzelnen den Rechnungsabschluß des Jahres 1982, der den Delegierten fristgerecht zugegangen war. Der Rechnungsabschluß 1982 wurde vom in der Delegiertenversammlung damit beauftragten Revisor, R. Weinzierl, geprüft und mit dem entsprechenden Prüfungsvermerk versehen. Die Delegierten billigten den Rechnungsabschluß 1982 mit einigen Gegenstimmen und Enthaltungen.

Auf Antrag von Dr. Geißendörfer, der sich auf einen einstimmigen Beschluß des Finanzausschusses stützte, wurde der Vorstand von den Delegierten für das Geschäftsjahr 1982 entlastet.

Für die Prüfung der Betriebsführung und Rechnungslegung des Jahres 1983 ist nach § 15 Abs. 2 der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer ein unabhängiger Prüfer zu be-

stellen. In den vergangenen Jahren war hiermit R. Weinzierl, Revisor der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, beauftragt. Auf Antrag von Dr. Geißendörfer beschlossen die Delegierten des 36. Bayerischen Ärztetages, wiederum R. Weinzierl als Abschlußprüfer für die Rechnungsprüfung des Geschäftsjahres 1983 zu bestellen.

Im Anschluß hieran trug der Vorsitzende des Finanzausschusses detailliert den Haushaltsvoranschlag 1984 vor, der von den Delegierten — bei einzelnen Gegenstimmen und einigen Enthaltungen — in den vorgelegten Form angenommen wurde.

Nachdem Einnahmen und Ausgaben des Geschäftsjahres 1982 sich nicht mehr gedeckt haben, war eine Änderung der seit 1977 geltenden Beitragsordnung erforderlich. Dr. Geißendörfer trug hierzu detailliert die Überlegungen des Finanzausschusses und den Vorschlag des Vorstandes vor. Der vorgelegte Entwurf einer neuen Beitragsordnung ab 1. Januar 1984 wurde von den Delegierten mit eindeutiger Mehrheit angenommen. Die Veröffentlichung dieser Beitragsordnung erfolgt unter „Amtliches“ in diesem Heft auf Seite 882.

Punkt 4 der Tagesordnung:

Wahlen

4.1 Nachwahl zum Vorstand

Dazu führte der Präsident, Professor Dr. Sewering, aus, daß den Delegierten zum Bayerischen Ärztetag hierzu eine Beschlüßvorlage zugegangen war.

Kollege Dr. F. Brendler, der seinerzeitige Vorsitzende des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberfranken, hat aus gesundheitlichen Gründen auf dieses Amt verzichtet. Kollege Dr. H. J. Friedrich wurde zu seinem Nachfolger gewählt und ist damit „geborenes Mitglied“, so daß der Bezirksverband Oberfranken ein weiteres Vorstandsmitglied auf den freigewordenen Platz des Kollegen Friedrich vorschlagen konnte. Der Bezirksverband Oberfranken hat hierfür Dr. C. Sebald aus Bamberg benannt. Kollege Dr. Sebald wurde einstimmig als weiteres Vorstandsmitglied

der Bayerischen Landesärztekammer von der Vollversammlung bestimmt.

4.2 Wahl der Mitglieder der Ausschüsse

Auch hierzu lag den Delegierten eine im Vorstand vorbereitete Mitgliederliste für die Ausschüsse vor.

4.2.1 Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

Folgende Namen wurden vom Vorstand vorgeschlagen:

4.2.1.1 Acht Mitglieder aus den Ärztlichen Bezirksverbänden

München:
Dr. E. Th. Mayer, München

Oberbayern:
Dr. A. Platiel, Wolfratshausen

Niederbayern:
Dr. C. A. Blömer, Kelheim
Oberpfalz:
Dr. A. Kehrer, Regensburg
Oberfranken:
Dr. H. J. Friedrich, Coburg
Mittelfranken:
Dr. R. Rothlauf, Erlangen
Unterfranken:
Dr. B. Brückl, Würzburg
Schwaben:
Dr. E. Thäle, Weißenhorn

4.2.1.2 Drei Mitglieder (vom Vorstand berufen)

Professor Dr. E. Kern, Würzburg
Professor Dr. J. A. Köhler, Landshut
Dr. H. Stöckle, Gräfelting

4.2.1.3 Geladene Mitglieder

Dr. K. Hellmann, Augsburg
Professor Dr. H. Kleinfelder, Nürnberg
Dr. F. Schmidl, Regensburg

Der Besetzung der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung in der vorgeschlagenen Zusammensetzung stimmte der Ärztetag zu.

4.2.2 Ausschuß für Hochschulfragen

Auch hierzu lag den Delegierten eine Namensliste vor. Weitere Vorschläge wurden nicht gemacht; es wurden folgende Mitglieder für den Ausschuß für Hochschulfragen von der Vollversammlung bestimmt:

Professor Dr. Dr. D. Adam, Baierbrunn
Professor Dr. P. Brandlmeier, München
Akad. Direktor Dr. med. B. Boewing, Würzburg
Professor Dr. K.-A. Bushe, Würzburg
Professor Dr. H. Graeff, München
Professor Dr. W. Gross, Würzburg
Dr. F. Hagggenmüller, Augsburg
Professor Dr. W. Hecker, Gräfelting
Professor Dr. D. Kunze, München
Professor Dr. J. Lissner, München
Professor Dr. H. Valentin, Erlangen

4.2.3 Krankenhausausschuß

Hierzu trug Professor Dr. Sewering als Präsident des Ärztetages vor, daß Dr. G. Anselm aus Würzburg darum gebeten hat, ihn von dieser Aufgabe zu entbinden. Statt dessen wird Kollege Dr. M. Probst aus Starnberg vorgeschlagen. Die übrigen Namen ent-

sprechen der Beschlußvorlage. Auch hier wurden keine weiteren Vorschläge aus der Mitte der Vollversammlung gemacht. Die Mitglieder des Krankenhausausschusses wurden damit wie folgt festgelegt:

Dr. H. Axmann, Cham
Medizinaldirektor Dr. H. Birkner, Nürnberg
Dr. K. M. Hahn, München
Dr. Dr. F. Hochreiter, München
Dr. R. Hohenbleicher, Vilsbiburg
Dr. M. Probst, Starnberg
Dr. E. Schwenkert, Landshut
Dr. G. Steurer, Ansbach
Dr. E. Tögel, Augsburg
Dr. Chr. Wagner, Weiden
Privatdozent Dr. G. Wündisch, Bayreuth
Professor Dr. F. Zimmer, München

4.2.4 Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“

Hier stimmte die Vollversammlung der Beschlußvorlage des Vorstandes

unverändert zu. Der Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“ setzt sich demnach wie folgt zusammen:

Dr. G. Anselm, Würzburg
Dr. I. Blank, Trostberg
Dr. M. Eichhorn, Bamberg
Dr. Christina Eversmann, München
Dr. F.-J. Helmig, München
Dr. P. Holzer, München
Dr. H. Koch, Fürth
Professor Dr. D. Kunze, München
Dr. J. Langenbach, Krumbach
Dr. H. Mühleisen, Amberg
Dr. H. Rusche, Erlangen

Schließlich berief die Vollversammlung in den **Gemeinsamen Ausschuß für Datenschutz und Wahrung des Arztgeheimnisses**, der zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns getragen wird, drei Mitglieder. Es sind dies:

Dr. R. Hohenbleicher, Vilsbiburg
Professor Dr. D. Kunze, München
Dr. A. Platiel, Wolfartshausen

Punkt 5 der Tagesordnung:

Termin des 37. Bayerischen Ärztetages 1984 in Regensburg

Die Vollversammlung beschloß, den 37. Bayerischen Ärztetag vom 5. bis 7. Oktober 1984 in Regensburg durchzuführen.

Punkt 6 der Tagesordnung:

Wahl des Tagungsortes des 38. Bayerischen Ärztetages 1985

Der Ärztliche Bezirksverband Niederbayern ist turnusgemäß für die Einladung zum 38. Bayerischen Ärztetag 1985 zuständig. Dr. Dehmer, Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Niederbayern, lädt im Auftrag seines Vorstandes den 38. Bayerischen Ärztetag 1985 nach Bad Füssing ein. Dieser Vorschlag wurde von den Delegierten einstimmig angenommen.

Fakultät

Universität München

Professor Dr. med. habil. Harald von Lieven, bisher Radiologische Klinik, wurde zum Professor – C 4 an der Universität Gießen ernannt.

Professor Dr. med. Berndt Lüderitz, bisher Medizinische Klinik I im Klinikum Großhadern, wurde zum Professor – C 4 an der Universität Bonn ernannt.

Zum Professor – C 4 wurden ernannt: Professor Dr. rer. nat., Dr. med. Walter Neupert, Institut für Physiologische Chemie (bisher Universität Göttingen); Professor Dr. rer. nat., Dr. med. Ulrich Welsch, Anatomische Anstalt (bisher Universität Kiel).

Zum Professor – C 3 wurden ernannt: Professor Dr. med. Alexander Baethmann, Institut für Chirurgische Forschung; Professor Dr. med. Heinrich Bohmert, Chirurgische Klinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. Carl Joachim Wirth, Orthopädische Klinik im Klinikum Großhadern.

Zum Professor – C 2 wurden ernannt: Privatdozent Dr. med. habil. Rudolf Klußmann, Medizinische Poliklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Klaus Matzen, Orthopädische Klinik im Klinikum Großhadern; Privatdozent Dr. med. habil. Jens Witte, Chirurgische Klinik im Klinikum Großhadern.

Dr. med. Karl Wiemann, Oberstarzt a. D., Direktor Medical Affairs bei der Firma MSD Sharp & Dohme, wurde zum Honorarprofessor ernannt.

Professor Dr. med. Manfred Paul, Chefarzt an der Medizinischen Klinik II am Klinikum Ingolstadt, wurde umhabilitiert (bisher Universität Gießen).

Die Bezeichnung außerplanmäßiger Professor wurde verliehen: Privatdozent Dr. med., Dr. med. dent. Inggolf Koblin, Kieferchirurg; Privatdozent Dr. med. Per Krueger, Chirurgisch Klinik und Poliklinik Innenstadt; Privatdozent Dr. med. habil. Johan-

nes Ring, Dermatologische Klinik und Poliklinik; Privatdozent Dr. med. habil. Eberhard Standl, III. Medizinische Abteilung des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing; Privatdozent Dr. med. habil. Eike Uhlich, Kreiskrankenhaus Hofheim; Privatdozent Dr. med. habil. Ludwig Weiss, Klinisch-Chemisches Institut am Städtischen Krankenhaus München-Schwabing; Privatdozent Dr. med. habil. Walter Zieglgängsberger, Max-Planck-Institut für Psychiatrie.

Dr. med. Walter Jacoby, Neurochirurgische Klinik im Klinikum Großhadern, wurde zum Leitenden Akademischen Direktor ernannt.

Zum Akademischen Direktor wurden ernannt: Dr. med. Gertraud Gräbel, I. Frauenklinik; Dr. med. Renate Heyn, Frauenklinik im Klinikum Großhadern; Dr. med. Inga Korfmacher, Medizinische Poliklinik; Dr. med. habil. Kaj Krejci, Kinderpoliklinik; Dr. med. Harald Steinhoff, Radiologische Klinik und Poliklinik.

Personalia

Dr. Hein 70 Jahre

Ministerialdirigent a. D. Dr. med. Erich Hein, bis 1978 Leiter der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, Bommhartstraße 6 a, 8022 Grünwald, konnte am 16. Oktober 1983 seinen 70. Geburtstag feiern.

Dr. Hein erhielt im Jahre 1939 die Bestallung als Arzt und wurde unmittelbar danach zum Militärdienst einberufen. Als Truppenarzt an der Ostfront geriet er 1943 bei Stalingrad in russische Kriegsgefangenschaft, aus der er erst 1949 entlassen wurde. In dieser Zeit hat er sich in mehreren Kriegsgefangenenlagern in ganz besonderer Weise um die ärztliche Betreuung der mit ihm gefangenen Soldaten verdient gemacht.

