



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 1988

Zum Jahresende

Nur wer schon sehr lange im ärztlichen Berufsleben steht, wird sich an Zeiten erinnern können, die für uns Ärzte so lebhaft, so aufgereggt, so kämpferisch waren wie das zu Ende gehende Jahr 1988. Das mag Außenstehende wundern. Noch gibt es viele unter unseren Mitbürgern und Patienten, die auf die Frage nach den Wohlhabenden spontan auch „die Ärzte“ nennen. Ihnen – und natürlich der Pharmaindustrie – könne man noch eine Menge wegnehmen, ohne daß es ihnen schlecht geht, so hört man immer wieder. Wie diese Meinung durch geschickte Agitation unter das Volk gebracht wird, davon könnte man manches Liedchen singen. Die Unterscheidung zwischen „meinem Arzt“ und „den Ärzten“ ist ja ohnehin ein Phänomen, das man schlecht erklären kann.

Es kam natürlich vieles zusammen in diesem Jahr. Der neue „Einheitliche Bewertungsmaßstab“ für die Kassenärzte löste eine große Beunruhigung aus, die sich, als im April die ersten Ergebnisse des vierten Quartals 1987 bekannt wurden, bei manchen bis zur Angst vor der Existenzvernichtung steigerte. Einige Arztgruppen übten sich in stiller Zufriedenheit, von anderen kamen Alarmrufe und bittere Anklagen. Die Verlagerungen in den Umsatzvolumen waren teils erwünscht und erwartet worden, teils waren sie nicht vorhersehbar. Positive und negative Veränderungen trafen deshalb sowohl die Richtigen wie die Falschen. Manches hat sich im Laufe des Jahres eingespielt, einiges wird sich noch bessern, wenn sich die am 1. Oktober wirksam gewordenen Änderungen auswirken. Insgesamt herrscht aber auch am Ende des Jahres noch große, teils verständliche, teils auch unverständliche Unruhe. Es wird allerdings vielfach übersehen, daß es nicht allein der „EBM“ ist, der uns Sorge bereitet. Wesentliche Faktoren kommen hinzu: die steigende Zahl der ohnedies schon zahlreichen Kassenärzte, die begrenzte Gesamtvergütung der Kran-

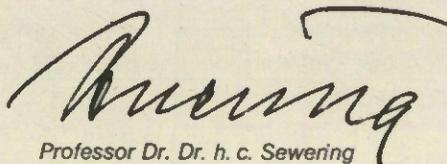
kenkassen und eine besorgniserregende Ausweitung der Leistungsanforderungen, die beunruhigend sind. Das Ergebnis liegt auf der Hand. Je mehr Punktzahlen in das zur Verfügung stehende Honorar hineindividiert werden müssen, um so niedriger wird der Punktwert und damit das Honorar, welches an den einzelnen Kassenarzt ausbezahlt werden kann. Mit den RVO-Kassen in Bayern haben wir gerade unseren Gesamtvertrag verlängert und dabei vereinbart, die Gesamtvergütung weiterhin nach Fallpauschale zu errechnen. Das Morbiditätsrisiko wird also wie bisher von den RVO-Kassen übernommen. Für den Leistungsumfang aber tragen die Kassenärzte allein die Verantwortung.

Unsere große Sorge gilt gerade an diesem Jahresende unserem Nachwuchs. Seit 1. Juli sind die Bestimmungen über den Arzt im Praktikum in Kraft getreten. Die ersten Absolventen des medizinischen Staatsexamens, die eine Stelle als AiP suchen – alleine in Bayern rechnen wir bis Ende des Jahres mit etwa 650 –, klopfen jetzt an die Türen der Krankenhäuser. Auch wenn jede frei werdende Assistentenstelle mit zwei bis drei AiPs besetzt wird, dürfte nicht damit zu rechnen sein, daß in kurzer Zeit eine ausreichende Zahl von Ärzten aus den bayerischen Kliniken und Krankenhäusern ausscheidet. Wartezeiten werden deshalb unvermeidlich sein. Die Probleme wurden im Rahmen des Tätigkeitsberichtes auf dem Bayerischen Ärztetag (Nürnberg) dargestellt, es bedarf also hier keiner Wiederholung. Unser zentrales Problem ist weder das Gesundheits-Reformgesetz, noch der EBM oder die personellen oder Kostenprobleme im Krankenhaus. Es ist vor allem die Tatsache, daß wir derzeit und auf Jahre hinaus in der Bundesrepublik gut doppelt so viele Ärzte ausbilden, als benötigt werden und Arbeitsplätze erwartet werden können.

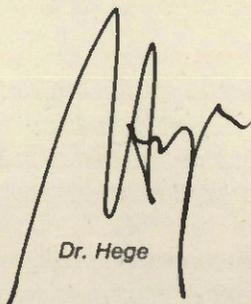
Die Ärzte im Krankenhaus und in der freien Praxis sind die Garanten einer medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung, die jeden Vergleich gut aushalten kann. Unser Krankenversicherungssystem mit Sachleistungs- und Solidarprinzip mag Mängel haben. Insgesamt gesehen ist der Patient bei uns aber in der glücklichen Lage, daß ihm – ohne Rücksicht auf Geld und Stand – alle Möglichkeiten moderner Medizin zur Verfügung stehen. Die Aufgabenteilung zwischen Krankenhaus und Praxis hat sich bewährt und die Zusammenarbeit beider Seiten wird um so besser sein, je mehr guter Wille sie beflügelt. Der so oft erwähnte Graben existiert nur, wenn wir ihn aufreißen. Aber auch die Zusammenarbeit der niedergelassenen Ärzte ist nur dann gefährdet, wenn Mißtrauen und Konkurrenzangst sie belasten.

Wir müssen uns darauf einstellen, daß wir schwierige Jahre zu überstehen haben und der Tiefpunkt der auf den Berufsstand zukommenden Belastungen noch nicht erreicht ist. Nur Zusammenstehen und der Wille, den Erwartungen unserer Mitmenschen weiter gerecht zu werden, kann uns helfen, die Zukunft zu gewinnen. Die gewählten Mandatsträger der Bayerischen Landesärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sind sich der besonderen Verantwortung und Aufgabe wohl bewußt, auch im Jahre 1989 die Belange der bayerischen Kolleginnen und Kollegen weiter engagiert zu vertreten.

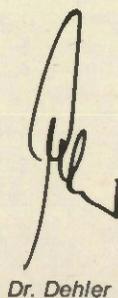
Wir wünschen allen bayerischen Kolleginnen und Kollegen und ihren Familien ein gesegnetes Weihnachten, ein ruhiges und hoffentlich frohes Jahresende und verbinden damit auch alle guten Wünsche für das kommende Jahr.



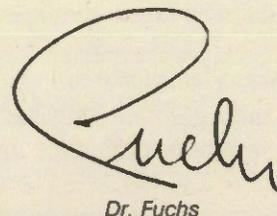
Professor Dr. Dr. h. c. Sewering



Dr. Hege

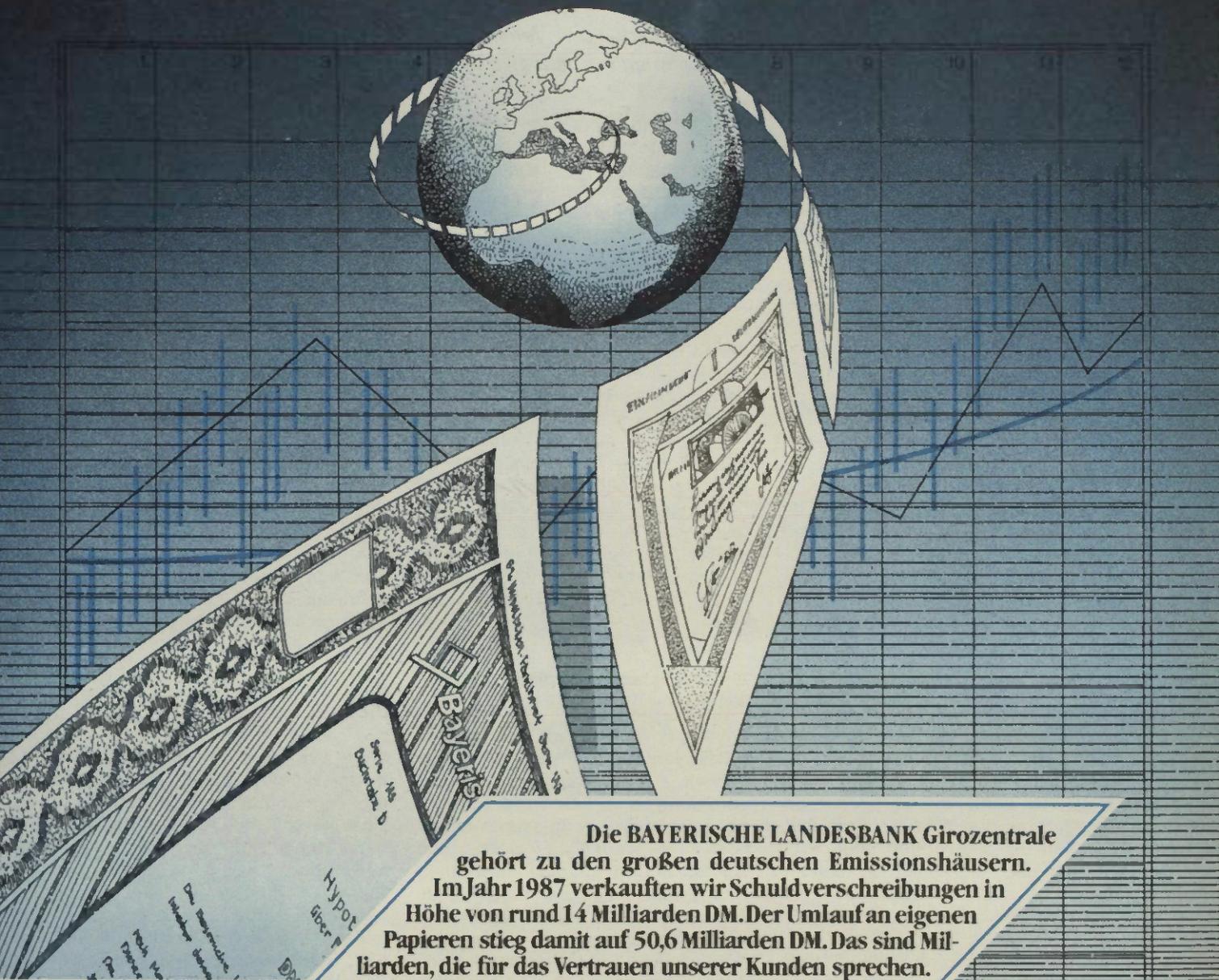


Dr. Dehler



Dr. Fuchs

LAUFZEITEN UND ZINSEN – FÜR JEDEN ANLEGER DAS PAPIER NACH MASS.



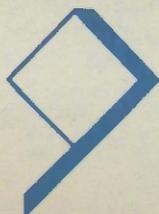
Die BAYERISCHE LANDESBANK Girozentrale gehört zu den großen deutschen Emissionshäusern. Im Jahr 1987 verkauften wir Schuldverschreibungen in Höhe von rund 14 Milliarden DM. Der Umlauf an eigenen Papieren stieg damit auf 50,6 Milliarden DM. Das sind Milliarden, die für das Vertrauen unserer Kunden sprechen.

Wenn Sie in Wertpapieren investieren wollen, dann sollten Sie mit uns reden. Wir können Ihnen eigene Papiere mit Laufzeiten von einem bis 15 Jahren bieten.

Unsere Fachleute offerieren Ihnen aber auch andere Papiere – Aktien, Festverzinsliche, Investmentzertifikate, aber auch Papiere bedeutender ausländischer Emittenten. Alles in allem ein komplettes Angebot.

Über die BAYERISCHE LANDESBANK Girozentrale können Sie Ihr Anlagekonzept individuell realisieren, und zwar national wie international.

In München, Nürnberg und über jede bayerische Sparkasse sowie in Bonn, Frankfurt und Luxemburg. Außerdem in London, New York, Singapur (Niederlassungen), Johannesburg, Toronto, Wien (Repräsentanzen). Sie erreichen uns auch über Btx: * 38000 #



Bayerische Landesbank
Girozentrale

Vollversammlung des 41. Bayerischen Ärztetages

Punkt 1 der Tagesordnung: Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

Professor Dr. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering

Die Bayerische Landesärztekammer arbeitet nicht nur fleißig, sondern auch kreativ

Nach Übergabe des Vorsitzes an Vizepräsident Dr. Fuchs führte der Präsident aus:

Der Geschäftsbericht ist Ihnen wie in jedem Jahr bereits zugegangen, so daß Sie Gelegenheit hatten, sich über sehr viele Einzelheiten zu informieren. Ich darf mich deswegen darauf beschränken, einige Punkte noch einmal hervorzuheben — in erster Linie natürlich unser großes Sorgenkind, die Entwicklung der Arztlizenzen! Wenn Sie die Seite 9 (Oktober 1988, Mittelteil) aufschlagen, dann stellen Sie fest, daß wir nunmehr bei über 31 000 berufstätigen Ärzten in Bayern angekommen sind. Die Zahl der Kolleginnen und Kollegen ohne ärztliche Tätigkeit beträgt 8427, davon ein guter Teil ältere und elterliche Kollegen, die ihre Berufstätigkeit beendet haben, aber auch Ärztinnen, die aus familiären Gründen nicht mehr oder noch nicht tätig sind. Es stecken darin natürlich auch eine nicht geringe Zahl von Kolleginnen und Kollegen, die bisher leider noch keinen Arbeitsplatz gefunden haben, obwohl sie verzweifelt danach suchen. Die genauen Zahlen darüber liegen uns nicht vor. Es ist nicht möglich, hier präzise Angaben zu bekommen. Das liegt wohl daran, daß sich ja nur diejenigen bei den Arbeitsämtern melden, die vielleicht hoffen, über deren Vermittlung eine Stelle zu bekommen oder die irgendwelche Ansprüche für Arbeitslosenunterstützung erworben haben. Wenn aber ein Kollege oder eine Kollegin frisch vom Staatsexamen kommt, dann nützt die Meldung beim Arbeitsamt insofern jedenfalls nichts, als ja keine Unterstützung bezahlt wird. Wir hören von den Kollegen an den Krankenhäusern, daß überall nach wie vor eine große Zahl von Stellenbewerbungen vorliegen. Hier muß man allerdings berücksichtigen, daß darunter sehr viele Mehrfachbewerbungen sind; wer eine Stelle sucht, schreibt ja nicht nur an eine Adresse.

Sie sehen auf Seite 9 auch den Anteil der Kolleginnen in den verschie-

denen Arztgruppen. Ihr Anteil bei den Assistenzärzten ist inzwischen auf 29 Prozent angestiegen. Wir beobachten also von Jahr zu Jahr einen steigenden Anteil der Ärztinnen. Das entspricht der ganzen Nachwuchssituation. Wir haben mit Sicherheit den Gipfel noch nicht erreicht und werden mindestens noch auf 35 Prozent bei den jungen Ärztinnen kommen. Das setzt sich dann auch in der Praxis fort. Bei den praktischen Ärzten ist der Anteil der Ärztinnen auch schon bei 31 Prozent. Das ist eine außerordentlich hohe Zahl. Bei den Allgemeinärzten beträgt der Anteil der Ärztinnen allerdings nur 15 Prozent, bei den leitenden Ärzten nur fünf Prozent. Das ist eine außerordentlich geringe Quote und ich nehme an, daß auch hier im Laufe der Zeit der Anteil steigen wird.

Ein Arzt versorgt „statistisch“ 354 Einwohner

Wenn man sich nun die Zahl der berufstätigen Ärzte ansieht, dann haben wir jetzt eine Relation von einem berufstätigen Arzt auf 354 Einwohner erreicht. Vor zehn Jahren entfiel noch ein Arzt auf 474 Einwohner und vor 20 Jahren auf 600 Einwohner. Hier spiegelt sich die zunehmende Arztdichte ganz deutlich wider und wir haben sicher den Gipfel noch nicht erreicht. Die Probleme, die sich daraus ergeben, sind natürlich außerordentlich ernst. Wir kennen die Entwicklung der nächsten Jahre, denn wir wissen, daß jeder Jahrgang der Medizinstudenten mit rund 12 000 Studentinnen und Studenten besetzt ist. Nach dem System in der Bundesrepublik muß man damit rechnen, daß die gleiche Zahl das Studium beendet, die es begonnen hat, wenn auch mit kleinen Fluktuationen. Wenn Studierende ausfallen, werden sie immer durch die sogenannten „Quer-Einsteiger“ ersetzt. Es kommen hinzu — soweit wie wir es ermitteln konnten — pro Jahr-

gang etwa 1000 deutsche Studierende im Ausland, davon der größte Teil in Italien. Aber auch andere Länder sind inzwischen an deutschen Medizinstudenten interessiert. Wir hatten Gelegenheit, vor einigen Monaten die Semmelweis-Universität in Budapest zu besuchen, wo man dabei ist, eine außerordentlich leistungsfähige deutschsprachige Medizinische Fakultät aufzubauen. Wir sprachen mit jungen deutschen Kolleginnen und Kollegen, die dort studieren. Sie waren außerordentlich angetan von der Qualität des Unterrichts, der ihnen dort zuteil wird, weil natürlich ein sehr gesundes Verhältnis zwischen Lehrenden und Lernenden besteht. Wir werden also hier mit einer zunehmenden Zahl von Ärztinnen und Ärzten, die dann aus dem Ausland zurückkommen, rechnen müssen.

Bei 12 000 Approbationen pro Jahr ...

Wenn wir nun davon ausgehen, daß in der Bundesrepublik Deutschland pro Jahr mindestens 12 000 Medizinstudenten das Studium beenden, dann müssen wir uns auch vergegenwärtigen, daß nach derzeitigem Stand — wie Sie ja sicher schon wissen — jährlich gut 5000 Arbeitsplätze für Assistenzärzte frei werden. Somit haben schon rein rechnerisch weit weniger als die Hälfte der Absolventen des Medizinstudiums überhaupt die Chance, einen Arbeitsplatz als Assistenzarzt zu bekommen.

... sinken die Weiterbildungschancen ...

Die Auswirkungen sind natürlich außerordentlich ernst zu nehmen, denn damit hat ja nun der größere Anteil dieser nachkommenden jungen Ärztinnen und Ärzte keine Chance, eine reguläre Weiterbil-



Präsident, Vizepräsidenten und Geschäftsführung der Bayerischen Landesärztekammer

derung zu betreiben und das wirkt sich natürlich in allen Bereichen aus. Am wenigsten, würde ich sagen, wird es sich auswirken – von der Zahl her jedenfalls – bei den Spezialfächern, denn wir „produzieren“ derzeit eher zu viele Spezialisten. Was aber auf der Strecke bleiben wird, ist die vierjährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin, die wir vor Jahren – 1968 – eingeführt haben, die uns natürlich am Herzen liegt, die aber rein von der Kapazität der Arbeitsplätze her wohl nicht zu halten ist. Ganz abgesehen davon, daß natürlich auch die europäische Entwicklung hier mit eine Rolle spielt. Im vergangenen Jahr sind immerhin in Bayern 194 Ärzte für Allgemeinmedizin anerkannt worden, und zwar bis auf einige Übergangsfälle alle nach bestandener Prüfung.

Wenn man allerdings die Zahl der Kassenzulassungen betrachtet, dann zeigt sich hier, daß wesentlich mehr praktische Ärzte zugelassen werden als Ärzte für Allgemeinmedizin. Wer keinen Arbeitsplatz bekommt, wird versuchen, irgendwie seine Vorbereitungszeit abzuleisten – derzeit 18 Monate, um dann den Versuch zu machen, als praktischer Arzt irgendwo eine Existenz zu gründen. Hier sind wir bereits in einer Entwicklung, die ich für außerordentlich gefährlich halte. Wir haben uns aber auch einmal die vierjährige Weiterbildungszeit der Allgemeinmediziner in ihrer Struktur etwas näher angesehen, weil ja die Auffassung vertreten wird, daß der Arzt für Allgemeinmedizin ein möglichst breit weitergebildeter Arzt ist, der allen Gegebenheiten des ärztlichen Tuns gerecht werden kann.

... und das trifft vor allem die Allgemeinmedizin

Wir haben drei Jahrgänge (insgesamt die Unterlagen von 568 Kolleginnen und Kollegen) darauf angesehen, wie sie ihre vierjährige Weiterbildung abgeleistet haben. Dabei mußten wir feststellen, daß 72 Prozent dieser Kolleginnen und Kollegen praktisch nur in der Chirurgie und in der Inneren Medizin – also in den beiden großen Fächern – tätig waren, einige auch in der Anästhesiologie. In der Pädiatrie haben nur 5,2 Prozent eine Weiterbildung mit drei Monaten oder mehr abgeleistet, in der Gynäkologie waren es 16 Prozent, in der Psychiatrie nur 1,8 Prozent und in der Neurologie 1,5 Prozent. Im Grunde genommen müßte man also sagen: wenn es möglich wäre, die vierjährige Weiterbildungszeit wirklich sinnvoll zu gestalten, dann müßte man sie noch stärker gliedern und damit den Bedürfnissen der Praxis anpassen. Gerade Psychiatrie wäre natürlich ein Gebiet, auf dem zukünftige Allgemeinärzte Erfahrungen sammeln sollten. Ich sehe aber leider für die Zukunft keine realistischen Möglichkeiten, diese vier Jahre überhaupt noch durchzuhalten. Nur am Rande darf ich bemerken, daß wir eine gleiche Analyse auch bei den Internisten, zunächst nur für einen Jahrgang, gemacht haben. Die Internisten haben ja gerade in der letzten Zeit, nach dem es mit dem EBM etwas wackelig wurde, die psychiatrischen Ziffern 820 und folgende heftig reklamiert. Wir haben festgestellt, daß von diesen Internisten, die im vergangenen Jahr anerkannt wurden, fast keiner auch nur einen Tag in der Psychiatrie gewe-

sen ist. Die Behauptung, die Psychiatrie sei ein fester Bestandteil der internistischen Weiterbildung, konnten wir zu unserem Bedauern leider nicht bestätigen. Wir sollten uns vielleicht doch dahingehend einigen, daß die Psychiatrie ein eigenes Gebiet ist, wobei ja immer betont werden muß: wenn jemand mit einem psychiatrischen Notfall zu tun hat, ist er ohnedies berechtigt, ihn jedenfalls soweit zu versorgen, wie es in seinen Kräften steht.

Lassen Sie mich noch eine Anmerkung machen zu „EG und Allgemeinmedizin“. Die EG-Richtlinie Allgemeinmedizin ist inzwischen schon vor zwei Jahren in Kraft getreten. Zur Zeit wird ein Ländergesetz vorbereitet, mit dem diese EG-Richtlinie nostrifiziert wird. Sie sieht eine zweijährige ergänzende Ausbildung in der Allgemeinmedizin nach sechsjährigem Medizinstudium vor, wobei mindestens sechs Monate im Krankenhaus und mindestens sechs Monate in einer allgemeinmedizinischen Praxis abgeleistet werden müssen.

EG-Richtlinie Allgemeinmedizin – kompatibel mit dem deutschen Recht

Das heißt also für die Verhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland: 18 Monate AiP-Zeit plus sechs Monate nach der Approbation und das wiederum deckt sich mit dem neuen Gesundheits-Reformgesetz, also mit dem neuen Kassenarztrecht, das nach der Approbation eine einjährige Vorbereitungszeit vor der Kassenzulassung vorschreiben wird. Darauf werden sechs Monate der AiP-Zeit angerechnet, sechs Monate müssen in einer Kassenpraxis abgeleistet werden, und zwar für den zukünftigen praktischen Arzt in der Allgemeinmedizin. Damit ist also die Kompatibilität der EG-Richtlinie Allgemeinmedizin mit der AiP-Zeit und der kassenärztlichen Vorbereitungszeit hergestellt.

Wir beobachten natürlich laufend und sehr eingehend die Situation an den Krankenanstalten. Ich sagte ja schon, leider können pro Jahr nur gute 5000 junge Ärztinnen und Ärzte eine bezahlte Stelle bekommen. Wir haben die Sorge, daß die Zahl der sogenannten Gastärzte, also der unbezahlten Ärzte oder teilbezahlten jungen Ärzte, zunimmt, aber es ist uns bisher leider nicht gelungen, hier konkrete Zahlen zu erhalten. Gemel-



Ehrengäste

det sind nach dem letzten Stand – auch das finden Sie in unserem Bericht – 1439 leitende Ärzte und 12 390 nachgeordnete Ärzte in bayerischen Krankenanstalten. Vor 20 Jahren hatten wir in Bayern 919 leitende Ärzte und 5743 Oberärzte, Assistenzärzte und Medizinalassistenten.

Nach 20 Jahren haben wir also mehr als doppelt soviel leitende und nachgeordnete angestellte Ärzte an unseren Krankenanstalten. Dennoch spielt das Thema Überstunden eine außerordentlich große Rolle. Sie haben sicher gelesen, daß in München von beamteten Ärzten eines Klinikums ein Prozeß gegen den Freistaat gewonnen wurde. Wie die Dinge dann letzten Endes geregelt werden, ist noch nicht zu übersehen, denn das Urteil ist noch nicht rechtskräftig. Daraus könnten sich natürlich Konsequenzen ergeben. Nun

haben wir hier Unterschiede zwischen beamteten Ärzten, also auch Beamten auf Zeit oder auf Widerruf und angestellten Ärzten. Für beamtete Ärzte ist die Zahl der vergütungsfähigen Überstunden auf 40 beschränkt und das wird eben in sehr vielen Fällen überschritten. Wir werden also sehen, wie sich das regeln läßt.

Mehr Planstellen im Krankenhaus – wer wird das finanzieren?

Ich verstehe durchaus die Forderung nach Vermehrung der Zahl der Planstellen. Wieweit das realisierbar ist, möchte ich angesichts der finanziellen Situation, der wir hier gegenüberstehen, dahingestellt sein lassen. Man müßte sich dann natürlich Gedanken machen, wieweit man mit einer Vermehrung der Zahl der Ärzte die Überstunden abbauen kann. Es

müßte irgendein System gefunden werden, damit nicht alle gleichzeitig da sind, denn wenn alle tagsüber anwesend sind, ist das Problem der Überstunden ja nicht zu lösen.

Hier wird also sicher noch manches an Überlegungen anzustellen sein. Die Meinung, man sollte lieber – um schon mal eine Entspannung zu erreichen – auf die Verbeamtung junger Ärzte, also wissenschaftlicher Assistenten, verzichten und sie als Tarifangestellte arbeiten lassen, teile ich; ich glaube, das wäre die elastischere Regelung. Es ist ja wohl gar nicht so sehr viel gewonnen, wenn hier eine zeitweise Verbeamtung stattfindet. Inwieweit an den staatlichen Kliniken Assistentenstellen umgewandelt und mit Ärzten im Praktikum besetzt werden, ist im Augenblick noch nicht übersehbar. Ich werde aber auf die AiP-Frage gleich noch einmal eingehen. Jedenfalls haben die Kostenträger gefordert, daß die Besetzung der Stellen mit Ärzten im Praktikum kostenneutral erfolgen müßte. Wieweit das möglich sein wird, muß sich erst zeigen.

Hinweisen darf ich Sie auf unsere Arbeit im Bereich der ärztlichen Fortbildung. Hier finden Sie auf den Seiten 13 bis 16 sehr genaue Angaben und können daraus entnehmen, daß sich die Kammer der Aufgabe, ärztliche Fortbildung anzubieten, mit sehr großer Intensität gewidmet hat. Die Zahl der teilnehmenden Ärzte bei zahlreichen Veranstaltungen ist erfreulich hoch.

Ein flächendeckendes Netz von Notarztstandorten

Ein besonderer Schwerpunkt unserer Fortbildung war in den letzten Jahren die Notfallmedizin, also die Fortbildung von jungen Ärzten, die vor allem dann auch im Rettungsdienst, im Blaulichtdienst, tätig werden wollen. Es haben an diesen Fortbildungsveranstaltungen, die als Seminare in drei Stufen (I, II und III) ablaufen, nicht weniger als 10 000 junge Kollegen teilgenommen. Das sind zwar weitaus mehr, als auf den Blaulichtfahrzeugen benötigt werden, aber ich halte es für eine ausgesprochen positive Entwicklung, denn Notfallmedizin ist ja für jeden Kollegen eine wichtige Sache, ganz gleich, ob er dann Blaulicht fährt oder nicht. Auch in der Praxis kom-



Ehrengäste und Juristen



Hepathrombin[®] hilft - die Hautpenetration entscheidet.



25 JAHRE
HEPATHROMBIN[®]
- das topische
Antivarikosum
mit wissenschaftl.
Wirkungsnachweis.

Hepathrombin[®]

Hepathrombin[®] Salbe 50000: Zusammensetzung: 100 g enth.: Heparin 50000 I.E., Allantoin 300 mg, Dexpanthenol 400 mg. Anwendungsgebiete: Bei varikösem Symptomenkomplex, Thrombophlebitis, postthrombotischem Syndrom, Varizen, Wadenkrämpfen, Ulcus cruris. Bei Sport- und Unfallverletzungen (Hämatomen, Prellungen, Kontusionen, Distorsionen). Ferner bei Tendovaginitis sowie Narbenkontraktur. Gegenanzeigen: Bestehen nach derzeitigem Wissensstand nicht. Nebenwirkungen: In vereinzelt Fällen ist über allergische Hautreaktionen berichtet worden. Handelsformen und Preise: Tube mit 100 g DM 38,55, Tube mit 150 g DM 43,15, Anstaltspackungen. Alle Preise mit MwSt. A 819-0. Stand 1/88
ADENYLCHÉMIE GMBH · 1000 Berlin 10



Delegierte der medizinischen Fakultäten

men Notfälle vor. Wir werden deshalb diese notfallmedizinische Fortbildung intensiv weiterführen und nicht nur in München, sondern an einigen Orten in Bayern anbieten.

Hier nur eingeschaltet eine kleine Bemerkung: Wir haben inzwischen in Bayern 191 Notarztstandorte errichtet. Das ist ein flächendeckendes Netz.

Wir freuen uns, daß wir hier einiges erreicht haben. Die Zahl der Kollegen, die Blaulicht fahren, war zuletzt 3118. Sie wissen ja, daß wir in Bayern — leider als bisher einziges Bundesland — ein voll integriertes System der ärztlichen Versorgung in Notfällen aufgebaut haben. Wir benutzen gemeinsam für jede Art von Hilfeleistung die Rettungsleitstellen. An diesen Rettungsleitstellen hängen sowohl die diensthabenden Kassenärzte, die mit Funk verbunden sind, als auch die Blaulichtärzte. Zwischen beiden bestehen Verbindungsmöglichkeiten, das heißt, der diensthabende Kassenarzt kann jederzeit über Funk auch Blaulichthilfe anfordern und er ist unterwegs immer über die Rettungsleitstelle erreichbar.

Inzwischen wurde das bayerische System vom Bundessozialgericht in einer Grundsatzentscheidung als das richtige System dargestellt. Das Bundessozialgericht hat entschieden, daß auch der Rettungsdienst, also der Blaulichtdienst, Teil des kassenärztlichen Sicherstellungsauftrages ist, aber — für mich völlig unverständlich — ist in den anderen Bundesländern die Bereitschaft, sich dieser Aufgabe anzunehmen, bisher noch sehr gering.

Im Rahmen der Fortbildung darf ich noch unsere Schriftenreihe erwähnen — auch etwas, was es nur bei uns gibt. Der 74. Band ist soeben erschienen. Was ich besonders gerne berichte: Wir haben zur Zeit bereits 220 Bezieher dieser Schriftenreihe in der DDR. Es kommen jede Woche einige Briefe und Anfragen mit immer dem gleichen Text: „Ich habe bei meinem Kollegen Ihre Bücher gesehen. Könnte ich sie nicht auch bekommen, denn Ihre Fortbildungsbücher in der Schriftenreihe sind fast die einzige Literatur, die uns als praktizierenden Ärzten zur Verfügung steht.“ Ich glaube, Sie sind sicher alle damit einverstanden, wenn wir diesen Wünschen der Kollegen in der DDR nachkommen und sie selbstverständlich kostenlos versorgen. Die nettesten Briefe an Weihnachten bekommt im allgemeinen dann immer die Frau Rita Horn, weil sie das ja organisieren muß; aber es freut mich immer, wenn sich die Kollegen in einer so reizenden Art und Weise bedanken, wenn wir sie in unseren Bezieherkreis aufgenommen haben. Ich wollte Ihnen das auch einmal berichten, denn auf diese Weise haben wir doch sehr viele Brücken schlagen können zu dem anderen Teil unseres Vaterlandes.

Wie Sie aus dem Geschäftsbericht entnehmen konnten, haben wir inzwischen auch eine eigene „Ethikkommission“ bei der Kammer errichtet. Wir waren zunächst der Meinung, es sei vielleicht nicht unbedingt notwendig, denn wir haben Ethikkommissionen bei den Fakultäten und auch bei einigen großen Krankenhausträgern. Zunächst hatte man den Eindruck, daß das aus-

reicht. Aber es hat sich doch gezeigt, daß eine koordinierende Ethikkommission, die allen offensteht, auch bei der Kammer zweckmäßig ist. Deshalb haben wir uns entschlossen, sie einzurichten. Sie hat ihre Arbeit inzwischen aufgenommen. Einzelheiten, sowie die personelle Besetzung finden Sie auf Seite 6 des Geschäftsberichts.

Die nach den Richtlinien für die In-vitro-Fertilisation vorgesehene Kommission hat ihre Tätigkeit natürlich längst aufgenommen und schon eine ganze Reihe von Entscheidungen gefällt.

Wirkungsvolle Qualitätskontrolle beim Röntgen

Eine Aufgabe ist seit Beginn des Jahres völlig neu auf uns zugekommen. Das ist die Durchführung der Röntgenverordnung. Qualitätskontrolle für Röntgenaufnahmen führt die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns schon seit Jahren durch und wir konnten dadurch die Qualität der Röntgenaufnahmen, so meine ich, doch deutlich verbessern. Nach einer Anfangszeit mit der Mammographie werden inzwischen auch alle anderen Arten von Röntgenaufnahmen in diese Qualitätskontrolle einbezogen.

Die Röntgenverordnung verlangt aber noch mehr. Es genügt nicht allein die Kontrolle der Röntgenaufnahmen, es muß auch die Konstanz der Leistung beurteilt werden und leider müssen auch alle Röntgenanlagen zunächst einmal einer Untersuchung unterzogen werden. Dabei zeigt sich, daß die Kosten dieser Überprüfungen der Röntgenanlagen außerordentlich hoch sind. Anfang Oktober fand — unter Mitwirkung des Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung — ein Gespräch mit Fachleuten und Vertretern von Firmen, die Röntgengeräte und Röntgenfilme herstellen und Prüfungen durchführen, statt. Wir sind zur Zeit dabei, die Richtlinien für die Überprüfung der Röntgenanlagen zu vereinfachen und damit auch die Kosten zu senken, die auf die einzelne Praxis zukommen. Aber Mindeststandards müssen eingehalten werden. Ich hoffe aber, daß wir doch deutliche Reduzierungen erreichen können. Es haben an den Gesprächen interessanterweise rund 40 Firmenvertreter teilgenommen, die alle auf diesem Gebiet tätig sein wollen.



Münchener Delegierte

Nach der Röntgenverordnung müssen sogenannte „Ärztliche Stellen“ eingerichtet werden. Wir haben die Aufgabe im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung geteilt. Die Ärztliche Stelle für die Kassenärzte wurde bei der Kassenärztlichen Vereinigung errichtet. Bei der Kammer haben wir die Ärztliche Stelle eingerichtet für alle übrigen röntgendiagnostisch tätigen Kolleginnen und Kollegen, also für alle Krankenanstalten. Damit ist natürlich wieder ein organisatorischer Aufwand verbunden. Wir haben aber von vornherein vereinbart, daß die Kosten dieser Stelle natürlich nicht aus den Beiträgen der Ärzte bezahlt werden können, sondern umgelegt werden auf diejenigen Betreiber von Röntgengeräten, die in die Überprüfung fallen, so daß die Kosten im Umlageverfahren gedeckt werden können. Die Leitung der Ärztlichen Stelle bei der Kammer hat Kollege Lössl aus Landshut übernommen, ein erfahrener „alter“ Radiologe, der hier sicher die Gewähr dafür bietet, daß diese Aufgabe sachgerecht durchgeführt wird.

Großen Ärger haben wir im Zusammenhang mit der Röntgenverordnung mit einer Richtlinie über die Fachkunde in der Röntgendiagnostik, die erlassen wurde und in der Vorschriften enthalten sind über Zeiten, die der einzelne ableisten muß, wenn er Röntgendiagnostik betreiben will. Wir haben den Standpunkt vertreten, daß die Weiterbildung in der Röntgendiagnostik, also der Erwerb der ärztlichen Kenntnisse in der Röntgendiagnostik, allein in den Regelungsbereich der Weiterbildungsordnung fällt und der Staat lediglich den Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz zu regeln hat,

aber wir konnten uns darüber noch nicht einigen. Die bayerischen Ministerien teilen unsere Auffassung, das Bundesarbeitsministerium bleibt jedoch stur bei seiner Meinung, daß Strahlenschutz und ärztliche Kenntnisse in der Röntgendiagnostik nicht voneinander zu trennen seien, obwohl in der EG-Richtlinie ganz deutlich von Strahlenschutz einerseits und Röntgendiagnostik andererseits die Rede ist. Wir werden auf keinen Fall nachgeben, denn hier wird die Weiterbildungsordnung als Landesrecht und damit Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung ganz zentral berührt. Gespräche mit den Spitzen der beiden Ministerien für Inneres und für Arbeit und Sozialordnung führten zu voller Übereinstimmung. Wir werden also die Sache weiter betreiben.

Selt 15 Jahren „Schlichtungsstellen“

Hinweisen darf ich Sie auch auf die Ergebnisse der Schlichtungsstelle; Sie finden sie auf der Seite 24. Die Schlichtungsstelle besteht jetzt seit 15 Jahren. Wir haben sie ja in Bayern erfunden. Es gibt inzwischen solche Stellen im ganzen Bundesgebiet. Vor kurzem hat Herr Dr. Mohl angerufen, daß er im November eine Sendung „15 Jahre Schlichtungsstellen in der Bundesrepublik“ machen möchte. Er hat mich gebeten, daran teilzunehmen, denn Herr Mohl und ich waren diejenigen, die – im Anschluß an eine Diskussionssendung über Haftpflichtfragen – diesen Gedanken geboren haben.

Sehr stolz sind wir, das darf ich rundweg sagen, auf die Ergebnisse unserer perinatalen Qualitätssiche-

rung, also der „Perinatalstudie in Bayern“. Wir haben immerhin inzwischen 86 Prozent aller Neugeborenen erfaßt. Wir haben 1974 mit dieser Arbeit begonnen. Damals war die perinatale Sterblichkeit 21,7 Promille und das letzte Ergebnis in Bayern war 6,99 Promille! Damit sind wir auf der gleichen Qualitätsstufe wie die besten europäischen Staaten und liegen in der Bundesrepublik Deutschland an vorderster Stelle in der Qualität der Geburtshilfe. Im übrigen wurde das bayerische Modell inzwischen in allen Bundesländern übernommen. Die Münchener Perinatalgespräche sind ein traditioneller Bestandteil der Arbeit geworden.

Die bayerische Perinatalstudie: Vorreiter und Vorbild

Besonders freut es mich, daß der Landeshauptmann von Südtirol, Herr Magnano, an uns herangetreten ist und anfragte, ob wir nicht bereit wären, die Südtiroler Geburtshelfer mitzubetreuen. Ich habe dieser Bitte natürlich im Interesse der Herstellung enger Beziehungen entsprochen und wir sind gerade dabei, die perinatale Qualitätssicherung für Geburtshelfer in Südtirol aufzubauen. Dabei mußten wir unser Formular natürlich ins Italienische übersetzen, denn es gibt ja auch italienisch sprechende Ärzte in Südtirol. Ich glaube, das ist eine recht gute „Außenpolitik“, die wir hier von Bayern aus betreiben.

Nach der Perinatalstudie haben wir dann auch mit einer Neonatalstudie begonnen. Wir wollen das Schicksal derjenigen Neugeborenen verfolgen, die nach der Geburt einer Intensivtherapie zugeführt werden mußten. Es ist, glaube ich, ärztlich und medizinisch schon wichtig, einmal zu wissen, was wir mit unserer Arbeit erreichen, wie sinnvoll sie ist und was man verbessern könnte. Die Ergebnisse stehen noch aus. Die Zeit ist noch zu kurz. Wir werden aber auch darüber berichten.

Neu: die ambulante Tumornachsorge

In diesem Jahr haben wir wieder etwas Neues begonnen, nämlich eine umfassende ambulante Tumornachsorge. Auch hier hat Bayern Pionierarbeit geleistet. Wir haben vor Jahren schon damit begonnen, ambu-

**Dr.med.Koch
Internist**

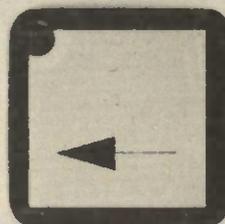
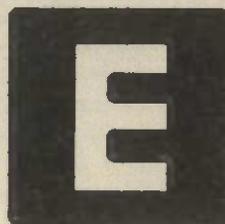
3

**Dr. med. Berger
Frauenarzt**

2

**Dr.med.dent.Schweiger
Zahnärztin**

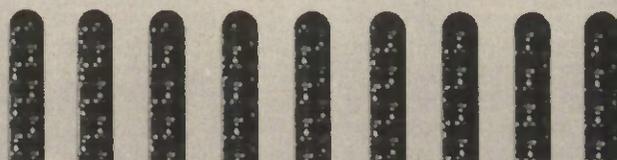
1



E

**Dr. med. Weiler
Orthopäde**

U

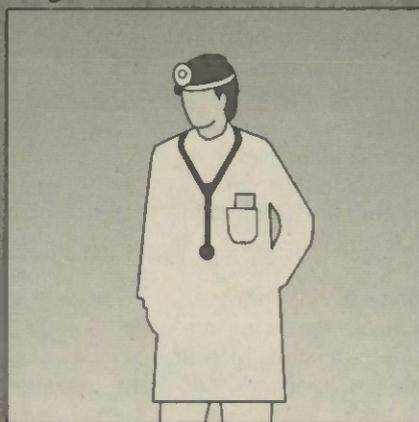


Mit Sicherhei

Wer gut berät, sollte gut beraten sein.

Die Vereinte bietet maß- geschneiderten Versicherungsschutz für den Arzt.

Die Vereinte ist in Fachkreisen als die Ärzteversicherung bekannt. Das kommt nicht von ungefähr. Durch die Gruppenversicherungsverträge mit den Ärztekammern und dem Marburger Bund kann die Vereinte dem Arzt zu Spezialtarifen maßgeschneiderten und umfassenden Versicherungsschutz anbieten: bei Berufsunfähigkeit, zur Altersvorsorge und zur Absicherung der Familie.



Wir von der Vereinten sind in allen Versicherungsfragen Ihr guter Partner. Auch für Ihre Situation haben wir den richtigen Rat. Fragen Sie uns. Sie finden uns in Ihrem Telefonbuch unter „Vereinte“. Oder schreiben Sie mit dem Stichwort „Ärzte“ an die Vereinten Versicherungen, Info-Zentrale, Postfach 2013 20, 8000 München 2.

ut beraten



Vereinte

Versicherungen



Oberbayerische Delegierte

lante Tumornachsorge im gynäkologischen Bereich einzuführen und zu organisieren. Die Erfahrungen waren sehr positiv und in Zusammenarbeit von Kammer und Kassenärztlicher Vereinigung mit den Tumorzentren haben wir dann ein neues Tumornachsorgeprogramm für alle Tumorformen entwickelt. Ein Teil der Nachsorgeprogramme wurde inzwischen ja auch bereits im „Bayerischen Ärzteblatt“ publiziert, weitere Programme stehen aus und werden laufend erarbeitet, so daß den Kollegen für jede Tumorform das entsprechende Nachsorgeprogramm zur Verfügung steht. Wir freuen uns darüber, daß das Echo sehr groß ist. Den Arbeitsablauf haben wir bei uns im Hause entwickelt. Der Patient bekommt bei der primärbehandelnden Stelle einen Terminkalender mit einer Kennziffer. Dieser Kalender enthält keinerlei diagnostische Angaben, sondern nur die Nachsorgetermine. Das Entscheidende ist die Kennziffer auf diesem Kalender. Die primärbehandelnde Klinik trägt sie in ihr Krankenblatt ein und unter dieser Kennziffer läuft dann beim Arzt draußen auch die Nachsorge. Natürlich hat er die personenbezogenen Angaben in seiner Kartei, aber die Daten der Nachsorge, die wir benötigen, um Längsschnittbeobachtungen durchführen zu können, werden an uns nur unter der Kennziffer geliefert. Sie werden in unserer eigenen Datenverarbeitung gespeichert und können dann zu gegebener Zeit wieder von der primärbehandelnden Klinik unter dieser Nummer abgerufen und zusammengeführt werden, so daß wir also dann in Bayern in der Lage sind, auf einer sehr breiten Basis Tumornachsorge zu betreiben und Verlaufskontrollen durchzuführen, ohne daß wir personenbezogene

Krebsregister einführen, wie das etwa im Saarland oder in Hamburg bereits geschehen ist.

