



# Bayerisches Ärzteblatt

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

Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Dezember 1985

## Zum Jahresende

*Es ist ein guter bayerischer Brauch, daß die Vorsitzenden der beiden ärztlichen Körperschaften am Jahresende den Kolleginnen und Kollegen in Bayern und ihren Familien einen gemeinsamen Gruß und ihre guten Wünsche übermitteln. Natürlich kann man es dabei nicht bewenden lassen. Es drängt sich geradezu auf, ein paar Gedanken zu äußern, aktuelle Fragen anzusprechen, also auf das Jahr zurückzublicken und damit einen vorsichtigen Ausblick auf das kommende Jahr zu verbinden.*

*Uns alle, die berufstätigen Ärzte in Bayern und der ganzen Bundesrepublik, plagt die Sorge um die Zukunft. Wieso eigentlich? Da gibt es einige Merkwürdigkeiten: Unser Land befindet sich in einer erfreulichen wirtschaftlichen Aufwärtsentwicklung. Die deutsche Industrie hat technologisch viel aufgeholt und eine Menge anzubieten. Das spiegelt sich in unerwartet hohen Exportquoten wider. Auch die Zahl der Arbeitsplätze ist erstaunlich gestiegen, obwohl sich dies in den Arbeitslosenzahlen noch kaum niederschlägt. Die „Gelernten“ werden bereits wieder Mangelware, die Ungelernten und Schwervermittelbaren, auch die für unser Land zu hohe Zahl der ausländischen Arbeitskräfte belasten die Arbeitsmarktstatistik.*

*Bei den akademischen Berufen, also einer Gruppe von „besonders Gelernten“, sieht es anders aus. Zwar finden die Techniker noch gute Arbeitsmöglichkeiten, aber die Tausende von arbeitslosen Lehrern aller Kategorien sind ein permanenter öffentlicher und politischer Gesprächsgegenstand. Junge Juristen bewerben sich bereits in großer Zahl um untergeordnete Positionen, für die die mittlere Reife ausreichend wäre, junge Ärzte klagen darüber, daß sie ein halbes Hundert und mehr Bewerbungsbriefe vergeblich geschrieben haben. Unsere jahrelangen Warnungen vor dieser Entwicklung wurden bisher als purer Egoismus und Angst um unser „dickes Portemonnaie“ abgetan. Aber unsere Medizinstudenten – runde 12 000 pro Jahrgang – leben offenbar noch in der Vorstellung, die Gesellschaft warte dringend auf all ihre Mithilfe zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung.*

*Tatsache ist – worauf wir nur immer wieder hinweisen können –, daß pro Jahr runden 12 000 Studienabgängern gut 5000 Arbeitsplätze für Assistenzärzte gegenüberstehen. Daran ändert sich auch nichts, wenn immer wieder von der hohen Zahl von Überstunden an Universitätskliniken gesprochen und die Auffassung vertreten wird, man könne statt Überstunden neue Arbeitsplätze für junge Ärzte schaffen. Sicherlich dürfte es hier noch einige Möglichkeiten geben; dies wird sich aber in engen Grenzen halten, weil eine Klinik eben kein Produktionsbetrieb ist. Für die Unterbringung einer Überzahl an stellen-*

*suchenden jungen Ärzten also nicht mehr als ein Tropfen auf den heißen Stein. Neue Aufgaben und Schwierigkeiten kommen auf die Krankenhäuser und Kliniken zu, wenn Mitte 1987 die ersten Stellen für „Ärzte im Praktikum“ bereitstehen sollen. Geht man von jährlich 12 000 Studienabgängern und einer zunächst 18 Monate dauernden Praktikantenzeit aus, dann werden 18 000 Praktikantenstellen an unseren Krankenhäusern benötigt. Sie sollen durch Umwandlung von planmäßigen Assistentenstellen geschaffen werden. Sofern drei Praktikanten auf eine umgewandelte Assistentenstelle gesetzt werden, entfallen damit 6000 Planstellen für approbierte Assistenzärzte an den Krankenhäusern. Darüber, was ein Arzt im Praktikum pro Monat an Ausbildungsbeihilfe bekommen soll, wurden erst tastende Anfangsgespräche geführt. Als Generallinie nach der Bundespflegesatzverordnung gilt, daß die Umwandlung kostenneutral zu erfolgen habe.*

*Bleiben wir noch beim Krankenhaus. Chefärzte werden immer öfter mit unzumutbaren Verträgen konfrontiert, das Liquidationsrecht wird ihnen bestritten, und es mehrten sich die Stimmen, nur noch befristete Verträge abzuschließen. Man denkt hier offenbar an die Vorstandsmitglieder einer Aktiengesellschaft, aber ganz offensichtlich nicht an vergleichbare Konditionen. Unsere Belegärzte sind durch eine Reihe von Entscheidungen in eine außerordentlich schwierige Lage gekommen. Gerade wir in Bayern haben uns immer besonders um diese Arztgruppe bemüht. Wir waren stets stolz darauf, prozentual und absolut die höchste Zahl an Belegärzten zu haben. Entwicklungen auf der Bundesebene schlagen aber leider auch auf Bayern durch und können von uns nicht einfach abgewendet werden. Dabei könnte und sollte nach unserer Meinung diese Art ärztlicher Tätigkeit noch erheblich ausgeweitet werden, was sowohl für Krankenhäuser als auch für Patienten mit vielen Vorteilen und Fortschritten verbunden wäre.*

*Bei den freipraktizierenden Ärzten nehmen die Sorgen zu. Das ist deshalb besonders bedrückend, weil ja 80 Prozent der jungen Ärzte in unseren Krankenhäusern ihre endgültige berufliche Existenz nur in der freien Praxis finden können. Wir befinden uns mitten in einer großen Umstrukturierung. Der jährliche Zugang an jungen Kassenärzten liegt in Bayern bereits bei sieben bis acht Prozent. Mehr als die Hälfte aller derzeit tätigen Kassenärzte hat ihre Praxis aufgenommen, nachdem bereits die ersten Kostendämpfungsgesetze in Kraft getreten waren. Sie kamen mit den Hoffnungen und Maßstäben zurückliegender Jahre und erlebten eine Wirklichkeit, die weit von ihren Vorstellungen entfernt war. Dabei waren zwei Umstände in Bayern noch besonders günstig: Überraschend*



viele alte Kassenärzte haben ihre Tätigkeit aufgegeben, was sicher nicht zuletzt den guten Leistungen der Bayerischen Ärzteversorgung zu danken ist. Die absolute Zunahme an Kassenärzten lag dadurch „nur“ bei drei bis vier Prozent, und der bayerische Gesamtvertrag mit den RVO-Kassen sowie die gute Entwicklung im Ersatzkassenbereich bewirkten, daß nicht nur der Zuwachs an Kassenärzten aufgefangen werden, sondern dem einzelnen Kassenarzt noch ein bescheldener Honorarzuwachs zufließen konnte.

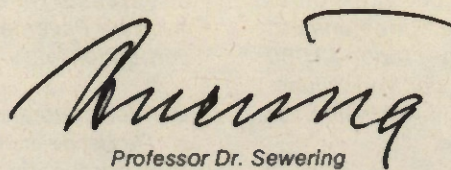
Wie wird es weitergehen? Die Zahl junger Ärzte, die einen Arbeitsplatz suchen, wird zunehmen. Zwei Drittel des frisch approbierten Nachwuchses werden keine Chance haben, eine bezahlte Assistentenstelle zu bekommen und damit eine Weiterbildung zu betreiben. Die anderen werden, sofern sie nicht resignieren, den Versuch der Niederlassung in freier Praxis wagen. Die Auswirkungen sind voraussehbar. Der „Spezialistenschwemme“ der letzten Jahre wird eine „Praktikerschwemme“ folgen. Vermutlich wird der Bundesgesetzgeber in Kürze die Möglichkeit der zeitlich und räumlich beschränkten Zulassungssperre wegen Überversorgung schaffen. Das eigentliche Problem wird damit nicht gelöst. Der Überflutung von Ballungsgebieten folgt dann die Überflutung des Landes. Oder die jungen Kolleginnen und Kollegen bleiben, wenn es irgendwie geht, auf ihrer Assistentenstelle und warten die Aufhebung der Sperre ab. Es wird auch immer wieder die Forderung nach neuen Arbeitsfeldern für nachrückende Ärzte erhoben. Das ist gut und schön. Wer dies fordert, sollte sich aber auch Gedanken darüber machen, wo das Geld dafür herkommt. Arbeit ohne Bezahlung ist nämlich keine Lösung. Wir sind nun einmal keine Vögelchen, von denen man sagt, „sie säen nicht, sie ernten nicht und unser Vater im Himmel ernähret sie doch“.

Es gibt noch weitere adventliche Überraschungen, die Verbitterung auslösen können. Der Bundestag hat bekanntlich das Erziehungsgeld für ein Jahr eingeführt. Die Bezieher werden beitragsfreie Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Kassen befürchten einen Ausfall, also eine weitere Belastung von etwa 400 Millionen DM. Die Abgeordneten des Bundestages meinen, es sei viel weniger, vor allem im Hinblick auf beitragspflichtige Ersatzarbeitsverhältnisse. Damit nicht genug. Das umstrittene Psychiatrie-Modellprogramm der früheren

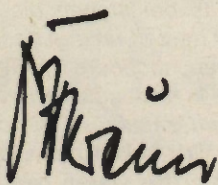
Bundesregierung läuft Ende des Jahres aus. Bayern hat sich an diesem Programm – seine Tendenzen erkennend – nicht beteiligt. Die Bundesländer aber, welche teilgenommen haben, sitzen ab Anfang des nächsten Jahres auf ihren Modelleinrichtungen, ohne dafür weitere Bundesmittel zu erhalten. Also wird noch vor Weihnachten ein Gesetzentwurf zur Ergänzung der RVO über die Bühne gejagt, mit dem man die Kosten ab 1. Januar der gesetzlichen Krankenversicherung aufhängen kann. Die Mehrbelastung wird, wie könnte es anders sein, unterschiedlich – zwischen neutral und 500 Millionen – geschätzt. Wofür dient dann das Geld der Krankenversicherung? Im Vorblatt des Gesetzentwurfes heißt es: „Bereits jetzt steht fest, daß sich einzelne im Rahmen des Modellprogrammes geförderte Strukturen der ambulanten und teilstationären Versorgung bewährt haben. Das gilt vor allem für Tageskliniken und Institutsambulanzen.“ Hier wird einfach eine Behauptung in den Raum gestellt, die bislang völlig unbewiesen ist. Damit wissen wir aber, wohin der Hase läuft.

Das sind alles keine fröhlichen, gar adventliche Ausblicke. Wir hätten Ihnen viel lieber die nahe Zukunft in rosaroten Farben gemalt. Täten wir es, wären wir unehrlich. Die Ärzte unseres Landes und ihr Nachwuchs werden harte Zeiten vor sich haben. Es gibt aber nur einen einzigen erfolgreichen Weg durch eine dürre Landschaft: Mit dem Wasser sparen. Der Versuchung, noch schnell herauszuholen, was eben geht, könnte nämlich nur ein bitteres Erwachen folgen. Ehrliche Arbeit, Korrektheit bis zum letzten Komma, voller Einsatz für den Patienten, wenn dieser ihn braucht, aber auch Rückgrat zur Abwehr unberechtigter Wünsche müssen unsere Maxime sein. Wir werden alles tun, um unseren Bürgern deutlich zu machen, welchen Wert die Arbeit ihrer Ärzte für sie hat. Unsere Patienten müssen aber stets sicher sein können, daß die Ärzte unseres Landes auch dann für sie da sind, wenn die ökonomischen Bedingungen unseren berechtigten Vorstellungen nicht entsprechen.

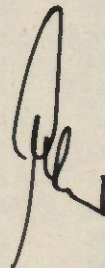
Wir, Ihre gewählten Mandatsträger, werden uns auch weiterhin mit aller Kraft für die berechtigten Belange der bayerischen Ärzte einsetzen. Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, und Ihren Familien wünschen wir für 1986 Gesundheit, Schaffenskraft, ein glückliches Familienleben und den Mut, an die Zukunft zu glauben.



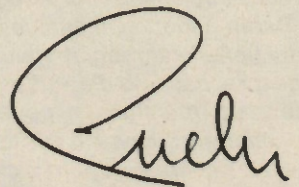
Professor Dr. Sewering



Dr. Braun



Dr. Dehler



Dr. Fuchs



# Vollversammlung des 38. Bayerischen Ärztetages

Punkt 1 der Tagesordnung:

## Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

Referat von Professor Dr. Hans J. Sewering

Meine Damen und Herren, ich habe gestern abend in unserer Eröffnungsveranstaltung schon eine Reihe von Punkten angesprochen; natürlich – entsprechend dem Charakter einer öffentlichen Veranstaltung – etwas gekürzt. Ich möchte heute einige uns berührende Fragen etwas ausführlicher behandeln, zunächst aber – wie immer – auf den Geschäftsbericht eingehen, der Ihnen zugeleitet wurde.

Sie sehen („Bayerisches Ärzteblatt“ 9/1985, Seite 382), daß sich auch im zurückliegenden Berichtsjahr wieder eine große Zahl junger Kollegen an uns gewandt und gefregt haben, ob wir für sie nicht eine Stelle wüßten. Es waren 1384 Kollegen, die bei uns nachfragten; eber leider standen dem nur 98 Stellenangebote zur Verfügung. Vermittelt werden konnten 50 Kollegen.

Auf der nächsten Seite sehen Sie dann, wie sich die Relation Arzt zu Einwohnern entwickelt hat. Ich habe noch das Ergebnis von Ende September ermitteln lassen, denn inzwischen hat sich die Zahl schon wieder weiter verändert. Jetzt liegen wir bei 1:390 bis 1:389. Die Entwicklung geht also sehr rasch vonstatten.

Bei der Aufschlüsselung nach Tätigkeitsbereichen haben wir auch eine Aufteilung zwischen Ärzten und Ärztinnen vorgenommen. Die Gruppen der in freier Praxis tätigen Ärzte und derer, die im Krankenhaus sind, haben in etwa die gleiche Größe, wobei wir natürlich immer wieder betonen müssen, daß von den Ärzten im Krankenhaus ja gut 80 Prozent der Nachwuchsgruppe zuzuordnen sind, also Ärzte sind, die später in die freie Praxis gehen wollen.

Von Interesse ist die Entwicklung des Anteils der Ärztinnen an den berufstätigen Ärzten. Es sind in der Gruppe der niedergelassenen Ärzte 20 Prozent Ärztinnen; in der Gruppe des

Nechwuchses, also der Assistenzärzte, beträgt der Anteil der Kolleginnen bereits 26 Prozent. Von Jahrgang zu Jahrgang nimmt der Anteil der Kolleginnen zu. Das entspricht den Beobachtungen bei den Medizinstudenten, wo bereits über 30 Prozent der Studierenden weiblichen Geschlechts sind. Es ist also offenbar auch bei uns so wie in manchen anderen Ländern, daß der Arztberuf mehr und mehr ein Beruf wird, in dem die Frauen einen immer größeren Anteil einnehmen. Gerade der Arztberuf eignet sich ja für Frauen im besonderen Maße.

Die Zahl der berufstätigen Ärzte lag Ende vergangenen Jahres bei 27 870. Inzwischen haben wir bereits 28 267; in den ersten neun Monaten dieses Jahres gab es also wieder eine Zunahme um etwa 400 berufstätige Ärzte. Hoch ist der Anteil der nicht berufstätigen Ärzte. Er liegt jetzt bei 7603, das sind über 21 Prozent. Davon sind 1500 unter 40 Jahren, eber der größte Anteil sind nach wie vor die Kollegen über 60; sie stellen ungefähr 67 Prozent dieser nicht berufstätigen Ärzte. Vergleichsweise erinnere ich an die Zahlen von 1974. Damals hatten wir in der freien Praxis 9584 und im Krankenhaus 8400 Ärzte; der Anteil derer, die keinen Beruf ausübten, betrug damals nur 3283.

Wir beobachten doch noch eine relativ hohe Ausscheiderquote in der freien Praxis. Das können wir nur begrößen, denn wir haben bei den bayerischen Kassenärzten eine jährliche Zugangsquote zwischen sieben und acht Prozent. Von den Ärzten, die bereits Kassenärzte waren, als der Bayern-Vertret in Kraft trat, sind nur noch etwa 45 Prozent beruflich tätig. Alle anderen sind inzwischen ausgeschieden. Aber der Netto-Zugang ist geringer, weil die älteren Jahrgänge noch relativ stark besetzt sind und durch ihr Ausscheiden den Nettozugang etwas bremsen. Wenn man sich aber die Grafik der Altersverteilung

ansieht, dann wird man feststellen, daß dieser „Gipfel“ der alten Ärzte schon sehr zusammengeschmolzen ist. Es wird also damit zu rechnen sein, daß sich in den kommenden Jahren die Zahlen des Brutto- und Netto-Zuganges immer stärker annähern. Die Altersverteilung ist nun einmal so, und das bedeutet natürlich, daß die Zahl der Kassenärzte relativ steil ansteigen wird.

### Fortbildungsthema AIDS

Auf dem Sektor der ärztlichen Fortbildung wurde außerordentlich viel getan. Ich darf mich bei den Ärztlichen Kreisverbänden und bei allen, die Fortbildung gemacht haben, sehr herzlich bedanken. Wir sind auf diesem Gebiet in Bayern überaus aktiv, und das kommt unseren Kollegen draußen zugute.

Neuerdings hat auch zum Thema AIDS die Fortbildung eingesetzt. Die letzte Großveranstaltung war in München vor wenigen Tagen mit 800 Teilnehmern; aber auch in den verschiedenen Kreisverbänden sind bereits solche Tagungen durchgeführt worden. Unsere Bitte geht dahin, dieses Thema so rasch wie möglich auf die Tagesordnung von Fortbildungsveranstaltungen zu nehmen, damit der Informationsstand bei den Kollegen so hoch wie möglich wird.

Eine Besonderheit unserer Fortbildung waren die Intensivkurse für Notärzte. Das Interesse der jungen Kollegen, die mit Blaulicht fahren, ist besonders groß. Diese Veranstaltungen waren hervorragend besucht, insgesamt von über 1500 Kolleginnen und Kollegen. Der Kurs ist aufgebaut in drei Stufen, und wir haben gemeinsam mit den Vertretern der Notärzte festgelegt, daß jeder junge Kollege, der diese drei Kurse absolviert, damit den Stand hat, den wir heute von Kollegen erwarten, die im Blaulichtdienst tätig sein wollen und die auch dort sehr segensreich arbeiten.



## Zehn Jahre Perinatal-Studie

Wir haben jetzt das zehnjährige Jubiläum der Bayerischen Perinatal-Studie. Sie wissen alle, daß wir hier eine Pionierarbeit geleistet haben: Bayern hat die perinatale Qualitätssicherung eingeführt und aufgebaut. Inzwischen sind in den meisten Bundesländern gleichartige Aktivitäten entstanden, die alle unser Modell übernommen haben. Unser Erhebungsbogen wird heute fest im ganzen Bundesgebiet verwendet. In unserem Nachbarland Baden-Württemberg ist man gerade dabei, diese Qualitätssicherung einzuführen. Die Ergebnisse sind überzeugend. Im Rahmen unserer Studie sind fast 90 000 Geburten erfaßt worden, und die perinatale Sterblichkeit ist inzwischen auf 7,14 pro Tausend gesunken. Wir liegen damit auf dem gleichen Niveau wie Länder, die uns immer als Vorbild vorgeführt wurden, wie Schweden, Finnland und die Niederlande. Das heißt also, Bayern gehört heute zu den Ländern mit den besten Ergebnissen in der Bekämpfung der perinatalen Sterblichkeit. Wir liegen auch im Bundesgebiet eindeutig an der Spitze. Ich hoffe, daß es uns gelingen wird, über diese zehn Jahre Qualitätssicherung, also über die Perinatal-Studie, mit dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, einen Berichtsband herausgeben zu können.

## Erfolge der Schlichtungsstelle

Ich habe allen Grund, den Herren, die in der Schlichtungsstelle arbeiten, unseren besonderen Dank zum Ausdruck zu bringen. Nach wie vor ist dort W. Lossos als Jurist tätig, von dem Sie wissen, daß er in den letzten Jahren seiner beruflichen Tätigkeit Präsident des Bayerischen Verfassungsgerichtshofes war, also einer der angesehensten Richter Bayerns. Die Tatsache, daß es uns immer wieder gelungen ist, namhafte Juristen für die Schlichtungsstelle zu gewinnen, hat auch bewirkt, daß diese Schlichtungsstelle an Boden gewonnen hat und immer stärker auch von seiten der Anwälte, die früher so rasch zum Gericht gelaufen sind, in Anspruch genommen wird. Das ist eine recht erfreuliche Tatsache, denn wir wollen, wenn Fehler gemacht worden sind, diese Fehler nicht etwa zu decken. Es stimmt einfach nicht, wenn immer wieder behauptet wird, bei uns hacke die eine Krähe der an-

deren kein Auge aus. Gutachten über einen Sachverhalt kann eben immer nur jemand aus dem gleichen Berufsbereich abgeben. Aber ausgerechnet bei uns wird das denn immer negativ kommentiert – das sind die Dinge, mit denen wir leben müssen.

Der Tätigkeitsbericht zeigt euch die Anerkennungen für die Führung von Gebietsbezeichnungen und die Zahl der durchgeführten Prüfungen. Man kann ganz generell sagen, daß der theoretische Wissensstand der Kollegen recht erfreulich gut ist, vor allem wird seit Einführung der Prüfungen auch deutlich mehr theoretisches Wissen geboten. Natürlich fallen immer wieder auch manche durch, das ist unvermeidbar. Was uns viel mehr Sorge macht, ist die Frage, wie geht es weiter mit der Vermittlung der praktischen Kenntnisse. Die Zahl der Assistenten an vielen Kliniken ist außerordentlich hoch. Wenn jeder dieser Assistenten die praktische Weiterbildung durchlaufen soll, all das tun und lernen soll, was in den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung verlangt wird, dann stellt sich tatsächlich die Frage, ob das in den vorgegebenen Mindestzeiten noch möglich ist, wobei eben im allgemeinen jeder davon ausgeht, die Mindestzeit sollte eigentlich die Normzeit sein, was in vielen Fällen einfach nicht möglich ist.

## Weiterbildungsfragen

Bisher haben wir den Grundsatz, daß die Ermächtigung eines Kollegen zur Weiterbildung zeitlich begrenzt wird, wobei natürlich, wenn er den Antrag stellt, geprüft wird, welche Möglichkeiten der Weiterbildung ihm zur Verfügung stehen. Geprüft werden die Größe der Abteilung, der Patientendurchgang, bei den operativen Fächern der Operationskatalog, und die sonstigen Leistungen, die in einer Krankenhausabteilung oder in einer Klinik erbracht werden können. Wir sind uns aber nicht mehr sicher, ob die operativen Möglichkeiten einer Klinik ausreichen, um jedem Assistenten in der von ihm erwarteten Mindestzeit die notwendigen praktischen Kenntnisse zu vermitteln. Es gibt Untersuchungen über den Anfall an Operationen in einem Bereich in der Bundesrepublik, die verglichen wurden mit der Zahl der aus dem gleichen Bereich stammenden Zeugnisse über bestätigte Operationen, die uns zu ernstem Nachdenken veran-

laßt haben. Wir werden wohl oder übel Überlegungenustellen müssen, ob es bei der zeitlichen Begrenzung der Ermächtigung zur Weiterbildung bleiben kann oder ob wir nicht für jede Klinik und jeden Weiterbildungsgerechzu maßgeschneidert festlegen müssen, wie viele seiner Mitarbeiter er pro Jahr bei uns zur Prüfung anmelden kann.

Eine Konsequenz aus dieser Entwicklung im Bereich der Inneren Medizin hat der Deutsche Ärztetag ja inzwischen gezogen, indem das Pflichtröntgenjahr aufgehoben wurde, weil es einfach bundesweit nicht mehr realisierbar ist. Wenn wir schon in den Richtlinien verlangen, daß ein Kollege bestimmte Leistungen wirklich selbständig und vollständig durchgeführt hat, daß er eine bestimmte Anzahl von Endoskopien oder von anderen Leistungen nachweisen kann, dann werden wir vermutlich nicht anders können, hier andere Maßstäbe anzulegen. Denn die Weiterbildung betreiben wir nicht primär im Interesse der Ärzte, sondern wir betreiben sie im Interesse der Bevölkerung, der Patienten. Wir haben mit der Durchführung der Weiterbildungsordnung eine ungeheure Verantwortung übernommen. Wir können also nicht etwa manipulieren und sagen: Was kann man denn alles leichter machen, um möglichst viele junge Ärzte durch die Kliniken zu bringen und ihnen die Führung einer Gebietsbezeichnung zu ermöglichen.

Alle diese Sorgen, ich darf es Ihnen offen gestehen, plagen uns zunehmend, und wir werden uns in der nächsten Zeit damit eingehend beschäftigen müssen. Ich möchte in diesem Zusammenhang Kollegen Hecker danken, der mir ein Referat zur Verfügung stellte, das er vor der Gesellschaft der Kinderchirurgen gehalten hat, wo genau diese Sorgen, die ich hier jetzt darstellte, zum Ausdruck gebracht worden sind. Wir hatten vorher nicht darüber gesprochen, aber ich war doch sehr beeindruckt, daß auch aus der Sicht des Kliniklers die gleichen Überlegungen angestellt werden. Es wird also sicher nicht zu umgehen sein, daß wir uns damit beschäftigen. Dieses Thema spielt natürlich auch eine Rolle im Zusammenhang mit der Frage Überstunden und ihre Bewältigung. Wenn Überstunden in den Kliniken geleistet werden, dann darf es eigentlich keinen Streit darüber geben, daß sie entweder bezahlt werden müssen,

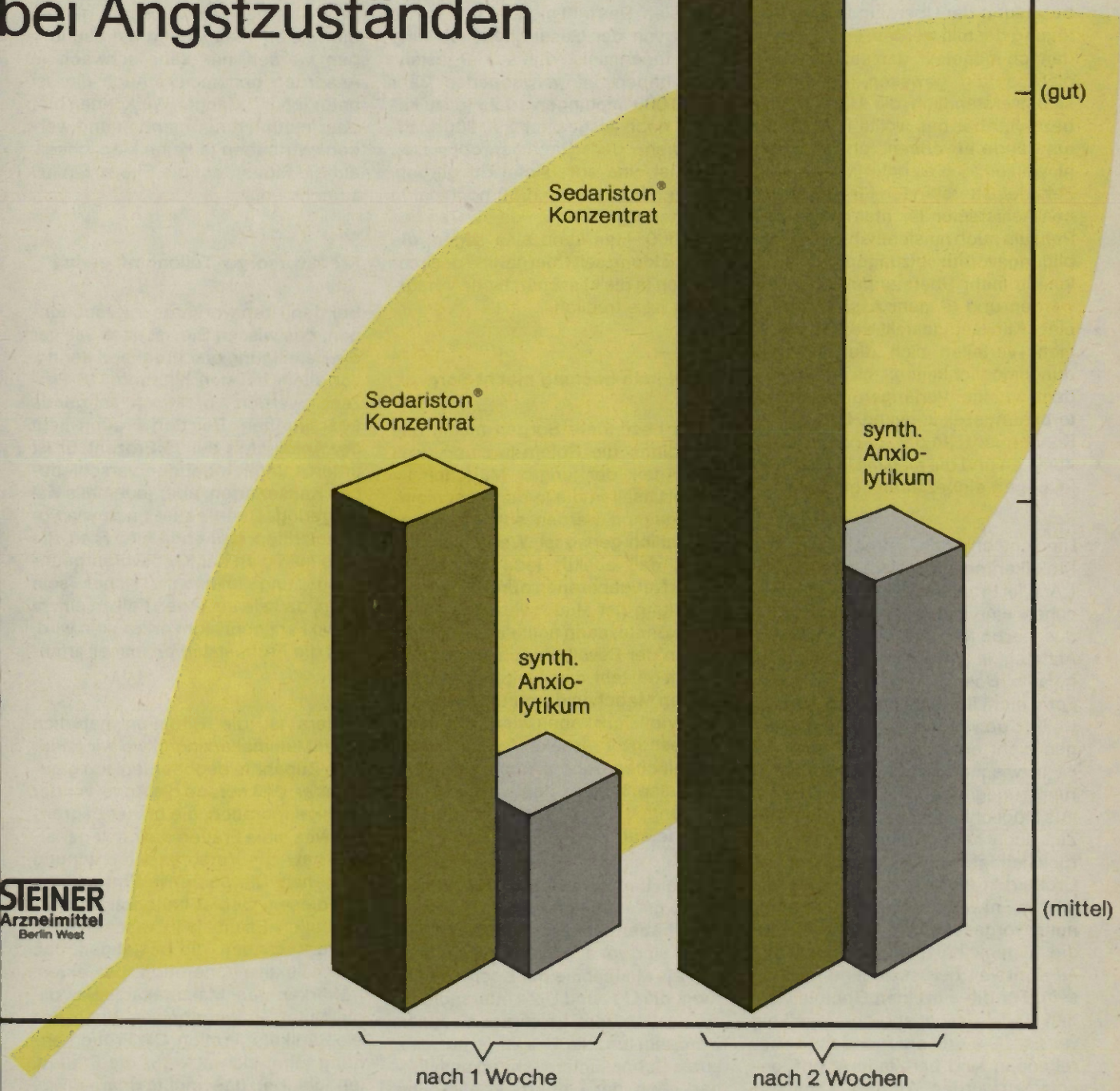


# Sedariston® Konzentrat

## Doppelblindstudie bei Angstzuständen

CGI =  
Klinischer  
Gesamteindruck

\*\*  
p=0,002



**STEINER**  
Arzneimittel  
Berlin West

Mit europäischem Baldrian, ohne Valepotriate

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel Sedariston® Konzentrat enthält: Trockenextrakt aus Johanniskraut (*Hyperic. perforat.*) 90-100 mg, standardisiert auf 0,05 mg Hypericin. Stand. Trockenextrakt aus Baldrianwurzel (*Valerian. off.*) 50 mg. Droge: Extrakt 6:1.

1 ml (= 20 Tropfen) Sedariston® enthält: alkoholische Auszüge Extraktionsmittel: Ethanol 54,7 Vol.-% aus: Baldrianwurzel (*Valerian. off.*) (1:10) 0,2 ml, Johanniskraut (*Hyperic. perforat.*) 0,2 ml, standardisiert auf Hypericin 1,5 µg, Wolfsfußkraut (*Lycopus europ.*) (1:10) 0,2 ml, Melissenblätter (*Meliss. off.*) (1:5) 0,2 ml, Basenginsterkraut (*Sarothamn. scopar.*) (1:5) 0,2 ml. Enthält Alkohol (52,9 Vol.-%).

**Anwendungsgebiete:** Zur unterstützenden Behandlung von Angstzuständen, nervöser Unruhe, Gereiztheit, Gespanntheit und dadurch verursachte Schlafstörungen. **Nebenwirkungen:** Vorsorglich wird empfohlen, während der Behandlung intensive Sonnen- und UV-Bestrahlung zu meiden, da Hautreaktionen auftreten könnten. **Besondere Hinweise:** Die Verkehrstüchtigkeit wird nicht beeinflusst. Eine Kumulation oder Gewöhnung ist - auch bei Langzeittherapie - nicht zu befürchten. **Dosierung und Art der Anwendung: Kapseln:** Morgens und abends vor den Mahlzeiten jeweils 1 Kapsel mit reichlich Flüssigkeit einnehmen. Bei stärkeren Beschwerden werden morgens 2 und abends 1 Kapsel eingenommen. Schulkinder erhalten morgens oder abends 1 Kapsel. **Tropfen:** 3mal täglich 15 Tropfen in etwas Flüssigkeit einnehmen. Für Kinder richtet sich die Dosierung nach dem Alter. In der Regel für Kinder von 2 bis 5 Jahren 3mal täglich 3-5, bis zu 12 Jahren 3mal täglich 5-8 Tropfen. **Darreichungsformen, Packungsgrößen und Preise:** Sedariston® Konzentrat, Kapseln O.P. 20 Kps. DM 10,55, 50 Kps. DM 19,90, 100 Kps. DM 36,20. Sedariston® Tinktur, in Tropfflasche O.P. 20 ml DM 10,55, 50 ml DM 19,90, 100 ml DM 36,20.



oder daß man sie, wenn es geht, durch Freizeit abgilt. Nachdem bei der Stellenbesetzung die Abgeltung durch Freizeit im großen und ganzen auf Schwierigkeiten stößt, wird wohl die finanzielle Abgeltung im Vordergrund stehen. Nachdem es hier Probleme gab in der letzten Zeit, habe ich beim Finanzminister sehr energisch interveniert und verlangt, daß sofort die notwendigen Mittel für die Weiterbezahlung der Überstunden zur Verfügung gestellt werden. Es wurde mir danach mitgeteilt, das sei überhaupt nicht strittig gewesen, es würden selbstverständlich die Überstunden bezahlt. Aber das wollte ich hier nur am Rande erwähnen. Ich will darauf hinweisen, daß es natürlich die hohe Zahl der Überstunden für den einzelnen Assistenten leichter macht, sein Pensum auch hinsichtlich der Weiterbildungsvoraussetzungen zu erfüllen. Je mehr Überstunden abgebaut werden und je mehr Assistenten an einer Klinik eingestellt werden, um so mehr verteilen sich die Weiterbildungsmöglichkeiten; es muß also dann zu einer Verlängerung der Weiterbildungszeit kommen. Das ist eine Konsequenz, an der wir nicht vorbeikommen und die man mit in die Überlegungen einbeziehen sollte.

Hinsichtlich der Anrechnung der Praktikantenzeit oder von Teilen („Arzt im Praktikum“) haben wir inzwischen eine geeignete Formulierung ausgearbeitet. Der vom Deutschen Ärztetag in Travemünde so schnell gefaßte Beschluß konnte in dieser Form nicht aufrecht erhalten werden, weil er den rechtlichen Anforderungen nicht entsprach. Den Kammern ist inzwischen eine neue Formulierung zugegangen. Wir sehen durchaus Möglichkeiten, daß Teile der AiP-Zeit auch bei der Weiterbildung berücksichtigt werden. Wenn es zur Grobstrukturierung kommt, wie sie jetzt im Entwurf der Approbationsordnung vorgesehen ist, dann wird für die allgemeinärztliche Tätigkeit die AiP-Zeit voll berücksichtigungsfähig sein. Für die einzelnen Gebiete werden Teile davon anrechnungsfähig werden. Die entsprechenden Vorbereitungen sind bereits in Angriff genommen worden. Wir haben hier keinen Zeitdruck, denn der erste Student oder Absolvent des Staatsexamens, der als AiP seine Tätigkeit aufnimmt, kommt ja erst am 1. Juli 1987. Wir werden Ihnen die entsprechende Bestimmung zum Einbau in die Weiterbildungsordnung also früh genug im nächsten Jahr vorlegen.

Ein anderer Bereich, auf dem wir tätig sind und der unser Interesse verdient, ist die Gesundheitsvorsorge und die Durchführung von Früherkennungsmaßnahmen. Hier habe ich gestern abend bereits ein Wort gesagt zu der Entwicklung bei den Impfungen. Überraschenderweise kam aus dem bayerischen Sozialministerium vor kurzem eine Meldung, daß die Impffrequenzen laufend rückläufig seien. Das trifft nicht zu und wurde auch von der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums klargestellt. Wir haben im vergangenen Jahr 1 490 000 Impfungen erfaßt (dazu kamen noch insgesamt 390 000 Maßnahmen der Rachitisprophylaxe). Das ist eine erfreuliche Steigerung, wenn ich das Jahr 1982 nochmal in Erinnerung bringe; da waren es 946 000. Man kann also sagen, die Entwicklung seit Übernahme der Impfungen in die kassenärztliche Versorgung ist erfreulich.

#### Die Röteln-Impfung macht Sorgen

Ganz besondere Sorgen macht uns allerdings die Röteln-Impfung, weil der Anteil der jungen Mädchen im Pubertätsalter, die ja dann noch einmal geimpft werden sollten, außerordentlich gering ist. Wenn man nun weiß, daß effektiv jede Mißbildung eines Neugeborenen durch Rötelnkrankung der Mutter verhindert werden könnte, dann sollte man meinen, daß in der Bevölkerung mehr Bereitschaft besteht, diese Impfung bei den jungen Mädchen durchführen zu lassen. Vielleicht haben wir durch unsere gestrige Pressekonferenz wieder ein bißchen Echo erreicht und können also hoffen, daß vielleicht die Impfungen doch etwas zunehmen, gerade auf diesem Gebiet.

Sorgen bereiten uns auch die Kindervorsorgeuntersuchungen U 1 bis U 9. Hier haben wir zwei Probleme. Erstens sind vor einigen Jahren, angeblich als Maßnahme der Kostendämpfung, die U 1- und U 2-Untersuchung zu stationären Leistungen erklärt worden. Nun, die U 1 ist ja nur eine kurze Schnelluntersuchung unmittelbar nach der Geburt. Von größter Bedeutung ist aber die U 2: Über die Ergebnisse dieser U 2 haben wir überhaupt keine Unterlagen mehr, seit sie stationäre Leistung geworden ist, denn wir bekommen natürlich auf diese Weise keine statistischen Mitteilungen. Zur Zeit bemühen wir uns auf der Bundesebene, beim Bundes-

arbeitsminister, zu erreichen, daß die U 2 wieder zurückgeführt wird zur ambulanten Untersuchung, damit wir auch den Überblick für diese Untersuchung wieder haben. Das ist die alte Seite. Die Mütter kommen erfreulich gut zu den U 3-, U 4-, U 5-Untersuchungen, also etwa im ersten, zweiten Lebensjahr. Bereits im dritten Lebensjahr läßt die Untersuchungshäufigkeit sehr stark nach. Im vierten Jahr ist sie erschreckend gering; die letzten Kleinkinderuntersuchungen werden nur sehr schwach in Anspruch genommen. Auch das ist natürlich ein Mangel. Wir können hier aber natürlich nur mahnen und werben. Wir haben ja keine Möglichkeit, auf die Mütter, auf die Eltern, Einfluß zu nehmen.