Dr. Hein war ab 1951 in der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern tätig, seit 1966 als deren Leiter. Als Seuchenreferent und Referent für medizinische Berufsfragen hat sich Dr. Hein große Verdienste um das Gesundheitswesen in Bayern erworben. So ist ihm zu verdanken, daß 1962 im Freistaat Bayern als erstem Land der Bundesrepublik Deutschland die Polio-Schluckimpfung eingeführt, breit propagiert und erfolgreich durchgeführt werden konnte.

1960 war er verantwortlich für die gesundheitliche Betreuung des Eucharistischen Weltkongresses mit 100 000 Teilnehmern aus allen Teilen der Welt.

In seiner Eigenschaft als Leiter der Gesundheitsabteilung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern gestaltete er die Beziehungen zu den Heilberufskammern in vorbildlicher Weise. Er hat sich vor allem stets darum bemüht, daß der Aufgabenbereich der Kammern der Heilberufe voll erhalten und von staatlichen Eingriffen verschont blieb.

Auf dem Deutschen Ärztetag 1979 in Nürnberg wurde Dr. Hein mit der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft ausgezeichnet. 1981 wurden seine Verdienste durch Verleihung des Großen Bundesverdienstkreuzes gewürdigt.

Wir wünschen Kollegen Hein noch viele gesunde und erfüllte Jahre.

Professor Dr. Sewering

Leitender Medizinaldirektor a. D. Dr. med. Alfred Böhm, Edisonweg 4, 8037 Olching-Neuesting, wurde wieder als Mitglied des Bundesgesundheitsrates berufen.

Professor Dr. med., Dr. med. h. c. mult. Heinz Goerke, Ärztlicher Direktor der Universität München im Klinikum Großhadern und Vorstand des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität München, Lessingstraße 2, 8000 München 2, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik die Karl-Sudhoff-Plakette verliehen. Ferner wurde er von der Deutschen Gesellschaft für Wehrmedizin und Wehrpharmazie mit der Paul-Schürmann-Medaille ausgezeichnet und von der Schwedischen Linné-Gesellschaft zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. med. Walter Guder, Oberarzt am Klinisch-Chemischen Institut des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, Kölner Platz 1, 8000 München 40, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie der Gabor Szasz Preis verliehen.

Dr. med. Erwin Hirschmann, Kinderarzt, Hansastraße 134, 8000 München 70, wurde anlässlich der Landesversammlung des Verbandes der niedergelassenen Ärzte (NAV) in Degendorf erneut zum Landesvorsitzenden gewählt.

Privatdozent Dr. med. Bernhard Maisch, Akademischer Rat an der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde der Förderpreis des Theodor-Frerich-Preises verliehen.

Professor Dr. med. Walter Marget, Vorstand der Abteilung für Antimikrobielle Therapie und Infektionsimmunologie der Kinderklinik der Universität München im Dr. v. Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, wurde zum Corresponding Fellow der Infectious Diseases Society of America gewählt.

Professor Dr. med. Peter C. Maurer, Vorstand der Abteilung für Gefäßchirurgie der Technischen Universi-

tät München im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde zum Präsidenten des 14. Weltkongresses der Internationalen Vereinigung für Gefäßkrankungen gewählt, der 1986 in München stattfinden wird.

Dr. med. Friedhelm Otto, Allgemein- arzt, Weissensee-Hub, 8958 Füssen, wurde die Hartmann-Thieding-Plakette verliehen.

Dr. med. Ottheinz Schulte-Steinberg, ehemals Chefarzt der Anästhesie- abteilung des Kreiskrankenhauses Starnberg, Dietrichweide 7, 8135 Söcking, wurde der Hans-Kilian-Preis (gemeinsam mit Dr. Hans Christoph Niesel, Ludwigshafen, und Professor Dr. med. Hans Nolte, Minden) verliehen.

in memoriam

Dr. Calwer †

Am 3. November 1983 verstarb Dr. med. Paul Calwer, Chirurg, in München kurz vor Vollendung seines 80. Lebensjahres.

Nach Beendigung des Medizinstudiums in München erhielt Dr. Calwer am 21. Dezember 1930 seine Bestallung als Arzt; er promovierte 1932 zum Doktor der Medizin. Im Jahre 1950 erhielt er die Anerkennung als Chirurg und ließ sich anschließend in München nieder. Von 1959 bis zu seiner Pensionierung war er als Regierungsmedizinaldirektor beim Bayerischen Landesentschädigungsamt tätig.

Vom 1. Januar 1977 bis zum 31. März 1980 war Dr. Calwer Vorsitzender der Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Erledigung von Haftpflichtstreitigkeiten zwischen Patienten und Ärzten in der Bayerischen Landesärztekammer. Unter seinem Vorsitz hat sich die Schlichtungsstelle, die zur damaligen Zeit noch modellhaft für das Bundesgebiet war, kontinuierlich weiterentwickelt. Der Verstorbene hat sich während dieser Tätigkeit mit Engagement sowohl für die Belange der Patienten als auch für die der bayerischen Ärzteschaft eingesetzt.

Die bayerische Ärzteschaft wird seiner stets ehrend gedenken.



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptom: Kiefersperre

Der Notfall: Kiefergelenksluxation

bearbeitet von Professor Dr. med. dent., Dr. med. V. Freitag, Homburg/Saar

Symptomatik:

Bei einseitiger Luxation ist der Kiefer halb geöffnet, der Unterkiefer zur Seite (die nicht betroffen ist) abgewichen. Bei doppelseitiger Luxation ist der Kiefer symmetrisch weit geöffnet. Aktiver Kieferschluß ist nicht möglich, es besteht federnder Widerstand gegen passiven Schluß des Kiefers. Bei Austastung ist die Gelenkpfanne vor dem Gehörgang leer, dagegen ist am betroffenen Gelenk der Kondylus nach vorn verlagert, als Vorwölbung caudal vom Jochbogen zu tasten. Nennenswerter Druck- oder Stauchschmerz besteht nicht.

Anamnese:

Nicht selten sind schon früher Kiefergelenksluxationen vorausgegangen. Zum aktuellen Ereignis berichten die Patienten über ein mehr oder minder schmerzhaftes Knacken in einem oder beiden Kiefergelenken mit nachfolgendem Unvermögen, die Zahnreihen zu schließen, vielmehr bestehe ein federnder Widerstand im betroffenen Gelenk. Das Ereignis tritt auf anlässlich einer weiten Öffnungsbewegung des Unterkiefers beim Gähnen, Lachen, Grimassieren oder auch beispielsweise bei zahnärztlicher Behandlung. Isolierte Kiefergelenksluxationen anlässlich eines Unfalls sind sehr selten.

Sofortdiagnostik:

Klinische Inspektion, Palpation und Prüfung der passiven Beweglichkeit des Unterkiefers ergeben die oben genannten Symptome, die zur Diagnose führen.

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

Falsch ist es, den Unterkiefer mit Gewalt schließen zu wollen! Dagegen sollte ein Versuch der Reposition mit dem Handgriff des Hippokrates gemacht werden: Unterkiefer mit beiden Händen fassen, die Daumen dabei auf die Zahnreihen legen, Unterkiefer zuerst nach vorn und unten ziehen und damit den Gelenkkopf aus seiner muskulär fixierten Zwangslage vor dem Gelenkhöcker lösen; danach Unterkiefer nach unten und hinten schieben und damit den Gelenkkopf wieder zur Pfanne führen. Nach Reposition Kinnschleuder-Verband zur Immobilisation des Unterkiefers anlegen.

Gelingt das Manöver nicht, so ist in der Regel Allgemeinanästhesie mit Relaxation notwendig.

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

Wenn die einfache manuelle Reposition mißlingt, ist die Überweisung zum Arzt für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie oder an eine entsprechende Fachabteilung indiziert.

**Zusätzliche
Maßnahmen bzw.
Anordnungen:**

Eventuell sedieren.

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

Habituelle Kiefergelenksluxation: Der Patient kann das Gelenk ohne besondere Beschwerden willentlich aus-, aber auch wieder einrenken.

Kieferfraktur, Kiefergelenkfraktur:

Unfallereignis in der Anamnese, deutliche Schmerzen in Ruhe und bei Bewegung. Schwellung, Hämatom, Stauchschmerz und Druckschmerz am Unterkiefer bzw. Kiefergelenk, evtl. abnorme Beweglichkeit nachweisbar. Spezielle Röntgendiagnostik notwendig!

Spasmen im Forofacialen Bereich mit weiter Kieferöffnung bis zur Luxation der Gelenke und Zungenerektionen als Nebenwirkung bei Psychopharmaka: Medikamentenanamnese. Zur Therapie sind Antiparkinsonmittel einzusetzen.

AZUCHEMIE

Ein Maßstab
für Qualität
und Kostensenkung



Rheumatismus, Arthrosen, Lumbago

2-fach Kraft

- hochdosierte Monosubstanz



- tiefgreifende Wärmetherapie



Die entscheidende Preisgünstigkeit spricht für Phlogont



Phlogont Salbe 100 g: (2-Hydroxyethyl)-salicylat 10,0 g **Indik.:** Degenerative und entzündl.-rheumat. Muskel- und Gelenkerkrankungen, Lumbago, Ischialgie, Sport- und Unfallverletzungen mit Prellungen, Zerrungen, Stauchungen. **Kontraind.:** Salicylsäureüberempfindlichkeit. **Dos.:** mehrmals täglich einmassieren. **Phlogont Salbe 50 g** DM 8,25, 100 mg DM 12,95. **Phlogont -Thermal Salbe 100 g:** (2-Hydroxyethyl)-salicylat 10,0 g, Benzylnicotinat 2,5 g **Indik.:** Degenerative und entzündl.-rheumat. Muskel- und Gelenkerkrankungen, bei denen eine intensive Durchblutungsförderung angezeigt ist, Lumbago, Ischialgie, Sport- und Unfallverletzungen mit Prellungen, Zerrungen, Stauchungen. **Kontraind.:** Salicylsäureüberempfindlichkeit. **Hinw.:** Nicht auf Schleimhäute oder in die Augen bringen. **Dos.:** mehrmals täglich einmassieren. **Phlogont -Thermal Salbe 50 g** DM 8,85, 100 g DM 13,85. AZUCHEMIE 7016 Gerlingen/Stuttgart

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

Hot/Seale:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Micheleu, Lkr. Lichtenfels:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Kronach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Coburg:

1 Augenarzt

Rehe, Lkr. Hof/Saale:

1 Augenarzt

Coburg:

1 HNO-Arzt

Coburg:

1 Hautarzt

Kulmbach:

1 Hautarzt

Wunsledt:

1 Heuterzt

Neustadt bei Coburg, Lkr. Coburg:

1 Kinderarzt

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

Mittelfranken

Nürnberg-Leonherd/Sündersbühl/ Großreuth:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-Reichelsdorf/Mühlhof/ Krottanbach:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Nürnberg-St. Johannis:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Ansbach:

1 Augenarzt

Gunzenhausen:

1 Augenarzt

Fürth:

1 Chirurg

(Praxisübernahmemöglichkeit)

Dinkelsbühl, Lkr. Ansbach:

1 Hautarzt

Gunzenhausen:

1 Hautarzt

Nürnberg:

1 Internist

(Praxisübernahmemöglichkeit)

Lkr. Ansbach:

1 Nervenerzt

Gunzenhausen:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 8, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 46 27 - 528.