Nach eingehenden Beratungen mit den Kollegen an den Tumorzentren – auch eine Anhörung im Bayerischen Landtag fand statt – waren wir uns alle einig, daß es eines staatlichen Krebsregisters nicht bedarf, wenn dieses Modell wirklich zum Tragen kommt. Ein Zwischenergebnis ist sehr erfreulich: Allein im ersten Jahr seit April 1987 sind bereits 17 000 Belege eingegangen und verarbeitet worden. Das zeigt, daß das Interesse der Kollegen sehr groß ist und ich möchte auch heute an alle praktizierenden Kollegen appellieren, diese Aufgabe wirklich ernst zu nehmen, sie in die Hände zu nehmen und so durchzuführen, wie es die Patienten erwarten können, denn hier haben die niedergelassenen Ärzte eine echte Aufgabe zu erfüllen. Gegebenenfalls – wenn es notwendig ist – wird der Patient wieder ins Krankenhaus überwiesen, aber der Schwerpunkt soll beim frei gewählten Arzt sein, wobei natürlich die Kooperation der Ärzte der verschiedenen Fachgebiete unverzichtbar ist. Es wird immer eine Zusammenarbeit verschiedener Fachgebiete notwendig sein. Die Möglichkeiten dazu sind in Bayern überall vorhanden, nur der gute Wille muß dazu dann noch beigesteuert werden. Ich hoffe, daß das auch unter den erschwerten Bedingungen unserer Honorarsituation wahrgenommen wird.

Die derzeitigen Schwierigkeiten, die wir mit unserer „gedeckelten“ Gesamtvergütung haben, werden nicht dadurch gelöst, daß wir Aufgaben abschieben! Das wäre der schlechteste Weg, den wir gehen könnten.

Wir müssen die Aufgaben erfüllen und beweisen, daß die niedergelassene Praxis leistungsfähig ist! Wenn Aufgaben woanders hin verlagert worden sind – zurück kommen sie nicht mehr! Dessen sollte sich jeder einzelne bewußt sein.

Ich hoffe also, daß dieses Programm sich gut einführt.

Ich habe vorhin schon unsere Probleme mit dem Arzt im Praktikum kurz angedeutet. Wir haben darüber im Geschäftsbericht auf Seite 18 berichtet. Sie wissen ja, daß die Bestimmungen definitiv am 1. Juli dieses Jahres in Kraft getreten sind. Die ersten Ärztinnen und Ärzte im Praktikum erwarten wir gegen Ende des Jahres. Die Prüfungen laufen derzeit. Voraussichtlich werden etwa 650 Studierende das Staatsexamen bestehen. Sie erhoffen sich so bald wie möglich einen Arbeitsplatz als Arzt/Ärztin im Praktikum, um die Ausbildung beenden zu können.

Was darf der Arzt im Praktikum tun ...

Dazu noch einige Anmerkungen: Ich darf in Erinnerung rufen, daß die AiP-Zeit mit zwei Jahren in der Bundesärzteordnung vorgeschrieben ist mit einer Übergangszeit von 18 Monaten. Diese gesetzliche Bestimmung gilt derzeit noch, wird aber im Zusammenhang mit dem Gesundheitsreformgesetz geändert werden. Es werden definitiv 18 Monate bleiben. Zwischendurch ist plötzlich mal der Gedanke aufgekommen, die AiP-Zeit auf ein Jahr zu verkürzen. Das wurde sehr schnell wieder weggewischt, weil jedermann klar war, daß dies sinnlos wäre. Auch das Inkrafttreten wurde um ein Jahr verschoben, weil man die Sorge hatte, daß nicht genügend Arbeitsplätze vorhanden sind. – Zu diesem Thema gab es eine Reihe von Gesprächen im Innenministerium.

Von ärztlicher Seite nahmen die Kammer, die Kassenärztliche Vereinigung, der Chefarztverband, der Marburger Bund und der Belegarztverband teil, dazu die Kassen und die Krankenhausgesellschaft, also alle, die mit der Frage befaßt sind. Es gab natürlich eine Reihe von Zweifeln, die hier erst einmal diskutiert werden mußten und zum Teil ausgeräumt werden konnten. Die erste Frage war die: wie sieht es



Niederbayerische Delegierte

denn überhaupt rechtlich mit der Beschäftigung von Ärzten im Praktikum aus? Es gab Publikationen, in denen ausgeführt wurde, daß der Arzt im Praktikum so gut wie gar nichts tun darf – im Gegensatz zu dem, der eine Approbation hat. Ich habe das zum Anlaß genommen, die Urteile des Bundesgerichtshofes zu analysieren und habe im Juli-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ dann die Rechtslage dargestellt, und zwar anhand der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes. Das einzig Konkrete, woran man sich orientieren kann, ist nämlich die Rechtsprechung.

Mit ministeriellen Ermunterungen: „Das geht alles gut und die könnt ihr schon beschäftigen!“, oder so ähnlich, ist uns nicht geholfen. Wenn nämlich ein Fall schiefgeht, dann entscheidet nicht der Minister, sondern allein die Gerichte. Es gibt heute bereits eine Reihe von Grundsatzzurteilen des Bundesgerichtshofes, bei denen es sich um die Beschäftigung von approbierten jungen Ärzten handelt. Wenn man diese Urteile genau liest und wertet, dann kommt man zu dem Ergebnis, daß – rein rechtlich gesehen, also aus der Sicht der Rechtsprechung – zwischen dem jungen approbierten Arzt im ersten Jahr und dem Arzt im Praktikum im ersten Jahr überhaupt kein Unterschied besteht: beide müssen sorgfältigst angeleitet und begleitet werden. Der Bundesgerichtshof hat hier sehr subtile Ausführungen gemacht. Man muß sich wirklich die Zeit nehmen, die Begründungen zu lesen, wie subtil hier die Richter die Aufgabe und Verantwortung des weiterbildenden Arztes dargestellt haben. Insofern ändert sich hier also nichts.

... und wo findet er einen Arbeitsplatz?

Aber die andere Frage war natürlich die der Arbeitsplätze. Erster Differenzpunkt war, wieviel Ärzte im Praktikum auf eine Planstelle eines bisherigen Assistenzarztes eingestellt werden sollen. Der Marburger Bund vertritt die Meinung, daß drei AiPs auf einer Assistenzarztstelle beschäftigt werden können. Die Krankenhausträger würden am liebsten nur 2 oder 2,2 anrechnen. Wir haben uns dann auf einen Schlüssel von 2,5 geeinigt; das heißt, wenn eine Assistentenstelle frei wird, dann kann sie mit 2,5 AiPs – das geht schlecht – dann können also zwei Stellen mit fünf AiPs besetzt werden.

Die Frage, ob nun genügend AiP-Stellen da sind, wurde zu meiner Überraschung auch unter dem Gesichtswinkel diskutiert: „Ja, müssen wir den AiP denn nicht abschaffen,

wenn nicht genügend Stellen da sind?“

Damit ist doch überhaupt nicht geholfen! Auf einer bisherigen freierwerbenden Assistenzarztstelle können wir 2,5 AiPs unterbringen. Wären es approbierte Ärzte, dann käme pro Stelle nur einer dran! Das heißt, daß ohne die AiP-Zeit – jedenfalls für die 18 Monate – die Arbeitsplatzsituation noch viel ernster, viel schwieriger wäre. Wir haben wenigstens auf diese Weise – und man mag sonst darüber denken, wie man will – die Chance, den jungen Kolleginnen und Kollegen für eineinhalb Jahre die Möglichkeit einer Arbeit am Krankenbett, in der Krankenanstalt zu bieten. Was dann auf sie zukommt, ist eine ganz andere Frage, denn natürlich tritt dann die volle Realität des Stellenmangels ein, und wir müssen uns damit abfinden, daß es sicher nicht möglich sein wird, sämtliche jungen Ärzte auf einem Weiterbildungsplatz unterzubringen.

AiP-Umfrage der Kammer: schwacher Rücklauf

Wir haben von der Kammer aus im August eine Umfrage gemacht, und zwar haben wir diejenigen Ärztinnen und Ärzte angeschrieben, die eine Weiterbildungsermächtigung besitzen; das sind in Bayern rund 2000. Wir haben angefragt: „Wie sieht es denn in Ihrer Abteilung, in Ihrem Krankenhaus aus? Können Sie AiPs beschäftigen, gegebenenfalls wie viele?“ Dabei haben wir zeitlich gestaffelt, wie viele noch in diesem Jahr und wie viele im ersten oder im zweiten Halbjahr des nächsten Jahres. Ich sagte schon, 650 erwarten



Oberpfälzische Delegierte



Oberfränkische Delegierte

wir jetzt und im nächsten Jahr dürfen nach Feststellung des Innenministeriums etwa 1000 Absolventen ihr Medizinstudium beenden.

Leider haben bis heute nur ein Viertel der angefragten Kollegen geantwortet und daraus konnten wir entnehmen, daß in diesem Jahr noch 130 AiP-Stellen besetzbar werden. Im nächsten Jahr sind es etwa 500, die uns angegeben wurden. Das bedeutet also insgesamt bis Ende 1989 629 Stellen, bei einem Viertel der Angefragten. Ich möchte nun natürlich nicht einfach hochrechnen und sagen, es sei somit das Vierfache an AiP-Stellen zu erwarten. Es ist zu befürchten, daß unter denen, die noch nicht geantwortet haben, auch viele sein werden, die uns eine negative Antwort geben. Auch unter den jetzigen Antworten sind ja schon viele negative enthalten. Aber ich könnte mir vorstellen, daß — unter Berücksichtigung der Weiterbilder und Krankenhausträger, die noch nicht geantwortet haben — möglicherweise die 1600 Stellen bis Ende nächsten Jahres zur Verfügung stehen werden. Allerdings werden sich die jungen Kolleginnen und Kollegen auf Wartezeiten einstellen müssen, denn die Stellen werden ja nicht alle von heute auf morgen frei und diese Zeit muß leider abgewartet werden. Soviel also zum Stellenplan für die Ärzte im Praktikum.

Der AiP ist Mitglied des Kreisverbandes

Der Vorstand hat sich dann mit weiteren Fragen beschäftigt. Eine davon war die: wie ist denn die Stellung des Arztes im Praktikum im Rahmen unserer Körperschaften? Die Ant-

wort ist eindeutig: der Arzt im Praktikum ist ordentliches Mitglied des Ärztlichen Kreisverbandes wie jeder Arzt. Er hat zwar nicht die Approbation, aber er erhält eine Arbeitserlaubnis nach § 10 der Bundesärzteordnung.

Die zweite Frage war: sollen Beiträge erhoben werden oder sollte man, nachdem sich die Kolleginnen und Kollegen in Ausbildung befinden, darauf verzichten? Die Meinungen dazu sind auch bei uns geteilt. Darüber sollte dieser Ärztetag entscheiden. Sollen Beiträge erhoben werden, ja oder nein? Wenn ja, dann unter den normalen Bedingungen der Beitragsordnung, also entsprechend den Entschädigungen, die hier gezahlt werden.

Wir haben auch überlegt, welche Hilfestellung wir leisten können für die Durchführung der AiP-Zeit. Der AiP muß bekanntlich sechs Seminare von je zwei bis drei Stunden Dauer ableisten. Wir haben uns bereit erklärt, die Organisation für diese Seminare zu übernehmen. Wir haben einen AiP-Ausweis gestaltet, der den Delegierten vorgelegt wurde. Dieser Ausweis hat einen Anhang mit sechs Feldern. Die AiPs sollen, darüber besteht Einigkeit, vier wissenschaftliche und zwei berufskundliche Seminare absolvieren. Ich habe Gespräche geführt mit den großen Fortbildungsveranstaltern und darf mich bedanken bei den großen Fortbildungsveranstaltern in Augsburg, in Regensburg; bei den Internisten, die ja sehr viel Fortbildung in Bayern durchführen. Auch unser eigener Kongreß in Nürnberg ist natürlich eingeschlossen. Die AiPs werden Gelegenheit haben, an solchen Fortbildungsver-

anstaltungen teilzunehmen, die ihnen dann als Seminare angerechnet werden.

Die beiden berufskundlichen Seminare werden wir selber organisieren und auch personell besetzen. Wir werden sie an mindestens drei Orten in Bayern anbieten, damit die Anfahrtswege möglichst kurz sind. Wir wollen hier den AiPs jede Hilfestellung geben. Damit ist aber zugleich auch gewährleistet, daß sie sich beim Ärztlichen Kreisverband anmelden. Sie werden darauf hingewiesen, bekommen beim Ärztlichen Kreisverband, wenn sie sich anmelden, ihren AiP-Ausweis und sind damit in der Lage, ihre sechs Seminare abzuleisten, die nachgewiesen werden müssen bis zur Approbation. Soviel also zur Durchführung der AiP-Zeit. Ich hoffe, daß es gelingen wird, die Stellen bereitzustellen, damit die Wartezeiten nicht allzu lange werden.

Mangel an Pflegepersonal?

Ein kurzes Wort zu einem Diskussionspunkt der letzten Zeit: Mangel an Pflegepersonal. Wenn man in den letzten Jahren von Eltern gefragt wurde: „können Sie mir gar nicht helfen, daß ich einen Platz für meine Tochter in einer Schwesternschule bekomme“, dann war es wirklich nur mit großer Mühe möglich, gelegentlich ein junges Mädchen unterzubringen. Jetzt höre ich von den Schwesternschulen, daß sie zum Teil bereits erstaunlich wenige Anmeldungen haben. Das Interesse scheint also rückläufig zu sein. Dabei ist die Entwicklung der Zahl der Pflegekräfte in Bayern an sich positiv. Wir hatten in Bayern 1972 23 600 und 1986 über 43 000 Pflegekräfte. Der Schlüssel war 1975 noch 27,6 Pflegekräfte auf 100 Betten, 1986 bereits 40,9 Pflegekräfte auf 100 Betten. Das ist eine, wie ich meine, doch sehr positive Entwicklung — und dennoch Überlastung? Die Arbeitszeit wurde natürlich in der Zwischenzeit verkürzt. Wie Sie wissen, stehen wir ja neuerdings vor einer Verkürzung der Arbeitszeit auf 38,5 Stunden. Das bedeutet, daß ein Mehrbedarf in der Bundesrepublik von 20 000 Pflegekräften entstehen wird. Die Mehrkosten für die Krankenhausbehandlung werden zwischen 1,3 und 1,5 Milliarden DM geschätzt; dabei ist zu bedenken, daß bereits heute ein Drittel der Gesamtausgaben der ge-

Wir machen den Weg frei

Thema:

Zusatzrente

Sichern Sie sich heute schon Ihre private Zusatzrente im Ruhestand. Mit unserem Vorsorgeplan können Sie Ihre persönlichen Wünsche verwirklichen. Damit Sie auch in Zukunft finanziell unabhängig bleiben.



Raiffeisenbank

Die Bank mit dem freundlichen Service

setzlichen Krankenversicherung für Krankenhausbehandlung aufgewendet wird. Es wurde ja schon mehrfach angekündigt, daß man Stationen schließen müsse, weil keine Pflegekräfte mehr zur Verfügung stehen.

Es wird soviel davon geredet, wir hätten zu viele Betten! Ich finde, über die Schließung von Stationen wegen Mangels an Pflegekräften könnte man eigentlich jetzt einmal einen Modellversuch machen, wie viele Betten wir schließen können, ohne daß eine Krise der Krankenhausversorgung eintritt. Das wäre vielleicht der einzige Weg, denn sonst glaube ich nicht, daß irgendwelche Abteilungen geschlossen werden. Vielleicht hätte damit der Mangel an Pflegekräften auch einmal einen positiven Aspekt, weil sich dann herausstellen würde, wie viele Betten unbedingt notwendig sind oder wie viele noch abgebaut werden können.

Angebot der HIV-Untersuchung: große Resonanz

Das Thema AIDS behandle ich nicht, denn darüber sind Sie alle genügend informiert. Ich wollte Sie nur über zwei Zahlen informieren. Im ersten Quartal 1988 wurden bei der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns über 10 000 Untersuchungen und Behandlungen von AIDS oder HIV-Positiven oder solchen, die es befürchteten, über Krankenschein abgerechnet. Diese Patienten sind regu-

lär – also nicht anonym – mit Krankenschein zum Arzt gegangen – über 10 000 in einem Quartal

Wir haben eben bekenntlich mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung eine Vereinbarung abgeschlossen, die für Bayern die anonyme HIV-Untersuchung bei einem niedergelassenen Arzt ermöglicht. Jeder bayerische Bürger oder auch der, der sich in Bayern aufhält, kann zu irgendeinem Arzt gehen und dort die Blutentnahme – anonym unter einer Kennziffer – durchführen lassen. Im ersten Quartal dieses Jahres sind fast 12 000 Personen zu niedergelassenen Ärzten gegangen und haben ihr Blut auf HIV untersuchen lassen. Also allein über niedergelassene Kassenärzte sind insgesamt etwa 22 000 HIV-Untersuchungen gelaufen. Die Zahlen des zweiten Quartals stehen mir noch nicht zur Verfügung.

Richtlinien über die „persönliche Leistungserbringung“

Sie haben schließlich im „Bayerischen Ärzteblatt“ (September 1988) eine Veröffentlichung gefunden „Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung“. Im Zusammenhang damit sind einige Gerüchte entstanden über schwerwiegende Konflikte zwischen Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung. Dem ist nicht so. Es gab zwar Meinungsverschiedenhei-

ten – und wir haben deutliche Worte gesprochen wegen einiger Verfahrensfragen –, aber diese Richtlinien, die jetzt publiziert sind, werden voll von beiden Seiten, BÄK und KBV, getragen. Sie enthalten Grundsätze – zum Teil natürlich auch spezielle Aussagen zur kassenärztlichen Tätigkeit, und zwar auch beteiligter Krankenhausärzte – und das scheint mir nützlich zu sein. Die Meinungsverschiedenheit ging eigentlich in erster Linie darum, ob es notwendig war, in allen Punkten eine Abstimmung mit den Krankenkassen vorzunehmen. Aus bayerischer Sicht wäre das mit Sicherheit nicht notwendig gewesen, denn wir haben in keinem Fall erlebt, daß etwa Kassen Anzeigen bei Staatsanwälten erstattet hätten wegen nicht erbrachter Leistungen – wobei es im allgemeinen ja darum geht, daß sich Kassenärztliche Vereinigungen und Kassen nicht einigen konnten. In anderen Bundesländern hat man solche Konflikte offenbar in großer Zahl erlebt. Für Bayern eine undenkbar Situation!

... letztlich war die Abstimmung mit den Kassen sinnvoll

Ich bin aber dennoch recht froh, daß diese Richtlinien nun auch mit den Kassen abgestimmt worden sind. Denn gerade vor kurzem habe ich erfahren, daß man auf die Idee gekommen ist, ob nicht die Schwestern in den Sozialstationen es übernehmen könnten, bei Patienten zu Hause Infusionen anzulegen. Nach den Richtlinien, die wir jetzt haben, ist eindeutig klargestellt, daß Infusionen zwar von einer Hilfskraft angelegt werden können, aber nur bei Anwesenheit des Arztes, also während er selbst in der Praxis ist. Bei der Blutabnahme muß der Arzt nicht anwesend sein, aber die Infusion, die intravenöse Injektion darf nur in Anwesenheit des Arztes vorgenommen werden. Ich hoffe, daß diese Richtlinien „Anforderungen an die persönliche Leistungserbringung“ auch allgemein gelesen werden. Sie sind sicher eine gute Hilfestellung.

Noch ein letzter Hinweis: wir haben Ihnen von Mitgliedern des Vorstandes eine Reihe von Entschließungsanträgen zu den verschiedensten Themen vorgelegt. Ich brauche sie im einzelnen nicht zu erläutern, schon um Zeit zu sparen. Sie werden sicher im Rahmen der Diskussion erörtert werden.

Band 74 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

„Diagnose und Therapie der Aortenaneurysmen und des Schwindels – Neues auf den Gebieten der Diagnostik und Therapie – Chronische gastroenterologische Erkrankungen – Neues bei Diagnose und Therapie maligner Tumoren – Aspekte der Psychosomatik in Klinik und Praxis“

– Vorträge des 38. Nürnberger Fortbildungskongresses der Bayerischen Landesärztekammer, 1987 –

kann über die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, unter Beifügung von DM 5,- in Briefmarken als Schutzgebühr angefordert werden.

– Alle Kassenärzte in Bayern erhalten diesen Band durch ihre Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns –

Ergänzung des Tätigkeitsberichtes

Vizepräsident Dr. H. Hege

Dem umfangreichen Bericht des Herrn Präsidenten habe ich nur wenig nachzutragen. Insbesondere bin ich ihm sehr dankbar, daß er mir die jährliche Pflichtübung, über die Auszehrung des Patienten „Allgemeinmedizin“ zu berichten und ihm herzliche Besserung zu wünschen, abgenommen hat.

Die Allgemeinmedizin ist von Auszehrung betroffen und wir können gar nichts dagegen tun, soweit ich sehe. Ich meine aber, wir sollten das Problem auch nicht zu sehr dramatisieren. Die hausärztliche Ebene, das heißt die hausärztliche Versorgung durch unzureichend ausgebildete Ärzte, ist für die Patienten meiner Erfahrung nach kein Sicherheitsrisiko. Es ist für unser System ein Wirtschaftlichkeitsrisiko, wir haben immer wieder darauf hingewiesen und die Zahlen zeigen es langsam sehr deutlich. Dieses Wirtschaftlichkeitsrisiko betrifft uns alle indirekt mit. Verantwortlich sind wir nicht dafür.

Zum Thema „Assistenzberufe“ möchte ich nachtragen, daß wir beabsichtigen, im Herbst diesen Jahres, das heißt jetzt in den nächsten Monaten, die Sachverständigen aus allen Kreisverbänden zu versammeln, um die Situation, die sich jetzt nach Regelung der Ausbildungsfragen für Arzthelferinnen geklärt hat –

auf der juristischen Ebene geklärt hat –, um nun über die Umsetzung zu reden und hier uns den Sachverständigen derer, die die eigentliche Ausbildungsarbeit leisten, zugute kommen zu lassen und auszunutzen.

Zum Thema „Berufsordnung“ habe ich eine Bemerkung zu machen: Es ist immer wieder in der Auseinandersetzung mit dem ärztlichen Werbeverbot das Argument zu hören, sachliche Information sei keine Werbung. Und es ist auch kürzlich in einem Fortsetzungsartikel in einer ärztlichen Tageszeitung diese These vertreten worden. Ich warne vor dieser Einstellung und ich möchte das erklären.

Unsere Berufsordnung verbietet grundsätzlich dem Arzt die Werbung und macht dann konkrete Ausnahmen. Sie weiß sehr wohl, daß jede Information Werbung sein kann und jede Werbung Information enthält.

Die beiden Begriffe schließen sich nicht aus, sie überdecken sich, sie ergänzen sich wie etwa im Koordinatensystem Ordinate und Abszisse. Deshalb geht es ins Leere, das Argument der Sachlichkeit vorzubringen. Eine sachliche Information wäre zum Beispiel, daß ein Internist auf seinem Arztschild mitteilt, daß er ein EKG hat. Das ist eine sachliche Information, objektiv ist sie nicht, denn er

müßte schreiben: ich habe ein EKG wie alle anderen Internisten auch. Dieses, um Ihnen zu sagen: Sachlichkeit als solche ist noch keine Begründung für die Zulässigkeit einer werbewirksamen Information. Wir haben daher in der Berufsordnung – um endlose Auseinandersetzungen, insbesondere eine der Rüstungsspirale ähnliche Werbungsspirale mit Hilfe der Marketingleistung, zu vermeiden – den Weg gewählt, die zulässigen werbewirksamen Ankündigungen als Ausnahmen von der grundsätzlichen Regel in der Berufsordnung konkret festzulegen.

Ich kann nur warnen davor, eine andere Schiene der Argumentation zu begehen. Selbstverständlich wird das Prinzip, das ich eben nannte, dadurch nicht aufgehoben, daß jemand mit gutem Recht – wie ich bei manchen Dingen meine – fordert, daß die in der Berufsordnung aufgezählten Ausnahmen vermehrt oder verändert werden müssen.

Daß die Berufsordnung hie und da angepaßt werden muß, das bringt das Prinzip nicht in Gefahr und ich glaube, daß die Berufsordnung tatsächlich ein lebendiger Organismus ist, der veränderten Verhältnissen angepaßt werden muß. Nur – dann muß es auf dem Weg einer konkreten Änderung in die Berufsordnung eingehen und darf nicht auf dem Wege abstrakter Ableitung in die Berufsordnung hineininterpretiert werden.

HYPERFORAT®

Depressionen, psychische und nervöse Störungen,
Wetterfühligkeit, Migräne.

Vegetativ stabilisierend, gut verträglich, MAO-Hemmung.

Zusammensetzung: Hyperforat-Tropfen: 100 g enthalten: Extr. fl. Herb. Hyperici perf. 100 g, stand. auf 0,2 mg Hypericin* pro ml. Enth. 50 Vol.-% Alkohol. Hyperforat-Dragees: 1 Dragee à 0,5 g enthält: Extr. sicc. Herb. Hyperici perf. 40 mg, stand. auf 0,05 mg Hypericin* Vit. B-Komplex 1 mg. * und verwandte Verbindungen, berechnet auf Hypericin.

Anwendungsgebiete: Depressionen, auch im Klimakterium, nervöse Unruhe und Erschöpfung, Wetterfühligkeit, Migräne, vegetative Dystonie.

Tropfen in der Kinderpraxis: Enuresis, Stottern, psychische Hemmungen, Reizüberflutungssyndrom.

Gegenanzeigen: Keine.

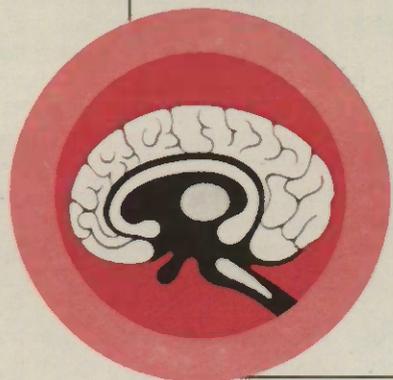
Nebenwirkungen: Photosensibilisierung ist möglich, insbesondere bei hellhäutigen Personen.

Dosierung: Hyperforat-Tropfen: 2–3 x täglich 20–30 Tropfen vor dem Essen in etwas Flüssigkeit einnehmen. Hyperforat-Dragees: 2–3 x täglich 1–2 Dragees vor dem Essen einnehmen. Zur Beachtung: Bei Kindern entsprechend geringer dosieren. Die letzte tägliche Einnahme möglichst vor dem Abend. Häufig ist eine einschleichende Dosierung besonders wirksam.

Handelsformen und Preise: Hyperforat-Tropfen: 30 ml DM 9,27; 50 ml DM 14,47; 100 ml DM 24,46. Hyperforat-Dragees: 30 St. DM 7,48; 100 St. DM 18,96.



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



Aus den Ausschüssen

Nach den Referaten von Professor Dr. Dr. h. c. Sewerling und Vizepräsident Dr. Hege berichteten die Vorsitzenden der von der Kammer eingerichteten Ausschüsse über Schwerpunkte ihrer Arbeit

Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

Dr. E. Thäle

Zu Beginn meines Tätigkeitsberichtes erlaube ich mir auch heute, also vor dem deskriptiven Teil, wieder ein paar Vorbemerkungen, die durch ihre Aktualität und Fragestellung an und über die ärztliche Fortbildung in der jüngsten Vergangenheit in den Raum gestellt wurden. Ein Charakteristikum der Wissenschaft unserer Zeit scheint mir die außerordentlich rasche Vermehrung der Erkenntnisse zu sein, die sich besonders für den Arzt in einer ebenso rasch zunehmenden Fülle von Daten, die für seine Tätigkeit von Belang sind, äußert. In immer kürzeren Abständen tritt eine neue Generation von Ärzten ins Berufsleben, die eine von der älteren Generation zum Teil erheblich abweichende Ausbildung erhalten hat. Die Folgerung daraus ist, daß – was das Wissen anbelangt – von einer einheitlich praktizierten Medizin nicht mehr die Rede sein könnte, wenn nicht ein ständiger Ausgleich durch das erfolgte, was wir „ärztliche Fortbildung“ nennen.

Eine solche Fortbildung existiert in mancherlei Form und in großer Fülle, und es gibt keinen seinen Beruf ausübenden Arzt, der davon unberührt bliebe oder bleiben könnte.

Unter Fortbildung versteht der sich fortbildende Arzt wohl alle Informationen, Kenntnisse, Fertigkeiten und Techniken, die er nach Abschluß von Ausbildung und Weiterbildung erwirbt, während er bei allen wie immer gearteten Stellen, die Fortbildungsinformationen und Mittel und Gelegenheit bereithalten und anbieten, annehmen muß, daß ein Ordnungssystem existiert, in dem es ein bestimmtes Ziel und Methoden zu seiner Erreichung gibt. Da aber die Motivation zum Anbieten von Fortbildungsveranstaltungen aller Art doch sehr unterschiedlich ist, existiert ein solches System nicht oder auch noch nicht. Die sogenannte Serviceleistung von Vereinen, Verbänden, von

indirekten Werbeabsichten, wirtschaftlichen Interessen der Zeitschriften und Buchverlage, von den selbstgewählten Aufgaben der wissenschaftlichen Gesellschaften, den Fortbildungsaktivitäten der Krankenhäuser und Kliniken bis zur gesetzlichen Auftragserfüllung von Körperschaften öffentlichen Rechts, wie sie die Kammern darstellen, sind die Ziele und Absichten differenziert zu sehen.

Das Ziel aber der ärztlichen Fortbildung muß sein, das ärztliche Wissen und Können zu vertiefen und es laufend dem wissenschaftlichen Fortschritt anzupassen, um von diesem Wissensstand her die bestmögliche Patientenversorgung zu gewährleisten. Wenn nach wie vor besonders Kritik in der Öffentlichkeit an der ärztlichen Fortbildung geübt wird, so mag die Ursache dafür in verschiedenen Interessensphären der jeweiligen Kritiker liegen.

Wenn aber Unkenntnis der Kritiker über die wahre Lage Ursache eines Mißverständnisses ist, so liegt die Schuld daran wohl auch auf unserer Seite, weil wir zu wenig dazu beigetragen haben, die Kenntnis von dem, was tatsächlich geschieht, zu verbreiten.

In diesem Sinne leite ich gerne zu dem deskriptiven Teil meiner Ausführungen über: Die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung hat im Berichtszeitraum dreimal getagt, und zwar am 6. November 1987 in München im Ärztehaus Bayern, am 14. Januar 1988 in Köln traditionell anlässlich des dort seit zehn Jahren gleichzeitig von der Bundesärztekammer veranstalteten Interdisziplinären Forums „Fortschritt und Fortbildung in der Medizin“ und am 8. Juli 1988 erneut in München.

Über die ausschließlichen Aktivitäten der ärztlichen Fortbildung durch die Berufsvertretung der Ärzte Bayerns ist auch bereits im „Bayerischen Ärzteblatt“ ausführlich informiert worden, so daß ich auch in diesem Zusammenhang wieder darauf verweisen kann.

Wir haben uns im Berichtsjahr in der Akademie wieder einmal mit der Problematik Fortbildungsverpflichtung und/oder Pflichtfortbildung eingehend befaßt. Dankenswerterweise hat an der Novembersitzung des Jahres 1987 auch der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer teilgenommen und uns weitgehende Hilfestellung zur Zielsetzung und Zielfindung einer gemeinsamen Meinungsbildung gegeben. Wir waren uns dabei eindeutig klar, daß allein der Nachweis einer durchgeführten Fortbildung von sich aus noch nichts über die Effizienz oder Effektivität aussagen könne. Wenn gleich bei Kolleginnen und Kollegen, die nachweislich sehr häufig an Fortbildungsveranstaltungen – welcher Art auch immer – teilnehmen, der Grundsatz gelten mag „semper aliquid haeret“, so besitzen wir doch keine Kenntnis darüber, wieviel

a) „hängen geblieben ist“

und

b) wieviel von dem neu Gehörten, Gesehenen oder Erlernen nun schließlich in diagnostische und therapeutische Effektivität umgesetzt worden ist.

Dieses ist ein außerordentlich schwieriger und problematischer Weg.

Wir haben auf Anregung des Krankenhausausschusses der Bayerischen Landesärztekammer in unsere Schwerpunktthemen zusätzlich aufgenommen Themen, die die psychosoziale Betreuung der Patienten durch Ärzte und Pflegepersonal beinhalten und aufgrund einer eingehenden und differenzierten Diskussion innerhalb der Akademieteilnehmer das Thema „Der Schmerz als interdisziplinäre Aufgabe des Arztes (einschließlich der Verordnung von Behandlungsmitteln)“.

Da wir uns gemeinsam darüber klar werden, daß es eine „Schmerzkrankheit sui generis“ nicht gibt, sondern dem Schmerzsymptom eine Ursache zugrunde liegen muß, die von verschiedenen Erkrankungen kausal ausgelöst wird, haben wir auch besonderen Wert auf die interdisziplinäre Aufgabe gelegt, wengleich die Möglichkeit einer gewissen Verselbständigung der Schmerzsymptomatik durchaus bestehen kann.

In der Januarsitzung in Köln wurde bezüglich der Finanzierung ärzt-



Mittelfränkische Delegierte

licher Fortbildungsveranstaltungen auf Kreisverbandsebene festgestellt, daß die Situation für die körper-schaftsgetragene Fortbildung zum Teil schwieriger wurde, da sich die Pharmaindustrie von Fortbildungsveranstaltungen, wie sie bisher durch Unterstützung der Übernahme von Einladungskarten, Porto, Saalmiete erfolgt war, zunehmend zurückzog.

Da die körperschaftsgetragenen Ver-anstaltungen ohnehin aufgrund des Kammerbeschlusses, der Ihnen bereits vor einem Jahr vorgestellt wurde, arzneimittelwerbeneutral und durch selbst bestimmte Referenten durchgeführt werden sollen, wurde zur weiteren Einsparung vor allem vorgeschlagen:

1. Benutzung kostengünstiger Räume, Kammer, Kassenärztliche Vereinigung, Rotes Kreuz, Universitäten.
2. Senkung der Kosten durch Bewirtung, durch Reichen eines kleinen bescheidenen Imbisses, der nach wie vor wünschenswert ist, da sich viele Kollegen direkt aus der Praxis in die ärztliche Fortbildungsveranstaltung – vor allem, wenn es sich um abendliche Veranstaltungen handelt – begeben.

Auch die Möglichkeit zweckgebunden „zu erhebende Beiträge für die Ärztliche Fortbildung von den Ärztlichen Kreisverbänden“ wurde diskutiert, aber zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht empfohlen. Schließlich und endlich wurden auch Beschränkungen der regelmäßigen Einladungen auf die Kollegen, die dies ausdrücklich wünschten, diskutiert, doch andererseits auch die Möglichkeit gesehen, daß dann bestimmte

Kollegen aus der ärztlichen Fortbildung ausgegrenzt werden.

Jedenfalls sollten sich die ärztlichen Körperschaften so früh wie möglich in ihrer Fortbildungsplanung auf diese Situation einstellen.

Es würde zu weit führen, auf alle Details unserer intensiven Arbeit und ebenso intensiven Diskussionsbeteiligung aller Akademiemitglieder noch einzugehen.

Im Jahre 1987 haben an Fortbildungsveranstaltungen der ärztlichen Berufsverbände, Ärztlichen Kreisverbände, regionale bayerische Fortbildungszentren, Fortbildungskongresse der Landesärztekammer, Klinische Fortbildung, Notarztfortbildungen und sonstige Veranstaltungen insgesamt 78 744 Kolleginnen und Kollegen teilgenommen. Dies ist selbstverständlich ein Mehrfaches der in Bayern tätigen Ärzte, woraus ersichtlich ist, daß die Ärzte sich mehrmals im Jahr fortbilden.

Eine ganz enorme Steigerung der Teilnehmerzahlen weist die Klinische Fortbildung in Bayern im Berichtsjahr auf, ein Trend, den wir nunmehr über Jahre verfolgen können.

Im Berichtsjahr jedenfalls besuchten ein Plus von 41,5 Prozent oder etwas mehr als 10 000 Ärzte die insgesamt 294 Fortbildungsveranstaltungen (im Vorjahr 213 Veranstaltungen). Diese Teilnehmerzahl belegt also die Attraktivität dieses Angebotes und auch das Interesse an dieser Art der Fortbildung.

Bei all diesen berichteten Fakten muß es einen, der seit Jahrzehn-

ten verantwortlich in der ärztlichen Fortbildung praktisch vor Ort mitarbeitet, nachdenklich stimmen, wenn man in dem Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen aus dem Jahre 1988 u. a. liest, ich zitiere: „Ob er, der Arzt, seiner Fortbildungsverpflichtung nachkommt, wird nicht kontrolliert. Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen soll die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen für den Kassenarzt Pflicht werden. U. a. sollte die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen als Qualitätsnachweis dem Patienten angezeigt werden können und zu Honorarzuschlägen durch die Kasse des Versicherten führen. Zur Förderung einer Qualitätssicherung in allen ärztlichen Bereichen befürwortet der Rat die Errichtung einer Stiftung (ähnlich der Stiftung Warentest), die unabhängig von ärztlichen Körperschaften, aber vom Sachverstand der ärztlichen Fachgesellschaften getragen werden sollten und dies unter geellener Mitwirkung von Konsumentenorganisationen.“

Es heißt dann weiter: „Es kommt nicht in erster Linie darauf an, über die letzten Entwicklungen in der Hochleistungsmedizin zu orientieren, sondern Defizite in der täglichen Praxis aufzuzeigen und abzubauen.“

Und weiter wird die periodische Erneuerung der Approbation mindestens mittelbar gefordert, zum anderen sei auch die Finanzierung der Fortbildung durch die Kassen zu prüfen, zum Beispiel durch Gewährung von Prämien oder Übernahme von Kursgebühren.

Ganz offenbar soll wohl das Niveau ärztlicher Fortbildung gesenkt werden, wenn es auf Fertigkeiten im Alltag reduziert wird. So jedenfalls der Text. Damit ist das Ziel des interdisziplinären Forums in Köln völlig verkannt worden, da es nämlich Neues aus der Wissenschaft daraufhin überprüfen soll, ob es über die Fortbildung weiter vermittelt werden soll. Wie aber die zitierten Defizite in der alltäglichen Praxis eruiert werden sollen, bleibt leider offen. – Dies auch zunächst kommentarlos als Sachdarstellung.

Aber ganz offenbar soll hier wohl die periodische Erneuerung der Approbation durch Politiker gefordert werden, wie sie zum Teil bereits in den USA als Erneuerung der Lizenz bei



Unterfränkische Delegierte

nachgewiesener Teilnahme (!) an der Fortbildungsveranstaltung gegeben wird. – Dieses allerdings, und das muß dazu bemerkt werden, in den USA nach Zahlung einer bestimmten Gebühr, deren Höhe nicht gerade als gering zu bezeichnen ist.

Eine Pflichtfortbildung, wie anfangs ausgeführt, das heißt also, nur eine Teilnahme an einer Fortbildung als Qualitätsnachweis anstelle der bisher bestehenden Fortbildungsverpflichtung einzusetzen, verbürgt ebensowenig mehr Sachkenntnisse, als wenn ich zum Beispiel in den Bundestagssitzungen in die leeren Reihen – nicht nur der Hinterbänkler – schaue, dann aber beim Hammelsprung trotzdem ein volles Abstimmungshaus überraschenderweise erkenne. – Mit wieviel Sachkenntnis oder effizientem Wissen wurde und wird dabei wohl abgestimmt?

Lassen Sie mich aber zusammenfassen: Wir haben uns in der Akademie für ärztliche Fortbildung besonders bemüht, Themen, Referenten, klinische Fortbildung, Seminare, praktische Übungen und dergleichen den Ärzten und auch dem ärztlichen Hilfspersonal anzubieten. Dieses wurde nachgewiesenermaßen intensiv genutzt.

Zum Abschluß meiner Ausführungen bedanke ich mich bei allen Mitgliedern der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung für ihre Aufgeschlossenheit und aktive Mitarbeit. Ich bedanke mich bei den Sachbearbeitern der Bayerischen Landesärztekammer, den Kollegen Dr. Stordeur und Dr. Amarotico, bei dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer und unserem Herrn Kammerpräsidenten für die aufgeschlossene

Hilfe, die konstruktiven Vorschläge und für die zustimmenden Beschlüsse der Anträge der Bayerischen Akademie.

Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“

Professor Dr. D. Kunze

Ich habe Ihnen aus der Arbeit des Ausschusses „Angestellte und beamtete Ärzte“ zu berichten und werde mich bemühen, mich kurz zu fassen, damit wir unser Programm abwickeln können.

Leicht fällt mir dies nicht, da es natürlich eine Vielzahl drängender Fragen gerade für die Kolleginnen und Kollegen gibt, denen die Arbeit unseres Ausschusses gilt.

Mehr als 80 vom Hundert der angestellten und beamteten Ärzte sind an klinischen Einrichtungen tätig; ein erheblicher Teil von ihnen an Universitätskliniken. Es war und ist deshalb nicht zu vermeiden, daß sich unser Ausschuß auch mit Krankenhausfragen und mit Fragen des Hochschul- und Hochschullehrerrechts befaßt hat, wir also im Zuständigkeitsbereich anderer Ausschüsse dieser Kammer zwangsläufig „wildern“ mußten und von mir dementsprechend zu berichten ist.

Im zurückliegenden Jahr haben vier Sitzungen unseres Ausschusses stattgefunden. Die Themen finden Sie in dem Ihnen vorliegenden schriftlichen Geschäftsbericht. Hier sei nun

über einige Schwerpunkte besonders berichtet:

Einige Anmerkungen zum sogenannten „Gesundheits-Reformgesetz“ (GRG), das wohl nach unserer Überzeugung wirkliche Reformansätze vermissen läßt.

Daß der Präsident in seinem Bericht vor allem die Fragen angesprochen hat, die unsere niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen berühren, ist verständlich. Es ist ja auch immer wieder davon die Rede, daß das Krankenhaus, unser bevorzugter Arbeitsplatz, bei der Reform ausgespart werde. Geschähe dies wirklich, wäre es nur konsequent, da das Krankenhausfinanzierungsrecht ja erst vor zwei Jahren tiefgreifend verändert wurde und Erfahrungen über die Kostenrelevanz dieser Änderungen bisher kaum vorliegen. Es ist aber falsch, daß das Krankenhaus nicht betroffen wäre. Bundesarbeitsminister Blüm will 1,5 Milliarden DM allein am Krankenhaus sparen. Ich frage mich wie, angesichts laufend steigender Krankenhaushäufigkeit bei sinkender Verweildauer, immer komplizierteren Methoden der Krankenhausmedizin – auf die auch diejenigen nicht verzichten wollen, die mehr „Humanität im Krankenhaus“ fordern –, vor allem aber angesichts der sich dramatisch verändernden Bevölkerungsstruktur. Mehr als zwölf Millionen unserer 60 Millionen Mitbürger sind inzwischen älter als 60 Jahre.

Es ist illusionär, zu erwarten, daß ein laufendes Mehr an Leistungen mit einem geringeren finanziellen Einsatz bewirkt werden kann. Es ist auch an der Zeit, zu realisieren, daß die Bundesrepublik mit ihrem Aufwand für Krankenhausbehandlung im internationalen Vergleich am Ende der Skala zu finden ist. In der Schweiz liegen die Krankenausgaben bei 3,5 Prozent des Bruttosozialprodukts und belaufen sich auf 47 Prozent der gesamten Gesundheitsausgaben; in den USA sind es 4,7 Prozent und 47 Prozent, in den Niederlanden gar 5,7 Prozent und 65 Prozent! Bei uns beansprucht das Krankenhaus ganze 2,8 Prozent des Bruttosozialprodukts und knapp ein Drittel der Aufwendungen im Gesundheitswesen.

Daß dem so ist, ist nicht zuletzt einer vergleichsweisen schlechten Personalausstattung und dem Umstand zuzuschreiben, daß unsere Kolleginnen und Kollegen in erheblichem Umfang



Schwäbische Delegierte

auch noch heute Mehrarbeitsleistungen erbringen, ohne die wir viele unserer Krankenhausfachabteilungen schließen könnten. Für diese Mehrarbeitsleistungen wird teilweise keine Vergütung beansprucht, teilweise keine gewährt und wenn sie gewährt wird, dann mit Vergütungssätzen, für die viele unserer Mitbürger die Hand nicht rühren würden.