#### Krebsvorsorge: Teilnahme gering

Bei den Krebsvorsorgeuntersuchungen, das wissen Sie, ist nach wie vor die Beteiligung erschreckend gering, vor allem bei den Männern; 15 Prozent werden praktisch nirgends überschritten. Bei den Frauen liegt der Anteil etwa bei 35 Prozent. Er ist unterschiedlich bei den verschiedenen Kassenarten, aber jedenfalls viel zu gering. Denn es ist nach wie vor unbestritten, daß eben eine Frau, die regelmäßig an der Krebsvorsorgeuntersuchung teilnimmt, sicher sein kann, daß sie auf jeden Fall an einem Zervixkarzinom nicht erkrankt wird, weil die Frühstadien immer erfaßbar sind.

Anders ist die Situation natürlich beim Mammakarzinom, wo wir leider eine Zunahme beobachten. Ich glaube aber, daß gerade die Angst vor der Radikaloperation, die bisher begründet war, viele Frauen davon abgehalten hat, zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen. Die operative Entwicklung auf diesem Gebiet halte ich für sehr erfreulich. Es gibt ja inzwischen weltweite Aussagen, die bestätigen, daß die selektive Operation bei einem früherkannten Mammakarzinom die gleichen Spätergebnisse hat wie die Radikaloperation. Die Früherkennung lohnt sich also für die Frauen. Ich glaube, das müßte man etwas mehr unter die Leute bringen.

Fortschritte haben wir gemacht auf dem Gebiet der Tumornachsorge. Hier läuft seit Jahren unser Modellversuch für die Nachsorge bei gynäkologischen Tumoren mit einer sehr umfangreichen Dokumentation. In-



zwischen haben wir intensive Gespräche gehabt mit den Kollegen des Münchener Tumorzentrums, mit hochehrwürdigen Ergebnissen.

Wir haben gemeinsam einen Terminkalender für Tumornachsorge entwickelt. Der Terminkalender hat eine Kennziffer, und der Patient kann über die Kennziffer dokumentiert werden, ohne daß in der Dokumentation der Name angegeben wird. Das heißt, der Patient bekommt in der primärbehandelnden Klinik seinen Nachsorgeterminkalender mit einer Kennziffer. Diese Kennziffer ist im Krankenblatt der Klinik vermerkt. Der Patient geht mit seinem Terminkalender zur Nachsorgeuntersuchung. Wir haben eine noch nicht ganz fertige Kurzdokumentation entwickelt mit nur einigen wenigen Angaben, von denen wir bitten, daß sie vom nachsorgenden Arzt ausgefüllt wird und die dann bei uns in der Datenverarbeitung der Kammer und der Kassenärztlichen Vereinigung erfaßt werden soll, so daß dann über diese Kennziffer die Primärbefunde mit den Nachsorgebefunden zusammengeführt werden und damit eine Längsschnittbeobachtung aufgebaut werden kann. Diese Zusammenarbeit soll sich natürlich über

ganz Bayern erstrecken. Wir wollen, wenn das Modell fertig entwickelt ist, die gleichen Maßnahmen mit den Tumorzentren in Würzburg, Erlangen usw. durchführen, um auf diese Weise Bayern weitgehend abzudecken.

#### Wir brauchen kein Krebsregister

Bei der Anhörung, die von der CSU-Fraktion im Bayerischen Landtag veranstaltet wurde zum Thema „Landeskrebsregister“, haben die Vertreter des Tumorzentrums und wir in gleicher Weise argumentiert. Wir haben erklärt, daß die Verpflichtung zur Dokumentation in der Ebene der behandelnden Ärzte ohnedies besteht. Was soll es dann, wenn man eine neue bürokratische Ebene aufbaut durch ein Landeskrebsregister und auf diese Weise einen riesigen Datenfriedhof schafft und noch dazu von Kollegen verlangt, daß sie über ihre Dokumentation hinaus noch einmal Meldungen für eine Dokumentation im Landeskrebsregister machen? Diese Argumentation hat – nach unserem Eindruck – überzeugt. Seither ist der Ruf nach einem Landeskrebsregister eigentlich verstummt. Auch in der CSU-Fraktion höre ich keine

Forderungen mehr in dieser Richtung.

Offenbar hat man also eingesehen, daß die Zusammenarbeit, welche wir auf der Ebene der behandelnden Ärzte begonnen haben und jetzt ausbauen werden, mehr bringt als ein Landeskrebsregister. Ganz abgesehen davon, daß existierende Register im Saarland und in Hamburg trotz aller gegenteiligen Behauptungen bisher jedenfalls keine erkennbaren Ergebnisse gebracht haben, die über das hinaus gingen, was man ohnedies weiß. Wir werden also wohl – ich bin so optimistisch, das anzunehmen – den Wunsch nach Errichtung eines Landeskrebsregisters damit für Bayern abschreiben können.

Wir werden uns natürlich nicht auf die Ablehnung beschränken, sondern aktiv die Tumornachsorge nicht nur intensivieren, sondern auch dokumentieren. Bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen werden wir hoffentlich eine Dokumentationsgebühr erreichen – Ich bin eigentlich sicher, daß das gelingt. Für die gynäkologische Tumornachsorge haben wir es ja schon erreicht, daß für die Dokumentation des Kassenarztes auch

## Das pflanzliche Cholagogum

von  
bionorica



# betulum

stimuliert  
mobilisiert  
normalisiert

synchronisiert  
das  
duodenale  
Verbundsystem

**Zusammensetzung:** 100 g enthalten 29 g Mazerat (Auszugsmittel 58,9 V/V Ethanol) aus: Herb. Absinth. 0,65 g, Fruct. Anis. 1,35 g, Herb. Centaur. 1,45 g, Rhiz. Helen. 0,85 g, Passul. minor 1,2 g, Rad. Tarax. 0,3 g. **Indikationen:** Funktionelle Störungen im Leber-Galle-Bereich (auch nach Entfernung der Gallenblase), Dyskinesie, hepato-biliäre Dyspepsie mit Meteorismus, chronische Entzündungen im Gallentrakt, Adjuvans bei Hepatopathien. **Kontraindikationen:** Schwere Leberfunktionsstörungen, Verschuß der Gallenwege, Gallenblasenempyem, Ileus. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen kann die Einnahme von Betulum zu Durchfällen oder Verstopfung führen. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, 3mal täglich 50 Tropfen vor den Mahlzeiten einnehmen. **Handelsformen:** OP mit 100 ml DM 9,80; Großpackungen mit 500 ml und 1000 ml. – Stand bei Drucklegung.

Bionorica GmbH · 8500 Nürnberg 1



eine Gebühr angasetzt werden kann. Ich möchte ausdrücklich hervorhaben, daß die Gespräche mit den Kollegen des Münchener Tumorzentrums außerordentlich konstruktiv gewesen sind, was früher nicht immer der Fall war. Ich erinnere mich, daß seinerzeit, als wir das System der Kennziffer entwickelt hatten und es erstmals vorstellten, von seiten der Statistiker in Großhadern erhebliche Bedenken dagegen geäußert wurden. Jetzt sind wir uns einig, daß die Kennziffer der beste Weg ist für eine Längsschnittbeobachtung, und wir haben uns inzwischen in dieser Richtung geeinigt.

Zum Thema AIDS habe ich gestern abend bereits Ausführungen gemacht. Ich brauche dem nichts hinzuzufügen. Wir werden die Fortbildung intensivieren. Ich darf nochmals bitten, möglichst bald Fortbildungsveranstaltungen durchzuführen. Referenten können Sie erfragen beim Kollegen Dr. Stordeur, der Sie gerne dabei unterstützen wird, so daß also der Informationsstand der Kollegen so gut wie möglich sein wird. Ich möchte dem Kollegen Borelli danken, daß er uns so schnell einen Artikel für das „Bayerische Ärzteblatt“ zur Verfügung gestellt hat. Einen Artikel, der inzwischen in einer Reihe von Ärztezeitungen der Bundesrepublik nachgedruckt worden ist, was für die Qualität dieser Arbeit spricht. Jedenfalls glaube ich, daß sich langsam vielleicht doch die erste Welle der Aufregung schon wieder etwas legt und die Dinge dann wieder mit Sachlichkeit behandelt werden können. Die Ministerien haben sich inzwischen auf die Bildung eines interministeriellen Ausschusses geeinigt. Es sind beteiligt das Innenministerium, Arbeitsministerium, Kultusministerium, Umweltministerium und Justizministerium. Ferner wird ein Beirat gebildet werden aus Wissenschaftlern und Vertretern der Ärzteschaft.

### Hauptthema Arztzahlen

Ein Thema, das uns natürlich bewegt und das ich auch gestern abend schon angesprochen habe, ist nach wie vor die Entwicklung der Arztzahlen, die Zahl der Medizinstudenten und die Probleme der ärztlichen Ausbildung. Hier brennt uns viel auf den Nägeln, wenn wir die Entwicklung beobachten und an die weitere Zukunft denken. Ich möchte diesen Komplex noch einmal im Zusammen-

hang beleuchten, denn es gibt ja eine Reihe neuer Entwicklungen, etwa die Änderung der Bundesärzteordnung und die Änderung der Approbationsordnung, die jetzt bevorsteht, oder auch die Änderung des Auswahlverfahrens – alles Dinge, die ja heftig in der Diskussion sind. Die Zahlen sind bekannt. Wir haben jetzt praktisch 12 000 Studienanfänger pro Jahrgang, und etwa 1000 dürften im Ausland pro Jahrgang studieren. Also müssen wir mit Zahlen bis etwa 13 000 rechnen. Man geht davon aus, daß möglicherweise pro Jahr etwa 2000 nach Abschluß des Studiums den Beruf nicht ausüben wollen, aus welchen Gründen auch immer. Aber nach wie vor liegt die Zahl der Studienbewerber etwa bei 30 000 bis 40 000. Ja, es wurde jetzt berichtet, daß sich zu dem Aufnahmetest, der neu eingeführt wurde, sogar 60 000 Gymnasiasten gemeldet hätten.

Das ist also nun der erste Abschnitt: das Auswahlverfahren wurde neu gestaltet. Der Einser-Abiturient steht nicht mehr im Vordergrund. Es sind jetzt aus dieser Gruppe eigentlich nur noch ein erstaunlich geringer Teil. Der Schwerpunkt liegt in dem neuen Verfahren, das jetzt anläuft, beim Test. Ich habe Beispiele gesehen, mit denen ich nicht viel anfangen konnte, entwickelt von Psychologen und streng geheim. Aber es gibt bereits überall Trainingskurse, zu denen Bewerber hingehen, um sich in diesem Test einüben zu lassen, und dann bessere Ergebnisse erzielen. Ob der Test mehr bringt als jedes andere Verfahren, möchte ich ernsthaft bezweifeln. Aber wir müssen natürlich zugeben: ein sicheres Verfahren, um zu erkennen, dieser junge Mann oder dieses junge Mädchen ist besonders geeignet für den Arztberuf, gibt es nach wie vor nicht. Die Härtefälle bleiben natürlich.

Die Wartezeiten gewinnen wieder an Bedeutung. Es werden also Wartezeiten, wenn sich jemand Semester für Semester bewirbt, wieder mit einem Punktzuschlag angerechnet – merkwürdigerweise aber nur, wenn der oder die Betreffende kein anderes Studium betrieben hat. Wenn ein Studium betrieben wurde während der Wartezeit zum Medizinstudium, gibt es keinen Pluspunkt. Wenn aber einer während dieser Zeit eine Berufsausbildung, gleich welcher Art, betrieben hat, dann gibt es Pluspunkte. Die Logik ist mir nicht ganz einsehbar, aber so wurde es geregelt.

### Problematisches „Auswahlgespräch“

Höchst problematisch scheint mir die neue Einführung des Auswahlgesprächs. Es sollen also, wie Sie wissen, 15 Prozent der Bewerber über ein Auswahlgespräch zugelassen werden. Und dieses Auswahlgespräch sollen die Lehrenden der medizinischen Fakultäten durchführen. Schon vor zwei Jahren, als das erstmals ins Gespräch kam, habe ich die Kollegen zu dieser Aufgabe „beglückwünscht“. Denn sie werden mindestens die gleiche Zeit, die sie für die Gespräche benötigen, als Zeugen am Verwaltungsgericht sitzen, bei denjenigen, die ihre Ablehnung anfechten. Von seiten der Fakultäten wurde dann erklärt, das machen wir nur, wenn es nicht anfechtbar ist. Aber: die Ablehnung eines Bewerbers ist und bleibt ein anfechtbarer Verwaltungsakt, und damit wird also auch das Auswahlgespräch Gegenstand einer, wenn auch eingeschränkten richterlichen Nachprüfung. Ich befürchte, daß hier den Mitgliedern der Fakultäten eine neue Belastung entsteht, die ihnen viel Kummer bereiten wird. Ich weiß nicht, wie sie es sehen; es würde uns interessieren, ob sie das positiver beurteilen. Dabei muß man ja berücksichtigen, daß neben dieser zeitlichen Belastung auch im Prüfungsbereich neue Grundsätze Platz greifen sollen.

Die immer wieder erhobene Forderung auf Änderung der Kapazitätsverordnung mit dem Ziel, die Zahl der angenommenen Studienbewerber zu senken, zeigt bisher noch keine irgendwie erkennbaren Ergebnisse. Man hat zwar vor einiger Zeit einmal erklärt, vielleicht können wir auf 10 000 herunterkommen. Aber es sind noch keine konkreten Maßnahmen ergriffen worden. Gerade hinsichtlich der Änderung der Kapazitätsverordnung wurden große Hoffnungen gesetzt auf die bevorstehende Änderung der Approbationsordnung.

Man muß immer wieder, wenn man vom Mangel an praktischer Ausbildung spricht, daran erinnern, daß die Approbationsordnung seinerzeit geschneidert wurde für eine jährliche Zahl von Studienanfängern, die nicht über 5000 liegt. Hätten wir diese Jahrgangsstärke, dann wäre die Vermittlung einer praktischen Ausbildung an den Fakultäten auch sehr wohl möglich. Aber dieser Teil der



Approbationsordnung wurde einfach überschwemmt, möchte ich sagen, durch die Studentenzahl. Hier muß man etwas sehen, was manchmal zu wenig bekennt ist. Man sagt, das Argument vom Mangel an praktischer Ausbildung müsse dazu führen, daß die Kapazitätsverordnung geändert wird. Man übersieht aber dabei, daß der Bundestag inzwischen die Bundesärzteordnung geändert und den Arzt im Praktikum eingeführt hat. Wenn man die ertliche Begründung für diese Einführung des Arztes im Praktikum heranzieht, dann bezieht sie sich haarscharf auf das Faktum, daß infolge der vielen Studenten während des Studiums die praktische Ausbildung nicht vermittelt werden kann und deshalb die AIP-Zeit angeschlossen wird. Das heißt also: das Argument, man müsse die Kapazitätsverordnung ändern im Sinne einer besseren praktischen Ausbildung, wurde durch die Änderung der Bundesärzteordnung praktisch „verbraucht“. Die ertliche Begründung sagt: deshalb haben wir die AIP-Zeit geschaffen, weil es während des Studiums nicht möglich ist. Also auf dieses Argument wird man sich nicht mehr stützen können.

#### Mündliche und schriftliche Prüfungen

Die Änderungsverordnung zur Approbationsordnung bringt eine Reihe von Neuerungen, z. B. auf dem Gebiet der Prüfungen. Wer sich lange genug mit dieser Materie beschäftigt hat, der hat die Zeit erlebt, als Studenten und alle anderen Beteiligten einstimmig erklärten, die mündliche Prüfung muß weg, weil sie ungerecht ist, weil der arme Student der Willkür ausgeliefert wird. Ich erinnere mich noch gut daran, als einer in einer solchen Runde als Beispiel brachte, daß einmal eine Gruppe von vier Studenten im Staatsexamen von ihrem Professor geprüft wurde, während er sich gleichzeitig von einem anderen habe resieren lassen!

Aber damals gab es überhaupt keine Meinungsverschiedenheiten darüber: die mündliche Prüfung muß verschwinden. So ändern sich die Zeiten! Jetzt fordert man wieder die Rückkehr zur mündlichen Prüfung, und zwar, wie Sie ja gestern aus dem Munde des Herrn Innenministers gehört haben, möchte Bayern am liebsten überhaupt nur mündliche Prüfungen, also die schriftlichen völlig

Wenn Sie Ihre Fortbildung für 1986 planen:

Der Internationale Fortbildungskongress der Bundesärztekammer in

Badgasteln

findet statt

vom 1. bis 9. März

verschwinden lassen. Hier habe ich die Frage an die Kollegen von den Fakultäten: Wie würde sich das zeitlich auswirken, wenn so, wie wir das früher kannten, in Vierergruppen komplette Examen in allen Fächern mündlich abgehalten werden müßten? Ich glaube, bei den heutigen Jahrgangsstärken würde das zeitlich eine Inanspruchnahme bedeuten, die einfach nicht möglich ist. Deswegen hat man in der Approbationsordnung im neuen Entwurf ja einen Kompromiß gewählt. Die Prüfung zum Physikum soll schriftlich und mündlich sein, der erste Abschnitt im Staatsexamen schriftlich, der zweite Abschnitt schriftlich und mündlich, und der dritte Abschnitt nur mündlich. Allerdings gibt es noch eine bemerkenswerte Einschränkung: Die mündliche Prüfung im Physikum und im zweiten Abschnitt des Staatsexamens soll jeweils in nur einem Fach stattfinden. Das heißt, aus der ganzen Palette der Fächer im klinischen Abschnitt wird durch irgendein Losverfahren oder wie auch immer ein Fach pro Prüfling ausgewählt. Er erfährt 14 Tage vorher, in welchem Fach er mündlich geprüft wird, und kann sich dann auf dieses Fach vorbereiten. Das heißt also, es ist eigentlich eine sehr reduzierte mündliche Prüfung. Im wesentlichen wird es dann auch noch bei der schriftlichen Prüfung bleiben.

Man kann über das Multiple-choice-Verfahren verschiedener Meinung sein. Nach wie vor wird es in anderen Staaten, so auch im englischen Bereich angewandt, und die Kritik ist bei weitem nicht so heftig wie bei uns; ich weiß nicht, wozu das liegt.

Zum Physikum im Frühjahr und seinen Ergebnissen habe ich mich gestern eben geäußert und brauche das nicht zu wiederholen. Ich sage nur noch zusammenfassend an dieser Stelle: Zum Katastrophen-Physikum ist das Physikum erst durch die Manipulation geworden und nicht durch das Ergebnis!

#### Unterweisung in kleinen Gruppen

Nun aber zu der anderen großen Änderung, die in Aussicht gestellt wurde. Das ist die praktische Unterweisung in der kleinen Gruppe, wobei die Zahl fünf genannt wird. So steht es tatsächlich im Entwurf der neuen Änderung zur Approbationsordnung – aber leider mit einem kleinen Schönheitsfehler. Vorne im Entwurf heißt es: bei den praktischen Übungen soll die notwendige praktische Anschauung gewährleistet sein; soweit der Lehrstoff dies erfordert, soll in kleinen Gruppen unterrichtet werden. Bei den praktischen Übungen in den klinisch-praktischen Stoffgebieten soll die Unterweisung am Patienten im Vordergrund stehen. Es sollen jeweils wenige Studenten gleichzeitig unmittelbar am Patienten unterwiesen werden; beim Unterricht am Krankenbett im Regelfall nicht mehr als fünf Studenten. Das liest sich wunderbar, und darauf beruhte auch die Hoffnung, daß aufgrund dieser Bestimmung es zwangsläufig zu einer Änderung der Kapazitätsverordnung kommen müßte. Wenn man aber sehr genau liest und alles liest, was im Entwurf steht, dann entdeckt man, daß die geänderte Approbationsordnung sehr bald in Kraft treten soll. Gerade diese Bestimmung ist aber davon ausgenommen; sie soll erst am 1. März 1990 in Kraft treten. Wir schreiben jetzt 1985. Das heißt also: in den nächsten Jahren bleibt es bei den bisherigen Verhältnissen. Werum man das so weit hinausschiebt, ist mir nicht bekannt. Möglicherweise hofft man, daß vielleicht bis dahin der Andrang ganz von selbst nachläßt und auf diese Weise die Realisierung dieser Bestimmungen ohne große Schwierigkeiten möglich wird.

#### „Arzt im Praktikum“

Der „Arzt im Praktikum“ ist bereits durch Änderung der Bundesärzteordnung eingeführt worden. Die Approbationsordnung bringt dazu die näheren Bestimmungen. Der „Arzt im Praktikum“ wird ja zunächst nur 18 Monate tätig sein. Erst ab 1991 verlängert sich die Zeit auf zwei Jahre.

Es wurde immer eingewandt, daß man diesen Praktikanten zu keiner ärztlichen Tätigkeit einteilen dürfe. Dem widerspricht die Begründung ausdrücklich! Es wird ausgeführt, daß der „Arzt im Praktikum“ selbstverständlich praktisch tätig werden muß, und zwar in ärztlichen Funktio-



nen, und es wurde die grobe Strukturierung vorgeschrieben. Das tördert die Möglichkeit der Anrechenbarkeit von Tätigkeitszeiten der Praxisphase vor allem auf eine allgemeinmedizinische Weiterbildung.

Es wird dann weiter ausgeführt, daß der „Arzt im Praktikum“ die ihm zugewiesenen Tätigkeiten verrichtet mit einem dem wachsenden Stand seiner Kenntnisse und Fähigkeiten entsprechendem Maß an Eigenverantwortlichkeit. Ich zitiere: „Ein voll eigenverantwortlicher Einsatz kann unter Umständen zum Ende der Praxisphase bei solchen ärztlichen Tätigkeiten und Verrichtungen in Betracht kommen, die in der vorhergehenden Zeit der Praxisphase ausreichend eingeübt worden sind und für die die notwendige ärztliche Erfahrung vorliegt.“

Damit hat man ganz klar zum Ausdruck gebracht, daß eigentlich zwischen dem „Arzt im Praktikum“ – erstes und zweites Jahr nach dem bestandenen Staatsexamen – und dem derzeitigen Assistenten mit Approbation im ersten und zweiten Jahr in der Einsatzfähigkeit kein Unterschied besteht. Ich darf Sie erinnern an ein Urteil des Bundesgerichtshofes dazu, wo sehr eingehend ausgeführt wurde, daß man einen Assistenten im ersten und zweiten Berufs Jahr nicht einfach sich selbst überlassen darf, sondern daß der Verantwortliche dabei sein muß. Er muß sich persönlich überzeugen, er muß ihm gewissermaßen „das Händchen führen“. Ich kann nur empfehlen, dieses Urteil und die Begründung zu lesen, denn dann sehen Sie, daß sich die Anforderungen an die Weiterbildung eines jungen Assistenten im ersten und zweiten Jahr von dem, was jetzt in der Approbationsordnung für den „Arzt im Praktikum“ vorgesehen ist, de facto nicht unterscheiden. Das wurde ja immer auch als Ziel herausgestellt.

#### **Aus einer Assistentenstelle werden drei Praktikantenstellen**

Die zunehmende Bereitschaft der Krankenhäuser, Praktikantenstellen zu schaffen, geht wohl darauf zurück, daß man inzwischen erkannt hat, daß es ja eigentlich gar nicht unpraktisch ist, wenn man statt einem Assistenten dann drei hat, und zwar nach Möglichkeit für das gleiche Geld. Denn die Umwandlung der Assistentenstellen soll ja kostenneutral erfolgen. In einem Vorentwurf der Bundesplege-

satz-Verordnung konnte man noch einen walteren Satz lesen, wonach die Kostenträger die Kosten für die Ausbildung von Ärzten im Praktikum übernehmen, sofern Assistentenstellen geteilt werden. Es sind eben darüber hinaus tarifliche Vereinbarungen zu berücksichtigen. So etwa lautete der Text. Dieser Zusatz ist vom Bundesrat gestrichen worden. Man wollte damit also offensichtlich zum Ausdruck bringen, daß die Kostenneutralität verbindlich ist und damit für tarifliche Absprachen eigentlich kein Spielraum mehr vorhanden wäre. Wie das dann in der Praxis aussieht wird, bleibt abzuwarten. Vielleicht gelingt es doch, die Konditionen für die Kollegen in dieser Praktikantenzeit noch zu verbessern. Denn wenn man davon ausgeht, daß aus einer Assistentenstelle drei Praktikantenstellen gemacht werden sollen, dann muß man feststellen, daß der Arzt im Praktikum nach einem sechsjährigen Studium mit Staatsexamen im zweiten Jahr weniger bekommt als eine in Ausbildung befindliche Schwesternschülerin, und das ist, glaube ich, ein Zustand, der eigentlich nicht akzeptiert werden kann.

Über das Thema Auswahlverfahren und Zulassung zum Studium wird immer wieder diskutiert. Es gibt fast keine Rolle spielt. Interessant war mir ein Bericht aus Frankreich über die dortige Entwicklung. Die Zahl der Studienanfänger in Frankreich ist ungeheuer hoch. Aber die Franzosen reduzieren ihre Studentenzahl in einer derartig drastischen Weise, wie dies für uns eigentlich nahezu unvorstellbar ist. Ich habe mir die Zahlen der Medizinischen Fakultät von Bordeaux notiert, und zwar für das letzte Studienjahr 1984/85. Im ersten Jahr wurden in Bordeaux 1586 Studenten zum Medizinstudium angenommen. Nach Ablauf eines Jahres kamen sie alle in die Prüfung, und es blieben ganze 257 übrig. Das heißt in Prozenten ausgedrückt: 63 Prozent wurden herausgeprüft, und nur der Rest von 17 Prozent konnte weiter studieren. Ich überlasse es Ihrer Phantasie, wie das bei uns aussehen würde, wenn man ein solches Verfahren einführt. Die Verhältnisse liegen in Belgien nicht anders, denn dort geht man von vorneherein davon aus, daß von 100 Studienanfängern maximal 25 das Ende des Studiums erreichen. Das hält man dort für eine selbstverständliche Selektion durch die Prüfungen.

#### **Befristete Arbeitsverträge**

Hinweisen muß ich Sie auf einen Gesetzentwurf, der erst noch im Bundestag beraten werden muß. Es soll eine weitere Änderung der Bundesärzteordnung erfolgen, und zwar ist beabsichtigt, daß in der Bundesärzteordnung die limitierten Verträge eingeführt werden. Warum man das in der Bundesärzteordnung vorschreiben will, war noch nicht recht ergründbar, denn an sich gestattet ja das Arbeitsrecht heute bereits den Abschluß limitierter Verträge, und zwar generell nicht nur für Ärzte, sondern auch in anderen Berufszweigen. Der Marburger Bund hat protestiert, und die Bundesärztekammer hat eine große Eingabe gemacht mit sehr vielen Argumenten gegen dieses Vorhaben.

Allerdings ist ein Argument meines Erachtens noch nicht vorgetragen worden. Ich habe es in den letzten Tagen einem bayerischen Bundestagsabgeordneten deshalb noch gesondert in die Hand gegeben. Man muß nämlich den Text einmal lesen. Es heißt hier: „Befristung von Arbeitsverträgen: Ein die Befristung eines Arbeitsvertrages mit einem Arzt rechtfertigender sachlicher Grund liegt vor, wenn die Beschäftigung des Arztes seiner Weiterbildung zum Gebietsarzt oder dem Erwerb einer Anerkennung für ein Teilgebiet oder dem Erwerb einer Zusatzbezeichnung dient. Ein befristeter Arbeitsvertrag kann auf die notwendigen Zeiten für die Anerkennung als Gebietsarzt beschränkt werden.“ Die Zeiten sind allerdings dann großzügig geregelt; bezogen auf die Weiterbildungszeiten könnte man sagen, sie reichen aus.

Aber ich sehe ein ganz anderes Problem. In Hessen wurden an den Universitätskliniken Verträge abgeschlossen zum Zwecke der Weiterbildung. Eine Kollegin hat auf ihren Dienstvertrag verwiesen und verlangt, daß sie während ihrer Tätigkeit an der Klinik nur so eingesetzt werden dürfe, wie es die Weiterbildungsordnung erfordere, damit sie das Ziel erreicht. Das heißt, Belange der Klinik dürften – so trug sie vor – nicht berücksichtigt werden. Sie hat am Hessischen Verwaltungsgerichtshof obsiegt. Die Hessische Landesärztekammer wurde verpflichtet, den Ablauf der Weiterbildung und die Abschnitte genau zu regeln, damit der Assistent, der zum Zwecke der Wei-



**Zusammensetzung:** 1 Filmtablette Rytmonorm® 150 mg enthält 150 mg Propafenonhydrochlorid. 1 Filmtablette Rytmonorm® 300 mg enthält 300 mg Propafenonhydrochlorid. 20 ml der Injektionslösung enthalten 70 mg Propafenonhydrochlorid und 1,076 g Glucose-Monohydrat für Injektionszwecke zur Herstellung der Blutisotonie. **Indikationen:** Alle Formen von ventrikulären und supraventrikulären Extrasystolen, ventrikulären und supraventrikulären Tachykardien und Tachyarrhythmien, auch bei WPW-Syndrom. **Kontraindikationen:** Manifeste Herzinsuffizienz, Kardiogener Schock (außer arrhythmiebedingt), Schwere Bradykardie. Präexistente höhergradige sinusale, atrioventrikuläre und intraventrikuläre Störungen der Erregungsleitung. Sinusknotensyndrom (Bradykardie-Tachykardie-Syndrom). Manifeste Störungen des Elektrolyt-Haushaltes. Schwere obstruktive Lungenerkrankungen. Ausgeprägte Hypotonie. In den ersten 3 Monaten einer Schwangerschaft und während der Stillzeit ist die Verordnung von Rytmonorm kritisch abzuwägen. **Nebenwirkungen:** Gelegentliche Übelkeit, Magendarmstörungen, Geschmacksstörungen, Kopfschmerzen, Parästhesien. Bei schweren Intoxikationen, wie z.B. Suizidversuch: Krämpfe. Vereinzelt visuelle Symptome und Schwindelgefühl. Bei älteren Patienten gelegentlich orthostatische Kreislaufregulationsstörungen. Treten visuelle Symptome, Müdigkeit oder Kreislaufstörungen (Gegenmaßnahme: Elektrolytvermögen beeinträchtigt sein. In seltenen Fällen Bradykardie, SA-, AV-Blockierungen (Gegenmaßnahmen: Atropin, Orciprenalin) und intraventrikuläre Leitungsstörungen (Gegenmaßnahme: Elektrotherapie). Bei stark vorgeschädigtem Myokard ist eine unerwünscht starke Beeinträchtigung der Erregungsüberleitung von hyperergisch-allergischem Typ auftreten. Bei hoher Dosierung von Fall zu Fall Verminderung der Potenz und der Spermienzahl. Da die Behandlung mit Rytmonorm lebenswichtig sein kann, darf Rytmonorm wegen dieser Nebenwirkung nicht ohne ärztlichen Rat abgesetzt werden. Bei Anwendung hoher Dosen können Reentry-Mechanismen induziert werden, die imstande sind, Kammerflimmern oder -flimmern auszulösen. Alle aufgeführten Nebenwirkungen sind voll reversibel und verschwinden nach einigen Tagen entweder von selbst oder nach Reduzierung der Dosis, gegebenenfalls Absetzen des Medikaments.

**Dosierung und Anwendungswiese:** Filmtabletten: Für die Einstellungsphase und die Erhaltungstherapie hat sich eine Tagesdosis von 450–600 mg (1 Filmtablette Rytmonorm 150 mg 3mal täglich bis 1 Filmtablette Rytmonorm 300 mg 2mal täglich) bewährt. Die Ermittlung der individuellen Erhaltungsdosis sollte unter kardiologischer Überwachung mit mehrmaliger EKG- und Blutdruckkontrollen erfolgen (Einstellungsphase). Bei Verlängerung der QRS-Dauer (über 20%) oder der frequenzabhängigen QT-Zeit soll die Dosis reduziert oder bis zur Normalisierung des EKG ausgesetzt werden. Rytmonorm soll bei Patienten in höherem Lebensalter oder mit stark vorgeschädigtem Myokard in der Einstellungsphase besonders vorsichtig – einschleichend – dosiert werden. Injektionslösung: siehe wissenschaftlichen Prospekt. **Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln:** Bei gleichzeitiger Anwendung von Lokalanästhetika (z.B. bei Schrittmacherimplantation, chirurgischen oder zahnärztlichen Maßnahmen) sowie Antiarrhythmika mit gleichen Hauptangriffspunkten muß mit einer Wirkungsverstärkung gerechnet werden. Die gleichzeitige Gabe von Rytmonorm mit Amiodaron ist nicht indiziert, da sie zu messbaren Verlängerungen der QT-Zeit führen kann. **Zur besonderen Beachtung!** Bei eingeschränkter Leber- und/oder Nierenfunktion können therapeutische Dosen zur Kumulation führen. Unter EKG-Kontrolle können jedoch auch solche Fälle gut mit Rytmonorm eingestellt werden. **Lagerung:** Rytmonorm, Injektionslösung, darf nicht unter 15°C gelagert werden. **Handelsformen:** Rytmonorm® 150 mg: 20 Filmtabletten (N1) DM 23,43, 50 Filmtabletten (N2) DM 46,69, 100 Filmtabletten (N3) DM 80,46. Rytmonorm® 300 mg: 20 Filmtabletten (N1) DM 36,55, 50 Filmtabletten (N2) DM 79,57, 100 Filmtabletten (N3) DM 136,-. Originalpackung mit 5 Ampullen Rytmonorm® DM 30,65. Knoll AG, 6700 Ludwigshafen

Stand: April/85.



**Arrhythmie-  
Schutz  
rund um  
die Uhr**



**richtungweisend**

**Bei ventrikulären und supraventrikulären Arrhythmien**

**rytmonorm®**

Propafenon

**Das Normo-Rhythmikum**



terbildung eingestellt ist, auch wirklich von Abschnitt zu Abschnitt geführt wird.

Wenn jetzt dieses zum Gesetz wird, dann kann sich meines Erachtens jeder, der mit einem befristeten Arbeitsvertrag eingestellt wird, auf diesen Text berufen und erklären, er sei nicht eingestellt worden, um Arbeit im Interesse der Klinik und der Patientenversorgung zu leisten, sondern, wie es wörtlich heißt, zum Zwecke seiner Weiterbildung. Ich befürchte, das haben die Macher dieses Gesetzentwurfes nicht gesehen. Deswegen habe ich versucht, dieses Argument noch vorzutragen, und ich werde das in der kommenden Woche noch einmal intensiv weiter verfolgen. Ich meine, daß allein schon aufgrund dieses Argumentes dieser Gesetzentwurf nicht angenommen werden kann. Denn es wird damit ein fundamentaler Grundsatz verletzt, nämlich der, daß Assistenzärzte an der Klinik eingestellt werden, weil man sie zur Arbeit braucht und zur Patientenversorgung; und nicht, weil sie sich weiterbilden wollen. Das, glaube ich, muß man also sehr nachdrücklich herausstellen. Es wurde natürlich euch die Frage gestellt, ob der Bund überhaupt eine Zuständigkeit hat zu dieser Regelung. Nun, nach Art. 74, 19 GG hat er sie mit Sicherheit nicht, denn er regelt ja nur die Zulassung zum Beruf. Er hat sie aber nach Artikel 74, 12 über die Regelung des Arbeitsrechtes. Das heißt also, die Regelungsbefugnis des Bundes für diese Fragen können wir nicht bestreiten. Es bleibt dem Bund überlassen, in welches Gesetz er dann eine solche Vorschrift hineinschreibt. Das heißt, er kann eine rein arbeitsrechtliche Regelung durchaus auch aus Sachgründen in die Bundesärzteordnung schreiben, wenn es zu diesem Bereich gehört. Mit dem Argument der fehlenden Zuständigkeit wird man hier also nichts erreichen können. Aber ich glaube, das Argument, daß hier ein falsche Voraussetzung geschaffen wird, müßte eigentlich die Abgeordneten überzeugen.

#### **Nur noch jeder Dritte hat eine Chance zur Weiterbildung**

Ein Wort zum Verhältnis Neuapprobierte zu freien Arbeitsplätzen als Assistenzarzt. Zur Zeit rechnet man mit 5000 freien, besetzbaren Stellen pro Jahr. Für die AIPs ab 1. Juli 1987 benötigen wir im ersten Zuge – also solange die 18 Monate Geltung haben

– 18 000 Stellen an den deutschen Krankenanstalten. Das würde also bedeuten, wenn man durch drei teilt, daß etwa 6000 Assistentenstellen umgewandelt werden müßten. Ab 1991 würde sich dann die Zahl der AIP-Stellen auf 24 000 erhöhen. Wenn die 6000 bzw. ab 1991 8000 Assistentenstellen wegfallen, dann dürfte sich die Zahl der besetzbaren Assistentenstellen für approbierte Ärzte auf etwas über 4000 verringern. Das heißt also ganz nüchtern: ein Drittel der Neuapprobierten hat dann noch die Chance einer Weiterbildung im Krankenhaus; zwei Drittel wird darauf angewiesen sein, nach Ableistung der AIP-Zeit und Approbation in die Praxis zu gehen und den Versuch einer Existenzgründung zu machen. Welche Folgen das haben wird, muß man abwarten. Man kann sich darüber sehr wohl Gedanken machen, aber man wird zu keinen sehr positiven Ergebnissen kommen.

Es wird ja die Forderung vertreten, im Anschluß an die Approbation, also auch nach Ableistung der Pflichtassistentenzeit, noch eine Pflichtweiterbildung approbierter Ärzte durchzusetzen. Nach der amtlichen Begründung zur Bundesärzteordnung zur Einführung des AIP besteht hier wohl keine Aussicht – trotz aller vagen Versprechungen.