Unterfranken

Gochsheim, Lkr. Schweinfurt:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Waldberebrunn, Lkr. Aschaffenburg:

1 Allgemein-/Praktischer Arzt

Erlenbach oder Klingenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Augenarzt

Heßfurt, Lkr. Heßberge:

1 Augenarzt

Karlstadt oder Merktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:

1 HNO-Arzt

Elsenfeld, Lkr. Miltenberg:

1 Hautarzt

Haßfurt, Lkr. Heßberge:

1 Hautarzt

Lkr. Miltenberg, Planungsbereich Obernburg:

1 Internist

Erlenbach oder Klingenberg, Lkr. Miltenberg:

1 Kinderarzt

Heßfurt oder Ebern, Lkr. Haßberge:

1 Kinderarzt

Haßfurt, Lkr. Haßberge:

1 Nervenerzt

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

Oberpfalz

Kötzting, Lkr. Chem:

1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Augenarzt

Lkr. Cham:

1 HNO-Arzt

Lkr. Tirschenreuth:

1 HNO-Arzt

Stadt Cham, Lkr. Chem:

1 Hautarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:

1 Hautarzt

Stadt Weiden:

1 Hautarzt

Furth i. Wald, Lkr. Cham:

1 Kinderarzt

Kötzting, Lkr. Cham:

1 Kinderarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:

1 Kinderarzt

Stadt Tirschenreuth, Lkr. Tirschenreuth:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg, Telefon (09 41) 20 02-0.

Niederbayern

Viechtach, Lkr. Regen:

1 Augenarzt

Lkr. Rottal-Inn:

1 Hautarzt

Lkr. Regen:

1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (09 421) 2 30 61.

Schwaben

Bad Wörishofen, Lkr. Unterallgäu:

1 Frauenarzt

Königsbrunn oder Bobingen, Lkr. Augsburg:

1 HNO-Arzt

Gersthofen, Lkr. Augsburg:

1 Kinderarzt

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

Der 36. Bayerische Ärztetag hat am 1. Oktober 1983 in Würzburg die folgenden Änderungen der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat den Änderungsbeschuß mit Schreiben vom 10. Oktober 1983, Nr. I E 8 - 5012 - 5/5/83, genehmigt.

Änderungen der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1978

(„Bayerisches Ärzteblatt“ 1977, Sondernummer Dezember, Seite 22 ff.)

I.

Die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns wird wie folgt geändert:

§ 1 Abs. 7 wird gestrichen;
Abs. 8 wird Abs. 7

§ 2 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„Der Arzt hat seine Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dieses schriftlich festzuhalten.“

Abs. 4 erhält folgende Fassung:

„Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höheren Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt.“

Abs. 6 erhält folgende Fassung:

„Wenn mehrere Ärzte gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis des Patienten anzunehmen ist.“

§ 7 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„Der Arzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich beruflich fortzubilden und sich dabei über die für seine Berufsausübung jeweils geltenden Bestimmungen zu unterrichten.“

§ 11 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„Eine nach den Grundsätzen des § 2 zulässige Herausgabe von ärztlichen Aufzeichnungen, Krankenblät-

tern, Sektionsbefunden, Röntgenaufnahmen und anderen Untersuchungsbefunden soll an nichtärztliche Stellen oder an Ärzte, die nicht an der Behandlung beteiligt sind, in Verbindung mit der Erstattung eines Berichts oder Gutachtens erfolgen, wenn es für das Verständnis dieser Unterlagen erforderlich ist.“

§ 14 Abs. 1 Satz 3 erhält folgende Fassung:

„Der Arzt hat dabei die besonderen Umstände des einzelnen Falles, insbesondere die Schwierigkeit der Leistung, den Zeitaufwand, sowie die örtlichen Verhältnisse nach billigem Ermessen zu berücksichtigen.“

In Abs. 1 wird folgender Satz 5 angefügt:

„Bei Abschluß einer Honorarvereinbarung (§ 2 GOÄ) hat der Arzt auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.“

Abs. 4 erhält folgende Fassung:

„Der Arzt darf ein Gutachten über die Angemessenheit der Honorarforderung eines anderen Arztes nur im amtlichen Auftrag oder mit Genehmigung der Kammer abgeben.“

§ 18 erhält folgende Fassung:

„Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungsmaterial ein Entgelt oder andere Vorteile sich versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu gewähren.“

§ 23 Abs. 1 erhält folgende Fassung:

„Dem Arzt ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder

Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Er darf diese auch nicht als Zuschauer bei ärztlichen Verrichtungen zulassen. Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder einem medizinischen Assistenzberuf befinden, und Angehörige von Patienten, für deren Anwesenheit eine ärztliche Begründung besteht, werden hiervon nicht betroffen.“

§ 24 Abs. 5 erhält folgende Fassung:

„Die Tätigkeit ärztlich-wissenschaftlicher Mitarbeiter der Industrie soll sich auf eine fachliche Information von Ärzten über Wirkung und Anwendungsweise von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln beschränken. Es ist diesen Ärzten nicht gestattet, bei Apothekern, Händlern oder anderen Nichtärzten um Bestellungen zu werben.“

Nach § 25 wird folgender § 25 a eingefügt:

„Arzt und Industrie

(1) Soweit Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei-, Heil-, Hilfsmitteln oder medizinisch-technischen Geräten erbringen (z.B. bei der Entwicklung, Erprobung und Begutachtung), darf das hierfür bestimmte Honorar einen angemessenen Umfang nicht überschreiten und muß der erbrachten Leistung entsprechen.

(2) Dem Arzt ist es untersagt, Werbegaben aller Art von solchen Herstellern entgegenzunehmen. Dies gilt nicht für solche Gegenstände, welche lediglich einen geringen Gebrauchswert für die berufliche Tätigkeit des Arztes darstellen.

(3) Bei Informationsveranstaltungen solcher Hersteller hat der Arzt zu berücksichtigen, daß alleine der Informationszweck im Vordergrund bleibt und ihm keine unangemessene Aufwendung für Bewirtung und vergleichbare Vorteile (z.B. Reiseaufwendungen) entgegengebracht werden.“

§ 26 Abs. 1 Satz 1 erhält folgende Fassung:

„Anzeigen in Zeitungen über die Niederlassung oder Zulassung dürfen außer der Anschrift der Praxis nur die für die Schilder des Arztes

gestatteten Angaben enthalten und nur dreimal in der gleichen Zeitung innerhalb der ersten drei Monate nach der Niederlassung oder nach der Aufnahme der Kassenpraxis veröffentlicht werden."

Abs. 2 erhält folgende Fassung:

"Im übrigen sind Anzeigen in Zeitungen nur bei längerer Abwesenheit von der Praxis oder bei Krankheit sowie bei der Verlegung der Praxis und bei der Änderung der Sprechstundenzeit oder der Fernsprechnummer gestattet. Derartige Anzeigen dürfen höchstens zweimal je Anlaß veröffentlicht werden."

Abs. 4 erhält folgende Fassung:

"Ärzte dürfen sich, abgesehen von amtlichen Verzeichnissen, nicht in Verzeichnisse mit werbendem Charakter aufnehmen lassen."

In § 27 werden nach Abs. 1 folgende Absätze 2 und 3 eingefügt:

"(2) Die Bezeichnung ‚Professor‘ darf geführt werden, wenn sie auf Vorschlag der medizinischen Fakultät (Fachbereich) durch das ent-

sprechende Landesministerium verliehen worden ist. Dasselbe gilt für die von einer ausländischen medizinischen Fakultät einer wissenschaftlichen Hochschule verliehene Bezeichnung ‚Professor‘, wenn sie entsprechend den in der Bundesrepublik Deutschland geltenden Regeln verliehen wurde.

(3) Die nach Abs. 2 Satz 2 führungsbare, im Ausland erworbene Bezeichnung ist in der Fassung der ausländischen Verleihungsurkunde zu führen."

Abs. 1 letzter Satz wird Abs. 4.

Abs. 2 wird Abs. 5.

Abs. 3 wird Abs. 6.

§ 30 erhält folgende Fassung:

"Freier Dienstleistungsverkehr im Rahmen der Europäischen Gemeinschaft

Diese Berufsordnung gilt auch für Ärzte, die im Geltungsbereich dieser Berufsordnung nur vorübergehend Dienstleistungen in ihrem Beruf erbringen und Staatsangehörige eines anderen Mitgliedsstaates der Europäischen Gemeinschaft sind."

Nach § 30 wird folgender § 31 eingefügt:

„Übergangsbestimmung

Wer bei Inkrafttreten dieser Änderung die Bezeichnung ‚Professor‘ führt, darf dies auch weiterhin, wenn die Bezeichnung von einer deutschen Behörde verliehen worden ist. Für die im Ausland erworbene Bezeichnung ‚Professor‘ gilt die in § 27 (2) getroffene Regelung auch für die vor Inkrafttreten dieser Vorschrift geführten Bezeichnungen."

ii.

Diese Änderungen der Berufsordnung treten mit dem 1. Januar 1984 in Kraft.

Würzburg, 1. Oktober 1983

gez. Professor Dr. Sewering
Präsident der Bayerischen
Landesärztekammer

— Es ist beabsichtigt, in einem der nächsten Ärzteblätter die ab 1. Januar 1984 gültige Berufsordnung für die Ärzte Bayerns als Ganzes im Mittelteil des Heftes — herausnehmbar — zu veröffentlichen. —

Der 36. Bayerische Ärztetag beschloß am 2. Oktober 1983 nach Artikel 15 Abs. 2 des Gesetzes über die Berufsvertretungen und über die Berufsgewerkschaft der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. März 1978 (GVBl. 1978, S. 67) folgende Beitragsordnung, die mit Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 10. Oktober 1983 — I E 8-5011-5/6/83 — genehmigt worden ist.

Beitragsordnung der Bayerischen Landesärztekammer

Beitragspflicht

§ 1

(1) Die Bayerische Landesärztekammer erhebt zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben Beiträge von den Mitgliedern der Ärztlichen Kreisverbände, die Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit erzielen.

(2) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag. Beitragsjahr ist das Kalenderjahr.

(3) Die Beitragspflicht besteht, wenn der Arzt zum 1. Februar des Beitragsjahres Mitglied eines Ärztlichen Kreisverbandes ist oder nach diesem Zeitpunkt Mitglied wird. Ist der Arzt für das Beitragsjahr bereits von einer anderen Landesärztekam-

mer zum Beitrag veranlagt worden, entfällt die Beitragspflicht.

Beitragsbemessung

§ 2

(1) Der Beitrag wird entsprechend dem Gesamteinkommen aus ärztlicher Tätigkeit nach Beitragsstufen erhoben. Die Beitragsstufen ergeben sich aus der Beitragstabelle, die Bestandteil dieser Beitragsordnung ist.

(2) Das Gesamteinkommen aus ärztlicher Tätigkeit wird wie folgt ermittelt:

a) Brutto-Einnahmen (Umsatz) aus Tätigkeiten als zugelassener Arzt,

Vertragsarzt oder beteiligter Krankenhausarzt und/oder

b) Brutto-Einnahmen aus sonstiger selbständiger ärztlicher Tätigkeit und/oder

c) Brutto-Arbeitseinkommen aus nichtselbständiger ärztlicher Tätigkeit und/oder

d) Brutto-Einkünfte aus allen sonstigen ärztlichen Tätigkeiten (z. B. Begutachtungen, Notarzdienst, Pool-Beteiligung).

(3) Bemessungsgrundlage für die Einstufung ist das im Vorjahr erzielte Gesamteinkommen. Hat der Arzt im Vorjahr Einkommen aus ärztlicher Tätigkeit nicht erzielt, erfolgt die Einstufung zunächst in Stufe 1 der Beitragstabelle.

(4) Ärztliche Tätigkeit im Sinne dieser Beitragsordnung umfaßt nicht nur die Behandlung von Patienten, sondern jede Tätigkeit, bei der ärztliche Fachkenntnisse angewendet oder mitverwendet werden (z. B. in Lehre und Forschung, in der pharmazeutischen Industrie, fachjournalistische Tätigkeit).

(5) Entsteht die Beitragspflicht erst nach dem 1. Februar eines Beitragsjahres, so wird der Beitrag anteilig nach vollen Monaten erhoben.

Beitragsfestsetzung

§ 3

(1) Die Beitragsfestsetzung erfolgt durch Beitragsbescheid, der mit einer Rechtsmittelbelehrung nach § 58 Abs. 1 VwGO zu versehen ist.