Wer im Krankenhaus und in vielen anderen Bereichen unseres Gesundheitswesens sparen will, muß entscheiden, welche Leistungen er dort nicht mehr erbracht sehen will!

Das GRG übernimmt durch die Verklammerung der Ausbildungsphase „Arzt im Praktikum“ und einer besonderen kassenärztlichen Vorbereitungszeit zumindest von den zeitlichen Anforderungen her die „EG-Richtlinien Allgemeinmedizin“. Im Ausschuß waren wir der Meinung, daß der Versuch unternommen werden sollte, die besondere Vorbereitung auf eine kassenärztliche Tätigkeit, wenn sie schon beibehalten werden soll, in die neue Ausbildungsphase AiP einzuarbeiten, an deren zweijähriger Dauer also festzuhalten. Wenn sich der Gesetzgeber zu dieser Maßnahme aber nicht entschließen kann, so ist es nach unserer Auffassung auf jeden Fall erstrebenswert, daß die sechsmonatige Vorbereitungszeit in Kassenpraxen auch als Arzt im Praktikum abgeleistet werden kann. Die 18monatige AiP-Zeit wäre dann eben nach der Approbation um weitere sechs Monate ärztlicher Tätigkeit zu ergänzen. Für wenig befriedigend halten wir es, wenn Zeiten der Ausbildung in der Kassenpraxis nicht auf die besondere kassenärztliche Vorbereitung angerechnet würden.

Bleibe es bei den bisherigen Vorstellungen aus dem Hause Blüm, so würden Praxen nicht im wünschenswerten Umfang für die Realisierung der Ausbildungsphase zur Verfügung stehen, weil in ihnen dann ja anschließend die besondere kassenärztliche Vorbereitungszeit abzuleisten wäre.

Ganz wesentlichen Raum hat in den Beratungen unseres Ausschusses die bevorstehende Novellierung des Bayerischen Hochschulrahmengesetzes eingenommen. Sie ist mehr als überfällig, da sie nach den Vorgaben des Hochschulrahmengesetzes eigentlich schon zum Ende des Jahres 1987 fällig gewesen wäre. Der Bayerische Landtag wird die Detailberatung über den vorliegenden Regierungsentwurf wohl in den nächsten Wochen in den beteiligten Ausschüssen aufnehmen. Nach unserer Auffassung bietet die Novellierung die Möglichkeit, längst überfällige Korrekturen an der Personalstruktur in Kliniken vorzunehmen.

Seit Jahren beanstanden wir, daß an unseren Kliniken nicht nur gegen den Geist tarifvertraglicher Vorschriften, sondern auch gegen die Intentionen des Landesgesetzgebers verstoßen wird! Unterzieht man die Personalverzeichnisse der medizinischen Fakultäten einer kritischen Lektüre, kommt man zu dem Ergebnis, daß mindestens 80 Prozent der neu eingestellten Kolleginnen und Kollegen als sogenannte „Wissenschaftliche Hilfskraft“ beschäftigt werden, also in einem Status, in dem sich die Nachteile sowohl des Beamtenstatus wie des eines Angestellten in geradezu vollendeter Weise verbinden. Von den Vorteilen der beiden Beschäfti-

gungsformen bleibt der „Hilfskraft“ nichts.

Als bei der Beratung des gegenwärtig geltenden Bayerischen Hochschulrahmengesetzes in den Jahren 1977/78 aus allen Fraktionen Einwendungen gegen die Hilfskraft laut wurden, wiegelte das Kultusministerium ab. Ich darf der Einfachheit halber aus dem Sitzungsprotokoll des Landtagsausschusses für kulturpolitische Fragen vom 14. Juni 1978 zitieren:

„Er (Anmerkung: Ministerialdirigent Kiessling) könne namens des Kultusministeriums darauf hinweisen, daß die gegenwärtige Beschäftigungsstruktur an den Kliniken nicht geändert werde. Zwar sehe Art. 25 vor, daß wissenschaftliche Mitarbeiter ... als Wissenschaftliche Hilfskräfte beschäftigt werden können – und dies gelte sicherlich grundsätzlich auch für den Fachbereich der Medizin –, doch an den Kliniken sei die Beschäftigung Wissenschaftlicher Hilfskräfte derzeit die Ausnahme. Er könne verbindlich erklären, daß es hierbei auch in Zukunft verbleiben soll.“

Von der verbindlichen Erklärung ist wenig geblieben. Es ist nun Zeit und Gelegenheit, die Hilfskraft im Klinikbereich zu beseitigen.

Die Mitglieder unseres Ausschusses bitten Sie, entsprechende Anträge zu unterstützen. Das sollte um so leichter fallen, als das Bayerische Landesarbeitsgericht vor kurzem in einem Grundsatzprozeß, den der Marburger Bund Bayern eingeleitet hat, den Freistaat praktisch des „Etikettenschwindels“ bezichtigt und festgestellt hat, daß ein Arzt, der überwiegend zur Krankenversorgung beizutragen hat, nicht aus dem Geltungsbereich tariflicher Vorschrift quasi herausgeschwindelt werden kann.

Problematisch erscheint unserem Ausschuß allerdings auch der „Zeitbeamtenstatus“ für solche Kolleginnen und Kollegen, die letztlich eine Qualifizierung zum Hochschullehrer nicht anstreben. Sicher ist der Verdacht nicht abwegig, daß der Beamtenstatus vorzugsweise deshalb praktiziert worden ist, weil man auf diese Weise glaubte, sich um die Entschädigung umfangreicher Mehrarbeitsleistungen der Kolleginnen und Kollegen herumdrücken zu können. (Einen anderen und sachlich überzeugenden Grund vermag ich jedenfalls nicht zu erkennen.) Ich freue

mich, daß wohl auch hier nun ein Wandel durchsetzbar erscheint: Der Bayerische Verwaltungsgerichtshof hat vor kurzem entschieden, daß die Vorenthaltung des beamtenrechtlich gebotenen Freizeitgleichs für Mehrarbeitsleistungen zu Schadenersatzansprüchen des Beamten führt. Wir hoffen, daß es angesichts dieser Entscheidung nun auch möglich sein wird, insgesamt sinnvollere Personastrukturen an den Hochschulkliniken durchzusetzen. Warum eigentlich soll der einzelne Kollege nicht das Recht haben, seinen Status frei zu wählen!

Es liegt nahe, daß uns die Schaffung einer zusätzlichen Ausbildungsphase „Arzt im Praktikum“ und deren Realisierung beschäftigt hat.

Wie in der gesamten Ärzteschaft, so war auch in unserem Ausschuß die Meinung geteilt, ob der „Arzt im Praktikum“ eine angemessene und sinnvolle Lösung ist, das nach allgemeiner Überzeugung bestehende Praxisdefizit in der ärztlichen Ausbildung zu beseitigen. Ich will auf Für und Wider hier nicht eingehen. Begnügen Sie sich mit meiner Aussage, daß eine Ausschlußmehrheit den AiP als das kleinste denkbare Übel bewertet und seine Einführung als unausweichlich akzeptiert hat.

Einhellig sind wir allerdings der Auffassung, daß nun alles unternommen werden muß, diesen Ausbildungsabschnitt ohne größeren zeitlichen Verzug für die Betroffenen zu realisieren. Schon auf dem 40. Bayerischen Ärztetag haben wir ja mehrere Entschlüsse einstimmig oder doch mit breiter Mehrheit hier verabschiedet, die sich mit der Stellenproblematik für den AiP beschäftigt haben.

Zunehmende Besorgnis entstand im Ausschuß aber deshalb, weil auch die Umsetzung unserer seinerzeitigen Forderungen im Bayerischen Staatsministerium des Innern, wie ich meine nur sehr zögerlich, in Angriff genommen worden ist. Zwar hat sich der geforderte Gesprächskreis endlich im Dezember vergangenen Jahres etabliert, der erhoffte Druck auf die bayerischen Krankenhausträger läßt aber noch immer auf sich warten.

Staatssekretär Rosenbauer und die zuständige Gesundheitsabteilung des Innenministeriums haben vor einigen Wochen ihre Überzeugung zum Ausdruck gebracht, daß es in Bayern keine ernsthaften Schwierigkeiten geben wird, die erste „Rate“ an AiP unterzubringen. Der Umstand, daß es sich nur um etwa 650 Kolleginnen und Kollegen handelt, also entschieden weniger als die in den Examensterminen durchschnittlich anstehenden 1000, läßt uns diesen Optimismus teilen. Die Unruhe bei den Betroffenen ist aber unübersehbar und verständlich. Es besteht eine verbreitete Unsicherheit, ob und wo am Ende die erforderlichen Stellen vorhanden sind.

Wir werden Ihnen mehrere Anträge vorlegen, die über den Vorstandsantrag hinaus die AiP-Problematik zum Gegenstand haben. Am wichtigsten ist es nach unserer Auffassung jetzt, unverzüglich einen Überblick über die vorhandenen Stellen zu schaffen, ein entsprechendes Verzeichnis aufzulegen und Druck auf unsere bayerischen Krankenhausträger auszuüben, vorhandene oder zu schaffende Stellen auch zu melden. Wie sollen das Innenministerium als verantwortliche Staatsbehörde, die Landesärztekammer als Partner ihrer jungen

Pflichtmitglieder, vor allem aber die Fachvermittlungsstellen der Arbeitsverwaltung Ihrem Auftrag gerecht werden, wenn Krankenhausträger und leitende Krankenhausärzte die Stellenfrage als geheime Kommandosache behandeln?

Ihnen, Herr Präsident, und Herrn Vizepräsidenten Fuchs als dem AiP-Bbeauftragten der Kammer gebührt Dank für das Bemühen, von den Weiterbildungsermächtigten leitenden Ärzten unserer Krankenhäuser konkrete Zahlen zu erfragen. Der noch recht bescheidene Rücklauf – meines Wissens haben nur etwas mehr als ein Viertel der befragten Kollegen geantwortet – zeugt nicht gerade von ausgeprägtem Verantwortungsgefühl. Wir bitten Sie, bei den Weiterbildern die Anfrage nachdrücklich in Erinnerung zu bringen. Vielleicht auch mit dem Hinweis darauf, daß staatlicher Zwang unverzichtbar sein wird, wenn Krankenhausträger und Ärzte sich als unfähig erweisen sollten, in verantwortungsbewußter freier Entscheidung zur Umsetzung des neuen Ausbildungsrechts beizutragen.

Hochschulausschuß

Professor Dr. W. Hecker

Der Hochschulausschuß hat fünf Sitzungen abgehalten. Er hat drei Schwerpunkte gewählt, und zwar das Hochschul- und das Hochschulrahmengesetz, den Rechtsschutz für die Ärzte an den Universitätskliniken und die Kapazitätsverordnung.

Ein langes und wichtiges Gespräch hat stattgefunden um das schon in Ihrem Kreisa oft diskutierte Thema der wissenschaftlichen Hilfskraft – eine miserable Position, die aber bisher immer noch Bestandteil in den Gesetzen ist. Wir sind der Überzeugung, diese Position hat zu verschwinden! Es muß aber eine Eingangsstufe für die Beamten – Ärzte, wissenschaftliche Assistenten sind Beamte – und den Angestellten geben, die die Möglichkeit schafft, in die eine oder andere Richtung zu gehen.

Wir haben uns dafür eingesetzt, daß die alte Bezeichnung „Dekan“ wieder eingeführt wird statt des Begriffes „Fachbereichssprecher“. Wir haben uns dafür eingesetzt, daß die Position eines Hochschuldozenten

Bayerische Ärzteversorgung

Der Jahresabschluß und der Lagebericht der Bayerischen Ärzteversorgung über das Geschäftsjahr 1987 wurden vom Landesausschuß des Versorgungswerkes in seiner Sitzung am 29. Oktober 1988 diskutiert und zustimmend entgegengenommen.

Ein Exemplar des Jahresabschlusses und des Lageberichtes wird auf Wunsch jedem Mitglied gerne übersandt.

Postanschrift: Bayerische Ärzteversorgung, Postfach, 8000 München 22

geschaffen wird für jene habilitierte Kollegen, für die eine Professur nicht möglich ist, daß man diese qualifizierten Ärzte an den Universitätskliniken behält.

Wir haben uns dafür eingesetzt, daß das Chaos, welches entstehen wird, wenn aufgrund der Gesetzgebung alle Professoren — die Münchener Fakultät hat 370 medizinische Professoren — stimmberechtigt sind. Das heißt, alle unsere Fakultätsausschüsse müßten mit 370 Leuten tagen und Sie können sich vorstellen, was da entsteht! Wir haben uns dafür eingesetzt, daß hier normale Bahnen geschaffen werden.

Wir sind dafür eingetreten, daß die pensionierten und emeritierten Professoren nach wie vor Lehrveranstaltungen tätigen dürfen und auch prüfen dürfen. Aber, diese Tätigkeit darf nicht in die Kapazität des Verhältnisses Studenten und Patientenbetten in Beziehung gesetzt werden. Es muß diese Regelung also kapazitätsneutral sein.

Wir haben uns beschäftigt mit dem sehr wichtigen Gesetzesteil, der besagt, daß die C2-Professuren dann, wenn die Inhaber ausscheiden, entweder umgewandelt werden in C3-Professuren oder in die Position eines A14-Beamten auf Lebenszeit.

Die Kapazitäts- oder Professoren-schwemme in unserem deutschen Raum, die durch die letzte Gesetzgebung entstanden ist, ist hiermit zu mildern. Eine Zahl: in München haben wir an den beiden Fakultäten 500 Professoren, fast mehr als Assistenten!

Nun, letztens haben wir zwei Themen andiskutiert, die im Augenblick noch der Beratung im kommenden Berichtsjahr anstehen, und zwar den Rechtsschutz für die Ärzte an den Universitätskliniken. Die Kommunen haben einen Rechtsschutz geschaffen, der sich dafür einsetzt und dafür in Aktion tritt, daß bei Fehlern in der Behandlung dieser Rechtsschutz den Arzt schützt. Das gibt es an den Universitätskliniken nicht, einfach deswegen nicht, weil der Staat der Überzeugung ist, daß er weder für sich noch für seine Mitarbeiter eine Haftpflichtversicherung einsetzen kann.

Es ist, wie Sie wissen, das Staatshaftungsgesetz gescheitert. Es ist kas-

siert worden — es war ja verabschiedet — auf Antrag von Bayern und Baden-Württemberg, und in dieser Sache werden wir tätig sein mit der Unterstützung der Juristen unserer Kammer.

Nun, eine entscheidene Frage steht zur Diskussion an, und zwar die Kapazitätsverordnung. Die Kapazitätsverordnung besagt ja, wieviel Studenten wir ausbilden müssen. Wir bilden ja doppelt soviel aus, wie wir brauchen. Es gibt zwei Gutachten, die sich mit der Überprüfung des Parameters der Kapazitätsverordnung beschäftigt haben. Um es ganz kurz zu sagen, die Ergebnisse lauten: die studentische Ausbildung ist ungenügend, viel zu viel Studenten, viel zu wenig Dozenten und viel zu wenig Patienten. Erstens ist das Ergebnis: entweder mehr Betten zur Studentenausbildung oder weniger Studenten und zweitens: Es muß den Fakultäten überlassen werden, wie sie den Auftrag, junge Ärzte auszubilden, selber bestreiten aufgrund ihrer Patientenbettenzahlen und aufgrund der vorhandenen Lehrer, und es ist nicht den Gerichten zu überlassen, ohne medizinische Einsicht einfach Studenten in die Fakultäten hineinzupressen.

Ich glaube, daß ich Ihnen im nächsten Jahr berichten kann, wie hier eine Entscheidung fallen kann, und sie wird möglicherweise eine Änderung in der Zahl unserer auszubildenden Studenten bewirken.

Krankenhausausschuß

Professor Dr. G. Wündisch

Der Krankenhausausschuß konnte erst relativ spät tätig werden, nachdem durch die konstituierende Vollversammlung die Mitglieder nicht bestimmt worden waren und dies erst in den ersten Vorstandssitzungen der jetzigen Legislaturperiode erfolgte.

Zunächst gilt mein Dank Professor Dr. Zimmer, dem langjährigen bisherigen Vorsitzenden des Krankenhausausschusses, der sich wegen entstandener Differenzen nicht mehr in der Lage sah, den Vorsitz weiter zu übernehmen. Um so erfreulicher ist seine weitere Mitarbeit im Ausschuß.

Ich darf mir erlauben, zunächst einige Bemerkungen zu der jetzigen perso-

nellen Zusammensetzung des Krankenhausausschusses zu machen, dem jetzt sechs niedergelassene Kollegen angehören, darunter drei Belegärzte, bei einer Gesamtzahl von 16 Mitgliedern sowie sechs leitende Krankenhausärzte. Die jetzige Zusammensetzung war zunächst von einigen beargwöhnt worden, wobei eine nicht sachdienliche Einmischung der niedergelassenen Kollegen in Krankenhausangelegenheiten befürchtet wurde.

Es muß ausdrücklich festgestellt werden, daß die bisherige Ausschubarbeit gezeigt hat, daß diese Zusammensetzung sich als sehr positiv ausgewirkt und bislang bewährt hat. Es besteht für mich kein Zweifel, daß diese gemischte Zusammensetzung dazu beitragen wird, das Verständnis der ärztlichen Berufsgruppen zueinander zu fördern und daß Möglichkeiten vorhanden sind, daß dieser Ausschuß Modelle entwickelt für eine sinnvolle und insgesamt ja erforderliche Verzahnung von ambulanter und stationärer Versorgung.

Gerade unter dem Blickwinkel der im Gesundheits-Reformgesetz geplanten prä- und poststationären Diagnostik bzw. Therapie ist es notwendig, daß die Gesamtärzteschaft tragfähige Vorstellungen aufzeigt, die einer kontinuierlichen Versorgung der Bevölkerung dienlich sind und die die berechtigten Interessen sowohl der niedergelassenen Ärzte wie auch der Krankenhausärzte bzw. der Krankenhausträger berücksichtigt. Es besteht für mich kein Zweifel, daß, wenn dieses gelingt, wenig sinnvollen Vorstellungen des Gesetzgebers zu diesem Problem tragfähige Lösungen gegenüber gestellt werden können.

Wie im Geschäftsbericht der Bayerischen Landesärztekammer im „Bayerischen Ärzteblatt“ dargestellt, hat sich der Krankenhausausschuß in seinen bisherigen Sitzungen mit dem Problem des Arztes im Praktikum, dem Problem der Blutspendepraxis bzw. den Eigenblutspenden sowie der psychosozialen Betreuung der Patienten im Krankenhaus gewidmet. Auch das Problem der Münchener Krankenhausreform, die ja auch ihre Auswirkungen auf die anderen Krankenhäuser Bayerns haben wird, wurde beginnend behandelt.

Bezüglich des Problemkreises Arzt im Praktikum wurde festgestellt, daß

wahrscheinlich die beste aller schlechten Lösungen jetzt zum Tragen gekommen ist, wobei der Wegfall der Strukturierung zwar die Durchführung des Vorhabens überhaupt erst ermöglicht, auf der anderen Seite jedoch zeigt, daß die für die Praktikumszeit erhobenen Ansprüche an eine vielseitige praktische Ausbildung weitgehend aufgegeben worden sind. Die personelle Struktur des ärztlichen Dienstes an unseren Krankenhäusern wird es in einer Vielzahl der Fälle nicht zulassen, daß vorhandene Assistenzarztstellen, unter welchem Schlüssel auch immer, in Praktikumsstellen umgewandelt werden können. Die vom Gesetzgeber verordnete Kostenneutralität wird nach Ansicht aller Mitglieder des Krankenhausausschusses keinen Bestand haben können und es wird notwendig sein, daß für die Durchführung des Arztes im Praktikum an den Krankenhäusern entsprechende Ausbildungsstellen geschaffen werden.

Besonders schwierig stellt sich jetzt schon die Situation der Kollegen dar, die ihr Examen vor Inkrafttreten der Regelung des Arztes im Praktikum abgelegt und bisher noch keine Stelle in einem Krankenhaus gefunden haben und deren Einstellungsmöglichkeiten durch die Einführung des Arztes im Praktikum jetzt noch weiter verschlechtert worden sind. Unabhängig davon bleibt das Problem bestehen, welches auf die Ärzte zukommt, wenn sie ihre Praktikumszeit abgeleistet haben, da zu diesem Zeitpunkt wohl nur geringe Aussicht besteht, eine Assistenzarztstelle an einem Krankenhaus zu erhalten.

Das Gesundheits-Reformgesetz wurde nur unter dem Blickwinkel behandelt, inwieweit dieses Gesetzesvorhaben seine Auswirkungen auf die Krankenhäuser hat, wobei man sich der allgemeinen bekannten Kritik der verschiedenen Regelungen anschloß.

Ausführlichen Raum nahm die Diskussion über die psychosoziale Betreuung im Krankenhaus ein. Die Modellvorschläge des Kollegen Dr. Bickhardt wurden ausführlich besprochen und der Krankenhausausschuß hat beschlossen, daß an den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer herangetreten wird, entsprechende Fortbildungsangebote seitens der Kammer für im Krankenhaus Beschäftigte, und zwar sowohl für ärztliches als auch für Pfl-

gepersonal, durchzuführen. Erfreulicherweise hat die Geschäftsführung der Kammer und die Akademie für ärztliche Fortbildung diese Anregung aufgegriffen, und es ist geplant, daß demnächst durch die Bayerische Landesärztekammer entsprechende Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt werden. Dem Ausschuß erscheint es außerordentlich wichtig, daß dieses Fortbildungsangebot in die Tat umgesetzt wird und daß für alle kenntlich wird, daß sowohl für Ärzte in der Klinik wie auch in der niedergelassenen Praxis nicht eine entseelte Apparatemedizin, sondern mit medizinischer Diagnostik und therapeutischer Leistung auch eine umfassende psychosoziale Betreuung durch die Ärzteschaft und das Pflegepersonal angestrebt wird.

Die zukünftige Arbeit im Krankenhausausschuß wird sicherlich auch das Problem der Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser behandeln müssen, wobei auch der sogenannte Pflegenotstand, die zunehmende Zahl von Patienten mit Mehrfacherkrankungen und von älteren Patienten im Zusammenhang mit der demographischen Entwicklung Beachtung finden müssen.

Hilfsausschuß

Dr. Dr. E. Graßl

Die in der Vollversammlung am 17. Januar 1987 in den Hilfsausschuß gewählten Vertreter der Ärztlichen Bezirksverbände trafen am 20. November erstmals zusammen, und zwar Dr. Günter Bauer (Rosenheim), Dr. Dr. Erich Graßl (München), Dr. Hans Heuberger (Schwabach), Dr. Hans-Joachim Kliesch (Sulzbach-Rosenberg), Dr. Josef Neustifter (Dingolfing), Dr. Horst Rusche (Bad Neustadt), Dr. Clemens Sebald (Bamberg) und Dr. Heiko Thiele (Füssen).

In der Sitzung wurde als 1. Vorsitzender Dr. Dr. Erich Graßl gewählt, als Stellvertreter Dr. Hans-Joachim Kliesch. In den „Kleinen Hilfsausschuß“, der schnelle Entscheidungen treffen muß, wurden Dr. Dr. Erich Graßl, Dr. Hans-Joachim Kliesch und Dr. Horst Rusche gewählt.

Die Bezieher von Unterstützungen durch den Hilfsfonds werden von Jahr zu Jahr weniger. Im Jahre 1987 sind zwei Ärzte und fünf Arztwitwen

verstorben. Es gab keinen Neuzugang. Im Dezember waren es insgesamt 62 Personen; damit verminderte sich die Zahl gegenüber Dezember 1986 um zwölf Bezieher. – Im Durchschnitt bekommen sechs Ärzte und 57 Arztwitwen bzw. -waisen Beihilfe. Im ersten Halbjahr 1988 waren es 59 Personen, vier Ärzte und 55 Arztwitwen bzw. -waisen. Die Gesamtzahl der Unterstützten verteilt sich auf folgende Altersgruppen:

50 bis 59 Jahre =	1 Person
60 bis 69 Jahre =	1 Person
70 bis 79 Jahre =	19 Personen
80 bis 90 Jahre =	27 Personen
91 bis 95 Jahre =	7 Personen
96 bis 100 Jahre =	3 Personen
darüber =	1 Person

Die Ausgaben gingen von Jahr zu Jahr zurück. Während sie früher von einem jährlichen Beitrag für jeden Kassenarzt von DM 50,- gedeckt wurden, werden sie jetzt von den Beiträgen aller Mitglieder der Bayerischen Landesärztekammer aufgebracht. 1984 betragen die Ausgaben DM 485 712,-, 1985 waren es DM 435 239,-, 1986 waren es DM 443 876,- und 1987 sind es DM 428 332,-. Im Laufe der Geldentwertung wurden die Zuwendungen fast alle zwei Jahre erhöht und betragen jetzt – je nach Notwendigkeit – zwischen DM 100,- und DM 1400,- monatlich.

Alle Empfänger monatlicher Beihilfen und einige nicht laufend Unterstützte, aber Hilfsbedürftige, erhielten ein Weihnachtsgeld von DM 350,-, das in einigen besonderen Notfällen um DM 200,- erhöht wurde.

Für die Weihnachtsbeihilfen wurden 1987 DM 25 950,- aufgebracht. Ein Großteil davon wurde durch die Weihnachtsspenden, die auf den alljährlichen Spendenaufruf der Bayerischen Landesärztekammer im November-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ (mit Zahlkarte) eingingen, finanziert, nämlich DM 13 102,-; dazu kamen noch andere Spenden (Verzicht auf Sitzungsgelder usw.), und zwar DM 8463,-, also insgesamt DM 21 565,-. Allen Spendern herzlichen und aufrichtigen Dank!

Wir möchten auch dieses Jahr wieder recht herzlich um Weihnachtsspenden bitten; die Bayerische Landesärztekammer stellt für jede Spende eine Spendenquittung für das Finanzamt aus.

Weiterhin wird den Empfängern von laufenden Beihilfen aus Anlaß ihres 75., 80., 85. usw. Geburtstages, je nach wirtschaftlicher Notlage, zwischen DM 100,- bis DM 200,- mit herzlichen Glückwünschen überwiehen. Überhaupt wird der Kontakt mit den durchwegs Hochbetagten (Hilfe in Wohnungsangelegenheiten, Besorgung von Pflegeheim-Plätzen usw.) sehr gepflegt und erfordert viel Zeit. Dank dafür dem kaufmännischen Geschäftsführer der Bayerischen Landesärztekammer, D. Jürgens, und seinen Mitarbeiterinnen.

Es ist schon Tradition, daß die Bayerische Landesärztekammer jährlich dem Verein „Die Arztfrau“ zu einer Adventfeier die Räume im Ärztehaus Bayern zur Verfügung stellt. Sie war auch im letzten Jahr mit Musik und fröhlichen Gedichten umrahmt, und wie immer konnte der Vorsitzende dem Verein, der auch von sich aus viele bedürftige und kranke Arztfrauen und -witwen betreut, einen Scheck in Höhe von DM 2000,- von den bayerischen Ärzten überreichen.

Herzlichen Dank allen Kolleginnen und Kollegen in Stadt und Land, die mit ihrem Beitrag einer großen Anzahl sonst notleidender Kollegen, Kolleginnen und -witwen dadurch einen einigermaßen angenehmen und sorgenfreien Lebensabend ermöglichen.

Gemeinsame Kommission Daten- schutz

Dr. K. Rösch

Beginnen darf ich mit den Datenschutzfragen in unserem ärztlichen Bereich, mit denen sich auch der Bundes- und der bayerische Datenschutzbeauftragte befaßt hatten.

Der Bundesdatenschutzbeauftragte ist ärztlicherseits zur Frage der Zulässigkeit einer Weitergabe von Patientendaten durch die Krankenkassen an die Staatsanwaltschaft im Zuge von Ermittlungsverfahren gegen Ärzte eingeschaltet worden. In seiner Stellungnahme wies er darauf hin, daß – abgesehen von einer richterlichen Auskunftsanordnung oder der Einwilligung des Patienten – eine Offenbarung nur in Frage kommt, wenn dies zur Erfüllung einer gesetzlichen Aufgabe der Krankenkasse

erforderlich ist. Dann gestattet das Sozialgesetzbuch Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen auch eine Offenbarung in Zusammenhang mit der Durchführung von Strafverfahren.

Die Überprüfung der ordnungsgemäßen Leistungserbringung bzw. Abrechnung ist selbstverständlich Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. der Krankenkassen. Daraus ist zu folgern, daß auch die Erstattung einer Strafanzeige bzw. die Unterstützung der Strafverfolgungsbehörden durch Offenbarung von Arzt- und Patientendaten zulässig ist, wenn Anhaltspunkte für strafrechtlich relevanten Leistungsmissbrauch oder Abrechnungsmanipulationen bestehen.

Eine Verpflichtung zur Anzeige besteht aber nicht.

Der Bundesdatenschutzbeauftragte widmete sich auch dem Komplex AIDS und Datenschutz.

Die Konferenz der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder hat dazu sogar einen eigenen Arbeitskreis eingerichtet.

Bezüglich des AIDS-Fallberichtsboogens des Bundesgesundheitsamts, der den Ärzten und Krankenhäusern zur freiwilligen Meldung von Krankheitsfällen zur Verfügung gestellt wurde, war die Frage der Anonymisierung strittig. Aus den im Berichtsbogen enthaltenen Angaben selbst läßt sich zwar die Person des Betroffenen nicht feststellen. Eine echte Anonymisierung ist aber auch nicht gegeben, weil zum Beispiel mit entsprechendem Zusatzwissen oder über den meldenden Arzt eine Identifizierung möglich wäre.

Der Bundesdatenschutzbeauftragte hält aber dennoch den derzeitigen Anonymisierungsstand für ausreichend. Denn eine Identifizierung ist nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand zur Ermittlung von Zusatzdaten möglich bzw. wäre nur über den meldenden Arzt unter Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht erreichbar. Diese Möglichkeiten können deshalb außer Betracht bleiben – eine, wie ich meine, vernünftige Betrachtungsweise.

Nach der sogenannten Laborberichtsverordnung sind Ärzte und Einrichtungen, die den Bestätigungstest

zum Nachweis von Antikörpern gegen HIV durchführen, zur anonymen Meldung positiver Ergebnisse an das zentrale AIDS-Register beim Bundesgesundheitsamt verpflichtet. Bei dieser Meldung werden weder Namensbestandteile erfaßt, noch wird ein Schlüssel zur Personenkennzeichnung verwendet. Auch findet keine Verknüpfung der auf dem Fallberichtsbogen und der nach der Laborberichtsverordnung gemeldeten Daten statt, so daß Meldung und Erfassung datenschutzrechtlich unbedenklich sind.

Soviel zum Bericht des Bundesdatenschutzbeauftragten. Lassen Sie mich beim Thema „AIDS“ bleiben. Hier hat sich in letzter Zeit bei uns in Bayern einiges getan.

Die Bayerische Staatsregierung hatte ja ein Konzept zur AIDS-Bekämpfung entwickelt, das von der intensiven Aufklärung, Beratung und Hilfe für die Infizierten bis zu konkreten Zwangsmaßnahmen reichte. Diesbezüglich brachte Bayern im Bundesrat auch einen Antrag zur Änderung des Bundesseuchengesetzes ein. Darin war u. a. eine namentliche Meldepflicht des behandelnden Arztes analog dem Geschlechtskrankheiten-Gesetz vorgesehen. Und zwar sollte der Arzt einen HIV-infizierten Patienten melden, wenn der durch Tatsachen begründete Verdacht besteht, daß dieser Patient trotz Belehrung durch seine Lebensweise oder seine allgemeinen Lebensumstände eine Übertragungsfahr bildet. Unter den gleichen Voraussetzungen sollte der Arzt einen Patienten melden, bei dem der Verdacht einer Infektion besteht und der sich weigert, eine HIV-Bestimmung vornehmen zu lassen. Die bayerische Initiative, die auch mit einem Entschließungsantrag zur Schaffung spezieller datenschutzrechtlicher Regelungen für die Übermittlung und Speicherung von Daten im Rahmen der AIDS-Bekämpfung verbunden war, ist bekanntlich im Bundesrat gescheitert.

Mangels spezieller gesetzlicher Regelungen gelten daher die allgemeinen Grundsätze der ärztlichen Schweigepflicht, das heißt, daß die Mitteilung des Arztes an Dritte über die AIDS-Erkrankung des Patienten nur im Rahmen eines rechtfertigenden Notstandes zulässig sein kann. Es muß also in jedem Einzelfall zwischen dem Schutz der Intimsphäre des Patienten einerseits und der

Gefährdung von Gesundheit und Leben Dritter andererseits abgewogen werden. Danach ist der Arzt nicht verpflichtet, aber berechtigt, Intimpartner des Infizierten über die AIDS-Erkrankung zu Informieren, wenn der Patient trotz Aufklärung und Beratung seinen Partner nicht unterrichten will und auch nicht die vom Arzt anempfohlenen Schutzmaßnahmen ergreifen will. Diese Berechtigung kann aber zur Verpflichtung werden, wenn nicht nur der Infizierte, sondern zugleich auch die von der Ansteckung bedrohte Person Patient des Arztes ist, zum Beispiel der Ehepartner des Infizierten. Dann geht im Falle der Uneinsichtigkeit des AIDS-Kranken die Schutzpflicht aus dem Behandlungsvertrag der Schwellgepflicht vor.

Auf bayerischer Ebene konnte immerhin die für jeden Bürger kostenlose AIDS-Untersuchung durch niedergelassene Ärzte und poliklinische Einrichtungen mit einer Vereinbarung zwischen dem Freistaat Bayern und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns realisiert werden. Bei diesem Test ist die Anonymität voll gewahrt. Mit Berechtigungsscheinen, die bisher bei den Krankenkassen ohne jegliche Angaben erhältlich waren, kann ein Arzt aufgesucht werden. Ab 1. September dieses Jahres bedarf es auch keines Berechtigungsscheines mehr. Der Arzt erfaßt nur Geschlecht, Alter in Jahren und die ersten beiden Ziffern der Postleitzahl des Wohnortes. Sonstige Daten, die zu einer Identifizierung des Untersuchten führen könnten, werden weder von dem aufgesuchten Arzt noch vom beauftragten Labor erhoben. Die Kosten der Untersuchung trägt der Freistaat Bayern. Auch bei der Abrechnung der Untersuchungen über die KVB ist die Anonymität gesichert. Diese Abrechnung muß

getrennt von Kranken- und Überweisungsscheinen erfolgen. Durch den Landesdatenschutzbeauftragten sind deshalb gegen das Verfahren keine Bedenken erhoben worden.

Dessen vorbehaltslose Zustimmung fand auch die zentrale onkologische Dokumentation der Kammer und der KVB. Die gesamte Datenerhebung, Übermittlung und Speicherung erfolgt hier ja auf der Basis der Patienteneinwilligung. Ich darf Ihnen einen Satz aus dem Bericht des Landesdatenschutzbeauftragten zitieren, der lautet: „Die Bereitschaft der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Anliegen des Datenschutzes zu berücksichtigen, möchte ich an dieser Stelle besonders hervorheben.“

Es freut mich, daß unser Bemühen, das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu wahren und zu schützen, auch außerhalb unserer eigenen Körperschaften einmal Anerkennung findet. Ich habe auch umgekehrt Anlaß, dem Landesdatenschutzbeauftragten, Herrn Oberhauser, und seinem Mitarbeiter Herrn Amstädter für ihr Verständnis gegenüber den medizinischen Belangen bei diesem Projekt zu danken. Das betrifft insbesondere den Umstand, daß durch die Einwilligung des Patienten vorausgehende schriftliche Information über Art, Umfang und Zweck der Datenspeicherung nicht die individuelle ärztliche Aufklärung des Tumorkranken unterlaufen wird.

Nun darf ich Sie noch über einige Dinge aus dem Kammer- und KV-Bereich informieren:

Datenschutzrechtlich geklärt wurden im Kammerbereich die Fragen, ob

Krankenhausträger den Ärztlichen Kreisverbänden Verzeichnisse der am Krankenhaus tätigen Ärzte übermitteln können. Für die Kreisverbände ist diese Auflistung hilfreich, da es gelegentlich vorkommt, daß Kollegen bei all den mit einem Stellenwechsel bzw. Umzug verbundenen Formalitäten Ihre Anmeldung beim Kreisverband übersehen. Diese Kollegen können dann um Nachholung der Anmeldung gebeten werden. Das bayerische Innenministerium hatte keine datenschutzrechtlichen Einwendungen gegen diese Information der Ärztlichen Kreisverbände.

Im August dieses Jahres habe ich einen Informations- und Kontrollbesuch bei der Zentralen EDV der KVB durchgeführt. Nach meinem letzten Besuch im Dezember 1986 ist eine Sicherheitsanalyse in bezug auf die verschiedensten Gefahrenquellen und Sicherungsmöglichkeiten erstellt worden. Der Vorstand der KVB hat inzwischen die erforderlichen Umbaumaßnahmen im Rechenzentrum beschlossen, über die ich mich vor Ort eingehend informieren konnte. Weiter wurde ein detaillierter Ausweichplan für den eventuellen Katastrophenfall erarbeitet. Im Rechenzentrum ist die Installierung eines neuen, verbesserten Zutrittskontrollsystems geplant. Die Entsorgung von Kohlepapier, Magnetbändern und Karbonbändern funktioniert problemlos. Bei dieser Entsorgung arbeitet die KVB mit einer Spezialfirma zusammen, deren Verfahren nach eingeholter Auskunft des Bayerischen Landesdatenschutzbeauftragten die Anforderungen der höchsten Vernichtungsstufe erfüllt.

Abschließend für die Kollegen in der Praxis noch ein kurzer Hinweis auf eine Gerichtsentscheidung:

Lohmann



Dauerbinde®

Polyurethan-Kettfadenbinde, wahlweise in kräftiger oder feiner Gewebestruktur, überwiegend zum Stützen und Entlasten verwendet sowie für Sportbandagen.

Aufgrund ihres langen Zugs ist die Dauerbinde in der Kompressionsleistung gut variierbar, auch in der Hand des Patienten.

**Dauerbinde –
pflegeleicht, alterungsbeständig, rutschfest**

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

32279/0596

Im Wartezimmer eines Arztes wurde ein Patient bestohlen. Da als Täter offenbar nur ein anderer Patient in Frage kam, verlangte die Strafverfolgungsbehörde vom Arzt die Bekanntgabe des verdächtigen Patienten. Eine Auskunft dazu durfte der betreffende Kollege aber nach Auffassung des Landgerichts zu Recht ablehnen. Das ärztliche Zeugnisverweigerungsrecht nach der Strafprozeßordnung gilt nach Meinung des Gerichts also selbst dann, wenn der Patient sozusagen im Schutze der ärztlichen Vertrauenssphäre – hier in der Arztpraxis – eine strafbare Handlung begeht. Der Kollege, dem solches widerfährt, hat also durchaus die Möglichkeit, die Auskunft darüber zu verweigern, welche Patienten sich zusammen mit dem Bestohlenen bzw. während dessen Behandlung im Sprechzimmer aufgehalten haben.

Punkt 2 der Tagesordnung:

Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer

- 2.1 Rechnungsabschluß 1987
- 2.2 Entlastung des Vorstandes 1987
- 2.3 Wahl des Abschlußprüfers für 1988
- 2.4 Haushaltsplan 1989

Der Rechnungsabschluß des Geschäftsjahres 1987, der den Delegierten innerhalb der in der Satzung vorgesehenen Frist zugegangen war, wurde von dem Vorsitzenden des Finanzausschusses, Dr. Geißendörfer, im einzelnen erläutert. Der Revisor, R. Weinzierl, der auf der Delegiertenversammlung 1986 hiermit beauftragt wurde, hat diesen Rechnungsabschluß geprüft und mit dem erforderlichen Prüfungsvermerk versehen. Die Delegierten billigten den Rechnungsabschluß 1987 – bei einzelnen Enthaltungen – einstimmig.

Im Anschluß hieran stellte Dr. Geißendörfer unter Bezugnahme auf den einstimmigen Beschluß des Finanzausschusses den Antrag, dem Vorstand die Entlastung für das Geschäftsjahr 1987 zu erteilen. Dieser Antrag wurde – bei einzelnen Enthaltungen – ebenfalls einstimmig angenommen.

Von der Delegiertenversammlung ist nach § 15 Abs. 2 der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer ein unabhängiger Prüfer für die Überprü-

fung der Betriebsführung und Rechnungslegung des Jahres 1988 zu bestellen. Hiermit wurde R. Weinzierl, Revisor der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, bereits in den vergangenen Jahren beauftragt. Er wurde auf Antrag von Dr. Geißendörfer auch für das Geschäftsjahr 1988 einstimmig bestellt. Das Ergebnis dieser Prüfung ist dem 42. Bayerischen Ärztetag 1989 mitzuteilen.

Im Anschluß hieran trug der Vorsitzende des Finanzausschusses detailliert den Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 1989 vor. Auf Antrag eines Delegierten wurde der Titel „Öffentlichkeitsarbeit“ erhöht und anschließend der Haushaltsplan 1989 – bei einigen Stimmenthaltungen und einer Gegenstimme – angenommen.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Berufsordnung

Die Vollversammlung der bayerischen Ärzteschaft befaßte sich mit der Änderung der „Berufsordnung für die Ärzte Bayerns“ auf dem Hintergrund der Neutassung der Muster-Berufsordnung, die der Deutsche Ärztetag in Frankfurt beschlossen hatte. Den Delegierten war dazu eine Gegenüberstellung beider Berufsordnungen zugegangen, auf der die neu vorgesehenen Regelungen hervorgehoben waren.

Dem Ärztetag referierte über die vom Deutschen Ärztetag beschlossenen und eventuell anzupassenden Vorschriften der Berufsordnung der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hege, mit den notwendigen Erläuterungen.

Zu den einzelnen vom Ärztetag beschlossenen Änderungen wird auf die Veröffentlichung in diesem Heft unter „Amtliches“ verwiesen (vgl. Seite 517 ff.).

Zur besseren Übersicht wird die nunmehr ab 1. Januar 1989 gültige Fassung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns insgesamt im Mittelteil herausnehmbar veröffentlicht.

Herauszugreifen sind folgende Bestimmungen:

In Anlehnung an die Muster-Berufsordnung des Deutschen Ärztetages wurde in § 1 die Einschaltung einer

bei der Kammer oder bei einer medizinischen Fakultät gebildeten Ethik-Kommission für den Arzt zur Pflicht gemacht.

§ 1 Abs. 5 stellt nunmehr unzweideutig fest, daß die Erzeugung von menschlichen Embryonen zu Forschungszwecken sowie Gentransfer an Embryonen berufsrechtlich verboten sind. Grundsätzlich ist auch die Forschung an menschlichen Embryonen verboten.

Bei der Durchführung der Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und Embryonen muß sich der Arzt ebenfalls an eine bei der Kammer oder bei einer medizinischen Fakultät gebildeten Ethik-Kommission über sein Vorhaben beraten lassen. Grundlage für die Beratung sind die Deklarationen des Weltärztebundes von 1964 (Helsinki) in der revidierten Fassung von 1975 (Tokio) und von 1983 (Venedig).

Zur Information für den Arzt – insbesondere auf dem Hintergrund der seit Jahren hierzu vorliegenden Rechtsprechung – wurde § 1a – Aufklärungspflicht – eingeführt. Diese Bestimmung legt schriftlich fest, was bereits ständige Praxis ist.

§ 5a regelt den Schutz der toten Leibesfrucht, insbesondere, daß die tote Leibesfrucht keiner mißbräuchlichen Verwendung zugeführt wird.

Aufgrund der sich stets ändernden wissenschaftlichen Möglichkeiten wurde auch § 6a (In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer) angepaßt.

Da die Qualitätssicherung ein ganz wesentlicher Bestandteil ärztlichen Handelns ist, war es notwendig, eine entsprechende Regelung (§ 7a BO) in die Berufsordnung mit aufzunehmen. Bei Ausstellen von Zeugnissen über Mitarbeiter und Ärzte in Weiterbildung ist nun eine Frist von vier Wochen nach Ausscheiden in § 12 festgelegt worden.

Die Bestimmung des § 15 (kollegiales Verhalten) wurde noch näher konkretisiert.

Der Bayerische Ärztetag hatte beschlossen, § 15 Abs. 3 um die Sätze 2 und 3 zu ergänzen:

„Der Arzt darf nicht die Notlage stellensuchender Kolleginnen und Kollegen (insbesondere in Weiterbildung)

dadurch ausnutzen, daß unter seiner Mitwirkung unter Umgehung oder Bruch geltender Tarifverträge und anderer Rechtsnormen Arbeitsplätze angeboten werden (z. B. Mißbrauch von Gastarztverträgen). Dasselbe gilt für das Anbieten oder Fördern von Arbeitsverhältnissen, durch die mehrere Ärzte in einen Verdrängungswettbewerb hineingezogen werden."