Wir haben ja versucht, uns auf einen Kompromiß zu einigen im Frühjahr dieses Jahres, also vor Travemünde. Ich habe damals vorgeschlagen, wir sollten versuchen, ob wir nicht wenigstens AIP plus sechs Monate bei einem Kassenarzt durchsetzen könnten. Diesem Vorschlag hat sich der Vorstand der Bundesärztekammer angeschlossen und auch der Marburger Bund hätte mitgemacht. Leider konnten wir eine entsprechende Übereinstimmung nicht erreichen.

Damit wir uns recht verstehen: Es wäre ideal, wenn drei oder vier Jahre Weiterbildung realisiert werden könnten. Je mehr Weiterbildung im Krankenhaus, um so günstiger ist es doch für den Arzt, der in die Praxis geht. Darüber gibt es doch überhaupt keine Meinungsverschiedenheiten. Aber man muß fragen: Was ist realisierbar? Was kann man erwarten?

#### **Quälende Gedanken über die Zukunft**

Wenn es dazu kommt, daß tatsächlich nur ein Drittel der Neuapprobierten

eine Assistentenstelle bekommen können, dann führt das zwangsläufig zu einer Überschwemmung der Allgemeinpraxis mit allen Folgen, die sich daraus ergeben müssen. Aus dieser Entwicklung heraus sind die verschiedenen Überlegungen zu verstehen, wie das Hausarztmodell der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit seiner Relation 60 Prozent Hausärzte zu 40 Prozent Spezialisten, das Gutachten Wannagat, viele andere Äußerungen und auch das, was ich Ihnen geschickt habe. Das sind Gedanken, die man sich macht; man quält sich ja geradezu mit dieser Problematik, wie das in der Zukunft werden soll.

Vielleicht ist jetzt doch etwas Bewegung in die Diskussion gekommen. Vielleicht gelingt es uns doch, daß wir zu irgendeiner Regelung kommen, die uns über diese schwierige Zeit hinwegführt. Denn, daß die vor uns liegenden Jahre außerordentlich schwer werden, daran ist je wohl gar kein Zweifel. Wie die wirtschaftliche und soziale Lage der Ärzte bei steigender Arztdichte sein wird, das mag wohl niemand so recht voraussagen. Optimistische Prognosen haben wenig Grundlage, das muß man einfach sehen.

Der Streit um meine eigenen Überlegungen ist ja heftig; und es freut mich, daß er so heftig ist, denn nur, wenn Gedanken diskutiert werden, kann dabei irgend etwas herauskommen. Ich darf hier nur in Stichworten klarstellen: eine plumpe Pauschallierung habe ich nicht gefordert, sondern eine Variation. Man könnte sagen: einen Grundleistungskomplex mit entsprechenden Ergänzungen, oder wie immer man es nennen will. Ich habe bereits dargestellt, daß wir mitten in der Diskussion sind. Die verschiedenen Überlegungen begegnen sich. Ich habe den Eindruck, daß sich die Fronten auflösen, daß wir miteinander reden und gemeinsam einen Weg suchen, der uns weiterführt. Mehr wollte ich nicht erreichen und Gott sei Dank auch die anderen nicht. Vielleicht kommen wir zu einem Modell, das den berechtigten Wünschen soweit wie möglich entgegenkommt; daß alle Federn lassen müssen, darüber gibt es wohl gar keinen Zweifel. Ich meine, eines sollten wir fertigbringen: uns freizumachen von Emotionen; denn mit Emotionen sind Probleme nicht zu lösen, sondern nur mit sachlichem Diskutieren und mit möglichst viel Nachdenken.



Es ist ja interessant, was man so alles liest. So hat der Bundesarbeitsminister Blüm in seiner Originalität den Gedanken verwirklicht, den „Arzt um die Ecke“ einmal einzuladen. Er wollte mal ungefiltert von Funktionären vom Arzt draußen „an der Basis“ hören, wie der denn über die Situation denkt. In einem Bericht, der darüber veröffentlicht wurde, ist nicht uninteressant, daß z. B. gesagt wurde: „Wir möchten uns mehr dem Patienten zuwenden und uns nicht dauernd mit der Medizintechnik herumschlagen.“ Auf der anderen Seite wurde mir aber vorgeworfen, ich wollte den Hausärzten die Medizintechnik wegnehmen. Ich glaube, auch darüber sollte man reden.

### Wir Ärzte müssen zusammenstehen

Mir liegt die Frage am Herzen: Gibt es vielleicht doch eine Regelung, um die Zusammenarbeit der Arztgruppen zu verbessern? Der Kampf um den Patienten und seinen Primärschein nimmt immer härtere Formen an. Daran besteht überhaupt kein Zweifel. In Hannover fand eine Pressekonferenz statt, an der der Marburger Bund teilnahm und auch Vertreter des Verbandes der Praktischen und Allgemeinärzte. Vom Marburger Bund konnte man hören, die Zahl der Krankenhauseinweisungen zur Abklärung unklarer Krankheitsfälle nehme immer mehr zu; der BPA erklärte, das sei ja gar nicht verwunderlich: Denn wenn der Allgemeinarzt zum niedergelassenen Internisten überweist, dann „kehrt der Patient vom Feindflug nicht mehr zurück“ – Ich zitiere wörtlich. Also überweist er ihn nicht und schickt ihn halt lieber ins Krankenhaus.

Wenn die Entwicklung dahin geht, daß die Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte nicht mehr funktioniert, wegen der „Schlacht um den Primärschein“, dann wird sich die Lage grundlegend ändern. Denn daß die Krankenkassen bereit seien, immer höhere Krankenhauskosten zu zahlen, das müssen wir vergessen. Aber vergessen sollten wir nicht, daß nach wie vor in Paragraph 372 RVO wörtlich steht: Die Krankenkassen sind berechtigt, mit den Krankenhausträgern Verträge über vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung abzuschließen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in diese Verhandlungen überhaupt nicht eingeschaltet, das heißt, diese Verträge können die Krankenkassen

an uns vorbei abschließen, soviel sie wollen, und damit dem Krankenhausambulatorium die Türen öffnen. Auch die Äußerungen des Kollegen Kossov in Landshut sollte man zur Kenntnis nehmen. Ich glaube also insgesamt, wir sollten gemeinsam über eine sinnvolle Entwicklung nachdenken. Wir sollten versuchen, Formen zu finden, mit denen wir die kommenden, zweifellos schweren Jahre überbrücken können. Denn daß bei der zunehmenden Zahl der Ärzte die Situation für den einzelnen Arzt immer schwieriger wird, darüber besteht kein Zweifel.

### Ein sozialpolitisches Problem muß von allen bewältigt werden

Aber – und das möchte ich abschließend sagen – wir können nicht etwa so tun, als ob wir die einzigen Leidtragenden dieser Entwicklung wären. Schauen Sie hin, wo Sie wollen. Soeben konnte man lesen, daß von den Jugendlichen, die die Hauptschule verlassen haben, bisher rund 60 000 noch keine Lehrstelle haben. Wenn Sie sich in den akademischen Berufen umsehen: die Lehrerarbeitslosigkeit, die Lawne nachrückender Juristen, die nicht unterzubringen sind, die Soziologen und wie sie alle heißen. Es ist eben leider so, daß durch die starken Jahrgänge ein Mißverhältnis entstanden ist zwischen den Möglichkeiten, einen Arbeitsplatz zu bekommen, und der Zahl der Bewerber.

Die Bildungspolitik, die Ende der fünfziger und Anfang der sechziger Jahre eingeleitet wurde, war natürlich insofern logisch, als man sagte: Stecken wir mal die Hälfte eines jeden Jahrgangs in die Gymnasien und möglichst viele in die Universität, dann sind die jedenfalls erst einmal von der Straße und belasten nicht den Arbeitsmarkt derer, die keine höhere Schule besucht haben. Es wurde auch von den Bildungspolitikern immer wieder betont, daß es nicht die Aufgabe der Bildungspolitik sei, Arbeitsplätze zu schaffen. Sie schaffe qualifizierte Bewerber für Arbeitsplätze, aber sie geben keine Gewähr, daß ein Arbeitsplatz auch vorhanden ist.

Wir sollten also sehen, daß wir nicht allein „im Regen stehen“. Hier ist ein gesellschaftspolitisches, sozialpolitisches Problem erster Ordnung zu bewältigen. Alle Gruppen unserer Gesellschaft werden darunter leiden, bis dann durch das Absinken der Geburtenzahl wieder eine Erleichterung eintritt. Diese harten Jahre müssen durchgestanden werden. Wir haben die Pflicht, in dieser Situation, nicht etwa das Handtuch zu werfen und zu resignieren, sondern mit Grundsätzen, die praktikabel sind, den Versuch zu machen, über diese schwere Zeit hinwegzukommen; auch wenn mancher Kollege dann sehr betrübt sagt, wir werden immer mehr reglementiert.

Je enger wir aufeinander sitzen, um so mehr Grundsätze müssen beachtet werden, um die Reibungen so gering wie möglich zu machen. Das Reglementieren liegt also in unserem eigensten Interesse, und jeder sollte Verständnis dafür haben, daß es auch für ihn notwendig ist, wenn er auch noch so jammert.

Wir müssen klarmachen, daß die Freiheit des einzelnen dort endet, wo sie die Freiheit des Nachbarn tangiert und beeinträchtigt. Das erfordert bei immer engerem Lebensraum des einzelnen eben mehr Reglementierung. Und wir könnten uns nichts Besseres wünschen, als daß die Jahre kommen mögen, in denen es wieder luftiger wird und in denen die, die nach uns die Verantwortung tragen, diese Reglementierungen wieder abbauen können und jeder sich wieder so entfalten kann, wie er es sich wünscht. Ich würde mich für die kommenden Generationen freuen, wenn es dazu käme.

**MAGNEROT<sup>®</sup>**  
(bisher: Magnesiumorotat Tabletten)  
**Zielsichere Magnesiumtherapie  
dahohe Verfügbarkeit**

**Zusammensetzung:** 1 Tablette enthält 500 mg Magnesiumorotat. **Anwendungsgebiete:** Wadenkrämpfe, Tetanien, Eklampsie, Schutztherapie gegen Herzinfarkt und Myocardnekrosen und Magnesiummangel. **Kontraindikationen:** Urämische Niereninsuffizienz. **Packungen mit 60 Tabletten (DM 22,70), 200 Tabletten (DM 58,45) und 1000 Tabletten (DM 208,80).**  
Stand 2/85.

**Dr. Würweg Pharm. Präparate GmbH · 7000 Stuttgart 40**



# Ergänzung des Tätigkeitsberichtes

Vizepräsident Dr. H. Braun

## Berufsordnung — Famulatur-/Vertretervermittlung — Allgemeinmedizin

Wie Sie wissen, liegt die Berutsaufsicht nach dem Bayerischen Kammergesetz in erster Linie bei den Ärztlichen Kreisverbänden. Die Ärztlichen Kreisverbände haben im Berichtszeitraum in 33 Fällen eine Rüge erteilt. Acht so betroffene Kollegen haben beim Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer dagegen Beschwerde eingelegt. Nach ausführlicher Darstellung des Sachverhalts mußte aber der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer alle Beschwerden abweisen. In 13 Fällen wurden von den Ärztlichen Kreisverbänden Berufsgerichtsverfahren eingeleitet, die alle mit einem Verweis oder mit einer Geldbuße entschieden wurden.

Wie bei der zunehmenden Konkurrenz nicht anders zu erwarten, haben Verstöße gegen das Werbeverbot zugenommen. Sie betreffen fast immer Veröffentlichungen in Tageszeitungen oder Illustrierten. Einzelne auf diesem Gebiet besonders hervortretende Kollegen wurden schon wiederholt durch Berufsgerichte und durch das Landesberufsgericht verurteilt und setzen trotzdem, wenn auch manchmal in verdeckter Form, ihre Werbung fort. In einem Fall wurde deshalb der ordentliche Gerichtsweg beschritten.

Außerdem werden häufig auf Briefbogen, Stempeln usw. unzulässige Bezeichnungen wie „Facharzt“ oder der Professorentitel aus Guatemala oder Manila geführt. Auch dagegen muß vorgegangen werden.

Trotz verschiedener Berufsgerichts- und auch ordentlicher Gerichtsentscheidungen wurde in mehreren Fällen immer noch die Bezeichnung „Ärztelhaus“ geführt. Viele der dort tätigen Kollegen waren aufgrund der Hinweise der Standesvertretung bemüht, bei den Hausbesitzern die Entfernung dieser Bezeichnung zu erreichen, was häufig nicht gelungen ist. Deshalb hat die Bayerische Landesärztekammer einen Rechtsanwalt beauftragt, in ihrem Namen entsprechend dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) das Führen dieser Bezeichnung zu verfolgen. Im Wege außergerichtlicher Verfahren konnte in elf Fällen erreicht werden, daß diese Bezeichnung nicht mehr

geführt bzw. eine derartige Firmierung vom Anwesen entfernt wurde. In neun Fällen mußte die Klage bei dem zuständigen Zivilgericht eingereicht werden; sie konnten alle erfolgreich abgewickelt werden.

Beihilfestellen, Privatversicherungen und Privatpersonen wenden sich nach wie vor mit zahlreichen Anfragen an unsere dafür zuständige Abteilung hinsichtlich der ärztlichen Rechnungsstellung. Anfragen von Privatpersonen werden in der Regel an den zuständigen Ärztlichen Kreisverband weitergeleitet.

Die Anfragen betreffen jetzt meist nicht mehr allgemeine Probleme der Handhabung der GOÄ, sondern schwierige Detailfragen. Einen Überblick über die Zahl dieser Anfragen können Sie dem schriftlichen Tätigkeitsbericht entnehmen.

Bemängelt wird von den Aufsichtsbehörden jetzt überwiegend das Einpendeln auf einen nahezu einheitlichen Multiplikator in Höhe der Regelspanne. Dies wurde aber von den ärztlichen Organisationen bei der Diskussion um die Neueinführung der GOÄ vorausgesagt. Im übrigen muß festgestellt werden, daß das bayerische Finanzministerium auf dem Sektor der Gebührenordnung sehr verständnisvoll mit der Bayerischen Landesärztekammer zusammenarbeitet.

Bei Honorarvereinbarungen im Sinne der „Abdingung“ muß § 14 der Berufsordnung beachtet werden, wonach auch die wirtschaftlichen Verhältnisse des Zahlungspflichtigen zu berücksichtigen sind.

Wie Sie wissen, gibt es wegen des neuen § 6a der GOÄ und der neuen Bundespflegesatzverordnung für Chefärzte und Belegärzte neue Schwierigkeiten. Diese sind mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft und mit den Krankenhausträgern noch nicht zu unserer Zufriedenheit geregelt.

Die einzige zentrale Famulaturvermittlungsstelle im Bundesgebiet besteht seit dem 1. Januar 1977 bei der Bayerischen Landesärztekammer. Seitdem sind bei uns 3265 Bewer-

bungen von Famuli eingegangen und 2509 Famulaturvermittlungen konnten durchgeführt werden. Wie Sie wissen, werden bei uns die Famulaturstellen direkt zwischen Studenten und Praxisinhabern vermittelt.

Die Zahl der Kollegen, die sich bereit erklärt haben, Famuli aufzunehmen, beträgt zur Zeit 848. Darunter sind 450 Allgemeinärzte und 398 andere Gebietsärzte.

Von den im Berichtszeitraum eingegangenen Bewerbungen von 346 konnten 285 direkt vermittelt werden. Darunter waren 239 Bewerbungen aus dem Bereich der bayerischen Universitäten und 46 von auswärts. Die Differenz zwischen Bewerbungen und Vermittlungen ergibt sich daraus, daß eine größere Zahl ihre Bewerbungsbogen nicht mehr zurückgesandt hat, andere sich persönlich eine Famulaturstelle beschafft haben und der Rest aus privaten Gründen von einer angebotenen Famulatur Abstand genommen hat.

Im Berichtszeitraum sind bei unserer Vertretervermittlungsstelle 717 Anträge eingegangen. In 468 Fällen, das sind 65 Prozent, konnten Vertretungen sichergestellt werden. In 13 Prozent konnten die betroffenen Kollegen selbst einen Vertreter finden, in sechs Prozent wurden die Anträge wegen anderweitiger Planung zurückgezogen und nur in sechs Prozent war keine Vermittlung möglich. 65 Anträge sind noch in Bearbeitung.

Im Berichtszeitraum wurden 148 Anträge für die Weiterbildungsermächtigung in Allgemeinmedizin gestellt. In Bayern sind zur Zeit 449 Allgemeinärzte für die Weiterbildung in Allgemeinmedizin voll ermächtigt.

Für Kollegen, die vor dem 1. Januar 1978 ihre Weiterbildung begonnen haben, gelten noch die alten Bestimmungen. Das heißt, sie müssen sich keiner Prüfung unterziehen.

Im Bereich der Allgemeinmedizin waren dies im Berichtszeitraum 63 Kollegen, die ohne Prüfung die Anerkennung als Allgemeinarzt erhielten.

249 eingehende Allgemeinärzte wurden eingehend geprüft; davon bestanden 243 die Prüfung und sechs nicht. Damit haben im Berichtszeitraum 312 junge Kollegen nach ein-







gehender Weiterbildung die Anerkennung als Allgemeinarzt von der Bayerischen Landesärztekammer erhalten. Daraus sehen Sie, im Verhältnis zu den vergangenen Jahren, eine ständige Zunahme. Im Berichtszeitraum wurden im ganzen 938 Prüfungen an 31 Prüfungstagen durchgeführt.

Interessant sind wieder die Zulassungszahlen zur kassenärztlichen Versorgung durch die Zulassungsausschüsse der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns im Jahre 1984.

529 Ärzte wurden als praktische Ärzte oder Allgemeinärzte zugelassen, also 74 mehr als 1983. Von diesen 529 hatten 246 eine volle allgemeinärztliche Weiterbildung, das heißt 46,5 Prozent. Darunter waren 14 Ärzte mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in zwei Gebieten. 1983 waren es 208 voll weitergebildete Allgemeinärzte, also 38 weniger, das entspricht 45,7 Prozent.

1984 wurden dazu 259 Kollegen mit einer Teilweiterbildung als praktische Ärzte zugelassen. 1983 waren dies 228 Ärzte. 1984 waren 47 Kollegen darunter mit einer vier- bis über zehnjährigen klinischen Tätigkeit.

24 Ärzte hatten bei der Kassenzulassung keinerlei Weiterbildung. Dies waren 1983 19 Ärzte. Den 246 weitergebildeten Allgemeinärzten stehen also 259 teilweitergebildete und 24 praktische Ärzte ohne jegliche Weiterbildung gegenüber.

46,5 Prozent weitergebildete Allgemeinärzte und 53,5 praktische Ärzte mit einer Teilweiterbildung oder mit gar keiner Weiterbildung wurden zu den Kassen zugelassen.

Sicher ist die Zahl der überhaupt nicht weitergebildeten praktischen Ärzte unbedeutend. Sie hat aber in den letzten Jahren ständig zugenommen.

Dies ändert sich allerdings mit der neuen Zulassungsordnung, in der eineinhalb Jahre Vorbereitungszeit auf die Kassenpraxis vorgeschrieben sind. Sie sehen an diesen Zahlen, daß die Allgemeinmedizin in Bayern in den Jahren seit 1970 gute Fortschritte gemacht hat. Andererseits aber muß man sich bewußt sein, daß mit der enormen Zunahme frisch approbierter Ärzte das Problem von ungenügend weitergebildeten praktischen Ärzten sich in der Zukunft erheblich verschärfen wird.

## Aus den Ausschüssen

Nach den Referaten von 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. K. Thäle

Es besteht Einigkeit darüber, daß angesichts der rapiden Fortentwicklung und Erweiterung medizinischen Wissens der Arzt seinen Beruf in Praxis und Krankenhaus, in Behörden und Betrieben, bei der Bundeswehr oder anderswo über die Gesamtheit seines beruflichen Lebens nur dann sinnvoll ausüben kann, wenn er sich stetig fortbildet. Die in der Berufsordnung verankerte Verpflichtung des Arztes zur Fortbildung ist demnach nichts anderes als ein konsequenter Hinweis auf diese Tatsache. Wir sollten daran festhalten, daß es dem Arzt überlassen bleiben muß, wie er sich sein neues Wissen aneignet, wie er sich also fortbildet. Das entbindet die Ärztekammern aber nicht von der Verpflichtung, auch ihrerseits möglichst viel Fortbildung an den Arzt heranzutragen. Die Fülle der angebotenen Fortbildungsveranstaltungen beweist, daß sich die Ärztekammern dieser Aufgabe bewußt sind. Wissenschaftliche Gesellschaften und ärztliche Verbände tragen das Ihre zur weiteren Bereicherung der Fortbildungspalette bei. Den Einladungen der Bundesärztekammer zu ihren internationalen Fortbildungskongressen folgen jährlich viele Tausende von Ärzten.

Diese im Wortlaut wiedergegebenen Ausführungen hat unser Kammerpräsident im Leitartikel des „Deutschen Ärzteblattes“, Heft 26, bereits 1974 ausgeführt. Sie sind in ihrer Aussage nach wie vor aktuell und haben auch in ihrer Voraussage in den vergangenen elf Jahren ihre Gültigkeit nach wie vor behalten. Ich werde mir erlauben, im Tätigkeitsbericht gelegentlich darauf zurückzukommen.

Besonders großen Raum haben bei den Akademieberatungen immer wieder die Forderungen eingenommen:

1. Wie grenzen wir uns gegenüber den rein von der Arzneimittelindustrie gesponserten Fortbildungsveranstaltungen ab?
2. Wie verhindern wir am ehesten eine plumpe Arzneimittelwerbung, die weit über das Maß der auch für uns notwendigen Arzneimittelinformation (Wirkungsweise, Bioverfügbarkeit usw.) hinausgeht?

Es wurde zunächst im Sinne der klaren Abgrenzung gegenüber nicht körperschaftsgebundenen Fortbildungsveranstaltungen ein von den Akademiemitgliedern erarbeiteter Antrag an den Kammervorstand beschlossen (er ist inzwischen vom Kammervorstand genehmigt worden), der als Aufdruck auf den Testatkarten (Leporello) beinhaltet: „Eigentum der Bayerischen Landesärztekammer, nur als Fortbildungsnachweis für Veranstaltungen, die im Auftrage oder in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer erfolgen.“

Sehr eingehend haben wir uns nochmals mit den Voraussetzungen für die Erteilung des Prädikats „In Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer – Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung“ bei nicht körperschaftsgetragenen Veranstaltungen befaßt.

Auch mit der Frage der Strukturierung ärztlicher Fortbildung hat sich die Akademie ausdrücklich und eingehend befaßt. Ich zitiere hier die Aussage eines Mitgliedes unserer Akademie:

1. Der Vortrag sollte 30 Minuten Dauer nicht überschreiten, in Ausnahmefällen längere Zeit. Eventuell ist er zu unterbrechen durch Zusammenfassung und klare Gliederung. Lernziele definieren und am Anfang nennen! *Vortragen*, nicht vorlesen!
2. Diskussion: Dieselbe Zeit, wie für den Vortrag einplanen; strukturieren, Lernziele wiederholen.
3. Tischvorlagen: Zusammenstellung aller Kurzfassungen der Referate, Merksätze, Tabellen, Schaubilder vor Beginn der Veranstaltung.



4. Andere Hilfsmittel: Dias und Folien. Anzahl pro Vortrag auf die notwendige Zahl beschränken. Nur zur Ergänzung oder zur Erklärung des Besprochenen einsetzen. Übersichtlich gestalten. Maximal sieben Zeilen. Text in ausreichend großen Buchstaben. Text in deutscher Sprache. Zahl der dargestellten Kurven gering halten. Filme und Videodarstellungen, kurze Ausschnitte dienen der Erklärung von Handgriffen, Techniken, Bewegungsabläufen.

Gestatten Sie mir noch einige Bemerkungen zu den kritischen Ausführungen gewisser Medien über den Wissensstand der Ärzte schlechthin, die in die gelegentliche Schlußforderung münden, alle Ärzte, gleich welcher Disziplin und Position, in festgelegten Zeitabständen immer wieder einer Fachprüfung zu unterziehen.

Diese Forderung müssen wir aus grundsätzlichen Überlegungen ablehnen. Dem heutigen Arzt wird ebenso wie bei anderen akademischen Berufen nach entsprechend abgelegtem Examen und Ausbildungszeit bzw. Weiterbildungszeit das Recht zugestanden, Patienten zu behandeln und/oder damit eine Tätigkeit in einer bestimmten ärztlichen Disziplin auszuführen, wobei in der Berufsordnung auch die fest verankerte Verpflichtung zur Fortbildung praktisch vorgeschrieben ist. Die auch hier immer wieder geforderte Effizienzkontrolle haben wir in Bayern durch unsere Umfrageaktionen und Testbogenaktionen — selbstverständlich auf freiwilliger Basis — zusätzlich durchgeführt. Ausgerechnet dem Arztberuf mit seiner besonderen Verantwortung und Verpflichtung noch laufende Prüfungen, insbesondere den älteren Kollegen, aufzuerlegen, widerspricht zum Teil der Tatsache, daß mit zunehmendem Alter auch Erfahrungen und Erkenntnisse größer geworden sind als beim Berufsanfänger.

Das amerikanische System hier beispielhaft anzuführen, ist wohl falsch. Hier handelt es sich im wesentlichen nur um eine eidesstattliche Erklärung des betreffenden Arztes, daß er in den letzten Jahren soundsovielen Stunden an ärztlicher Fortbildung — schlicht gesagt — hat über sich ergehen lassen. Alsdann zahlt er einen bestimmten Qbolus in Dollar. Daraufhin erhält er die weitere Qualifikation.

## Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“

Professor Dr. D. Kunze

Der Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“ hat eine Vielzahl von Problemen behandelt; der Tätigkeitsbericht der Kammer weist dies aus. Die Mehrzahl der beratenen Themen dreht sich um ein zentrales Problem, das sich mit zwei Begriffen charakterisieren läßt: „Ärztenschwemme“ und „Qualitätssicherung“.

Die Ärzteschwemme ist inzwischen Realität. Man kann all die viel diskutierten Maßnahmen zur Reform der ärztlichen Ausbildung — auch den neuesten Vorschlag, in der Bundesärzteordnung generell die Befristung von Anstellungsverträgen am Krankenhaus vorzusehen, weil dort vorzugsweise „Weiterbildung“ betrieben werde — nur als letztlich untaugliche Versuche werten, die unausweichliche politische Entscheidung darüber zu vertagen, wie viele Ärzte wir innerhalb einer angemessenen Zeit tatsächlich ausbilden können und wie viele Ärzte diese Gesellschaft braucht oder haben will.

In unserem Ausschuß und auch in der Diskussion innerhalb der bayerischen Ärzteschaft hat wohl nie ein Zweifel daran bestanden, daß die Kapazitätsverordnung einer Korrektur bedarf und die Zahl der an unseren Universitäten auszubildenden Ärzte an der dort wirklich für eine praxisnahe Ausbildung zur Verfügung stehenden Kapazität bemessen werden muß. Aber auch wenn es gelingt, für die Zukunft eine Korrektur der Studentenzahlen an den medizinischen Fakultäten herbeizuführen, bleibt das Problem, dem ärztlichen Nachwuchs bis dahin ausreichende praktische Erfahrungen zu vermitteln, die ihn in die Lage versetzen, seinen Beruf selbstverantwortlich auszuüben.

Diese Überlegungen waren es auch, die den Ausschuß dazu bestimmt haben, die Einführung des „Arztes im Praktikum“ (AiP) als ein notwendiges und unvermeidliches Übel zu akzeptieren.

Seit wenigen Wochen liegt nun der Entwurf der neuen Approbations-

ordnung auf dem Tisch. Er definiert das Ausbildungsziel nach den Vorstellungen der Ärzteschaft, sieht einschneidende Änderungen im Prüfungssystem vor, schafft Maßstäbe (Kleingruppenunterricht), denen eigentlich nur durch eine Revision der Kapazitätsverordnung entsprochen werden kann. Für den AiP beschränkt er sich aber auf höchst dürre Aussagen: Stellensuche auf dem freien Markt, keine „Clearingstelle“, Grobstrukturierung. Im Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit scheint man mehr von der Hoffnung als mit konkreten Vorstellungen über die Realisierung dieser weiteren Ausbildungsphase zu leben.

Kurzatmig, wie bei uns leider vielfach Gesundheitspolitik betrieben wird, will man nun die Schwierigkeit, ausreichende Stellenkapazitäten für den AiP zu schaffen, dadurch beseitigen, daß in der Bundesärzteordnung generell die Befristung der Anstellungsverträge solcher Krankenhausärzte vorgesehen wird, die eine Gebietsanerkennung anstreben.

Auch wenn man die Frage vernachlässigt, ob solche Vorstellungen mit der Tarifautonomie von Gewerkschaften und Arbeitgeberverbänden vereinbar sind, ob Ärzte als Arbeitnehmer nach anderen Maßstäben behandelt werden dürfen, als sie sonst allgemein gelten, ist eine solche Gesetzgebungsmaßnahme sachlich nicht zu rechtfertigen. Uns muß vorrangig die Frage beschäftigen, welche Wirkungen eine solche Befristungspraxis für die Qualität der stationären Versorgung an unseren Krankenhäusern zwangsläufig haben muß.

Der Grundsatz „soviel ambulante wie möglich, soviel stationär wie nötig“, bewirkt, daß im stationären Bereich der Anteil der schweren Krankheitsbilder mehr und mehr ansteigt. Wollen wir diese Patienten von immer mehr fachunfähigen Ärzten betreut sehen? Wollen wir die Kollegen nach fünf oder sechs Jahren der Weiterbildung fast ausnahmslos zwingen, sich niederzulassen? Der Vorsitzende des Chefarztverbandes in Bayern, Professor Qpderbecke, hat das Problem treffend formuliert: „Das Krankenhaus darf nicht zum Auffangbecken und Übungsfeld von Berufsanfängern umfunktioniert werden, weil dies eine qualifizierte Patientenversorgung gefährdet.“



Wir stehen — und dies trifft zunächst das Krankenhaus — vor der Notwendigkeit, ärztliche Arbeit und ärztliches Einkommen umzuverteilen. In ihrer überwiegenden Mehrzahl haben die Krankenhausärzte dies erkannt und sind bereit, Bereitschaftsdienst und sonstige Mehrarbeit durch Dienstbefreiung auszugleichen, wenn im entsprechenden Ausmaß neue Arbeitsplätze geschaffen werden. Von den öffentlichen Arbeitgebern darf man zu allererst erwarten, daß sie mit gutem Beispiel vorangehen. Vor allem der Freistaat Bayern ist als Träger der Universitätskliniken gefordert, zunächst wenigstens die Mehrarbeitsleistungen über die Schaffung neuer Planstellen abzubauen, die von unseren Kolleginnen und Kollegen seit Jahren ohne jeden finanziellen Ausgleich erbracht werden müssen und für die Dienstbefreiung bisher ohne Nachteile für die stationäre Versorgung nicht gewährt werden kann. Es handelt sich nach vorsichtigen Schätzungen um mehr als 400 000 Stunden jährlich; dies entspricht der Jahresarbeitsleistung von etwa 250 Ärzten.

Gelingt es nicht, den ärztlichen Nachwuchs in sinnvoller Weise und zu Bedingungen, die wenigstens entfernt den allgemeinen Arbeits- und Einkommensbedingungen vergleichbar bleiben, in unser Gesundheitswesen zu integrieren, so laufen wir Gefahr, daß unser gegenwärtiges, freiheitliches und gegliedertes System ambulanter und stationärer ärztlicher Versorgung nicht länger zu halten ist. Eine, ob der schlechten Berufsaussichten verzweifelte „Verfügungsmasse“ junger Ärzte wird dieses System sprengen.

Wir sind alle aufgerufen, Solidarität untereinander und mit dem ärztlichen Nachwuchs zu üben. Dies nicht nur im Interesse dieses Nachwuchses, sondern zur Wahrung unserer eigenen Position in dieser Gesellschaft.

## Krankenhausausschuß

Professor Dr. F. Zimmer

### Harmonisierung der GOÄ mit der Bundespflegesatzverordnung

Am Anfang dieses Jahres befaßte sich der Krankenhausausschuß mit den neuen gesetzlichen Regelungen, wie sie durch die Harmonisierung der GOÄ mit der Bundespflegesatzverordnung entstanden sind. Die Abgaben im stationären Liquidationsbereich wurden für alle Angestellten- und Belegärzte bundesweit und gleichermaßen dahingehend geregelt, daß die Privathonorare nach § 6a GOÄ um 15 Prozent gemindert werden müssen. Außerdem müssen die liquidationsberechtigten Ärzte als weitere Kostenerstattung insgesamt das 1,2fache der Summe des für den Pflegesatzzeitraum geltenden Pflegesatzabschlages abführen, d. h., daß innerhalb dieses Zeitraumes von den liquidationsberechtigten Ärzten zusammen für die insgesamt anfallenden Pflegetage von Privatpatienten sechs Prozent des Pflegesatzes an den Träger abzuführen sind.

Bei der Zusammensetzung der Abgaben aus einem von der GOÄ abhängigen und einem vom gültigen Pflegesatz abhängigen Anteil muß mit einer stetigen Steigerung der Abgaben gerechnet werden. Zu begrüßen ist, daß mit dieser bundesweit gültigen Abgabenregelung der 15prozentigen Honorarminderung und der 1,2fachen Erstattung des Pflegesatzabschlages insofern Klarheit bei Verhandlungen zwischen Krankenhausträger und liquidationsberechtigten Ärzten besteht, als damit alle Personal- und Sachkosten im liquidationsfähigen Bereich abgegolten sind.

Es bleibt jetzt den Verhandlungen der einzelnen Krankenhausträger mit ihren liquidationsberechtigten Ärzten überlassen, die bisherigen

Verträge der neuen Regelung einzupassen.

### „Arzt im Praktikum“

Der Krankenhausausschuß befaßte sich dann mit den Problemen und Konsequenzen der Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung, die in Zukunft als Voraussetzung für die uneingeschränkte ärztliche Approbation eine „Praxisphase“ zwischen dem Medizinstudium und der selbständigen ärztlichen Tätigkeit vorsieht.

Die Krankhaustätigkeit des Arztes ist seit jeher auf zwei Ziele ausgerichtet, auf eine fachgerechte Patientenversorgung und zugleich auf eine an der Praxis orientierten ärztlichen Aus- und Weiterbildung.

Mit der Einführung des „Arzt im Praktikum“ (AiP) erhalten die Aufgaben der ärztlichen Aus- und Weiterbildung für die Krankenhäuser quantitativ und qualitativ neue Dimensionen. Krankenhausträger und Ärzte müssen im Interesse der Sicherheit und des Wohls der Krankenhauspatienten für jede Fachabteilung gewissenhaft und sorgfältig prüfen, wieviel ärztliche Planstellen für eine Umwandlung in Frage kommen.

Vorgesehen ist, jeweils eine ärztliche Planstelle kostenneutral in zwei oder drei AiP-Stellen umzuwandeln. Die Beratungen des Krankenhausausschusses führten zu folgenden Ergebnissen:

1. Der „Arzt im Praktikum“ kann prinzipiell keinen im Stellenplan vorgesehenen Arzt ersetzen.
2. Nur bei Abteilungen mit sieben oder mehr Planstellen können eine bzw. mehrere Stellen umgewandelt werden.
3. Die Möglichkeit zum Einsatz von AiPs muß individuell für das einzelne Krankenhaus und fachspezifisch für jede Abteilung geprüft und entschieden werden.
4. Praxen niedergelassener Ärzte können sich für die Ausbildung von AiPs eignen.
5. Eine Grobstrukturierung der Ausbildung als AiP ist im Interesse der praktischen Ausbildung erforderlich.

Bei der Einführung des „Arzt im Praktikum“ muß davon ausgegangen

### Bayerische Ärzteversorgung

*Der Bericht der Bayerischen Ärzteversorgung über das Geschäftsjahr 1984 sowie der Rechnungsabschluss 1984 wurden vom Landesausschuß des Versorgungswerkes in seiner Sitzung am 26. Oktober 1985 ausführlich diskutiert und entgegengenommen.*

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

*Postanschrift: Bayerische Ärzteversorgung, Postfach, 8000 München 22*



werden, daß aus Kostengründen die ärztlichen Stellenpläne an den Krankenhäusern weit unter dem Bedarf an Krankenhausärzten liegen.

### Belegärzte und Bundespflegesatzverordnung

Diese Novellierung der Bundespflegesatzverordnung hat für die Belegärzte eine große Härte gebracht. Trotz intensivster bayerischer Bemühungen ist es nicht gelungen, die Kosten für den nachgeordneten ärztlichen Dienst im belegärztlichen Bereich im Pflegesatz unterzubringen. Es stellte sich die Frage, wie eine angemessene Honorierung der belegärztlichen Tätigkeit im stationären Bereich erreicht werden kann. Da eine Änderung des Pflegesatzrechtes nicht systemkonform erscheint, bleibt nur der Weg, über die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Vertragspartnern zu verhandeln.

### Personallage in den Krankenhäusern

Seit vielen Jahren ist der Mangel an brauchbaren Anhaltswerten zur Ermittlung des Personalbedarfs an Krankenhäusern Anlaß für vermeidbare Auseinandersetzungen zwischen Krankenhauspersonal und Krankenhausträgern. Offizielle Grundlage für die Personalbedarfsbemessung sind heute noch die auf eine 40-Stunden-Woche hochgerechneten Anhaltswerte der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1969. Diese Zahlen wurden vor fast 20 Jahren ermittelt und berücksichtigen die vom medizinischen Fortschritt

bestimmte Ausweitung des Leistungsspektrums in der Krankenversorgung nicht.

Über zehn Jahre beschäftigten sich nun die Verantwortlichen mit neuen Richtlinien zur Personalbedarfsermittlung und sind immer noch nicht in der Lage, den heutigen Erfordernissen angepaßte Anhaltswerte vorzulegen.