(2) Hat der Beitragspflichtige im Vorjahr Einnahmen gemäß § 2 Abs. 2 Buchstabe a) erzielt, so wird der Beitrag in der höchsten Beitragsstufe festgesetzt. Die Festsetzung ist zu ändern, wenn der Beitragspflichtige innerhalb eines Monats nach Zugang des Beitragsbescheides unter Angabe seines Gesamteinkommens die Einstufung nach § 2 Abs. 3 Satz 1 beantragt und die Überprüfung zur Einstufung in eine andere Beitragsstufe führt. Der Beitragspflichtige ist hierauf im Beitragsbescheid hinzuweisen.

(3) Abs. 2 Satz 1 gilt entsprechend für die übrigen Beitragspflichtigen, wenn sie nicht innerhalb eines Monats nach Zugang einer schriftlichen Aufforderung ihr Gesamteinkommen gemäß § 2 Abs. 2 mitteilen.

Auskunftspflicht

§ 4

(1) Alle für die Beitragsfestsetzung erforderlichen Angaben sind vom Beitragspflichtigen wahrheitsgemäß zu machen.

(2) Auf Verlangen der Kammer hat der Beitragspflichtige seine gesamten Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit in geeigneter Form nachzuweisen. Führt er den Nachweis nicht innerhalb einer zu setzenden angemessenen Frist, so gilt § 3 Abs. 2 Satz 1 entsprechend.

Fälligkeit

§ 5

(1) Der Beitrag wird einen Monat nach Zugang des Beitragsbescheides zur Zahlung fällig.

(2) Der Beitrag von Beitragspflichtigen mit Einkommen nach § 2 Abs. 2 Buchstabe a) wird über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns eingezogen, sofern der Beitragspflichtige dem nicht schriftlich widersprochen hat.

Stundung und Erlaß

§ 6

(1) Auf schriftlichen Antrag kann der festgesetzte Beitrag zur Vermeidung unzumutbarer Härten gestundet, ermäßigt oder erlassen werden. Die Voraussetzungen für die Stundung, Ermäßigung oder den Erlaß sind auf Aufforderung nachzuweisen.

(2) Der Antrag ist innerhalb eines Monats nach Zugang des Beitragsbescheides oder in den Fällen des § 3 Abs. 3 innerhalb eines Monats nach Zugang der schriftlichen Aufforderung zu stellen.

Beitreibung

§ 7

(1) Rückständige Beiträge werden zweimal mit monatlicher Zahlungsfrist angemahnt.

(2) Die zweite Mahnung erfolgt frühestens 5 Wochen nach Absendung der ersten Mahnung und wird zugestellt.

(3) Kommt der Beitragspflichtige nach der zweiten Mahnung innerhalb eines Monats (Abs. 1) seiner Zahlungspflicht nicht oder nicht vollständig nach, wird der Beitrag zusammen mit den hierdurch entstehenden Auslagen nach Art. 35 des Kammergesetzes beigetrieben.

Zuständigkeit

§ 8

Der Vollzug der Beitragsordnung obliegt der Geschäftsführung der

Bayerischen Landesärztekammer, sofern nicht der Vorstand nach anderen Rechtsvorschriften zuständig ist.

Inkrafttreten

§ 9

Diese Beitragsordnung tritt am 1. Januar 1984 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Beitragsordnung vom 1. Januar 1977 außer Kraft.

Würzburg, 2. Oktober 1983

gez. Professor Dr. Sewering
Präsident der Bayerischen
Landesärztekammer

Beitragstabelle

— Anlage zur Beitragsordnung —

Gesamt-Brutto-Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit:

	von DM bis DM	Beitrag
1.	bis 20 000,—	DM 55,—
2.	20 001,— — 40 000,—	DM 110,—
3.	40 001,— — 60 000,—	DM 165,—
4.	60 001,— — 80 000,—	DM 220,—
5.	80 001,— — 100 000,—	DM 275,—
6.	100 001,— — 120 000,—	DM 345,—
7.	120 001,— — 140 000,—	DM 415,—
8.	140 001,— — 160 000,—	DM 485,—
9.	160 001,— — 180 000,—	DM 555,—
10.	180 001,— — 200 000,—	DM 625,—
11.	200 001,— — 220 000,—	DM 695,—
12.	220 001,— — 240 000,—	DM 765,—
13.	über 240 001,—	DM 800,—

Bayerische Ärzteversorgung

Die Bayerische Ärzteversorgung informiert darüber, daß ab Dezember 1983 für die beamteten Mitglieder und Versorgungsempfänger ein Merkblatt zur Verfügung steht, welches die Auswirkungen des Bezuges von Versorgungsleistungen aus dem Versorgungswerk auf beamtenrechtliche Versorgungsbezüge (Pensionen) darstellt und Empfehlungen gibt.

Das Merkblatt wird auf Wunsch zugesendet.

Postanschrift:

Bayerische Ärzteversorgung, Postfach, 8000 München 22

Gesundheitspolitische Diskussionen

Die Anzeichen für eine Belebung der gesundheitspolitischen Diskussion mehren sich. DGB und SPD bereiten gesundheitspolitische Programme vor. Lambsdorff und Blüm sprechen auf Ärztetagen. In der Koalition wächst die Einsicht, nicht die ganze Legislaturperiode ohne eigenes gesundheitspolitisches Konzept bestreiten zu können. Die Politik beginnt damit, über die Konsequenzen der sich anbahnenden Ärzteschwemme nachzudenken. Geißler kündigt Entwürfe für die Änderung der Bundesärzteordnung und der Approbationsordnung an; er will die praktische Ausbildung der Ärzte verbessern. Aber der Verordnungsentwurf zur Verlängerung der Vorbereitungszeit für die kassenärztliche Tätigkeit auf 18 Monate hängt noch immer im Bundesrat. Es mehren sich die Vorschläge zur Neuordnung der Krankenhausfinanzierung. Die vielen Papiere, Aussagen und Meinungen ergeben aber noch kein klares Bild über den künftigen Kurs der Gesundheitspolitik. Damit wird man, wenn überhaupt, frühestens zur Jahresmitte 1984 rechnen können.

Dennoch lohnt sich, eine Reihe politisch relevanter Äußerungen festzuhalten. Vor dem Bundesgesundheitsrat sagte Geißler: „Wir wollen in der Gesundheitspolitik keinen Dirigismus.“ Hoffentlich erinnert sich der Minister an diese Äußerung, wenn er daran geht, seine Politik konkret zu formulieren. Seine Sorge ist nicht so sehr, daß es zu viele Ärzte geben könne, sondern daß es zuviel schlecht ausgebildete Ärzte geben werde. Daher kündigte Geißler vor dem Bundesgesundheitsrat an, daß eine zweijährige Praxisphase nach dem Medizinstudium eingeführt werden solle, die in Krankenhäusern und ärztlichen Praxen abgeleistet werden müsse. Diese Praxisphase sei vor der Approbation zu absolvieren, da eine Zwangsweiterbildung nicht in unser Rechts- und Verfassungssystem passe. Zur Förderung der Allgemeinmedizin werde daran gedacht, die in der Praxisphase gesammelten Erfahrungen auf eine spätere Weiterbildung einzurechnen.

Vor dem Hartmannbund wies auch Lambsdorff darauf hin, daß die Ärzteusbildung mehr praxisorientiert sein müsse. Die Vollapprobation könne es erst nach einer Art Pflichtassistentenzeit von ein bis zwei Jahren geben. Die Aufgabe, die Ärzteschwemme zu bewältigen, wies Lambsdorff der Ärzteschaft zu. Die Antwort auf diese Herausforderung müßten die Ärzte selbst finden. Er könne und wolle sie aus seinem Verständnis der Funktion des Wirtschaftsministers nicht geben. Aber diese Antwort müsse überzeugen, denn die Funktionsfähigkeit der freien Praxis stehe auf dem Spiel, meinte Lambsdorff, der auch darauf hinwies, daß trotz der Beitragssenkungen der letzten Zeit nicht davon die Rede sein könne, „daß wir die Kostenentwicklung im Griff haben“. So fehle es in den Krankenhäusern an Wirtschaftlichkeit. Auch das Sachleistungssystem ermuntere die Beteiligten nicht zu wirtschaftlichem Verhalten. Das gelte für Leistungserbringer wie für Leistungsempfänger. Zwar ist bekannt, daß Lambsdorff für mehr Selbstbeteiligung, mehr Selbstverwaltung und Wettbewerb eintritt; ein Konzept für die Weiterentwicklung der Krankenversicherung ist auch bei ihm nicht zu entdecken.

Die SPD will im späten Frühjahr 1984 einen gesundheitspolitischen Kongreß veranstalten, auf dem ein neues gesundheitspolitisches Programm verkündet werden soll. Hinweise auf die Absichten der SPD haben die stellvertretende Vorsitzende der Bundestagsfraktion, Anke Fuchs, in Bonn und Abgeordneter Jürgen Egert auf dem Berliner Apothekertag gegeben. Danach ist es das Ziel, zwischen den Leistungserbringern im Gesundheitswesen und den Vertretern der Interessen der Versicherten für ein „Gleichgewicht der Kräfte“ zu sorgen. Dann könne sich der Gesetzgeber darauf beschränken, den gesetzlichen Rahmen abzustecken. Das Gesetz soll aber auch Formen der vertraglichen Vereinbarungen vorgeben. Was das für die niedergelassenen Ärzte bedeutet, hat Frau Fuchs deutlich gemacht: „In der ambulanten

ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung wollen wir die Einzelleistungsvergütung durch eine andere Vergütungsform, die sich an Leistungskomplexen orientiert, ersetzen.“ Das Krankenkassenrecht soll so verändert werden, daß jede Kassenart zu gleichen Bedingungen am Wettbewerb teilnehmen kann. Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte sollen in gemeinsamen Einrichtungen medizinisch-technische Großgeräte nutzen.

In einem programmetischen Papier der Arbeitgeberverbände zur „Stabilisierung der Sozialversicherung“ wird die Ansicht vertreten, daß gerade in der gesetzlichen Krankenversicherung das Subsidiaritätsprinzip betont werden könne. Die Arbeitgeber wenden sich gegen eine Zerlegung des Leistungsrahmens in Grund- und Zusatzsicherungen mit differenzierten Beitragssätzen. Sie befürworten dagegen einen konsequenten Ausbau der Eigenbeteiligung der Versicherten. Über „funktionsgerechte Steuerungselemente“ könne eine pflegliche Inanspruchnahme der Leistungen erreicht werden.

Die Arbeitgeberverbände sehen, daß dem behandelnden Arzt eine „zentrale Funktion“ zukommt. Notwendig sei daher das besonnene und kostenbewußte Verordnen von Leistungen. Das müsse durch eine sachgerechte Ausgestaltung der Vergütungs- und Abrechnungssysteme gefördert werden. Der Ärzteschwemme soll mit einer besseren regionalen Bedarfsplanung, der Steuerung des Zugangs zu den Gesundheitsberufen und mit veränderten Vergütungsformen begegnet werden. Das wird wohl als Forderung nach der Preisgabe der Einzelleistungsvergütung zu werten sein. Als einen „Weg zum geordneten Zugang zu den medizinischen Leistungen“ sehen die Arbeitgeber die Ausgabe nur eines Krankenscheines je Quartal an.