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat diese Ergänzung für nicht genehmigungsfähig erklärt. Diese Auffassung hatte vorher bereits die Ständige Konferenz „Berufsordnung“ und der Vorstand der Bundesärztekammer vertreten.

In § 20 wurde neben einer überwiegend redaktionellen Änderung in Abs. 1 der Punkt 4 neu aufgenommen, nach der Ärztinnen mindestens drei Monate vor und mindestens sechs Monate nach der Niederkunft vom ärztlichen Notfalldienst befreit sind.

Der § 21 (Werbung und Anpreisung) wurde insbesondere aufgrund der hierzu ergangenen Beschlüsse des Bundesverfassungsgerichtes entsprechend neu gefaßt. Dies gilt auch für die Änderung des § 22 (Arzt und Öffentlichkeit). Sachlich ist dabei das Werbeverbot unberührt geblieben.

In § 23 wurde das Verhältnis zwischen Arzt und Nichtarzt verdeutlicht.

In § 27 wurde redaktionell die schon bisher geltende Vorschrift eingefügt, daß Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnungen auf dem Praxischild nur dann angezeigt werden dürfen, wenn der Arzt in dem Gebiet usw. auch tatsächlich tätig ist. In Abs. 2 wurde der Status des „Durchgangsarztes“ neu aufgenommen, der nun angezeigt werden darf.

Schließlich wurde in § 29 das konkretisiert, was bereits in der Weiterbildungsordnung festgelegt ist, nämlich daß nur die Bezeichnungen aufgenommen werden dürfen, die nach der Weiterbildungsordnung am Ort der Tätigkeit geführt werden dürfen.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern genehmigte – mit Ausnahme der obengenannten Änderung des § 15 – die beschlossenen Änderungen mit Entschließung vom 13. Oktober 1988.

Die Änderungen der Berufsordnung treten am 1. Januar 1989 in Kraft.

Punkt 4 der Tagesordnung:

Satzungsänderung

Das Bayerische Staatsministerium des Innern sah es auf der Grundlage des Kammergesetzes als unabdingbar notwendig an, daß die Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer das Recht zur Wahl ihrer Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag (Vollversammlung der Bundesärztekammer) in der Satzung eindeutig regelt.

Aufgrund dessen hat der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer dem Bayerischen Ärztetag eine Satzungsänderung vorgeschlagen, die soweit möglich wie bisher die föderativen Belange auf Bezirksebene berücksichtigt:

1. Die Anzahl der auf die Bayerische Landesärztekammer entfallenden Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag wird auf die Bereiche der acht Bezirksverbände aufgeteilt.
2. Das Vorschlagsrecht für diese Abgeordneten steht nur den Delegierten aus dem Bereich des einzelnen Ärztlichen Bezirksverbandes zu. Berufen werden können nur Mitglieder aus diesem Bezirksverband.
3. Der Vorgeschlagene muß bei der Wahl anwesend sein oder schriftlich sein Einverständnis erklärt haben.
4. Die Wahl erfolgt durch die Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer aus den Vorschlägen der Delegierten aus dem Bereich jedes Ärztlichen Bezirksverbandes.

Nach eingehender Diskussion wurde die Satzungsänderung vom Bayerischen Ärztetag mit satzungsgemäßer Mehrheit angenommen.

Aufgrund der bald vorzunehmenden Wahl der Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag wurde jedoch darauf verzichtet, diese Regelung im direkten Anschluß hieran in Kraft treten zu lassen.

Der Bayerische Ärztetag hat deshalb beschlossen, die Satzungsänderung zum 1. Juli 1989 in Kraft treten zu lassen. (Das Bayerische Staatsministerium des Innern als aufsichtsführende Behörde hat die Satzungsänderung zwischenzeitlich mit Schreiben vom 13. Oktober 1988 genehmigt, die im amtlichen Teil, Seite 519, veröffentlicht ist.)

Punkt 5 der Tagesordnung:

Besetzung des Landesberufsgerichts und der Berufsgerichte für die Heilberufe bei den Oberlandesgerichten in München und Nürnberg

Da einige Kolleginnen und Kollegen nach der Bestellung zum ehrenamtlichen Richter inzwischen ein Amt in dem jeweiligen Ärztlichen Kreisverband angenommen haben, mußten sie auf eine weitere Tätigkeit als ehrenamtlicher Richter verzichten, da ein Ausschlußgrund im Sinne des Art. 60 Abs. 2 des Kammergesetzes vorlag.

Aufgrund dessen mußte der Bayerische Ärztetag über eine neuerliche Aufstellung von Kolleginnen und Kollegen beraten, wobei der Vorstand bereits einen Vorschlag zur Beschlußfassung vorlegte.

Das zuständige Bayerische Staatsministerium der Justiz dankte allen Kolleginnen und Kollegen für ihre Mitarbeit im Bereich der Berufsgerichte.

Die Vollversammlung billigte diese Vorschlagsliste, die bereits dem Bayerischen Staatsministerium der Justiz zur Auswahl und Benennung übermittelt wurde.

Punkt 6 der Tagesordnung:

Bestätigung des Tagungsortes und Bekanntgabe des Termins für den 42. Bayerischen Ärztetag 1989

Der 40. Bayerische Ärztetag hat 1987 einstimmig beschlossen, den 42. Bayerischen Ärztetag in Augsburg durchzuführen. Dieser Bayerische Ärztetag findet in der Zeit vom 6. bis 8. Oktober 1989 statt.

Punkt 7 der Tagesordnung:

Wahl des Tagungsortes des 43. Bayerischen Ärztetages 1990

Nach der traditionellen Reihenfolge findet der 43. Bayerische Ärztetag im Regierungsbezirk Oberfranken statt. Der Vorsitzende dieses Bezirksverbandes, Dr. Friedrich, sprach die Einladung aus, den 43. Bayerischen Ärztetag 1990 in der Fichtelgebirgshalle in Wunsiedel durchzuführen. Diese Einladung wurde von den Delegierten einstimmig angenommen.



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 1988

Berufsordnung für die Ärzte Bayerns

vom 1. Januar 1978, zuletzt geändert am 9. Oktober 1988

– Diese Änderungen treten mit dem 1. Januar 1989 in Kraft –

Geißnis

Für jeden Arzt gilt folgendes Geißnis:

„Bei meiner Autnahme in den ärztlichen Berufsstand gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Ich werde meinen Beruf mit Gewissenhaftigkeit und Würde ausüben. Die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit meiner Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein.

Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.

Ich werde mit allen meinen Kräften die Ehre und die edle Überlieferung des ärztlichen Berufes aufrechterhalten und bei der Ausübung meiner ärztlichen Pflichten keinen Unterschied machen weder nach Religion, Nationalität, Rasse noch nach Parteizugehörigkeit oder sozialer Stellung.

Ich werde jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenbringen und selbst unter Bedrohung meine ärztliche Kunst nicht in Widerspruch zu den Geboten der Menschlichkeit anwenden.

Ich werde meinen Lehrern und Kollegen die schuldige Achtung erweisen. Dies alles verspreche ich feierlich auf meine Ehre.“

§ 1

Berufsausübung

(1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Der ärztliche Beruf verlangt, daß der Arzt seine Aufgabe nach seinem Gewissen und nach den Geboten der ärztlichen Sitte erfüllt.

(2) Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern. Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.

(3) Der Arzt ist verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm im Zusammenhang mit dem Beruf entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen.

(4) Der Arzt muß sich vor der Durchführung klinischer Versuche am Menschen oder der epidemiologischen Forschung mit personenbezogenen Daten durch eine bei der Kammer oder bei einer medizinischen Fakultät gebildeten Ethik-Kommission über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten lassen.

(5) Die Erzeugung von menschlichen Embryonen zu Forschungszwecken sowie der Gentransfer an Embryonen sind verboten. Grundsätzlich verboten ist auch die Forschung an menschlichen Embryonen. Der Arzt muß sich vor der Durchführung der Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und Embryonen durch eine bei der Kammer oder bei einer medizinischen Fakultät gebildeten Ethik-Kommission über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten lassen.

(6) Bei durchzuführenden Beratungen nach den Absätzen (4) und (5) ist die Deklaration des Weltärztebundes von 1964 (Helsinki) in der revidierten Fassung von 1975 (Tokio) und von 1983 (Venedig) zugrunde zu legen.

(7) Der Arzt ist verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften zu unterrichten und sie zu beachten.

(8) Der Arzt darf seinen Beruf nicht im Umherziehen ausüben. Er darf individuelle ärztliche Beratung oder Behandlung weder brieflich noch in Zeitungen oder Zeitschriften noch im Fernsehen oder Tonrundfunk durchführen.

(9) Der Arzt ist in der Ausübung seines Berufes frei. Er kann die ärztliche Behandlung ablehnen, insbesondere dann, wenn er der Überzeugung ist, daß das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen ihm und dem Patienten nicht besteht. Seine Verpflichtung, in Notfällen zu helfen, bleibt hiervon unberührt.

(10) Ärzte sollen sich in der Regel nur durch Ärzte des gleichen Gebietes vertreten lassen.

§ 1 a

Aufklärungspflicht

Der Arzt hat das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten: Zur Behandlung bedarf er der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich eine Aufklärung im persönlichen Gespräch voranzugehen.

§ 2

Schweigepflicht

(1) Der Arzt hat über das, was ihm in seiner Eigenschaft als Arzt anvertraut oder bekanntgeworden ist, zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen des Patienten, Aufzeichnungen über Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.

(2) Der Arzt hat die Pflicht zur Verschwiegenheit auch seinen Familienangehörigen gegenüber zu beachten.

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

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

(5) Der Arzt ist auch dann zur Verschwiegenheit verpflichtet, wenn er im amtlichen oder privaten Auftrag eines Dritten tätig wird, es sei denn, daß dem Betroffenen vor der Untersuchung oder Behandlung bekannt ist oder eröffnet wurde, inwieweit die von dem Arzt getroffenen Feststellungen zur Mitteilung an Dritte bestimmt sind.

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

(7) Zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre dürfen der Schweigepflicht unterliegende Tatsachen und Befunde nur soweit mitgeteilt werden, als dabei die Anonymität des Patienten gesichert ist oder dieser ausdrücklich zustimmt.

§ 3

Zusammenarbeit der Ärzte

(1) Der Arzt ist zu kollegialer Zusammenarbeit mit denjenigen Ärzten verpflichtet, die gleichzeitig oder nacheinander denselben Patienten untersuchen oder behandeln.

(2) Der Arzt ist verpflichtet, einen weiteren Arzt hinzuzuziehen oder den Patienten an einen anderen Arzt zu überweisen, wenn dies nach seiner ärztlichen Erkenntnis angezeigt erscheint und der Patient einverstanden oder sein Einverständnis anzunehmen ist.

Den Wunsch des Patienten oder seiner Angehörigen, einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.

(3) Der Arzt hat einem vor-, mit- oder nachbehandelnden Arzt auf Verlangen die erhobenen Befunde zu übermitteln oder ihn über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis des Patienten anzunehmen ist. Bei Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Krankenhausentlassungen gilt dies auch ohne ausdrückliches Verlangen. Originalunterlagen sind zurückzugeben.

§ 4

Verpflichtung zur Weiterbildung

Der zur Weiterbildung ermächtigte Arzt hat im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten einen ärztlichen Mitarbeiter, un-

beschadet dessen Pflicht, sich selbst um eine Weiterbildung zu bemühen, in dem gewählten Weiterbildungsgang nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung weiterzubilden.

§ 5

Erhaltung des ungeborenen Lebens

Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Arzt kann nicht gegen sein Gewissen gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen.

§ 5 a

Schutz der toten Leibesfrucht

Der Arzt, der einen Schwangerschaftsabbruch durchführt oder eine Fehlgeburt betreut, hat dafür Sorge zu tragen, daß die tote Leibesfrucht keiner mißbräuchlichen Verwendung zugeführt wird.

§ 6

Sterilisation

Für Sterilisationen sind medizinische, genetische oder soziale Gründe zulässige Indikationen.

§ 6 a

In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer

(1) 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 Kammer als Bestandteil der Berufsordnung beschlossenen Richtlinien zulässig.

(2) Jeder Arzt, der diese Maßnahme durchführen will und für sie die Gesamtverantwortung trägt, hat sein Vorhaben der Kammer anzuzeigen und nachzuweisen, daß die berufsrechtlichen Anforderungen erfüllt sind.

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

§ 7

Fortbildung

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

(2) Geeignete Mittel der Fortbildung sind insbesondere:

- Teilnahme an allgemeinen oder besonderen Fortbildungsveranstaltungen (Kongresse, Seminare, Übungsgruppen, Kurse, Kolloquien),
- Klinische Fortbildung (Vorlesungen, Visiten, Demonstrationen und Übungen),
- Studium der Fachliteratur,
- Inanspruchnahme audiovisueller Lehr- und Lernmittel.

(3) Der Arzt hat in dem Umfang von den aufgezeigten Fortbildungsmöglichkeiten Gebrauch zu machen, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zur Ausübung seines Berufes erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

(4) Der Arzt muß eine den Absätzen (1) bis (3) entsprechende Fortbildung gegenüber der Kammer in geeigneter Form nachweisen können.

§ 7 a

Qualitätssicherung

Der Arzt ist verpflichtet, die von der Kammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit durchzuführen.

§ 8

Haftpflichtversicherung

Der Arzt ist verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen seiner beruflichen Tätigkeit zu versichern.

§ 9

Ausübung der Praxis

(1) Die Ausübung des ärztlichen Berufes in eigener Praxis ist an die Niederlassung gebunden. Diese ist durch ein Praxisschild entsprechend § 27 kenntlich zu machen. Ort und Zeitpunkt der Niederlassung sowie jede Veränderung hat der Arzt dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband unverzüglich mitzuteilen.

(2) Dem Arzt ist es nicht gestattet, an mehreren Stellen Sprechstunden abzuhalten. Der zuständige Ärztliche Bezirksverband kann, soweit es die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung erfordert, die Genehmigung für Zweigpraxis (Sprechstunde) erteilen.

(3) Der Arzt ist verpflichtet, seine Sprechstunden nach den örtlichen und fachlichen Gegebenheiten seiner Praxis festzusetzen und die Sprechstunden auf einem Praxisschild bekanntzugeben und grundsätzlich einzuhalten.

§ 10

Verträge

(1) Anstellungsverträge dürfen von Ärzten nur abgeschlossen werden, wenn die Grundsätze dieser Berufsordnung gewahrt sind. Dabei muß insbesondere sichergestellt sein, daß der Arzt in seiner ärztlichen Tätigkeit keinen Weisungen von Nichtärzten unterworfen wird.

Sofern Weisungsbefugnis von Ärzten gegenüber Ärzten besteht, sind die Empfänger dieser Weisungen dadurch nicht von ihrer ärztlichen Verantwortung entbunden.

(2) Der Arzt soll alle Verträge über seine ärztliche Tätigkeit vor ihrem Abschluß der Kammer vorlegen, damit geprüft werden kann, ob die beruflichen Belange gewahrt sind.

§ 11

Ärztliche Aufzeichnungen

(1) Der Arzt hat über die in Ausübung seines Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Ärztliche Aufzeichnungen sind nicht nur Gedächtnisstützen für den Arzt, sie dienen auch dem Interesse des Patienten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

(2) Ärztliche Aufzeichnungen sind zehn Jahre nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach anderen gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht. Eine längere Aufbewahrung ist auch dann erforderlich, wenn sie nach ärztlicher Erfahrung geboten ist.

(3) Eine nach den Grundsätzen des § 2 zulässige Herausgabe von ärztlichen Aufzeichnungen, Krankenblättern, Sektionsbefunden, Röntgenaufnahmen und anderen Untersuchungsbefunden soll an nichtärztliche Stellen oder an Ärzte, die nicht an der Behandlung beteiligt sind, in Verbindung mit der Erstattung eines Berichts oder Gutachtens erfolgen, wenn es für das Verständnis dieser Unterlagen erforderlich ist.

(4) Der Arzt soll dafür Sorge tragen, daß seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde nach Aufgabe der Praxis in gehörige Obhut gegeben werden.

(5) Aufzeichnungen im Sinne des Absatzes 1 auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, vorzeitige Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern.

§ 12

Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Der Zweck des Schriftstückes und sein Empfänger sind anzugeben.

Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet ist oder die auszustellen er übernommen hat, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben.

Bei Zeugnissen über Mitarbeiter und Ärzte in Weiterbildung sollte eine Frist von vier Wochen nach Antragstellung oder Ausscheiden nicht überschritten werden.

§ 13

Ausbildung von Mitarbeitern

Der Arzt hat bei der Ausbildung seiner Mitarbeiter die für die Berufsausbildung bestehenden gesetzlichen Vorschriften zu beachten.

§ 14

Ärztliches Honorar

(1) Die Honorarforderung des Arztes muß angemessen sein. Für die Berechnung ist die Gebührenordnung die Grundlage. Der Arzt hat dabei die besonderen Umstände des einzelnen Falles, insbesondere die Schwierigkeit der Leistung, den Zeitaufwand nach billigem Ermessen zu berücksichtigen.

Hierbei darf er die üblichen Sätze nicht in unlauterer Weise unterschreiten.

Bei Abschluß einer Honorarvereinbarung hat der Arzt auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.

(2) Der Arzt kann Verwandte, Kollegen, deren Angehörige und unbemittelte Patienten unentgeltlich untersuchen und behandeln oder diesen Personen das Honorar ganz oder teilweise erlassen.

(3) Der Arzt soll seine Honorarforderungen im allgemeinen mindestens vierteljährlich stellen. Sie sind aufgrund seiner Aufzeichnungen aufzugliedern, so daß eine Nachprüfung möglich ist.

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

§ 15

Kollegiales Verhalten

(1) Ärzte haben sich untereinander kollegial und rücksichtsvoll zu verhalten. Die Verpflichtung des Arztes nach § 12 Satz 1, in einem Gutachten, auch soweit es die Behandlungsweise eines anderen Arztes betrifft, nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen, bleibt unberührt. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen eines Arztes sowie herabsetzende Äußerungen über seine Person sind berufsunwürdig.

(2) Es ist berufsunwürdig, einen Kollegen aus seiner Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerber durch unlautere Handlungsweise zu verdrängen.

(3) Es ist insbesondere berufsunwürdig, wenn ein Arzt, der seine Ausbildung, seine Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche 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.

(4) Ärzte, die andere Ärzte zu ärztlichen Verrichtungen bei Patienten heranziehen, denen gegenüber nur sie einen Liquidationsanspruch haben, sind verpflichtet, diesen Ärzten eine angemessene Vergütung zu gewähren.

(5) In Gegenwart von Patienten oder Nichtärzten sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch für Ärzte als Vorgesetzte und Untergebene und für den Dienst in den Krankenanstalten.

(6) Nachuntersuchungen arbeitsunfähiger Patienten eines Arztes dürfen von einem anderen Arzt hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit nur im Benehmen mit dem behandelnden Arzt durchgeführt werden. Die Bestimmungen über den vertrauensärztlichen Dienst in der Sozialversicherung oder amtsärztliche Aufgaben werden hiervon nicht berührt.

§ 16

Behandlung von Patienten anderer Ärzte

(1) In seiner Sprechstunde darf der Arzt jeden Patienten behandeln. Wird der Arzt von einem Patienten in Anspruch genommen, der bereits in Behandlung eines anderen Arztes steht, so hat er darauf hinzuwirken, daß der vor ihm zugezogene Arzt durch den Patienten oder dessen Angehörige verständigt wird.

(2) Wird ein Arzt in einem Notfall zu einem Patienten gerufen, der bereits in Behandlung eines anderen, nicht erreichbaren Arztes steht, so hat er nach der Notfallbehandlung diesen beldmöglichst zu unterrichten und ihm die weitere Behandlung zu überlassen.

(3) Nach Entlassung aus stationärer Behandlung soll der Patient dem Arzt zurücküberwiesen werden, in dessen Behandlung er vor der Krankenhauseinweisung stand, wenn noch eine weitere Behandlung erforderlich ist. Wiederbestellung zur ambulanten Behandlung oder Überwachung ist nur mit Zustimmung des behandelnden Arztes gestattet.

(4) Der Arzt darf den von einem anderen Arzt erbetenen Beistand ohne zwingenden Grund nicht ablehnen.

(5) Der Arzt soll Patienten, die ihm von einem anderen Arzt überwiesen worden sind, nach Beendigung seiner Behandlungstätigkeit wieder zurücküberweisen, wenn noch eine weitere Behandlung erforderlich ist.

(6) Bei Konsilien sollen die beteiligten Ärzte ihre Beratung nicht in Anwesenheit des Patienten oder seiner Angehörigen ehalten. Sie sollen sich darüber einigen, wer das Ergebnis des Konsiliums mitteilt.

§ 17

Vertreter und ärztliche Mitarbeiter

(1) Der Arzt muß seine Praxis unbeschadet einer zulässigen Vertretung persönlich ausüben.

(2) Die Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein; übernommene Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurückzuüberweisen.

(3) Die Beschäftigung eines Vertreters in der Praxis ist dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband anzuzeigen, wenn die Behinderung, die die Vertretung auslöst, insgesamt länger als drei Monate im Kalenderjahr dauert.

(4) Der Arzt, der sich vertreten lassen will, hat sich darüber zu vergewissern, daß die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung in der Person des Vertreters erfüllt sind.

(5) Die Praxis eines verstorbenen Arztes kann zugunsten seiner Witwe oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von drei Monaten nach dem Ende des Kalendervierteljahres durch einen anderen Arzt fortgeführt werden.

(6) Die Beschäftigung eines ärztlichen Mitarbeiters setzt die Leitung der Praxis durch den niedergelassenen Arzt voraus. Sie ist dem zuständigen Ärztlichen Kreisverband anzuzeigen.

§ 18

Verbot der Zuweisung gegen Entgelt

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

§ 19

Gemeinsame Ausübung ärztlicher Tätigkeit

Der Zusammenschluß von Ärzten zur gemeinsamen Ausübung des Berufes, zur gemeinschaftlichen Nutzung von Praxisräumen, diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen ist der Kammer anzuzeigen.

Bei allen Formen gemeinsamer Berufsausübung muß die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.

§ 20

Ärztlicher Notfalldienst

(1) Der niedergelassene Arzt ist verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen. Auf Antrag kann ein Arzt aus schwerwiegenden Gründen vom Notfalldienst ganz, teilweise oder vorübergehend befreit werden. Dies gilt insbesondere

1. wenn er wegen körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage ist,
2. wenn ihm aufgrund besonders belastender familiärer Pflichten die Teilnahme nicht zuzumuten ist,
3. wenn er an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung teilnimmt,
4. für Ärztinnen mindestens 3 Monate vor und mindestens 6 Monate nach der Niederkunft.

(2) Für die Entscheidung über den Antrag nach Absatz 1 Satz 2 ist der Ärztliche Kreisverband zuständig, dessen Mitglied der Antragsteller ist, soweit die Kammer einen Notfalldienst selbst eingerichtet hat. Satz 1 gilt auch, wenn der Notfalldienst von einem anderen Träger eingerichtet wurde, der Antragsteller aber mit diesem Träger selbst in keinerlei mittelbarer oder unmittelbarer Rechtsbeziehung steht.

(3) Für die Einrichtung und Durchführung eines Notfalldienstes im einzelnen sind die von der Kammer erlassenen Richtlinien maßgebend. Die Verpflichtung zur Teilnahme am Notfalldienst gilt für den festgelegten Notfalldienstbereich.

(4) Die Einrichtung eines Notfalldienstes entbindet den behandelnden Arzt nicht von seiner Verpflichtung, für die Betreuung seiner Patienten in dem Umfange Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.

(5) Der Arzt hat sich auch für den Notfalldienst fortzubilden, wenn er nicht auf Dauer von der Teilnahme am Notfalldienst befreit ist. § 7 gilt sinngemäß.

§ 21

Werbung und Anpreisung

(1) Dem Arzt ist jegliche Werbung für sich oder andere Ärzte untersagt. Er darf eine ihm verbotene Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. Dies gilt auch für Ärzte, deren Person oder Tätigkeit in Ankündigungen von Sanatorien, Kliniken, Institutionen oder anderen Unternehmen anpreisend herausgestellt wird.

(2) Der Arzt darf nicht dulden, daß Berichte oder Bildberichte mit werbendem Charakter über seine ärztliche Tätigkeit unter Verwendung seines Namens, Bildes oder seiner Anschrift veröffentlicht werden.

§ 21 a

Information unter Ärzten

Ärzte dürfen über ihr Leistungsangebot nur andere Ärzte informieren. Die Information muß räumlich auf ein abgemessenes 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.

§ 22

Arzt und Öffentlichkeit

Die Mitwirkung des Arztes an aufklärenden Veröffentlichungen medizinischen Inhalts in Presse, Funk und Fernsehen ist zulässig, wenn und soweit die Mitwirkung des Arztes auf sachliche Information begrenzt und die Person des Arztes nicht werbend herausgestellt wird. Dabei ist der Arzt zu verantwortungsbeußter Objektivität verpflichtet.

§ 23

Arzt und Nichtarzt

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Er darf diese

auch nicht als Zuschauer bei ärztlichen Verrichtungen zulassen. Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder einem medizinischen Assistenzberuf befinden, werden hiervon nicht betroffen. Angehörige von Patienten und andere Personen dürfen anwesend sein, wenn hierfür eine ärztliche Begründung besteht und der Patient zustimmt.

(2) Ein unzulässiges Zusammenwirken im Sinne von Absatz 1 liegt nicht vor, wenn der Arzt zur Erzielung des Heilerfolges am Patienten nach den Regeln der ärztlichen Kunst die Mitwirkung des Nichtarztes für notwendig hält und die Verantwortungsbereiche von Arzt und Nichtarzt klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

(3) Der Arzt darf sich durch einen Nichtarzt weder vertreten lassen noch eine Krankenbehandlung oder Untersuchung durch einen Nichtarzt mit seinem Namen decken.

§ 24

Verordnung und Empfehlung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln von dem Hersteller oder Händler eine Vergütung oder sonstige wirtschaftliche Vergünstigungen zu fordern oder anzunehmen.

(2) Der Arzt darf Ärztemuster nicht gegen Entgelt weitergeben.

(3) Der Arzt hat die Pflicht, im Rahmen seiner Möglichkeiten dem Arzneimittelmißbrauch entgegenzuwirken, der mißbräuchlichen Anwendung von Arzneimitteln keinen Vorschub zu leisten sowie Vorkehrungen gegen den Diebstahl von Arztstempeln und Rezeptformularen zu treffen. Er soll an der Bekämpfung des Heilmittelschwindels mitwirken.

(4) Dem Arzt ist es nicht gestattet, Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken oder Geschäfte zu verweisen, oder mit Apotheken oder Geschäften zu vereinbaren, daß Arznei-, Heil- und Hilfsmittel unter Decknamen oder unklaren Bezeichnungen verordnet werden. Der Arzt soll bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln ohne sachlich gebotenen Grund keine Erzeugnisse bestimmter Hersteller nennen.

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

(6) Der Arzt ist verpflichtet, ihm aus seiner Verordnungstätigkeit bekannt werdende unerwünschte Arzneimittelwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitzuteilen.

§ 25

Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, über Arznei-, Heil- und Hilfsmittel, Körperpflegemittel oder ähnliche Waren Werbevorträge zu halten, Gutachten oder Zeugnisse auszustellen, die zur Werbung verwendet werden sollen. Der Arzt hat eine solche Verwendung seiner Gutachten und Zeugnisse dem Empfänger ausdrücklich zu untersagen.

(2) Dem Arzt ist es verboten, seinen Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke, z. B. für einen Firmentitel oder zur Bezeichnung eines Mittels, herzugeben.

§ 25 a

Arzt und Industrie

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

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

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

§ 26

Anzeigen und Verzeichnisse

(1) Anzeigen in Zeitungen über die Niederlassung oder Zulassung dürfen außer der Anschrift der Praxis nur die für die Schilder des Arztes gestatteten Angaben enthalten und nur dreimal in der gleichen Zeitung innerhalb der ersten drei Monate nach der Niederlassung oder nach der Aufnahme der Kassenpraxis veröffentlicht werden.

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

(3) Form und Inhalt dieser Zeitungsanzeigen müssen sich nach den örtlichen Gepflogenheiten richten.

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

§ 27

Praxisschilder

(1) Der Arzt hat auf seinem Praxisschild seinen Namen und die Bezeichnung als Arzt oder eine Arztbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung anzugeben und Sprechstunden anzukündigen. Er darf eine ihm erteilte Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung auf dem Praxisschild nicht anzeigen, wenn er nicht in diesem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich tätig ist.

(2) Das Schild darf Zusätze über medizinische akademische Grade, ärztliche Titel, Privatwohnung und Fernsprechnummern sowie einen Zusatz über die Zulassung zu Krankenkassen oder als Durchgangsarzt enthalten. Andere akademische Grade dürfen nur in Verbindung mit der Fakultätsbezeichnung genannt werden.

(3) Die Bezeichnung „Professor“ darf geführt werden, wenn sie auf Vorschlag der medizinischen Fakultät (Fachbereich) durch das entsprechende Landesministerium verliehen worden ist.

Dasselbe gilt für die von einer ausländischen medizinischen Fakultät einer wissenschaftlichen Hochschule verliehene Bezeichnung, wenn sie nach Beurteilung durch die Kammer der deutschen Bezeichnung „Professor“ gleichwertig ist.

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

(5) Ärzte, die ihren Beruf in einer Gemeinschaftspraxis ausüben, haben dies mit dem Zusatz „Gemeinschaftspraxis“ anzuzeigen.

(6) Das Führen anderer Zusätze ist untersagt.

§ 28

Anbringung der Schilder

(1) Das Praxisschild soll der Bevölkerung die Praxis des Arztes anzeigen. Es darf nicht in aufdringlicher Form gestaltet und angebracht sein und das übliche Maß (etwa 35 x 50 cm) nicht übersteigen.

(2) Bei Vorliegen besonderer Umstände, z. B. bei versteckt liegenden Praxiseingängen, darf der Arzt mit Zustimmung des zuständigen Ärztlichen Kreisverbandes weitere Praxisschilder anbringen.

(3) Bei Verlegung der Praxis kann der Arzt an dem Haus, aus dem er fortgezogen ist, bis zur Dauer eines halben Jahres ein Schild mit einem entsprechenden Vermerk anbringen.

(4) Schilder an der Privatwohnung des Arztes sollen den sonst bei Privatwohnungen üblichen Schildern entsprechen.

§ 29

Ankündigung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken und Stempeln

Für die Ankündigung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken und Stempeln gelten die Bestimmungen des § 27 sinngemäß. Krankenhausärzte dürfen ihre Dienstbezeichnung auf Briefbogen, Rezeptvordrucken, Stempeln und Privatrechnungen angeben.

Das gleiche gilt auch für Bezeichnungen, die nach der Weiterbildungsordnung nur am Ort der Tätigkeit geführt werden dürfen.

§ 30

Freier Dienstleistungsverkehr im Rahmen der Europäischen Gemeinschaft

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

§ 31

Übergangsbestimmung

Wer vor dem 1. Januar 1984 die Bezeichnung „Professor“ führte, darf dies auch weiterhin, wenn die Bezeichnung von einer deutschen Behörde verliehen worden ist. Für die im Ausland erworbene Bezeichnung „Professor“ gilt die in § 27 (3) getroffene Regelung auch für die vor dem 1. Januar 1984 geführten Bezeichnungen.

Wer vor dem 1. Januar 1985 den Zusatz „Geburtshelfer“ auf seinem Praxisschild geführt hat, ist berechtigt, den Zusatz auch weiterhin in dieser Weise zu führen.

Anlage zur Berufsordnung

Richtlinien

zur Durchführung der In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer und des intratubaren Gameten- und Embryotransfers als Behandlungsmethoden der menschlichen Sterilität

Die nunmehr dreijährigen Erfahrungen mit der Zulassung und Durchführung der In-vitro-Fertilisation und des anschließenden Embryotransfers als Substitutionstherapie bestimmter Formen der Sterilität und die Entwicklung und Einführung neuer reproduktionsmedizinischer Techniken gleichen Zweckes machen eine Fortschreibung der auf dem 88. Deutschen Ärztetag als Teil der Berufsordnung beschlossenen „Richtlinien zur Durchführung von In-vitro-Fertilisation (IVF) und Embryotransfer (ET) als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität“ notwendig.

1. Definitionen

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.

Variationen sind die Einführung des Embryos in die Eileiter (Embryo-Intrafallopian-Transfer = intratubarer Embryotransfer = EIFT) oder der Transfer der männlichen und weiblichen Gameten in den Eileiter (Gamete-Intrafallopian-Transfer = intratubarer Gametentransfer = GIFT).

2. Medizinische und ethische Vertretbarkeit

Die In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryotransfer (ET) und der intratubaren Gametentransfer (GIFT) stellen Substitutionstherapien bestimmter Formen von Sterilität dar, bei denen andere Behandlungsmethoden versagt ha-

ben oder aussichtslos sind. Sie sind 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 oder die Einbringung von Gameten oder Embryonen in den Eileiter sind als Maßnahmen zur Behandlung der Sterilität ärztliche Tätigkeiten und nur im Rahmen der von der Ärztekammer beschlossenen Richtlinien zulässig.

Jeder Arzt, der solche Maßnahmen durchführen will und für sie die Gesamtverantwortung trägt, hat sein Vorhaben der Ärztekammer anzuzeigen und nachzuweisen, daß die berufsrechtlichen Anforderungen erfüllt sind.

Kein Arzt kann gegen sein Gewissen verpflichtet werden, an einer In-vitro-Fertilisation, einem intratubaren Gametentransfer oder einem Embryotransfer (in die Gebärmutter oder Eileiter) mitzuwirken.

3.2 Medizinische und soziale Voraussetzungen

3.2.1 Medizinische Indikationen:

3.2.1.1 In-vitro-Fertilisation mit intrauterinem Embryotransfer: (IVF und ET)

- Uneingeschränkte Indikationen:

(Mikrochirurgisch) nicht therapierbarer Tubenverschluß bzw. tubare Insuffizienz.

- Eingeschränkte Indikationen:

Einige Formen männlicher Fertilitätsstörungen, immunologisch bedingte Sterilität sowie tubare Funktionseinschränkungen bei Endometriose. Eine unerklärliche (idiopathische) Sterilität kann nur als Indikation angesehen werden, wenn alle diagnostischen und sonstigen therapeutischen Möglichkeiten der Sterilitätsbehandlung erschöpft sind.

3.2.1.2 In-vitro-Fertilisation mit intratubarem Embryotransfer (EIFT) und intratubarem Gametentransfer (GIFT)

Voraussetzung: Mindestens ein frei durchgängiger funktionstüchtiger Eileiter

- Eingeschränkte Indikationen:

Einige Formen männlicher - mit anderen Therapien einschließlich der intrauterinen Insemination nicht behandelbarer - Fertilitätsstörungen sowie immunologisch bedingte Sterilität.

Eine unerklärliche (idiopathische) Sterilität kann nur als Indikation angesehen werden, wenn alle diagnostischen Maßnahmen durchgeführt und alle sonstigen therapeutischen Möglichkeiten ausgeschöpft sind.

3.2.2 Medizinische Kontraindikationen:

- 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 oder die Entwicklung des Kindes. Psychogene Sterilität.

3.2.3 Elterliche Voraussetzungen **):

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

Grundsätzlich sind alle diese Methoden 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.

Leihmutterchaft, 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 dieser Methoden hat eine sorgfältige Diagnostik bei den Ehepartnern vorzugehen, die alle Faktoren berücksichtigt, 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 Ver-

*) Streng genommen bezeichnet der Begriff „Embryo“ nur die Teile der sich entwickelnden menschlichen Keimanlage, die sich von extraembryonalen Anteilen (Dottersack, Amnion, Placenta fetalitis) sondern. Diese Sonderung fällt zeitlich mit der Implantationsphase zusammen, die beim Menschen um den 7. Tag nach der Ovulation beginnt und um den 10. Tag abgeschlossen zu sein scheint. Im strengen entwicklungsgeschichtlichen Sinn bezeichnet man schließlich die aus der Körpergrundgestalt hervorgehende individuelle Gestalt bis zum 3. Monat ihres Lebens als Embryo. Im internationalen Sprachgebrauch der Reproduktionsmediziner hat sich aber heute die Bezeichnung „Embryo“ auch schon für die ersten, der Befruchtung folgenden Entwicklungsstadien (zum Beispiel 2-Zeller, 4-Zeller, Morula, Blastozyste) durchgesetzt.

**) siehe auch Kommentar zu 3.2.3 und Anhang I

fahrens, seine Erfolgsaussichten, Komplikationsmöglichkeiten und Kosten informiert werden. Sie 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 als Zulassungsbedingungen

Die Zulassung zur Durchführung dieser Methoden als Therapieverfahren setzt die Erfüllung der nachstehend festgelegten fachlichen, personellen und technischen Mindestanforderungen voraus (siehe auch Anhang II).

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
- 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) Hormonlabor
- b) Ultraschalldiagnostik
- c) Operationsbereitschaft mit Anästhesie-Team
- d) Labor für Spermiendiagnostik
- e) Labor für In-vitro-Fertilisation und In-vitro Kultur.

Dem Leiter der Arbeitsgruppe obliegt die Überwachung der ärztlichen Leistungen. Diese schließen sowohl die technischen Leistungen als auch die psychologische Betreuung der eine Sterilitätsbehandlung suchenden Ehepaare ein.

4. Durchführungsbedingungen

4.1 Gewinnung und Transfer von Embryonen

Für die Sterilitätsbehandlung mit den genannten Methoden dürfen grundsätzlich nur so viele Embryonen erzeugt werden, wie für die Behandlung sinnvoll und ausreichend sind und auf die Mutter einzeitig übertragen werden. An den zum Transfer vorgesehenen Embryonen dürfen keine Maßnahmen 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, zum Beispiel 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 Forschungen zu schützen.

4.4 Kryokonservierung imprägnierter Eizellen

Das Einfrieren von Eizellen nach Imprägnation mit eingedrungenem Spermium, aber vor der Verschmelzung der Vorkerne, ist der Zentralen Kommission der Bundesärztekammer mitzuteilen. Die weitere Kultivierung darf nur zum Zwecke des Transfers und nur mit der Einwilligung beider Eltern vorgenommen werden.

4.5 Verfahrens- und Qualitätskontrolle

Zum Zwecke der Verfahrens- und Qualitätskontrolle hat der die Gesamtverantwortung der Arbeitsgruppe tragende Arzt einen Jahresbericht bis zum Ende des I. Quartals des folgenden Jahres an die ständige Kommission seiner Ärztekammer abzugeben, in dem die Zahl der behandelten Patientinnen, die Behandlungsindikationen und -methoden, die Zahl der gewonnenen Eizellen, die Fertilisierungs-, Schwangerschafts- und Geburtsraten sowie die Schwan-

gerschaftsrate pro Indikation enthalten sind.

4.6 Kommerzielle Nutzung

Die mißbräuchliche Verwendung von Embryonen, insbesondere der Handel mit Embryonen oder ihre anderweitige Abgabe sind untersagt.

Kommentar

zu 1:

Die Befruchtung der instrumentell entnommenen Eizelle durch die Samenzelle erfolgt bei der In-vitro-Fertilisation in der Regel in einem Kulturgefäß (in vitro). Nach der Beobachtung von Zellteilungen erfolgt der Transfer der sich entwickelnden Embryonen in die Gebärmutter (ET) oder in den Eileiter (EIFT). Da nicht in jedem Falle die Einnistung gelingt, können mehrere Embryonen transferiert werden, um die Chancen für den Eintritt einer Schwangerschaft zu verbessern. Beim intratubaren Gametentransfer (GIFT) werden die Eizellen und die Spermazellen unmittelbar in den Eileiter transferiert.

zu 2:

Die Behandlungsmethoden der In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryotransfer in die Gebärmutter (ET) oder den Eileiter (EIFT) sowie der intratubaren Gametentransfer (GIFT) gründen sich auf eine umfangreiche naturwissenschaftliche Forschung sowie erfolgreiche klinische Anwendung beim Menschen. Sie sind so weit ausgereift, daß Ihre Anwendung zur Behandlung bestimmter Formen der menschlichen Sterilität gerechtfertigt ist. Nach den heute vorliegenden Erfahrungen ist bei Frauen über 40 Jahren ein Ausschluß aus der Therapie nicht gerechtfertigt, sofern noch keine klimakterische Umstellung erfolgt ist (Erhöhung der Gonadotropinwerte). Die Zahl der Fehlgeburten bei Frauen über 40 Jahren nach zunächst erfolgreicher Behandlung ist eindeutig erhöht.

Allerdings sinkt die Schwangerschaftsrate nach 4 vergebens durchgeführten Embryo- oder Gametentransfers deutlich ab. Dies ist insbesondere für die oben aufgeführten eingeschränkten Indikationen von Bedeutung, während bei der klassischen, uneingeschränkt geltenden tubaren Sterilitätsursache auch bis zu 6 Versuche noch tolerierbare Schwangerschaftsraten ergeben können.

zu 3.2:

Durch die Einführung neuer Techniken in die Reproduktionsmedizin (EIFT und GIFT) seit der ersten Abfassung dieser Richtlinien ist es notwendig, eine nach dem heutigen Wissensstand differenzierte Indikationsstellung vorzunehmen.

zu 3.2.1:

Bei einigen männlichen Fertilitätsstörungen kann durch In-vitro-Fertilisation (IVF) und Embryotransfer (ET) sowie durch intratubaren Embryotransfer (EIFT) und intratubaren Gametentransfer (GIFT) die Chance eines Schwangerschaftseintrittes erhöht werden. Da bei männlichen Fertilitätsstörungen auch mit der homologen Insemination Erfolge erzielt werden können, sollte diese in der Regel als das weniger eingreifende Verfahren zuvor angewandt werden.

zu 3.2.2:

Wie Beobachtungen zeigen, können bei unerklärbarer (idiopathischer) Sterilität nach erfolgreich beendeter In-vitro-Fertilisation weitere Schwangerschaften spontan eintreten. Dies berechtigt aber nicht zu der Annahme, daß tiefgreifende psychische Störungen auf diese Weise beseitigt werden können. Der behandelnde Arzt muß dies erkennen und vermeiden, daß er sich mit technischen Mitteln gewaltsam über tiefwurzelnde menschliche Probleme hinwegzusetzen sucht.

zu 3.2.3:

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, EIFT und GIFT 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 3.2.3 aufgestellten Anforderungen hinsichtlich der elterlichen Beziehungen sollen deswegen insbesondere dann eine IVF/ET sowie EIFT und GIFT 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 sowie EIFT darf weder di-

rekt noch indirekt mit der Zustimmung zu einer andersartigen Verwendung der erzeugten Embryonen verknüpft werden.

zu 4.4:

Neuere Untersuchungen scheinen zu zeigen, daß Eizellen im Vorkernstadium – nach Eindringen der Samenzelle (Imprägnation), aber vor der Kernverschmelzung – die Kryokonservierung und das Auftauen besser überstehen als nicht imprägnierte. Erst während der nach dem Auftauen erfolgenden Kultivierung in vitro kommt es durch Kernverschmelzung zum Abschluß der Befruchtung. Durch Kryokonservierung von Eizellen im Vorkernstadium entfallen teilweise die mit der Kryokonservierung von Embryonen verbundenen ethischen Probleme, weil man davon ausgehen kann, daß vor dem Abschluß des Befruchtungsvorganges noch kein neues menschliches Lebewesen entstanden ist. Allerdings lassen sich Chancen und Risiken des Verfahrens noch nicht abschließend beurteilen. Deshalb soll durch eine Überprüfung derartiger Vorhaben durch die Zentrale Kommission der Bundesärztekammer sichergestellt werden, daß alle nach dem Auftauen entstehenden lebensfähigen Embryonen transferiert werden und eine Erzeugung von Embryonen zu Forschungszwecken ausgeschlossen wird.

Die Einwilligung zum Weiterkultivieren von imprägnierten Eizellen muß von beiden Elternteilen jeweils aktuell gegeben werden, um eine Verfügung über Keimzellen unter veränderten Umständen (zum Beispiel nach Tod eines Ehepartners oder nach Ehescheidung) auszuschließen.

Es sind Vereinbarungen zu treffen, nach denen man imprägnierte Eizellen dann absterben läßt, wenn dies von einem Elternteil verlangt wird, oder wenn ein Elternteil verstorben ist.

Anhang

I. Vermeidung 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 einer Sterilitätsbehandlung mittels einer der genannten Methoden (IVF/ET, EIFT und GIFT) bereits zerrüttet ist oder zu scheitern droht und daher ein Heran-

wachsen 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 der aufgeführten Behandlungsmethoden der Fortpflanzungsmedizin anwenden.

2. Die grundsätzlich – das heißt von begründeten Ausnahmen abgesehen – bestehende Bindung in der Anwendung der Methoden der IVF/ET, EIFT und GIFT 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, EIFT oder GIFT 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, EIFT oder GIFT 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 eine der genannten Methoden 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 Methoden der IVF/ET, EIFT oder GIFT 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 Partnerschaftsanerkennnis die Unterhalts- und Erbansprüche des Kindes gegenüber dem biologischen Vater gewährleistet sind.