Die Krankenhausärzte brauchen Anhaltswerte für die Personalbedarfsbemessung, die auf wissenschaftlich überzeugenden und nachvollziehbaren Kriterien beruhen. Dabei muß das volle Spektrum ärztlicher Aufgaben berücksichtigt werden, sein nach fachlichem Wissen orientiertes Handeln genauso wie die Erfüllung humanitärer Aufgaben.

In unserer Zeit wird dem Arzt die Erfüllung seiner humanitären Aufgaben immer schwerer gemacht. Rationalisierungsfanatismus und Sparmaßnahmen, Kostendämpfung, Arbeitszeitverkürzung und 35-Stunden-Denken führen nicht selten zu Hektik, Reizbarkeit und zur Beschränkung auf sachliche ärztliche Pflichten und lassen die persönliche individuelle Zuwendung, Geduld und Verständnis oft zu kurz kommen. Es ist deshalb eine vordringliche gesundheitspolitische Aufgabe, dafür zu sorgen, daß im ärztlichen Wirkungsbereich neben den sachlichen Pflichten auch die humanitären Aufgaben erfüllt werden können. Dies gilt sowohl für den stationären als auch für den ambulanten ärztlichen Tätigkeitsbereich.

## Ausschuß für Hochschulfragen

Professor Dr. W. Ch. Hecker

Der Hochschulausschuß kam im Berichtszeitraum insgesamt zu vier Sitzungen zusammen. Gegenstände der Beratungen waren u. a. die Änderungen des Hochschulrahmengesetzes, die beabsichtigten Änderungen im Zusammenhang mit der Zulassung zum Medizinstudium, d. h. die Auswahlverfahren, und in mehreren Sitzungen die Konsequenzen der Kapazitätsverordnung, nachdem nunmehr allgemein anerkannt ist, daß die Zahl der fertigwerdenden Ärzte weit über den vorhandenen Bedarf hinausgeht.

Mit Nachdruck hat sich der Hochschulausschuß dafür eingesetzt, daß im Bayerischen Hochschulgesetz die Hausberufung auf C 2- und C 3-Stellen nach wie vor möglich sein muß. Dabei wurde zur Diskussion gestellt, ob eine solche Regelung nicht im Hochschulrahmengesetz vorgegeben sein sollte.

Eine Änderung des Bayerischen Hochschulgesetzes wurde erarbeitet und dem Herrn Kammerpräsidenten zugeleitet mit der Bitte, sich in diesem Sinne bei der Bayerischen Staatsregierung einzusetzen. Sollte eine derartige Gesetzesänderung, die die Hausberufungen auch von C 3-Professoren ermöglicht, nicht durchzusetzen sein, wurde als Alternative vorgeschlagen, an den bayerischen Universitäten zwei Senate einzurich-

## PROSTAMED®

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

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

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

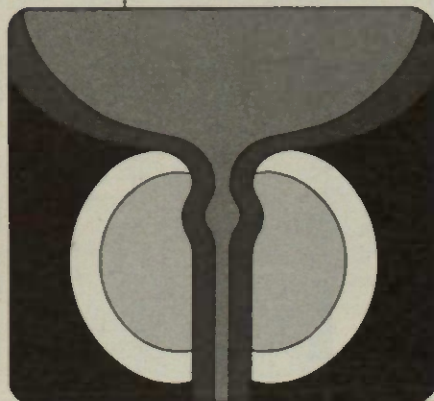
**Dosierung:** 3mal täglich 2 - 4 Tabletten einnehmen.

**Handelsform und Preise (incl. MwSt.):**

60 St. DM 8,97; 120 St. DM 15,48; 360 St. DM 36,98.



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





ten, wobei der eine Senat für die Medizinische Fakultät, für die Tiermedizinische Fakultät und für die Pharmazeutische Fakultät zuständig sein könnte.

Zur Ermittlung der Ausbildungskapazität an den Universitätskliniken wurden konkrete Vorschläge erarbeitet. Insbesondere in Bayern, wo die Einbindung des Klinikums Augsburg in den Bereich der Universitäten bzw. die Errichtung einer medizinischen Fakultät in Ingolstadt erörtert wird, gewinnen diese Fragen besondere Aktualität. Bezüglich des neu geschaffenen „Arzt im Praktikum“ wurde die Frage gestellt, ob es überhaupt möglich bzw. zweckmäßig wäre, wenn der Arzt im Praktikum an den Universitätskliniken tätig wird. Neben der Versorgung steht bei den Universitätskliniken Forschung und Lehre im Vordergrund. Auch auf dem Hintergrund der Diskussion um die Kapazitätsverordnung muß festgestellt werden, daß die Universitätskliniken bereits heute bei der Ausbildung bis an die Grenze des Vertretbaren ausgelastet sind.

Bei der letzten Sitzung vor dem Bayerischen Ärztetag befaßten sich die Mitglieder des Ausschusses mit der Vorbereitung des Bayerischen Ärztetages im Oktober in Bad Füssing. Des weiteren wurden der Gesetzentwurf zur Änderung des Universitätsgesetzes und der Entwurf einer Klinikverordnung der Baden-Württembergischen Landesregierung besprochen. Daneben wurde das Verhältnis der Lehrkrankenhäuser zu der jeweiligen medizinischen Fakultät erörtert. Zusehendermaßen kann man sicher feststellen, daß sich die Problematik der Überzahl der Studenten an den medizinischen Fakultäten und die daraus resultierenden Probleme wie ein roter Faden durch die gesamte Diskussion des Ausschusses für Hochschulfragen zog.

## Hilfsausschuß

Dr. Dr. E. Graßl

DM 485 000,— haben im Jahre 1984 die bayerischen Ärztinnen und Ärzte für ihre unverschuldet in wirtschaftliche Not geratenen Kollegen oder deren Hinterbliebene gegeben! Fast eine halbe Million also als freiwilliger Beitrag!

Nachdem die ab 1. Januar 1984 geltende neue Beitragsordnung einen Sonderbeitrag für den Hilfsfonds — früher DM 50,— pro Jahr für alle niedergelassenen Ärzte — nicht mehr vorsieht, müssen in Zukunft die Ausgaben des Hilfsfonds aus dem allgemeinen Kammerhaushalt bestritten werden. Herzlichen Dank dafür allen Kolleginnen und Kollegen in Stadt und Land für ihre Gabeln Den Empfängern der monatlichen Beihilfen und anderen Hilfsbedürftigen wurde aus Anlaß des Weihnachtsfestes 1984 wiederum eine gesonderte Zahlung als „Weihnachtsgeld“ in Höhe von DM 250,— mit freundlichen Wünschen übersandt.

Die dafür aufgewendete Summe von DM 22 950,— wurde im wesentlichen durch die Spenden ermöglicht, die auf den alljährlich im November-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlichten „Weihnachtsaufruf“ mit Zahlkarte eingingen. Es waren diesmal DM 19 124,—, erfreulicherweise DM 7600,— mehr als 1983. Recht herzlichen Dank den Spendern! Lieben Dank auch den Kollegen, die auf Aufwandsentschädigungen und Reisekosten verzichteten und sie dem Hilfsfonds stifteten — wieder DM 3570,— — und so zur vollen Deckung des Weihnachtsgeldes mit freiwilligen Spenden beitrugen.

Im Jahre 1984 wurden mit dem Stichtag vom 31. Dezember 1984 84 Personen unterstützt, und zwar 9 Ärzte und 75 Arzttwitwen und -waisen. Es sind drei weniger als 1983.

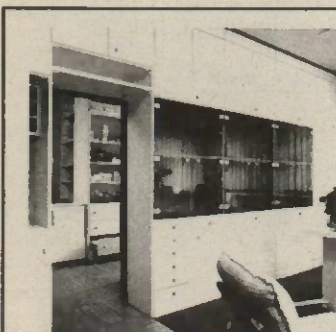
Im ersten Halbjahr 1985 waren über 55 Prozent älter als 80 Jahre, allein fünf sind zwischen 91 bis 95 Jahre und drei Personen älter als 95. So wird der Kreis der Hilfsbedürftigen immer kleiner. Neuhinzukommende sind meist nur hilfsbedürftige Kollegen aus der DDR oder deutsche Ärzte aus den Ostblockstaaten.

Alle ehemaligen Kassenärzte und ihre Angehörigen, die in unverschuldeter Not sind, werden seit dem 1. Januar 1983 von dem Sozialfonds der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns unterstützt, sofern sie von diesem Zeitpunkt an ihre Kassenpraxis aufgegeben haben.

Ein besonders gutes Verhältnis besteht zu dem von der aktiven Frau Stuedemann geführten Verein „Die Arztfrau e.V.“, der Zweigstellen in Augsburg, Passau und Nürnberg hat. Die jedes Jahr anlässlich der großen Adventsfestfeier des Vereins im Ärztehaus Bayern überreichte Spende von DM 1500,— wird wieder an bedürftige Arzttwitwen weitergegeben. Unterstützt wurde auch „Der Kreis der Arztfrauen und -witwen“ in Amberg/Sulzbach-Rosenberg, der mit der Spende ebenfalls bedürftige Arzttwitwen zu besonderen Anlässen betreut.

Die Gründung ähnlicher Gruppen von Arztfrauen und -witwen oder Anschluß an den Verein „Die Arztfrau e.V.“ in anderen Bezirks- und Kreisverbänden würde die menschliche und persönliche Unterstützung von in Not und Isolation befindlichen Kollegen, Arzttwitwen und -waisen erheblich verbessern helfen.

So erschöpft sich auch die Tätigkeit der Arbeit der Kammer für die Betreuten ja nicht nur in der Auszahlung der Finanzmittel, sondern in der persönlichen Betreuung der meist Hochbetagten, der Hilfe bei Bezahlung von Krankenhausrechnungen, Aussuchen von Alten- und Pflegeheimen und dem menschlichen Rat in vielen Angelegenheiten.



ip 20

## Praxis nach Maß

in höchsten Räumen, kleinsten Nischen, eine variable Einrichtung. Und der Preis bleibt im Rahmen.

### Schwab's Einrichtungen GmbH

Carl-Benz-Straße 16, 8031 Gilching  
Telefon (0 81 05) 80 27/80 28

SE 25





## Gemeinsame Kommission Datenschutz

Dr. K. Rösch

Zum Thema „Krankheitsregistervorhaben“ ist eine Konzeption zur Verbesserung der onkologischen Nachsorge anzusprechen. Danach könnte die Bayerische Landesärztekammer, die ihrerseits die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns zur EDV-mäßigen Durchführung einschaltet, die im Rahmen der onkologischen Behandlung bzw. Nachsorge mit Hilfe eines Dokumentationsbogens erhobenen Patientendaten zentral speichern und die Daten auf Anfrage von Kliniken und Ärzten im Rahmen der Tumornachsorge zur Verfügung stellen. Dazu soll der Patient eine im Nachsorgekalender vorgedruckte Einwilligungserklärung unterzeichnen. Dem Datenschutz kann dadurch Rechnung getragen werden, daß die Weiterleitung vom Arzt nicht unter dem Namen des Patienten, sondern ausschließlich unter der Nummer des Nachsorgepasses als Schlüssel erfolgt. Auch der Zugriff auf die gespeicherten Daten kann nur unter dieser Schlüsselnummer erfolgen.

Nun zu einigen Vorgängen im Bereich der Landesärztekammer sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns:

Im Zusammenwirken mit dem Landesdatenschutzbeauftragten und dem bayerischen Innenministerium konnte die Frage der Unterstützung von *Wahlwerbung durch die ärztlichen Körperschaften* abgeklärt werden. Danach gehört die Unterstützung von Ärzten als Bewerber bei allgemeinpolitischen Wahlen nicht zu den Aufgaben der ärztlichen Körperschaften. Aber auch für körperschaftsinterne Wahlen dürfen für Wahlbewerber die Arztanschriften nicht eingesetzt werden. Denn auch eine Datenverwertung, die keine Offenbarung an Dritte beinhaltet, ist datenschutzrechtlich unzulässig, wenn sie nicht mehr von den gesetzlichen Aufgaben und Befugnissen der Körperschaft gedeckt ist.

Die Frage der *Verwehrung von Patientenkarteeien nach Aufgabe der Praxis bzw. Tod des Arztes* konnte abschließend geklärt werden. Die Bundesärztekammer hat Möglichkeiten aufgezeigt, wie in solchen Fällen verfahren werden kann.

Wegen der Einzelheiten darf ich auf die entsprechenden Publikationen im „Deutschen Ärzteblatt“ verweisen.

Im Bereich der KVB hatte ich eine *Besichtigung der Zentralen EDV* durchgeführt.

Ich konnte mich davon überzeugen, daß die erforderlichen Sicherheitsvorkehrungen getroffen wurden und eingehalten werden. Das Zutrittskontrollsystem funktioniert einwandfrei.

In bezug auf die *Zentrale Einsatzvermittlung des kassenärztlichen Notfalldienstes durch die Rettungsstellen des Bayerischen Roten Kreuzes* konnten Datenschutzbedenken ausgeräumt werden. Es wurde unzutreffend darüber Klage geführt, daß der Patient von der Rettungsleitstelle den Namen des notfalldiensthebenden Arztes nicht erfahre und sich zur Vermittlung der ärztlichen Hilfe einem Nichtarzt in der Rettungsleitstelle offenbaren müßte. In Fällen, in denen der Anrufer die Arztpraxis selbst aufsuchen kann oder nur eine fernmündliche Beratung durch den Arzt wünscht, wurde aber dem Anrufer schon bisher Name, Praxisanschrift bzw. Telefonnummer des Arztes bekanntgegeben, ohne daß der Rettungsleitstelle näheres mitgeteilt werden mußte.

Zusätzlich wurde nun in den Richtlinien für die Mitarbeiter in den Rettungsleitstellen ausdrücklich festgelegt, daß dem Anrufer auch dann, wenn er über Name und Anschrift hinaus der Rettungsleitstelle keine persönlichen Angaben machen will, die gewünschte Hilfeleistung stets zu vermitteln ist. Damit wird niemand gezwungen, der Rettungsleitstelle die Art der Erkrankung bzw. der Verletzung zu schildern, wenn er dies aus persönlichen Gründen nur gegenüber dem Arzt tun will.

Abschließend zur letzten *Rechtsprechung bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht*:

Der Bundesgerichtshof hatte 1982 zum Einsichtsrecht des Patienten in die ärztlichen Aufzeichnungen entschieden, daß bei der psychiatrischen Behandlung die subjektiven Beurteilungselemente überwiegen und daher dem Arzt die Entscheidung über die Einsicht zusteht. Mit

Urteil vom Oktober 1984 wurde festgestellt, daß der Arzt sich auch bei der psychiatrischen Behandlung nicht einfach mit der Ablehnung des Einsichtsrechts begnügen kann. Er muß die therapeutischen Bedenken bzw. Interessen dritter Personen, die der Einsicht entgegenstehen, darlegen. Dabei genügt aber ein allgemeiner Hinweis, daß solche Gründe vorliegen. Eine Begründung im einzelnen, die schon einer Offenlegung der geheimhaltungsbedürftigen Umstände nahekäme, muß der Arzt nicht geben.

Zwei weitere Entscheidungen zum *Zeugnisverweigerungsrecht*:

Wird Auskunft über die Testierfähigkeit eines verstorbenen Patienten verlangt und wurde ein klarer Wille vom Patienten zu Lebzeiten nicht geäußert, muß der Arzt entscheiden, ob die Offenbarung dem mutmaßlichen Willen des Verstorbenen entsprechen würde. Will er die Aussage verweigern, muß er dem Gericht näher darlegen, welche Interessen des verstorbenen Patienten einer Offenbarung entgegenstehen.

Eine andere Entscheidung erstreckt die ärztliche Schweigepflicht und damit das Zeugnisverweigerungsrecht über die eigentliche Behandlung hinaus auch auf die näheren Begleitumstände der Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe. Deshalb durfte im Falle eines bei der Tat verletzten Straftäters die Aussage auch darüber verweigert werden, mit welchem PKW und in wessen Begleitung der Patient erschienen war, um seine Verwundung behandeln zu lassen.

Abschließend zum Urteil des Bayerischen Verfassungsgerichtshofs vom 9. August 1985. Ein Arzt ging mittels Verfassungsbeschwerde gegen die gerichtlich angeordnete Beschlagnahme seiner Patientenkartei in einem Ermittlungsverfahren wegen Steuerhinterziehung vor. Das höchste bayerische Gericht stellte fest, daß ärztliche Aufzeichnungen zwar grundsätzlich dem Zugriff öffentlicher Gewalt entzogen sind. Das Geheimhaltungsinteresse müsse aber zurücktreten, wenn überwiegende Belange des Gemeinwohls dies erfordern. Die liegen im allgemeinen vor, wenn der Arzt selbst einer Straftat beschuldigt wird, zu deren Aufklärung der Einblick in die Patientenunterlagen nötig ist.



## Punkt 2 der Tagesordnung:

### Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer

- 2.1 Rechnungsabschluss 1984
- 2.2 Entlastung des Vorstandes 1984
- 2.3 Wahl des Abschlußprüfers für 1985
- 2.4 Haushaltsvoranschlag 1986
- 2.5 Änderung der Reisekostenordnung

Der Vorsitzende des Finanzausschusses, Dr. Geißendörfer, erläuterte den Abschluß des Rechnungsjahres 1984 im einzelnen, der den Delegierten innerhalb der in der Satzung vorgesehenen Frist zugegangen war. Der Rechnungsabschluss 1984 wurde von dem Revisor, R. Weinzierl, der auf der Delegiertenversammlung im Jahre 1983 hiermit beauftragt wurde, geprüft und mit dem erforderlichen Prüfungsvermerk versehen. Die Delegierten billigten den Rechnungsabschluss 1984.

Gestützt auf einen einstimmigen Beschluß des Finanzausschusses stellte Dr. Geißendörfer den Antrag, dem Vorstand die Entlastung für das Jahr 1984 zu erteilen. Auch dieser Antrag wurde von den Delegierten angenommen. Nach § 15 Abs. 2 der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer ist ein unabhängiger Prüfer für die Überprüfung der Betriebsführung und Rechnungslegung des Jahres 1985 zu bestellen. Hiermit wurde R. Weinzierl, Revisor der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, schon in den vergangenen Jahren beauftragt und auf Antrag von Dr. Geißendörfer für das Geschäftsjahr 1985 erneut bestellt.

Im Anschluß hieran trug der Vorsitzende des Finanzausschusses detailliert den Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 1986 vor, der von den Delegierten in der vorliegenden Form angenommen wurde.

Unter Bezugnahme auf einen einstimmigen Beschluß des Finanzausschusses beantragte Dr. Geißendörfer abschließend eine Änderung der Reisekostenordnung hinsichtlich des Kilometergeldes, das zuletzt vom 31. Bayerischen Ärztetag 1978 festgesetzt wurde. Im Hinblick auf die gestiegenen Benzin- und Übernachtungskosten wurde eine Erhöhung auf DM 1,- beim Kilometergeld und bis zu DM 136,50 beim Übernachtungsgeld (gegen Vorlage entsprechender Unterlagen) beschlossen.

## Punkt 3 der Tagesordnung:

### Änderung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns

Aufgrund der Beschlüsse des 86. Deutschen Ärztetages in Kassel bzw. des 88. Deutschen Ärztetages in Lübeck-Travemünde waren die entsprechenden Änderungen der bayerischen Berufsordnung vorzunehmen.

#### 3.1

Entsprechend § 1 Abs. 4 soll der Arzt vor der Durchführung klinischer Versuche am Menschen oder der Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe eine Ethikkommission anrufen. Mit dem Hinweis auf die entsprechenden Beschlüsse des Weltärztebundes von 1964 (Deklaration von Helsinki) in der revidierten Fassung von 1975 und 1983 haben die Entschlüsse des Weltärztebundes als ethische Normen Eingang in die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns gefunden. Die Delegierten stimmten dieser Vorlage einstimmig zu.

#### 3.2

Der diesjährige Deutsche Ärztetag in Lübeck-Travemünde befaßte sich eingehend mit den ethischen Fragen im Zusammenhang mit der In-vitro-Fertilisation und dem Embryotransfer. Eine Arbeitsgruppe des wissenschaftlichen Beirates hatte dazu Richtlinien vorbereitet. Dazu gibt es einen Kommentar und einen Anhang. Die vorständige Ergänzung der Berufsordnung wurde vorge-

*Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Sewering, dankte zum Abschluß des 38. Bayerischen Ärztetages dem Ärztlichen Kreisverband Passau sowie dem Bezirksverband Niederbayern und damit allen Kolleginnen und Kollegen aus dieser Region für ihre Gastfreundschaft, wobei er — begleitet von starkem Beifall — besonders die Kollegen Dr. K. Dehmer und Dr. M. Gradel erwähnte.*

*Mit einem herzlichen Dank an alle Mitarbeiter der Kammer für den guten organisatorischen Ablauf schloß Professor Dr. Sewering den 38. Bayerischen Ärztetag.*

legt und beschlossen. Auch die Delegierten des Bayerischen Ärztetages diskutierten die damit verbundenen Probleme und Fragen. Insbesondere wurde erörtert, inwieweit der Arzt bei Kinderwunsch nicht-verheirateter Frauen die In-vitro-Fertilisation ablehnen kann. Ein Antrag, die Beschlußfassung über diese Richtlinien zu vertagen bzw. nur Teile zu verabschieden, wurde abgelehnt. Eine große Mehrheit der Delegierten stimmte der entsprechenden Einfügung eines § 6a zur In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer zu. Die Richtlinien sind damit Bestandteil der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns. Die Auffassung, daß der Arzt hier nur „Vollzugsperson“ für den sonst nicht realisierbaren Kinderwunsch der nicht-verheirateten Frauen sei, wurde damit zurückgewiesen.

#### 3.3

In § 15 wurde der Abs. 3 ergänzt. Von einem Arzt, der von einem niedergelassenen Arzt mindestens drei Monate weitergebildet worden ist, wird erwartet, daß er sich nicht innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren ohne Zustimmung des Praxisinhabers in unmittelbarer Nähe niederläßt.

#### 3.4

Bereits im Jahre 1983 hat sich der Bayerische Ärztetag mit den Fragen der „Information unter Ärzten“ befaßt. Damals wurde die Einfügung des § 21a abgelehnt. Zwischenzeitlich hat sich aber gezeigt, daß eine Regelung dieser Fragen in der Berufsordnung in vielen Fällen hilfreich ist. Die Delegierten lehnten mehrheitlich einen Antrag ab, den gesamten Komplex der „Information unter Ärzten“ zu überarbeiten und neu zu formulieren. Dabei sollte der Unterschied zwischen Werbung und Information deutlicher herausgearbeitet werden. Eine räumliche und zeitliche Begrenzung der Information war in diesem nicht angenommenen Antrag nicht vorgesehen.

Es bestand Einigkeit darüber, daß es durchaus zweckmäßig sein könnte, den gesamten Komplex bundeseinheitlich neu und griffiger zu formulieren. Dafür ist aber eine entsprechende Beschlußfassung auf der Ebene der Bundesärztekammer Voraussetzung. Auf dem Hintergrund der stattgefundenen Diskussion wurde in die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns ein § 21a „Information unter Ärzten“ beschlossen.



Die Änderungen der Berufsordnung sollen mit dem 1. Januar 1986 in Kraft treten.

Der Text der Änderung der Berufsordnung ist unter „Amtliches“ in diesem Heft auf Seite 567 abgedruckt.

#### **Punkt 4 der Tagesordnung:**

### **Änderung der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1978**

**aufgrund des Beschlusses des 88. Deutschen Ärztetages in Lübeck-Travemünde**

Der 38. Bayerische Ärztetag hat die Empfehlung zur Änderung der Musterweiterbildungsordnung angenommen.

Die beschlossenen Änderungen wurden mit dem Genehmigungsvermerk des Bayerischen Staatsministeriums des Innern unter der Rubrik „Amtliches“ bereits in Heft 11/1985 auf Seite 505 veröffentlicht.

Die Neufassung der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1978 zum Gebiet 10. „Innere Medizin“ ist in diesem Heft auf Seite 559 aufgeführt.

#### **Punkt 5 der Tagesordnung:**

### **Termin und Wahl des Tagungsortes des 39. Bayerischen Ärztetages 1986**

Da in Rosenheim die Hotelkapazität nicht ausreicht, beschloß die Delegiertenversammlung auf Antrag des 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern, Dr. Platzi, den 39. Bayerischen Ärztetag von 3. bis 5. Oktober 1986 in Bad Reichenhall durchzuführen.

#### **Punkt 6 der Tagesordnung:**

### **Wahl des Tagungsortes des 40. Bayerischen Ärztetages 1987**

Da es sich bei dem 40. Bayerischen Ärztetag 1987 um einen „Jubiläums-Ärztetag“ handelt, sprach Dr. Hege, Vorsitzender des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München, die Einladung hierzu nach München aus. Dieser Vorschlag wurde von den Delegierten einstimmig angenommen.

## **Entschließungen des 38. Bayerischen Ärztetages\***

### **Schutzimpfungen und Rachitisprophylaxe für alle**

Seit fünf Jahren werden nach dem Rahmenvertrag vom 1. Oktober 1980 zwischen Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns und den RVO-Kassen, dem sich auch die Ersatzkassen anschlossen, von den bayerischen Kassenärzten Impfungen u. e. gegen Diphtherie, Kinderlähmung, Keuchhusten, Masern, Mumps, Röteln und Wundstarrkrampf ebenso wie die Rachitisprophylaxe auf Krankenschein angeboten. Als Erfolg darf festgehalten werden, daß seither die Impffrequenz in einigen Teilbereichen deutlich anstieg, die Situation bei Masern, Mumps und Röteln jedoch noch keinesfalls befriedigend ist.

Ein lückenloser Impfschutz ist die einzige Prophylaxe gegen viele vermeidbare Infektionskrankheiten. Nur eine Durchimpfungsrate von über 60 Prozent kann das epidemische Auftreten einer Erkrankung verhindern, der wünschenswerte Schutz ist aber erst mit einer Durchimpfung von mindestens 90 Prozent der Bevölkerung erreicht.

Eine sehr breit angelegte Studie in einem Großraum Bayerns läßt erkennen, daß in den letzten fünf Jahren die Durchimpfung gegen Poliomyelitis 92 Prozent, gegen Diphtherie und Tetanus 82 Prozent und gegen Keuchhusten 55 Prozent beträgt. Daß generell jedoch ein Anstieg von nur 22 Prozent erfolgte, ist auf die unbefriedigende Durchimpfungsrate gegen Masern, Mumps und Röteln zurückzuführen. Nicht alle Kinder erhalten die empfohlene Dreierkombination (Masern-Mumps-Röteln) nach dem 15. Lebensmonat. Es haben deshalb im dritten Lebensjahr nur 40 Prozent der Kinder einen Schutz gegen Masern und Mumps und höchstens 20 Prozent einen Schutz gegen Röteln. Die Teilnahme an der unbedingt erforderlichen Zweitimpfung bei Mädchen ist katastrophal gering!

Der 38. Bayerische Ärztetag ruft die niedergelassene Ärzteschaft — praktische Ärzte, Allgemeinärzte und Kinderärzte — auf, in geeigneter Weise die Eltern und Patienten auf die Möglichkeiten dieser Impfungen und insbesondere aber auf die Gefahren der Nichtimpfung hinzuweisen. Uns Ärzten ist hier eine gesundheitspolitische Aufgabe von hoher Bedeutung übertragen worden.

\*) Die zwei zum Thema AIDS gefaßten Entschließungen wurden bereits in Heft 11/1985 — Seite 493 — veröffentlicht.

Alle Eltern sind aufgefordert, von dieser damit geschaffenen Möglichkeit zur Vorsorge im Interesse ihrer Kinder vermehrt Gebrauch zu machen und dies als eine selbstverständliche Pflicht zu betrachten. Hierzu gehört auch die konsequente Rachitisprophylaxe.

Die Fortbildungsbeauftragten werden aufgefordert, das Thema: „Fortschritte und Neues auf dem Gebiet der Schutzimpfungen“ bevorzugt in ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen anzubieten, denn Präventivmedizin ist ein zentrales Anliegen der Ärzteschaft.

### **Schutzimpfungen**

Der Bayerische Ärztetag appelliert an die zuständigen Stellen des Gesundheitswesens, alles zu tun, damit Impfungen — insbesondere bei Kindern — eine bevorzugte — auch finanzielle — Förderung erfahren. Die Vorteile von Schutzimpfungen sind so groß, daß sie die entscheidende Grundlage für eine Verbesserung der Volksgesundheit darstellen. Impfungen dürfen deshalb unter keinen Umständen in Kostensparmaßnahmen einbezogen werden.

### **Kindervorsorge**

#### **Augenärztliche Untersuchung**

Die Bayerische Landesärztekammer möge sich dafür einsetzen, daß die im Untersuchungsheft für Kinder genannten Vorsorgeuntersuchungen U 4 - U 6, das Sehorgan betreffend, um Spätschäden und erhöhte Aufwendungen zu vermeiden, von Augenärzten durchgeführt werden.

### **Gesundheitsvorsorge**

#### **Kariesprophylaxe mit Fluoriden**

In einer Monitorsendung am 1. Oktober 1985 wurden alle jemals gegen die Fluoridprophylaxe vorgebrachten Bedenken wegen angeblich schädlicher Nebenwirkungen in völlig unkritischer Weise wiederholt, wobei als Kronzeugen zwei seit Jahrzehnten bekannte Außenseiter herangezogen wurden.

Die Anwendung von Fluoriden ist zusammen mit einer richtigen Ernährungsweise und einer konsequenten Mundhygiene weltweit in Ost und West eine anerkannte und erfolgreiche Methode der Kariesprophylaxe. Der Bayerische Ärztetag bedauert, daß die Bevölkerung durch sachlich unqualifizierte Darstellungen im Fernsehen und in der Presse verunsichert wird.



## Verbesserungen der Untersuchungs- und Behandlungsmethoden am Krankenbett bei den akuten und Pflegefällen

5,6 Milliarden DM werden derzeit in der Bundesrepublik für die in Pflegeheimen befindlichen Pflegebedürftigen, die selbst dafür nicht aufkommen können, bezahlt. Man könnte nach Berechnungen des Sozialsenators von Berlin, Ulf Fink, bei besserer ambulanter Versorgung drei Milliarden DM sparen und die Pflegebedürftigen humaner versorgen.

Zu den dringenden Verbesserungen gehören neben dem flächendeckenden Aufbau von pflegerischen Hilfen vor allem die exaktere Anwendung von diagnostischen Untersuchungsverfahren am Krankenbett durch die ärztlichen Hilfskräfte, die intensivere Besuchstätigkeit des Hausarztes und die enge Zusammenarbeit mit den Pflegekräften.

Zur Verbesserung der ambulanten ärztlichen Versorgung hat die Kassenärztliche Vereinigung Berlin mit der ADK Berlin und den Innungskrankenkassen neue vertragliche Abmachungen getroffen und neue Gebührensätze eingeführt, die für den Hausarzt und sein ärztliches Personal erhebliche Aufgabenerweiterung bringen:

### Ziffer 5 E:

Besuche durch angestellte examinierte Hilfskräfte des Kassenarztes (200 Punkte je Besuch). Dadurch könnten im akuten Fall und zur laufenden Kontrolle am Krankenbett durch die examinierte Sprechstundenhilfe diagnostische Untersuchungen (EKG) und Laboruntersuchungen durchgeführt und Injektionen (z. B. Insulin) verabreicht werden.

### Ziffer 1 F:

Ausführliches persönliches Gespräch des Arztes mit dem Patient und/oder Angehörigen zur Vermeidung einer Krankenhausweisung (200 Punkte).

Ebenfalls zur Vermeidung von Krankenhauspflege werden die Kosten für die vom Arzt für die Dauer bis zu sieben Tagen verordnete häusliche Krankenpflege ohne vorheriges Genehmigungsverfahren von der AOK Berlin übernommen.

Der Bayerische Ärztetag ersucht die Bayerische Landesärztekammer, baldmöglichst bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zu erwirken, daß die KV-Bayern mit den bayerischen Krankenkassen bei den eben anlaufenden Vertragsverhandlungen ähnliche Vereinbarungen erreicht.

## Mehr Hilfe für die Helfer der Pflegebedürftigen

Von den fast zwei Millionen Menschen in der Bundesrepublik, die pflegebedürftig sind, leben nur 260 000 in Heimen. Achtmal mehr Schwerkranke, Gelähmte, geistig Gestörte, Lebensschwache leben zu Hause in vertrauter Umgebung, betreut und unterstützt von der Familie, meist der Tochter oder Schwiegertochter, von Nachbarn und Freunden. Sie räumen mit dem Vorurteil auf, alte und hilfsbedürftige Menschen würden in unserem Lande ins Heim abgeschoben.

Der Bayerische Ärztetag dankt den vielen Familienmitgliedern, vor allem den Frauen, die die Pflege übernommen haben, aber auch den ambulanten Hilfen, den Sozialstationen der freien Wohlfahrtsverbände, den ambulanten Schwestern der Kirchengemeinden, den „Essen auf Rädern“-Diensten und den betreuenden Ärzten für ihre Hilfe und ihren Einsatz!

Er bittet aber die verantwortlichen Stellen, zur Entlastung der Pflegenden noch

mehr Pflegeheimplätze auf Zeit oder Tagespflegeheimplätze zu schaffen, um den Angehörigen auch zeitweise die Möglichkeit des Freiseins von ihren schweren Aufgaben, der Entspannung und Erholung zu geben.

Die Ankündigung des Staates, vor allem der neuen Ministerin für Jugend, Familie und Gesundheit, den Pflegenden steuerliche Erleichterungen zukommen zu lassen, Pflegegelder zu zahlen, zusätzliche Pflege bereitzustellen, die Angebote auf Kur und Erholung zu erweitern, ist sehr zu begrüßen und sollte baldigst in die Tat umgesetzt werden.

Diese Maßnahmen werden dem Staat letztlich viel Geld sparen, den Pflegenden Dank und Anreiz zugleich sein für ihren persönlichen Einsatz und den Pflegebedürftigen ein humanes Leben ermöglichen!

## Ärztliche Versorgung in Pflegeheimen und Pflegeabteilungen

### Ärztlicher Bettenschlüssel für Pflegeheime

Die Bayerische Landesärztekammer wird ersucht, zusammen mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung eine Erhebung über die in Bayern befindlichen Pflegeheime und die an Altenheime angeschlossenen Pflegeabteilungen und ihre ärztliche Versorgung durchzuführen.

Bei der soll Wert gelegt werden auf die Erfassung von Umfang, Intensität der diagnostischen Untersuchungsmethoden (Labor, EKG) und Zeitaufwand der ärztlichen Versorgung im Verhältnis zur Zahl der Pflegefälle.

Von der Bayerischen Landesärztekammer ist daneben ein ärztlicher Bettenschlüssel für die Pflegeheime zu erarbeiten.

# STRESS



# Magnesiocard®

## Streßabschirmung

- dämpft die schädliche adrenerge Überstimulation des Herzens
- etabliert den Blutdruck
- verhindert hypertone Krisen
- hemmt die extrazelluläre Alkalose im Streß

### Magnesiocard®

**Zusammensetzung:** 1 Kapsel/1 lackierte Tablette/1 Amp. i.m. zu 5 ml enthalten: Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 614,8 mg, Magnesium-Gehalt: 5 mval (2,5 mmol). 1 Ampulle i.v. zu 10 ml enthält: Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 737,6 mg, Magnesium-Gehalt: 6 mval (3 mmol). 5 Granulat zum Trinken (1 Beutel) enthalten: Magnesium-L-aspartat-hydrochlorid-trihydrat 1229,6 mg, Magnesium-Gehalt: 10 mval (5 mmol). Verdaulich Kohlenhydrate 3,1 g. **Indikationen:** Zur Behandlung des primären und sekundären Magnesium-Mangel-Syndroms, besonders zur Prophylaxe und Therapie der durch Magnesiummangel und Streß bedingten Herzerkrankungen. Bei Magnesium-Mangelzuständen, zum Beispiel infolge Fastenkuren, Hypercholesterämie, Arteriosklerose, Leberzirrhose, Pankreatitis, Schwangerschaft, Stillzeit, Einnahme oestrogenhaltiger Kontrazeptiva, zur Calciumoxalatstein-Prophylaxe. **Kontraindikationen:** Exsikkose, Niereninsuffizienz mit Anurie. **MAGNESIocard® Ampullen** sollen nicht angewandt werden bei AV-Block, Myasthenia gravis. Die Injektion von MAGNESIocard® bei gleichzeitiger Herzglykosid-Therapie ist nur in Fällen von Tachykardie bzw. Tachyarrhythmie angezeigt. **Nebenwirkungen:** Ampullen: Bradykardie, Überleitungsstörungen, periphere Gefäßerweiterungen. **Handelsformen und Preise:** Kaps.: 25 DM 10,34, 50 DM 19,72, 100 DM 35,51. Tabl.: 25 DM 10,09, 50 DM 19,37, 100 DM 34,70. Granulat zum Trinken: Btl.: 20 DM 13,48, 50 DM 30,02, 100 DM 50,39. Amp. i.m.: 2 DM 3,89, 5 DM 8,88. Amp. i.v.: 3 DM 6,91, 10 DM 20,63.

## Calcium-Antagonismus

- verhindert die Calciumüberladung der Herzmuskulatur
- schützt vor Herznekrosen
- entspannt die glatte Muskulatur im arteriellen Gefäßsystem
- beugt Coronarspasmen vor



Verla-Pharm



## **Pseudo-Krupp im Kindesalter**

*Stanosiaranda Laryngitis (Tracheobronchitis) – Infakt-Krupp*

Nach wie vor sind viele Eltern und die breite Öffentlichkeit beunruhigt durch einen möglichen Zusammenhang von Luftverschmutzung und dem Auftreten des Pseudo-Krupps bei Kindern.