Von der Uniovn ist derzeit wenig zu hören. Blüm ist mit den Themen Arbeitslosigkeit, Renten, Arbeitszeit voll ausgelastet. In seinem Ministerium fehlt es an Ideen und Köpfen, die die Gesundheitspolitik bewegen könnten. Das gibt der stärksten Regierungsfraktion die Chance, mehr als bisher die gesundheitspolitische Diskussion zu bestimmen.

bonn-mot

Dem Umweltsünder Auto auf der Spur

Vor dem Hintergrund des Waldsterbens debattierte der Bayerische Landtag mehrere Stunden die Wechselwirkungen zwischen Luftreinhaltepolitik und Kraftfahrzeugverkehr, eine Diskussion, die „seit der Jahreswende immer mehr zu einer Diskussion über die Beteiligung des Autos an dieser Entwicklung“ wurde. Wie der CSU-Abgeordnete Alois Glück als Interpellant einer Großen Anfrage erklärte, werde heute kaum mehr bestritten, daß Stickoxide, die von den Kraftfahrzeugen emittiert werden, zu den Verursachern gehörten. Andererseits verlange die Automobilindustrie immer den Nachweis über den Anteil des Autos an der Schadensursache. Grundsätzlich erklärte der Umweltexperte der CSU-Fraktion: „Die Notwendigkeit der Entgiftung der Autos kann nicht davon abhängen, mit welchem Prozentsatz die Autos am Waldsterben beteiligt sind. Unbestritten ist, daß die Schadstoffe aus den Autos einen Risikofaktor nicht nur für den Wald, sondern für die gesamte belebte Umwelt darstellen.“ Deshalb müsse er minimiert werden. Dies freilich geht nach den Worten von Umweltminister Alfred Dick zu Lasten des Autofahrers, denn „Umweltschutz zum Nulltarif“ könne es nicht geben. Er sei sicher, daß der Autofahrer in Zukunft mehr für sein Fahrzeug ausgeben müsse, da der Betrieb mit bleifreiem Benzin teurer werde. Mit geeigneten steuerpolitischen Maßnahmen müsse aber dafür gesorgt werden, daß die Technologien zur Herabsetzung des Schadstoffausstoßes finanziell begünstigt würden, verlangte der Minister.

In der Begründung der Großen Anfrage warnte Alois Glück vor einer Schwarzweißmalerei, die das Auto entweder als Kultgegenstand betrachte oder als Teufelswerk abtue. Man müsse zwischen der Schlüsselrolle des Autos für die moderne arbeitsteilige Industriegesellschaft und den vom Auto verursachten Umweltschäden abwägen. Im Zweifel gelte aber, daß der langfristigen Sicherung der natürlichen Lebensbedingungen die Vorfahrt gebühre. Dazu verlangte Alois Glück, daß nicht nur der Staat, sondern auch der Bürger selbst über-

lege, welchen Beitrag er zur Luftreinhaltung leisten könne. Dies sei mit ein Zweck der Interpellation.

Einen ausführlichen Überblick über den Kraftfahrzeugbestand in Bayern und die Schadstoffbelastungen gab Umweltminister Alfred Dick: In Bayern gab es im vergangenen Jahr rund 5,3 Millionen Kraftfahrzeuge. Seit dem Jahr 1979 hat sich damit der Bestand um rund 2,1 Millionen (68,2 Prozent) erhöht. Demgegenüber stieg der Verbrauch an Vergaser- und Dieselmotoren nur um 29,3 Prozent, nämlich von 4,8 auf 6,2 Millionen Tonnen. Der Minister führte dies vor allem auf die verbesserte Technologie der Kraftfahrzeuge zurück. Während das Auto an den Emissionen von Schwefeldioxid fast unschuldig ist, zählt es zu den Hauptverursachern bei Kohlenmonoxid, Kohlenwasserstoffen und Stickstoffoxiden. Die Bleibelastung zeigt eine fallende Tendenz. Am Kohlenmonoxid – jährlich in der Bundesrepublik zehn Millionen Tonnen – ist das Kraftfahrzeug mit 67 Prozent beteiligt. Von den rund drei Millionen Tonnen Stickstoffoxiden verursachte das Auto im Jahr 1979 rund 45 Prozent, und bei den Stickstoffoxid-Emissionen kamen 1981 sogar 66 Prozent (250 000 Tonnen) vom Straßenverkehr. Am jährlichen Ausstoß von insgesamt 1,7 bis 1,8 Millionen Tonnen Kohlenwasserstoff hatte der Verkehr 1978 einen Anteil von 37 Prozent.

Am Waldsterben ist der Kraftfahrzeugverkehr vor allem infolge der Stickstoffoxide mitschuld, da das Stickstoffdioxid eine der giftigsten Verbindungen für Pflanzen ist. Stick-

stoffoxide wie auch die übrigen Abgase beeinträchtigen jedoch auch stark die Gesundheit von Mensch und Tier. Die Abgasvorschriften der USA und von Japan sind nach Aussage Dicks erheblich schärfer als die Bestimmungen in der Bundesrepublik Deutschland, ja sogar schärfer als die EG-Richtlinie, die derzeit eingeführt wird. Mit den neuen, von der Bundesregierung für 1986 beschlossenen Schritten zur Herabsetzung der Emissionshöchstwerte werden voraussichtlich auch bei uns die amerikanischen Vorschriften eingeführt. Im vergangenen Jahr war die Hälfte des in den USA verkauften Benzins bleifrei, in Japan sogar 95 Prozent.

Wenn ab 1986 im gesamten Bundesgebiet bleifreies Benzin auf den Markt kommt, wird es – laut Minister Dick – zumindest die Qualität „bleifreies Normalbenzin“ geben. Für Fahrzeuge ohne Katalysatoren bedeute dies keinen Mehrverbrauch. Die Raffinerien würden allerdings mehr Rohöl und mehr Energie benötigen, berichtete Dick. Bei der Verringerung von Schadstoffen bestehen jedoch nach seiner Ansicht keine unlösbaren Zielkonflikte zwischen den verschiedenen Bereichen der Umweltpolitik. Dank neuer Motortypen konnten in den letzten Jahren die Schadstoffe um etwa 50 bis 70 Prozent verringert werden. Allerdings sind in der nächsten Zeit nur noch kleine Fortschritte zu erwarten, sagte der Minister. Im Mittelpunkt der Maßnahmen zur Senkung der Schadstoffe steht der Einbau von Abgaskatalysatoren in die Autos. Diese Katalysatoren werden die Neuwagen im Durchschnitt zwischen 800 und 1500 DM verteuern. Auch die Wartungskosten werden höher. Der Benzinpreis liegt nach Angaben des Ministers in etwa ein bis zwei Pfennigen über dem gegenwärtigen Niveau. Kostspieliger werde auch die TÜV-Untersuchung. Dem stehe jedoch eine mehr als doppelte Lebensdauer von Auspuffanlagen und Zündkerzen gegenüber; auch das Öl müsse bei bleifreiem Benzin nicht mehr so oft gewechselt werden. Die Umstellungszeit der Kfz-Produktion bezifferte der Minister auf drei bis fünf Jahre, hielt jedoch eine nachträgliche Umrüstung der Autos aufgrund der Kosten nicht für sinnvoll. Seinen Überblick schloß der Minister mit einem Appell an die Kraftfahrer, auf „umweltbelastende Unarten“ zu verzichten.

Michael Gscheidle

*Wenn Sie Ihre Fortbildung
für 1984 planen:*

*Der Fortbildungskongreß der
Bundesärztekammer in*

Badgastein

findet statt

vom 11. bis 23. März.

Bücher von Ärzten für Ärzte

Zum eventuellen Weihnachtseinkauf bringen wir noch die seit den letzten Besprechungen im August herausgekommenen Neuerscheinungen.

Der „Äskulap und Pegasus“ wünscht allen seinen Lesern frohe Festtage und ein glückliches neues Jahr 1984.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

Almanach 83 deutscher Schriftstellerärzte

Herausgeber: Dr. A. Jüngling, 328 S., zahlr. Bildtafeln, Entwurf und Linolschnitt v. Dr. R. Lodes, brosch., DM 20,-. Verlag Th. Breit, Marquardstein.

Wiederum erschien rechtzeitig vor Weihnachten der nun schon traditionell gewordene Almanach deutscher Schriftstellerärzte. Im Vorwort weist der Herausgeber auf Beiträge hin, die sich mit der Sammlerleidenschaft mancher Kollegen befassen. „Aber auch das Sammeln von Gegenständen, seien sie modern oder antik, macht manchem unserer Jünger Freude. Sie geben sich diesem ‚Sport‘ mit wahrer Leidenschaft hin. Bilder, Waffen, Kult- und Gebrauchsgegenstände aus dem täglichen Leben bilden den Grundstock ihres Bemühens, dessen Erfüllung immer unerreichbar bleibt. Die Sammlung ‚Domnick‘ abstrakter Bilder und Figuren geht weit über das Laienhafte hinaus. Sie ist professionell zu nennen. Das Lebenswerk zweier Ärzte.“ Unter den Sammlern befindet sich auch der Präsident des Bundesverbandes, Professor Dr. Theopold, mit einem originellen Beitrag über das mühevoll Fotografieren von Votivtafeln, eines Brauches, der ausstirbt. Diese befaßten sich oft auch mit dem ärztlichen Beruf, es werden Szenen aus der Krankenstube abgebildet, „etwa eine schwere Geburt oder die Amputation eines Gliedes, eine Punktion der Bauchhöhle oder die Inzision eines Abszesses“. Die übrigen Beiträge der 91 Kolleginnen und Kollegen haben alle möglichen ärztlichen und menschlichen Probleme zum Thema. Sie beschäftigen sich besonders mit „Krieg und Frieden“ und umfassend Lyrik, Haikus, Limericks, Aphorismen und verschiedene Arten von Kurzgeschichten. Da alle Beiträge straff gehalten sind, wird auch der vielbeschäftigte Kollege in ein paar ruhigen Minuten das Buch gerne zur Hand nehmen. Die eingestreuten Bildtafeln regen zum Nachdenken an. — Auch dieser Almanach gibt uns wieder ein lebendiges Bild über die schriftstellerische und künstlerische Tätigkeit unserer deutschen Kollegen.

Schlaf macht das Leben lebenswert

Odor: *Dar awig Müda, dar nicht schlafan kann.*

Verf.: Dr. M. Bajog, 208 S., Paperback, DM 16,80. Verlag R. S. Schulz, Percha.

Der Autor nützt seine ärztlichen Erfahrungen dazu, um auch weitere Kreise über die Gefahren aufzuklären und vor ihnen zu warnen, denen die menschliche Gesellschaft in unserer heutigen Zeit ausgesetzt ist. Sein früheres Buch „Wer raucht, denkt nicht — wer denkt, raucht nicht“ wurde an dieser Stelle in Heft 6/1976, Seite 547, besprochen. Kollege Bajog will auch in dem vorliegenden Buch den Leser nicht schulmeisterlich belehren, sondern ihm mit seiner Darstellung Aufklärung über die wichtige Rolle des Schlafes im Leben des Menschen geben, damit er Schlafstörungen besser überwinden kann. „In diesem Buch werden dazu konkrete, lebensnahe und zum Teil neuartige Ratschläge gegeben. Berücksichtigt werden viele Schlafstörrerze, die von außen, aber auch von innen, d.h. aus der eigenen Psyche, wirken. Dabei werden auch einige wissenschaftlich noch nicht abgesicherte parapsychologische Phänomene dargestellt. Vollständigkeit in der Anführung der vielen möglichen Schlafstörrerze wurde hier jedoch nicht angestrebt.“ Die Themen der ein-

zalen Kapitel sind klar und prägnant erläutert und auch für den Laien verständlich dargestellt. Der Autor schließt sein Buch, das auch für Ärzte interessant zu lesen ist, im Nachwort mit den empfehlenden Worten: „Für das Thema dieses Buches — gasunder und gastörter Schlaf — gilt genauso wie für die anderen Lebensbereiche der Grundsatz: Aktiv bleiben, Geduld üben, Ruhe bewahren, sich nicht unterkriegen lassen — dann sind die Erfolge bereits vorprogrammiert. Denn: Schlaf macht das Leben lebenswert.“

Eines der verwunschenen Häuser

Verf.: Dr. H. Weigold, 199 S., Umschlagillustration v. P. Flora, brosch., DM 8,80. Diogenes Verlag, Zürich.