Bei alleinstehenden Frauen ist die Durchführung der IVF/

ET, EIFT oder GIFT nach dem vorstehend Gesagten grundsätzlich nicht vertretbar.

3. Bei einer IVF/ET, EIFT und GIFT 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, EIFT und GIFT gezeugten Kindes daher eindeutig bestimmt. Daraus rechtfertigt sich die grundsätzliche Bindung der Methode der IVF/ET, EIFT und GIFT an eine bestehende Ehe und an die Anwendung im homologen System.

4. Die Durchführung von IVF/ET, EIFT und GIFT 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 zu. Spätestens dann wird auch der Arzt den Namen des Samenspenders 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, zum Beispiel 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. Vor-

aussetzung für das Vorliegen eines Ausnahmefalles ist dabei insbesondere, daß

– eine dieser Methoden 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 einverstehen 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 dieser Methoden 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 Entwick-

lung 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 diesen Gründen ist die Anwendung der IVF/ET, EIFT oder GIFT 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 Fertilitätsstörungen beider Ehepartner eine IVF/ET, EIFT oder

GIFT 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, EIFT oder GIFT 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, EIFT und GIFT unter Verwendung fremden Samens und fremder Eizellen nicht vertretbar.

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 „Leih-

mutterverhältnisses“ 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. Ständige Kommission bei den Ärztekammern

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

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.



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptome: Somnolenz – Bewußtlosigkeit Halluzinationen, Mydriasis

Der Notfall: (H₁-)Antihistaminika-Intoxikation

bearbeitet von Dr. H. Maurer und Professor Dr. K. Pflieger, Homburg/Saar

Symptomatik:

Somnolenz, Bewußtlosigkeit, Koma, Halluzinationen, Koordinationsstörungen, Krämpfe, Mundtrockenheit, Rötung des Gesichts, Fieber, Mydriasis, Tachykardie, Magen-, Darm-, Blasenatonie, Herz-Kreislauf-Stillstand

Anamnese:

1. Befragen des Patienten oder seiner Angehörigen:

Unter welchen Erkrankungen leidet der Patient?
Nimmt er Medikamente?
Welche Medikamente waren oder sind im Hause?
Hat er schwere Probleme?
War der Patient in der letzten Zeit depressiv?
Ist er in psychiatrischer Behandlung?
Hat er Suizidgedanken geäußert?
Hat er schon einmal einen Suizid versucht?

2. Inspektion der Umgebung:

Abschiedsbrief?
Leere Arzneimittelpackungen?
Arzneimittelreste in einem Glas oder in einer Spritze? (ggf. in die Klinik mitschicken zur toxikologischen Analyse!)
Kontrolle von Abfallkörben, Küche, WC!
Cave: Bewußte Irreführung möglich!

Sofortdiagnostik:

Bei der gebotenen Symptomatik an eine Intoxikation denken!

Reaktionen auf grobe Schmerzreize? Reflexe auslösbar? Pupillenreaktion? Atmung? Blutdruck? Puls? Körpertemperatur? Hautfarbe? (blau = Zyanose, hellrot = CO-HB, braun = Met-HB) Einstichstellen?

Zusätzlich in der Klinik:

– EKG-Differenzierung der Arrhythmie
– Laborwerte, EEG, etc.
– Folgende Asservate (nach telef. Voranmeldung) sofort mit einem Rettungsfahrzeug oder Taxi zu einem klinisch-toxikologischen Labor schicken (für das Saarland und Umgebung: an die Adresse der Verfasser, Tel. [068 41] 16-24 25 – über Anrufbeantworter rund um die Uhr erreichbar):

1. Blut (10 ml mit EDTA- oder Citratzusatz)
2. erster Urin (mind. 30 ml, ggf. katheterisieren!)
3. erste Magenspülflüssigkeit
4. ggf. gefundene Medikamentenreste

Cave: Urin und Magenspülflüssigkeit nicht in ungereinigte Medikamentenflaschen füllen!

**Therapeutische
Sofortmaßnahmen:**

Sicherung, Erhalt und Wiederherstellung der Vitalfunktionen (ABC-Schema):
A = Atemwege freimachen und freihalten, Kopf reklinieren, Luftbrücken einlegen (z. B. Guedel-, besser Wendel-Tubus)
B = Beatmen. Bei Kontaminationsgefahr bei der Atemspende Schutztücher verwenden. Besser intubieren und mit Beatmungsbeutel beatmen.
C = Circulation. Bei Herzstillstand externe Herzmassage und Beatmung im vorgeschriebenen Wechsel. Medikamentöse Reanimation mit Suprarenin® (1 ml Injektionslösung 1:1000 plus 9 ml NaCl 0,9%) i.v. oder notfalls über liegenden Endotracheal-Tubus auf die Bronchialschleimhaut.
Volumensubstitution über ausreichend große periphere Zugänge durch Venenverweilkanülen mit Volumenersatzmittel oder Elektrolytlösungen je nach Bedarf.

Bei Krämpfen 5–10 mg Diazepam i.v.
Anschließend den Patienten, wenn er nicht intubiert ist, nur in stabiler Seitenlage in die nächste geeignete Klinik transportieren. Hierzu ist ärztliche Überwachung erforderlich.

Zusätzlich in der Klinik:

- Magenspülung mit geöltem Schlauch (wegen der anticholinergen Wirkung auch noch viele Stunden nach Ingestion obligatorisch!)
- Forcierte Diarrhoe. (Forcierte Diurese, Hämoperfusion, -dialyse etc. sind ineffektiv!).
- Physostigmin-Injektion unter EKG-Kontrolle etwa alle 30 min 2 mg i.v. bei Erwachsenen oder 0,5–1 mg i.v. bei Kindern.

(verzögerter Wirkungseintritt!)

Bei Hyperthermie Patient mit feuchten Tüchern kühlen.

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

Bei jedem Vergiftungsverdacht sollte der Patient unter Aufsicht einer erfahrenen Begleitperson sofort in eine Klinik transportiert werden, die Erfahrung mit der Entgiftungstherapie hat. Auch ein noch symptomloser Patient sollte zur Beobachtung in eine Klinik gebracht werden. N. B.: Antihistaminika-Intoxikationen sind vor allem bei Kleinkindern sehr gefährlich. Schon wenige Tabletten können (ohne Therapie) zum Tode führen!

**Zusätzliche
Maßnahmen bzw.
Anordnungen:**

Der Suizid-Patient sollte während der gesamten stationären Behandlung unter Beobachtung bleiben, da er nicht selten erneut einen Suizid versucht.
Nach der Entgiftungstherapie sollte er einem Psychiater vorgestellt werden.

**Differential-
diagnostische
und andere
Erörterungen:**

Eine qualitative und quantitative toxikologische Analyse führt zusammen mit dem klinischen Bild zum Nachweis oder zum Ausschluß einer Intoxikation mit H₁-Antihistaminika.
Die nicht verschreibungspflichtigen „Hypnotika“ Diphenhydramin und Doxylamin sind eigentlich Antihistaminika und zeigen auch eine entsprechende Vergiftungssymptomatik.
Die anticholinerge Symptomatik kann auch von folgenden Substanzen verursacht werden: Atropin, Scopolamin, Spasmolytika, Anti-Parkinson-Mitteln, Antidepressiva und Neuroleptika.

Entschliefungen des 41. Bayerischen 4rztetages

Drogen bei Kindern und Jugendlichen

in jfngster Zeit ist eine erschreckende Expansion des Drogenmarktes in Europa und in der Bundesrepublik zu beobachten. So stieg die Zahl der Drogentoten in der Bundesrepublik von 324 im Jahre 1985 auf 450 im Jahre 1987 und betr4gt bereits in der ersten H4lfte dieses Jahres 281. Die Zahl der Einsteiger bei den harten Drogen hat zugenommen, w4hrend der Schwerpunkt des Erstkontaktes mit Rauschmitteln um das 16. bis 17. Lebensjahr liegt. Besonders alarmierend ist die Strategie der Drogenh4ndler, Gratisproben zu vertellen.

Die bayerische 4rzeschaft begrfibt die Erfolge, die bei der Bek4mpfung des Rauschgifthandels in der Bundesrepublik und insbesondere in Bayern erzielt wurden. Sie appelliert an die verantwortlichen Politiker, auch in Zukunft durch die Bereitstellung von Mitteln und Personal die Institutionen zur Drogenbek4mpfung in die Lage zu versetzen, den wachsenden kriminellen Aktivit4ten auf diesem Gebiet optimal zu begegnen.

Der 41. Bayerische 4rztetag wendet sich auch an die verantwortlichen Institutionen, das zur Verfugung stehende Angebot an Therapiepl4tzen zu differenzieren und individuelle Hilfsangebote zu verst4rken. Ferner appelliert der Bayerische 4rztetag an die Kostentr4ger, die Kl4rung der Kostenfbernahme weiter zu beschleunigen, um Wartezeiten f4r Therapiepl4tze zu vermeiden.

Darfber hinaus fordert der Bayerische 4rztetag, die bestehenden Fortbildungsprogramme auszubauen und vermehrt Experten zur Verfugung zu stellen, um 4rzte, Lehrer, Eltern und sonstige f4r Gesundheit und Erziehung von Kindern und Jugendlichen verantwortliche Personen mit dem Drogenproblem, insbesondere mit dem Erkennen und dem richtigen Verhalten gegenfber Rauschgiftkonsumenten, vertraut zu machen.

Dabei sollen insbesondere die Eltern darauf achten, ob das Kind pl4tzlich schlechte Noten mit nach Hause bringt, ob es den Bekanntenkreis gewechselt hat oder ob es sich immer mehr aus der Familie zurfckzieht. Auch sollte den Ursachen pl4tzlich auftretenden Desinteresses oder Stumpfheit nachgegangen werden. Die „Alarmglocken“ mfissen l4uten, wenn beim Kind ein unerkl4rlicher Geldmangel eintritt oder wenn im eigenen Haus unerkl4rliche Diebst4hle festgestellt werden.

Bluttransfusionen

Ein funktionierendes Blutspendewesen ist f4r die Versorgung der Patienten lebensnotwendig. Der Bayerische 4rztetag fordert die Bev4lkerung auf, sich auch zukfntig im notwendigen Umfang f4r Blutspenden zur Verfugung zu stellen.

Bei gegebener 4rztlicher Indikation k4nnen Eigenblutspenden und Eigenbluttransfusionen vorhandene Infektionsrisiken verringern helfen.

Der Vorstand der Bayerischen Landes4rztokammer wird gebeten, in Gespr4chen darauf hinzuwirken, daB Krankenhaus- und Kostentr4ger hierf4r die entsprechenden organisatorischen und strukturellen M4glichkeiten schaffen und vorhalten. Insbesondere ist die Kostenfbernahme der ambulanten pr4operativen Eigenblutspende zu kl4ren. Rechtliche Unsicherheiten auf Seiten der abnehmenden 4rzte, bedingt durch die Richtlinien der Bundes4rztokammer (Darf nur der Arzt Blut entnehmen und aufarbeiten, der es selbst retransfundiert?) mfissen ausger4umt werden.

Durch ungerechtfertigte und falsche Versprechen bei Aufrufen zur Eigenblutspende durch kommerziell ausgerichtete Unternehmen darf die Bev4lkerung nicht verunsichert und zu ungerechtfertigten Hoffnungen verleitet werden.

Bluttransfusionen

Ein funktionierendes Blutspendewesen ist f4r die Versorgung der Patienten lebensnotwendig. Der Bayerische 4rztetag fordert die Bev4lkerung auf, sich auch zukfntig im notwendigen Umfang f4r Blutspenden zur Verfugung zu stellen.

Bei gegebener 4rztlicher Indikation k4nnen Eigenblutspenden und Eigenbluttransfusionen vorhandene Infektionsrisiken verringern helfen. Die Krankentr4ger werden aufgefordert, hierf4r die entsprechenden organisatorischen und strukturellen M4glichkeiten zu schaffen und vorzuhalten.

Um zu vermeiden, daB das lebensnotwendige Angebot an Blutspenden f4r die Allgemeinheit nicht gef4hrdet wird, ist es notwendig, daB die Bev4lkerung nicht durch ungerechtfertigte und falsche Versprechungen bei Aufrufen zur Eigenblutspende verunsichert wird.

Verbesserung der Gesundheits- erziehung in den Schulen

Der Bayerische 4rztetag begrfibt die in jfngster Zeit vorgelegten MaBnahmen des Bayerischen Kultusministers Hans Zehetmair, die Gesundheitserziehung in den bayerischen Schulen zu intensivieren.

Er ersucht aber, in die Gesundheitserziehung an den Schulen mehr als bisher zufs4tzlich zu den Schul4rzten 4rztliche Fachleute mit einzubeziehen, sowohl im Unterricht als auch in der gesundheitlichen Beratung (z. B. AIDS) von der Grundschule bis zur Kollegstufe.

„Erste Hilfe“ (mit Mund-zu-Mund-Beatmung) sollte praktisch und theoretisch in allen Altersklassen geubt werden, eine Unterweisung fber Verhalten mit dem Fahrrad (j4hrlich verungl4cken in der Bundesrepublik 20 000 Kinder und Jugendliche mit dem Fahrrad, Professor Waldemar Hecker) sollte in allen Klassen j4hrlich stattfinden.

Rechtsverordnung fber den Personal- bedarf an Krankenh4usern

In § 19 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes ist niedergelegt, daB der Bundesminister f4r Arbeit – falls innerhalb eines Jahres nach Inkrafttreten des Gesetzes eine Einigung fber MaBst4be und Grunds4tze f4r die Wirtschaftlichkeit und Leistungsf4higkeit der Krankenh4user, besonders f4r den Personalbedarf und die Sachkosten, nicht zustande kommt – eine entsprechende Rechtsverordnung zu erlassen hat.

Nachdem das Krankenhausfinanzierungsgesetz 1984 in Kraft getreten ist und eine entsprechende Einigung nicht erfolgte, fordert der 41. Bayerische 4rztetag den Bundesminister f4r Arbeit auf, die somit seit 1985 fberf4llige Rechtsverordnung, insbesondere fber den Personalbedarf an Krankenh4usern, zu erlassen. Hierbei muB die Sicherung der ordnungsgem4Ben Versorgung der Patienten vor allen anderen fberlegungen im Vordergrund stehen.

Gleichzeitig wfirdigt der Bayerische 4rztetag die Vermittlungsbemfuhungen des Bayerischen Staatsministeriums f4r Arbeit und Sozialordnung zwischen den zust4ndigen Tarifvertragsparteien, den Krankenh4ustr4gern und den Krankenkassen um L4sungsans4tze zur Behebung des Mangels an Pflegekr4ften.

Zur Situation im stationären Pflegebereich

Der 41. Bayerische Ärztetag appalliert an alle Verantwortlichen in Politik und Verwaltung, an die Tarifvertragsparteien, die Krankenkassen und Krankenträger, unverzüglich alle wirksamen und verfügbaren Instrumentarien zur Behebung des alarmierenden Zustandes bei der Personalausstattung im stationären Pflegebereich einzusetzen.

Aus der ersten Sorge um den Erhalt des bisherigen hohen Standards der Pflege in allen stationären Einrichtungen der Krankenversorgung, in der gebotenen Wahrnehmung der Fürsorgepflicht für unsere bis an die Grenzen der physischen und psychischen Belastbarkeit gelorderten pflegenden Mitarbeiter am Krankenbett und in voller Anerkennung des Anspruchs unserer Patienten auf sachgerechte und umfassende Pflege auch im stationären Versorgungsbereich fordert die bayerische Ärzteschaft insbesondere:

- eine dringlich notwendige Erweiterung der Stellenpläne unter Berücksichtigung sozialer demographischer und medizinischer Entwicklungen;
- eine lineare und strukturelle Verbesserung des Vergütungssystems, um auf dem sich verknappenden Arbeitsmarkt für diesen Beruf wirksamer werben zu können, die Vergütung muß dem Ausbildungsstand, dem Arbeitsaufwand (Nacht- und Wochenendarbeit) sowie dem hohen Maß an Verantwortung angemessen sein;
- ein finanziell, inhaltlich und zeitlich attraktiveres Angebot an Fort- und Weiterbildung, um die Verweildauer im Beruf erheblich zu verlängern und die Pflegekompetenz zu erhöhen;
- eine flexiblere, familienfreundlichere, gleichwohl patientenorientierte Arbeitszeit- und Dienstplangestaltung, um insbesondere die Wiedereingliederung ausgebildeter Pflegekräfte zu ermöglichen;
- Freistellung der Pflegekräfte von berufsremden Dienstleistungen durch ausreichende Personalausstattung in den Bereichen Verwaltung, Medizintechnik und ärztlicher Dienst, sowie
- nicht zuletzt die Schaffung entlastender Einrichtungen wie Kindergärten, Kinderhorte und Personalwohnungen, um die Fluktuationsrate nachhaltig zu vermindern.

Zur Problematik der Ausbildungskapazitäten im Pflegebereich

Nachdrücklich und mit großem Ernst weist der 41. Bayerische Ärztetag auf die

allein durch demographische Daten erwiesene zukünftige drastische Reduzierung des Bewerberangebotes für die pflegerischen Berufe hin und ersucht daher die Träger unserer Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegesschulen, ihre Ausbildungskapazitäten keinesfalls zu verringern. Sollte eine wünschenswerte Kapazitätserweiterung nicht möglich sein, müßte zumindest ein Angebot und Nachfrage orientierte Umschichtung vorhandener Ausbildungsplätze trägerintern oder trägerübergreifend möglich sein, um allen geeigneten Bewerbern sofort einen Ausbildungsplatz anbieten zu können.

Soziales Pflichtjahr für Mädchen

Der 41. Bayerische Ärztetag wendet sich gegen Bestrebungen, ein soziales Pflichtjahr für Mädchen als Möglichkeit zur Bekämpfung des Mangels an Pflegekräften in Krankenhäusern einzuführen.

Abgesehen davon, daß die Mehrzahl der Frauen aufgrund von Schwangerschaft und Erziehungsaufgaben bereits Pflichten gegenüber der Gesellschaft auf sich nimmt, ist es nicht realistisch, von Dienstleistenden in einem solchen Pflichtjahr aufgrund der relativ kurzen Zeit ihrer Krankenhaustätigkeit eine wirksame Entlastung der Pflegekräfte zu erwarten. Außerdem sind Nachteile für die Pflegebedürftigen aufgrund fehlender Motivation zu befürchten.

Dagegen sieht der Bayerische Ärztetag in einer verstärkten Werbung für das freiwillige soziale Jahr eine Möglichkeit, bei Jugendlichen Interesse an einer Tätigkeit im Pflegedienst zu wecken und durch eine entsprechende Berufswahl zur Milderung des Mangels an Pflegekräften beizutragen.

Der Bayerische Ärztetag appelliert an die Wohlfahrtsverbände, vermehrt Stellen für das freiwillige soziale Jahr zu schaffen.

Errichtung eines Arbeitskreises medizinischer Assistenz- und Komplementärberufe

Der 41. Bayerische Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer – einer Vorstandsempfehlung der Bundesärztekammer vom 17. Juni 1968 in Berlin folgend –, für den Bereich der Bayerischen Landesärztekammer einen Arbeits- und Gesprächskreis medizinischer Assistenz- und Komplementärberufe zu installieren. Dieser soll mit allen bayerischen Vertretungen der entsprechenden Berufsverbände Gespräche zu aktuellen Fragen aufnehmen,

die Ärzte und medizinische Assistenz- und Komplementärberufe gemeinsam berühren. Die Eigenständigkeit der beteiligten Berufsgruppen bleibt davon völlig unberührt, denn es wäre auch von der Sache her unrealistisch, zu erwarten, daß in allen Fachfragen Übereinstimmung und eine gemeinsame politische Strategie zu erreichen wären.

Kontinuierlich geführte Gespräche sowie ein regelmäßiger Informations- und Meinungsaustausch lassen jedoch die Möglichkeit der Formulierung gemeinsamer und der Erklärung unterschiedlicher Interessenstandpunkte zu. Sie machen in Einzelfragen – die derzeitige Pflegediskussion sei als Beispiel angeführt – auch den Versuch einer präventiven Abstimmung möglich.

Arzt im Praktikum (AIP) und Abieistung der kassenärztlichen Vorbereitungszeit

Der 41. Bayerische Ärztetag begrüßt die AIP-Umfrage der Bayerischen Landesärztekammer von Anfang August dieses Jahres an der Weiterbildung ermächtigten Krankenhausärzte und Belegärzte in Bayern. Ziel dieser Aktion ist, festzustellen, wo und wieviele Stellen an Krankenhäusern für Ärzte im Praktikum in Bayern zum Jahresende sowie im Laufe des kommenden Jahres zur Verfügung gestellt werden können.

Der 41. Bayerische Ärztetag bittet alle Krankenhausärzte und Belegärzte Bayerns, sich für die Aufnahme von Ärztinnen/Ärzten im Praktikum einzusetzen.

An die Krankenträger richtet der Bayerische Ärztetag die dringende Bitte, entsprechende AIP-Planstellen zu schaffen oder freierwerdende Assistentenstellen in angemessener Zahl mit Ärztinnen/Ärzten im Praktikum zu besetzen, damit unsere jungen Kolleginnen und Kollegen ihre Ausbildung abschließen und die Approbation erhalten können. Damit besteht auch die Chance, Überstunden der angestellten Ärzte abzubauen.

Mit großer Sorge muß der Bayerische Ärztetag darauf hinweisen, daß selbst damit die berufliche Existenz des ärztlichen Nachwuchses nicht gesichert ist. Nach Abschluß der Ausbildung stehen nur für weniger als die Hälfte des ärztlichen Nachwuchses Assistenzarztstellen im Krankenhaus zur Verfügung, die aber für die berufliche Weiterbildung unverzichtbar sind.

Die freipraktizierenden Kassenärzte werden dringend gebeten, den jungen Kolleginnen und Kollegen die Möglichkeit

zu geben, die im sogenannten „Gesundheits-Reformgesetz“ vorgeschriebene Vorbereitungszeit vor der Kassenzulassung ableisten zu können oder Ärztinnen/Ärzte im Praktikum zu beschäftigen.

AiP-Stellen

Die Notwendigkeit, AiP-Stellen in den Krankenhäusern zu schaffen, darf nicht dazu führen, bereits vorhandene oder noch zu schaffende Halbtagsstellen in AiP-Stellen umzuwandeln. Wenn jedoch eine Stellenumwandlung unvermeidlich erscheint, dann entspricht ein Umwandlungsverhältnis von 1:3 der gesetzlich geforderten Kostenneutralität. Gerade Kolleginnen, die in ihren Beruf zurückkehren wollen, oder berufstätige Mütter sind vermehrt auf Halbtagsstellen angewiesen.

Die verschiedenen Formen der Arbeitszeitverkürzung in den vergangenen Jahren (z. B. arbeitsfreie Tage u. a.) haben bisher in keiner Weise zu einer eigentlich notwendigen Personalmehrung geführt. Der Bayerische Ärztetag fordert die Träger kommunaler Krankenhäuser bzw. der Universitätskliniken auf, den Personalbedarf, der sich aus der bisherigen wie der kommenden Arbeitszeitverkürzung er-

gibt, unverzüglich zu ermitteln und die so errechneten Stellen als AiP-Stellen auszuweisen, bevor bestehende Arztstellen umgewandelt werden und/oder noch mehr Freizeitausgleich für Überstunden gewährt wird.

Erfassung von AiP-Stellen

Der 41. Bayerische Ärztetag hält es für unverzichtbar, den Bewerbern um AiP-Ausbildungsplätze alsbald ein Verzeichnis der Krankenanstalten, sonstigen geeigneten Einrichtungen und auch Arztpraxen in Bayern zugänglich zu machen, die solche Ausbildungsplätze vorhalten. Er begrüßt es, daß das Bayerische Staatsministerium des Innern in der Erfassung der Ausbildungsplätze auch eine Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung sieht und die Bayerische Landesärztekammer mit der Erstellung der Liste beauftragt hat.

Der Bayerische Ärztetag hält es für geboten, daß die Bayerischen Staatsministerien des Innern und für Arbeit und Sozialordnung auf alle staatlichen und kommunalen Verwaltungen und die nach den Krankenhausgesetzen geförderten Krankenanstalten nachdrücklich einwirken, Ausbildungsplätze für Ärzte im Praktikum

unverzüglich zu schaffen und der Bayerischen Landesärztekammer zu melden, damit diese ihrem Auftrag entsprechen kann.

AiP-Stellen und Stellenverzeichnis

Der 41. Bayerische Ärztetag bittet alle bayerischen Krankenhausträger, die bei ihnen bereits bestehenden oder demnächst zu schaffenden Ausbildungsplätze für Ärzte im Praktikum der Bayerischen Landesärztekammer zu melden, damit diese dem Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, ein Verzeichnis der AiP-Stellen in Bayern zu erstellen, alsbald entsprechen kann.

Der Ärztetag bittet euch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, die sich der Ausbildung unserer junger Kolleginnen und Kollegen annehmen wollen, Ihre Bereitschaft zu erklären, in das Verzeichnis aufgenommen zu werden.

Beiträge der AiPs an die Ärztlichen Kreisverbände

Der 41. Bayerische Ärztetag empfiehlt den Ärztlichen Kreisverbänden in Bayern, die Ärztinnen und Ärzte im Praktikum beitragsfrei zu stellen.

Gleich und gleich gesellt sich gern!

Saab-Fahrer verzichten bewußt auf den Marken-Stempel und noch mehr auf das Image einiger bekannter Hersteller. Obwohl oder gerade weil sie genügend "verfügbares Einkommen" besitzen, haben sie vordergründiges Zurschaustellen nicht nötig. Im Gegenteil - sie halten das für mehr als unpassend.

Es ist also kein Zufall, daß sich Menschen von Format für ein Auto mit Format entscheiden.



CLAUSEN & PARTNER 0 89 35 45 11-42

...denn die beste Adresse ist besser, als die nächstbeste!

SAAB
ScanAuto



Wasserburger Landstr. 31 u. Motorama
8000 München 82, Telefon: 089/42 10 08

Arbeitszeitverkürzung und Abbau von Mehrarbeit

Der 41. Bayerische Ärztetag ist der Auffassung, daß der tariflichen Arbeitszeitverkürzung im Öffentlichen Dienst im medizinischen und pflegerischen Bereich Krankenhäuser nur mit der Schaffung zusätzlicher Arbeitsplätze Rechnung getragen werden kann. Eine weitere Ausdehnung der Mehrarbeit ist auch aus arbeitsmarktpolitischen Gründen abzulehnen.

Der Bayerische Ärztetag sieht in der Schaffung von Planstellen für Ärzte im Praktikum eine Möglichkeit, den durch die Arbeitszeitverkürzung entstehenden Bedarf an zusätzlicher Arbeitskraft zu decken.

Personalstruktur an der Hochschule

Der 41. Bayerische Ärztetag bittet die Fraktionen des Bayerischen Landtags, die zur Anpassung des Landesrechts an Bundesrecht gebotene Änderung des Bayerischen Hochschullehrergesetzes zügig in Angriff zu nehmen.

Für die Gestaltung der Personalstruktur an den Hochschulkliniken sollte darauf Rücksicht genommen werden, daß die Mehrzahl der ärztlichen Mitarbeiter zunächst bevorzugt Tätigkeiten in der Krankenversorgung und zur Erlangung von Gebiets- und Teilgebietsanerkennungen anstrebt und nur eine relativ kleine Zahl auch die Qualifizierung zum Hochschul-lehrer. Schon vor Jahren hat der wissenschaftliche Beirat beim damaligen Staatsministerium für Unterricht und Kultus angeregt, diesen Umständen Rechnung zu tragen.

Nach einer jüngst ergangenen Entscheidung des Landgerichts München (24. August 1988 - Az: 7 Sa. 142/88) erscheint es zudem nicht mehr vertretbar, an den Hochschulkliniken Ärzte als „wissenschaftliche Hilfskraft“ zu beschäftigen und nach der Entscheidung des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes vom 3. August 1988 (Az: 3 B 87.02139) auch nicht mehr zweckmäßig, dies im Status eines Zeitbeamten zu tun.

Vorbereitungszeit für die Kassenzulassung

Während die 18monatige Vorbereitungszeit für die Kassenzulassung bisher auch in Teilzeitbeschäftigung abgeleistet werden konnte, soll dies künftig nicht mehr möglich sein. Dadurch wird die Kassenzulassung für Ärztinnen erschwert.

Der 41. Bayerische Ärztetag fordert deshalb die verantwortlichen Gremien auf,

die bisherige Regelung beizubehalten und die Vorbereitungszeit grundsätzlich auch in Teilzeitbeschäftigung zu erlauben.

Ärztliche Fortbildung und Pharmaindustrie

Die Durchführung ärztlicher Fortbildung ist nach dem Kammergesetz eine der zentralen Aufgaben der Berufsvertretung. Die Sicherstellung eines hohen Niveaus ärztlicher Fortbildung ist deshalb auch in Zukunft ein vorrangiges Anliegen.

Entsprechend den Empfehlungen der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung und dem Vorstandsbeschuß der Bayerischen Landesärztekammer müssen die ärztlichen Körperschaften dabei in der Auswahl der Themen und der Referenten ihre Entscheidungsfreiheit bewahren und sicherstellen, daß eine Firmenwerbung nicht im Vordergrund steht.

Bei der zunehmenden Begrenzung der organisatorischen und finanziellen Unterstützungsmöglichkeiten durch die pharmazeutische Industrie ist gerade auf einen möglichst effizienten Einsatz der vorhandenen Mittel besonders zu achten.

So kann sowohl bei der Wahl der Tagungsräume als auch bei der Bewirtung eine konsequente Beachtung der Wirtschaftlichkeit erhebliche Kosten einsparen, wobei es durchaus sinnvoll sein kann, Kollegen, die direkt aus der Praxis kommen, Gelegenheit zu einem einfachen Imbiß zu geben. Bei größeren Veranstaltungen ist auch eine angemessene Unkostenbeteiligung der Teilnehmer durchaus vertretbar.

Die bayerische Ärzteschaft würdigt uneingeschränkt die jahrzehntelange, gute Zusammenarbeit mit angesehenen Häusern der pharmazeutischen Industrie und ihre Unterstützung ärztlicher Fortbildung in der Vergangenheit. Sie appelliert aber auch an die pharmazeutische Industrie, diese Voraussetzungen in partnerschaftlicher Verantwortung mitzutragen und weiterhin bei qualifizierter ärztlicher Fortbildung mitzuwirken.

Schließung der Kinderpsychiatrischen Abteilung der Klinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie, München, im Sommer 1989

In diesen Tagen wurde den Mitarbeitern der Klinik des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie in München erstmals offiziell mitgeteilt, daß die Kinderabteilung der Klinik anläßlich der Berufung eines neuen ärztlichen Direktors bereits im Sommer 1989 geschlossen werden soll.

Entsprechend den Zielsetzungen der Max-Planck-Gesellschaft soll in deren Instituten vor allem Grundlagenforschung betrieben werden. In der Kinderabteilung des Max-Planck-Institutes für Psychiatrie in München werden seit Gründung der Abteilung vor 20 Jahren Grundlagen verschiedener Entwicklungsstörungen – vor allem der Sprache, der geistigen Behinderung, des kindlichen Autismus u. e. – erforscht und Behandlungsmöglichkeiten weiter entwickelt.

Im Rahmen der klinischen Forschung werden in der Kinderabteilung auch zahlreiche Kinder versorgt: Auf der kinderpsychiatrischen Station (24 Vollklinik- und Tagpatienten) werden Kinder vorwiegend aus Ober- und Niederbayern mit besonders schweren Sprachentwicklungs- und kombinierten Verhaltensstörungen behandelt.

Die Schließung der Station bedeutet, daß diese Kinder in nächster Zukunft nicht mehr optimal versorgt werden können.

In der kinderpsychiatrischen Ambulanz werden pro Jahr etwa 550 Kinder behandelt. In Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kinderärzten, Kinder- und Jugendpsychiatern, heilpädagogischen Einrichtungen u. a. werden auch Behandlungspläne entwickelt und Mitarbeiter ambulanter Dienste kinderpsychiatrisch beraten. Auch diese Arbeit kann nicht innerhalb weniger Monate von anderen Institutionen übernommen werden, was für die betroffenen Kinder und deren Familien eine Verschlechterung der ärztlichen Versorgung bedeutet.

Die Ärzte des 41. Bayerischen Ärztetages nehmen die Nachricht von der bevorstehenden Schließung der Kinderpsychiatrischen Abteilung des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie mit großer Besorgnis zur Kenntnis.

Der Bayerische Ärztetag fordert die Max-Planck-Gesellschaft und den zukünftigen Direktor des Instituts auf, ihre Fürsorgepflicht gegenüber den betroffenen Kindern und ihren Familien wahrzunehmen und die Kinderpsychiatrische Abteilung erst dann zu schließen, wenn in Zusammenarbeit mit anderen Trägern alternative Behandlungsmöglichkeiten geschaffen wurden.

Medizin und Nationalsozialismus

Anläßlich des 50. Jahrestages des Approbationsentzuges aller jüdischer Ärztinnen und Ärzte gedenkt der 41. Bayerische Ärztetag der Betroffenen, insbesondere der in deutschen Konzentrationslagern

umgebrachten Kolleginnen und Kollegen. Der Ärztetag dankt dem Vorstand für die Verteilung der Broschüre „Schicksale jüdischer und ‚staatsfeindlicher‘ Ärztinnen und Ärzte nach 1933 in München“ und den Münchner Kolleginnen und Kollegen, die diese erstellt haben. Er empfiehlt auch in anderen Orten Bayerns eine Bearbeitung dieser Probleme seitens der Ärzteschaft.

Teilnahme der bayerischen Delegierten am Deutschen Ärztetag 1989 in Berlin

Der Bayerische Ärztetag nimmt folgende Äußerungen des Kammerpräsidenten Dr. E. Huber zu Kenntnis:

1. „Was mit Ihnen (gemeint ist Dr. Theissen/Memmingen – Anmerkung der Stenographen) aber gemacht wird in Bayern, das ist – und ich sage das als Präsident einer Landesärztekammer – ein ethisch-moralisches Verbrechen!“
2. „Die, die ihn heute verurteilen, das sind die eigentlichen Verbrecher am ungeborenen Leben, weil sie mit ihren Maßnahmen dafür sorgen, daß künftig mehr unterbrochen werden muß, weil sie das, was wissenschaftlich nachgewiesen, die sinnvolle gesellschaftliche Umgangsweise mit diesen Schwangerschaftskonflikt-Problemen, es eben nicht sehen und das Falsche tun!“

Der Bayerische Ärztetag distanziert sich von diesen, die bayerischen Justizbehörden diffamierenden Äußerungen.

Europäisches Informationsjahr über Krebs

Die Europäische Kommission hat beschlossen, in den zwölf Mitgliedstaaten der Gemeinschaft im Jahre 1989 ein „Europäisches Informationsjahr über Krebs – Verhütung, Vorsorge und Behandlung“ durchzuführen.

Der 41. Bayerische Ärztetag wendet sich an alle Kollegen, die 1989 durchgeführten Aktionen zur Aufklärung der Bevölkerung zu unterstützen. Dabei wird es insbesondere darauf ankommen, die Bevölkerung über sinnvolle Vorsorgemaßnahmen aufzuklären, bei der Behandlung onkologischer Patienten in den verschiedenen ärztlichen Bereichen intensiv und reibungslos zusammenzuarbeiten und die Nachsorge lückenlos zu gewährleisten. Standardisierte ambulante Nachsorgeprogramme, wie sie Bayerische Landesärztekammer und Kassennärztliche Vereinigung Bayerns in Zusammenarbeit mit den Tumorzentren entwickelten, haben sich hierfür besonders bewährt.

Dabei spielt die psychosoziale Führung der Patienten sowohl beim niedergelassenen Arzt als auch im Krankenhaus eine besondere Rolle.

Der Hinweis auf bestehende Selbsthilfegruppen für die bedürftigen Patienten an deren Wohnort sollte für jeden Arzt selbstverständlich sein.

Die Bereitschaft der Ärzte zur Kooperation mit Selbsthilfegruppen oder zur Mitarbeit in Selbsthilfegruppen ist dafür Voraussetzung.

Deklaration der Wirksubstanzen bei Kosmetika und Lichtschutzmitteln

Der Bayerische Ärztetag möge beschließen, daß der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer sich bei der Landesregierung in Bayern, aber auch bei der Bundesregierung bzw. den kompetenten und zuständigen Stellen dafür einsetzt, daß zukünftig die Wirksubstanzen in Kosmetika und Lichtschutzmitteln deklariert werden, wie dies auch schon in anderen Ländern, z. B. Italien, Frankreich usw., geschieht.

Impfstatus in der Bundesrepublik

Der Bayerische Ärztetag beauftragt den Vorstand, sich umgehend mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung ins Benehmen zu setzen, daß in die Untersuchungsbögen für die Erst- und Nachuntersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz eine Information über den Impfstatus des Jugendlichen aufgenommen wird.

Umwelthygiene

In der Umweltmedizin besteht ein großes Forschungs-, Informations- und Beratungsdefizit. Es ist dringend erforderlich, für die Gesundheit relevante Beobachtungen und Daten zu sammeln und wissenschaftlich aufzuarbeiten.

Aufgaben und Mitwirkung der Ärzteschaft am Umweltschutz lassen sich am besten mit dem Begriff Umwelthygiene umschreiben. Nach dem Kammergesetz ist die Ärztekammer verpflichtet, an der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken. Aus dieser Verpflichtung heraus fordert der Bayerische Ärztetag die zuständigen staatlichen Stellen auf, an den Hygiene-Instituten der bayerischen medizinischen Fakultäten Bayerns, die personellen und räumlichen Voraussetzungen zu schaffen, daß Umwelthygiene in Forschung und Lehre betrieben werden kann.

Wie an der Technischen Universität (TU) München sollten auch an den anderen Universitäten des Freistaates eigene Abteilungen für Umwelthygiene eingerichtet werden.

Diese Abteilungen sollten engstens mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst und der niedergelassenen Ärzteschaft zusammenarbeiten, um alle verfügbaren Daten zu sammeln.

Tätigkeitsbericht

Der Bayerische Ärztetag fordert den Kammervorstand auf, in der Weiterbildungsordnung eine einheitliche Sprachregelung zu finden und dabei ausschließlich die Bezeichnung „Fachgespräch“ zu benutzen (§§ 10 ff.).

Schaffung von mehr Nachsorgebetten zur Rehabilitation

Mit besonderer Sorge beobachten die bayerischen Ärzte das Schicksal vieler hochbetagter Mitbürger, die nach schwerer Erkrankung aus hochspezialisierten Akutabteilungen der Krankenhäuser entlassen wurden, aber so unzureichend rehabilitiert sind, daß eine häusliche Pflege nicht möglich ist. Es fehlen als Übergang eine ausreichende Zahl von Nachsorgebetten mit Rehabilitationsmöglichkeiten. Auch das Angebot an Pflegekräften ist vor allem im Raum München unzureichend und die überwiegende Zahl der angebotenen Pflegeplätze ist für die Versorgung schwerer organischer Erkrankungen ungeeignet.

Der Bayerische Ärztetag ersucht die Bayerische Staatsregierung dringend, in Zusammenarbeit mit den Krankenkassenverbänden Anordnungen auch im Rahmen des Krankenhausbedarfsplanes zu treffen, die beitragen, zur Vermeidung von Dauersiechtum eine ausreichende Zahl von Nachsorgebetten bereitzustellen zur erforderlichen Rehabilitations- und Nachsorgemaßnahme nach schwerer akuter organischer Erkrankung.

Tätigkeit in der ärztlichen Selbstverwaltung ist öffentliches Ehrenamt

Der 41. Bayerische Ärztetag stellt fest, daß die im Geschäftsbericht 1987/88 wiedergegebenen Reaktionen auf die Entschuldigungen des 40. Bayerischen Ärztetages zur „Tätigkeit in der ärztlichen Selbstverwaltung“ nicht befriedigen können. Insbesondere in der Äußerung des Kommunalen Arbeitgeberverbandes liegt eine Abwertung der körperschaftlich-verfaßten Selbstverwaltung der Heilberufe, die

der Tariforganisation der Gebietskörperschaften schlecht ansteht.

Der Bayerische Ärztetag gibt seiner Verwunderung Ausdruck, daß der Bayerische Staatsminister des Innern, dem die Rechtsaufsicht sowohl über die Körperschaften der Heilberufe wie über die Gemeinden und Gemeindeverbände obliegt, sich die Meinung einer privatrechtlichen organisierten Tariforganisation kommentarlos zu eigen macht.

Der 41. Bayerische Ärztetag bittet die Bayerische Staatsregierung, für ihren eigenen unmittelbaren Zuständigkeitsbereich anzuerkennen, daß die Wahrnehmung eines Wahlamtes in der öffentlich-rechtlich verfaßten ärztlichen Selbstverwaltung die Ausübung eines öffentlichen Ehrenamtes darstellt, und darüber hinaus in Ausübung der Sach- und Rechtsaufsicht der Staatsministerien diesem Grundsatz ebenfalls Rechnung zu tragen.

Dienstzeiten der G-Ämter

Nach dem Bundesseuchengesetz ist innerhalb von 24 Stunden Verdacht z. B. auf Salmonellen dem Gesundheitsamt zu melden. Die Ämter sind aber ab Freitag 15.00 Uhr bis Montag früh personell nicht besetzt. Allenfalls über die Rettungsleitstelle und den Katastrophenplan mit Telefonnummer ist eine Amtsarztmeldung möglich. Aber auch hier besteht keine Präsenzpflcht.

Antrag:

Das Staatsministerium des Innern, als aufsichtsführende Behörde, mußte Sorge tragen, daß die niedergelassenen Ärzte ihren Verpflichtungen nach dem Bundesseuchengesetz nachkommen können.

Änderung der Berufsordnung § 1 Absatz (4)

Es muß sichergestellt sein, daß die Bayerische Landesärztekammer nicht nur eine, sondern bei Bedarf auch mehrere Ethik-Kommissionen bildet bzw. eine bestehende Ethik-Kommission als eine Ethik-Kommission der Bayerischen Landesärztekammer anerkennen kann.

Berufsordnung

Änderung des Begriffes „lebendes embryonales Gewebe“ in „Embryonen“ in § 1 (5) BO Satz 3.

§ 12 Absatz 3 Berufsordnung

Bei Zeugnissen über Mitarbeiter und Ärzte in Weiterbildung ist eine Frist von vier Wochen nach Antragstellung oder Ausscheiden einzuhalten.

Schmerz und Schmerztherapie

79. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Professor Dr. A. Ziegler, Kiel:

Pharmakologische Schmerztherapie

Im Gegensatz zu anderen pharmakologischen Wirkstoffklassen sind alle analgetischen Wirkprinzipien seit vielen Jahren bekannt. Morphin als Inhaltsstoff von *Oplum* gehört seit Menschengedenken in den Arzneischatz, seine Isolierung durch Serturner (1813) wird allgemein als Beginn der modernen Arzneimitteltherapie angesehen. Die Aufklärung der chemischen Struktur gelang 1925, die der stereochemischen Struktur 1930. Damit eröffnete sich die Möglichkeit, das Molekül auf der Suche nach besseren Wirkstoffen systematisch chemisch zu verändern. Bei den antipyretischen Analgetika wurde die Acetylsalicylsäure 1899, das Phenacetin 1887 und die Pyrazolidin-Derivate zwischen 1900 und 1920 in die Therapie eingeführt.

In den letzten sechzig Jahren, in denen nahezu alle anderen pharmakologischen Wirkstoffgruppen erheblich ausgebaut werden konnten, hat die Stoffgruppe der Analgetika keine nennenswerte Erweiterung mehr erfahren. Zweifellos stellt die Synthese der Opiode mit anderen pharmakokinetischen Eigenschaften und die Entwicklung der sogenannten nicht-steroidalen Antiphlogistika einen Fortschritt dar; trotz zehnjähriger anhaltender Suche aber gelang es nicht, ein neues Wirkprinzip für die Ausschaltung oder Linderung von Schmerzen zu finden. Deshalb konzentrieren sich die Aktivitäten der Analgetikaforschung auf eine Optimierung des Einsatzes der Opiate bei chronisch Schmerzkranken und eine Differenzierung der Wirksamkeit entsprechend den Darreichungsformen der Acetylsalicylsäure. Aus pharmakologischer Sicht fragwürdig erscheinen in den vergangenen Jahren behördlicherseits verfügte Maßnahmen auf dem Analgetikasektor: Weiterhin steht nicht fest, ob allein das inzwischen verbotene Phenacetin bei chronischem Gebrauch zu Nierenschäden führt. Auch bleibt unverständlich, daß nur Metamizol und nicht das Propyphenazon unter Rezeptpflicht gestellt wurde, da bei beiden Substanzen eine gleiche (gerin-

ge) Häufigkeit an Agranulozytosefällen diskutiert wird.