Breit angelegte retrospektiv durchgeführte Erhebungen an zahlreichen deutschen und bayerischen Kinderkliniken haben bislang keinen eindeutigen Zusammenhang erkennen lassen. Dem Ergebnis dieser Studien wird jedoch entgegengehalten, daß ein Großteil von den Pseudo-Krupp erkrankten Kindern, insbesondere solche mit leichten und mittelschweren Formen, von Kinderkliniken gar nicht erfaßt werden, da sie nicht in stationäre Behandlung gelangen.

Der niedergelassenen Ärzteschaft stellt sich deshalb die gesundheitspolitische Aufgabe, im ambulanten Bereich mitzuarbeiten, um mögliche Zusammenhänge in Ergänzung der klinischen Resultate aufzuklären.

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer hat in Zusammenarbeit mit dem Medizinischen Institut für Umwelthygiene der Universität Düsseldorf zwei bundeseinheitliche Erhebungsbögen – ja einen für Ärzte und für Eltern – erarbeitet, die im Rahmen eines „punktuellen Konzeptes“ den niedergelassenen Kinderärzten, Allgemeinärzten und praktischen Ärzten über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns zugestellt werden sollen, damit für ausgewählte Orte, an denen sowohl von der Luftverschmutzungssituation als auch von der Verfügbarkeit örtlicher Maßwerke hinreichende Voraussetzungen gegeben sind, um im Ergebnis die nach heutigem Stand der Wissenschaft zu fordernde Seriosität zu sichern, wobei natürlich auch psychosoziale und familiäre Faktoren mit zu berücksichtigen sind.

In Abstimmung mit der Interministerialen Arbeitsgruppe des Bayerischen Staatsministeriums für Landesentwicklung und Umweltfragen und des Bayerischen Staatsministeriums des Innern sind dafür folgende Regionen bestimmt worden: Planungsregion 1 (bayerischer Unterraum), Planungsregion 10 (Ingolstadt), Planungsregion 11 (Regensburg und Kelheim), Planungsregion 13 (Landshut) und Planungsregion 12 (Donauwald bzw. Pessau), gegebenenfalls noch der Raum Oberfranken. Damit werden sowohl städtisch als auch ländlich strukturierte Gebiete unterschiedlicher Immissionsbelastung erfaßt.

Der 38. Bayerische Ärztetag fordert die angesprochenen Arztgruppen in diesen Regionen auf, sich an dieser Studie zu beteiligen, damit eine abschließende Aussage über die Zusammenhänge zwischen Luftschadstoffen und Pseudo-Krupp ermöglicht wird.

Der 38. Bayerische Ärztetag regt an, daß die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns diese prospektive Studie bei niedergelassenen Kassenärzten nachhaltig unterstützt.

Der 38. Bayerische Ärztetag ist der Überzeugung, daß die Ärzteschaft aus gesellschaftspolitischen wie auch aus gesundheitspolitischen Gründen zur Klärung dieses Problems beitragen muß.

## **Behandlung Drogensüchtiger mit Methadon**

Der Bayerische Ärztetag warnt eindringlich vor dem Modell-Programm, das in Nordrhein-Westfalen vom zuständigen Gesundheitsminister zur Behandlung Heroinsüchtiger mit Methadon angekündigt wurde. Mit der Behandlung von Süchtigen konnten weder im Inland noch im Ausland Erfolge erzielt werden; es handelt sich daher um untaugliche Versuche zum Entzug von Suchtkranken.

Die bayerische Ärzteschaft weist nachdrücklich auf die großen Gefahren hin, die in einer Bagatellisierung solcher Therapieversuche liegen. Der einzige Effekt kann nur darin bestehen, ohnehin schon Drogenabhängigen den Zugang zu den Suchtstoffen noch zu erleichtern.

Die Behandlung von Drogenabhängigen mit Methadon ist, entsprechend den Feststellungen des Wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer und der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, mit der verantwortungsvollen, gewissenhaften ärztlichen Tätigkeit nicht vereinbar.

Die Berufsordnung verbietet es dem Arzt, Arzneimittel unbegründet, d. h. ohne medizinische Indikation, zu verschreiben. Das Bundesgesundheitsamt wird aufgefordert, auf dem Hintergrund des Betäubungsmittelgesetzes eine unbegründete Verschreibung von Betäubungsmitteln zu unterbinden.

## **Informationen und Präparate-Verbot des Bundesgesundheitsamtes**

Mit Pressemitteilung vom 25. September 1985 durch das Bundesgesundheitsamt Berlin wurde das Molsidomin-Präparat „Corvaton“ (Fa. Casella-Riedel) wegen traglicher krebserzeugender Wirkung verboten. Gleichzeitig wurde darauf hinge-

wiesen, daß es bei Tierversuchen bei Ratten zur Entwicklung von Nasenkrebs kam. Eine krebserzeugende Wirkung beim Menschen seit der Zulassung des Präparates 1979 wurde jedoch bisher nicht festgestellt. Die Entscheidung, ob die Zulassung für das Arzneimittel endgültig entzogen wird, wurde deshalb vom Bundesgesundheitsamt von weiteren Versuchen abhängig gemacht und bis zum 31. Dezember 1985 verschoben.

Aus ärztlicher Sicht ist unverständlich, daß es bei diesem Sachverhalt zur vorzeitigen Presseinformation kam und nicht früher die Herstellerfirma und die Ärzteschaft informiert wurden. Mit allem Nachdruck muß darauf hingewiesen werden, daß durch derartige Informationen unter der Bevölkerung auch gegenüber anderen Medikamenten eine unnötige Verunsicherung erzeugt wird. Im Interesse einer qualifizierten Information und zur Vermeidung von psychologischen Fehlreaktionen wird deshalb das Bundesgesundheitsamt um entsprechende Abstimmung mit der pharmazeutischen Industrie und der Ärzteschaft gebeten.

## **Bericht „Krankenhausauschuß“**

Trotz eingehender Informationen durch die betroffenen Verbände und Aufforderung des Deutschen Ärztetages hat der Bundesrat die Pflegesatzverordnung verabschiedet, ohne auf die Belange der Belegärzte einzugehen. Lediglich in der Begründung zu dieser Verordnung wird die Notwendigkeit einer Finanzierung des Bereitschaftsdienstes auch im Belegarztsystem anerkannt.

Der Bayerische Ärztetag bittet die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, möglichst bald mit ihrem Vertragspartner über eine Finanzierung des nachgeordneten ärztlichen Dienstes zu verhandeln, um die Existenz einer qualifizierten Belegarztstätigkeit nicht zu gefährden.

## **Personalbedarfsermittlung am Krankenhaus**

Der 38. Bayerische Ärztetag ist der Auffassung, daß eine qualifizierte ärztliche Versorgung der Patienten im Krankenhaus bei einer Personalbedarfsbemessung nach den hochgerachteten Empfehlungen zur Personalbedarfsermittlung der Deutschen Krankenhausgesellschaft von 1969 nicht gewährleistet ist. Er bittet die Verantwortlichen, zeitgemäße, von ärztlichem Sachverstand getragene Anhaltswerte vorzulegen, die der Bemessung der Pflegesätze und Beurteilung der wirtschaftlichen Betriebsführung eines Krankenhauses zugrunde gelegt werden.



## **Intensivierung der Zusammenarbeit der Ärzte an den bayerischen Krankenhäusern mit den Transplantationszentren**

Die Technik von Organtransplantationen wurde in den letzten Jahren so verbessert, daß zum Beispiel Nierentransplantationen bereits Routineoperationen sind. Aber eilein im Transplantationszentrum München warten 400 Patienten im Durchschnitt zwei Jahre auf eine Nierentransplantation, die Warteliste für Leber-, Pankreas- und Herztransplantationen ist noch wesentlich länger.

Wir alle wissen, daß diesen Kranken nur geholfen werden kann, wenn möglichst alle Krankenhäuser jeden potentiellen Organspender dem zuständigen Transplantationszentrum melden. Nur wenn es uns gemeinsam gelingt, alle Möglichkeiten von Organexplantationen voll auszuschöpfen und — eine teilweise verständliche — Zurückhaltung abzubauen, können wir Ärzte unserer humanitären Verpflichtung gerecht werden und den auf ein Spenderorgan angewiesenen Patienten die heute mögliche Hilfe geben.

Um mehr Organspender zu erhalten, ist in erster Linie die verstärkte Mitarbeit und Mithilfe unserer Kolleginnen und Kollegen an den bayerischen Krankenhäusern, insbesondere auch in der Peripherie Bayerns, erforderlich.

Die gesetzlichen Krankenkassen in Bayern und die Ersatzkassen fördern die Organtransplantation in beispielhafter Weise und haben dadurch im Rahmen ihrer Möglichkeiten alle Voraussetzungen für eine Steigerung der Zahl von Transplantationen geschaffen.

Der 38. Bayerische Ärztetag appelliert an alle Ärzte der bayerischen Krankenhäuser, hier noch aktiver zu werden und die Zusammenarbeit mit den Transplantationszentren zu verstärken, damit die Möglichkeiten moderner Medizin zum Wohle unserer Patienten auch all denen zugute kommen kann, deren Leben von einer Organspende abhängt.

## **Bundesärzteordnung**

Der Bayerische Ärztetag sieht in der generellen Befristung der Angestelltenverhältnisse weiterbildungswilliger Krankenhausärzte eine erhebliche Gefahr für die Qualität der krankenhaushäuslichen Versorgung. Er fordert Bundestag und Bundesrat auf, sich allen entgegenstehenden Gesetzgebungsinitiativen zu widersetzen (z. B. Bundestagsdrucksache Nr. 10/3559).

Eine qualifizierte krankenhaushäusliche Versorgung setzt nach Auffassung des Bayerischen Ärztetages, den Empfehlungen des Wissenschaftsrates für die Universitäten entsprechend, mindestens ein Drittel bis ein halb Dauerstellen voraus.

## **Arzt im Praktikum**

Die ab 1. Juli 1987 gültige Verlängerung der ärztlichen Ausbildung bis zur Approbation (AiP) soll kostenneutral für das Gesundheitswesen eingerichtet werden. Der Bayerische Ärztetag beauftragt den Vorstand der Landesärztekammer, alle Möglichkeiten zu nutzen, Modelle zu prüfen, die sich der Finanzierung der Ausbildung von Juristen und Lehrern während der Referendarzeit anleihen und dem 39. Bayerischen Ärztetag darüber zu berichten.

## **Änderung des Kammergesetzes**

Die zunehmende Zahl der Ärzte läßt es in Ballungsräumen nicht mehr zu, der Vollversammlung aller Mitglieder eines Ärztlichen Kreisverbandes die Funktion des obersten Beschlußorgans zu belassen. Schon organisatorische Schwierigkeiten — für eine Mitgliederversammlung z. B. im Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München, die nur von der Hälfte der Mitglieder besucht würde, wäre die Anmietung der Olympiahalle erforderlich! — lassen es geboten erscheinen, in den großen Kreisverbänden die Funktionen des obersten Beschlußorgans einer Delegiertenversammlung zu übertragen.

Der Bayerische Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, auf eine Änderung des Bayerischen Kammergesetzes hinzuwirken, die eine entsprechende Satzungsänderung für übergroße Kreisverbände zwingend gebietet und für große Kreisverbände zuläßt.

## **Sitzungen des Kammervorstandes**

Der 38. Bayerische Ärztetag fordert die Bayerische Landesärztekammer auf, über Diskussionsergebnisse und Beschlüsse von Kammervorstandssitzungen regelmäßig im „Bayerischen Ärzteblatt“ zu berichten.

## **Approbationsordnung**

Der 38. Bayerische Ärztetag stellt fest, daß Inhalt und Ergebnis von Auswahlgesprächen für die Zulassung zum Medizinstudium ebenso wie bei mündlichen Prüfungen nach den — zu den Begriffen

„Prüferermessen“ und „Beurteilungsspielraum“ — entwickelten Grundsätzen nur einer eingeschränkten Kontrolle unterliegen.

## **Katastrophenmedizinische Fortbildung**

Der Bayerische Ärztetag weist die von „Ärzte gegen atomare Bedrohung“ aufgestellte Behauptung, katastrophenmedizinische Fortbildung sei Kriegsvorbereitung, entschieden zurück und bestätigt die Beschlüsse der Deutschen Ärztetage.

## **Qualitätssicherung in der Nervenheilkunde**

### *Mindestanforderungen an EEG-Ableitungen*

Der 38. Bayerische Ärztetag möge dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns empfehlen, die Mindestanforderungen für EEG-Ableitungen zu prüfen, um sie nach Annahme dem zukünftigen Abrechnungsverfahren zugrunde zu legen.

## **Neurophysiologische Assistenten**

Der 38. Bayerische Ärztetag empfiehlt dem Ausschuß „Medizinische Assistenzberufe“ der Bundesärztekammer, das Berufsbild, die Ausbildungsrichtlinien und Prüfungsbestimmungen der Neurophysiologischen Assistenten zu prüfen und bundeseinheitliche Richtlinien vorzuschlagen.

## **Zufassung zum § 6 „Heilverfahren der Berufsgenossenschaften“**

Der Bayerische Ärztetag möge beschließen, den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer zu beauftragen, bei der Bundesärztekammer dahingehend vorstellig zu werden, daß die beabsichtigte Änderung der Zulassung nach § 6 des „Abkommens Ärzte/Unfallversicherungsträger“ (berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung) im Sinne einer ausschließlichen Zulassung von Unfallchirurgen nicht zum Tragen kommt.

Angestrebt wird die Beibehaltung der bisherigen Regelung für die § 6 Heilverfahrensfälle sowie für die Zulassung zum D-Arzt-Verfahren.

## **Detenschutz**

Der Vorstand wird gebeten, zu prüfen, ob es das zuständige Ministerium herangetreten werden kann, um zu erreichen, daß die Versorgungsämter Ersuchen um Aushändigung der Krankengeschichten nicht wie bisher (z. B. Versorgungsamt Augsburg) an die Verwaltungen, sondern an den ärztlichen Dienst der Krankenhäuser richten.



## Die Weiterbildung in Innerer Medizin

Der 38. Bayerische Ärztetag beschloß am 6. Oktober 1985 gemäß Beschluß des 88. Deutschen Ärztetages in Lübeck-Travemünde zur Änderung der Musterweiterbildung die Neufassung zum Gebiet 10. Innere Medizin, die vom Bayerischen Staatsministerium des Innern mit Bescheid vom 10. Oktober 1985 – IEB-5012-0-9/85 – genehmigt wurde und am 1. November 1985 in Kraft trat.

### 10. Innere Medizin

#### Definition:

Die Innere Medizin umfaßt die Erkennung und konservative Behandlung der Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, der internen allergischen Erkrankungen, der internen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen einschließlich der Intensivmedizin, der Prophylaxe und Rehabilitation.

#### Weiterbildungszeit:

6 Jahre an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 davon mindestens 4 Jahre im Stationsdienst.

In dieser Zeit müssen 6 Monate Weiterbildung in der Intensivmedizin enthalten und angemessene Gelegenheit zum Erwerb der Grundkenntnisse der lechgebundenen Röntgendiagnostik und der notwendigen Leberkenntnisse gegeben sein. Die Weiterbildungsstätte und der Weiterbilder müssen einmal gewechselt werden.

Angerechnet werden können 12 Monate Weiterbildung entweder in Kinderheilkunde oder Nervenheilkunde oder Pathologie oder Physiologie und internistischer Röntgendiagnostik, bzw. 6 Monate in Anästhesiologie oder Arbeitsmedizin oder Haut- und Geschlechtskrankheiten oder Immunologie oder Medizinische Chemie oder Mikrobiologie oder Nuklearmedizin oder Pharmakologie und Toxikologie. Die Anrechnungsfähigkeit entfällt, wenn insgesamt 2 Jahre der Weiterbildung in Teilgebieten der Inneren Medizin abgeleistet werden. Dies gilt nicht für die internistische Röntgendiagnostik.

Auf die Weiterbildung werden Weiterbildungszeiten in den Teilgebieten Nr. 10.1 bis 10.7 von insgesamt nicht mehr als 2 Jahren engerechnet.

#### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, der Diagnostik, Differentialdiagnostik und Therapie interner Erkrankungen, der einschlägigen Labordiagnostik und der internen Röntgendiagnostik.

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

### 10.1 Teilgebiet Endokrinologie

#### Weiterbildungszeit:

2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

#### Inhalt der Weiterbildung:

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

### 10.2 Teilgebiet Gastroenterologie

#### Weiterbildungszeit:

2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß nach Abschluß der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden. Es müssen eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Röntgendiagnostik des Teilgebietes nachgewiesen werden.

#### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und Therapie der Krankheiten der Verdauungsorgane einschließlich der Röntgendiagnostik und der Endoskopie.

### 10.3 Teilgebiet Hämatologie

#### Weiterbildungszeit:

2 Jahre

davon 1 1/2 Jahre im Stationsdienst und 1/2 Jahr im hämatologischen Laboratorium.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

#### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Physiologie und Pathophysiologie der Blutbildung, des Blutabbaues, der Blutgerinnung und der Fibrinolyse, der Ätiologie, Pathogenese, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Erkrankungen der blutbildenden Organe, der zirkulierenden Blutzellen, der Bluteiweißkörper, der Lymphe und der Gerinnung.

### 10.4 Teilgebiet Kardiologie

#### Weiterbildungszeit:

2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß nach Abschluß der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden. Es müssen eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Röntgendiagnostik des Teilgebietes nachgewiesen werden.

#### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik, Differentialdiagnostik und konservativen Therapie der Herz- und Kreislaufkrankungen einschließlich der kardiologischen Röntgendiagnostik sowie in der Indikationsstellung zu operativen Eingriffen.



## 10.5 Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde

### Weiterbildungszeit:

2 Jahre

devon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet muß nach Abschluß der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden. Es müssen eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in der Röntgendiagnostik des Teilgebietes nachgewiesen werden.

### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Krankheiten der Lunge, der Bronchien, des Mediastinums und der Pleura einschließlich der Indikationsstellung zur operativen und Strahlenbehandlung.

Vermittlung und Erwerb von Kenntnissen in der Endoskopie, der Biopsie und der Lungenszintigraphie.

## 10.6 Teilgebiet Nephrologie

### Weiterbildungszeit:

2 Jahre

davon mindestens 1 Jahr im Stationsdienst und 6 Monate Dialysetätigkeit.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Ätiologie, Pathogenese, Pathophysiologie, Symptomatologie, Diagnostik und Therapie der Nierenkrankheiten einschließlich der Röntgendiagnostik und der Indikationsstellung urologischer und gefäßchirurgischer Eingriffe sowie der Nierentransplantation.

## 10.7 Teilgebiet Rheumatologie

### Weiterbildungszeit:

2 Jahre

davon mindestens 1 1/2 Jahre im Stationsdienst.

Angerechnet werden können 6 Monate Weiterbildung entweder in einer orthopädischen oder physikalisch-therapeutischen Abteilung oder rheumatologischen Kinderabteilung.

1 Jahr der Weiterbildung im Teilgebiet kann im Rahmen der Weiterbildung im Gebiet abgeleistet werden.

### Inhalt der Weiterbildung:

Vermittlung und Erwerb spezieller Kenntnisse und Erfahrungen in der Diagnostik und konservativen Therapie bei entzündlichen rheumatischen Erkrankungen.

# Bericht über die Vorstandssitzung der Bayerischen Landesärztekammer vom 9. November 1985

Zunächst berichtete der Präsident, daß sich die politische Diskussion im Augenblick fast ganz auf das Kassenarztrecht konzentriert. Der neue Entwurf zur Änderung der Approbationsordnung liege zwischenzeitlich vor, es sei damit zu rechnen, daß der Bundesrat diesem zustimmen werde. Wie erwartet, haben sich die politischen Parteien bisher nicht mit einer Änderung der Kapazitätsverordnung beschäftigt. Von einem Nachlassen des Interesses am Medizinstudium könne leider bei rund 60 000 Bewerbern, die sich für den als Zulassungskriterium neu eingeführten Test gemeldet haben, auch nicht gesprochen werden.

Der diesjährige Bayerische Ärztetag ist in seiner Arbeit erfolgreich gewesen. Zahlreiche Resolutionen sind vom Vorstand zu behandeln. Entsprechend der jeweiligen Zieissetzung der Resolutionen wird die Kammer Verbindung mit den zuständigen Institutionen aufnehmen und

die Anliegen unterstützen. Das Ergebnis wird im Geschäftsbericht dargestellt werden, der dem nächsten Ärztetag vorzulegen ist.

Zur *Resolution „AIDS“* lagen aus der Arbeit der *Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung* der Entwurf „Empfehlungen an die Fortbildungsbeauftragten der Kammer“ sowie eine vorläufige Referentenliste vor, ferner wurde berichtet, daß zwischenzeitlich in Bayern bereits 3162 Kolleginnen und Kollegen Fortbildungsveranstaltungen zu diesem Thema besucht haben.

Der Vorstand wurde davon unterrichtet, daß der Präsident der Kammer in den neugegründeten Wissenschaftlichen Beirat der Bayerischen Staatsregierung zur Thematik AIDS berufen worden ist. In der ersten Sitzung lag eine Aufstellung von 59 Fragen vor, unter anderem zur Meidpflicht und zur Information der

Bevölkerung. In der nächsten Sitzung sollen hierzu Stellungnahmen erarbeitet werden.

Zur *Resolution „Pseudo-Krupp“* befaßte sich der Vorstand mit der Realisierung der vorgesehenen Teilnahme niedergelassener Kollegen an einer bundeseinheitlichen Studie. Nach ausführlicher Diskussion wurde die Geschäftsführung beauftragt, einerseits den Rahmen dieser Studie mit dem Bayerischen Staatsministerium des Innern und die Frage der Finanzierung zu klären. Nachdem in Bayern bereits in München und Erlangen an den Universitätskinderkliniken teils retro- und teils prospektive Studien durchgeführt wurden und werden, ist auch zu prüfen, ob man diese Pädiater sowie den pädiatrischen Chef in Bayreuth nicht großflächig in ihrer jeweiligen Planungsregion einschalten sollte, um so eine Millionenstadt mit Umland (München), eine Großstadt mit Umland (Erlangen) und eine weit-



gehend ländlich strukturierte Planungsregion (Bayreuth) zu erfassen.

Mit der Annahme der „*Richtlinien zur Durchführung von In-vitro-Fertilisation und Embryotransfer*“ als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität“ in die Berufsordnung für die bayerischen Ärzte ist die Kammer nunmehr verpflichtet, eine für diesen Bereich zuständige Kommission zu berufen, die ab 1. Januar 1986 ihre Tätigkeit aufnehmen soll. Die Zusammensetzung wurde eingehend diskutiert. Nach einstimmiger Auffassung sollen es zwei Juristen und fünf Ärzte, darunter ein Rechtsmediziner, drei Gynäkologen (Universitätsklinik und Praxis) und ein Kinderarzt sein.

Die Vergütung von Ärzten beim Unterricht für Arzthelferinnen an den Berufsschulen wurde diskutiert und nach Bericht der Geschäftsführung beschlossen, die jetzige Regelung unverändert beizubehalten.

Bei „Angelegenheiten der ärztlichen Weiterbildung“ befaßte sich der Vorstand mit der Liste „Weiterbildungsermächtigte Ärzte in Bayern“, wobei insgesamt 128 Erweiterungs- und Neuanträge, sowie drei Widersprüche gegen frühere Entscheidungen vorlagen. 19 Anträge betrafen die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in freier Praxis, 88 die Weiterbildung in Gebieten und Teilgebieten, 19 die Bereiche und zwei Anträge die Vermittlung der medizinischen Fachkunde im Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen. Nach eingehender Diskussion genehmigte der Vorstand 68 Anträge, 60 Anträge wurden abgelehnt, ebenso die drei Widersprüche.

Dem Vorstand lag weiterhin eine Verfahrensregelung zur Handhabung der „*Medizinischen Fachkunde im*

*Umgang mit offenen radioaktiven Stoffen*“ vor, da gemäß der 3. Verordnung der Änderung des Arzneimittelgesetzes vom 12. Februar 1985 zahlreiche weitere radioaktive Stoffe für die Praxis freigegeben wurden. Diese Vorlage wurde in Absprache mit dem Landesamt für Umweltschutz und den Fachberatern der Kammer erstellt, die der Vorstand zustimmend zur Kenntnis nahm; ferner wurden die numerischen Anforderungen im Bereich der medizinischen Fachkunde beim Umgang mit radioaktiven Stoffen behandelt. Bei der Neufassung der für den Erwerb eingehender Kenntnisse und Erfahrungen der nachzuweisenden selbständig durchgeführten und beurteilten In-vivo-Untersuchungen wurde einer Aufstellung zugestimmt, die im Februar-Heft 1986 des „*Bayerischen Ärzteblattes*“ unter „*Amtliches*“ veröffentlicht wird.

Des weiteren stimmte der Vorstand der *Liste von nunmehr 166 Kolleginnen und Kollegen aus allen Regierungsbezirken Bayerns* zu, bei denen „Bausteine“ entsprechend den Richtlinien für die Zusatzbezeichnung „*Psychotherapie*“ und/oder „*Psychoanalyse*“ vermittelt werden können.

Zur *Anrechenbarkeit von Weiterbildungszeiten in der Allergologie bei niedergelassenen Kollegen* wurde einstimmig beschlossen, die Weiterbildungszeiten bei niedergelassenen Kollegen auf sechs Monate, also auf die Hälfte der geforderten Mindestweiterbildungszeit, zu beschränken. Des weiteren stimmte der Vorstand der *personellen Ergänzung der Prüfungsausschüsse der Kammer in Gebieten und Teilgebieten* sowie der Nachfolge eines ausscheidenden Beraters in einem Bereich zu.

Für Bayern soll eine *Übergangsregelung für langjährig tätige Betriebs-*

*ärzte mit der „kleinen arbeitsmedizinischen Fachkunde“* geschaffen werden. Die Geschäftsführung wurde beauftragt, mit dem bayerischen Arbeitsministerium, dem bayerischen Gewerbearzt, dem Landesverband Bayern der gewerblichen Berufsgenossenschaften sowie den arbeitsmedizinischen Fachberatern eine Besprechung durchzuführen, um dem betreffenden Kollegenkreis für die Übergangsfrist bis 1. Januar 1987 die Antragsstellung zu ermöglichen, und zwar in der Form, daß seitens der Kammer die bisherige Fachkunde unternehmensbezogen auf die vor dem 1. Januar 1985 betreuten Betriebe umgeschrieben werden kann.

Im *Bericht zur ärztlichen Fortbildung* wurde der Vorstand darüber informiert, daß am dreistufigen Fortbildungskonzept für die „*Blaulicht-Ärzte Bayerns*“ in einem Jahr an vier Orten Bayerns unter Mitwirkung von drei Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zusammen mit der Kammer bisher 4000 Kolleginnen und Kollegen teilnahmen, wovon 900 alle drei Stufen abgeschlossen haben. Weiter wurde berichtet, daß die Ärztekammer Wien – sowie bei uns geschehen – eine Umfrage bezüglich der Effizienzkontrolle ärztlicher Fortbildung plant, wozu die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung ihre Unterlagen zur Umfrageaktion und zur Testbogenaktion zur Verfügung stellte.

Der Vorstand befaßte sich auch mit *Einsprüchen gegen erteilte Rügen* bei Nichteinhaltung der Meldepflicht, die der zuständige Kreisverband mit einer Rüge ahndete. Der Vorstand bestätigte die Rüge.

Zur Thematik: *Auswahlkompetenz der medizinischen Fakultäten bei der Zulassung zum Medizinstudium* spricht Professor Sewering den Inhalt eines Schreibens mit dem Antrag an, daß beim Auswahlverfahren an den medizinischen Fakultäten weibliche Bewerber gleichberechtigt berücksichtigt werden. Er schlägt vor, das Schreiben an die Dekane weiterzuleiten mit der Bitte, dem Anliegen zu entsprechen. Von seiten eines Vorstandsmitgliedes wurde darauf aufmerksam gemacht, daß dieses Verfahren nur dann praktikabel sein kann, wenn es nicht justitiabel ist. Diesbezüglich ist eine Entscheidung im Bereich der medizinischen Fakultäten noch nicht gefallen.

## 10. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

vom 22. bis 25. Januar 1986 in Köln

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer,

Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04-2 21 bis 2 24



Unter „Verschiedenes“ berichtete Professor Sewering in Fortsetzung der Überlegungen auf der letzten Vorstandssitzung am 20. Juli 1985, daß der geplante Anschluß der Ärztlichen Bezirksverbände über eine Standleitung an die Mitglieder-Datei der Bayerischen Landesärztekammer in absehbarer Zeit modellhaft beim Ärztlichen Bezirksverband Oberbayern erprobt wird. Die Ärztlichen Bezirksverbände sollen hierdurch in die Lage versetzt werden, jeweils sofort auf die aktuellen Daten der Mitglieder ihrer Ärztlichen Kreisverbände über ein Terminal zugreifen zu können. Der Vorstand ist damit einverstanden, daß die entstehenden Anschluß- und Programmierungskosten von der Kammer übernommen werden.

Weiterhin berichtet der Präsident, daß der Vorsitzende eines Ärztlichen Kreisverbandes vor einigen Tagen in der Bayerischen Landesärztekammer sein EDV-Mitgliederprogramm vorgeführt hat. Es wurde eine Arbeitsgruppe gebildet mit dem Ziel, zu prüfen, ob den Ärztlichen Kreisverbänden in Bayern ein derartiges EDV-Programm zur Verfügung gestellt werden kann, um sie hierdurch von Routinearbeiten zu entlasten. Hierbei soll auch die Kostenfrage im einzelnen untersucht werden.

Bei der Diskussion der Frage, ob alle Ärztlichen Kreisverbände mit den zuständigen Krankenhäusern Listen über die dort beschäftigten Ärzte austauschen, wurde berichtet, daß Schwierigkeiten hinsichtlich des Datenschutzes aufgetreten seien. Geschäftsführung und Rechtsabteilung wurden vom Vorstand beauftragt, diese Frage mit dem Landesdatenschutzbeauftragten zu klären.

Schließlich wurde berichtet, daß zur Zeit ein neuer Untersuchungsbogen im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung hinsichtlich der vorgeschriebenen Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz erarbeitet wird. Grundlage hierfür ist ein Entwurf des Landes Berlin. Die Mitglieder des betreffenden Ausschusses werden gebeten, sich hier entsprechend einzuschalten.

Als Termine für die nächsten Vorstandssitzungen wurden festgelegt: 1. Februar 1986, 5. April 1986 und 19. Juli 1986.

## Personalia

### Bundesverdienstkreuz am Bande

Dr. med. Alfred Jahn, Chefarzt am Kinderkrankenhaus St. Marien, Grillparzerstraße 9, 8300 Landshut, wurde mit dem Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Dr. med. Hans-Henning Borchers Internist, Sportmedizin, Prinzregentenstraße 1, 8900 Augsburg, wurde zum Bundesvorsitzenden des Verbandes langlaufender Ärzte e. V. gewählt. — Ferner wurde er in den Vorstand des Kneipp-Bundes e. V., Landesverband Bayern, gewählt.

Professor Dr. med. Karl Brand, Leiter des Instituts für Physiologische Chemie (Lehrstuhl II) der Universität Erlangen-Nürnberg, Fahrstraße 17, 8520 Erlangen, wurde für weitere sechs Jahre in den wissenschaftlichen Beirat der Wilhelm-Sander-Stiftung gewählt.

Dr. med. Alexander Brawanski, Neurochirurgische Klinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 11, 8700 Würzburg, wurde ein Preis für wissenschaftliche Arbeiten der World Federation of Neurosurgical Societies verliehen.

Dr. med. Jürgen Eggert, Allgemeinarzt, Jakobsgäßchen 3, 8803 Rothenburg o. T., wurde die Hartmann-Thieding-Plakette verliehen.

Dr. med. Axel Gehrke, Institut für medizinische Balneologie und Klimatologie der Universität München, Marchioninstraße 17, 8000 München 70, wurde in den Bundesvorstand des Marburger Bundes gewählt.

Dr. med. Andreas Gericke, Allgemeinarzt, Ludwigstraße 4-6, 8220 Traunstein, wurde zum Schriftführer in den neugegründeten Berufsverband der praktizierenden Phlebologen e. V. gewählt.

Dr. med. Manfred Haider, Medizinische Klinik Innenstadt der Universität München, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2, und Professor Dr. med. Hubert Schad, Klinik für Herz- und Gefäßchirurgie am Deutschen Herzzentrum München, Lothstraße 11, 8000 München 2, wurde der E.-K.-Frey-Preis 1985 verliehen.

Privatdozent Dr. med. Werner Hohenberger, Oberarzt an der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde für seine Habilitationsschrift der Thiersch-Preis 1984 verliehen.

Professor Dr. med. Joachim Robert Kalden, Direktor des Instituts für Klinische Immunologie und Rheumatologie der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde zum Präsidenten der Gesellschaft für Immunologie wiedergewählt. — Ferner wurde er vom Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit in den Wissenschaftlichen Beirat für Sera und Impfstoffe berufen.

Professor Dr. med. Heinz-Edzard Köhnlein, Leiter der Abteilung für Unfall-, Hand- und Plastische Chirurgie der Schreiber-Kliniken, Scheinerstraße 3, 8000 München 80, wurde zum korrespondierenden Mitglied der Schweizer Gesellschaft für Plastische- und Rekonstruktive Chirurgie ernannt.

Professor Dr. med. Dr. med. h. c. Johannes Rohen, Direktor des Anatomischen Instituts (Lehrstuhl für Anatomie I) der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 9, 8520 Erlangen, wurde zum Ehrenmitglied der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft ernannt. — Ferner wurde er mit dem Jahresbestpreis der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Wolfgang Schnizer und Dr. med. Reinhard Erdl, beide Institut für medizinische Balneologie und Klimatologie der Universität München, Marchioninstraße 17, 8000 München 70, wurde der Boxberger-Preis 1985 verliehen.

Professor Dr. med. Friedrich Wolf, Direktor des Instituts für Nuklearmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde von der Ungarischen Akademie der Wissenschaften die Georg-von-Hevesy-Gedenkmedaille der Ungarischen Gesellschaft für Nuklearmedizin verliehen.



### Wirtschaftlicher Aufschwung

Die Konjunkturforscher sind optimistisch. Seit einigen Monaten wächst das Sozialprodukt wieder mit einer ansehnlichen Rate. Trotz des kalten Winters und der nachfolgenden konjunkturellen Schwächeperiode dürfte am Jahresende ein reales Wachstum von annähernd 2,5 Prozent zu bilanzieren sein. Damit geht der Aufschwung in sein viertes Jahr. Ein Erlahmen der Wachstumskräfte ist noch nicht zu befürchten; eher ist mit einer Beschleunigung des konjunkturellen Schwungrades zu rechnen. Es handelt sich also um einen recht lang gezogenen Zyklus, was auch damit zu erklären sein könnte, daß es während der Aufschwungsphase keinerlei Überhitzungen gegeben hat, die erfahrungsgemäß zu inflationären Preisschüben führen und in einer Stabilisierungskrise enden.

Die Daten der Wirtschaft signalisieren jedenfalls, daß das Sozialprodukt im nächsten Jahr real um mindestens drei Prozent wachsen wird. Darin sind sich die Konjunkturforscher einig. Auch der Sachverständigenrat, der seine Prognose präsentieren wird, ehe dieses Heft erscheint, dürfte nicht zu anderen Ergebnissen kommen. Im Grunde nimmt der Konjunkturzyklus jetzt einen „klassischen“ Verlauf. Der Export hat zunächst für den Aufschwung gesorgt, nun gewinnen die Wachstumskräfte im Inland an Dynamik. Die Unternehmen investieren kräftig. Die relativ maßvollen Lohnerhöhungen der beiden letzten Jahre haben die Erträge der Unternehmen deutlich verbessert. Da sich zugleich die Rendite von reinen Vermögensanlagen wegen des Zinsrückgangs verschlechtert hat, wird es wieder interessant, im Unternehmen zu investieren.

Alle Anzeichen sprechen dafür, daß auch der Verbraucher, der sich bislang zurückgehalten hat, wieder mehr Geld ausgibt. Dafür haben die Konjunkturforscher folgendes Szenario entwickelt: Die Tarifparteien vereinbaren wiederum maßvolle Einkommensverbesserungen; die Zuwachsraten werden jedoch die der letzten Tarifrunde übertreffen. Die Zahl der Erwerbstätigen nimmt 1986 um etwa 200 000 zu; die Kurzarbeit gilt als abgebaut. Unter dem Strich soll sich damit die Brutto- und -gehaltssumme um etwa 4,5 Prozent erhöhen. Die verfügbaren

Einkommen der Arbeitnehmer werden jedoch rascher steigen, weil die Einkommenswirkungen der ersten Stufe der Steuerreform zu berücksichtigen sind, die Anfang 1986 in Kraft tritt. Bei den verfügbaren Einkommen wird also mit einem Plus von gut fünf Prozent gerechnet. Das schlägt auf den Verbrauch durch, weil von der ersten Stufe vor allem die Bezieher kleinerer Einkommen und Familien mit Kindern profitieren, die erfahrungsgemäß das Geld, das sie haben, auch ausgeben. Da auch weiterhin mit annähernd stabilen Preisen zu rechnen ist, dürften die verfügbaren Realeinkommen, die in den letzten Jahren gesunken waren, im Schnitt um etwa drei Prozent steigen.

Für die Koalition bietet das recht erfreuliche politische Perspektiven, denn wenn die Konjunktur laudlich gut läuft, dürften die Wähler Anfang 1987 die Regierenden im Amt bestätigen. Nicht einmal die SPD traut sich mehr, die Tatsache des wirtschaftlichen Aufschwungs in Zweifel zu ziehen. Freilich bereitet der Arbeitsmarkt weiterhin Sorge. Die Arbeitslosenzahl dürfte zwar sinken, doch im Jahresdurchschnitt weiterhin die Grenze von zwei Millionen übersteigen. Wenn die Koalition Glück hat, könnte diese „magische“ Grenze aber immerhin im nächsten Herbst unterschritten werden. Für jedermann würde dann sichtbar, daß die Arbeitslosigkeit abnimmt, wenn auch nur langsam. Die Konjunkturxperten und die Bundesbank widersprechen der Ansicht, daß der Aufschwung am Arbeitsmarkt vorbeigehe. So wird vor allem auf die steigenden Beschäftigtenzahlen verwiesen. 1985 und 1986 dürften insgesamt rund 400 000 neue Arbeitsplätze geschaffen werden. Das Wachstumstempo reicht also noch nicht aus, um die geburtenstarken Jahrgänge am Arbeitsmarkt zu verkräften.