Der Autor ist einer der Mitbegründer der Bayerischen Landesgruppe und des Bundesverbandes der Deutschen Schriftstellerärzte. Er war der erste Schriftführer des bayerischen Landesverbandes und wurde vorgestellt im „Bayerischen Ärzteblatt“ 6/1970, Seite 584. Er ist ein Arzt mit kriminalistischem Spürsinn und hat schon manchen Krimi als Kurzgeschichte geschrieben. Diesmal wählte er für den vorliegenden Roman Schauplätze aus dem eigenen Leben: Bayern, Tassin, Irland und Italien. „Ein Ahnungsloser und vom Zufall Verführter zerrt am Schleier des Vergessens um einen falsch gesühnten Mord. Das Tarngespinnnt gerät ihm zum Netz, in dem er sich verfangt, umgarnt von der Mörderin wie von einer Spinne. Der jahrelange Zweikampf endet in tödlicher Verstrickung...“ — Ein Roman für Leser, die Krimis lieben.

Begegnungen mit der Einsamkeit

Gedichte

Verf.: N. Simon, 87 S., Umschlaggraphik v. H. Gutzeit, brosch., DM 9,80. J. G. Bläschke Verlag, A-9143 St. Michael.

Der Autor, von dem wir erst in Heft 8/1983 einen kleinen Gedichtband besprochen haben, veröffentlicht hier Gedichte, die zwischen 1945 und 1963 entstanden sind. „Die ganz verschiedenen Formen finden ihre Gemeinsamkeit in dem — gar nicht immer unerwünschten — Treffen mit dem Zustand totaler Isolation. Dieser besteht nicht im Fehlen menschlicher Beziehungen, sondern in der Unfähigkeit, verbalen Kontakt aufzunehmen, wie das erste Gedicht dieses Bandes ‚Sprachhemmung‘ ausdrückt: „ich kann es dir nicht sagen/ wie meiner Seele ist/ Bin froh, daß ich schreiben kann.“ — Die Gedichte geben uns ein interessantes Bild von der

Brot für die Welt



Vereinsamung eines Menschen, dem die durch eine schwere Verletzung bedingte Gehbehinderung jedes „Mitmachen“ verbietet. Der Sarkasmus, der aus manchen Gedichten spricht, wird durch dieses schwere Schicksal verständlich. Denn unsere heutige Gesellschaft ist eine solche der Gestreßten, die nur einen gesunden und voll einsetzfähigen Menschen im Grunde genommen richtig anerkennt. So schreibt der Autor auch in einem Gedicht an Christen Morgenstern: „Was Dir die Welt in bitterem Schmerz mußte rauben/ das gab sie mir im letzten Sinne nie.“ Es sind tiefempfundene lyrische Gedichte darunter, manchmal feinfühlig zert, denn wieder solche voll von bitterem Sarkasmus. Gerade der Nichtbehinderte sollte sie nachdenklich lesen – sie könnten ihm viel geben.

Ich – Du – Wir

Wehrnehmungen – Gedichte – Plastiken

Verf.: Dr. O. Molz, 88 S., Umschlaggrafik und abgebildete Plastiken von H. Fochler, brosch. Alle Rechte beim Verfasser. Zu beziehen durch Dr. O. Molz, Mitterfeldstraße 16, B420 Kelheim.

Der Autor, dessen zwei bisher erschienene Gedichtbände „Menschen gibt's“ (1972) und „Freude eusverkauft“ (1980) an dieser Stelle besprochen wurden, hat sich zur Lebensabendaufgabe als Psychotherapeut vor zwölf Jahren der Leitung von ärztlichen Balint-Gruppen zugewandt. Er erarbeitet in fünf Ärztegruppen in München, Regensburg, in der psychosomatischen Klinik Lindach/Ammersee, im Kreiskrankenhaus Tegernsee und Kelheim die jeweilige Beziehungsdynamik in der Arzt-Patient-Beziehung und hilft den Kollegen, ihren eigenen Standort im jeweiligen Beziehungsgeschehen wahrzunehmen. – Im vorliegenden Gedichtband hat er zusammen mit den Abbildungen der Keramiken das Wesen und Wunder zwischenmenschlicher Beziehung sprachlich gestaltet. „Im Erleben von Nähe in Freundschaft, Partnerschaft, Ehe, Familie, Gruppe „Nähe als Verstanden“ als Geschenk und Wagnis in beschützender Achtsamkeit vor der Genzheit des anderen. Das Ich, das Du, das Wir dieser mitmenschlichen Erfahrungen ist für den Lesenden, Angesprochenen, Hörenden euswechselbar in dem Maße, in dem er sich selber darin wehrnimmt, wie in der Botschaft der Plastiken. Die Gedichte sind einfühlsam zum Thema verfeßt und ein Genuß zu lesen: „Ein einziges Wort/ kann Brücke sein/ zum Wir.“

Ärzte helfen Ärzten

Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

„Die Welt lebt von den Menschen, die mehr tun als ihre Pflicht.“ Gerade wir Angehörigen der Heilberufe wissen, wie wahr dieses Wort ist. Von solchen Menschen lebt auch seit bald 30 Jahren die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“. Denn niemand kann uns verpflichten, für unsere Kollegenkinder zu sorgen, deren Eltern dazu nicht mehr in der Lage sind oder die ohne Eltern leben müssen. Nur unser Mitgefühl läßt uns Verantwortung tragen für Menschen in Not, verpflichtet uns zur Hilfe im Rahmen unserer Möglichkeiten. Es ist kein Zufall, daß Angehörige der Heilberufe diese Stiftung für in Not geratene Kinder von Kollegenfamilien mit ihren Spenden tragen und so auch in diesem Bereich mehr tun als ihre Pflicht.

Wir danken Ihnen im Namen der jungen Menschen, denen Sie im vergangenen Jahr so sehr geholfen haben, und bitten Sie für sie und die neu hinzukommenden Schützlinge um Ihre weitere Unterstützung. Im Jahr 1982 standen 826 Kollegenkinder, die bis zur Beendigung der Berufsausbildung unterstützt werden, in der Betreuung der Stiftung.

Einmellige Spenden oder monatliche Daueraufträge – für die Arbeit der Stiftung besonders hilfreich – tragen nicht nur zur Sicherung der Berufsausbildung unserer Kollegenkinder bei, sie halten auch die „Arztfamilie“ lebendig.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Vilmar
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Dr. Muschallik
1. Vorsitzender der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

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

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

Dr. Hirschmann
Bundesvorsitzender des NAV – Verband
der niedergelesenen Ärzte Deutschlands
e. V.

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

Dr. Walther
1. Bundesvorsitzender des Deutschen
Kassenerztverbandes

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

Dr. Schüller
Präsident der Gemeinschaft Fachärztlicher
Berufsverbände (GFB)

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

Ltd. Medizinaldirektor Dr. Pfau
Vorsitzender des Berufsverbandes
der Ärzte des öffentlichen Gesundheits-
dienstes e. V.

Dr. Sebastian
Präsident des Bundesverbandes der
Deutschen Zahnärzte e. V. – Bundes-
zahnärztekammer

Zahnarzt Herrmann
Bundesvorsitzender des Freien
Verbandes Deutscher Zahnärzte e. V.

Dr. Rupprecht
Präsident der Deutschen
Tierärzteschaft e. V.

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

Dresdner Bank Stuttgart Nr. 122 238 700 (BLZ 600 800 00), Deutsche Apotheker-
und Ärztebank Stuttgart Nr. 00 919 190 (BLZ 600 906 09), Landesgirokasse Stuttgart
Nr. 1 268 267 (BLZ 600 501 01), Postscheckkonto Stuttgart Nr. 415 33-701 (BLZ 600 100 70)

Bauherren-Modell: Auf den Steuervorteil kommt es weniger – mehr auf den Ertrag an

Keufen Sie sich etwas für Geld, das Sie endernfalls dem Fiskus zahlen müßten. Eine verlockende Aufforderung. Sie wird in diesen Wochen vor dem Jahresende noch häufig zu hören sein. Im nächsten Jahr sollen die Steuersparmöglichkeiten über das sogenannte Bauherrenmodell eingeschränkt werden. Also wird es noch drängend angeboten werden.

Ganz gleich, ob Sie in einem Grad der Steuerprogression angelangt sind, in dem Steuervorteile nach diesem System interessant sind oder nicht, am folgenden Fall erkennen Sie, daß diese hochgelobte und als Vorzug für die Reichen vielgeschmähte Form der steuerbegünstigten Anlage schnell zum Verlust führen kann, der sich zudem ständig erhöht.

Ein Mann zeichnete im Jahr 1978 eine Eigentumswohnung nach dem Bauherrenmodell mit 110 qm Wohnfläche zum Preis von 500 000 DM, also für den Quadratmeter rund 4500 DM. Zehn Prozent des Kaufpreises, also 50 000 DM, hatte er als Eigenkapital einzubringen; 450 000 DM hatte er also als Fremdmittel aufzubringen.

Nach anderthalb Jahren Bauzeit wurde diese Wohnung für eine sogenannte „Kaltmiete“, also netto, von 1500 DM vermietet. Das sind 13,64 DM pro qm, ein noch annehmbarer Preis für eine erstklassig ausgestattete Wohnung in guter Lage. Doch hinzu kommt ein monatliches Wohngeld von 720 DM, so daß der Quadratmeter schließlich knapp über 20 DM im Monat kostet, 2220 DM insgesamt.

Für die Fremdmittel hat der Eigentümer indes monatlich 3400 DM Zins und Tilgung zu zahlen. Weil er jedoch nur 1500 DM Kaltmiete einnimmt, wird er aus eigener Tasche mit monatlich 1900 DM belastet. Das hat ihn in den letzten dreieinhalb Jahren bereits 79 800 DM gekostet. Mit den 50 000 DM Eigenkapitaleinsatz am Anfang ist er inzwischen um 130 000 DM ärmer geworden. Selbst nach Abzug dieser Dauereinkaufs von 1900 DM vom steuerpflichtigen Einkommen bleiben dem Bauherrenmodell-Teilnehmer bei einem Grenzsteuersatz von 40 Pro-

zent noch 1140 DM oder von 50 Prozent noch 950 DM selbst zu tragen.

An einen Ausgleich durch eine Mieterhöhung ist auf absehbare Zeit nicht zu denken, berücksichtigen Sie, was der Mieter schon jetzt für die Nutzung von 110 qm monatlich hinzulegen hat. Der Versuch eines Verkaufs dieser Wohnung für 600 000 DM scheiterte bisher. Kein Wunder, für 5600 DM/qm ist auch eine neue Wohnung mit allen Steuervorteilen zu finden.

Das ist durchaus kein Einzelfall. Er drückt mit vielen anderen auf den Immobilienmarkt. An eine Preissteigerung in diesem Bereich ist nicht zu denken. Vielmehr nimmt das Angebot an solchen Eigentumswohnungen aus erster Hand stark zu. Zwangsverkäufe sind zu belächeln. Ein Verkauf mit Gewinn ist in den nächsten fünf bis sechs Jahren wohl kaum zu erwarten. Bis dahin hätte der Eigentümer im Beispielsfall weitere 114 000 DM zuzusetzt, und daß sich das Finanzamt daran zu beteiligen hat, dürfte ihn kaum trösten.

Falls Sie dennoch glauben, auf ein sehr günstiges Bauherrenmodell-Angebot zu stoßen, dann lassen Sie das Projekt durch eine Bausparkasse überprüfen. Falls Sie keiner angehören, dann versuchen Sie es auf Glück bei mehreren. Eine wird Ihnen sicherlich hellen in der Hoffnung, Sie zum Bausparer zu gewinnen. Bausparkassen kennen den Markt, die voraussichtliche Entwicklung in den verschiedenen Regionen, die zumutbare Miethöhe und sie vermögen den Preis zu beurteilen, der Ihnen berechnet werden soll.

Ich habe kürzlich den Chef einer Bauherrenmodell-Gesellschaft gehört. Vor mehr als 100 Interessenten sagte er eindeutig, eine solche Wohnung müsse allein durch die Erträge rentabel sein. Der Steuervorteil sei also als angenehme Zugabe zu bewerten. Wenn Sie eine solche Gesellschaft finden, sollten Sie sie zwar auch auf Herz und Nieren überprüfen lassen. Aber die Aussicht, da gut bedient zu werden, ist jedenfalls gut.