Privatdozent Dr. R. Wörz, Bad Schönborn:

Schmerzmittelmißbrauch als Quelle chronischer Schmerzen

Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit dem Begriff einer solchen Schädigung beschrieben wird. Daraus ergibt sich, daß Schmerz nicht nur mit Nozizeption gleichzusetzen ist, sondern auch Leidenszustände subsumiert, bei denen keine Gewebläsionen vorliegen. Hierunter sind in erster Linie psychogen bedingte Schmerzsyndrome zu verstehen, wie sie im Rahmen endogener Psychosen beobachtet werden.

Die Grenzen zwischen akutem und chronischem Schmerz sind fließend. Chronische, länger als drei Monate dauernde Schmerzzustände gehen mit motorischer Inaktivität, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Gewichtsabnahme sowie mit Libido- und Potenzverringern einher und führen zum Teil zu mißmutig-traurigen Verstimmungen, Reizbarkeit, Einengung von Erlebnisfähigkeit und Interessen (Allogenes Psychosyndrom). Die Folge ist häufig ein Medikamentenabusus und eine entsprechende Abhängigkeit einschließlich toxischer Spätschäden.

Der Schmerzmittelmißbrauch und die daraus resultierende Abhängigkeit führen zu psychologischen und sozialen Einengungen, zur Schmerzmittelchronifizierung durch bestimmte Substanzkombinationen und zu vielfältigen toxischen und allergischen Folgeschäden. Mißbrauch wurde besonders bei analgetisch-psychotropen Kombinationspräparaten beobachtet. So stellen Kombinationen von Barbituraten mit Analgetika bzw. migränewirksamen Stoffen eine wichtige Risikoquelle für den chronischen Abusus dar. Täglicher Konsum von Ergotamin kann zur Chronifizierung von Migräne bzw. gelegentlich auftretendem Spannungskopfschmerz führen. Da die aus dem Schlaf heraus auftretenden Migräneanfälle auf Mit-

tel zur Anfallskupierung meist nicht reagieren, nehmen manche Patienten Ergotamin-haltige Präparate vor dem Schlafengehen prophylaktisch ein – insbesondere in Kombination mit Barbituraten. Da Ergotamin eine Halbwertszeit von etwa 18 Stunden hat und die Barbiturata ebenfalls meist mittellang wirksam sind, kann die tägliche Zufuhr von nur einer Tablette oder einem Suppositorium leicht zu einer Barbituratabhängigkeit und gleichzeitig zur Entwicklung des Ergotamin-Kopfschmerzes (Ergotismus) führen.

Ein bis zwei Tage nach Absetzen von langfristig eingenommenen Ergotamin-haltigen Präparaten bzw. von analgetisch-psychotropen Kombinationspräparaten tritt eine typische Schmerzaggravation in der Kombination mit anderen Entzugerscheinungen auf. Dieser Mechanismus und Entzugskopfschmerz verhindert als Circulus vitiosus das einfache Absetzen der Medikamente.

Die Frage, ob schwere chronische (non-maligne) Schmerzsyndrome mit Opioiden behandelt werden dürfen, wird kontrovers diskutiert. Argumente dagegen beruhen auf Beobachtungen und Erfahrungen aus der Drogenzene. Verlaufsbeobachtungen bei chronischen Schmerzzuständen belegen aber, daß die Substanzen jahrelang ohne nennenswerte Steigerung der Dosiserfordernis gegeben werden können. Allerdings entwickelten Kriegsopfer mit Stumpf- oder Phantomschmerzen Toleranzprobleme, insbesondere bei der Verabreichung kurz wirksamer Substanzen.

Professor Dr. W.-D. Gerber, Kiel:

Nicht-medikamentöse, verhaltensmedizinische Schmerztherapie

Der Behandlung akuter und chronischer Schmerzzustände liegt häufig die Annahme eines unidimensionalen Verhältnisses von Schmerzreiz und Schmerzempfindung zugrunde. Die Vorstellung des Schmerzes als rein somatisches Ereignis geht davon aus, daß sich das Schmerzausmaß direkt proportional zum sensorischen Reiz bzw. der Gewebeschädigung verhält. Darüber hinaus wird angenommen, daß jeder Schmerzreiz über bestimmte Nervenleitungen zu spezifischen Hirnstrukturen führt, die dann die Reaktion bestimmen. Aus diesem Modell leiten sich folgerichtig operative und nicht-operative Verfahren der Schmerzausschaltung ab (zum Beispiel mittels Nervenstimulation und medikamentöser Behandlung), die die Übertragung des sensorischen Inputs an verschiedenen Stellen unterbrechen sollen. Dieses Schmerzmodell versagt jedoch bei einer Reihe von chronischen Schmerzzuständen und insbesondere bei jenen mit noch ungeklärter Pathogenese.

Anfangs der sechziger Jahre wurde ein multifaktorielles Konzept der Übertragung und Verarbeitung des Schmerzes erkennbar (verhaltensmedizinisches Modell von Melzack und Wall). Der Schmerz wird heute als Reaktion aufgefaßt, die auf drei Ebenen des Organismus ablaufen kann:

● Der objektiv verbalen Ebene, die sich sowohl in offenen Reaktionen

(zum Beispiel Klagen und Stöhnen) als auch in verdeckten Reaktionen (Gedanken, Gefühlen und Vorstellungen) äußert,

● der motorisch-verhaltensmäßigen Ebene (schmerzhafte Mimik, spezielle Körperhaltungen) und

● der physiologischen Ebene (zum Beispiel Erregung der Nozizeptoren).

Für die psychologische Behandlung chronischer Schmerzen stehen eine Reihe von Verfahren zur Verfügung. Neben Entspannungs- und Suggestionstechniken (Hypnose) werden von verschiedenen Arbeitsgruppen umfassendere Schmerzbehandlungsprogramme entwickelt, zu denen die operante (auf Erhöhung des Aktivitätsniveaus im Alltag gerichtete) Schmerztherapie und die Schmerzimmunisierungsverfahren sowie Selbstregulationstechniken (Biofeedback) gehören.

Professor Dr. H. Wegener, Kiel:

Schmerz und Psyche

1987 stellte Professor Soyka seine Ansichten von der mehrdimensionalen Schmerzanalyse vor und untersuchte die verschiedenen Analyseebenen im Hinblick auf die Praxis der Schmerzbehandlung. Er kam dabei zu dem Schluß, daß auf der psychophysischen Ebene der Schmerzdiagnostik noch viel gesündigt wird.

Die empirische Psychologie hat sich nicht mit der Alltagserfahrung begnügt, daß der eigene Körper für die

Chloralhydrat-Rectiole®

Problemlose Sedierung nach Maß.

- ▶ Wirkt zuverlässig und schnell ▶ Kurze Halbwertszeit
- ▶ Gut steuerbar ▶ Soforttherapie akuter Krämpfe

Zusammensetzung: 1 Miniaturklistier (Rectiole) à 3 g enthält 0,6 g Chloralhydrat. **Anwendungsgebiete:** Zur Ruhigstellung von Kindern vor instrumenteller Diagnostik (EEG, Computertomographie, Röntgen, Endoskopie, Katheterisierung), zur Behandlung von Krampfanfällen jeder Genese, insbesondere Fieberkrämpfe und status epilepticus, vor kleinen operativen Eingriffen oder schmerzhaftem Verbandwechsel. **Gegenanzeigen:** Nicht bei schweren Leber-, Nieren-, Herz- und Kreislaufkrankungen anwenden. **Nebenwirkungen:** In seltenen Fällen Schleimhautreizungen. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, beträgt die hypnotische Dosis bei Säuglingen 1/2-1 Rectiole, bei Kleinkindern 1-2 Rectiolen, bei Schulkindern 2-3 Rectiolen. Zur Sedierung genügt die Hälfte. Packungsgrößen und Preise: D. P. mit 3 Miniaturklistieren DM 9,50, A. P. mit 30 Miniaturklistieren. Auch in Österreich und der Schweiz erhältlich.

Dentinox KG
1000 Berlin 48

D



CH3

meisten Menschen erst bei Beeinträchtigungen zum Gegenstand intensiver Zuwendung und besonderer Bedeutung wird. Dabei lassen sich zwei verschiedene Prozesse isolieren: ein sensorisches Geschehen, dem dann die ganzheitlich-affektive Verarbeitung der einlaufenden Informationen folgt, dem Körpererleben im engeren Sinne.

Das Schmerzerleben geht auf besonders markante, alarmierende Signale aus dem Bereich des Organismus zurück und beeinflusst das Selbstgefühl in hohem Maße. Daraus ergibt sich ein Ursache-Wirkungs-Gefüge mit drei verschiedenen Beziehungsmustern:

- Der Schmerz organischen Ursprungs (die psychische Reaktion auf objektivierbare Gewebedefekte, das algogene Psychosyndrom beim Verletzungs- oder Tumorschmerz).
- Der Schmerz psychischen und organischen Ursprungs, bei dem es durch psychische Faktoren zu einer organischen Dysfunktion kommt (zum Beispiel beim Spannungskopfschmerz).
- Der Schmerz ohne faßbare organische Ursache, also ohne Irritation der Nozizeptoren (zum Beispiel Schmerz als Symptom bei larvierter Depression oder neurotischer Konversion).

Psychosomatische Schmerzzustände entstehen im Zusammenwirken psychischer und somatischer Prozesse und stellen für dieses Thema ein eindrucksvolles Paradigma mit wechselseitiger Abhängigkeit dar. Mitmenschliche Konflikte, berufliche oder soziale Überlastung, Trennungserlebnisse, Versagen sowie unterdrückte Aggressionen führen zu starken akuten oder dauerhaft-progredienten seelischen Zuständen, die zunächst nur metaphorisch als schmerzhaft erlebt und bezeichnet werden, ohne daß körperlich wahrgenommener Schmerz vorhanden ist. Unter Mitwirkung konstitutioneller und sozialer Einflüsse entwickeln sich dann die bekannten Funktionsstörungen. Diese dritte Gruppe von Patienten mit Schmerzäußerungen, vermutlich ohne körperliches Substrat, bedürfen der weiteren Untersuchung. Zu vernachlässigen sind diese Menschen gewiß nicht, da Depressionen, Hysterie und extreme Angst, mit und ohne Schmerzäußerung, behandlungsbedürftige Krankheitsbilder bleiben.

Professor Dr. G. Thomalske, Frankfurt:

Neurochirurgische Möglichkeiten der Schmerztherapie

Bei der Erforschung und konservativen Behandlung chronischer Schmerzen wurden in letzter Zeit große Fortschritte erzielt. Dadurch hat die Zahl schmerzchirurgischer Eingriffe in den größeren neurochirurgischen Kliniken in den letzten fünfzehn Jahren deutlich abgenommen. Eine Ausnahme machen lediglich jene kausal wirksamen Eingriffe, die bei gutartigen Nerven- oder Nervenwurzelkompressionssyndromen vorgenommen werden und die in hohem Maße eine günstige Prognose verheißen. Hinzugekommen sind ferner moderne nicht-läsionelle Verfahren der Direktapplikation von Opioiden am ZNS. Der Neurochirurg sollte stets erst letztinstanzlich hinzugezogen werden.

Das Spektrum neurochirurgischer Schmerzengriffe erstreckt sich einmal auf die befreienden und harmlosen, kausal wirksamen Operationen bei gutartigen schmerzauslösenden Nervenkompressionssyndromen und zum anderen auf die mit einer Unterbrechung und Zerstörung schmerzleitender oder schmerzverarbeitender nervöser Substanzen verbundenen Eingriffe bei unheilbaren, äußerst schmerzhaften Leiden. Diese werden nur palliativ, aber in der Regel definitiv und unwiderruflich angegangen. Zwischen diesen beiden gegensätzlichen operativen Kategorien stehen jene Verfahren, bei denen über die Einbringung von Reizelektroden in das Gehirn oder an das Rückenmark oder auch an periphere Nerven eine Aktivierung schmerzhemmender neuronaler Systeme versucht wird, um sonst inkurable Schmerzen günstig zu beeinflussen.

Bei der chirurgischen Therapie chronischer Schmerzen, und vor allem bei läsionellen Verfahren, ist eine gesunde Skepsis vonnöten. Kaum etwas wird so rasch vergessen und bedeutungslos wie ein beseitigter, nicht mehr verspürter Schmerz. Durch die Operation induzierte etwaige Nebenwirkungen werden dann zu einem Problem, das das ganze Denken und Empfinden des Patienten genauso beherrschen kann, wie vorher der ihn quälende Schmerz. Auch eine noch so eingehende präoperative Aufklärung kann nicht verhindern, daß der Patient wegen eventueller Nebenwirkungen vom Eingriff enttäuscht ist. Deshalb ist zu hoffen, daß uns die

pharmazeutische Forschung in absehbarer Zeit Analgetika mit so weitgehender Wirkung beschert, daß sich destruirende Schmerzengriffe am Zentralnervensystem ganz erübrigen.

Professor Dr. D. Soyka, Kiel:

Chronische Kopfschmerzsyndrome

Eine medizinisch relevante Neigung zu chronisch rezidivierenden Kopfschmerzen findet sich bei etwa 20 Prozent der Erwachsenen. In der Hälfte der Fälle handelt es sich um Migräne, der Rest verteilt sich auf den gefäßabhängigen Kopfschmerz vom nicht-migränösen Typ, den Spannungskopfschmerz, den psychogenen Kopfschmerz, beispielsweise auf konversionsneurotischer oder depressiver Basis, den medikamenteninduzierten Kopfschmerz und den Cluster-Kopfschmerz. Es handelt sich durchwegs um Syndrome mit uneinheitlicher Ätiologie. Die pathophysiologischen Entstehungsbedingungen sind zu einem großen Teil noch immer nicht klar überschaubar, obwohl für einige der genannten Syndrome viele Einzelfaktoren untersucht und als bedeutsam erkannt worden sind.

Alle genannten Formen gehören in die Gruppe der idiopathischen bzw. primären Kopfschmerzsyndrome, denen gemeinsam ist, daß sich kein krankheitsspezifischer Organbefund aufdecken läßt. Aus der Fülle der Kopfschmerzformen mit mehr oder weniger uncharakteristischer Symptomatologie heben sich einige durch eine eigenständige, offenkundig vorgegebenen Reaktionsmuster folgende Verlaufsdynamik ab. Hierzu gehören vor allem die Migräne und der Cluster-Kopfschmerz. Den Migräneanfällen liegt sicher ein einheitliches Reaktionsmuster zugrunde, jedoch muß angenommen werden, daß den verschiedenen Varianten der Migräne auch gewisse pathophysiologische Besonderheiten entsprechen.

Chronisch-rezidivierende Kopfschmerzen bedürfen einer sorgfältigen diagnostischen Analyse und lassen sich dementsprechend den verschiedenen Syndromen zuordnen. Die Migräne oder der Spannungskopfschmerz sind am häufigsten. Ein körperliches Grundleiden sollte bei entsprechender Diagnosestellung stets ausgeschlossen werden. Auslösefaktoren müssen aufgedeckt und nach Möglichkeit ausgeschaltet werden. Therapeutisch ist zwischen der

Bekämpfung des Schmerzzustandes selbst und der langfristigen Beeinflussung der Kopfschmerzneigung zu unterscheiden. Im einzelnen bieten sich sowohl medikamentöse als auch verschiedene nicht-medikamentöse Verfahren an. Ein besonderes Problem ist die Entwicklung eines Medikamentenabusus und damit eines sekundären medikamenteninduzierten Kopfschmerzes. Dies gilt besonders im Hinblick auf Analgetika und Ergotamin. Die Einnahmegewohnheiten des Patienten müssen deshalb besonders sorgfältig überwacht werden.

Professor Dr. U. Thoden, Freiburg:

Klinische Schmerzanalyse

Schmerz ist eine unangenehme sensorische und emotionale Erfahrung, durch Gewebsschädigung ausgelöst und entsprechend einer solchen beschrieben. Damit ist Schmerz immer subjektiv geprägt. Jedes Individuum lernt im frühen Leben den Gebrauch dieses Begriffes durch eigene Erfahrung im Umgang mit Verletzungen. Die subjektiven Angaben allein lassen keine Trennung zwischen organischer und psychischer Ursache zu. Trotz dieser Feststellung wird man kaum darauf verzichten können, die bei Anamnese und klinischer Untersuchung erhobenen Befunde zu analysieren, zu gruppieren und zu weiterführenden syndromspezifischen Unterbegriffen zusammenzusetzen.

Aus dieser Analyse setzen sich die folgenden definierten Schmerzsyndrome zusammen:

- Lokalisierter Schmerz = Nozizeptorschmerz,
- projizierter Schmerz = Nervenschmerz = Neuralgie,
- radikulärer Schmerz,
- Schmerzen bei Läsionen peripherer Nerven,
- kausalgischer Schmerz (Sympathische Reflexdystrophie),
- pseudoradikulärer Schmerz,
- übertragener Schmerz.

Das diagnostische Denken darf gerade bei der Therapie chronischer Schmerzen nie erlahmen. Obgleich Patienten mit chronischen Schmerzen bei wiederholten Konsultationen sicher die Aufmerksamkeit des Therapeuten ermüden, sollten diese Probleme stets beachtet werden. Ein chronisches Schmerzsyndrom ist ein dynamischer Prozeß, ein Wechsel-

spiel zwischen primärer Schmerzursache und psychologischen Bedingungen in Interaktion zu Medikamenteneinnahme und Abhängigkeit von sekundären Folgen. Vor einer Fehlbehandlung bei chronischen Schmerzen schützen nur das Problembewußsein, die ständige Überprüfung der klinischen Diagnose, das Achten auf einen Symptomwandel, das Vermeiden von Analgetikaabusus und das Abfangen psychischer Reaktionen.

Privatdozent Dr. I. S. Neu,
Sindelfingen:

Differentialdiagnose des akuten Kopfschmerzes

Differentialdiagnostisch muß zunächst zwischen der Migräne und ihren verschiedenen klinischen Variationen und den anderen mit akuten und attackenförmig auftretenden primären Kopfschmerzformen sowie dem Cluster-Kopfschmerz, der chronisch-paroxysmalen Hemikranie und dem zervikogenen Kopfschmerz unterschieden werden. Von dieser Gruppe sind im weiteren die sekundären, das heißt die organischen Kopfschmerzen abzugrenzen. Neun von zehn Patienten mit akuten Kopfschmerzattacken leiden an primären Kopfschmerzen. Es bleibt jedoch ein Zehntel von Patienten, denen organische, das heißt sekundäre Ursachen zugrunde liegen. Eine falsche Zuordnung kann folgenschwer sein. Zu fordern ist ein zielgerechtes diagnostisches und therapeutisches Handeln, insbesondere wenn fokale-neurologische Symptome hinzukommen.

Bei der Migräne handelt es sich um eine gehäuft familiär und besonders bei Frauen vorkommende Neigung zu anfallsweise auftretenden Kopfschmerzen, die bezüglich der Lokalisation, der Intensität, der Begleitschelnungen, der Dauer und der Häufigkeit eine erhebliche Variabilität aufweisen. Die Schmerzen treten häufiger einseitig als beidseitig auf. Sie können mit vegetativen Symptomen, wie Übelkeit und Erbrechen, sowie mit Schwankungen der Stimmungslage einhergehen. In einigen Fällen treten in einem Prodromalstadium oder auch während der eigentlichen Attacke passagere Augensymptome oder fokale zerebrale Symptome auf. Krankheitspezifische Organbefunde fehlen. Es wird neben der einfachen Migräne mit der menstruellen Sonderform die klassische und die komplizierte Migräne

unterschieden. Von der Migräne abzugrenzen sind andere primäre Kopfschmerzsyndrome, wie der Cluster-Kopfschmerz, der Spannungskopfschmerz u. a., sowie die arzneimittelinduzierte Zephalgie.

Der Cluster-Kopfschmerz ist aufgrund der fast gleichförmigen Symptome am einfachsten zu diagnostizieren. Obwohl Übergänge zur Migräne bestehen, wird der Cluster-Kopfschmerz als ein eigenständiges Krankheitsbild aufgefaßt.

Professor Dr. M. Mumenthaler, Bern:

Gesichtskopfschmerz

Die meisten Gesichtsschmerzen sind halbseitig. Die einzelnen Formen werden in ihren klinischen Charakteristika besprochen und ihre differentialdiagnostisch markantesten Besonderheiten werden hervorgehoben. Während die Migräne ein im Kalottenbereich lokalisiertes Schmerzsyndrom darstellt, gehören ihre zwei Sonderformen, das Bing-Horton-Syndrom (Erythroprosopalgie) sowie die Karotidodynie, zu den eigentlichen Gesichtsschmerzen. Unter den organischen Gefäßerkrankungen mit Gesichtsschmerz werden die Arteritis temporalis und die (spontane) Dissektion der Arteria carotis interna aufgeführt. Der häufigste Gesichtsschmerz ist die Trigeminusneuralgie, eine unter den Neuralgien der Hirnnerven (Nasociliaris-Neuralgie, Glosso-pharyngicus-Neuralgie, Sluder-Neuralgie und Auriculo-temporalis-Neuralgie). Gesichtsschmerzen können bei lokalen Affektionen des Auges (zum Beispiel akutes Glaukom), der Nebenhöhlen (eitrige Sinusitis maxillaris) und der Zähne (Pulpitis) auftreten. Hinzukommen Gesichtsschmerzen bei organischer Läsion des Nervus trigeminus, sei es im intra-, sei es im extrakraniellen Bereich, zum Beispiel das Raeder-Syndrom. Seltener als man annimmt, sind Gesichtsschmerzen durch eine Okklusionsstörung des Gebisses bedingt (Costen-Syndrom). Therapeutisch besonders schwierig, aber klinisch recht charakteristisch, sind die sogenannten „atypischen Gesichtsschmerzen“: meist Frauen, immer im Zusammenhang mit einer Eskalation von zahnärztlichen Eingriffen.

Referent:

Dr. med. A. Paetzke, Internist, Behringersdorfer Straße 5 A, 8501 Schwaig bei Nürnberg

Bericht über die Vorstandssitzung der Bayerischen Landesärztekammer

am 5. November 1988

In seinem Bericht informierte Professor Dr. Dr. h. c. Sewering die Vorstandsmitglieder zunächst über die neuesten Entwicklungen bei der Beratung des Gesundheits-Reformgesetzes.

Aus gegebenem Anlaß führte sodann Dr. Dehler als Vorsitzender des Verwaltungsausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung über die gegenwärtige Situation der Versorgungswerke aus:

Als beachtliches Ergebnis der bisherigen Tätigkeit der Bayerischen Ärzteversorgung kann die Entwicklung in allen Bereichen als stabil bezeichnet werden, sie entspricht den mathematischen Vorausberechnungen und den versicherungspolitischen Erwartungen. Die Freistellung der Versorgungswerke von der Quellensteuerpflicht sollte endgültig durchgesetzt sein. Wie wichtig dies für die Zukunft ist, geht auch daraus hervor, daß durchaus damit zu rechnen ist, daß zu einem späteren Zeitpunkt die Quellensteuer auf 20 Prozent erhöht werden könnte. Für die Leistungskraft unseres Versorgungswerkes ist die Freistellung von der Quellenbesteuerung eine elementare Frage. In einem Referentenentwurf des Senats der Freien Hansestadt Bremen ist vorgesehen, Kammerangehörige, deren Versorgung gesetzlich geregelt ist, auf Antrag von der Pflichtmitgliedschaft im Versorgungswerk zu befreien. Eine solche Regelung würde bei allgemeiner Umsetzung die Existenz des Versorgungswerkes in Frage stellen. Der Verlust des Vorranges des § 7 Abs. 2 des Angestelltenversicherungsgesetzes hätte verheerende Auswirkungen; es würden Deckungslücken entstehen; die in Aussicht gestellten Leistungen könnten nicht mehr erfüllt werden. Hier bedarf es der geballten politischen Aufmerksamkeit aller Beteiligten und Interessierten.

Als wesentliche weitere Gesichtspunkte für die Weiterentwicklung unserer Versorgungswerke sind die

Auswirkungen der Rentenreform zu beachten. Die Notwendigkeit der Reform selbst wird damit nicht bezweifelt. Hier soll es ja zu einer großen Rentenreformkoalition mit der SPD kommen. Ein Teil der Vorstellungen der SPD würde aber die Existenz der Versorgungswerke auf längere Sicht gefährden, insbesondere dann, wenn Überlegungen in Richtung einer Staatsbürgereinheitversicherung mit zwangsweiser Einbeziehung der Selbständigen zum Tragen kämen. Hier werden also zu gegebener Zeit politische Aktionen der Ärzteschaft und darüber hinaus aller über unsere leistungsfähigen Versorgungswerke abgesicherten freiberuflich Tätigen erforderlich werden.

Der Vorstand diskutierte sodann diejenigen Resolutionen des diesjährigen Bayerischen Ärztetages, die sich an den Vorstand richten.

Einen breiten Raum nahm hierbei das Thema „Arzt im Praktikum“ ein. Mehrheitlich war der Vorstand der Meinung, daß das Führen einer aktuellen Liste der AiP-Stellen bei der Kammer nicht möglich ist, weil mit entsprechenden Meldungen der Krankenhäuser nicht gerechnet werden kann. Nach den gesetzlichen Bestimmungen ist die Vermittlung von Arbeitsplätzen ausschließlich Aufgabe der Arbeitsverwaltung. Sofern deshalb eine Stelle nicht aufgrund einer individuellen Bewerbung gefunden werden kann – formblattmäßige Mehrfachbewerbungen sind erfahrungsgemäß wenig erfolgversprechend –, ist zu empfehlen, sich an die für Ärzte im Praktikum zuständigen Fachvermittlungsdienste (FVD) bei den Arbeitsämtern Augsburg, München, Nürnberg und Würzburg zu wenden. Diesen Arbeitsämtern werden auch alle AiP-Stellen, die der Kammer bekannt werden, unverzüglich mitgeteilt. In den bei der Kammer aufliegenden „Listen der weiterbildungsermächtigten Ärzte“ werden diejenigen Weiterbildungsstätten, an denen AiP-Stellen eingerichtet wurden, besonders gekennzeichnet. Der Vor-

stand beschloß, von einer Beitragserhebung für Ärzte im Praktikum zunächst Abstand zu nehmen, um der endgültigen Entscheidung des Bayerischen Ärztetages 1989 nicht vorzugreifen.

Als nächstes lag den Vorstandsmitgliedern die neue Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlußprüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferin/des Arzthelfers vor.

Die Neufassung war notwendig geworden, weil die Einbeziehung der Jahresfortgangsnote in die Abschlußprüfung nicht mit dem Berufsbildungsgesetz vereinbar ist. Auf diesen Sachverhalt hatte die DAG das Innenministerium hingewiesen, nachdem der Berufsbildungsausschuß die Regelung beschlossen hatte. Zwischenzeitlich wurde die neue Prüfungsordnung vom Innenministerium genehmigt.

Den Bericht der Geschäftsführung über die Durchführung der Kurse zum Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz für Hilfskräfte nahm der Vorstand zustimmend zur Kenntnis. Im nächsten Jahr werden entsprechende Kurse an den Walner-Schulen in München durchgeführt, wo zu diesem Zwecke eigens Röntengeräte aufgestellt wurden. Für die übrigen Regierungsbezirke werden die Kurse in geeigneten Krankenhäusern an folgenden Orten durchgeführt: Ingolstadt, Rosenheim, Landshut, Deggendorf, Bayreuth, Nürnberg, Erlangen, Schweinfurt, Würzburg, Regensburg, Weiden, Augsburg und Kempten. – Die Kursgebühr wird 300,- DM betragen.

Zur Thematik „Angelegenheiten der ärztlichen Weiterbildung – Liste weiterbildungsermächtigter Ärzte in Bayern“ lagen insgesamt 206 Anträge vor. 126 wurden positiv entschieden, 78 mußten abgelehnt werden und zwei wurden zurückgestellt.

Von insgesamt 58 Einzelüberprüfungen wurden 51 Weiterbildungsermächtigungen, die länger als fünf Jahre zurückliegen, einstimmig vom Vorstand bestätigt. Nach fachlicher Beurteilung mußten sechs Weiterbildungsermächtigungen reduziert und eine zurückgestellt werden.

Es lagen zwei Anträge auf Berechtigung zur Vermittlung der medizinischen Fachkunde im Strahlenschutz vor, eine wurde positiv und eine negativ entschieden.

Amtliches

Der 41. Bayerische Ärztetag hat am 9. Oktober 1988 in Nürnberg folgende Änderung der „Berufsordnung für die Ärzte Bayerns“ beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat den Änderungsbeschluss mit Schreiben vom 13. Oktober 1988, Nr. IE8-5012-5/7/88, genehmigt.

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

(BayÄBl. 1977, Sondernummer Dezember, S. 22 ff.) in der Fassung des Beschlusses des 38. Bayerischen Ärztetages 1985 (BayÄBl. 1986, Sondernummer September, S. 23 ff.)

1.

1. Satz 4 des Gelöbnisses erhält folgende Fassung:

„Ich werde alle mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod des Patienten hinaus wahren.“

2. § 1 Abs. 4 erhält folgende Fassung:

„(4) Der Arzt muß sich vor der Durchführung klinischer Versuche am Menschen oder der epidemiologischen Forschung mit personenbezogenen Daten durch eine bei der Kammer oder bei einer medizinischen Fakultät gebildeten Ethik-Kommission über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten lassen.“

3. § 1 Abs. 5 erhält folgende Fassung:

„(5) Die Erzeugung von menschlichen Embryonen zu Forschungszwecken sowie der Gentransfer an Embryonen sind verboten. Grundsätzlich verboten ist auch die Forschung an menschlichen Embryonen. Der Arzt muß sich vor der Durchführung der Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und Embryonen durch eine bei der Kammer oder bei einer medizinischen Fakultät gebildeten Ethik-Kommission über die mit seinem Vorhaben verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen beraten lassen.“

4. § 1 Abs. 6 erhält folgende Fassung:

„(6) Bei durchzuführenden Beratungen nach den Absätzen (4) und (5) ist die Deklaration des Weltärztebundes von 1964 (Helsinki) in der revidierten Fassung von 1975 (Tokio) und von 1983 (Venedig) zugrunde zu legen.“

5. § 1 Abs. 5 a. F. bis Abs. 8 a. F. wird § 1 Abs. 7 bis Abs. 10.

6. Nach § 1 wird folgender § 1 a eingefügt:

„§ 1 a

Aufklärungspflicht

Der Arzt hat das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu achten. Zur Behandlung bedarf er der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich eine Aufklärung im persönlichen Gespräch voranzugehen.“

7. In § 2 Abs. 4 wird das Wort „höheren“ in „höherwertigen“ geändert.

8. § 3 Abs. 3 erhält folgende Fassung:

„(3) Der Arzt hat einem vor-, mit- oder nachbehandelnden Arzt auf Verlangen die erhobenen Befunde zu übermitteln oder ihn über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis des Patienten anzunehmen ist. Bei Überweisungen, Krankenhauseinweisungen und Krankenhausentlassungen gilt dies auch ohne ausdrückliches Verlangen. Originalunterlagen sind zurückzugeben.“

9. Nach § 5 wird folgender § 5 a eingefügt:

„§ 5 a

Schutz der toten Leibesfrucht

Der Arzt, der einen Schwangerschaftsabbruch durchführt oder eine Fehlgeburt betreut, hat dafür Sorge zu tragen, daß die tote Leibesfrucht keiner mißbräuchlichen Verwendung zugeführt wird.“

10. § 6 a erhält folgende Fassung:

„(1) 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 Kammer als Bestandteil der Berufsordnung beschlossenen Richtlinien zulässig.

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

Tussamag® Hustensaft

Wirksame Bestandteile: 100g Saft enthalten: Extr. Fol. Castan. vesc. aquos. fld. (1:2,5) 8,48g, Extr. Thymi fld. (1:2 Ethanol 30% V/V) 9,0g, Saponin aus Gypsophila (Linné)-Arten türk. 0,1g. **Hinweis:** Bei Diabetes auf den Zuckergehalt achten. 1 Eßlöffel Saft (15g) enthält 7,8g Zucker = 0,65 BE. Tussamag Hustensaft enthält 3 Vol.-% Alkohol. **Anwendungsgebiete:** Bronchitis, Katarrhe der oberen Luftwege, Reizhusten. **Gegenanzeigen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen:** Keine. **Dosierungsanleitung und Art der Anwendung:** Soweit nicht anders verordnet, nehmen Erwachsene 3-4 mal täglich einen Eßlöffel, Schulkinder 3-6 mal täglich einen Teelöffel sowie Kleinkinder 2-3 mal täglich einen Teelöffel Saft ein. Tussamag ist ein wohlschmeckender Hustensaft, der von jeder Altersgruppe gerne eingenommen wird. Packungsbeilage beachten. **Apothekenpflichtig.**

ct-Arzneimittel Chemische Tempelhof GmbH
Oberlandstr. 65, 1000 Berlin 42

Wenn Husten quält...

Tussamag®

HUSTENSAFT

Mit Wirkstoffen
aus der Natur!



der Kammer einzulegen und nachzuweisen, daß die berufsrechtlichen Anforderungen erfüllt sind.

(3) Kein Arzt kann verpflichtet werden, an einer in-vitro-Fertilisation oder einem Embryotransfer mitzuwirken."

11. Nach § 7 wird folgender § 7 a eingefügt:

„§ 7 a

Qualitätssicherung

Der Arzt ist verpflichtet, die von der Kammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit durchzuführen."

12. § 10 Abs. 2 erhält folgende Fassung:

„(2) Der Arzt soll alle Verträge über seine ärztliche Tätigkeit vor ihrem Abschluß der Kammer vorlegen, damit geprüft werden kann, ob die beruflichen Belange gewahrt sind."

13. § 12 Satz 4 erhält folgende Fassung:

„Bei Zeugnissen über Mitarbeiter und Ärzte in Weiterbildung sollte eine Frist von vier Wochen nach Antragstellung oder Ausscheiden nicht überschritten werden."

14. In § 14 Abs. 1 Satz 3 werden die Worte „sowie die örtlichen Verhältnisse" gestrichen.

15. In § 14 Abs. 1 Satz 5 wird der mit Klammer versehene Hinweis

„(§ 2 GOÄ)"
gestrichen.

16. § 15 Abs. 1 Satz 1 und 2 erhalten folgende Fassung:

„(1) Ärzte heben sich untereinander kollegial und rücksichtsvoll zu verhalten. Die Verpflichtung des Arztes nach § 12 Satz 1, in einem Gutachten, auch soweit es die Behandlungsweise eines anderen Arztes betrifft, nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen, bleibt unberührt."

17. In § 18 werden nach den Worten „oder selbst" die Worte „zu versprechen oder" eingefügt.

18. In § 20 Abs. 1 werden die Nummern 1 bis 3 geändert und mit nachstehender Nummer 4 ergänzt:

- „1. wenn er wegen körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage ist,
2. wenn ihm aufgrund besonders belastender familiärer Pflichten die Teilnahme nicht zuzumuten ist,
3. wenn er an einem klinischen Bereitschaftsdienst Notfallversorgung teilnimmt,
4. für Ärztinnen mindestens 3 Monate vor und mindestens 6 Monaten nach der Niederkunft."

19. § 21 erhält folgende Fassung:

„§ 21

Werbung und Anpreisung

(1) Dem Arzt ist jegliche Werbung für sich oder andere Ärzte untersagt. Er darf eine ihm verbotene Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. Dies gilt auch für Ärzte, deren Person oder Tätigkeit in Ankündigungen von Sanatorien, Kliniken, Institutionen oder anderen Unternehmen anpreisend herausgestellt wird.

(2) Der Arzt darf nicht dulden, daß Berichte oder Bildberichte mit werbendem Charakter über seine ärztliche Tätigkeit unter Verwendung seines Namens, Bildes oder seiner Anschrift veröffentlicht werden."

20. § 22 erhält folgende Fassung:

„§ 22

Arzt und Öffentlichkeit

Die Mitwirkung des Arztes an aufklärenden Veröffentlichungen medizinischen Inhalts in Presse, Funk und Fernsehen ist zulässig, wenn und soweit die Mitwirkung des Arztes auf sachliche Information begrenzt und die Person des Arztes nicht werbend herausgestellt wird. Dabei ist der Arzt zu verantwortungsbewußter Objektivität verpflichtet."

21. § 23 Abs. 1 Satz 3 wird wie folgt geändert und nachstehender Satz 4 eingefügt:

„Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder einem medizinischen Assistenzberuf befinden, werden hiervon nicht betroffen. Angehörige von Patienten und andere Personen dürfen anwesend sein, wenn hierfür eine ärztliche Begründung besteht und der Patient zustimmt."

22. § 24 Abs. 6 erhält folgende Fassung:

„(6) Der Arzt ist verpflichtet, ihm aus seiner Verordnungstätigkeit bekannt werdende unerwünschte Arzneimittelwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitzuteilen."

23. In § 25 Abs. 1 Satz 1 werden die Worte „bei Laien" gestrichen.

24. § 25 a Abs. 2 Satz 2 erhält folgende Fassung:

„Dies gilt nicht für solche Gegenstände, welche lediglich einen geringen Wert darstellen."

25. In § 25 a Abs. 3 werden die Worte „zu berücksichtigen" durch die Worte „zu beachten" und das Wort „entgegengebracht" durch das Wort „gewährt" ersetzt.

26. § 27 erhält folgende Fassung:

„§ 27

Praxisschilder

(1) Der Arzt hat auf seinem Praxisschild seinen Namen und die Bezeichnung als Arzt oder eine Arztbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung anzugeben und Sprechstunden anzukündigen. Er darf eine ihm erteilte Gebiets-, Teilgebiets- oder Zusatzbezeichnung auf dem Praxisschild nicht anzeigen, wenn er nicht in diesem Gebiet, Teilgebiet oder Bereich tätig ist.

(2) Das Schild darf Zusätze über medizinische akademische Grade, ärztliche Titel, Privatwohnung und Fernsprechnummern sowie einen Zusatz über die Zulassung zu Krankenkassen oder als Durchgangsarzt enthalten. Andere akademische Grade dürfen nur in Verbindung mit der Fakultätsbezeichnung genannt werden.

(3) Die Bezeichnung „Professor" darf geführt werden, wenn sie auf Vorschlag der medizinischen Fakultät (Fachbereich) durch das entsprechende Landesministerium verliehen worden ist.

Dasselbe gilt für die von einer ausländischen medizinischen Fakultät einer wissenschaftlichen Hochschule verliehene Bezeichnung, wenn sie nach Beurteilung durch die Kammer der deutschen Bezeichnung „Professor" gleichwertig ist.

(4) Die nach Absatz 3 Satz 2 führungsfähige im Ausland erworbene Bezeichnung ist in der Fassung der ausländischen Verleihungsurkunde zu führen.

(5) Ärzte, die ihren Beruf in einer Gemeinschaftspraxis ausüben, haben dies mit dem Zusatz „Gemeinschaftspraxis“ anzuzeigen.

(6) Das Führen anderer Zusätze ist untersagt.“

27. In § 29 wird folgender Satz 3 angefügt:

„Das gleiche gilt auch für Bezeichnungen, die nach der Weiterbildungsordnung nur am Ort der Tätigkeit geführt werden dürfen.“

Die ab 1. Januar 1989 gültige Berufsordnung für die Ärzte Bayerns ist in dieser Nummer als Ganzes – in der Mitte herausnehmbar – veröffentlicht.

Der 41. Bayerische Ärztetag hat am 8. Oktober 1988 in Nürnberg folgende Änderung der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat den Änderungsbeschuß mit Schreiben vom 13. Oktober 1988, Nr. IE8-5011-5/9/88, genehmigt.

Änderung der Satzung vom 8. Oktober 1978

(BayÄBl. 1978, S. 1291) in der Fassung des Beschlusses des 33. Bayerischen Ärztetages vom 12. Oktober 1980 (BayÄBl. 1980, S. 1184)

I.

Die Satzung der Bayerischen Landesärztekammer wird wie folgt geändert:

1. Nach § 13 wird folgender § 14 eingefügt:

„Abgeordnete zum Deutschen Ärztetag § 14

Die Abgeordneten der Bayerischen Landesärztekammer zum Deutschen Ärztetag und ihre Ersatzleute werden von der Vollversammlung nach folgendem Verfahren berufen: Für jeden Ärztlichen Bezirksverband ist die Gesamtzahl der Mitglieder der ihm angehörenden Ärztlichen Kreisverbände zu ermitteln (Mitgliedergesamtzahl). Die Anzahl der auf die Bayerische Landesärztekammer entfallenden Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag ist auf die Ärztlichen Bezirksverbände entsprechend dem Verhältnis der Mitgliedergesamtzahlen nach dem d'Hondt'schen Verfahren aufzuteilen. Die Vollversammlung beruft getrennt für jeden Ärztlichen Bezirksverband die auf ihn entfallende Zahl von Abgeordneten und die gleiche Anzahl von Ersatzleuten. Das Recht, Vorschläge zur Berufung einzubringen, steht nur Delegierten aus dem Bereich des Ärztlichen Bezirksverbandes zu, für den die Abgeordneten zu berufen sind; berufen

II.

Diese Änderungen der Berufsordnung treten mit dem 1. Januar 1989 in Kraft.

Nürnberg, 9. Oktober 1988

gez. Professor Dr. Dr. h. c. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

werden können nur Mitglieder der diesem Bezirksverband angehörenden Ärztlichen Kreisverbände. Ein Vorschlag ist gültig, wenn der Vorgeschlagene anwesend ist und sein Einverständnis erklärt oder eine schriftliche Einverständniserklärung vorliegt. Wird für einen Ärztlichen Bezirksverband nur die Anzahl von Kandidaten vorgeschlagen, die der auf ihn entfallenden Zahl von Abgeordneten bzw. Ersatzleuten entspricht, erfolgt die Berufung für diesen Bezirksverband durch Abstimmung nach § 6 Absatz 4 Satz 1; werden für einen Bezirksverband mehr Kandidaten vorgeschlagen, erfolgt die Berufung durch Wahl. Die Ersatzleute treten nach der Reihenfolge des Vorschlages bzw. der Reihenfolge der Stimmenzahl ein.“

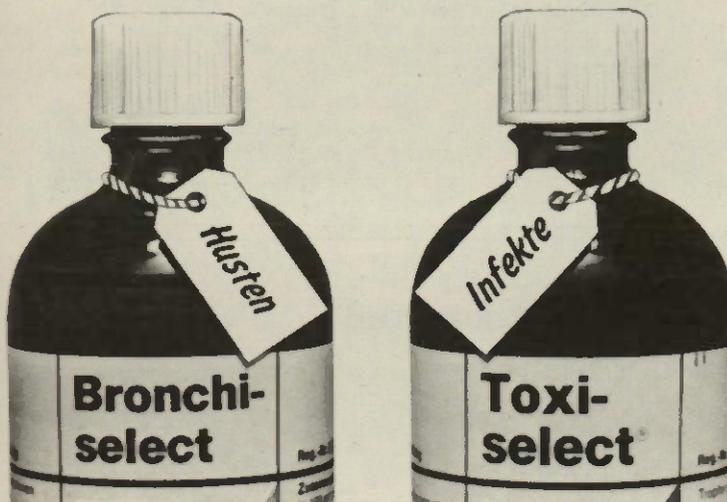
2. Die bisherigen §§ 14, 15, 16 und 17 werden §§ 15, 16, 17 und 18.

II.

Die Änderung tritt am 1. Juli 1989 in Kraft.

Nürnberg, 8. Oktober 1988

gez. Professor Dr. Dr. h. c. Sewering
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer



Bronchiselect. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Orosere O₃ dil. 20 ml, Bryonia O₄ dil. 20 ml, Tartarus stibiatus O₄ dil. 20 ml, Spongia O₄ dil. 20 ml, Ipecacuanha O₄ dil. 20 ml. Enthält 45 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Schleimhautkatarrhe der Luftwege, feuchte Bronchitis, Bronchopneumonie, Asthme im intervall, Silicose, Rippenfellentzündung, Bruststiche. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, 3- bis 4mal täglich 10 bis 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml OM 8,70, 100 ml DM 22,80, Klinikpackungen.

Toxiselect. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Echinacea O 40 ml, Lachesis O₃ dil. 20 ml, Sulfur D₁₀ dil. 10 ml, Bryonia O₄ dil. 20 ml, Apis mellifica O₃ dil. 10 ml. Enthält 60 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Anfälligkeit gegen eitrige Infektionen aller Art, septische Prozesse, schlecht heilende Wunden, Phlegmonen, Erkältungen, insbesondere Schleimhautkatarrhe und grippele, Infekte. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, am ersten Tag 3- bis 4mal täglich 20 bis 30 Tropfen, dann 3mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml OM 8,70, 100 ml OM 22,80, Klinikpackungen.



In Vollzug des Berufsbildungsgesetzes wurden die Änderungen der Prüfungsordnung für Arzthelfer/Innen vom Bayerischen Staatsministerium des Innern mit Schreiben vom 13. Oktober 1988, Nr. IE8-5370/45.3-1/87, genehmigt.