Die Konjunkturforscher rufen daher nach Maßnahmen, durch die sich die wirtschaftliche Dynamik verstärken ließe. So fordern sie, die zweite Stufe der Steuerentlastung von 1988 auf 1987 vorzuziehen. Die Koalition wird darauf nur eingehen, wenn die Konjunktur im nächsten Jahr wider Erwarten doch ermüden sollte. Den Tarifparteien wird empfohlen, maßvolle Lohnerhöhungen zu vereinbaren, um florierenden Unternehmen die Mög-

lichkeit zu lassen, ihren Arbeitnehmern Zuschläge zu geben. Auf diesem Weg käme man zu differenzierteren Einkommen, was zur Überwindung der Arbeitslosigkeit beitragen könnte. Die Gewerkschaften werden sich schwer tun, solchen Ratschlägen zu folgen.

Wenn die Zeichen nicht trügen, so wird man im nächsten Jahr mit einem schnelleren Anstieg der Grundlöhne rechnen können. Dazu trägt dann auch die wachsende Zahl der Beschäftigten bei. Auch die Krankenversicherung wird davon profitieren, was die Diskussion über die Ausgabenexpansion dämpfen könnte. Inzwischen hat sich die Koalition entschieden, die angestrebte Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung auf die nächste Legislaturperiode zu verlagern. Es soll nur noch ein „Kurzzeitprogramm“ verwirklicht werden. Bis Ende November dürften die Entscheidungen darüber fallen; eine Kommission unter Blüm bereitet diese vor. Der Minister hat wissen lassen, daß es dabei vor allem um die Steuerung der Arztzulassungen gehen werde. Der Selbstverwaltung soll die Möglichkeit eröffnet werden, ärztlich überversorgte Gebiete für die Kassenzulassung zu sperren. Auch sollen regional unterschiedliche Honorarsätze vereinbart werden können. Das ist kaum noch umstritten. Es bleibt abzuwarten, ob auch die Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufgegriffen wird, der Zulassung zum Kassensarzt ein weiteres Jahr praktischer ärztlicher Tätigkeit vorzuschalten.

Über das Thema Kostendämpfung hat es in den letzten Wochen eine Fülle von Gesprächen gegeben, insbesondere zwischen den Verbänden und den Sozialpolitikern der Koalition. Solche Gespräche dienen der „Klimapflege“, weniger der Vorbereitung von Entscheidungen. Aber dabei gibt es dann doch Aussagen, die gewisse Schlußfolgerungen zulassen. Das gilt z. B. für das Kommuniqué über ein Gespräch zwischen Sozialpolitikern der Union und den Betriebskrankenkassen. Darin heißt es, daß eine Strukturreform nicht übereilt und ohne gründliche Vorbereitung vorgenommen werden sollte. Die Strukturreform sollte innerhalb des geltenden Rechts erfolgen und keine Reform an „Haupt und Gliedern“ sein. Die Grundsätze des geltenden Rechts sollten bestätigt und die Selbstverwaltungen gestärkt werden. Die Reform müsse darauf zielen, die Finanzierung der Krankenversicherung langfristig zu sichern und die Mittel im Gesundheitswesen effizienter einzusetzen. Im Klartext heißt das doch wohl, daß die Reform Zeit hat, wenig verändert und möglichst viel Einsparungen bringen soll. Strukturreform adelt?

*bonn-mot*



### Datenschutz – eine langfristige Aufgabe

Mit dem bislang umfangreichsten Tätigkeitsbericht ist der Landesbeauftragte für den Datenschutz, Dr. Konrad Stollreither, der immer mehr um sich greifenden These von einem „überzogenen Datenschutz“ entgegengetreten. Im Gegenteil, anhand einer Fülle von Einzelbeispielen belegt er auf insgesamt 269 Seiten, daß die „volle Wahrung der Persönlichkeitsrechte im Sinne des Grundgesetzes in der öffentlichen Verwaltung eine langfristige Aufgabe darstellt, deren Lösung wohl unvermeidbaren Schwankungen unterworfen ist“.

Wie wichtig der exakte Umgang mit personenbezogenen Daten durch die Behörden ist, zeigt ein eingangs erwähnter Fall einer Personenverwechslung, der „immer wieder passieren kann“. Eine Stadt hatte aus dem Melderegister Auskunft über die neue Anschrift einer Frau gegeben, von der nur der Vor- und Nachname bekannt war. Bei der Frau gingen dann Mahnbescheide wegen ausstehender Versicherungsbeiträge, rückständiger Miete, offener Rechnungen einer Elektrofirma, eines Autohauses und eines Versandhauses ein. Zwei Inkassobüros wollten Geldbeträge bei ihr eintreiben, die Allgemeine Ortskrankenkasse forderte Schadensersatz, eine Kfz-Zulassungsstelle erließ einen Bescheid über die zwangsweise Stilllegung des Autos, und das Finanzamt forderte die Abgabe einer Steuererklärung. Schließlich erschien auch noch der Gerichtsvollzieher und ein Versäumnisurteil erging. Erst mit Hilfe des Datenschutzbeauftragten konnte schließlich dann festgestellt werden, daß eine Personenverwechslung vorlag.

Dieser Fall mit „gravierenden Folgen“ zeige nach Ansicht von Stollreither, wie leicht sich auch der harmloseste Bürger in dem vielfältigen Datennetz verfangen kann. Zwar ist er mit der Praxis des Datenschutzes in Bayern insgesamt zufrieden – vorsätzlich habe keine Behörde gegen die Bestimmungen verstoßen –, doch würden in vielen Einzelfällen durch Unkenntnis, Unbedachtsamkeit, Schematismus und mecha-

nisches Verfahren die Grundsätze des Datenschutzrechtes immer noch nicht beachtet. Dazu führt der siebte Tätigkeitsbericht eine Fülle von Beispielen an, wobei auch dem Gesundheitswesen breiter Raum gewidmet wird.

Allzu großzügig gehen nach Meinung des Datenschutzbeauftragten einzelne Krankenhäuser mit Patientendaten um. So stellte er beispielsweise in einem Krankenhaus fest, daß die dort erstellte „Polizeiliste“ mehr Daten enthielt, als sie nach den Vorschriften des Bayerischen Meldegesetzes beinhalten muß. Außerdem verneinte er die Frage, daß eine regelmäßige Weitergabe dieser Liste an die Polizei zulässig sei. Vielmehr müsse die Polizei nur die Möglichkeit der Einsichtnahme beim Krankenhaus im Falle von Ermittlungen von erheblicher Bedeutung haben. Ähnlich gelagert ist die Frage, ob und inwieweit Nervenkrankenhäuser Arztbriefe an Sozialpsychiatrische Dienste weitergeben dürfen. Grundsätzlich sei dies nur zulässig, wenn der Patient zustimmt, stellt Stollreither fest und meint: „Die Übersendung eines abschließenden Arztbriefes kommt nur dann in Frage, wenn ein Arzt im Sozialpsychiatrischen Dienst die Nachbehandlung des Patienten übernimmt.“ Da sich die Aufgabe der Ärzte dort gegenwärtig auf beratende Funktionen beschränke, sei die Übersendung eines vollständigen Arztbriefes mit seinen vielfach sehr sensiblen Informationen daher in diesen Fällen nicht vertretbar. Die Mitteilungen – so auch die zwischenzeitlich erlassenen Richtlinien des bayerischen Sozialministeriums – seien vielmehr auf Angaben zu beschränken, die für die begleitende oder nachsorgende Betreuung der psychisch Kranken unbedingt erforderlich sind.

Auch eine andere Praxis in einem Bezirkskrankenhaus stieß auf Bedenken des Datenschützers: Dort wurden bei der Aufnahme stets Fotografien von den Patienten gefertigt, selbst wenn diese sich freiwillig in Behandlung begeben hatten. Stollreither erblickte hierin eine mögliche

Verletzung des Persönlichkeitsrechts und stellte die prinzipielle Notwendigkeit des Fotografierens in Frage, zumal an anderen Nervenkrankenhäusern dies im Regelfall nicht erfolge. Zwischenzeitlich haben die Bezirke ihren Nervenkrankenhäusern empfohlen, daß nur noch dann Patienten fotografiert werden, wenn besondere Umstände dies erfordern.

Die Bedeutung des Schutzes des Patienten unter Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht wird auch an den folgenden Beispielen klar: Wenn Landesversicherungsanstalten, Versorgungsämter, Gerichte, Gesundheitsämter usw. Krankengeschichten anfordern, so sei grundsätzlich die Einwilligung des Patienten einzuholen. Darüber hinaus müsse aber der behandelnde leitende Krankenhausarzt prüfen, ob die Herausgabe dem Interesse des Patienten entspricht, das heißt, inwieweit die Weitergabe von Daten zur verwaltungsmäßigen Abwicklung der Behandlung des Patienten erforderlich ist.

Einen sensiblen Umgang mit Patientendaten empfahl Stollreither auch im Falle einer Wirtschaftlichkeitsuntersuchung über den Schreibdienst in einem Krankenhaus oder bei der Erstellung einer Patientenstrukturanalyse durch eine Beratungsgesellschaft. In beiden Fällen verlangte er, daß die personenbezogenen Daten so unkenntlich gemacht werden, daß eine Identifizierung des Patienten nicht möglich ist. Als rechtlich nicht zulässig erachtete der Datenschutzbeauftragte die Weitergabe von Patientendaten durch ein Krankenhaus an eine Sparkasse, die sie zum Zwecke der Kundenbetreuung nutzen wollte, oder auch die Nutzung von Ärzteeschriften aus der Kertei eines Ärztlichen Kreisverbandes zum Zweck der Wahlwerbung.

Breiten Raum widmet Stollreither auch der Frage, was mit Patientenunterlagen geschieht, wenn eine ärztliche Praxis aufgelöst wird, ohne daß eine Übertragung auf einen Nachfolger geschieht. Das gängige Verfahren der Aufbewahrung der ärztlichen Aufzeichnungen bei privaten Archivunternehmen hält er für rechtlich nicht völlig bedenkenfrei, weil möglicherweise ein ausreichender Schutz vor dem Zugriff anderer Stellen nicht garantiert werden kann.

Michael Gscheidle



## Amtliches

Der 38. Bayerische Ärztetag hat am 6. Oktober 1985 in Bad Füssing folgende Änderung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat den Änderungsbeschluß mit Schreiben vom 30. Oktober 1985, Nr. IE8-5012-5/10/85, genehmigt.

### Änderung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1978

(BayÄBl. 1977, Sondernummer Dezember, Seite 22 ff.) In der Fassung der Beschlüsse des 32. Bayerischen Ärztetages vom 14. Oktober 1979 (BayÄBl. 1979/1179), des 36. Bayerischen Ärztetages vom 1. Oktober 1983 (BayÄBl. 1983/881) und des 37. Bayerischen Ärztetages vom 7. Oktober 1984 (BayÄBl. 1984/699)

1.

Die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns wird wie folgt geändert:

1. § 1 Abs. 4 erhält folgende Fassung:

„Der Arzt soll vor der Durchführung klinischer Versuche am Menschen oder der Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe oder der epidemiologischen Forschung mit personenbezogenen Daten eine bei der Bayerischen Landesärztekammer (Kammer) oder einer medizinischen Fakultät gebildete Ethikkommission erfragen, um sich über die mit seinem Vorhaben verbundenen beruethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten zu lassen. Bei der durchzuführenden Beratung des Arztes ist die Deklaration des Weltärztebundes von 1964 (Helsinki) in der revidierten Fassung von 1975 (Tokio) und 1983 (Venedig) zugrunde zu legen.“

2. § 1 Abs. 4 e. F. bis Abs. 7 e. F. wird § 1 Abs. 5 bis Abs. 8.

3. In § 7 Abs. 4 werden die Worte „Bayerische Landesärztekammer (Kammer)“ durch „Kammer“ ersetzt.

4. Nach § 6 wird folgender § 6a eingetügt:

„§ 6a In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer

(1) Die künstliche Befruchtung einer Eizelle außerhalb des Mutterleibes und die anschließende Einführung des Embryos in die Gebärmutter sind als Maßnahme zur Behandlung der Sterilität eine ärztliche Tätigkeit und nur im Rahmen der Anlage zur Berufsordnung „Richtlinien zur Durchführung von In-vitro-Fertilisation (IVF) und Embryotransfer (ET) als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität“ einschließlich Kommentar und Anhang zulässig.

(2) Jeder Arzt, der diese Maßnahme durchführen will und für sie die Gesamtverantwortung trägt, hat sein Vorhaben

der Kammer anzuzelgen. Diese prüft, ob die berufsrechtlichen Anforderungen erfüllt sind.

(3) Kein Arzt kann gegen seinen Willen verpflichtet werden, an einer In-vitro-Fertilisation oder einem Embryotransfer mitzuwirken.“

5. § 15 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Es ist insbesondere berufsunwürdig, wenn ein Arzt, der seine Ausbildung, seine Vorbereitungszeit auf die kasenzärztliche Tätigkeit oder seine Weiterbildung ableistet, sich innerhalb eines Zeitraumes von zwei Jahren ohne Zustimmung des Praxisinhabers im Einzugsbereich derjenigen Praxis niederläßt, in welcher er die bezeichneten Tätigkeiten mindestens drei Monate ausgeübt hat.“

6. § 15 Abs. 3 e. F. bis Abs. 5 a. F. wird § 15 Abs. 4 bis Abs. 6.

7. Nach § 21 wird folgender § 21a eingetügt:

„§ 21a Information unter Ärzten

Ärzte dürfen über ihr Leistungsangebot nur andere Ärzte informieren. Die Information muß räumlich auf ein enges Einzugsgebiet um den Ort der Niederlassung begrenzt und auf eine Ankündigung der eigenen Leistungsbereitschaft sowie des Leistungsangebots beschränkt sein; jede werbende Herausstellung der eigenen Tätigkeit ist untersagt.

Derartige Hinweise dürfen grundsätzlich nicht häufiger als einmal pro Jahr erfolgen. Für die Ankündigung nach Niederlassung oder Zulassung gilt § 26 Abs. 1 Satz 1 entsprechend.“

8. § 22 erhält folgende Fassung:

„§ 22 Arzt und Öffentlichkeit

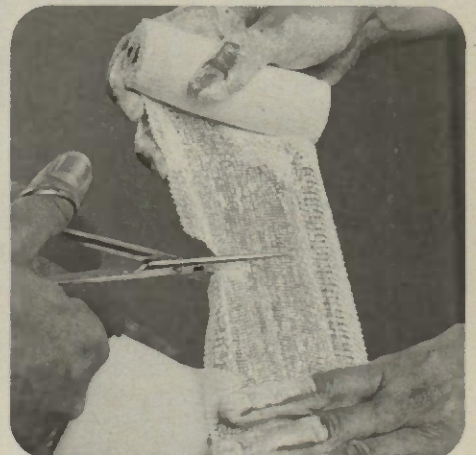
Die Veröffentlichung wissenschaftlicher Berichte in Verbindung mit dem eigenen Namen in Fachzeitschriften ist zulässig. Die Mitwirkung des Arztes an aufklärenden Veröffentlichungen medizinischen Inhalts in Presse, Funk und

## Varicex®-Zinkleimbinden

Mit Zinkleim imprägnierte Binden, gebrauchsfertig zur sauberen und zeitsparenden Applikation halbstarrer Kompressions- und Stützverbände. Verbandkonsistenz und -funktion lassen sich durch textile Variation und unterschiedliche Zinkleimviskosität therapiegerecht abstimmen.

### LOHMANN

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





Fernsehen ist zulässig, wenn und soweit die Mitwirkung des Arztes auf sachliche Informationen begrenzt und die Person des Arztes nicht werbend hereingestellt wird.“

IL

Diese Änderungen der Berufsordnung treten mit dem 1. Januar 1986 in Kraft.

Bad Füssing, 6. Oktober 1985

gez. Professor Dr. Sewering  
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

## Anlage zur Berufsordnung

# Richtlinien zur Durchführung von In-vitro-Fertilisation (IVF) und Embryotransfer (ET) als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität

## 1. Definition

Unter In-vitro-Fertilisation (IVF), auch als „extrakorporale Befruchtung“ bezeichnet, versteht man die Vereinigung einer Eizelle mit einer Samenzelle außerhalb des Körpers. Die Einführung des Embryos\* in die Gebärmutterhöhle wird als Embryotransfer (ET) bezeichnet.

## 2. Medizinische und ethische Vertretbarkeit

Die In-vitro-Fertilisation mit anschließendem Embryotransfer stellt eine Substitutionstherapie bestimmter Formen von Sterilität dar, bei denen andere Behandlungsmethoden versagt haben oder aussichtslos sind. Sie ist in geeigneten Fällen medizinisch und ethisch vertretbar, wenn bestimmte Zulassungs- und Durchführungsbedingungen eingehalten werden (siehe hierzu 3. und 4.).

## 3. Zulassungsbedingungen

### 3.1 Berufsrechtliche Voraussetzungen

Die künstliche Befruchtung einer Eizelle außerhalb des Mutterleibes und die anschließende Einführung des Embryos in die Gebärmutter ist als Maßnahme zur Behandlung der Sterilität eine ärztliche Tätigkeit und nur im Rahmen der von der Ärztekammer als Bestandteil der Berufsordnung beschlossenen Richtlinien zulässig.

Jeder Arzt, der diese Maßnahme durchführen will und für sie die Gesamtverantwortung trägt, hat sein Vorhaben der Ärztekammer anzuzeigen. Diese muß prüfen, ob die berufsrechtlichen Anforderungen erfüllt sind.

Kein Arzt kann gegen sein Gewissen verpflichtet werden, an einer In-vitro-Fertilisation oder einem Embryotransfer mitzuwirken.

### 3.2 Medizinische und soziale Voraussetzungen

#### 3.2.1 Medizinische Indikationen und Kontraindikationen

– Uneingeschränkte Indikationen: (Mikrochirurgisch) nicht therapierbarer Tubenverschluß bzw. tubare Insuffizienz.

– Eingeschränkte Indikationen: Einige Formen männlicher Fertilitätsstörungen sowie einige Formen immunologisch bedingter Sterilität, unerklärbare Sterilität (wenn die nach ärztlichem Ermessen erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten erschöpft sind).

– Absolute Kontraindikationen: Alle Kontraindikationen gegen eine Schwangerschaft.

– Eingeschränkte Kontraindikationen: Durch Anwendung der Methode entstehende, im Einzelfall besonders hohe medizinische Risiken für die Gesundheit der Frau sowie psychogene Sterilität.

#### 3.2.2 Elterliche Voraussetzungen:\*\*)

Vor der Sterilitätsbehandlung soll der Arzt sorgfältig darauf achten, ob zwischen den Partnern eine für das Kindeswohl ausreichend stabile Bindung besteht.

Grundsätzlich ist IVF/ET nur bei Ehepaaren anzuwenden. Dabei dürfen grundsätzlich nur Samen und Eizellen der Ehepartner Verwendung finden (homologes System).

Ausnahmen sind nur zulässig nach vorheriger Anrufung der bei der Ärztekammer eingerichteten Kommission.

Leihmutterschaft, nämlich das Austragen des Kindes einer anderen genetischen Mutter mit dem Ziel, es dieser oder einer anderen Frau zu überlassen, ist abzulehnen.

### 3.3 Diagnostische Voraussetzungen

Jeder Anwendung vom IVF/ET hat eine sorgfältige Diagnostik bei den Ehepartnern voranzugehen, die alle Faktoren berücksichtigt,

\*) Streng genommen bezeichnet der Begriff „Embryo“ nur die ersten Entwicklungsstadien nach vollendeter Einnistung (ab Ende der 2. Woche). Im internationalen Sprechgebrauch hat sich aber die Bezeichnung „Embryo“ auch schon für die ersten der Befruchtung folgenden Entwicklungsstadien durchgesetzt.

\*\*\*) Siehe auch Kommentar zu 3.2.2 und Anhang I.



die sowohl für den unmittelbaren Therapieerfolg als auch für die Gesundheit des Kindes von Bedeutung sind.

### 3.4 Aufklärung und Einwilligung

Die betroffenen Ehepaare müssen vor Beginn der Behandlung über die vorgesehenen Eingriffe, die Einzelschritte des Verfahrens, seine Erfolgsaussichten, Komplikationsmöglichkeiten und Kosten informiert werden. Die Eltern sind auch darüber aufzuklären, welche Maßnahmen für den Fall möglich sind, daß Embryonen aus unvorhersehbarem Grunde nicht transferiert werden können. Der Inhalt des Gespräches und die Einwilligung der Ehepartner zur Behandlung müssen schriftlich fixiert und von beiden Ehepartnern und dem aufklärenden Arzt unterzeichnet werden.

### 3.5 Fachliche, personelle und technische Voraussetzungen

Die Zulassung zur Durchführung von IVF und ET als Therapieverfahren setzt die Erfüllung der im Anhang festgelegten fachlichen, personellen und technischen Mindestanforderungen voraus (siehe Anhang II und III).

## 4. Durchführungsbedingungen

### 4.1 Gewinnung und Transfer von Embryonen

Für die Sterilitätsbehandlung mit IVF und ET dürfen grundsätzlich

nur so viele Embryonen erzeugt werden, wie für die Behandlung sinnvoll und ausreichend sind und auf die Eispenderin einzeitig übertragen werden. An den zum Transfer vorgesehenen Embryonen dürfen keine Eingriffe vorgenommen werden, die nicht unmittelbar dem Wohle des Kindes dienen.

### 4.2 Kryokonservierung noch nicht transferierter Embryonen

Zum Wohle des Kindes ist eine zeitlich begrenzte Kryokonservierung statthaft, wenn sie der Verbesserung der Implantationsbedingungen oder zur Überbrückung der Zeit bis zu einem anderen Transfer dient.

### 4.3 Umgang mit nicht transferierten Embryonen

Der Embryo ist im Sinne der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki und Tokio vor ethisch nicht vertretbaren Experimenten zu schützen.

Verantwortbare wissenschaftliche Untersuchungen an nicht transferierten Embryonen sind daher nur nach Prüfung durch eine Ethikkommission unter strengen, in besonderen Richtlinien festzulegenden Voraussetzungen und Bedingungen zuzulassen.

### 4.4 Kommerzielle Nutzung

Kauf und Verkauf von Embryonen ist abzulehnen, und die ärztliche Mitwirkung dabei ist standeswidrig.

## Kommentar

zu 1:

Die Befruchtung der instrumentell entnommenen Eizelle durch die Samenzelle erfolgt in der Regel in einem Kulturgefäß (in vitro). Nach Beobachtung von Zellteilungen erfolgt der Transfer des sich entwickelnden Embryos in die Gebärmutter. Da nicht in jedem Falle die Einnistung gelingt, werden in der Regel mehrere Embryonen transferiert, um die Chancen für den Eintritt einer Schwangerschaft zu verbessern.

zu 2:

Die Behandlungsmethode der IVF und des ET gründet sich auf eine umfangreiche naturwissenschaftliche Forschung sowie erfolgreiche klinische Anwendung beim Menschen. Sie ist so weit ausgereift, daß ihre Anwendung zur Behandlung bestimmter Formen der menschlichen Sterilität gerechtfertigt ist.

zu 3.2.1:

Männliche Fertilitätsstörungen sind gegenwärtig zu wenig untersucht, um daraus schon jetzt klare Indikationen für die IVF/ET ableiten zu können. Obwohl die Indikation zur homologen Insemination ebenfalls noch nicht ausreichend definiert ist, sollte sie in der Regel als das weniger eingreifende Verfahren zuvor angewandt werden.

IVF/ET kann die Ursachen einer etwaigen psychogenen Sterilität nicht beseitigen. Die Gefahr, sich mit technischen Mitteln gewaltsam über tief wurzelnde menschliche Probleme hinwegzusetzen,

## Metalline®

Für schonenden, schmerzfreien Verbandwechsel sorgt dieser zweischichtige Verbandstoff. Schmiegsam-weicher, aluminiumbedampfter Vliesstoff läßt Sekrete rasch in die Saugschicht diffundieren, hält den Wundbereich trocken und vermindert die Infektionsgefahr.

Metalline verklebt nicht mit der Wunde, das sichert die Wundruhe und fördert so die Heilung.

## LOHMANN

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





muß vom behandelnden Arzt gesehen und vermieden werden.

zu 3.2.2:

Seine aktive Rolle bei der Entstehung der Schwangerschaft legt dem Arzt gegenüber dem Kinde eine besondere Verantwortung auf.

Für die Entscheidung des Arztes über die Behandlung einer Fertilitätsstörung durch IVF/ET ist daher nicht nur der – auf anderem Wege nicht erfüllbare – Kinderwunsch seiner Patientin maßgebend, sondern mit zumindest ebenso starker Gewichtung das künftige Wohlergehen des erhofften Kindes.

Die in Abschnitt 3.2.2 aufgestellten Anforderungen hinsichtlich der ehelichen Beziehungen sollen deswegen insbesondere dann eine IVF/ET ausschließen, wenn Nachteile für ein dadurch gezeugtes Kind zu befürchten sind.

Solche Nachteile können sozialer und rechtlicher Art sein. \*)

zu 4.3:

Die Zustimmung zu der Sterilitätstherapie mittels IVF und ET darf weder direkt noch indirekt mit der Zustimmung zu einer andersartigen Verwendung der erzeugten Embryonen verknüpft werden.

## Anhang

### **I. Vermeldung sozialer und rechtlicher Nachteile für ein durch IVF erzeugtes Kind**

1. Künftige soziale Nachteile, die sich daraus ergeben können, daß eine Partnerschaft im Zeitpunkt des Wunsches nach IVF/ET bereits zerrüttet ist oder zu scheitern droht und daher ein Heranwachsen des Kindes in einer intakten elterlichen Beziehung nicht zu erwarten ist, lassen sich für den Arzt nur selten eindeutig erfassen und hinsichtlich negativer Auswirkungen für das Wohlergehen des Kindes nur schwer beurteilen.

Gelangt der Arzt jedoch aufgrund seiner Gespräche mit den Partnern und konsiliarischer Beratung mit psychotherapeutisch tätigen Fachkollegen oder Psychologen, insbesondere in Fällen, in denen ein Kinderwunsch geäußert wird, um bestehende Probleme in einer Partnerschaft zu überwinden, zu der Überzeugung, daß sich durch die Geburt eines Kindes diese Probleme der Partnerschaft nicht bewältigen lassen, so soll er keine IVF/ET vornehmen.

2. Die grundsätzlich – das heißt von begründeten Ausnahmen abgesehen – bestehende Bindung in der Anwendung der Methode der IVF/ET an eine bestehende Ehe findet ihre Rechtfertigung in dem verfassungsrechtlich verankerten besonderen Schutz von Ehe und Familie und den sozialen Nachteilen, denen trotz weitgehend rechtlicher Gleichstellung das nicht eheliche Kind nach wie vor ausgesetzt sein kann.

Die Verfassung stellt Ehe und Familie unter den besonderen Schutz des Staates (Art. 6 Abs. 1 GG). Sie geht dabei davon aus, daß eine Familie auf der Basis einer Ehe gegründet wird und dadurch ihren rechtlichen und sittlichen Zusammenhalt findet. An diese Wertentscheidung der Verfassung ist auch der Arzt gebunden, der durch IVF/ET zur Bildung einer über die Partnerschaft zweier Menschen hinausgehenden Familie beitragen soll.

Demgegenüber kann nicht auf das Selbstbestimmungsrecht einer alleinstehenden Frau oder zweier nicht in Ehe zusammenlebender Partner und einen darauf gegründeten Kinderwunsch verwiesen werden, da, losgelöst von dieser Willensbildung, vom Arzt die Aussichten für eine gedeihliche Entwicklung des Kindes zu berücksichtigen sind. Diese Form der „Familienbildung“ ist auch bürgerlich-rechtlich nicht anerkannt; vielmehr begründet nur die Ehe eine rechtlich gesicherte Lebensgemeinschaft, bei der zumindest die Vermutung besteht, daß sie auf Dauer angelegt ist.

Durch das Gesetz über die rechtliche Stellung des nicht ehelichen Kindes vom 1. 7. 1970 ist zwar in den Unterhalts- und Erbansprüchen

eine weitgehende Gleichstellung von ehelichen und nicht ehelichen Kindern erfolgt. Daraus kann jedoch unter keinen Umständen ein Anspruch gegenüber dem Arzt hergeleitet werden, durch IVF/ET bei Fertilitätsstörungen in einer nicht ehelichen Lebensgemeinschaft oder bei einer alleinstehenden Frau einen Kinderwunsch zu erfüllen, da die rechtlichen Vorschriften über die Gleichstellung des nicht ehelichen Kindes an die *Tatsache* einer Geburt außerhalb einer bestehenden Ehe anknüpfen, daraus aber kein positives Recht auf nicht eheliche Fortpflanzung abgeleitet werden kann.

Aus dieser rechtlichen Gleichstellung des nicht ehelichen Kindes mit dem ehelichen Kind ergibt sich aber aus dem gleichen Grund auch keine Legitimation für den Arzt, losgelöst vom Bestehen einer ehelichen Lebensgemeinschaft, eine vorhandene Fertilitätsstörung durch die Methode der IVF/ET zu behandeln.

Neben der Wertentscheidung des Grundgesetzes für die Ehe und die durch eheliche Lebensgemeinschaft gegründete Familie muß der Arzt vielmehr auch die möglichen sozialen Nachteile berücksichtigen, denen ein nicht eheliches Kind auch heute noch ausgesetzt sein kann. Rein egoistische oder kommerzielle Motive dürfen nicht zur künstlichen Zeugung eines Kindes führen. Wer ernsthaft den Wunsch nach einem eigenen Kind hat, der wegen einer Fertilitätsstörung nur durch die Methode der IVF/ET erfüllbar ist, dem ist grundsätzlich zuzumuten, bei bestehender Partnerschaft eine eheliche Lebensgemeinschaft einzugehen und dadurch die Ernsthaftigkeit der beabsichtigten Familiengründung rechtlich gesichert zu dokumentieren.

Ausnahmen von diesem Grundsatz können nur in begründeten Einzelfällen nach Überprüfung durch die hierfür eingerichtete Kommission anerkannt werden. Dabei ist in jedem Fall sicherzustellen, daß durch Vaterschaftsanerkennung die Unterhalts- und Erbansprüche des Kindes gegenüber dem biologischen Vater gewährleistet sind.

\*) siehe auch Anhang I.



Bei alleinstehenden Frauen ist die Durchführung der IVF/ET nach dem vorstehend Gesagten grundsätzlich nicht vertretbar.

3. Bei einer IVF/ET im homologen System bestehen hinsichtlich des Verwandtschaftsverhältnisses des Kindes zu seinen Eltern keine Unterschiede gegenüber einer natürlichen Zeugung. Bei bestehender Ehe ist der Rechtsstatus des durch IVF/ET gezeugten Kindes daher eindeutig bestimmt. Daraus rechtfertigt sich die grundsätzliche Bindung der Methode der IVF/ET an eine bestehende Ehe und an die Anwendung im homologen System.

4. Eine IVF/ET mit *Spendersamen* wirft dieselben Rechtsprobleme auf wie die artifizielle heterologe Insemination. Diese Rechtsprobleme bestehen darin, daß zwar bei bestehender Ehe auch in diesem Fall die Ehelichkeitsvermutung des § 1591 zum Zuge kommt, sowohl der Ehemann als auch das Kind aber die Ehelichkeit der Abstammung im Nachhinein anfechten können (§§ 1593–1599 BGB).

Dieses Recht auf Anfechtung der Ehelichkeit kann vertraglich, auch soweit es den Ehemann betrifft, nicht wirksam ausgeschlossen werden. Das Anfechtungsrecht des Kindes kann ohnehin durch vertragliche Vereinbarungen der Eltern nicht tangiert werden.

Wird die Ehelichkeit erfolgreich angefochten, so stehen dem Kind ein Recht auf Feststellung der Vaterschaft und darauf basierend Unterhalts- und erbrechtliche Ansprüche gegenüber seinem Erzeuger zu. Spätestens dann wird auch der Arzt den Namen des Sa-

menspenders preisgeben müssen. Auch wenn die Ehelichkeit nicht angefochten wird, dürfte das durch heterologe Insemination gezeugte Kind jedoch einen Anspruch auf Bekanntgabe seines biologischen Vaters haben, da die biologische Vaterschaft, z. B. beim Eingehen einer Ehe, im Hinblick auf seine Gesundheit und die seiner Nachkommenschaft von wesentlicher Bedeutung ist. Der Arzt kann dem Samenspender daher keine Anonymität zusichern. Er muß ihn vielmehr darauf hinweisen, daß er gegenüber dem Kind zur Nennung des Spendernamens verpflichtet ist und sich insoweit auch nicht auf die ärztliche Schweigepflicht berufen kann.

Auch insoweit ist eine Stellungnahme durch die zuständige Kommission einzuholen. Voraussetzung für das Vorliegen eines Ausnahmefalles ist dabei insbesondere, daß

– eine IVF/ET im homologen System wegen Unfruchtbarkeit des Mannes nicht möglich ist,

– die Verwendung eines Mischspermas ausgeschlossen ist, da durch sie die spätere Identifikation des biologischen Vaters erschwert würde,

– der Samenspender sich mit der Bekanntgabe seines Namens an das Kind durch den Arzt für den Fall ausdrücklich einverstanden erklärt, daß ein entsprechendes Auskunftersuchen an den Arzt gerichtet wird,

– die Ehegatten und der Samenspender über die Möglichkeit der Anfechtung der Ehelichkeit, die

sich daraus ergebenden Rechtsfolgen und das unabhängig hiervon bestehende Recht des Kindes auf Namensnennung des Samenspenders aufgeklärt worden sind und diese Aufklärung ausreichend dokumentiert worden ist.

5. Bei Verwendung *fremder Eizellen* zur Durchführung einer IVF/ET ist die rechtliche Situation des Kindes noch unsicherer als bei einer Samenspende. Das bürgerliche Recht kennt nur die Anfechtung der Ehelichkeit durch das Kind bzw. durch den Ehemann. Ein Recht auf Anfechtung der Ehelichkeit durch die Ehefrau gibt es nicht, da der Gesetzgeber die durch extrakorporale Befruchtung mögliche Trennung von genetischer und austragender Mutter bei der Gesetzgebung nicht kannte. Ob sich aus dieser neuen Entwicklung eine analoge Anwendung der Vorschriften über die Anfechtung der Ehelichkeit auf die Ehefrau bejahen läßt, ist zweifelhaft. Für das Kind und für den Ehemann bestehen jedenfalls auch insoweit, wie bei der Samenspende, die Möglichkeit der Anfechtung der Ehelichkeit unter den Voraussetzungen des § 1596 BGB. Auch dürfte aus dem gleichen Grund wie bei der Samenspende, unabhängig von einer Anfechtung der Ehelichkeit, ein Recht des Kindes auf Nennung des Namens seiner genetischen Mutter zu bejahen sein. Neben diesen rechtlichen Schwierigkeiten bestehen gegen die Verwendung fremder Eizellen aber auch erhebliche medizinische Bedenken, da die Entnahme der Eizellen nur mittels eines invasiven Eingriffes erfolgen kann und der Embryotransfer eine hormonale Vorbehandlung erfordert. Aus die-

## Curafix®

Elastisches Fixierpflaster von der Rolle, breitflächig und extrem luftdurchlässig.

Bei verbandtechnisch diffizilen Applikationsformen, vor allem an Gelenken, am Hals und auf faltiger Haut ist Curafix so einfach zu handhaben wie ein Wundschnellverband.

## LOHMANN

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





Das neue Miniphotometer.  
Ansehen und probieren bei  
Ihrem Fachhändler.

Dr. Bruno Lange GmbH  
Bereich Medizin  
Königsweg 10  
D-1000 Berlin 37



DR LANGE

## Ganz einfach und in 3 Minuten: Hämoglobin, Glucose und Erythrocyten.



Unberührt von dieser Einschränkung sollte – die rechtliche Absicherung vorausgesetzt – die Möglichkeit gegeben sein, einen Embryo, der im Rahmen der Fertilitätsbehandlung anderer Partner nicht implantiert werden kann, zur Erhaltung seines Lebens von einer anderen Ehefrau austragen und dadurch als ihr und ihres Ehemannes gemeinsames Kind zur Welt bringen zu lassen. Es wäre wünschenswert, wenn die rechtliche Stellung eines solchen Kindes gesetzlich durch die Einschränkung von Anfechtungsrechten dauerhaft abgesichert würde.

Die Leihmutter im Sinne der Richtlinien ist eine Frau, die selbst ein Kind, das genetisch nicht von ihr abstammt, für eine andere Frau austrägt, weil diese keine Leibesfrucht austragen kann und will. Die Gefahr einer Kommerzialisierung des „Leihmutterverhältnisses“ ist sehr groß. Außerdem können rechtliche Auseinandersetzungen um das gezeugte Kind entstehen, wenn die „Leihmutter“ das Kind nach der Geburt nicht herausgeben oder die biologische Mutter das Kind, zum Beispiel wegen einer Mißbildung, nicht übernehmen will. Die Gefahr schädlicher Auswirkungen des Leihmutterverhältnisses auf das Wohlergehen eines Kindes ist daher so groß, daß die Richtlinien die Verwendung von Leihmüttern ausnahmslos ablehnen.