Horst Beioch

Panik-Krämer

Kurz vor Jahresende steht Ihnen wieder der Andrang jener bevor, die an Ihren Steuerersparnissen viel Geld verdienen wollen. Besorgt weisen sie auf Änderungspläne der Bauherrenmodell-Regelungen hin, die nächstes Jahr die Vorteile schrumpfen lassen werden.

Wenn die Erträge aus einer solchen Anlage nach Überprüfung durch Experten sicher erscheinen und auch ohne Steuervorteile angemessen sind, ist gegen eine Zeichnung nach ausführlicher Beratung mit fachkundigen Dritten kaum etwas einzuwenden.

Bestürzend dagegen, wie Sparer durch die Verbreitung von Angst und Schrecken zur Anlage in bestimmten Formen reit gezittert werden sollen. So malt ein Goldhändler das Gespenst der Inflation an die Wand, unter der wir seiner Darstellung nach morgen wieder leiden würden, weil er hohe Umsätze mit diesem Edelmetall machen will.

Horrorgemälde von Welt- und Staatsverschuldung und einer aufziehenden erdumgreifenden Finanzkrise sollen Sie letztlich verleiten, Ihr Geld in Immobilien – möglichst in den USA – zu stecken. Wenn Sie solche Objekte nicht überprüfen lassen und ständig überwachen können, müssen Sie indes mit einem teuren Reintall rechnen.

Mit der Behauptung einer Bedrohung der DM wird der Versuch unternommen, Sie zum Abschluß einer Lebensversicherung in der Schweiz zu bewegen, die gegenüber der deutschen in den letzten drei Jahrzehnten ein um rund 40 Prozent niedrigeres Ergebnis erbracht hat.

Parallelen zur Inflation nach dem ersten und Währungsreform nach dem zweiten Weltkrieg wie zur Weltwirtschaftskrise 1929/31 sind verwerflich, weil das Umfeld völlig anders ist. Man bedet niemals im selben Fluß. Legen Sie besonnen ein. Krisengezeter ist kein Argument.

Prosper

Kurz über Geld

KUNST ALS WEIHNACHTSGESCHENK ist in mittleren Preislagen günstig zu erwerben. Teuer: Spitzenklasse, weil stärker gelagert.

RETEN bis Jahresende die Investitionshilfe-Abgabe durch eigene Investitionen. Steuerberater konsultieren.

TEILKASKO WIRD TEURER um 33,3 Prozent ohne, um 9 Prozent billiger mit 300 DM Selbstbehalt ab 1. Januar 1984.

Kongresse

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, Mühlbaursstraße 16,
8000 München 80, Telefon (089) 41 47-288

Dezember 1983 – Februar 1984

17. Dezember
Augenheilkunde, Erlangen
21. Januar
Innere Medizin, Würzburg
28. Januar
Chirurgie, Altötting
28./29. Januar
Innere Medizin, Bad Neustadt
6. bis 10. Februar
Chirurgie, München
11./12. Februar
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
Erlangen

Augenheilkunde

Fortbildungsveranstaltung der Erlanger
Universität am 17. Dezember 1983

Augenklinik mit Poliklinik der Universi-
tät Erlangen-Nürnberg, Kopfklinikum

Direktor: Professor Dr. G. Naumann

Thema: Allgemeine Pathologie im
ophthalmoskopischen Bild

Beginn: 9.30 Uhr c. t.

Ort: Großer Hörsaal des Kopfklinikums,
Schwabachanlage 6, Erlangen

Auskunft:

Professor Dr. H. E. Völcker, Augenklinik
mit Poliklinik der Universität Erlangen-
Nürnberg, Schwabachanlage 6, 8520 Er-
langen, Telefon (091 31) 85-3001

Chirurgie

Altöttinger Fortbildungsstege „Aktuelle
Medizin“ am 28. Januar 1984

Kreiskrankenhaus Altötting

Leitender Chetarzt: Professor Dr. H.
Bauer

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 13.00 Uhr

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

Thema: Die Struma (Epidemiologie der
blande Struma – Diagnostik – Bildge-
bende Verfahren: Szintigraphie, Ultra-
schall – In vitro-Hormondiagnostik –
Zytologie und Schnellschnitt – Konser-
vative Therapie – Chirurgische Therapie:
Kelter Knoten und blande Struma –
Heiße Knoten und Hyperthyreose – Re-
zidivstruma: Prophylaxe und Therapie –
Rundtischgespräch)

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. H. Bauer, Mühdorfer Straße
16A, Kreiskrankenhaus, 8262 Altötting,
Telefon (086 71) 40 31

Fortbildungskurs vom 6. bis 10. Februar
1984 der Technischen Universität
München

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

Direktor Professor Dr. J. R. Siewert

Beginn: täglich 7.45 Uhr – Ende: 16.00
Uhr bzw. 18.00 Uhr

Teilnahme am Operationsprogramm in
der Thorax-, Gefäß-, Neurochirurgie, der
gastroenterologischen und Plastischen
Chirurgie, der chirurgischen Onkologie
und Endoskopie, der Traumatologie –
Röntgenbesprechung interessanter Fälle
– Klinische Visiten auf allen Stationen –
Referate und Forumdiskussionen zu
speziell ausgewählten Themen – Petho-
logisch-anatomische Konferenz

Begrenzte Teilnehmerzahl (42) – um
rechtzeitige Anmeldung wird gebeten

Auskunft und Anmeldung:

Dr. J. Lange, Chirurgische Klinik und Po-
liklinik der Technischen Universität Mün-
chen im Klinikum rechts der Isar, Isma-
ninger Straße 22, 8000 München 80, Te-
leton (089) 41 40-1

Hals-Nasen-Ohrenheil- kunde

18. HNO-Fortbildungsseminar der Erlan-
ger Universität am 11./12. Februar 1984

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-
und Ohrenkrankheiten der Universität Erlan-
gen-Nürnberg

Direktor: Professor Dr. M. E. Wigand

Beginn: 9.30 Uhr – Ende: ca. 16.00 Uhr

Thema: Leitsymptom Schwindel (außer
den Referaten finden praktische Kurse in
Audiologie, Neurootologie, Endoskopie,
Phoniatrie und Operationskurse für pla-
stische und endonasale Nebenhöhlen-
chirurgie statt)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. M. E. Wigand, Klinik und
Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohren-
krankheiten der Universität Erlangen-Nürn-
berg, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, Tele-
ton (091 31) 85-51 56

Innere Medizin

Fortbildungsveranstaltung „Gastroente-
rologie in der Praxis“ der Würzburger
Universität am 21. Januar 1984

Medizinische und Chirurgische Klinik der
Universität Würzburg

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

Leitung: Professor Dr. H. Kasper

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 17.00 Uhr

Thema: Diagnostik und Therapie von
Gallenwegs- und Lebererkrankungen

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. H. Kasper, Medizinische
Klinik der Universität, Joset-Schnelder-
Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (09 31)
201-1

9. Ernährungswissenschaftliches Seminar
am 28./29. Januar 1984 in Bad Neustadt

Kurparkklinik Bad Neustadt

Leitung: Professor Dr. Dr. F. Matzkies

Beginn: Samstag, 9.00 Uhr – Ende:
Sonntag, ca. 13.00 Uhr

Themen: Grundlagen der Ernährungs-
lehre – Angewandte Ernährungslehre –
Praxis der Diätetik

Auskunft und Anmeldung:

Fräulein Peschke, Kurparkklinik, Kur-
heuschstraße 31, 8740 Bad Neustadt, Tele-
ton (09 71) 50 48

Allgemeine Fortbildung

Weihnachtssitzung der Münchener Ophthalmologischen Gesellschaft am 10. Dezember 1983 in München

Zeit und Ort: 15.00 Uhr – Augenklinik der Universität, Mathildenstraße 8, München 2

Auskunft:

Professor Dr. O.-E. Lund, Direktor der Augenklinik der Universität München, Mathildenstraße 8, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-38 01

Fortbildungsveranstaltung über das Mammakarzinom

am 28. Januar 1984 in München

Veranstalter: Projektgruppe Mammakarzinom im Tumorzentrum München an den Medizinischen Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität und der Technischen Universität

Thema: Vorstellung des von der Projektgruppe Mammakarzinom im Tumorzentrum München erarbeiteten Manuals über „Empfehlungen zur Diagnostik, Therapie und Nachsorge der Mammakarzinome“

Beginn: 9.00 Uhr – Ende: ca. 12.30 Uhr

Ort: Klinikum Großhadern, Großer Hörsaal am Ende der Besucherstraße, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft:

Privatdozent Dr. H. Sauer, Frau Dr. M. Albrecht, Medizinische Klinik III der Universität München im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-45 63 bzw. 70 95-24 97 oder 70 95-24 94

Fortbildungsveranstaltung des Münchner Blutdruckprogramms (MBP)

am 15. Dezember 1983 in München

Referent:

Professor Dr. N. O. Borhani, Department of Community Health, School of Medicine, University of California, Davis

Thema: **The Rationale for the Treatment of „Mild“ Hypertension**

Zeit und Ort: 19.00 Uhr s. t. – Sheraton Hotel, Saal „Lindau A und B“, Arebellastraße 6, München 80

– Für Simultanübersetzung ins Deutsche ist gesorgt –

Auskunft:

Dr. U. Keil, Leiter der Arbeitsgemeinschaft Epidemiologie, Medis-Institut der GSF, Telefon (0 89) 31 87-53 10

Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am 19. Januar 1984 in München

Thema: Notfall- und Katastrophenorganisation als betriebsärztliche Aufgabe (Dr. W. Korb, Betriebsarzt, Siemens AG, München) – Diskussion

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

Fortbildungsreihe für Notfallmedizin

Das Institut für Anästhesiologie der Universität Würzburg veranstaltet gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Unterfranken, eine interdisziplinäre Fortbildungsreihe für Notfallmedizin, die die grundlegenden Kenntnisse für die Erstversorgung von Verletzten und Erkrankten vermitteln soll.

Beginn: 14. Januar 1984 – alle drei Wochen

Zeit: samstags, 10.00 bis 13.00 Uhr

Themen: Elementare Notfalltherapie, Notfalluntersuchung von Verletzten und Erkrankten – Polytrauma – Verletzungen verschiedener Körperregionen – Myokardinfarkt, Lungenembolie, Rhythmusstörungen – Vergiftungen – Notfälle aus dem Bereich der Pädiatrie, Neurologie, Augenheilkunde, Gynäkologie – Ertrinkungsunfall – Rechtsmedizinische Fragen u. a.

Ort: Chirurgische Universitätsklinik Würzburg, Großer Hörsaal, Bau 6, Josef-Schneider-Straße 2, Würzburg

Voranmeldung nicht erforderlich

Preise: Ausschreibungen

Literaturpreis für Schriftsteller-Ärzte – Der Vorstand der Bundesärztekammer schreibt hiermit diesen von der Bundesärztekammer gestifteten und mit DM 15 000 dotierten Literaturpreis für Schriftsteller-Ärzte aus. Ausgezeichnet werden belletristische Arbeiten von Ärzten, die in 1982 oder 1983 als Erstveröffentlichungen erschienen sind. – Einsendeschluß: 31. Januar 1984. Weitere Auskünfte erteilt die Bundesärztekammer, Kennwort „Literaturpreis“, Haedenkampstraße 1, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04-1

AIDS: Wissenschaftlicher Förderpreis – Die Firmen Behringwerke AG, Marburg, und MSD Sharp & Dohme GmbH, München schreiben hiermit erstmals diesen mit DM 20 000 dotierten Förderpreis aus. Ausgezeichnet wird die beste deutsche Arbeit über die Pathogenese, Epidemiologie, Klinik oder Therapie des AIDS. – Einsendeschluß: 30. Juni 1984. Weitere Auskünfte erteilt das Sekretariat der Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Viruskrankheiten e. V., Professor Dr. F. Deinhardt, Pettenkoferstraße 9 a, 8000 München 2.

Hermes-Vitamin-Preis 1984 – Die Hermes Arzneimittel GmbH, München-Großhesselohe, schreibt hiermit diesen von ihr gestifteten und mit DM 10 000 dotierten Preis aus. Ausgezeichnet wird die beste, noch nicht veröffentlichte wissenschaftliche Arbeit aus dem Bereich der Vitaminforschung. – Einsendeschluß: 30. Juni 1984. Weitere Auskünfte erteilt die Hermes Arzneimittel GmbH, Georg-Kalb-Straße 5-8, 8023 Großhesselohe, Telefon (0 89) 79 20 11.

Sabastian Kneipp-Preis 1984 – Das Sebastian Kneipp-Zentral-Institut schreibt hiermit diesen von Apotheker L. Leusser gestifteten und mit DM 10 000 dotierten Preis aus. Ausgezeichnet werden wissenschaftliche Untersuchungen, die sich auf das Gebiet Hydrotherapie, Phytotherapie, Bewegungslehre, Diätetik oder Ordnungslehre beziehen. – Einsendeschluß: 1. Februar 1984. Weitere Auskünfte erteilt das Sekretariat Kneipp-Zentral-Institut, Postfach 59 60, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 8 00 20.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im September 1983 *)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Die Meldungen von Salmonellose-Erkrankungen nahmen im September nochmals etwas zu. Auf 100 000 Einwohner trafen im Durchschnitt 98 Erkrankungen gegenüber 91 im August, jeweils auf ein Jahr umgerechnet. Den-

noch lag die Ziffer deutlich niedriger als im September vorigen Jahres (157). An Virushepatitis erkrankten im September geringfügig weniger Menschen als im August; die Erkrankungsziffer sank von 19 auf 18 je 100 000 Einwohner.

Deutlich ging im September die Erkrankungshäufigkeit an Meningitis/Enzephalitis zurück, nämlich von 10 Fällen im August auf 5, jeweils auf 100 000 Einwohner bezogen.

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. August bis 2. Oktober 1983 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectioese				Virushepatitis					
	Meningo- kokken- Meningitis		endere bakterielle Meningiti- den		Virus- Meningo- enzephaliti- s		übrige Formen		Salmone- llose		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	1	—	2	1	10	—	5	—	376	2	78	—	28	—	33	1	15	1
Niederbayern	3	—	—	—	3	—	4	—	99	—	15	—	5	—	9	—	3	—
Oberpfalz	1	—	3	—	1	—	2	1	130	1	18	—	2	—	2	1	—	—
Oberfranken	1	—	1	—	2	—	1	—	63	—	11	—	6	—	7	—	—	—
Mittelfranken	—	—	4	1	—	—	4	—	141	1	31	—	8	—	19	1	10	—
Unterfranken	—	—	3	—	—	—	1	—	122	1	14	—	3	—	8	1	1	—
Schwaben	1	—	—	—	2	—	1	—	105	2	26	—	12	—	14	—	3	1
Bayern	7	—	13	2	18	—	18	1	1036	7	193	—	64	—	92	4	32	2
Vormonat	9	1	21	1	26	—	29	—	764	2	99	—	49	—	86	2	27	—
München	—	—	2	—	2	—	—	—	111	2	31	—	14	—	20	—	9	1
Nürnberg	—	—	4	—	—	—	—	—	47	—	5	—	5	—	7	1	5	—
Augsburg	1	—	—	—	—	—	—	1	16	—	2	—	1	—	8	—	—	1
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	11	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	25	—	5	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	—	—	—	—	9	—	2	—	—	—	2	—	1	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	6	—	1	—	—	—	—	—

Gebiet	Typhus abdomi- nalis		Pere- typhus A, B und C		Shigellen- Ruhr		Malaria		Brucel- lose		Angeb. Toxo- plas- mose		O- Fieber		Botu- lismus		Ges- brand		Lepto- spirose		Toll- wut- ver- decht 2)
	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		
Oberbayern	9	—	4	—	72	—	3	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	36
Niederbayern	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Oberpfalz	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	12
Oberfranken	1	—	—	—	11	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	26
Mittelfranken	—	—	1	—	22	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	26
Unterfranken	—	—	1	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	62
Schwaben	—	—	2	—	25	—	3	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	20
Bayern	10	—	10	—	134	—	8	—	5	—	1	—	2	—	1	—	1	1	2	—	186
Vormonat	6	—	—	—	34	—	8	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	2	—	131
München	8	—	1	—	44	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Nürnberg	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4
Augsburg	—	—	2	—	6	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2

Hinzu kommt noch ein Erkrankungsfall an Flecktyphus in Mittelfranken und ein Erkrankungsfall an Ornithose in Niederbayern.

*) 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 infectiosa 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.

peripher peripher

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

peripher peripher peripher



gegen Husten

Indikationen: Akuter und chronischer Husten, insbesondere Reizhusten, auch bei Zuständen, die mit eingeschränkter Atemfunktion einhergehen. Auch für Diabetiker geeignet!

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält 33 mg Benproperin-dihydrogenphosphat, entspr. 25 mg Benproperin.

Kontraindikationen: Keine bekannt.

Für Kinder unter sieben Jahren steht Tussafug[®]-Saft zur Verfügung.

O.P. 30 Dragees 9,70 DM; A.P. 300 Dragees (10 x 30).

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Kongreßkalender

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

Januar 1984

- 11.—15. **Köln:** VIII. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“. — Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 410220, 5000 Köln 41.
- 15.—22. **Oberstdorf:** Ski- und Eislaufseminar für Sportärzte. — Auskunft: Bayerischer Sportärzteverband, Nymphenburger Straße 81/IV, 8000 München 19.
- 17.—20. **Neuherberg:** Grundkurs im Strahlenschutz. — Auskunft: Sekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg.
- 17.—21. **München:** Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung „Physikalische Therapie“. — Auskunft: Berufsverband der Ärzte für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Sonnenweg 23, 3542 Willingen.
21. **Würzburg:** Fortbildungsveranstaltung „Gastroenterologie in der Praxis“. — Auskunft: Professor Dr. H. Kasper, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg.
21. 1.—4. 2. **Madonna di Campiglio:** Fortbildungslehrgang des Bayerischen Sportärzteverbandes. — Auskunft: Bayerischer Sportärzteverband, Nymphenburger Straße 81/IV, 8000 München 19.
28. **Altötting:** Altöttinger Fortbildungstage „Aktuelle Medizin“. — Auskunft: Professor Dr. H. Bauer, Mühlendorfer Straße 16 A, 8262 Altötting.
28. **München:** Fortbildungsveranstaltung über das Mammakarzinom. — Auskunft: Privatdozent Dr. H. Sauer/Dr. M. Albrecht, Marchioninistraße 15, 8000 München 70.

„Bayerische Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Hans Joachim Sewering, Dr. med. Hermann Braun, Dr. med. Friedrich Kolb, Dr. med. Kurt Stordeur — verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 551 77-0, Fernschreiber: 05/23 662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke. Druck: Druckerei 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

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leeanalysen medizinischer Zeitschriften e. V.

IA-MED

Praxisfinanzierung und Versicherung nach Maß

Wir stellen Ihnen unsere langjährige Erfahrung zur Verfügung. Wir ermitteln und besorgen die für Sie günstigsten Finanzierungsmöglichkeiten und helfen Ihnen bei der Abwicklung.

Wir konzipieren Ihren optimalen Versicherungsschutz (Ärzte-Haftpflicht-, -Unfall- und Praxis-Versicherung).

Rufen Sie uns bitte an. Es beraten Sie:
 Herr Georg C. Klughardt, Tel. (0911) 83 42 89,
 Herr Dipl.-Kfm. Karl-Heinz Melzer, Tel. (08721) 27 02,
 Frau Ingrid Schulte-Rahde, Tel. (089) 70 40 44.
 Anschrift: Stiftsbogen 132, 8000 München 70.

Wir führen regelmäßig Niederlassungsseminare durch. Fordern Sie unsere Unterlagen an.

Meine Anschrift BA

Ich erwarte Ihren Anruf unter Telefon

Ein Beratungsbesuch ist erwünscht X

VERSICHERUNGSDIENST ÄRZTE

Außendienstbeauftragter



Schweinfurt

Die moderne Stadt mit alter Tradition



Leopoldina-Krankenhaus der Stadt Schweinfurt
 (12 Fachabteilungen im Krankenhaus-Neubau)

Für die **Urologische Klinik** (Cheferzt: Prof. Dr. H. Bülow) wird zum 1. Januar 1984 oder später

ein Oberarzt

gesucht.

Der Oberarzt sollte Arzt für Urologie sein und über eine fundierte klinische Weiterbildung sowie eine solide operative Grundweiterbildung verfügen.

Die Urologische Klinik verfügt, einschließlich Kinderbetten, über 60 Betten, zwei OP-Säle, ein Urinlabor, einen urodynamischen Meßplatz sowie ein Ultraschallgerät. Die urologische Röntgendiagnostik wird innerhalb der Klinik an 2 Tischen durchgeführt (Fernsehbildwandler, 100-mm-Kamera, Zonographie, Angiographie). Es werden alle urologischen Operationen durchgeführt.

Das Krankenhaus ist akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Würzburg.

Der Neubau des Leopoldine-Krankenhauses mit 656 Betten wurde 1981 bezogen.

Geboten werden:

Vergütung nach BAT, Zuwendungen durch den Cheferzt, Umzugskostenvergütung im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen. Auf Wunsch Mithilfe bei der Wohnungsbeschaffung.

Die **moderne Industriestadt Schweinfurt** (52 000) liegt in der reizvollen mainfränkischen Landschaft. Sie erbringt ein überdurchschnittliches Angebot an schulischen, kulturellen, Sport- und Freizeiteinrichtungen.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an das **Personalamt der Stadt Schweinfurt**.

Stadt Schweinfurt, Postfach 4440
 8720 Schweinfurt

Das Landesversorgungsamt Bayern in München sucht für die **Versorgungsjämter**

Augsburg,	Morellstraße 30,	8900 Augsburg 1,	Telefon (08 21) 57 09-1
Bayreuth,	Hegelstraße 2,	8580 Bayreuth 2,	Telefon (09 21) 605-1
Landshut,	Friedhotstraße 7,	8300 Landshut	Telefon (08 71) 82 90
München II,	Bayerstraße 32,	8000 München 2,	Telefon (089) 51 43-1
Nürnberg,	Bärenschanzstraße 8 a,	8500 Nürnberg 81,	Telefon (09 11) 274-1

und die **Versorgungsärztliche Untersuchungsstelle**

Nürnberg,	Roonstraße 20,	8500 Nürnberg 81,	Telefon (09 11) 274-1
------------------	----------------	-------------------	-----------------------

Ärzte/Ärztinnen

als Mitarbeiter in den Ärztlichen Diensten (Gutachtertätigkeit im Rahmen des Sozialen Entschädigungsrechts und des Schwerbehindertenrechts). Besonderes Interesse besteht an der Gewinnung von Orthopäden, Internisten, Nervenärzten und Allgemeinärzten. Es kommen auch Ärzte/Ärztinnen ohne Gebietsbezeichnung aber mit mehrjähriger klinischer Erfahrung in Betracht.

Die Einstellungen erfolgen in der Regel im Angestelltenverhältnis (Bundes-Angestelltentarifvertrag), unter bestimmten Voraussetzungen und auf Wunsch des Bewerbers aber auch im Beamtenverhältnis. Geboten werden die üblichen Leistungen des öffentlichen Dienstes; Nebentätigkeitswünschen kann im Rahmen der Nebentätigkeitsverordnung entsprochen werden.

Rückfragen und Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (u. a. Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisabschriften) werden erbeten an den **Leitenden Arzt der jeweiligen Dienststelle**.