Änderung der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlußprüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferin/des Arzthelfers

Aufgrund des Beschlusses des Berufsbildungsausschusses vom 21. September 1988 erläßt die Bayerische Landesärztekammer als zuständige Stelle gemäß §§ 41 Satz 1, 91 Abs. 1 des Berufsbildungsgesetzes (BBiG) vom 14. August 1969 (BGBl. I S. 1112), zuletzt geändert durch Gesetz vom 23. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1692), mit Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern folgende Änderung der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlußprüfungen im Ausbildungsberuf der Arzthelferin/des Arzthelfers vom 20. November 1987 (BayÄBl. 1988, S. 143):

- I.
1. § 5 Absatz 2 Satz 2 erhält folgenden Wortlaut:
„§ 22 Abs. 4 bleibt unberührt.“
 2. § 7 Absatz 2 erhält folgenden Wortlaut:
„Die Bayerische Landesärztekammer gibt diese Termine einschließlich der Anmeldefristen rechtzeitig in geeigneter Form bekannt.“
 3. § 10 Absatz 4 Satz 1 erhält folgenden Wortlaut:
„Der Anmeldung sind, soweit sie nicht bereits vorliegen, beizufügen.“
 4. § 13 Absatz 2 Satz 2 wird gestrichen.
 5. § 14 Absatz 2 Satz 1 erhält folgenden Zusatz:
„(§ 9 Abs. 5 Satz 1 ArztHAusbV).“
 6. § 14 Absatz 5 Satz 1 erhält folgenden Zusatz:
„(§ 9 Abs. 7 Satz 1 ArztHAusbV).“
 7. § 14 Absatz 5 Satz 2 erhält folgenden Wortlaut:
„Die mündliche Prüfung soll für den einzelnen Prüfungsteilnehmer je Fach 20 Minuten dauern.“
 8. In § 21 Absatz 1 wird der Klammerzusatz „(die Noten sind auf eine Dezimalstelle abzurunden: $n,49 = n,4$)“ gestrichen.
 9. In § 21 Absatz 1 wird die Notenskala wie folgt gefaßt:
„sehr gut (bei Werten bis 1,5)
gut (bei Werten von 1,6 bis 2,5)
befriedigend (bei Werten von 2,6 bis 3,5)
ausreichend (bei Werten von 3,6 bis 4,5)
mangelhaft (bei Werten von 4,6 bis 5,5)
ungenügend (bei Werten ab 5,6)“.
 10. § 21 Absatz 3 erhält folgenden Wortlaut:
„Für die Festsetzung der Nota in den Prüfungsfächern Medizin, Verwaltung und Wirtschafts- und Sozialkunde wird die Note der schriftlichen Prüfung und gegebenenfalls die Note der mündlichen Prüfung (§ 14 Abs. 5) herangezogen.“
 11. In § 21 Absatz 4 werden im Satz 1 die Worte „unter Einbeziehung der Jahresfortgangsnote“ gestrichen und angefügt „(vgl. § 14 Abs. 5)“.
 12. § 21 Absatz 5 erhält folgenden Wortlaut:
„Schriftliche und mündliche Prüfung haben das gleiche Gewicht (§ 9 Abs. 7 Satz 2 ArztHAusbV).“
 13. § 21 Absatz 6 und 7 werden gestrichen.
 14. § 22 Absatz 2 erhält folgenden Wortlaut:
„Bei der Ermittlung des Gesamtergebnisses haben die Prüfungsfächer Medizin und Verwaltung gegenüber jedem der übrigen Prüfungsfächer das doppelte Gewicht (§ 9 Abs. 8 ArztHAusbV).“
 15. § 22 Absatz 3 erhält folgenden Wortlaut:
„Zum Bestehen der Abschlußprüfung müssen im Gesamtergebnis sowie im Durchschnitt der Prüfungsergebnisse für das Fach Medizin und für das Fach Verwaltung jeweils mindestens ausreichende Leistungen erbracht werden. Werden die Prüfungsleistungen in mindestens einem Prüfungsfach mit ungenügend bewertet, so ist die Prüfung nicht bestanden (§ 9 Abs. 9 ArztHAusbV).“
 16. Der bisherige § 22 Absatz 3 wird § 22 Absatz 4.
 17. Der bisherige § 22 Absatz 4 wird § 22 Absatz 5.
 18. In § 24 Absatz 1 Satz 2 wird „(§ 22 Abs. 4)“ ersetzt durch „(§ 22 Abs. 5)“.
 19. In § 27 Satz 2 wird „§ 22 Abs. 3“ ersetzt durch „§ 22 Abs. 4“.
- II.
- Diese Änderungen treten am 1. Dezember 1988 in Kraft.
- München, 3. Oktober 1988
- gez. Professor Dr. Dr. h. c. Sewaring
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

34. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer

vom 5. bis 17. März 1989 in Badgastein

Personalia

Bayerische Verfassungsmedaille in Gold für Professor Sewering

Am 29. November 1988 überreichte Landtagspräsident Dr. Heubl Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering die Bayerische Verfassungsmedaille in Gold. Diese Auszeichnung wurde für Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens gestiftet, „die sich um Bayern in hervorragender Weise verdient gemacht haben“.

Ehrendoktorwürde für Professor Dr. Paul Gerhardt

Professor Dr. med. Paul Gerhardt, Direktor des Instituts für Röntgendiagnostik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde von der Tongji-Medizinischen Universität in Wuhan in der VR China die Ehrendoktorwürde verliehen. Ferner wurde er von der II. Militärärztlichen Akademie in Shanghai zum Ehrenprofessor ernannt.

Privatdozent Dr. med. Josef Müller-Höcker, Pathologisches Institut der Universität München, Thalkirchner Straße 36, 8000 München 2, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Pathologie der Rudolf-Virchow-Preis 1988 verliehen.

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Dr. W. Zimmermann

Der Hauptgeschäftsführer der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Kurt Stordeur, überreichte anlässlich der Festveranstaltung „25 Jahre Stiftsklinik Augustinum“ am 13. November 1988 dem Ärztlichen Direktor und Chefarzt der Medizinischen Klinik A, Dr. med. Winfried Zimmermann, Wolkerweg 16, 8000 München 70, die Ernst-von-Bergmann-Plakette.

Dr. Stordeur führte in seiner Laudatio aus, daß sich Kollege Zimmermann in besonderer Weise um die ärztliche Fortbildung verdient gemacht hat. Seit 1975 stellte er sich und seine Mitarbeiter stets bereitwillig für die Fortbildung der niedergelassenen Ärzteschaft zur Verfügung. Er hat in ungezählten Referaten die Gastroenterologie als einen Schwerpunkt seiner Tätigkeit den Kollegen in der Praxis nahegebracht und seit der Entwicklung der Sonographie in Referaten, in Fortbildungskursen und in wissenschaftlichen Veröffentlichungen diese moderne Diagnostik einer breiten Kollegenschaft vermittelt. In den zurückliegenden zehn Jahren veranstaltete er insgesamt 26 Seminare und Kurse in Sonographie mit knapp 6000 Teilnehmern an der Stiftsklinik, ferner Ultraschallsymposien für Fortgeschrittene im Rahmen des Nürnberger Fortbildungskongresses mit einer Teilnehmerzahl von 1200 Kolleginnen und Kollegen, auf internationalen Kongressen der Bundesärztekammer führte er bisher

acht Ultraschallseminare in Grado durch. Des weiteren gab er drei Lehrbücher über die Ultraschalldiagnostik heraus sowie eine Taschenbuchreihe mit vorgesehenen 20 Bänden, deren erste zwei Bände bereits erschienen sind. Nicht zuletzt ist er auch der Autor eines Videoseminars mit fünf Kassetten: „Real-Time-Verfahren in der Inneren Medizin“. Die Zahl seiner wissenschaftlichen Veröffentlichungen beträgt rund 50 und Kollege Zimmermann ist Mitautor bei ungezählten wissenschaftlichen Publikationen, teils zusammen mit Professor Michel. Mitglied des „American Institute of Ultrasound in Medicine“, der „European Association for Gastroenterology and Endoscopy“ sowie der „Deutschen Gesellschaft für Endoskopie und bildgebende Verfahren“, hat sich Dr. Zimmermann jederzeit bereitgefunden, sein Wissen in den beiden Tätigkeitsschwerpunkten bei ungezählten Veranstaltungen Ärztlicher Kreisverbände, größeren regionalen Fortbildungsveranstaltungen, Fortbildungskongressen der Bayerischen Landesärztekammer und auf internationalen Kongressen in Rom, Kopenhagen, Salzburg und Budapest den Zuhörern mit Engagement und großem didaktischem Geschick zu vermitteln.

Dr. med. Victor Harth, Internist, Vorsitzender des Bundesverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren, Hainstraße 9, 8600 Bamberg, wurde die Silberne Sebastian-Kneipp-Medaille verliehen.

Carminativum[®] Babynos Meteorismus-Therapie. Tropfen für Tropfen behutsam.

- ▶ Krampflösend ▶ Beseitigt Gasansammlungen
- ▶ Rein pflanzlich. Mit Fenchel, Koriander, Kamille, Baldrian

Zusammensetzung: 1 g enthält 890 mg Fluidextrakte (1:1, Ethanol 35 Vol.-%) aus 320 mg Fenchel (DAB 9), 200 mg Koriander (DAB 10), 200 mg Kamillenblüten (DAB 9) und 170 mg Baldrianwurzel (DAB 9) sowie 0,5 mg Fenchelöl (DAB 9). Enthält 24 Vol.-% Alkohol. **Anwendungsgebiete:** Zur Verhütung und Beseitigung von Blähungsbeschwerden jeder Art bei Säuglingen und Kindern, insbesondere mit krampflösender Wirkung. Zur Regulierung der Verdauungsfunktionen (z. B. nach Kostumstellung oder Abstillen) oder bei nervösen Magen-Darmstörungen, falls ein ernstes organisches Leiden ausgeschlossen werden kann. Folgeerscheinungen wie Verstimmung, Unruhe und Schlaflosigkeit werden ursächlich mitbehandelt. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, Säuglingen 3 mal täglich 3-6 Tropfen, Kindern über 1 Jahr 3 mal täglich 6-10 Tropfen, Schulkindern 3 mal täglich 10-15 Tropfen verdünnt eingeben. Packungsgröße und Preis: DM 6,65, D. P. mit 30 ml Lösung.

Dentinox KG
1000 Berlin 48

D



Bundesverdienstkreuz am Bande

Das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurde verliehen an:

Professor Dr. med. Walter Rudolph Marget, Kinderarzt, Am Buchenwald 8, 8133 Feldafing

Dr. med. Otilie Mistler, Nervenärztin, Steinsdorfstraße 5, 8000 München 22

Professor Dr. med. Gerhardt Nissen, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg, Fuchssteinstraße 15, 8700 Würzburg

Verdienstmedaille

Die Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurde verliehen an:

Dr. med. Walter Knevelkamp, Allgemeinarzt, Oberer Dorfplatz 2, 8531 Dachsbach

Dr. med. Heinrich Lobmeyer, Internist, Königsberger Straße 22, 8490 Cham

Professor Dr. med. Herbert Blaha, ehem. Ärztlicher Direktor des Zentralkrankenhauses Gauting der LVA Oberbayern, Schripfstraße 37 b, 8035 Gauting, wurde anlässlich seines 70. Geburtstages für seine langjährige Mitwirkung bei der Gestaltung der Zeitschrift „Der Bayerische Internist“ das Ehrenzeichen der Vereinigung der Bayerischen Internisten verliehen. Ferner wurde er von der Bayerischen Chirurgenvereinigung zum Ehrenmitglied ernannt sowie mit der Verdienstmedaille des Berufsverbandes der Pneumologen in Bayern ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Alfred Breit, Direktor des Instituts für Strahlentherapie und Radiologische Onkologie der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 15, 8000 München 80, wurde von der Bayerischen Röntgengesellschaft die Grashey-Medaille verliehen.

Professor Dr. med. Wolf Dieter Keidel, em. Ordinarius für Physiologie, Am Meilwald 8, 8520 Erlangen, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Luft- und Raumfahrtmedizin zum korrespondierenden Mitglied gewählt.

Dr. med. Klaus Dehler, Internist, Ginstlerweg 23, 8500 Nürnberg 30, Stellvertretender Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Mitglied des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer, wurde erneut zum Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen Deutschlands gewählt.

Professor Dr. med. Elke Drecoll-Lütjen, Direktorin des Anatomischen Instituts, Lehrstuhl II, der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 9, 8520 Erlangen, wurde von der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft der Glaukompreis verliehen.

Dr. med. Ilona Funke, Institut für Immunologie der Universität München, Goethestraße 31, 8000 München 2, und Dr. med. Günter Schlimok, Institut für Laboratoriumsmedizin des Zentralklinikums Augsburg, Stanglinstraße, 8900 Augsburg, wurden von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie mit dem Vinzenz-Czerny-Preis 1988 ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Franz Paul Gall, Direktor der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde für die Jahre 1988/90 zum Präsidenten der International Society of University Colon and Rectal Surgeons gewählt.

Professor Dr. med. Eckhart Hahn, bisher Thomas-Jefferson-University in Philadelphia, wurde auf den Lehrstuhl für Innere Medizin I der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, berufen.

Professor Dr. med. Karl-Joseph Paquet, Leitender Arzt des Departments für Chirurgie – Gefäßchirurgie der Heinz-Kalk-Klinik, Am Grädierbau, 8730 Bad Kissingen, wurde der Ehrenpreis 1987 der Reichs-Groß-Loge des Deutschen Druiden-Ordens verliehen.

Professor Dr. med. Rudolf Arthur Pfeiffer, Direktor des Instituts für Humangenetik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 10, 8520 Erlangen, wurde für die nächsten drei Jahre zum Präsidenten des „Club Européen de Conseil Génétique“ gewählt.

Professor Dr. med. Jürgen Geldmacher, Leiter der Abteilung für Handchirurgie und Plastische Chirurgie der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde sowohl von der Sektion Handchirurgie der Ungarischen Gesellschaft für Traumatologie als auch von der Polnischen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. med. Paul Hermanek, Vorstand der Abteilung für Klinische Pathologie der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen, wurde vom Exekutivkomitee der European Society of Surgical Pathology zum Mitglied ernannt.

Professor Dr. med. Bernhard Neundörfer, Direktor der Neurologischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, wurde zum Mitglied des Wissenschaftlichen Beirates der Deutschen Gesellschaft für Neurologie gewählt.

Dr. med. Günter Steurer, Internist, Richard-Wagner-Straße 6, 8800 Ansbach, wurde erneut als einer der Beisitzer der Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen Deutschlands gewählt.

Privatdozent Dr. med. Heinrich Stiegler, Chirurgische Klinik der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Angiologie der Max-Ratschow-Preis (zur Hälfte) verliehen.

Professor Dr. med. Malte E. Wigand, Direktor der Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten der Universität Erlangen-Nürnberg, Waldstraße 1, 8520 Erlangen, wurde von der Südafrikanischen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde zum Ehrenmitglied ernannt.

Professor Dr. med. Eberhard Zeitler, Direktor der Abteilung Diagnostik des Radiologischen Zentrums am Klinikum Nürnberg, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 90, wurde von der Österreichischen Röntgengesellschaft zum Ehrenmitglied ernannt.

Klinische Fortbildung in Bayern 1989

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

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

Bayerische Landesärztekammer, Frau Eschrich,
Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-248

Augenheilkunde

11. Januar in München

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

„Aphakie und ihre optischen Korrektionsmöglichkeiten“

Zeit: 16.15 bis ca. 18 Uhr (anschließend klinischer Demonstrationen)

Ort: Seminarraum, 4. Stock, Klinikum rechts der Isar, Trogerstraße 32, München 80

Auskunft:

Sekretariat der Augenklinik und -poliklinik, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 21

14. Januar in Erlangen

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

Leitung: Professor Dr. G. Naumann, Professor Dr. K. W. Ruprecht

„49. Erlanger Augenärztliche Fortbildung“

Thema: Papillomatia bei Glaukomen und anderen Optikusarkrankungen

Beginn: 9.30 Uhr

Ort: Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, Erlangen

Auskunft:

Kongreßsekretariat, Frau Ch. Betz, Augenklinik mit Poliklinik, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-43 76

28. Januar in München

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

„Sitzung der Münchner Ophthalmologischen Gesellschaft“

Beginn: 14.30 Uhr s. t.

Ort: Hörsaalgebäude im Klinikum rechts der Isar, Einsteinstraße 3, München 80

Auskunft:

Sekretariat der Augenklinik und -poliklinik, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-23 20 oder 41 40-23 21

Januar 1989

- 11. Augen - München
- 14. Augen - Erlangen
- 16. Psychiatria - München
- 18.-20. Orthopädie - München
- 20.-22. HNO - München
- 21. Physikalische Therapie - München
- 23. Psychiatria - München
- 27. Sonographie - München
- 27.-29. Innera - Bad Neustadt
- 28. Augen - München
- 28. Chirurgie - Altötting
- 28. Gastroenterologie - Würzburg
- 28. Onkologia - München
- 28. Rheumatologia - Bad Abbach
- 30. Psychiatria - München

Februar 1989

- 1. Lungen - Zusmarshausen
- 4. Endokrinologia - Erlangen
- 9.-11. Sonographie - Nürnberg und Erlangen
- 10. Sonographie - München
- 11. Haut - München
- 13. Psychiatria - München
- 15.-19. Haut - Lam
- 18./19. HNO - Erlangen
- 20. Psychiatria - München

Chirurgie

28. Januar in Altötting

Chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Alt/Neuötting (Chefarzt: Professor Dr. H. Bauer)

„Januar-Symposium“

Themen: Hyperthyreosa (Pathophysiologische Grundlagen, medikamentöse und chirurgische Therapie, Radiojod-Behandlung) — Schilddrüsenkarzinom (Epidemiologie und aktuelle Diagnostik, operative Therapie, nuklearmedizinische und externa Strahlentherapie)

Babylax[®] Glycerin-Miniklistier

- ▶ Schnelle und sanfte Wirkung
- ▶ Keine Nebenwirkungen
- ▶ Keine Belastung für Magen und Darm

mit Glycerin

Zusammensetzung: 1 Miniatürklistier (Rectiole) à 3,6 g enthält 1,8 g Glycerol (85%). **Anwendungsgebiete:** Symptomatische Behandlung von Darmlähmung und Stuhlverstopfung bei Säuglingen und Kindern. Zur schonenden Enddarm-Entleerung vor diagnostischen und chirurgischen Maßnahmen im unteren Darmbereich, vor rektaler Arzneimitteltherapie. **Dosierung:** Soweit nicht anders verordnet, werden bei Säuglingen unter 3 Monaten 1/2-1 Rectiole, bei Säuglingen über 3 Monaten und Kleinkindern 1 Rectiole, bei Schulkindern 2-3 Rectiole rektal appliziert. **Packungsgrößen und Preise:** O. P. mit 3 Miniatürklistieren DM 5,10, O. P. mit 6 Miniatürklistieren DM 8,70, A. P. mit 30 Miniatürklistieren. Auch in Österreich und der Schweiz erhältlich.

Dentinox KG
1000 Berlin 48

D



Zeit: 9 bis 13.15 Uhr
Ort: Aula der Staatlichen Realschule,
Justus-von-Liebig-Straße, Altötting
Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Professor Dr. H. Bauer, Vin-
zanz-von-Paul-Straße 10, 8262 Altötting,
Telefon (0 86 71) 50 92 11

Endokrinologie

4. Februar in Erlangen

Förderverein Neuroendokrinologische
Arbeitsgemeinschaft der Universität Er-
langen-Nürnberg e. V.

Leitung: Professor Dr. R. Fahlbusch

„6. Erlanger Neuroendokrinologia-Tag“

Thema: Zentrale Rhythmik in der Neuro-
endokrinologia

Zeit: 9 Uhr bis ca. 16.30 Uhr

Ort: Großer Hörsaal des Kopfklinikums,
Schwabachanlage 6, Erlangen

Auskunft:

Sekretariat Professor Dr. R. Fahlbusch,
Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Tele-
fon (0 91 31) 85-45 65

Gastroenterologie

28. Januar in Würzburg

Medizinische Poliklinik der Universität
Würzburg (Direktor: Professor Dr. K.
Wilms)

Leitung: Privatdozent Dr. J. Mössner

„4. Gastroenterologisches Seminar“

Thema: Erkrankungen des Dünndarms
(Anatomie und Pathologie – Physiologie
und Pathologie der Resorption und Sa-
kration – Dünndarm: ein immunologi-
sches Organ (Physiologie und Pathophy-
siologie) – Dünndarm: ein endokrines
Organ – Posterausstellung – Stellen-
wert der verschiedenen bildgebenden
Verfahren in der Dünndarmdiagnostik –
Motilität des Dünndarms: Physiologie,
Pathophysiologie und klinische Bedeu-
tung – Was gibt es Neues hinsichtlich
Morbus Crohn, Zöliakie, Morbus Whip-
pla? – „Chirurgische“ Dünndarmerkran-
kungen)

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Großer Hörsaal der Medizinischen
Poliklinik, Klinikstraße 8, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Poliklinik, Frau Nickel, Kli-
nikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon
(09 31) 31-4 34

Hals-Nasen-Ohren- heilkunde

20. bis 22. Januar in München

Hals-Nasen-Ohrenklinik und Poliklinik
der Technischen Universität München im
Klinikum rechts der Isar (Direktor: Pro-
fessor Dr. W. Schwab)

Leitung: Professor Dr. K.-F. Hamann

Thema: Hördiagnostik mit akustisch avo-
zierten Potentialen

Beginn: 20. Januar, 15 Uhr; Ende: 22.
Januar, 12 Uhr

Ort: Hörsaal C im Klinikum rechts der
Isar, Ismaninger Straße 22, München 80

Teilnehmergebühr: DM 300,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Oberarztsekretariat, Frau Richter, Isma-
ninger Straße 22, 8000 München 80, Tele-
fon (0 89) 41 40-23 86

18./19. Februar in Erlangen

Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-
und Ohrenkrankheiten der Universität Erlan-
gen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr.
M. E. Wigand)

„23. HNO-Fortbildungsseminar“

Themen: Die bedrohlichen Entzündun-
gen im Hals-Nasen-Ohrenbereich – Prak-
tische Kurse in Audiologie, Neuro-Otolo-
gie, Röntgendiagnostik, Endoskopie, Ul-
traschall, Phonialrie und Pädaudiologie,
sowie plastische Gesichtsoptionen und
endoskopische Nabenhöhlchirurgie

Zeit: 9.30 s. t. bis ca. 18 Uhr

Ort: Klinik und Poliklinik für Hals-, Na-
sen- und Ohrenkrankheiten, Waldstraße 1,
Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. M. E. Wigand, Waldstraße
1, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31)
85-31 41

Haut- und Geschlechts- krankheiten

11. Februar in München

Dermatologische Klinik und Poliklinik
der Technischen Universität München
(Direktor: Professor Dr. Dr. S. Boralli)

„Münchner Therapiesprache“

Thema: Akne vulgaris

Zeit: 9 Uhr s. t. bis ca. 15 Uhr

Ort: Hörsaal 608, Dermatologische Kli-
nik, Biedersteiner Straße 29, München 40

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Frau Diplombatlabswirtin E. Welker,
Dermatologische Klinik, Bladarsteiner
Straße 29, 8000 München 40, Telefon
(0 89) 38 49-32 05

15. bis 19. Februar in Lam/Bayer. Wald

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

„5. Winter-Seminartagung“

Themen: Atopie und Beruf, Jugendar-
beitsschutzgesetz und Atopie, des sog.
Hautarztverfahren, polymorphe Lichtdar-
matosen

Ort: Steigenberger Hotel Sonnenhof,
Himmelreich 13, Lam

Auskunft und Anmeldung:
Kliniksakretariat, Frau f. Kalle, Hart-
mannstraße 14, 8520 Erlangen, Telefon
(0 91 31) 85-31 60

Innere Medizin

27. bis 29. Januar in Bad Naustadt

Kurparkklinik Bad Neustadt (Cheferzt:
Professor Dr. F. Matzklas)

„19. Ernährungsmedizinisches Seminar“
Themen: Grundlagen der Ernährungs-
lehre – Angewandte Ernährungslehre –
Praxis der Diätetik

Beginn: 27. Januar, 19 Uhr; Ende: 29.
Januar, ca. 13 Uhr

Ort: Wandelhalle, Bad Naustadt/Saala

Teilnehmergebühr: DM 200,- (Unter-
kunft und Verpflegung inbegriffen)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Kurparkklinik, Frau Peschka, Kurhaus-
straße 31, 8740 Bad Naustadt, Telefon
(0 97 71) 91 70

Lungen- und Bronchialheilkunde

1. Februar in Zusmarshausen

Zusammenklinik der LVA Schwaben, Klinik
für Lungen- und Bronchialerkrankungen
(Chafarzt: Dr. D. Müller-Wening)

Thema: Der Laser in der Pneumologia

Beginn: 16.30 Uhr

Ort: Zusammenklinik, Zusmarshausen

Letzter Anmeldetermin: 26. Januar

Auskunft und Anmeldung:

Zusammenklinik, Frau Kanafzky, 8901 Zus-
marshausen, Telefon (0 82 91) 90 61,
Nebenstelle 12

Onkologie

28. Januar in München

Medizinische Klinik III der Universität
München im Klinikum Großhadern (Di-
rektor: Professor Dr. W. Wilmanns) in
Zusammenarbeit mit der Projektgruppe
Knochen-tumoren im Tumorzentrum Mün-
chen

Leitung: Professor Dr. A. Schalhorn,
Professor Dr. H. Saub

„Vorstellung des Manuals: Knochen-
tumoren/Walchtellsarkome“

(Pathologie maligner Knochen-tumoren –
Diagnostik primärer Knochen-tumoren –
Operative Therapie des Osteosarkoms –
Chemotherapie beim Osteosarkom –
Chemotherapie des Ewing-Sarkoms –
Operative Therapie beim Ewing-Sarkom –
Strahlentherapie des Ewing-Sarkoms
und anderer primärer Knochen-tumoren –
Therapie des Chondrosarkoms –
Chirurgische Therapie der Weichteilsar-
kome – Internistische Therapie der
Weichteilsarkome – Palliative Operati-
onen bei Knochenmetastasen – Diagnostik
und Therapie des Plasmozytoms)

Zeit: 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr

Ort: Hörsaal im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, München 70

Anmeldung nicht erforderlich.

Auskunft:

Sekretariat der Medizinischen Klinik II, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-25 51

Orthopädie

18. bis 20. Januar in München

Orthopädische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. E. Hipp)

„16. Arthroskopie- und Bandkurs München“

Der Schwerpunkt des Kurses liegt in den praktischen Übungen am Präparat. Neben Grundsatzreferaten zu Fragen der Bandchirurgie und Arthroskopie werden Videoübertragungen aus dem Operationsaal durchgeführt.

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Obererztssekretariat Dr. G. Rodammer, Frau Schmitz, Ismeninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-40 44

Physikalische Therapie

21. Januar in München

Klinik für Physikalische Medizin der Universität München (Direktor: Professor Dr. E. Sann)

Leitung: Professor Dr. E. Sann, Professor Dr. R. Becker-Casademont

Thema: Der hemiplegische Patient in der täglichen Praxis

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Hörsaaltrakt im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, München 70

Auskunft:

Professor Dr. R. Becker-Casademont, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-24 02

Psychiatrie

Wintersemester 1988/89 in München

Psychiatrische Klinik und Poliklinik (Direktor: Professor Dr. H. Hippus) der Universität München

„Montegskolloquien“ am 5. 12. und 12. 12. 1988, 16. 1., 23. 1., 30. 1., 13. 2. und 20. 2. 1989

Themen: Wahn: klinisch-pathologische Systematik – Krankheitskonzept und Complicence-Modifikation – Polymorphismus der mikrosomalen Oxidasen und Psychopharmaka – Neuropsychiatrische Aspekte der HIV-Infektion – Patienten und Therapeuten sehen Psychotherapie: Ergebnisse aus der Berliner Psychotherapiestudie – Risikofaktoren der Depression: Resultate einer prospektiven epidemiologischen Unter-

suchung – Neuere psychoanalytische Konzepte der weiblichen Identität

Zeit: jeweils 16 Uhr s. t.

Ort: Bibliothek der Psychiatrischen Klinik der Universität, Nußbaumstraße 7, München 2

Rheumatologie

28. Januar in Bad Abbach

Rheumazentrum Bad Abbach, I. Medizinische Klinik (Chefarzt: Privatdozent Dr. H. Menninger) gemeinsam mit der II. Medizinischen Klinik (Chefarzt: Professor Dr. H. Müller-Faßbender)

„4. Bad Abbacher Wintersymposium“

Thema: Neue diagnostische und therapeutische Möglichkeiten in der Rheumatologie

Zeit: 9 bis 13.30 Uhr

Ort: Kurhaus, Kaiser-Karl V.-Allee, Bad Abbach

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der II. Medizinischen Klinik des Rheumazentrums, 8403 Bad Abbach, Telefon (0 94 05) 18-3 61

Sonographie

27. Januar und 10. Februar in München

Städtisches Krankenhaus München-Harlaching, III. Medizinische Abteilung (Chefarzt: Dr. R. Lindlbauer)

Leitung: Dr. W. Schalnpflug

Seminar der Dopplerechokardiographie (Vortragsveranstaltung mit Videodemonstrationen)

Zeit: 9 Uhr bis ca. 18 Uhr

Ort: Städtisches Krankenhaus München-Harlaching, Sanatoriumsplatz 2, München 90

Teilnahmegebühr: DM 180,-

Begrenzte Teilnehmerzahl, telefonische Voranmeldung erforderlich.

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der III. Medizinischen Abteilung, Sanatoriumsplatz 2, 8000 München 90, Telefon (0 89) 62 10-3 94

9. bis 11. Februar in Nürnberg und Erlangen

Neurologisch-Psychiatrische Klinik (Leiter: Dr. H. W. Grelling) des Klinikums Nürnberg gemeinsam mit der Neurologischen Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. B. Naundörfer) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin

Leitung: Dr. G. Berger und Professor Dr. D. Claus

„Ultraschall-Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße“ – Grundkurs Beginn: 9. Februar, 16 Uhr; Ende: 11. Februar, 12 Uhr

Ort: Kleiner Hörsaal der Kopfklinik, Schwabeanlage 6, Erlangen; die prak-

tischen Übungen finden in den Neurophysiologischen Abteilungen des Klinikums Nürnberg und der Neurologischen Klinik Erlangen statt.

Teilnahmegebühr: DM 660,- (Assistenzärzte ohne Gebietsbezeichnung und DEGUM-Mitglieder erhalten 10% Nachlaß auf die Kursgebühr)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Neurophysiologischen Abteilung der Neurologischen Klinik, Fürstraße 17, 8500 Nürnberg, Telefon (09 11) 3 98-24 94

Allgemeine Fortbildung

Augenärztliche Veranstaltungen

9./10. Dezember 1988 in München

5. Seminar „Lasarkoagulation bei diabetischer Retinopathie“

Zeit und Ort: 14 Uhr – Augenklinik der Universität, Mathildenstraße 8, München 2

Telefonische Auskunft: (0 89) 51 60-38 51

10. Dezember 1988 in München

Sitzung der Münchner Ophthalmologischen Gesellschaft

Zeit und Ort: 14.30 Uhr – Augenklinik der Universität, Mathildenstraße 8, München 2

Telefonische Auskunft: (0 89) 51 60-38 01

3. Internationales Kernspintomographie-Symposium „MR '89“ vom 25. bis 29. Januar 1989 in Garmisch-Partenkirchen

Themen: ZNS – Thorax – Abdomen – Stützapparat – Hals – Gesichtsschädel – Pädiatrie – Spektroskopie

Als Vorkongress-Seminar findet ein zweitägiger Grundkurs „Kernspintomographie“ entsprechend den KBV-Richtlinien statt.

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. Dr. h. c. J. Lissner, Radiologische Klinik der Universität München, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95-27 50

Sportmedizinische Fortbildungsveranstaltungen

Die Gesamtübersicht der Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzteverbandes für das Jahr 1989 (auch die für die Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ anerkannten) kann gegen Einsendung eines adressierten und mit DM 0,80 frankierten Briefumschlages angefordert werden beim:

Bayerischer Sportärzteverband e.V., Dr. E. Goßnar, Nymphanburger Straße 81/IV, 8000 München 19

Blaulichtärzte – Einheitliches Fortbildungskonzept für Notärzte in Bayern 1989

Orte: Augsburg, München, Nürnberg und Würzburg

I. Stufe – Grundkurs für Ärzte, die im Rettungsdienst eingesetzt werden sollen

Zeitbedarf: 2 Samstage ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

II. Stufe – Aufbaukurs für Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens einjährige klinische Tätigkeit in einem Akutkrankenhaus und mindestens 1 Jahr davor vollständig absolvierte I. Stufe

Zeitbedarf: 2 Samstage ganztägig (9.30 bis 17 Uhr)

III. Stufe – Fallsimulation für aktiv tätige Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: mindestens 1 Jahr davor vollständig absolvierte II. Stufe oder mindestens kontinuierliche zweijährige Tätigkeit im Rettungsdienst mit mindestens 150 Einsätzen

Zeitbedarf: 1 Samstag ganztägig (9.30 bis 17.30 Uhr)

Veranstaltungsorte:	Termine:	Stufe:	Auskunft und Anmeldung nur bei:
Augsburg Ärztehaus Schwaben	11. 3. 8. 4. 1. 7. 22. 7. 28. 10. 18. 11.	II/1 II/2 II/1 II/2 III III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg Frau Ihrcke, Telefon (08 21) 32 56-131
München Ärztehaus Bayern Ärztehaus Oberbayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern	9. 9. 14. 10. 21. 10. 4. 11.	III I/1 I/2 I/2	Bayerische Landesärztekammer Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288
Nürnberg-Fürth Stadhalle Fürth	4. 3. 10. 6. 24. 6. 11. 11. 2. 12.	III II/1 II/2 I/1 I/2	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1 Frau Leikauf, Telefon (09 11) 46 27-532
Würzburg Ärztehaus Unterfranken Universitätsklinik Universitätsklinik	14. 1. 11. 2. 25. 2.	III II/1 II/2	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg 11 Frau Schneider, Telefon (09 31) 3 07-230

Schriftliche Anmeldung unbedingt erforderlich!

Bei der Anmeldung zum Kursteil I ist die Fotokopie der Approbation beizulegen, da Kursplätze zunächst für approbierte Ärzte vorgesehen sind. AiP können nur berücksichtigt werden, wenn noch Plätze frei sind.

Bei der schriftlichen Anmeldung zur Stufe II und III sind Bescheinigungen über die jeweils geforderten Teilnahmevoraussetzungen beizufügen.

Teilnahmebescheinigung nur nach vollständig besuchtem Kurs.

Bereits ausgebuchte Kurse werden nicht mehr veröffentlicht.

Das Gesundheits-Reformgesetz vor der Verabschiedung

Die sogenannte Gesundheitsreform geht in die Schlußrunde. Dabei hat sich die Erfahrung bestätigt, daß die Politik die Sachberatung verdrängt. Für die letzte Runde galt und gilt noch immer die Devise: Augen zu und durch! Seinen Terminplan hat Blüm nicht ganz einhalten können. Die Opposition hat zusätzliche Ausschlußberatungen durchgesetzt. Nun muß dieses umfangreiche Gesetzeswerk vom Bundestag in zweiter und dritter Lesung während der Haushaltsberatungen verabschiedet werden. Der Bundesrat kann dann erst kurz vor Weihnachten den Schlußpunkt setzen. Daß Blüm dies riskiert, zeigt, daß nicht mit einem Vermittlungsverfahren zu rechnen ist. Die Koalition war zuletzt den Ländern entgegengekommen und hatte akzeptiert, daß die Ausbildungskosten für die Pflegeberufe weiterhin über die Pflegesätze finanziert werden und nicht von den Ländern zu übernehmen sind.

Der Opposition ist kurz vor der endgültigen Verabschiedung des Gesundheits-Reformgesetzes noch ein Überraschungs-Coup gelungen. Sie setzte mit Hilfe der beteiligten Sachverständigen in der Bundestags-Enquete-Kommission „Strukturreform der GKV“ gegen die Abgeordneten der Koalitionsparteien durch, daß noch vor den Beschlüssen des Sozialausschusses und des Bundestages ein Zwischenbericht der Kommissionsberatungen veröffentlicht wird, was den Koalitionsparteien nicht genehm sein kann, denn in dem Bericht werden wichtige Teile des Reformgesetzes doch recht kritisch bewertet. Nun wollen die Abgeordneten der Koalitionsparteien einen Minderheitenbericht präsentieren. Auf Antrag der Koalition, die ursprünglich gegen die Einsetzung dieser Kommission war, sollen deren Beratungen bis Mitte 1989 fortgeführt werden. Was die Koalition zu diesem Antrag veranlaßt hat, ist schwer zu ergründen. Möglicherweise sollte damit die Veröffentlichung des Zwischenberichts unterbunden werden. Der Opposition bietet sich nun die Chance, mit dem politischen Instrument der Enquete-Kommission das Thema Krankenversicherungsreform auch nach der Verabschiedung des Gesetzes „am Kochen“ zu halten.

Der Zwischenbericht umfaßt rund 450 Seiten; er wird als Drucksache 11/3267 des Bundestages veröffentlicht. Die Kommission hat sich bislang mit den Aufgaben des Krankenversicherungssystems, mit alternativen Konzeptionen zur Ori-

entierung und Steuerung eines Krankenversicherungssystems, mit der Ausgestaltung einzelner Regelungsbereiche im Verhältnis von Krankenkassen zu Leistungserbringern sowie mit den Prinzipien und der Organisation einer solidarischen Krankenversicherung befaßt. Für die Kassenärzte mag der Teil des Berichts am interessantesten sein, der sich mit dem Verhältnis der Krankenkassen zu den Leistungserbringern befaßt. Aber über die Ärzte wird noch nichts gesagt; dieser Teil soll nachgeliefert werden. Das gilt zum Beispiel für die Kapitel „Der Arzt als zentrale Figur des Gesundheitswesens“ und „Die ambulante ärztliche Versorgung“.

Die politische und wissenschaftliche Pluralität, die sich in der Zusammensetzung der Kommission spiegelt, hat verhindert, daß sich die Kommission für ein Modell zur Steuerung eines Krankenversicherungssystems entschieden hat. Da werden nur die verschiedenen Möglichkeiten beschrieben, so das System der Globalsteuerung und Budgetierung, aber auch das Modell einer marktwirtschaftlichen Orientierung und Steuerung. Übereinstimmung besteht jedoch in der Feststellung, daß „in unserem Gesundheitswesen eine unverantwortliche Fehlallokation von Ressourcen stattfindet und Probleme sowohl bei der Nachfrage als auch beim Angebot an Gesundheitsgütern zu lösen sind.“ Für diese mit wissenschaftlichen Formulierungen verbrämten Banalitäten hätte man freilich kaum die Kommission benötigt.

Aufmerksamkeit hat vor allem der Teil über den Arzneimittelsektor gefunden, weil sich die Mehrheit der Kommission gegen die von der Koalition favorisierten Festbeträge ausgesprochen hat. Sie werden nicht als „optimales“ Steuerungsinstrument betrachtet. Es wirke einseitig auf die Preise; qualitative Aspekte der Arzneimitteltherapie blieben unberücksichtigt. Zudem seien nur kurz- und mittelfristig Entlastungseffekte zu erwarten. Auch sei die Festlegung von Festbeträgen als ein „äußerst komplizierter Vorgang“ anzusehen. Einige Kommissionsmitglieder halten die Probleme nur durch konsequente Deregulierung für möglich. Ohne Diskriminierung der forschenden Unternehmen müsse der Wettbewerb belebt werden. Dabei seien sowohl beim verordnenden Arzt als auch beim nachfragenden Patienten Anreize zu wirtschaftlichem Verhalten zu setzen. Verwiesen wird in diesem Zusammenhang auf Pauschalhonorare und wirksame

Selbstbehaltregelungen. Bestehende gesetzliche Beschränkungen (Arzneitaxe, Auseinzelungsverbot und aut-simile-Verbot, Apothekenpflicht) sollten gelockert oder abgeschafft werden. Die bisherige Selbstbeteiligung des Patienten von 2 DM je verordnetes Medikament wird nicht für sinnvoll gehalten.

In dem Bericht wird die Ansicht vertreten, daß die „Bindungswirkung der Arzneimittelzulassung durch das Bundesgesundheitsamt für den Markt der gesetzlichen Krankenversicherung durch die Institutionalisierung von Positivlisten aufgehoben werden muß“. Als Ergänzung oder Alternative zu den Positivlisten für die Verordnung in der Kassenpraxis wird das Modell der Kassenverbände über direkte Preisverhandlungen zwischen der gesetzlichen Krankenversicherung und den einzelnen Arzneimittelherstellern angesehen.

Die Kommission empfiehlt eine Neuordnung des gegliederten Systems. Unter den Kassen soll der Wettbewerb verstärkt werden; die Versicherten sollen ihre Kasse frei wählen dürfen. Die Kassen sollen Versicherte nicht ablehnen dürfen. Arbeiter und Angestellte sollen künftig gleichgestellt werden. Die Kommission sieht, daß solche Veränderungen voraussetzen, daß die Startchancen der einzelnen Kassenarten und Kassen im Wettbewerb einander angeglichen werden müssen. Die Unterschiede in den Beitragssätzen zwischen acht und 16 Prozent werden schon heute nicht mehr für vertretbar gehalten. Das Gliederungssystem, das die Versicherten ungleich behandle und Versicherte bestimmten Krankenkassen zwangsweise zuordne, wird als reformbedürftig angesehen. Die Kommission spricht sich nachdrücklich für einen kassenartenübergreifenden Finanzausgleich aus. Dieser habe den unterschiedlichen Risikostrukturen Rechnung zu tragen. Dabei müsse der Ausgleich der unterschiedlichen Grundlohnsummen im Mittelpunkt stehen, meint die Mehrheit der Kommission. Andere sehen darin neue Ansätze für wettbewerbspolitische Verzerrungen. Diese Mitglieder treten aus beschäftigungspolitischen Gründen für einen zeitlich befristeten regionalen, kassenartenübergreifenden Grundlohn-ausgleich ein.

Es entspricht den Verhaltensweisen in der Politik, daß sich jeder aus diesem Konvolut das zu eigen macht, was der eigenen Vorstellung entspricht. So registriert zum Beispiel der Vorsitzende der Kommission, der SPD-Abgeordnete Kirschner, „mit Genugtuung“, daß die Mehrheit der Kommission die Selbstbeteiligung nicht für ein geeignetes Instrument zur Steuerung der Leistungsausgaben hält. Das war zu erwarten. Solche politischen Kommissionen können aber nicht für sich in Anspruch nehmen, die „reine Wahrheit“ zu verkünden.

bonn-mot

Etatentwurf und Wirtschaftsbilanz

Für den neuen bayerischen Finanzminister, Gerold Tandler, war es im Landtag eine seiner ersten und gleich auch wichtigsten Amtshandlungen: die Einbringung des Doppelhaushalts 1989/90, einem rund 5000 Seiten starken Zahlenwerk, das noch unter seinem Vorgänger, dem jetzigen Ministerpräsidenten Max Streibl, erarbeitet und vom letzten Kabinett Strauß verabschiedet worden war. Der neue Etat, der jetzt die parlamentarischen Beratungen in Landtag und Senat durchläuft, hat ein Nettoausgabenvolumen von 42,04 Milliarden DM für 1989, das entspricht einer Steigerung von 3,7 Prozent, und sieht für 1990 zunächst 43 Milliarden DM vor, wobei jedoch das endgültige Volumen erst durch den Nachtragshaushalt festgelegt wird.

In seiner Etatrede stellte Tandler fest, daß er ein finanzpolitisch geordnetes Haus übernehme, denn die mit Augenmaß und Umsicht gestaltete Ausgabenpolitik habe Bayerns Finanzkraft nie überfordert und durch eine nur begrenzte Verschuldung Handlungsspielraum für die Zukunft erhalten. Andererseits nehme Bayern mit seiner Investitionsquote von 22 Prozent im nächsten und mit 21 Prozent im übernächsten Jahr eine Spitzenstellung unter den Bundesländern ein, erklärte Tandler, was allerdings auf den Widerspruch der Opposition stieß. Die „bewährte und

erfolgreiche Politik“ illustrierte Tandler anhand einer Bilanz der gegenwärtigen bayerischen Wirtschaftssituation. Die steuerlichen Entlastungen zeigten eine Anstoßwirkung für das Wirtschaftswachstum, denn der Konjunkturverlauf sei heuer so gut wie lange nicht mehr. Kennzeichnend sei, daß die bayerische Wirtschaft im Schnitt um einen Prozentpunkt pro Jahr schneller gewachsen sei als im übrigen Bundesgebiet. Ähnliches gelte für die um über zwei Prozentpunkte niedrigere Arbeitslosenquote und für die Tatsache, daß jeder vierte neue Arbeitsplatz im Freistaat geschaffen wurde. Die Ausbildungsstellensituation bezeichnete der Finanzminister als ausgezeichnet, ebenso den Umstand, daß sich zahlreiche zukunftssichere Betriebe der Elektro- und Elektronikbranche, unter ihnen zahlreiche mittelständische Betriebe, hierzulande angesiedelt haben.