### II. Fachliche, personelle und technische Mindestanforderungen

1. Die Anzeigepflicht umfaßt den Nachweis, daß die sachgerechte Durchführung der erforderlichen Leistungen sowohl fachlich (Ausbildungs- und Qualifikationsnachweis) als auch personell und sachlich (räumliche und apparative Ausstattung) auf den nachstehend genannten Teilgebieten gewährleistet ist:

- a) Endokrinologie der Reproduktion
- b) Gynäkologische Sonographie
- c) Operative Gynäkologie

sen Gründen ist die Anwendung der IVF/ET mit fremden Eizellen nicht vertretbar.

6. Die Verwendung eines *fremden Samens und fremder Eizellen* zur Ermöglichung eines Kindeswunsches würde dazu führen, daß das Kind zu keinem seiner beiden Elternteile eine genetische Verwandtschaft hätte.

Rechtlich ist dieser Fall daher in gewisser Weise vergleichbar mit dem der Adoption, die allerdings in erster Linie dazu eingerichtet ist, elternlose Kinder und nicht etwa kinderlose Eltern zu versorgen. Ethisch stellt sich für den Arzt die Frage, ob er bei Fertili-

tätsstörungen beider Ehepartner eine IVF/ET unter Verwendung fremden Samens und fremder Eizellen vertreten kann oder diese Ehepartner nicht auf den Weg der Adoption verweisen muß. Rechtlich ergibt sich eine erhöhte Unsicherheit im künftigen Rechtsstatus des durch IVF/ET geborenen Kindes, da sich die Anfechtung der Ehelichkeit sowohl auf die fehlende Abstammung vom Familienvater als auch von der Familienmutter beziehen kann. Medizinisch bestehen die schon aufgeführten Bedenken gegen die Verwendung fremder Eizellen. Deswegen ist die IVF/ET unter Verwendung fremden Samens und fremder Eizellen nicht vertretbar.



d) Experimentelle oder angewandte Reproduktionsbiologie mit dem Schwerpunkt der In-vitro-Kultur

e) Andrologie

Von diesen fünf Teilbereichen können jeweils nur zwei Bereiche gleichzeitig von einem Arzt oder Wissenschaftler der Arbeitsgruppe verantwortlich geführt werden.

Folgende Einrichtungen müssen ständig und ohne Zeitverzug verfügbar bzw. einsatzbereit sein:

a) Hormoniabor

b) Ultraschalldiagnostik

c) Operationsbereitschaft mit Anästhesie-Team

d) Gesondertes Labor für Spermendiagnostik

e) Gesondertes Labor für In-vitro-Fertilisation und In-vitro-Kultur

Dem Leiter der Arbeitsgruppe obliegt die Überwachung der ärztlichen Leistungen. Diese schließt sowohl die technischen Leistungen als auch die psychologische Führung der eine Sterilitätsbehandlung durch IVF und ET suchenden Ehepaare ein.

### III. Ständige Kommissionen bei den Ärztekammern

Von den Landesärztekammern sind Ständige Kommissionen zu bilden, welche die Einhaltung der Zulassungs- und Durchführungsbedingungen prüfen. Ihnen sollen Ärzte und Juristen mit Sachkompetenz in medizinischen und rechtlichen Fragen der IVF/ET angehören.

Die Kommission kann sich in speziellen Fragen durch Vertreter anderer Gebiete ergänzen. Betroffene in eigener Sache sind ausgeschlossen.

Um eine möglichst einheitliche Anwendung dieser Richtlinien zu erreichen, sollten von mehreren Ärztekammern gemeinsam getragene Kommissionen gebildet und/oder bei der Bundesärztekammer eine zentrale Kommission zur Beurteilung grundsätzlicher Auslegungsfragen gebildet werden.

## Äskulap und Pegasus

### Bücher von Ärzten für Ärzte

Wie jedes Jahr stellen wir im Dezember-Heft wieder Bücher vor. Vielleicht können Sie an dem einen oder anderen Ihre Freude finden. Ein frohes und gesegnetes Weihnachten all den Lesern von „ÄSKULAP und PEGASUS“!

Dr. med. Andreas Schuhmann, Rothendesch 7, 8162 Schliersee 2

#### Ich breite meine Arme aus

Verfasser: E. Weihs, 61 S., brosch. J. G. Bläschke-Verlag, A-9143 St. Michael (1984)

„Sinnfällige, ephorismenartige Sehnsüchte, Wünsche, Lebensäußerungen, Daseinsgestammel und Gebete, in Sprüche gefaßt und in Gedichten geschrieben, sollen in diesem Ausdruck („Ich breite meine Arme aus“) ein gefälliges Überlegen und Bedenken des menschlich-irdischen Lebens geben.“ — Dies die kurze prägnante Einleitung des Autors zu seinem Lyrikbändchen. Der Maler und Schriftsteller illustriert sein Bändchen selbst und diese Bilder könnten als thematische Unterteilung figurieren, u. a. „Sonne und Arme“ — „Frau“ — „Meines Vaters Haus“ — „Zum Licht“. Jedes, der auf 61 Seiten abgedruckten Gedichte bzw. Sprüche, beginnt mit „Ich breite meine Arme aus“. Auch innerhalb der Reimgedichte begegnet uns des öfteren diese Verszeile enaphorisch als Leitmotiv. Etwas Unruhiges, Drängendes, zuweilen ins Pathetische Gehendes haben diese Poeme, dazu passend das fast durchwegs jambische Versmaß. Die formelle Monotonie hebt der gedankenreiche Inhalt auf. Trotz mancher Assonanzen fließen die Verse klanglich und rhythmisch ausgewogen. Der Autor beherrscht sein Metier, ist Routine. Es ist ja auch sein sechster Lyrikband.

#### Lied der Lyre

Verfasser: A. Rottler, 148 S., geb., Atrio Verlag Bernhard Geue, Bad Mergentheim (1984)

Was ist ein Lied? Mehr noch, was ist ein Lied der Lyra? Lied, das war ursprünglich allgemein Gesungenes. Dann Spiel der Lyra zu liedhafter Lyrik als Urform der Dichtung. Lyra, einst Attribut der Dichter und Sänger in der Antike. Dichtung und Musik — eine Symbiose — später in Charakteristikum der Troubadoure, der Dichter-Sänger des Mittelalters. Gibt

es sie noch in etwa, diese Gattung? Gewiß doch. Alfred Rottler läßt sie in seinem jüngst herausgekommenen Gedichtband „Lied der Lyre“ wohlklingend und schön anklingen. Bibliophil, geschmackvoll, geschmückt mit thematisch einfühlsamen Zeichnungen der Band (Gerda Huber). Professor Dr. Hans Faber-Perathoner in seinem trefflichen Vorwort lapidar: „In Rottler erleben wir einen modernen Troubadour“. — Ein suchender, sinnender Geist begegnet uns in den vier Themen dieses Lyrikbandes: „Sing Dir ein fröhlich Lied / Die Kerze ist verloscht, Eine Träne fiel darauf / Landschaft und Natur / Mensch und Mächte“. — Von der sublimer Liebeslyrik bis zum Genre Naturlyrik und hin zur Gedankenlyrik reicht der feine Inhalt in klarer dichterischer Konzeption. Hier, wo der Intellekt nicht versucht, das Gemüt zu überspielen, sich die goldene Waage halten, spürt man um so mehr das Geistvolle einer verinnerlichten Dichtung. Einige Gedichte wurden ins Französische, Englische, Italienische — nein, nicht einfach übersetzt —, vielmehr genuin in die jeweilige Sprachmentalität übertragen. Daß euch drei Gedichte vertont wiedergegeben sind, wird der Überschrift des Bandes wohl gerecht.

#### Inseln im Strom der Tage

Verfasser: F. Schmid, 142 S., Leinen, geb., by F. Schmid, Gesamtherstellung Laub GmbH + Co., Elztal-Dallau.

Inseln im Mahlstrom der Zeit — in der Rückschau, in der Erinnerung, denn: Wer keine Vergangenheit hat, hat keine Zukunft. Anschaulich schlicht, in zuweilen etwas gedrängter Sprache schildert der Autor fragmentarisch sein Leben. Er besinnt sich auf bleibende Werte, auf bleibende Orte echten Daheimseins. Im Leitmotiv, an den Anfang gesetzt in reimloser Gedichtform, bekundet sich die Absicht: „Einzelne Episoden bleiben wie Inseln / im Strom der Tage tief haften, / weil sie Standorte bestimmen, Wegkreuz-



zungen merkierten, / das Leben in ganz bestimmte Richtungen lenkten.“ — Vom Wagnis das ersten eigenen Entschlusses des Dreißährigen, nabelhaft, ungewiß, nur die Tatsache des Weglaufens in dieser Geschichte scharf konturiert, das Wie und Warum vergessend, bis hin zur immer wiederkehrenden Frage des Gereiften: „Ist es wirklich das Beste, was wir tun?“, spannt sich der Bogen seiner „Lebensrunen“, dieser Engramma von Herz und Verstand. Herausgegriffen 65 Geschichten eines 65jährigen. Eigener authentischer Vorrat an Erlebnissen! Keine papieren dünne, blutleer blasse Gestalten, keine krenkhaft gekünstelte Pseudophantasie! War moderner, zarrissener Schreibweise fragwürdigen Inhalts überdrüssig ist, der greife zu diesem Buch als Erholung, als wohlthuende Frische eines ungeschminkten Lebensbekenntnisses.

**Drunt in der Loh — Erzählungen und Gedichte**

Verfasser: A. Schuhmann, 143 S., Paperback. Breit-Verlag, Marquartstein (1984)

Was war das für eine Zeit, als man in der Hauptstadt Bayerns noch bayerisch redete! Der Untarzalchnate bekennt, daß er sein kerniges Bayerisch in der Schulklasse des Gymnasiums am Regarplatz erlernte. Am Regarplatz fängt übrigens Giesing an und zieht sich hinaus, die Tegemseer Landstraße entlang, von den übrigen Stadtviertlern als „Glasscherbenviertel“ verlästert. (Damit meinte man freilich immer das jeweilig andere Vorstadtviertel“ und seine Leute, mitsamt ihrem Dialekt.) Andreas Schuhmann, der uns in dem Buch „Drunt in der Loh“ von seiner Kindheit erzählt, die er unterhalb der Giesinger Kircha auskostete, wo man den Mühlbach rauschen hört, beherrscht die Sprache seiner Kinderheimat meisterhaft. Und daß es gleich gesagt sei: Er hinkt mit seiner autobiographischen Selbstbescheidung nicht etwa hinter der Zeit her, denn nach ehedem so modischer Weltläufigkeit gelten auf einmal die „Kleinen Räume“ wieder etwas. Insofern ist der schmale Band Schuhmanns ein Genuß, keineswegs nur für Münchner. Im Mittelpunkt stehen die Menschen: ein alter Rentier, ein fast gelähmtes Mädchen im Rollstuhl, eine fläißige Zugefrau, eine Kramerin, die noch einen „Tante-Emma-Leden“ betreut, ein betagter Professor, ein Tierarzt ... „daß halt Leuten, dreuf kommts an“, heißt's im Gedicht „So iss halt“. Diese Kindheitserinnerungen sind nicht nur erlebt, sie sind in einem höheren Sinna „wahr“, wie es nur Dichtung sein kann.

Wolfgang Johannes Bekh

## Ärzte helfen Ärzten

### Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

die Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ konnte dieses Jahr ihren 30. Geburtstag feiern. Sie wird von rd. 3000 Ärzten und Zahnärzten als Deuerspender und von zahlreichen Kollegen mit Einzelspenden getragen. Zusammen mit den Spenden der Organisationen der Heilberufe wurden in den 30 Jahren mit DM 23 038 593,84 an Spenden insgesamt 3566 Arzt-, Zahnarzt- und Tiererztkinder betreut, von denen 2894 ihre Berufsausbildung inzwischen abgeschlossen haben. 672 stehen zur Zeit in Betreuung. Jahr für Jahr bleibt diese Zahl ungefähr gleich, da die nach Beendigung Ihrer Berufsausbildung Ausscheidenden durch neu aufgekommene Schützlinge ersetzt werden.

So kamen z. B. im Jahr 1984 117 Kollegenkinder neu hinzu, davon 56 aus der DDR, 13 aus Polen, 6 aus anderen Ostblockstaaten und 42 Halb- und Vollwaisen aus der Bundesrepublik Deutschland. Ihnen allen fehlt die für ihre Berufsausbildung notwendige Unterstützung durch Ihre Familie oder durch öffentliche und karitative Einrichtungen.

Wir können und wollen nicht die verlorenen Eltern oder Elternteile ersetzen, aber wir können — und tun dies jetzt seit 30 Jahren — den Kindern aus Kollegenfamilien durch unsere Spenden ein ausreichendes berufliches Fundament für ihr Leben schaffen. Und mehr als dies: Die jungen Menschen finden in der Stiftung Beständigkeit und Geborgenheit, Teilnahme an Ihren Freuden und Sorgen.

Für Ihre Mithilfe danken wir allen Spendern des vergangenen Jahres und bitten Sie alle um Ihre weitere Unterstützung. Zeigen Sie damit Ihre Verbundenheit mit denen, die das Schicksal hart traf. Geben Sie anlässlich des Weihnachtsfestes durch eine einmalige Spende oder durch einen monatlichen Deuerauftrag unseren Schützlingen die Gewißheit, daß sie auch im kommenden Jahr ihren Weg in die Zukunft ohne allzu große Sorgen gehen können.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Vilmar  
Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Professor Dr. Häußler  
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 niedergelassenen Ärzte Deutschlands a. V.

Frau Dr. Heuser-Schreiber  
Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes e. V.

Dr. Welther  
1. Bundesvorsitzender des Deutschen Kassenarztverbandes

Dr. Klotz  
Vorsitzender des Berufsverbandes der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin 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. Schuch  
Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

Dr. Sebastian  
Präsident des Bundesverbandes der deutschen Zahnärzte e. V. — Bundeszahnärztekammer

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

Dr. Ruppracht  
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 Ärztekbank Stuttgart Nr. 00 919 190 (BLZ 600 906 09), Postscheckkonto Stuttgart Nr. 415 33-701 (BLZ 600 100 70)





**Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen**

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

**Leitsymptom: Anticholinergischer  
Symptomenkomplex  
Ungewöhnliches Verhalten  
Erregtheit  
Bewußtseinstrübung**

**Der Notfall: Atropin-Intoxikation**

bearbeitet von Professor Dr. F. C. Sitzmann, Homburg/Saar

**Symptomatik:**

Das Auftreten der ersten Symptome nach Intoxikation hängt von der aufgenommenen Atropin-Dosis ab: Brechreiz, Erbrechen, Tachykardie, Pupillenerweiterung, trockener Mund, Trockenheitsgefühl und Brennen im Rachen, so daß Schlucken und Sprechen kaum mehr möglich sind, Durst, gerötete heiße Haut. Zentrale Symptome: Unruhe, Erregungszustände bis zur Aggressivität, Delirien, Verwirrung, erhebliche motorische Unruhe bis zu choreatiformen Bewegungen und in schweren Fällen auch Krämpfe und Koma mit Atemdepression (Magen-, Darm-, Blasenatonie). — Bei Säuglingen mit Scopolamin-Überdosierung (z.B. mit Scopyl = Methylscopolamin zur Therapie des Pylorospasmus) generalisiertes Erythem, Unruhe, oberflächliche Atmung (wie Cheyne-Stokes-Typ), Hyperthermien von 41° und mehr.

**Anamnese:**

Verzehr von Tollkirschen (*Atropa belladonna*, ein Nachtschattengewächs) oder anderen Teilen der Giftpflanze. Die süßlich schmeckenden, etwa kirschgroßen, glänzend schwarzen Beeren (an Rändern von Waldwegen, auf Kahlschlägen) ohne Steinkern, sondern vielsamig, werden besonders von Kindern immer wieder verzehrt (3—4 Früchte können für sie tödlich sein, für Erwachsene etwa 15). — Seltener werden Stechäpfel (walnußgroße Früchte mit weichen Stacheln) bzw. deren Samenkörner gegessen. — Akzidentelle Intoxikation mit Scopolamin bei Überdosierung im Rahmen der Pylorospasmus-Therapie des jungen Säuglings. — Einnahme von Atropin/Scopolamin oder anderen Parasympatholytica in suizidaler Absicht.



**Sofortdiagnostik  
und -therapie:**

Der typische klinische Symptomenkomplex und Hinweise aus der Anamnese führen zur Diagnostik. Sofort Erbrechen auslösen, rascher Transport in die Klinik. Giftentfernung durch Magenspülung (Magenschlauch in Öl tauchen wegen der trockenen Schleimhäute). Vorsicht bei Bewußtlosen! (Intubation). — Bei Überdosierung von Atropin-Tropfen am Auge sofort Spülung mit 0,9%iger NaCl, dann 1—2 Tropfen der 2%igen Lösung von *Pylocarpinum hydrochloricum*.

Bei Verdacht auf Atropin/Scopolamin-Vergiftung oder Intoxikation mit anderen Parasympathicolitica ist sofortige Einweisung in die Klinik indiziert.

**Zusätzliche  
Maßnahmen bzw.  
Anordnungen:**

Physostigmin-Salizylat (= Acetylcholinesterasehemmer) ist dem Pyridostigmin (*Mestinon*<sup>®</sup>) und dem Neostigmin (*Prostigmin*<sup>®</sup>) vorzuziehen. Bei Erwachsenen werden 2 mg langsam (1 mg/min.) i.v. gegeben (Monitorkontrolle); diese Dosis muß bei schweren Vergiftungen 1—2mal wiederholt werden. Kinder erhalten 0,5 mg i.v. als Einzeldosis. Bei schweren Vergiftungsfällen (Suizidversuch) ist oft die doppelte oder gar dreifache Dosis erforderlich. Vorsicht Überdosierung! — Bei bewußtlosen Patienten kann durch den einsetzenden Speichelfluß unter dieser Therapie eine Aspiration auftreten, wenn nicht intubiert wurde. — Bei Physostigmin-Salizylat-Überdosierung muß Atropin gegeben werden. (Die Wirkung von 1 mg Physostigmin-Salizylat wird durch 0,5 mg Atropin aufgehoben.)

Allein die Einnahme eines anticholinergischen Stoffes ohne jegliche klinischen Symptome einer Intoxikation berechtigt noch nicht zum Einsatz von Physostigmin-Salizylat, jedoch dauernde Beobachtung erforderlich!

Zur Ruhigstellung von Patienten mit Atropin-Vergiftung keine Opiate oder Hypnotica verwenden, da Gefahr der zentralen Atemlähmung. Diazepam (*Valium*<sup>®</sup>) sowie kurzwirkende Barbiturate (z. B. Hexobarbital) können gegeben werden. — Während der akuten klinischen Phase der Vergiftung ist eine EKG-Dauerüberwachung erforderlich. Bei Tachykardien, je nach Art evtl. Betarezeptorenblocker, wie Propranolol, geben.

**Differential-  
diagnostische  
und andere  
Erörterungen:**

Ein anticholinergisches Syndrom mit peripheren und zentralen Symptomen (s. o.) kann auch durch atropinartig wirkende Substanzen hervorgerufen werden, wie Spasmolytica (z. B. *Buscopan*<sup>®</sup>, *Priamide-Eupharma*<sup>®</sup>, *Traline*<sup>®</sup>, *Librax*<sup>®</sup>), Anti-Parkinson-Medikamente (z. B. L-DOPA), Antihistaminica und -Pruriginosa (z. B. *Benatryl*<sup>®</sup>, *Mereprine*<sup>®</sup>, *Rhinopront*<sup>®</sup>, *Rhinotussal*<sup>®</sup>, *Avil*<sup>®</sup>, *Tavegil*<sup>®</sup>, *Soventol*<sup>®</sup>, *Fenistil*<sup>®</sup>, *Psyquill*<sup>®</sup>, *Theralene*<sup>®</sup>, *Andantol*<sup>®</sup>, *Nuran*<sup>®</sup>) sowie Antiemetica (z. B. *Vomex A*<sup>®</sup>).

Die individuelle Überempfindlichkeit ist sehr unterschiedlich. Nebenwirkungen, die an ein anticholinergisches Syndrom erinnern, können auch durch Kombinationspräparate wie z. B. Diphenhydramin in vielen Schlafmitteln hervorgerufen werden, so auch durch das Carbinoxamin in *Rhinopront* und *Rhinotussal*, Chlorphenamin im *Celestamine*, Phenindamin im *Fluprim*.

Überdosierungen, aber auch schon normale therapeutische Dosen führen bei entsprechender Überempfindlichkeit bei Kindern eher zu Unruhezuständen mit Tremor und Ataxie oder gar zu halluzinatorischen Zuständen, beim Erwachsenen eher zu Bewußtseinstrübungen.

Auch Benzylamin (z. B. *Tantum*<sup>®</sup>) kann bei Überdosierung ein dem anticholinergischen Syndrom ähnliches Krankheitsbild hervorrufen, das ebenfalls auf Physostigmin-Salizylat sehr rasch anspricht.

Die Prognose der Vergiftung mit Atropin bzw. anderen parasympathicolitischen Verbindungen hängt sehr von der aufgenommenen Dosis ab und natürlich vom Zeitpunkt des Therapiebeginns, also der raschen primären Giftentfernung.



# Isoptin®

Calcium-Antagonist

**Für alle Formen der KHK**  
**- individuell dosierbar**  
**- patientengerecht**

**Isoptin® retard**  
**3 x täglich**

**Isoptin® 120 mg**  
**Isoptin® 80 mg**  
**Isoptin® mite (40 mg)**

**3 x täglich**

Isoptin® mite · Isoptin® 80 mg · Isoptin® 120 mg · Isoptin® retard

**Zusammensetzung:** 1 Dragée enthält 40 mg (Isoptin mite) bzw. 80 mg bzw. 120 mg Verapamilhydrochlorid. 1 Retardtablette Isoptin retard enthält 120 mg Verapamilhydrochlorid in spezieller galenischer Formulierung mit kontinuierlicher Wirkstofffreisetzung. **Indikationen:** Koronare Herzerkrankung: stabile Angina pectoris (klassische Belastungsangina); Ruheangina, einschließlich der vasospastischen (Prinzmetal-Angina, Variant-Angina) sowie der instabilen Angina (Crescendo-, Präinfarkt-, Angina pectoris bei Zustand nach Herzinfarkt, Hypertonie. Prophylaxe tachykarder Rhythmusstörungen. **Kontraindikationen:** Isoptin darf nicht angewendet werden bei: kardiogenem oder kompliziertem frischem Herzinfarkt (Bradykardie, ausgeprägte Hypotonie, Linksinsuffizienz); Sinusknotensyndrom (AV-Block II. und III. Grades) und Sinusknotensyndrom (Bradykardie-Syndrom). Vorsicht ist geboten bei: AV-Block I. Grades, Sinusbradykardie < 50 /min, Hypotonie < 90 mm Hg systolisch, Vorhofflimmern/Vorhofflattern bei Vorliegen eines Sinusknotensyndroms, z.B. WPW-Syndrom (hier besteht das Risiko, eine Kammer tachykardie auszulösen). Während einer Schwangerschaft (besonders im ersten Drittel) und in der Stillzeit sollte Isoptin nur bei zwingender Indikation eingenommen werden. **Nebenwirkungen:** Verschiedene Herz- und Kreislaufwirkungen von Verapamil können gelegentlich, insbesondere bei höherer Dosierung oder erhöhter Vorsicht, über das therapeutisch erwünschte Maß hinausgehen: Herabsetzung der Herzfrequenz (AV-Blockierung, Sinusbradykardie), des Blutdrucks (Hypotonie), der Herzkraft (Verstärkung von Herzschwäche), Schwindel, Kopfschmerz, Gesichtsröte, Müdigkeit und Knöchelödemen kommen. Einige Einzelbeobachtungen über allergische Hauterscheinungen (Hautrötung, Juckreiz) liegen vor, ferner über eine reversible Erhöhung der Transaminasen und/oder alkalischen Phosphatase, wahrscheinlich als Ausdruck einer allergischen Hepatitis. Die Behandlung des Bluthochdrucks mit diesem Arzneimittel bedarf der regelmäßigen ärztlichen Kontrolle. Durch individuell auftretende unterschiedliche Reaktionen kann die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt werden. Dies gilt in verstärktem Maße bei Behandlungsbeginn und Präparatewechsel sowie im Zusammenwirken mit Alkohol.

**Dosierung:** Der Wirkstoff Verapamil ist individuell, dem Schweregrad der Erkrankung angepaßt, zu dosieren. Erwachsene erhalten 1-2 Dragées Isoptin mite bzw. 1 Dragée Isoptin 80 mg bzw. Isoptin 120 mg 3-4mal täglich bzw. Isoptin retard 1-2 Retardtabletten 2mal täglich. Eine Tagesdosis von 480 mg Verapamil sollte als Dauertherapie nicht überschritten werden; eine kurzfristige Erhöhung ist möglich. Bei Patienten mit eingeschränkter Leberfunktion wird in Abhängigkeit vom Schweregrad wegen eines verlangsamten Arzneimittelabbaus die Wirkung von Verapamil verstärkt und verlängert. Deshalb sollte in derartigen Fällen die Dosierung mit besonderer Sorgfalt eingestellt und mit niedrigeren Dosen begonnen werden (z.B. bei Patienten mit Leberzirrhose zunächst 3mal täglich 1 Dragée Isoptin mite). Kinder: Säuglinge und Kleinkinder erhalten 2-3mal täglich 20 mg; ältere Kinder 2-3mal täglich 40-120 mg, je nach Alter und Wirkung. **Wechselwirkungen:** Bei gleichzeitiger Gabe von Isoptin und Arzneimitteln, die kardiodepressorisch wirken bzw. die Erregungsleitung hemmen (z.B. Betarezeptorenblocker, Antiarrhythmika, Inhalationsanästhetika), kann es zu unerwünschten additiven Effekten kommen (AV-Blockierung, Bradykardie, Hypotonie, Herzinsuffizienz). Die intravenöse Gabe von Betarezeptorenblockern sollte während der Behandlung mit Isoptin unterbleiben. Isoptin kann die Wirkung von Antihypertonika verstärken. Erhöhungen des Digoxin-Plasmaspiegels bei gleichzeitiger Gabe von Verapamil sind beschrieben. Deshalb sollte vorsorglich auf Symptome einer Digoxin-Überdosierung geachtet und gegebenenfalls die Digitalisspiegel bestimmt und nötigenfalls die Digitalisierung der Glykosiddosis vorgenommen werden. **Handelsformen:** Isoptin® mite: 20 Dragées (N1) DM 7,32, 50 Dragées (N2) DM 15,70, 100 Dragées (N3) DM 27,20; Isoptin® 80 mg: 20 Dragées (N1) DM 8,50, 50 Dragées (N2) DM 26,48, 100 Dragées (N3) DM 43,68; Isoptin® 120 mg: 20 Dragées (N1) DM 15,48, 50 Dragées (N2) DM 32,79, 100 Dragées (N3) DM 56,44; Isoptin® retard: 20 Retardtabletten (N1) DM 15,48, 50 Retardtabletten (N2) DM 36,83, 100 Retardtabletten (N3) DM 63,10. Stand: April 1985.

Knoll AG, 6700 Ludwigshafen  
Unternehmen der BASF-Gruppe





## 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 Scheitzenhammer, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-288**

#### Augenhellkunde

##### 11. Januar 1986 in Erlangen

Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Kopfklinikum (Direktor: Professor Dr. G. Neumann)

„31. Erlanger Fortbildungskurs“

Thema: Zur Nachbehandlung der Keratoplastiken (z. B. Herpes corneae, Pseudophakie usw.) – Kurzvorträge und Patienten-Demonstrationen

Beginn: 9.30 Uhr

Ort: Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwebebeckenlege 6, Erlangen

Auskunft:

Professor Dr. K. W. Ruprecht, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-30 01 oder 85-30 02

##### Wintersemester 1985/86 in München

Augenklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. H.-J. Merté)

18. Dezember 1985:

Glaukom: Grundsätzliches zur Diagnostik und Therapie – Wenn kometische, wenn Computerperimetrie?

8. Januar 1986:

Strabismus I: Formen der Motilitätsstörung

15. Januar 1986:

Strabismus II: Konservative und operative Behandlung

Zeit: jeweils 16 bis 18 Uhr

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. H.-J. Merté, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 20 oder 41 40-23 21

#### Haut- und Geschlechtskrankheiten

##### 18. Januar 1986 in Erlangen

Dermatologische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. O. Hornstein)

Thema: Aktuelle Forschungsschwerpunkte in der Dermatologie

Zeit: 9 bis ca. 17 Uhr

Ort: Hörsaalgebäude H 7 der Technischen Universität Erlangen, Egerlandstraße 7, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. Helge Hauck, Hartmannstraße 14, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-31 60

#### Innere Medizin

##### 11. Januar 1986 in München

Medizinische Poliklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. N. Zöfner)

Leitung: Professor Dr. R. Klußmann

„II. Symposium der Psychosomatischen Beratungsstelle für Erwachsene“

Thema: Der Patient mit operiertem Magen und Darm – psychosomatische Folgezustände und deren Bewältigung

Beginn: 9 Uhr s. t.

Ort: Hörsaal des Walther-Straub-Instituts für Pharmakologie und Toxikologie der Universität München, Nußbaumstraße 26, Eingang Schillerstraße, München 2

Teilnehmergebühr: DM 30,-

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. R. Klußmann, Pettenkoferstraße 8e, 8000 München 2, Telefon von 14 bis 15.30 Uhr (0 89) 51 60-35 97

##### 24. bis 28. Januar 1986 in Bad Neustadt

Kurparkklinik Bad Neustadt (Ärztlicher Leiter: Professor Dr. Dr. F. Matzkies)

„13. Ernährungsmedizinisches Seminar“

Themen: Grundlagen der Ernährungslehre – Angewandte Ernährungslehre – Praxis der Diätetik

Auskunft und Anmeldung:

Kurparkklinik, Frau Peschke, Kurheustraße 31, 8740 Bad Neustadt, Telefon (0 97 71) 50 48

#### Kinderheilkunde

##### 1. Februar 1986 in Würzburg

Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. H. Bartels)

„Würzburger Pädiatrisches Seminar“

Themen: Diagnostik und Therapie mit Release-Hormonen – Rezidivierende Herzwegsinfektionen (Disposition und

Dezember 1985

16.-18. Sonographie - Erlangen  
18. Augen - München

Januar 1986

8. Augen - München  
11. Augen - Erlangen  
11. Innere - München  
15. Augen - München  
18. Haut - Erlangen  
24.-26. Innere - Bad Neustadt  
25. Onkologie - Altötting

Februar 1986

1. Kinderheilkunde - Würzburg

Pathogenese, Diagnostik und konservative Therapie, Chirurgische Therapie) – AIDS im Kindesalter – Klinik, Diagnostik und Therapie der Erythema chronicum migrans-Krankheit – Klinische Demonstrationen

Zeit: 9 bis 16 Uhr

Ort: Hörsaal der Kinderklinik, Josef-Schneider-Straße 2, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. H. Bartels, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (0 91 31) 2 01-37 01

#### Onkologie

##### 25. Januar 1986 in Altötting

Kreislärchenhaus Altötting (Leitender Cheferzt: Professor Dr. H. Bauer)

Thema: Chirurgische Onkologie (Einzelreferate und Rundtischgespräch)

Zeit: 9 bis ca. 14 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. H. Bauer, Vinzenz-von-Paul-Straße 10, 8262 Altötting, Telefon (0 86 71) 5 09-2 11

#### Sonographie

##### 18. bis 18. Dezember 1985 in Erlangen

Ultraschall-Schule Erlangen an der Medizinischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. L. Demling)

Leitung: Dr. Dr. N. Heyder

„Ultraschall-Fortgeschrittenenkurs“

Thema: Ultraschall Innere Medizin

Beginn: 18. Dezember, 9 Uhr; Ende: 18. Dezember, ca. 16 Uhr

Begrenzte Teilnehmerzahl

Teilnehmergebühr: DM 300,-

Ort: Medizinische Klinik mit Poliklinik, Krankenhausstraße 12, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Ultraschall-Schule, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-34 45



## Allgemeine Fortbildung

### Symposion „Laser in der Medizin“

am 14. Dezember 1985 in Erlangen

Veranstalter: Institut für Biomedizinische Technik der Universität Erlangen-Nürnberg und Laser-Medizin-Zentrum, Berlin  
Zeit und Ort: 8.30 bis 13 Uhr — Hörsaal des Instituts für Biomedizinische Technik, Turnstraße 5, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 30,—

Auskunft und Anmeldung:

Laser-Medizin-Zentrum, Kraherstraße 6-10, 1000 Berlin 45, Telefon (030) 7 98-37 58

### Kolloquium des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München

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

am 16. Jenuar 1986 in München

Thema: Für Arbeits- und Umweltmedizin bedeutsam: Organisch-chemische Stoffe in Innenräumen (Dr. W. Mücke, Bayerisches Staatsministerium für Landesentwicklung und Umweltfragen)

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

### Deutsch-Ungarisches Dermatologentreffen

In Verbindung mit dem 3. Fortbildungseminar der Dermatologischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg vom 29. Jenuar bis 2. Februar 1986 in Lam/Bayerischer Wald

Themen: Andrologie — Ekzemkrankheiten — Immunologie — Mykologie — Phlebologie — Trichologie — Virologie  
Teilnehmergebühr: DM 200,—

Ort: Hotel Sonnenhof, Himmelreich 13, Lam/Bayerischer Wald

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. Helge Hauck, Hartmannstraße 14, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-31 60

### Strahlenschutzkurse in Nürnberg

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RöV)

Spezialkurse bei der Untersuchung mit Röntgenstrahlen in zwei Teilen (3.1.2 der Richtlinien) am 21./22. Februar und 28. Februar/1. März 1986 in Nürnberg

Veranstalter: Radiologisches Zentrum Nürnberg (Vorstand: Professor Dr. H. Renner)

Ort: Klinikum der Stadt Nürnberg, Flurstraße 17, Nürnberg

Teilnehmergebühr: DM 250,—

Auskunft und Anmeldung:

Radiologisches Zentrum, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 3 98-26 69

## Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

22. Februar 1986

12. April 1986

21. Juni 1986

27. September 1986

15. November 1986

in der Mühlbaustraße 16 (Ärztelhaus Bayern), München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 9.00 Uhr — Ende: 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaustraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-356, Frau Klockow, zu richten bis 14. Februar, 4. April, 13. Juni, 19. September und 7. November 1986.

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

### Weiterbildung zur

### Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“

Die Gesamtübersicht der anerkannten Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes für das Jahr 1986 kann beim

Bayerischen Sportärzteverband e. V.,  
Dr. E. Goßner,  
Nymphenburger Straße 81/IV,  
8000 München 19,  
erfordert werden.

### Strahlenschutzkurse in Neuherberg

Das Institut für Strahlenschutz der GSF führt laufend Grund- und Spezialkurse entsprechend den Richtlinien über den Erwerb der Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz durch.

Auskunft:

Kurssekretariat des Instituts der GSF,  
Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg,  
Telefon (089) 31 87-22 11

## Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1986

22. bis 25. Januar 1986 in Köln:

10. Interdisziplinäres Forum „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“

2. bis 14. März 1986 in Davos:

34. internationaler Fortbildungskongreß

9. bis 21. März 1986 in Badgastein:

31. internationaler Fortbildungskongreß

23. März bis 4. April 1986 in Meran:

18. internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

18. bis 30. Mai 1986 in Montecatini Terme:

20. internationaler Fortbildungskongreß

25. Mai bis 6. Juni 1986 in Gredos:

34. internationaler Fortbildungskongreß

20. Juli bis 1. August 1986 in Davos:

16. internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

24. August bis 5. September 1986 in Grado:

20. internationaler Seminarkongreß für praktische Medizin

24. August bis 5. September 1986 in Meran:

34. internationaler Fortbildungskongreß

19. bis 21. September 1985 in Augsburg:

15. Zentralkongreß für Medizinische Assistenzberufe (im zeitlichen und räumlichen Zusammenhang mit dem 77. Augsburger Fortbildungskongreß für praktische Medizin)

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41,  
Telefon (02 21) 40 04-2 21 bis 2 24



# Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im September 1985 \*)

(Zusammengestellt aufgrund der Wochenmeldungen)

Auch im September nahm die Zahl der gemeldeten Salmonelloseerkrankungen im Vergleich zum Vormonat zu. Im August trafen 62, im September 90 Erkrankungen auf 100 000 Einwohner, jeweils umgerechnet auf ein Jahr. Die Erkrankungsziffer an sonstigen Formen

der Enteritis infectiosa (übertragbare Darmentzündung) stieg gleichzeitig von 20 auf 26 je 100 000 Einwohner.

An Virushepatitis erkrankten im September ebenso viele Menschen wie im August, nämlich 15 je 100 000 Einwohner.

Deutlich ging im Berichtsmonat die Erkrankungshäufigkeit an Meningitis/Enzephalitis zurück, und zwar von 19 Fällen im August auf 10 im September je 100 000 Einwohner. Dabei treten vor allem Virus-Meningoenzephalitis und sonstige (nicht-bakterielle) Formen seltener auf.

## Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 31. August bis 27. September 1985 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	Meningitis/Enzephalitis								Enteritis infectiosa				Virushepatitis					
	Meningokokken-Meningitis		andere bakterielle Meningitiden		Virus-Meningoenzephalitis		Übrige Formen		Salmonellose		Übrige Formen 1)		Hepatitis A		Hepatitis E		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	6	—	12	—	3	—	220	—	118	—	18	—	28	—	2	—
Niederbayern	4	—	—	—	—	—	4	—	116	—	14	—	2	—	2	—	1	—
Oberpfalz	1	—	2	—	—	—	8	—	79	—	20	—	1	—	3	—	—	—
Oberfranken	2	—	4	1	3	1	3	—	77	—	6	1	2	—	5	—	5	—
Mittelfranken	—	—	8	1	1	—	2	—	76	—	26	—	7	—	11	2	3	1
Unterfranken	1	—	—	—	—	—	4	—	74	—	21	—	7	—	3	—	3	—
Schwaben	1	—	8	—	3	—	3	—	113	—	10	—	13	—	11	—	1	—
Bayern	9	1	28	2	19	1	27	—	755	—	215	1	50	—	63	2	15	1
Vormonat	9	1	32	—	44	1	73	3	526	—	168	—	31	1	75	1	22	—
München	—	—	—	—	4	—	—	—	72	—	58	—	7	—	10	—	1	—
Nürnberg	—	—	2	—	—	—	—	—	21	—	14	—	3	—	6	1	1	1
Augsburg	—	—	—	—	2	—	—	—	6	—	1	—	7	—	1	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	—	—	1	—	6	—	6	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	1	—	1	—	1	—
Fürth	—	—	2	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	2	—	2	—	1	—	1	—

Gebiet	Shigellenruhr		Malaria		Typhus abdominalis		Paratyphus A, E und C		Leptospirose (übr. Formen)		O-Fieber		Ornithose		Angeb. Toxoplasmose		Gesbrend		Brucellose		Tollwutverdacht 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	55	—	15	—	3	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—	—	—	7
Niederbayern	4	—	2	1	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	18
Oberpfalz	1	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	15
Oberfranken	7	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	11
Mittelfranken	20	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	13
Unterfranken	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	6
Schwaben	16	—	3	—	2	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	19
Bayern	103	—	27	1	8	—	5	—	1	—	1	—	2	—	2	—	1	2	1	—	89
Vormonat	29	—	10	—	—	—	1	—	—	—	1	—	1	—	—	—	2	1	1	—	123
München	25	—	10	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1
Nürnberg	4	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	9
Augsburg	9	—	2	—	2	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Fürth	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Erlangen	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\*) 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.



### Bei Steuerspar-Anlagen endlich Progressionsverlauf bedenken

Sogenannte Abschreibungsanlagen – von dubios über kritisch bis zu tadellos erscheinenden – verheißten Steuervorteile teils auf viele Jahre hinaus. Von eingehender Prüfung durch Steuerberater, Juristen und Objektivsachkundige – beispielsweise immobilienfachleute – müssen sie an dar voraussichtlichen eigenen steuerlichen Entwicklung abgeglichen werden.

Dazu einige Indizien:

- Eine Prognose des kassenärztlichen Zentralinstituts spricht von einer Halbblutung ärztlichen Einkommens im folgenden Jahrzehnt.

- In den folgenden Jahren werden pro Jahr rund 8000 junge Ärzte mit keiner anderen Alternative als der Niederlassung ihre Ausbildung abschließen.

- Die Steuerreformen noch in den achtziger und schon projiziert auch in neunziger Jahren glätten den sogenannten Mittelstandsbauch im Progressionsverlauf. Viele Einkommensgruppen haben also mit einem niedrigerem Grenzsteuersatz zu rechnen.

Das heißt: Eine Steuerspar- und Ertragsrechnung kann noch auf das laufende Jahr, muß aber nicht mehr auf spätere Zeit zutreffen. Die Konsequenzen daraus müssen unmittelbar gezogen werden.

Sogenannte Abschreibungsanlagen werden zum Verlustgeschäft, wenn die Abschreibung von einem niedrigeren Jahreseinkommen und nach einem geringeren Progressionsatz weniger bringt als vorausberechnet.

Das Interesse hat sich daher auf die Möglichkeiten zu richten, Einkünfte aus Kapitalvermögen, also im wesentlichen Zinsen und Dividenden, so niedrig wie nur möglich zu versteuern.

Wer seine Wertpapiere daheim aufbewahrt und gegen die Kupons der Ertragscheine von Aktien, festverzinslichen Wertpapieren und auch Nullkupon-Anleihen, also Zero-Bonds, seine Rendite bar von der Sparkassa oder Bank holt, braucht dort seinen Namen nicht zu hinterlassen.

Die Finanzminister halten von solchen Direktverfahren gar nichts. Sie befürchten, daß jene Anleger die Erträge in ihren Steuererklärungen anzugeben vergessen. Vordergründig, wie Politiker durch ihre anderen Lebens- und Steuer- wie vor allem auch Vorsorgebedingungen sich in die anderer nicht einzuführen vermögen, haben sie wohl noch keine Gedanken darüber angestellt, wie perfid die Besteuerung einer Rendite aus Geld ist, das bereits von der Einkommensbesteuerung übriggeblieben ist. Die Pensionsrücklagen zugunsten der Beamten mindern deren Einkommen ja nicht.

Den Finanziers des öffentlichen Dienstes, den Steuerzahlern, bleiben ein paar Möglichkeiten, die Abgaben aus den Erträgen ihrer Rücklagen wenigstens etwas zu vermindern. So bieten sogenannte abgezinsten Sparbriefe und Nullkupon-Anleihen die Gelegenheit, die jährlichen Erträge daraus ohne Kürzung durch eine Steuerforderung voll verzinslich wieder anlegen zu lassen. Diese Steuerstundung wirkt sich um so vorteilhafter aus, je länger sie durch die Laufzeit jener Anlagen wahrgenommen wird.

Die Gefahr, daß der Arzt in eine höhere Progressionsstufe geraten ist, wenn jene Anlagen fällig werden, scheint wegen der lawinenartig zunehmenden Anzahl der Ärzte wie der Glättung des progressiven Steuertarifs durch die bevorstehenden Steuerreformen gebannt. Mit Sicherheit entgeht ihr, wer sein Ruhestandseinkommen bezieht, wenn die Rückzahlungsdaten dieser Anlagen herangekommen sind.

Im Gegensatz zu anderen gilt das Ruhestandseinkommen aus der Bayerischen Ärzteversorgung in voller Höhe als Leibrente. Daher zählt sie für beispielsweise einen 65jährigen nur mit 24 Prozent zu seinem steuerpflichtigen Einkommen. Weil seine Steuerpflicht aus diesen Bezügen bei gleichaltriger Ehefrau erst bei einer monatlichen Leibrente von über 4300 DM beginnt, wirken sich darüber hinausgehende Einkommen steuerlich um so maßvoller aus.

Horst Beloch

## AOK-Metamorphose

Management und ADK, das klingt wie ein Widerspruch. Dennoch: Die drei AOK-Landesverbände Bayern, Rheinland und Schleswig-Holstein hatten im Herbst rund 900 ihrer Führungskräfte zu einem bereits zweiten Management-Kongreß zusammengerufen.

Wer das als Alibi beurteilt, dem geniesst *tempi* in einer Art Schaufenster-Veranstaltung gerecht werden zu wollen, handelt mit Zitronen. Das meint die AOK vielmehr sehr ernst. Wer das andererseits für einen Affront hält, mit ausgefeilten und in der Wirtschaft erprobten Methoden den Partnern im Gesundheitswesen künftig scharf Paroli bieten zu wollen, hat ebenfalls die falsche Brille gewählt.

Die AOK unternimmt vielmehr, was die Politiker unverständlich und unentschuldigbar versäumen. Bildlich: Sie liefert die jahrhundertstaubbefrachteten Aktenordner dem materiellen Recycling ab und folgt geistig, was sie technisch längst durch Computer und Mikrofilme sich selbst vorgegeben hat.

Die AOK verläßt die verkrustete Hülle behördenähnlicher Struktur wie ein Schmetterling seine Puppe und wandelt sich zum Dienstleistungsunternehmen nach privatwirtschaftlichen Kriterien. Weg von der Krankheitskostenkasse zur Gesundheitsversicherung. Das impliziert eine Kooperationsbereitschaft mit ihren Partnern im gemeinsamen Interesse ebenso wie die Entschlossenheit, Politiker-Intentionen endlich hart zu kontern, die anachronistisch den Archaismus der gesetzlichen Krankenversicherung verfestigen wollen.

Der New Look der AOK wird sich schneller herausbilden, als andere annehmen. Persönlichkeiten an ihrer Spitze bestehen auf voller Kraft voraus. Die hierarchische Organisation wird sich nicht verweigern, einsichtig oder fügsam.

Diese Wandlung ist aus ihrer inneren Motivation heraus zu beurteilen. Zu neuen Ufern lockt die ADK. Ihre Partner-Organisationen vermögen sich schnell darauf einzustellen. Jedes ihrer Mitglieder wird davon um so eher profitieren, je früher es den Trend erkennt und, freilich ohne Selbstaufgabe, kritisch konstruktiv kooperiert.

Prosper

## Kurz über Geld

STEUERSPAR-ANLAGEDRUCK wie üblich kurz vor Jahresende. Keine Unterschrift ohne Konsultationen: Steuerberater, Jurist und unabhängigen Fachmann auf Anlagegebiet.



## Schnell informiert

### Stelleneusschreibung 10r Ärzte im Justizvollzugsdienst

Bei der Justizvollzugsanstalt Nürnberg ist eine  
*Arztstelle*  
neu zu besetzen.

Die Position bietet einen vielseitigen und interessanten Aufgabenbereich. Die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst oder eine Anerkennung für ein bestimmtes Gebiet ist nicht erforderlich. Auf Wunsch Übernahme in des Angestellten- oder Beamtenverhältnis. Gut ausgebildetes Fachpersonal steht zur Verfügung.

Bewerbungen erbeten an das Bayerische Staatsministerium der Justiz, Abteilung F, Justizpalast am Karlsplatz, 8000 München 35, Telefon (0 89) 55 97-615.

### Aufruf der Gesellschaft von Freunden und Förderern der Universität München

Die Münchener Universitätsgesellschaft, gegründet 1922, möchte die Kontakte zwischen der Ludwig-Maximilians-Universität in München und den ehemaligen Studenten neu beleben. Im Interesse der von ihr betreuten Universität ruft sie zur Mitgliedschaft auf (Jahresbeitrag mindestens DM 20,-). Mitglieder erhalten u. a. vierteljährlich Berichte über aktuelle Forschungsvorhaben der größten deutschen Universität.

Unterlagen und Auskünfte sind über das Sekretariat der Gesellschaft, Königinstraße 107, 8000 München 40, Telefon (0 89) 38 91-22 29, zu erhalten.

### Literaturpreis für Schriftsteller-Ärzte 1986

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat im Jahr 1982 die Stiftung dieses Preises beschlossen, mit dem jedes Jahr hervorragende belletristische Arbeiten von Ärzten ausgezeichnet werden sollen. Die Verleihung des Preises für Arbeiten, die in 1984 oder 1985 als Erstveröffentlichung erschienen sind, soll auf der Jahrestagung des Bundesverbandes Deutscher Schriftsteller-Ärzte 1986 erfolgen. — Einsendeschluß: 31. Januar 1986. Nähere Auskünfte erteilt die Bundesärztekammer, Kennwort: Literaturpreis, Haedenkampstraße 1, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04-1.

### Michael-Jäger-Preis gestiftet

Das Luitpold-Werk München hat anlässlich seines 75jährigen Bestehens diesen Preis für Innovationen in der Sportmedizin gestiftet, der erstmals 1986 für die beste Arbeit auf dem Gebiet der Sportorthopädie oder Sporttraumatologie verliehen wird. — Unterlagen können beim Luitpold-Werk München, Zielstattstraße 9, 8000 München 70, angefordert werden.

### „Goldene Brücke“ verliehen

Die Fisons Arzneimittel GmbH, Köln, wurde zusammen mit ihrer PR-Agentur Kochs + Kochs Public Relations GmbH, Köln, mit der „Goldenen Brücke“ für das Thema „Zukunftssicherung durch Innovation“ ausgezeichnet, die von der Deutschen Public Relations Gesellschaft DPRG alle zwei Jahre vergeben wird.

### Tonbandserie: Intellektuelle aktuell

Diese von Professor Dr. F. Daschner, Freiburg, initiierte Kassettenserie will die ärztliche Fortbildung erleichtern; sie ist firmenunabhängig und ohne Werbung. — Der Abonnementspreis beträgt für sechs Folgen DM 70,- (inkl. MWSt und Versandkosten). — Eine Probekassette kann bei Professor Dr. F. Daschner, Leiter der Klinikhygiene der Universitätsklinik, Hugstetter Straße 50, 7800 Freiburg, angefordert werden.

## Buchbesprechungen

### HNO Praxis Heute — Band 5

Herausgeber: Ganz H./Schätzle W., 184 S., 49 Abb., 8 Tab., geb., DM 60,- (bei Abnahme des Gesamtwerkes: DM 48,-). Springer-Verlag, Berlin-Heidelberg-New York-Tokyo.

Diese jährlich erscheinende Reihe bietet eine präzisbezogene Fort- und Weiterbildung für den niedergelesenen HND- und Klinikarzt. — Der nunmehr vorliegende Band behandelt die Diagnostik und Therapie des Mittelohrcholesteatoms und des Akustikusneurinoms sowie die Ultraschalldiagnostik der Nasennebenhöhlen und -polypen einschließlich der Tumordifferentialdiagnose. Den Verletzungen von Mundhöhle und -rachen ist ein eigenes Kapitel gewidmet, ebenso den Basaliomen, die wegen ihrer Vielfalt besonderes Wissen und therapeutische Erfahrung erfordern. Der Bereich Kehlkopf kommt mit drei funktionell-phoniatrischen Themen zur Sprache.

### Laparoskopie — Atlas und Lehrbuch

Herausgeber: Henning H./Look D., 278 S., 340 meist farbige Abb., 58 Tab., geb., DM 268,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Mit dem vorliegenden Buch versuchen die Autoren, die Laparoskopie als einen wichtigen Bestandteil der klinischen Diagnostik darzustellen, dessen Platz im Rahmen aller körperlichen, biochemischen und apparativ-technischen Untersuchungsbefunde durch seine vielfältigen Aussagemöglichkeiten bestimmt wird.

Im praktisch-technischen Teil werden Indikationen und Kontraindikationen sowie Komplikationsrisiken erläutert und der Stellenwert der Laparoskopie im differentialdiagnostischen Spektrum herausgearbeitet. Die organisatorischen, räumlichen, apparativen und instrumentellen Voraussetzungen werden in Wort und Bild geschildert, der Untersuchungsgang eingehend dargestellt und die laparoskopische Befundung einschließlich der Fotodokumentation demonstriert.

Der Atlasteil präsentiert laparoskopisch erkennbare Veränderungen an Leber, Magen, Milz, Niere, Pankreas, Darm, Peritoneum, Lymphknoten und weiblichem Genitale anhand großformatiger, qualitativ hochwertiger Farbbildungen. Ein umfangreiches Publikationsregister komplettiert dieses Werk.

### Rediologie in der Hals-Nasen-Ohren-Hellkunde

Herausgeber: Valvassori E./Potter G. D./Hanafee W. N./Carter B. L./Buckingham R. A., deutsche Übersetzung von K. Schmidt, 342 S., 878 Abb., geb., DM 260,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

Fünf international bekannte Spezialisten heben mit diesem Werk einen wertvollen Wegweiser zur Deutung der klinischen und radiologischen otorhinolaryngologischen Befunde geschaffen.

Die neuesten Erkenntnisse und Arbeitsweisen auf dem Gebiet der radiologischen Untersuchung der Kopf- und Halsregion werden klinikbezogen dargestellt. Die Unterteilung erfolgt nach anatomischen Gesichtspunkten. In den einzelnen Abschnitten werden die jeweils in Frage kommenden radiologischen Verfahren vergleichend bewertet, so daß der Leser je nach der Lokalisation der zu beurteilenden Veränderung und den ihm zur Verfügung stehenden Geräten die geeignetste Untersuchung auswählen kann. — Eine kritische Würdigung radiologischer Arbeitsmethoden für den Praktiker rundet das reich illustrierte Werk in gelungener Weise ab.



## Calendarium Monacense '86

Dieser Kalender erscheint erstmals für 1986. Er präsentiert jetzt und künftig eine Auswahl farbiger Monacensien sowie Fotos vom heutigen München in Gegenüberstellungen. Sehr instruktiv zu den Bildern vom Gestern und Heute der Isarmetropole sind die viersprachigen Texte von V. Duvigneau. In gleicher Aufmachung erscheint seit über zwei Jahrzehnten „Calendarium Hamburgense“.

Erschienen im Verlag Rolf Müller, Hamburg, DM 15,80.

## DuMont'a Kalender für 1986

Auch dieses Jahr präsentiert der für seine Kunst- und Reisebücher bekannte Verlag Kalender, die in gekonnter Manier geplant und in bester Qualität hergestellt sind. So kann aus einem Geschenk eine ganz persönliche Gabe werden. — Besonders seien erwähnt:

„Bäume“, von K.-H. Raach hervorragend fotografiert (DM 34,-)

DuMont Art 1986 (DM 34,-)

Meisterwerke der Malerei (DM 34,-)

Großer Kunstkalender (DM 29,80)

## Der sporttreibende Bürger — Gefährdung oder Gesundheit?

Herausgeber: Keul J. / Reindell H., 112 S., 39 Abb., geb., DM 48,—. perimed Fachbuch-Verlagsgesellschaft mbH, Erlangen.

Die körperliche Inaktivität stellt ein gesundheitliches Risiko dar; deshalb die Forderung: jeder Bürger sollte zur Erhaltung seiner Gesundheit und Leistungsfähigkeit ein „sporttreibender Bürger“ sein. Die gesundheitlichen Vorteile, die im Physiologischen und Psychologischen liegen, überwiegen deutlich. Im Grenzbereich der körperlichen Leistungsfähigkeit liegt jedoch die Gefahr der Schädigung des Halte- und Bewegungsapparates als Folge einer akuten oder chronischen Beanspruchung. Eine sinnvolle Trainingsgestaltung, die Bewältigung der Belastbarkeit des gesunden und kranken Menschen, sowie die Gesundheitseffektivität verschiedener Sportarten sind deshalb neben einer guten sportlichen Betreuung zu fordern. Leider besteht ein großer Mangel an Sportmedizinern zur ausreichenden Betreuung der heute so zahlreichen sporttreibenden Bürger.

Dr. med. H. Fikentscher, Marktredwitz

## Praxis der Chirurgie des Ileus

Herausgeber: Professor Dr. M. Hentschel, 337 S., 440 Abb., 19 Tab., geb., DM 168,—. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Die traditionsreiche, noch von Erich Lexer (1867 bis 1937) begründete Reihe erfährt mit dem vorliegenden Band 96 eine weitere würdige Fortsetzung. Angesprochen werden in erster Linie die Chirurgen, zu deren täglich Brot ja die Ileusdiagnostik und -therapie gehört, aber auch Bereitschaftsärzte, denen bereits der Verdacht auf das Vorliegen einer Darmunwegsamkeit rasches und sachgerechtes Handeln abverlangt. Das praxisnah geschriebene und bestechend gut gebildete Werk vermittelt die dazu erforderlichen Kenntnisse. Es enthält sämtliche Ileusformen und deren Behandlungsmöglichkeiten, die sich aus den pathophysiologischen Gegebenheiten und der intraoperativen Situation ableiten. Als Lehrbuch und Operationslehre zugleich kann das Buch uneingeschränkt allen jenen empfohlen werden, die sich in ihrem ärztlichen Wirken der Herausforderung des auch noch heute bedrohlichen Krankheitsbildes stellen und eine Verbesserung der Behandlungsergebnisse anstreben.

el.

## Ct-Arzneimittel

... die neue Generation von Tempelhof

Neu von ct



### Bakterielle Infektionen

ct-cotrim forte 10 Tabl. N 1 6,52  
20 Tabl. N 2 12,48

optimale Qualität -  
niedrigste Preise

**Zusammensetzung:** 1 Tabl. enth.: Trimethoprim 160 mg, Sulfamethoxazol 800 mg. **Dosierung:** Erwachsene: Normal 2 x 1 Tabl., Höchst-dosis: 2 x 1 1/2 Tabl., Langzeitdosis: (mehr als 14 Tage) tägl. 1/2 bis 1 Tabl. **Indikationen:** Bakterielle Erkrankungen mit empfindlichen Erregern, besonders Harnwegsinfektionen. **Kontraindikationen:** Überempfindlichkeit, Leber- und Nierenfunktionsstörungen, Blutkrankheiten, Schwangerschaft, Stillzeit, Früh- und Neugeborene, Syphilis, Tuberkulose, Infektionen mit B-hämolyisierenden Streptokokken (Gr. A) im Rachenraum. **Nebenwirkungen:** Gastrointestinale Störungen, allergische Haut- und Schleimhauterscheinungen, Lichtsensibilisierung, Überempfindlichkeit (z. B. Ausschlag). **Selten:** Fehlwahrnehmungen oder traurige Verstimmtheit. Bei Übelkeit und Gelenkschmerzen mit Entfärbung des Stuhles; bei Fieber, Halsschmerzen und grippeartigen Beschwerden mit Abgeschlagenheit oder blutunterlaufenen Stellen der Haut: Arzt aufsuchen! **Wechselwirkungen:** Antikoagulantien, orale Antidiabetika, Nexamethylen-tetramin, Diphenylhydantoin, Procainamid, Benzocain, Butapain, Tetracain. **Hinweis:** Auf mögliche Infektwechsel achten. Bei Langzeitbehandlung (14 Tg.) regelmäßige Blutbildkontrollen.

Ct-Arzneimittel  
Chemische Tempelhof GmbH  
Postf. 42 03 31, 1000 Berlin 42



## Homo patiens

Herausgeber: Professor Dr. H. Schipperges, 380 S., 29 Abb., geb., DM 48,—. Verlag R. Piper & Co., München.

Dieses Buch zeichnet ein Bild von der Welt des kranken Menschen und bietet zugleich wichtige Aspekte einer Geschichte der Krankheit. Der Autor entwickelt aus der Analyse der großen Konzepte der Medizin und alternativer Strömungen Ideen für eine sinnvolle Heilkunde in der Welt von morgen. Angehörige der Heilberufe sollen mit diesem Werk zum Nachdenken über den richtigen Umgang mit Krankheit und Gesundheit angeregt werden.

## Pathophysiologie — Pathobiochemie

Herausgeber: Professor Dr. F. Lang, 2., völlig neubearb. Aufl., 476 S., 145 Abb., 77 Tab., kart., DM 39,80. Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart.

Der Wissensstoff dieser medizinischen Teilgebiete ist infolge stetiger neuer Erkenntnisse im Laufe der jüngsten Zeit zu einem erheblichen Komplex herangewachsen, der vor allem für den Studierenden schwer überschaubar ist. Unter Mitarbeit hervorragender Spezialisten ist es dem Autor gelungen, den umfangreichen Stoff so zu sichten und darzustellen, daß er vor allem für den Studenten transparent und somit leichter faßlich geworden ist. Das textlich prägnant gestaltete Buch, das den Forderungen des neuen Gegenstandskataloges gerecht wird, bietet dem Studenten wie dem Arzt jeglicher Fachrichtung wertvolles Informationsgut.

Dr. med. H. Schruffer, Augsburg



# Gegen funktionelle Beschwerden im Magen-Darmtrakt

Ilion®

Ist als Magen-Darmtherapeutikum  
uneingeschränkt kassenzulässig



# ilion®

**Indikationen:** Alle überwiegend nervös- und tonusbedingten Beschwerden im Magen-Darmtrakt, besonders im Dünndarmbereich. Meteorismus, »Leibschneiden«, Aerophagie, abdominal bedingter Herz- und Kopfdruck (Roemheld'scher Symptomenkomplex), Tonusverlust des Verdauungstrakts bei vorwiegend sitzender Lebensweise oder Bettlägerigkeit.

**Kontraindikationen:** Ileus; Abortus imminens.

**Zusammensetzung:** 1 Dragee enthält: 3-Bromcampher 30 mg, Ethaverinhydrochlorid 30 mg, Extr. Rhei 10 mg, Extr. Aloes (harzfrei) 35 mg, Rhiz. Rhei 50 mg, Sapo medic. 5 mg, Fruct. Foenic. 8 mg, Fruct. Carvi 4 mg, Ol. Foenic. 0,67 mg, Ol. Carvi 0,33 mg.

**Dosierung:** 2-3mal täglich nach den Mahlzeiten 1-2 Dragees.

OP mit 50 Dragees (N2) 7,20 DM

AP mit 500 Dragees

ROBUGEN GMBH  
PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N



## Kunstschätze Südtirols

Herausgeber: N. Rasmò, 304 S., 208 Farbtafeln, 90 s./w.-Fotos, Leinen, DM 125,-. Rosenheimer Verlagshaus.

Die Kulturgeschichte Südtirols war von alters her geprägt durch seine geographische Lage als Grenzland zwischen der romanischen Kultur des Südens und der germanischen des Nordens. Beide Elemente haben sich zu einer einzigartigen Synthese befruchtet. In seltener Dichte finden sich hier Zeugnisse von allen Epochen der europäischen Kunst, von den vorrömischen Illyro-venetischen Kulturen bis hin zur Moderne.

## Brönnner Kalender 1988

Wie in allen Jahren, so sei auch dieses Mal wieder auf das weitgefächerte Programm der Brönnner Kalender (Vertrieb durch Umschau Verlag) hingewiesen, vor allem auf die mit einer Auswahl der Werke von Otto Modersohn, Jim FitzPatrick und Walter Heckmann. Die Formate reichen von der bescheidenen, heraustrennbaren Postkarte über Zwischengrößen bis hin zum Großkalender.

## Qualitätssicherung in der Röntgendiagnostik

Herausgeber: Stender H.-S./Stieve F.-E., 190 S., 169 Abb. in 246 Einzeldarstellungen, 48 Tab., geb., DM 148,-. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.

In diesem Buch wird eine ausführliche, wissenschaftlich begründete Darstellung der für die Diagnose wichtigen Parameter, der technischen Faktoren und ihrer praktischen Überwachung angeboten. Es wird im Detail erläutert, wie Leistungsfähigkeit und Funktionszustand der Röntgeneinrichtung (einschließlich Computertomographen) auf die diagnostischen Erfordernisse abzustimmen sind. Neben der Qualität der Bilderzeugungssysteme und der korrekten Filmverarbeitung spielt die Bildanalyse und -beurteilung durch den Arzt die bestimmende Rolle, weshalb diesem ein Richtlinienkatalog als praktische Orientierungshilfe für die tägliche Arbeit an die Hand gegeben wird.

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

Bezugspreis monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und Mehrwertsteuer. Postscheckkonto Nr. 5252-802, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 551 77-0, Fernschreiber: 523 662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Alexander Wisatzke. Druck: Druckerei und Verlag Hans Zeuner 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 0005-7128

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse medizinischer Zeitschriften e.V.

LA-MED



## Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

Bestellungen weiterer Broschüren können an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, unter Beifügung von DM 5,- in Briefmarken als Schutzgebühr pro Band, gerichtet werden.

- Band 59 „Therapeutische Fortschritte bei inneren Erkrankungen – Aktuelle Gastroenterologie – Fortschritte und Kontroversen in der Kardiologie“  
(Vorträge der 21. Bayerischen Internistentagung, 1981)
- Band 60 „Entzündliche Erkrankungen des Kolons-Kolorektale Tumoren – Allergische und immunoologisch bedingte Erkrankungen – Immuntherapie – Die Nachbehandlung des Krebskranken“  
(Vorträge des 32. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1981)
- Band 61 „Therapeutische Fortschritte bei inneren Erkrankungen – Gastroenterologie-Diabetes-Dialyse – Notfall-diagnostik und -therapie in der Inneren Medizin“  
(Vorträge der 22. Bayerischen Internistentagung, 1982)
- Band 62 „Kontroverse Ansichten in Diagnostik und Therapie – Obstruktive Lungenerkrankungen, Asthma bronchiale, atypische Pneumonien und diffuse Lungenerkrankungen – Rationelle Arzneimitteltherapie“  
(Vorträge des 33. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1982)
- Band 63 „Aktuelle Probleme der Diagnostik und Therapie innerer Erkrankungen – Prophylaxe und Therapie von gastroenterologischen Krankheiten und Stoffwechselstörungen – Fortschritte in der praktischen Onkologie“  
(Vorträge der 23. Bayerischen Internistentagung, 1983)
- Band 64 „Venenerkrankungen in der Praxis – Depressionen – Koronare Herzerkrankung – Rationelle Arzneimitteltherapie“  
(Vorträge des 34. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1983)
- Band 65 „Überflüssige Diagnostik in der Inneren Medizin – Nebenwirkungen der Therapie – Neurologie des Alterns – Therapeutische Fortschritte bei inneren Erkrankungen“  
(Vorträge der 24. Bayerischen Internistentagung, 1984)
- Band 66 „Synkopen, Schwindel, transitorisch-ischämische Attacken und Schlaganfall – Therapie von hämatologischen Systemerkrankungen – Aktuelles in der Medizin – Grenzen der Medizin“  
(Vorträge des 35. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1984)

Für unser **Privat-Senatorium für Naturheilverfahren** in der bayerischen Rhön suchen wir zum 1. März oder nach Vereinbarung eine(n)

### erfahrene(n) Arzt/Ärztin

da einer unserer langjährigen Mitarbeiter aus Altersgründen ausscheidet.

Für diese Aufgabe sind Kenntnisse in Psychotherapeutischer Behandlung und Erfahrung mit Abnehmpatienten (Festenkuren) erforderlich. Von Vorteil sind Kenntnisse und Erfahrungen in den klassischen Naturheilverfahren.

Bitte bewerben Sie sich mit den üblichen Unterlagen.

Anfragen unter Chiffre 2064/342 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

## KHWM KRANKENHAUS WEILHEIM

Chirurgische Abteilung

Für die Chirurgische Abteilung am Krankenhaus Weilheim suchen wir

### Chirurgin oder Chirurgen

als 2. Oberarzt

Die Abteilung umfaßt 73 Betten. Sie ist zum Verletzungsartenverfahren zugelassen. Stellenplan 1-2-4.

Wir wünschen uns eine Kollegin/einen Kollegen mit breiter fachlicher Weiterbildung, Einsatzbereitschaft und Fähigkeit zur Kooperation.

Wir bieten außer guter Arbeitsatmosphäre BAT, Rufbereitschaftsvergütung, ZVK, Abteilungszulage.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisse erbeten an

Chefarzt Dr. H. Mad, Chirurgische Abteilung,  
Krankenhaus 8120 Weilheim

Für eventuelle Fragen Telefon (08 81) 18 81 21

### Klinik am Tegernsee

sucht zum 1. April **Assistenzarzt/-ärztin** mit Vorbildung und Interesse an psychosomatischer Tätigkeit in Dauerstellung. Nur ernstgemeinte Anfragen unter Chiffre 2064/365 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2





## LANDKREIS MÜNCHEN

Am Kreis Krankenhaus München-Pasing, einem Krankenhaus des Landkreises München im Westen der Landeshauptstadt mit insgesamt 451 Planbetten und 8 Fachabteilungen, ist wegen Eintritt des derzeitigen Stelleninhabers in den Ruhestand zum 1. 8. 1986 die hauptamtliche Stelle

### des Chefarztes/ der Chefärztin der radiologischen Abteilung

zu besetzen.

Das Kreis Krankenhaus München-Pasing ist ein Krankenhaus der Schwerpunktversorgung und ab Frühjahr 1986 akademisches Lehrkrankenhaus der medizinischen Fakultät der Technischen Universität München.

In der radiologischen Abteilung werden die der Versorgungsstufe des Krankenhauses entsprechenden konventionellen diagnostischen Verfahren durchgeführt. Die Einführung der digitalen Subtraktionsangiographie (DSA) ist in Vorbereitung. Die Zulassung zur Computertomographie wird angestrebt. Die bisher betriebene Strahlentherapie (Kobalt 60) wird spätestens Ende 1987 eingestellt.

Gesucht wird eine qualifizierte Persönlichkeit mit umfassenden Kenntnissen und Erfahrungen in der Strahlendiagnostik einschließlich der modernen invasiven Diagnostik (Angiographie, Angioplastie, radiologische Embolisationsverfahren) sowie in der DSA und der Computertomographie.

Bewerber sollten schon langjährig klinisch in Ihrem Fachgebiet in verantwortlicher Position tätig gewesen sein und die Voraussetzungen für die Ermächtigung zur Weiterbildung erfüllen. Erwartet werden gute Führungseigenschaften und Organisationstalent. Besonderer Wert wird auf die Bereitschaft zu einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit mit den anderen Abteilungen des Krankenhauses sowie der Verwaltung und den Organen des Krankenhausträgers gelegt. Außerdem wird eine Beteiligung an der praktischen Ausbildung von Medizinstudenten und am Unterricht an der kreiseigenen Krankenpflegeschule vorausgesetzt.

Die Anstellung erfolgt im bürgerlich-rechtlichen Vertragsverhältnis, das neben einer Vergütung nach der jeweils höchsten Vergütungsgruppe für angestellte Ärzte in Krankenanstalten und einem Beitrag des Arbeitgebers zur Alters- und Hinterbliebenenversorgung ein Liquidationsrecht für Privatpatienten sowie die Erlaubnis zur Ausübung von Nebentätigkeiten vorzieht.

Der Chefarzt/die Chefärztin muß seinen/ihren Wohnsitz im Landkreis München oder in nächster Umgebung nehmen bzw. beibehalten.

Interessenten werden gebeten, ihre Bewerbungsunterlagen (handschriftlicher Lebenslauf, Lichtbild, Übersicht über den beruflichen Werdegang, beglaubigte Abschriften der Urkunden über Approbation und Gebietsanerkennung, Zeugnisabschriften und Nachweise über die bisherige Tätigkeit sowie gegebenenfalls Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten) bis spätestens 31. 1. 1986 einzureichen an

**Landrat Dr. J. Gillissen**  
Landratsamt München  
Mariahilfplatz 17a, 8000 München 95

Persönliche Vorstellung nur auf Einladung.

Wir vermieten ab sofort oder später

### MÜNCHEN-ZENTRUM

#### Räume für Arztpraxen

##### nächst Hauptbahnhof

- 2 Räume, Flur, WC, 90 qm, Miete DM 1575,-
- 4 Räume, Flur, WC, 89 qm, Miete DM 1550,-
- 4 Räume, Flur, WC, 113 qm, Miete DM 1980,-

##### am Reichenbechplatz

- 2 Räume, Flur, WC, 61 qm, Miete DM 725,-
- 6 Räume, Flur, WC, 133 qm, Miete DM 1790,-
- 8 Räume, Flur u. 2 WC, 164 qm, Miete DM 2130,- oder aufgeteilt
- 5 Räume, Flur, WC, 73 qm, Miete DM 990,- sowie
- 3 Räume, Flur, WC, 81 qm, Miete DM 1230,-

jeweils zuzüglich Heiz- und Nebenkosten + MwSt.  
sowie drei Monatsmieten Kautions.

##### Keine Vermittlungsgebühren!

Braiter Grundstücksgesellschaft b. R.  
Dachauer Straße 14, 8000 München 2, Telefon (0 89) 55 82 58

Für das Kreis Krankenhaus Auerbach l. d. Oberpfalz  
wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt halbtags

### 1 Arzt/Ärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

gesucht. Vergütung erfolgt nach BAT.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigten Zeugnisabschriften) sind abzugeben an das

Personalamt des Landkreises Amberg-Weizsäcking  
Postfach 17 54, 8450 Amberg

### Privatklinik Wirsberg

für Neurologie und Psychiatrie. Privat und alle Kassen.

Leitender Arzt: Dr. Wolfgang Pinkow-Margerle, Arzt für Neurologie und Psychiatrie.

8655 Wirsberg über Kulmbach/Bayern, Telefon (0 92 27) 804-805

### Im bayerischen Thermalbad Kurort Griesbach

wird zum 1. Januar 1986 eine

### private Krankenanstalt

mit 11 Doppel-, 7 Einzel- und 1 Schwesternzimmer frei. — Anerkennung nach § 30 Gewo liegt vor.

Integriert in einem 5-Sternehotel — unter Management Steigenberger — mit großzügiger Thermalbadeanlage — 1000 qm Innenfläche —, Physiotherapie, exklusive Küche einschließlich Diätabteilung.

Ein Angebot an niederbayerische Ärzte für private Betten bzw. Ärzte aus Deutschland mit dem Wunsch zur Arbeit in der eigenen Krankenanstalt bei einem zusätzlich möglichen Patientenkreis aus einem 300 Betten-Kurhotel.

Bei Interesse für Kauf oder Miete: Telefon 0 85 31-27 01.

### Biete Arzt/Ärztin Mitarbeit

Freie Zeiteinteilung, ca. 40 Stunden/Monat, Raum Marktradwitz.

Anfragen unter Chiffre 2064/337 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

### 76. Annual Meeting of the AMERICAN

Assoc. for Cancer Research. Proc. May 22. — 25. 1985 Houston/Texas Vol. 26 March 1985 gegen Gebot zu verkaufen.

Telefon (0 89) 641 15 71 von 9 bis 10 Uhr

## Landkreis Ravensburg

Für die gemeinsame Anästhesieabteilung der Kreiskrankenhäuser Lautkirch und Isny im Allgäu suchen wir zum nächstmöglichen Termin

### 1 Anästhesisten (-in) als Teilzeitkraft mit 20 Wochenstunden

und überwiegendem Einsatz am Kreis Krankenhaus Isny im Allgäu. Klinische Erfahrung und die Befähigung zur eigenverantwortlichen Tätigkeit auch im Bereich der interdisziplinär geführten Intensivabteilungen setzen wir voraus.

Unsere Krankenhäuser der Grundversorgung betreuen die Fachbereiche Chirurgie, Innere Medizin und Geburtshilfe/Gynäkologie. Für die jährlich anfallenden ca. 2600 Narkoseleistungen stehen insgesamt 3,5 Planstellen zur Verfügung. Im Bereich des Beratungsdienstes werden beide Krankenhäuser gemeinsam betreut.

Als Arbeitgeber des Öffentlichen Dienstes bieten wir einen Anstellungsvertrag nach BAT, die zusätzliche Altersversorgung sowie alle Vorteile der öffentlichen Verwaltung.

Die Städte Leutkirch und Isny im Allgäu zwischen Bodensee und den Allgäuer Alpen gelegen, bieten jeweils einen überdurchschnittlich hohen Freizeitwert.

Die Vorlage vollständiger Bewerbungsunterlagen erbitten wir an die Leitende Anästhesistin, Frau Dr. med. Monika Blohoff, Kreis Krankenhaus, 7972 Isny im Allgäu, Telefon (0 75 62) 7 31.