Auf das neue Budget eingehend, bezeichnete Tandler die Verschuldung als „maßvoll“: Die Nettokreditaufnahme soll in den kommenden beiden Jahren 1,9 bzw. 2,97 Milliarden DM betragen. Insgesamt werde der Etat mit 3,7 bzw. 2,3 Prozent unterhalb der Quoten ausgeweitet, die für den Zuwachs des Bruttosozialprodukts von rund vier Prozent erwartet werden.

Nach dem vorgesehenen Finanzplan will Bayern in den kommenden bei-

den Jahren fast 19 Milliarden DM investieren. Für des Personal müssen im nächsten Jahr 17,48 Milliarden DM und dann 17,98 Milliarden DM ausgegeben werden, was einem Anteil am Gesamthaushalt von jeweils knapp 42 Prozent entspricht. Damit liege Bayern auch über dem Länderdurchschnitt, sagte Tandler; die Ausweitung des Stellenplans um über 6000 Stellen in den Doppelhaushalten koste jedoch ihren Preis.

Der finanzpolitische Sprecher der SPD, Hans Werner Loew, nannte die Wirtschaftsbilanz des Finanzministers als „stark übertrieben, wirtschaftspolitisch falsch und wachstumspolitisch nicht zutreffend“. Dies treffe insbesondere für die Behauptung zu, Bayern sei die Nummer 1 unter den Bundesländern. „Vergleicht man die aktuelle wirtschaftliche Entwicklung der Länder, die reale Zunahme des Inlandprodukts in der ersten Jahreshälfte, so liegt Bayern im Mittelfeld, noch hinter Rheinland-Pfalz und Niedersachsen und erst recht hinter Nordrhein-Westfalen, Baden-Württemberg und Hessen. Trotz des nun schon sieben Jahre dauernden Wirtschaftsbooms halte die Massenarbeitslosigkeit an, steige die Zahl der Sozialhilfeempfänger und nehme die Abgabenbelastung für Arbeitnehmer weiter zu. Als „statistische Mondzahl“ bezeichnete Loew die hohe Investitionsquote, die am Jahresende regelmäßig um zwei Prozent niedriger liege. Im übrigen verdeckten die Gesamtzahlen für Bayern die Tatsache, daß weite Landesteile Problemgebiete der Landesentwicklung seien: Für die Lösung dieses Strukturdefizits bringe der neue Haushaltsentwurf nichts. Auch die Grünen kritisierten den vorliegenden Doppelhaushalt, der vor allem der Umwelterstörung und weniger dem Menschen diene. Aufgrund der zu starken Konzentration des Haushalts auf die Investitionen würden zu wenig die Folgekosten für die Zukunft bedacht, meinte ihr Sprecher Raimund Kamm.

Die CSU-Fraktion hat inzwischen angekündigt, daß man die vorgesehenen Ausgaben nochmals um 0,2 Prozent oder 85,4 Millionen DM ausweiten wolle. Damit sollen besondere Akzente, u. a. im Wirtschafts-, Umwelt- und Sozialbereich sowie beim Staatsstraßenbau, Mittelstandskreditprogramm und der Technologieförderung, gesetzt werden.

Michael Gscheidle

Band 73 der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer

**Endokrinologie – Erkrankungen des Stoffwechsels – AIDS – Pneumologie –
Moderne gastroenterologische Untersuchungsmethoden**

– Vorträge des 27. Bayerischen Internistenkongresses, 1987 –

*kann über die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, Mühlbauerstraße 16,
8000 München 80, unter Beifügung von DM 5,- in Briefmarken als Schutz-
gebühr angefordert werden.*

*– Alle Kassenärzte in Bayern erhielten diesen Band durch ihre Bezirksstelle der
Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns –*

Arzt und Autor – Bücher für jedermann

Weihnachten steht vor der Tür! Wir wünschen den Lesern dieser Spalte frohe und besinnliche Festtage und verbinden damit den Wunsch, es möge mancher unter den vorgestellten Büchern sein Lesevergnügen finden.

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

Ein Blühen – Ein Leuchten, Andalusische Impressionen

Verfasser: B. Suchner, 28 S., 8 Abb., Paperback, DM 9,80. Verlag Karlsruher Bote.

Barbara Suchner, Mitglied des Freien Deutschen Autorenverbandes und der Regensburger Schriftstellergruppe International, gehört seit geraumer Zeit auch der bayerischen Landesgruppe des Bundesverbandes Deutscher Schriftsteller-Ärzte an. Die Schriftstellerin und engagierte Lyrikerin mit zahlreichen Veröffentlichungen lebt in Niederbayern; von Herkunft ist sie Schlesierin. Und wir wissen, Schlesien schenkte von jeher der deutschen Sprache Lyriker von Rang. „Ein Blühen – ein Leuchten – andalusische Impressionen“, ein schmales Bändchen exquisiter Poeme, vorgestellt in der Sprache der Seele mit bildnerischem und inspiratorischem Impetus, enthüllt aus dem Traummantel inneren Schauens die ewig junge deutsche Sehnsucht nach dem lichterhell, lebensoffenen mediterranen Süden. „Blühe, duft in das Leckblau, / Goldmimosel“ – heißt es in „Südlische Träume“; und „unter azurblauem Himmel, / der sich ins Meer ergießt“ in „Januar in Spanien“. Man ist an Benns Südwort erinnert, an den Exponenten des ligurischen Komplexes. Schläft ein Lied wieder in den Dingen, den lichtdurchfluteten einer Welt aus Himmel, Erde, Sonne und Meer? Schlesisches Erbgut im Erforschen des Weltinnenraumes, fern einer allzu geschäftstüchtigen Zeit! „Daß ich schaue, spüre, finde / Himmelslicht im Erdengrau“. In kratzvoil schöner Sprache substantivischen Stils, jedes Wort tein abwägend, verbunden mit lautmalerschen Alliterationen eröffnen sich uns bei fließendem Rhythmus in diesem Gedichtezyklus die andalusische Landschaft in ihrem Zauber und historisierend die Stätten andalusischer Vergangenheit.

Gedanken am Wege und Wege der Gedanken – 2. und 3. Band (Prosa)

Verfasser: E. Stetter, 180 S. und 61 S., Paperback, DM 19,80, Verlag LaBleben, Kalimünz.

Bei Stettens „kurzer Prosa“ findet jeder, was er sucht. Fürwahr, ein Buch für jedermann. Hier schreibt einer aus Pas-

sion, dem Prosa besonders liegt. Angesprochen sind der einfach strukturierte Mensch genauso wie der Hochgebildete, der jugendliche Leser nicht weniger als der von der Weisheit des Alters Berührte. Wer Unterhaltsames will, kommt auf seine Rechnung, desgleichen der Nachdenkliche oder gar philosophisch interessierte. Von köstlichen „Valentiniaden“ bis zum geistvollen, geschliffenen Essay in Kunst und Philosophie reicht des Repertoire. Eine profunde Lebenserfahrung des Autors, seine Liebe zum Einfachen, Kiarsichtigen, die Suche nach Antwort auf heikle Lebenstragen widerspiegeln die Texte. Dank des flüssigen Stils ohne Meniertheit und ambitionierter Ektethascherei liest es sich leicht und angenehm. Und nichts ist trotz der Vielfalt durcheinandergewürfelt. Im ersten Teil des zweiten Bandes fügt sich leichtere Lektüre aneinander: „Überwiegend Unterhaltsames – Unterhaltsames zum Nachdenken – 6 Valentiniaden“. Der zweite Teil ist essayhaften Skizzen aus Kunst, Geschichte, Politik und Philosophie vorbehalten. Wertvoll auch „Praktische Vorschläge zum Reisen und für eine Griechenlandreise“. Im dritten Band überrascht der Autor mit einer längeren Erzählung: „Das Haus Jahrstraße 6“. Keine weltbewegende Geschichte, aber ein liebevolles Eintauchen in Schwierigkeiten einer Hausgemeinschaft einfacher Leute.

Eine reiche Ernte aus einem bewegten Leben bringt der Autor in diesem dreibändigen Werk ein. Aus einem Leben, das zählt, weil die „Gedanken am Wege der Gedanken“ diesem Leben Positives und Gutes abgewinnen und „Ja“ zu ihm sagen trotz durchlebter schwerer Schicksalsschläge.

Trotz Rollstuhl und Sozialdienst – Ein Angebot für Behinderte und ihre Freunde

Verfasser: H. Spiecker, 62 S., Paperback, DM 16,80. Ed. Deutsche Schriftsteller-ärzte, Kirchheim.

In „Hinter Bremsspur und Blaulicht“ (siehe „Bayerisches Ärzteblatt“ 11/1976) thematisierte Spiecker poetisch die Schrecken der Untfälle im Straßenverkehr und mahnte Rücksicht und Besonnenheit an. Nun legt der Autor mit „Trotz

Rollstuhl und Sozialdienst“ wiederum einen monothematischen poetischen Zyklus vor, aus dem uns ohne pathetische Übertreibung das ganze hohe Ethos des Arztes als Helfer entgegenleuchtet, der in seinem Denken, Fühlen und Handeln die Liebe zum behinderten Mitmenschen auf sein Penier gehettet hat. „Das Leid hat viele Gesichter“. Mit all den Formen des Behindertseins zeichnet uns es Hans Spiecker in eindringlichen Versen. Und im „Kranz des Leidens“ schildert er dieses Leben mit Behinderung. Doch „die Not kennt viele Arbeitstelder“, läßt er uns abschließend wissen, Trost und Aufmunterung spendend. Gläubigkeit spricht aus diesen Gedichten, was uns tief bewegt. Das Leiden im Spiegel des Glaubens zu sehen, letzte Fragen über den Sinn des Lebens anrührend, macht diesen Band so eindrucksvoll. Hottnung und Kraft evozieren diese Verse. Zu jenem inwendigen Schlußgedicht „Lied und Gebet der Ärzte: Herr, Du berufst uns selbst ans Werk, / dem Kranken beizustehn“, sei der Psalmist bemüht, Zuversicht zu verleihen: „So wird der Herr für den Bedrückten zur Burg, zur Burg in Zeiten der Not“. Welch bemerkenswerte, thematisch einzigartige Poesie!

C'est la vie – Nachlese eines Nürnberger Arztes

Verfasser: A. Rottler, 107 S., Paperback, DM 19,80. Ed. Deutsche Schriftsteller-ärzte, Kirchheim.

Nach reichhaltigem literarischem Schaffen jetzt die Nachlese aus bewegtem Leben. Nachlesen sind meist gehaltvoll und ausgereift. Rottlers erzählerisches Talent, oft und oft bewiesen, faszinierte jeden, der seinerzeit jener eindrucksvollen Soiree im Deutschen Literaturarchiv beiwohnte, wo unter dem Motto „Den Puls des Lebens fühlen“ Texte zum Schriftstellerärzten professionell zum Vortrag kamen, u. a. auch seine Lebenswerke, bewegende Geschichte „Die alt Laouli“. Nun begegnen wir diesem ergreifenden Portrait der Großmutter des Autors wieder in einem Kranz erlebnisträchtiger, spannungsreicher Kurzgeschichten (aus der Kindheit – Geschichten aus der Praxis – im Kriege – Nachlese). Biutvolle Gestalten führt uns Rottler vor Augen. Das Leben selbst hat sie geschrieben, diese Erzählungen in „C'est la vie“, humorvoll, witzig, aber auch ernst und traurig, bitter sarkastisch. Es mußte sich ja nur der gewandten Feder eines Erzählers von altem Schrot und Korn bedienen, dieses vielsagende Leben, um echtes Lesevergnügen zu bereiten. Kurzgeschichten mit oft überraschendem Ausgang sind es, echte Topoi dieser literarischen Gattung.

Bis Jahresende können Sie noch unerwartete Geldreserven heben

Sichern Sie sich noch alle Ansprüche, die mit dem Jahresende erlöschen. In erster Linie wird in diesem Zusammenhang an das Steuersparen gedacht. Diese Möglichkeiten sind so vielfältig, daß Sie sich am besten für ein paar Mark ein Taschenbuch mit den entsprechenden Tips kaufen. Der Preis dafür zählt zu den steuerbegünstigten Werbungskosten.

Nachdem Sie ein solches Buch durchgeblättert und einige Stichworte wie einzelne Passagen darin gelesen haben, haben Sie einige Anregungen für ein Gespräch mit Ihrem Steuerberater gewonnen.

Ihre Kinder über 18 können noch die Bausparprämie rückwirkend für das ganze Jahr in Anspruch nehmen. Sie brauchen dazu nur am Jahresende einen Vertrag abzuschließen und als Ledige bis zu 800 DM einzuzahlen. 14 Prozent davon legt Ihnen der Staat als Prämie drauf. Vom nächsten Jahr an sinkt die Prämie auf zehn Prozent. Kinder dürfen auch geschenktes Geld auf ihren Bausparvertrag einzahlen.

Auch die Vermögensbildung der Arbeitnehmer steht Kindern noch bis zu 936 DM rückwirkend für 1988 offen, selbst wenn sie nur teilzeitarbeiten. Das gilt auch für alle Praxismitarbeiter, soweit sie die Voraussetzungen dafür erfüllen. Sie können die Arbeitnehmer-Sparzulage auch einnehmen, wenn sie die Vermögensbildung aus eigenem Einkommen betreiben, wenn ihnen ihr Arbeitgeber also keine entsprechende Leistung zuerkennt.

Falls Sie als Rentenversicherter und Ihr Ehepartner am 1. Januar mindestens 50 Jahre alt waren und vor diesem Zeitpunkt geheiratet hatten, müssen Sie sich bis zum Jahresende entscheiden, ob Sie für die Hinterbliebenenrente das alte oder das neue Recht in Anspruch nehmen wollen. Lassen Sie sich als Entscheidungshilfe sofort von der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA), Vordrucksversandstelle, Postfach, 1000 Berlin 88, das Merkblatt „Witwen- oder Witwerrente – Altes oder neues Recht?“ schicken.

Von der gesetzlichen Rentenversicherung können Sie sich noch unter

bestimmten Voraussetzungen bis zum Jahresende trennen, falls Sie freiwillig der Pflichtversicherung beigetreten waren. Vor einem solchen Entschluß sollten Sie einen unabhängigen, objektiven und sehr kundigen Experten konsultieren. Dabei sind auch alle Ihre Ansprüche an die Bayerische Ärzteversorgung zu berücksichtigen.

Vielleicht wollen Sie der gesetzlichen Krankenversicherung freiwillig beitreten? Dann entscheiden Sie sich schnell. Mehr als 60 Prozent der jetzt noch dazu Berechtigten wird diese Möglichkeit vom nächsten Jahr an versagt sein. Das neue Gesundheits-Reformgesetz wird sie verbauen.

Entscheiden Sie jetzt, ob Sie einen selbstfinanzierten Unfallschaden an einem fremden Fahrzeug aus der eigenen Tasche zahlen, weil dadurch die Höhe Ihres Schadensfreiheitsrabattes nicht herabgestuft wird. Der Vertreter Ihrer Kraftverkehrshaftpflichtversicherung steht Ihnen zur Beratung zur Verfügung.

Die gleiche Ratgeberfunktion erfüllt der Repräsentant der privaten Krankenversicherung. Falls Sie sich an Ihnen und Ihrer Angehörigen Krankheitsausgaben bis zu einem bestimmten Betrag beteiligen, müssen Sie genau rechnen (lassen), ob Sie eine Erstattung beanspruchen. Bedenken Sie dabei, daß Sie außerdem eine Beitragsrückerstattung für jedes Familienmitglied zu erwarten haben, das die Versicherung im letzten Jahr nicht beansprucht hat.

Vor dem Jahresende müssen Sie die säumigen Schuldner durchblättern lassen, damit Sie einer Verjährung von Außenständen vorbeugen. Anwälte übernehmen das Inkasso gegen eine Gebühr, die der Patient zu tragen hat.

Sie selbst sollten alle fälligen Zahlungen noch bis zum Ultimo leisten. So können Sie durch die steuermindernd anzuerkennenden Ausgaben noch die Forderung des Fiskus für dieses Jahr drücken. Investitionen noch vor Jahresschluß nur der Steuerersparnis wegen sind dennoch zu teuer. Sie müssen stets so eingesetzt werden, daß sie ihr Geld auch verdienen.

Horst Beloch

Kurz über Geld

AUF TIEFSTAND sind Hypothekenzinsen. Dagegen ziehen die Bau- und die Eigenheimpreise vor allem in den Ballungsräumen an. Warten auf noch niedrigere Zinsen wird teurer als Sofort-Entscheidung für Immobilien, selbst wenn später Hypotheken noch etwas günstiger zu bekommen gewesen wären.

INVERSE ZINSSTRUKTUR mit höheren Zinsen für Anleihen mit kürzeren Laufzeiten und niedrigeren auf längere Dauer zeichnen sich in den USA ab.

ALS „HOFFUNGSWERTE“ werden Aktien kanadischer Explorationswerte von privater Seite wieder verstärkt angeboten. Eine attraktive Form der heißen Spekulation – nur ist sie am Roulettetisch kurzweiliger.

NICHT VERSICHERT sind moderne Autoradioverstärker, weil sie in der Teile-Liste der Teilkasko-Versicherung nicht vorkommen. Dort sind u. a. ein Rundfunk- und ein Tonbandgerät, ein Plattenspieler und ein Kassettenrekorder angeführt. Versicherungswert zusammen bis zu 1000 DM.

RESERVEN stecken noch immer in den deutschen Aktienkursen, denn die wirtschaftlichen Daten und eingeleiteten Entwicklungen in der Bundesrepublik sind noch längst nicht in den Notierungen ausgedrückt.

1,04 MARK STUNDENHONORAR für ein Vermögensmanagement verlange sie ihren Kunden ab, rechnet eine Berliner Bank die tatsächlichen Kosten des Kunden für ihre Vermögensverwaltung vor. Sie übernimmt die Aufgabe von einem Vermögen von 400 000 DM an. Dafür verlangt sie eine Provision von 0,5 Prozent pro Jahr. Das sind bei diesem Beispiel 2000 DM, also 166,67 DM monatlich. Bei durchschnittlich 20 Arbeitstagen kommen auf den Tag 8,33 DM, geteilt durch acht Arbeitsstunden bleiben 1,04 DM für die Arbeitsstunde.

FÜR DEN DIEBSTAHL ABGEDECKTER WERTGEGENSTÄNDE im Auto habe die Wertsachenversicherung aufzukommen, entschied der Bundesgerichtshof jetzt entgegen einem Urteil des Oberlandesgerichts Hamburg. Unter dem Aktenzeichen IVa ZR 46/87 vom 12. 10. 1988 heißt es, der Versicherungsnehmer handle erst leichtfertig und verliere den Versicherungsschutz, wenn die „für Diebe verlockenden Sachen sichtbar im Wageninneren zurückgelassen“ würden.

Schnell informiert

Walter-Marget-Vereinigung zur Förderung der Infektiologie e. V.

Ausschreibung eines Stipendiums

Die Walter-Marget-Vereinigung zur Förderung der Infektiologie e. V. vergibt zur Förderung der Ausbildung junger Ärztinnen/Ärzte ein Stipendium „Infektiologie“.

Um das Stipendium können sich Ärztinnen/Ärzte bewerben, die

- als Arzt/Ärztin für die Dauer des Stipendiums und weitere fünf Jahre einen Arbeitsvertrag in einer deutschen Klinik haben, der auch für die Dauer des Stipendiums und des damit verbundenen Aufenthaltes an dem der Ausbildung dienenden Platz eulrecht erhalten bleibt,
- durch wissenschaftliche Arbeiten ihr besonderes Interesse am Arbeitsgebiet bereits dokumentiert haben,
- zu einem Studienaufenthalt bis zu einem Jahr in einer für die Fortbildung im Arbeitsgebiet „Infektiologie“ besonders geeigneten Klinik oder Institution im In- oder Ausland bereit sind,
- im Rahmen der Möglichkeiten durch einen Eigenbeitrag an den Gesamtkosten des Studienaufenthaltes beitragen wollen,
- nicht älter als 40 Jahre sind.

Bewerbungsunterlagen sind bis zum 31. Januar 1989 zu richten an: Walter-Marget-Vereinigung zur Förderung der Infektiologie e. V., z. H. Professor Dr. F. Deschner, Hugstetter Straße 55, 7800 Freiburg.

Aufruf des Bayerischen Vereins für Ärztliche Mission

Der Bayerische Verein für Ärztliche Mission, ein Zusammenschluß von Gemeindegliedern, besonders auch Ärzten, Krankenschwestern, Kirchengemeinden und anderen Körperschaften in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für Ärztliche Mission in Tübingen, benötigt aus Praxisauflösungen, Klinikumbauten usw. die verschiedensten Geräte und Ausrüstungsgegenstände.

Nachstehend die Liste der für medizinische Einrichtungen (Krankenhaus, mehrere Health-Centers und Aidposts) der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Papua Neuguinea derzeit dringend benötigten Geräte:

- Mikroskope (auch monokular!), eventuell mit Trägel für 9 bis 12 Volt (Leitungsspannung 220 bis 240 Volt) oder nur für Autobatteriebetrieb
- Blutdruckapparate
- Gynäkologische Stühle, transportable im Bett aufstellbare gynäkologische Beinhalter
- Einfache Photometer (keine Einmal-Pipettengeräte)
- Optische Geräte zur Prüfung der Brillenstärke
- Kornzangen, chirurgische Klemmen verschiedener Art und Größe
- Krankenpflegekleidung (Herrengröße 46 bis 50, Damengröße 36 bis 42)

Bitte keine Medikamente senden!

Kontaktaufnahme mit dem Missionswerk Neuendettelsau, Hauptstraße 2, 8806, Neuendettelsau, Telefon (0 98 74) 92 90, vorab erbeten.

Dr. R. Gierth, Sulzbach-Rosenberg

Aufbau eines Deutschen Ärzteorchesters

Das Münchner Instrumental-Ensemble (1969 von Dr. Dieter Pöller gegründet) beabsichtigt, ein Ärzteorchester der Bundesrepublik Deutschland aufzubauen mit dem Ziel, sich ein- bis zweimal jährlich während eines Kongresses zu treffen und nach dreitägiger intensiver Probenarbeit ein Konzert für die Teilnehmer und die Öffentlichkeit zu veranstalten. – Das erste Konzert soll auf dem Deutschen Chirurgenkongreß 1989 in München stattfinden.

Kontaktadresse: Dr. D. Pöller, Schleißheimer Straße 270, 8000 München 40, Telefon (0 89) 3 08 61 31

Margueritenball 1989

am 2. Februar 1989 im Deutschen Theater in München

Das Bayerische Rote Kreuz lädt hiermit zum diesjährigen Margueritenball am Donnerstag, 2. Februar 1989, 20 Uhr, in das Deutsche Theater ein. – Der Reinerlös des Balles fließt der Behinderten-Hilfe des Bayerischen Roten Kreuzes, Kreisverband München, zu. Im Eintrittspreis ist eine Spende in Höhe von 40 Prozent für das Rote Kreuz enthalten (Karten für nummerierte Plätze: von DM 120,- bis DM 20,-; Kategoriekarten für Studierendenda: DM 10,-).

Vorbestellung und Kartenverkauf: Bayerisches Rotes Kreuz, Seitzstraße 8, 8000 München 22, Telefon (0 89) 23 73-2 70; Deutsches Theater, Schwenthalerstraße 13, 8000 München 2, Telefon (0 89) 59 34 27

Wie sich Ärzte optimal krankenversichern

Bekanntlich bietet die private Krankenversicherung den Ärzten vielfach Spezialtarife an. Es sind meistens Gruppenversicherungs-Tarife, wie sie die Vereinte Krankenversicherung AG als führender Ärzteversicherer mit den Ärztekammern und dem Marburger Bund unterhält. Sie sehen besondere Vergünstigungen (auch für die Angehörigen) vor: Niedrigere Beiträge, keine Wartezeiten, verbesserte Bedingungen usw.

Gerade bei den Ärztetarifen gibt es umfassende Gestaltungs- und Variationsmöglichkeiten. Letztlich geht es um die Frage der Selbstbeteiligung. Immer mehr Ärzte akzeptieren die Überlegung, im großen Schadenfall umfassend gesichert zu sein, dagegen „Bagatelldrechnungen“ aus eigener Tasche zu zahlen. Denn der finanzielle Vorteil für den Selbstbehalt ist eindeutig: Der Versicherte spart in den meisten Fällen mehr an monatlichem Beitrag, als der Selbstbehalt im Monat ausmachen würde. Wenn etwa eine 46jährige Ärztin eine „ambulante“ Kostenbeteiligung von 600 DM im Jahr statt einer „100%-Erstattung“ wählt, muß sie zwar im Schadenfall diese Selbstbeteiligung tragen, spart aber ca. 60 DM Monatsbeitrag, jährlich somit 720 DM (Beispiel: Vereinte Krankenversicherung). Selbst bei voller Ausschöpfung der Selbstbeteiligung ergeben sich also noch Einsparungen. Wann der Ambulanttarif leistungsrel verläuft, bleiben die vollen 720 DM als Beitragsersparnis.

Warum ist das so? Vereinfacht gesagt: Wer öfter krank ist, bleibt eher im Tarif mit niedrigem Selbstbehalt. „Gesunde“ ziehen dagegen eher eine höhere Stufe vor. Folglich wird der Niedrig-Tarif stärker belastet. Der Fachmann spricht hier von der „negativen Risikoauslese“.

Also liegen Selbstbeteiligungen im Interesse des Beitragszahlers. Je höher der Selbstbehalt, desto niedriger der Beitrag. Bei den Ärzten sind aber noch zusätzliche Selbstbeteiligungsformen auf dem Markt.

Im wesentlichen gibt es folgende Varianten:

- Nach oben begrenzter absoluter Selbstbehalt (z. B. 250 DM

oder 600 DM), der auch nur auf Arzneimittel beschränkt sein kann;

- Selbstbeteiligung nur für Arzthonorar und/oder Arzneimittel.

Nach Untersuchungen der Vereinten Krankenversicherung sind die nach oben begrenzten Selbstbehalte bei den Ärzten am beliebtesten. Immerhin haben sich rund 20 Prozent der niedergelassenen und angestellten Ärzte für diese Variante (mit 250 DM Selbstbehalt) entschieden.

Angestellte Ärzte sollten überdies darauf achten, inwieweit sie den Arbeitgeberanteil, der in der Regel 50 Prozent des örtlichen AOK-Satzes beträgt, ausgeschöpft haben. Vor allem bei leitenden Ärzten wird es immer häufiger, daß sie mit ihrem Arbeitgeber Sonderregelungen aushandeln: Nach einem Erlaß des niedersächsischen Finanzministeriums (Az.: 52 333-59-313), der bundesweit Gültigkeit hat, kann der Arbeitgeber bis 1000 DM pro Jahr einkommensteuerfrei diejenigen Krankheitskosten übernehmen, die unter die Selbstbeteiligung fallen. Das kann sich auch für den Arbeitgeber durch einen geringeren Zuschuß zum PKV-Beitrag auszahlen.

Unabhängig davon sind Selbstbehalte als außergewöhnliche Belastung steuerlich abzugfähig, falls sie die „zumutbare Belastung“ übersteigen. Diese wiederum ist abhängig vom Einkommen und Familienstand.

Natürlich haben Selbstbehalte vor allem im ambulanten und zahnärztlichen Sektor Sinn. Im Stationärbereich sind sie kaum präsent.

Bei der Verdienstauffüll-Versicherung gibt es im Prinzip die gleiche Überlegung: Durch unterschiedliche Karenzzeiten legt man den individuellen Beginn der Krankentagegeld-Zahlung fest. Je länger die Karenzzeit – desto niedriger die Prämie. 10 DM Krankengeld ab vierten Tag für einen 33jährigen Arzt erfordern eine Monatsprämie von rund 8 DM – ab 27. Woche indes nur noch von 35 Pfennigen. Beim angestellten Arzt muß die Karenzzeit der Dauer der Entgeltfortzahlung durch den Arbeitgeber entsprechen.

Bei dem genannten Versicherer haben die selbständigen Ärzte durchschnittlich 10 000 DM Verdienstauffüll im Monat abgedeckt – bei den angestellten Ärzten sind es rund 5000 DM im Monat.

Pauline Stuedemann †

Kurz nach Vollendung ihres 90. Lebensjahres verstarb am 2. November 1988 Frau Pauline Stuedemann, München. Sie war 17 Jahre Vorsitzende des Vereins „Die Arztfrau e. V.“, in welcher Eigenschaft sie sich besonders der Kranken und notleidenden Arztwitwen und -waisen angenommen hat. Ihre Verdienste wurden 1982 durch die Verleihung des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft gewürdigt.

Broschüre „Auswahl von Bewerbern für die betriebliche Ausbildung“

Das Kuratorium der Deutschen Wirtschaft für Berufsbildung hat eine Handreichung zur betrieblichen Eignungsbeurteilung und Bewerberauswahl herausgegeben, in dem auf knappe und übersichtliche Art die gängigen Verfahren für den Praktiker vor Ort zur Bewerberauswahl dargestellt und die Vorteile und Schwächen der einzelnen Verfahren aufgezeigt werden. Die Broschüre gibt in großen Teilen dem niedergelassenen Arzt eine Hilfestellung bei Personalentscheidungen, auch in bezug auf Auszubildende. – Bestellungen über das Kuratorium der Deutschen Wirtschaft für Berufsbildung, Buschstraße 83, 5300 Bonn 1 (DM 6,-; Staffelpreise).



Weihnachtsaufruf der ärztlichen, zahn- und tierärztlichen Organisationen

Sehr verehrte Frau Kollegin, sehr verehrter Herr Kollege,

Die unerwartet große Zahl von deutschen Aussiedlern aus den Ostblockländern und von Bürgern aus dem anderen Teil Deutschlands hat auch unsere Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ stark betroffen. Denn unter Ihnen waren im letzten Jahr allein über 250 Kollegen von jenseits der Mauer. Es sind dies nicht etwa Rentner oder im Ruhestand befindliche Ärzte, sondern junge Kollegentamilien mit Kindern. Da sie in der Anfangszeit in unserem Land in der Regel nicht gleich eine neue Tätigkeit aufnehmen können, müssen wir uns um die Kinder dieser Familien annehmen.

Wenn also neuerdings im großen Rahmen als „Deutsche helfen Deutschen“ an die Bevölkerung unseres Landes zur Hilfeleistung für diese neu hinzugekommenen Bürger aufgerufen wird, so verwirklichen wir mit unserer Stiftung dies schon seit 1956 für unsere Kollegenkinder und tun dies auch heute.

Selbstverständlich können wir nicht den vollen Lebensunterhalt der Antragsteller aus unseren Spendenmitteln gewährleisten, sondern wir sind nach unserer Satzung nur „subsidiär“, d. h. also ergänzend zu den staatlichen, karitativen und sonstigen Hilfen, tätig. Aber diese zusätzliche Hilfe ist in jedem Einzelfall notwendig, wird von Semester zu Semester oder Halbjahr zu Halbjahr überprüft und neu bestimmt. Wir unsererseits werden auf die Einhaltung der Satzung jährlich vom Finanzamt der Körperschaften aufgrund des Berichts einer Prütgesellschaft überprüft und bekommen so jeweils die Berechtigung zur Ausstellung der Spendenbescheinigungen. Ordnung muß sein und ist auch gerade bei einer Organisation der Nächstenhilfe notwendig.

Im Jahre 1987, dessen Abschluß uns vorliegt, waren es 703 Kollegenkinder, denen wir während ihrer jeweils von ihnen gewünschten Berufsausbildung mit DM 602 027,61 helfen konnten. Die dazu notwendigen Spenden wurden durch viele Einzelspenden sowie durch ärztliche, zahnärztliche und tierärztliche Organisationen aufgebracht. Ihnen allen danken wir dafür sehr herzlich.

Der Umfang der Notwendigkeit unserer Unterstützung nimmt nicht ab. Aber mit dem seit Jahrzehnten praktizierten menschlichen und kollegialen Zusammenhalt werden wir auch neue Schwierigkeiten für unsere Schützlinge überwinden. Dafür brauchen wir jetzt und im neuen Jahr Ihre Hilfe.

Augustinus hat gesagt – und das ist jetzt zu Weihnachten ein guter Gedanke: „Nicht Worte sucht Gott bei Dir, sondern dein Herz.“ Lassen wir also unsere Herzen sprechen.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Vilmar
Präsident der
Bundesärztekammer und
des Deutschen Ärztetages

Professor Dr. Häußler
1. Vorsitzender der
Kassenärztlichen Bundes-
vereinigung

Für Ihre Überweisung stehen folgende Konten der Stiftung zur Verfügung.

Dresdner Bank AG Stuttgart Nr. 1 222 387 00 (BLZ 600 800 00),
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Nr. 000 148 6942
(BLZ 600 906 09), Landesgirokasse Stuttgart Nr. 1 268 267
(BLZ 600 501 01), Postgiroamt Stuttgart Nr. 415 33-701
(BLZ 600 100 70)

Bröner-Andres Kalender 1989

Das Themenspektrum dieser vielfältigen Kalender-Kollektion reicht von Vierbeiner-Portraits über Terminplaner bis hin zum exklusiven Kunstkalender. In dieser Sparte wird erstmals die Münchener Malerin Bebe Bachem neben Miró, Chagall, Macke und Toulouse Lautrec vorgestellt. – So kann aus einem Geschenk eine ganz persönliche Gabe werden.

Kalender 1989 aus dem DuMont Buchverlag

Dieser für seine hervorragenden Kunst- und Reisebücher bekannte Verlag präsentiert auch dieses Jahr wieder Kalender, die in gekonnter Manier geplant und in bester Qualität hergestellt sind, z. B. DuMont Art – Großer Kunstkalender – Der goldene Kunstkalender.

Lebenshilfe-Kalender „SEH-WEISEN“ 1989

Dieser Kalender, mit farbenfrohen Bildern aus elf europäischen Ländern, soll in erster Linie Freude bereiten und auf die Anliegen geistig behinderter Mitmenschen aufmerksam machen. Wer selbst mit solchen Behinderten künstlerisch tätig ist, wird besonders aus dem Begleittext Anregungen für die eigene Arbeit beziehen können. – Bestellungen über die Bundesvereinigung Lebenshilfe, Postfach 80, 3550 Marburg, Telefon (0 64 21) 40 01 - 0 (DM 18,50 + DM 4,- Versandkosten).

MSD-Manual der Diagnostik und Therapie

4., vollkommen überarbeitete und erweiterte Aufl., 3060 S., 158 Abb., eingestanztes Griffregister, Kunststoffeinb., DM 98,-. Verlag Urban & Schwarzenberg, München.

Diese deutsche Neuauflage beschreibt gegenüber der Auflage von 1984 in 24 identisch nach Ätiologie, Pathogenese, Diagnostik, Therapie und Prophylaxe aufgebauten Kapiteln über 1700 Krankheitsbilder aus allen medizinischen Gebieten. Das eingestanzte Griffregister gestattet einen schnellen Zugriff auf das gesuchte Gebiet und eine gezielte Information durch die übersichtliche Gliederung auch innerhalb der einzelnen Abschnitte.

„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. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering, 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. Peter Schachtl, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisetzke (verantwortlich) Anzeigenleitung.

Druck: Zauner Druck- und Verlags GmbH, Augsburgener Straße 9, 8060 Dachau.

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

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

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranlyse medizinischer Zeitschriften e. V.

LA-MED

Ein Laxans soll nur hier wirken

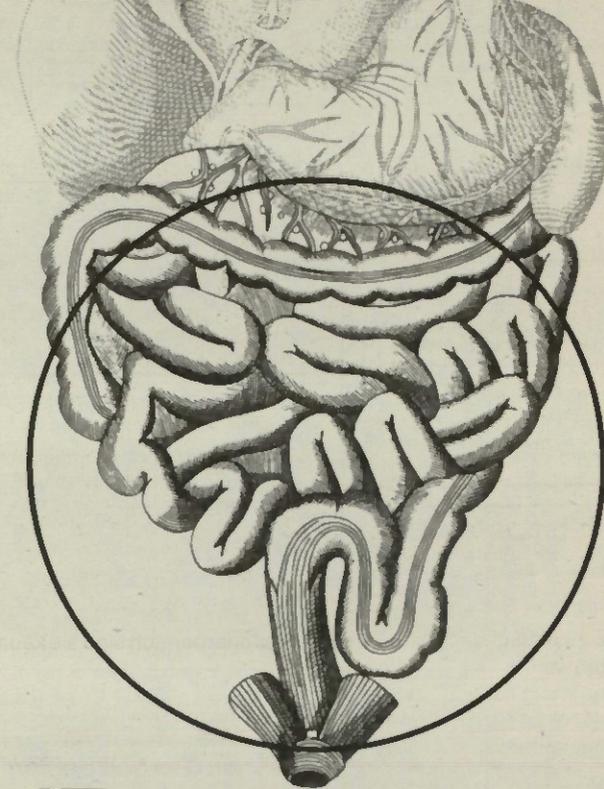


Abb. aus „Tabularum anatomicum“, B. S. Albini und B. Eustachii, 1761.

Rheogen®

Rein pflanzliches Abführmittel tut es!

Rheogen hilft zuverlässig bei allen Erkrankungen, bei denen eine Stuhlregulierung bzw. eine gründliche Darmentleerung erwünscht ist; bei langer Bettlägerigkeit, nach Operationen.

Rheogen reguliert den Stuhlgang bei akuter und chronischer Obstipation.

Rheogen eignet sich durch den Zusatz von Belladonna besonders bei spastischer Obstipation.

Rheogen wirkt auf Dünn- und Dickdarm.

Leberschädigungen durch Rheogen sind nicht bekannt.

Zusammensetzung: 1 Dragee enthält Rhiz. Rhei 20 mg, Extr. Aloe (harzfrei) 80 mg, Extr. Colocynth. 8 mg, Extr. Belladonn. 4 mg.

Kontraindikationen: Ileus; Abortus imminens. Kontraind. der Tropa-Alkaloide. Oosierung: Erwachsene abends 1-3 Dragees; Kinder ab 6 Jahren 1-2 Dragees.



Handelsformen und Preise:
OP mit 30 Dragees DM 4,10
OP mit 75 Dragees DM 7,35
AP mit 250, 1000, 5000 Dragees

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

41-jähriger Arzt, angehender

Neurologe

große Erfahrung in Sozialmedizin, eucht ab 1. Januar 1989 neuen Wirkungskreis in der Klinik, Sozialmedizin, Arbeitsmedizin oder Pharmaindustrie. Einbürgerung läuft, Erlaubnis nach § 10 BAO ist vorhanden.

Anfragen unter Chiffre 2064/1086 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Dt. Arzt für eine größere Land-

praxis in Oberfranken als Partner gesucht. — Anfragen unter Chiffre 2064/1085 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Orthopäde

52 Jahre, derzeit freiberuflich tätig mit entsprechender Weiterbildung, sucht sich im Laufe des Jahres 1989 zu verändern — Offentlicher Dienst, Klinik usw.

Anfragen unter Chiffre 2064/1089 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Assistenzarztstelle

gesucht von deutscher Ärztin (30 Jahre, bisher 1/2 Jahre Allgemeinpraxis) in Innerer Medizin, Chirurgie oder Radiologie.

Anfragen unter Chiffre 2064/1079 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Stellentausch

biete Assistenzarztstelle in Chirurgie und suche ebensolche in Innerer Medizin im Raum Würzburg.

Anfragen unter Chiffre 2064/1084 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2.

Arzt für Chirurgie

53 Jahre alt, 10 Jahre als Oberarzt tätig. Deutsche Approbation, sucht Oberarztstelle oder Gemeinschaftspraxis.

Anfragen unter Chiffre 2064/1096 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

ÄRZTE-DIENST

Völker GmbH · Wartbergstraße 19
7100 Heilbronn Tel. 07131/10997

DAS MILLIONEN-DING



Ärzte-Krepp

Die hygienische Liegenabdeckung, hochweiß gebleicht

Bei Abnahme von:	10	30	50
39 cm x 50 m lang	6,40	6,15	5,95
45 cm x 50 m lang	7,05	6,80	6,55
55 cm x 50 m lang	8,40	8,10	7,85
59 cm x 50 m lang	8,80	8,50	8,20
jeweils per Rolle in DM.			



Einmalspritzen

Phorma Plast
Noch zum alten Preis!
Bei Abnahme von:

2 ml Kart. zu 10 x 100 Stück			
1000	3000	6000	
4,99	4,80	4,60	
5 ml Kart. zu 10 x 100 Stück			
1000	3000	6000	
7,45	7,15	6,90	
10 ml Kart. zu 10 x 100 Stück			
1000	3000	6000	
11,10	10,70	10,25	
jeweils per 100 Stück in DM.			



Einmalkanülen

Größe 1-20
Abnahme, auch sortiert

1000	3000	6000
4,75	4,55	4,25
jeweils per 100 Stück in DM.		

Alle Preise zzgl. Mwst.

Achten Sie auf unsere Brief-Aussendung!

EDV-Beratung für die Arzt-Praxis im Hartmannbund Bayern/Baden-Württemberg

- Unabhängige, praxisgerechte Beratung auch am Wochenende
- Entscheidungsunterstützung
- Einführungsseminare für Ärzte und Mitarbeiter
- Einweisung in Ihrer Praxis
- Persönliche und telefonische Betreuung

Wir präsentieren verschiedene Systeme im einmaligen Vergleich

- | | |
|-----------------|---|
| ■ diled | — Fa. CPV/Grunbacher |
| ■ Doc-Expert | — Fa. Mannesmann-Kienzle, Fa. Büro 2000 |
| ■ Medias | — Fa. Nixdorf Computer AG |
| ■ Quincy Praxis | — Fa. Frey Computersystem GmbH |
| ■ Sisymed | — Fa. Siemens AG |

EDV-Beratung für die Arztpraxis
Barbara Lietz
Nymphenburger Straße 156 a
8000 München 19
Tel. (089) 1665159/69
Albstadtweg 11
7000 Stuttgart 80
Tel. (0711) 7804415



Arzt-Software

Ein neu entwickeltes Programm für alle IBM/PC/AT und kompatible. Alle GOA-Ziffern ab 1. Juli 1988! Umfangreiche Hilfen und Handbuch erlauben sofortigen Einsatz. Stammdatenverwaltung, Rechnungsdruck, Mehrenwesen, Buchhaltung, Statistik. Abrechnung auch für Post und KVB/KBV. Jetzt auch Formulareindruck/Kassenstatistik erhältlich.

Information: Priv. Doz. Dr. med. W. Siffert, Lortzingstraße 51, 4650 Gelsenkirchen, Telefon (ebends) (02 09) 13 83 18 oder 13 65 45 (Herr Verse)

VERSCHIEDENES

Neuwertige

Empfangstheke

Z-Form, PC-geeignet, NP DM 17 000,-, für VB DM 11 000,- abzugeben.

Näheres: Telefon (0 89) 64 10 77

Gratis-katalog: **Billard** Firma D. Henzgen Postfach 62 7981 Vogt, ☎ 07529/15 12

Metallschreibtisch und Instrumenten-Schrank von Kollegen zu kaufen gesucht. Telefon (0 95 46) 10 40

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

Befelka-Oel das altbewährte, wirksame Kräuteröel bei Milchschorf, Ekzemen, Wundsein, Bartflechte

Befelka-Oel — Zusammensetzung: Öl. Hyperici 10 g, Öl. Calend. 5 g, Öl. Chamom. Inf. 3 g, Öl. Ollivar, 3 g, Öl. Violae tric. 3 g, dünnfl. Paraffin 76 g. **Indikationen:** Hautjucken, Wundsein, Beingeschwüre, Milchschorf, entzündliche trockene und nässende Flechten und Ekzeme, Bartflechte, Kopfhauterkrankungen, Hautausschläge. **Dosierung:** Befelka-Oel ist mehrmals täglich auf die zu behandelnden Hautpartien aufzutragen. **Packungsgrößen:** 50 ml DM 7,50, 100 ml DM 13,00, 200 ml DM 22,50.

Befelka-Arzneimittel · 4500 Osnabrück

Hinweis für Auftraggeber von Immobilienanzeigen

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

Anschriften der Bezirksstellen der KVB:

- München Stadt und Land, Brianner Straße 23, 8000 München 2
- Oberbayern, Eisenhelmersstraße 39, 8000 München 21
- Niederbayern, Lillenstraße 5-7, 8440 Straubing
- Oberpfalz, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg
- Oberfranken, Brandenburger Straße 4, 8580 Bayreuth
- Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1
- Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg
- Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg