



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 1989

Zum Jahresende

Lassen Sie uns die vordergründigen Fragen des Tages zurückdrängen und Rückschau halten auf das zu Ende gehende Jahr. Für uns stehen dabei – unserer Aufgabe entsprechend – das Gesundheitswesen, sozialpolitische Entwicklungen und die Probleme der ärztlichen Berufsausübung im Mittelpunkt.

In diesem Jahr kann man damit aber nicht beginnen. Stehen wir doch wie alle Bürger unseres Staates – gleich welcher beruflichen oder gesellschaftlichen Gruppe der einzelne angehören mag – unter dem überwältigenden Eindruck der historischen Ereignisse der letzten Wochen dieses Jahres. Daß dabei das Geschehen auf deutschem Boden für uns hautnah abläuft, darf unseren Blick auf die anderen europäischen Länder, in denen gleiches schon länger im Gange ist, nicht ablenken. Der grundlegende Umbruch hat nicht in der DDR begonnen, sondern in Ungarn und Polen. Und auch dies war nur denkbar, weil die Sowjetunion einen wohl grundsätzlichen Wandel ihrer Politik vollzogen hat. Denken wir doch zurück: 1953 Berlin, 1956 Ungarn und noch 1968 Tschechoslowakei: Unabhingigkeitsbewegungen wurden dort von russischen Panzern grausam und blutig niedergeschlagen. Die sowjetische Führung war damals nicht bereit, in ihren Satellitenstaaten demokratische Entwicklungen zuzulassen. Was ist der Grund für diesen Wandel? Unsere Einblicksmöglichkeiten reichen nicht aus für eine exakte Analyse. Wir können es nur erleichtert zur Kenntnis nehmen und hoffen, daß der neue Kurs in der Sowjetunion nicht mehr umkehrbar ist.

Blieben wir aber bei der Lage und Entwicklung auf deutschem Boden. Jahrzehnte waren wir daran gewöhnt, in Abständen Meldungen über eine gelungene Flucht durch den „Eisernen Vorhang“ zu lesen, aber auch Meldungen über tragisch mißlungene Fluchtversuche blieben nicht aus. Wir wußten, daß Menschen aus Gefängnissen der DDR freigekauft worden sind, auch Kolleginnen und Kollegen waren darunter. Sie waren politisch verfolgt und verurteilt worden, weil sie es wagten, ein Wort gegen die kommunistische Diktatur zu sagen. Doch plötzlich kam ein Menschenstrom in Bewegung – zunächst über Ungarn, dann Polen und die Tschechoslowakei. Die Machthaber konnten die Volksbewegung nicht mehr aufhalten und öffneten Mauer und Stacheldraht. Millionen kamen als Besucher, aber auch der Strom der „Übersiedler“ reißt nicht ab, obwohl ihnen „drüben“ offenbar keine politische Verfolgung mehr droht. Ein tiefverwurzeltes Mißtrauen, nicht aufzuhaltender Freiheitsdrang und der Wunsch, endlich in geordneten wirtschaftlichen Verhältnissen leben zu können? Hier ist Nachdenken angezeigt: Wir können nur hoffen und wünschen, daß die so mächtig

und überzeugend in Gang gekommene Entwicklung recht bald dazu führt, daß keiner unserer Landsleute in der DDR um seiner Freiheit willen seine angestammte Heimat verlassen muß.

Unter den Übersiedlern sind auch zahlreiche Ärzte. Allein bei der Bayerischen Landesärztekammer haben sich schon über hundert gemeldet, deren Anliegen es war, ihre DDR-Facharzturkunde in eine Gebietsarztanerkennung nach unserer Weiterbildungsordnung umwandeln zu lassen. Das war nicht in allen Fällen ohne Auflagen möglich, weil sich Mängel hinsichtlich der Gleichwertigkeit der Weiterbildung offenbarten, die zwar dem gesundheitlichen Versorgungssystem der DDR angelastet werden müssen, aber der Aushändigung einer neuen Urkunde entgegenstanden. Für die Kolleginnen und Kollegen, die mit dem Strom der Übersiedler zu uns kamen, beginnen aber damit erst die Schwierigkeiten. Die meisten suchen wohl eine Stelle als angestellter Arzt, zumindest vorübergehend. Wo ist aber eine Stelle frei? Jeder Chefarzt hat seit langem Wartelisten von Bewerbern, die eine Stelle suchen. In Kürze steht auch der erste Jahrgang der AiPs in der Reihe der Stellensuchenden. Es wäre wohl – so hört man es zunehmend auch von Betroffenen – überlegenswert, nach Ausschluß jedes persönlichen Risikos zurückzukehren. Denn alle werden dort gebraucht, um ein leistungsfähiges Gesundheitswesen in einer neuen und hoffentlich freien Demokratie aufzubauen. Daß wir dabei jede mögliche Hilfe geben wollen und geben müssen, sei auch an dieser Stelle ausdrücklich betont!

Werfen wir noch einen Blick auf das zu Ende gehende Jahr in Bayern: Die Zahl der berufstätigen Ärzte hat um 569 auf 32 623 zugenommen. Bei den Kassenärzten verzeichnen wir einen Anstieg von 14 360 auf 14 699. In München entfällt bereits ein Kassenarzt auf 490 Einwohner. In Bayern steht jeweils für 339 Einwohner ein berufstätiger Arzt zur Verfügung.

Am Anfang dieses Jahres standen wir auch vor der besorgten Frage, ob es wohl gelingen wird, die von den Universitäten kommenden Ärztinnen und Ärzte im Praktikum unterzubringen. Wir sind am Ende des Jahres zwar nicht sorgenfrei, die Entwicklung war aber weitaus besser, als wir befürchteten. Von 1622 AiPs, die Ende November bei der Kammer gemeldet waren, hatten 1459, das sind 89,95 Prozent, einen Ausbildungsplatz. Damit ist allerdings noch nicht alles geschafft, denn gerade jetzt kommt noch die Examensgruppe vom November hinzu, und erst im April kann damit gerechnet werden, daß die Stellen derjenigen frei werden, die eineinhalb Jahre vorher mit ihrem Praktikum begonnen haben.

Aber was erwartet diese jungen Kolleginnen und Kollegen, wenn sie dann ihre Approbationsurkunde in der Hand haben? Sie alle erhoffen sich einen Arbeitsplatz als Assistenzarzt in einem Krankenhaus. Bei der Zahl der erfahrungsgemäß frei werdenden Stellen wird sich aber bestenfalls lediglich für die Hälfte von ihnen diese Hoffnung erfüllen. Sollen die anderen das Abenteuer einer Niederlassung als praktischer Arzt riskieren, nachdem sie vorher noch sechs Monate in einer „allgemeinmedizinischen“ Praxis tätig waren und damit die Mindestvoraussetzungen erfüllt haben? Das möchte man ihnen nicht wünschen. Eine Mindestvorbereitungszeit von drei Jahren, wie sie allgemein gefordert wird, ist ohnedies bescheiden, wenn man daran denkt, daß noch vor nicht allzu langer Zeit eine durchschnittliche Krankenhaustätigkeit von sechs bis acht Jahren vor der Niederlassung als normal galt. Der Bundesarbeitsminister könnte eine Vorbereitungszeit von drei Jahren in der Zulassungsverordnung, die eine Rechtsverordnung ist, vorschreiben. Allerdings müßte der Bundesrat zustimmen und vorher die Koalition ihren Grundsatzbeschluß ändern, wonach die Zeit des Studiums und der Vorbereitungszeit insgesamt nicht länger als acht Jahre sein darf.

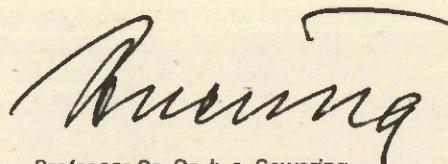
Im Bereich der kassenärztlichen Versorgung geht die Umsetzung des „Gesundheits-Reformgesetzes“, jetzt Sozialgesetzbuch, V. Buch, nur langsam voran. Man stößt immer wieder auf neue Auslegungsschwierigkeiten. Die Vertragsverhandlungen mit den bayerischen Primärkassen (Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftliche Krankenkassen) für das Jahr 1990 konnten weitgehend abgeschlossen werden. Die konstruktive Zusammenarbeit hat sich weiterhin bewährt und beide Seiten wis-

sen, daß die uns gestellte Aufgabe nur miteinander bewältigt werden kann. Das Vergütungssystem nach Fallpauschale – und damit die Risikoteilung – wird fortgeführt. Die neugeschaffene Gesundheitsuntersuchung wird, ebenso wie schon bisher die Früherkennungsuntersuchungen, mit einem Punktwert von 10,9 Pfennigen außerhalb des Fallpauschales vergütet. Die Gesamtvereinbarung wird den Kassenärzten noch zugehen.

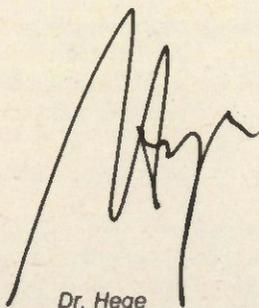
Mit unseren Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern teilen wir die Sorgen um den Mangel an Pflegekräften, vor allem in den Ballungsgebieten. Es ist ein vielschichtiges Problem. Mehr Nachwuchs bei schwachbesetzten Jahrgängen zu bekommen, ist schwierig. Die Verbesserung der materiellen Bedingungen bei gleichzeitiger Verkürzung der Arbeitszeit führt zu einem weiteren Anstieg der Krankenhauskosten, die ohnedies bereits ein Drittel der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung ausmachen.

Ein Jahresrückblick kann nur ein punktuelles Herausgreifen aus der Fülle des Geschehens sein. Vieles wird uns auch im nächsten Jahr wieder beschäftigen und Sorgen bereiten. Ausweichen können wir den Problemen nicht. Wir müssen versuchen, sie so gut wie möglich zu bewältigen.

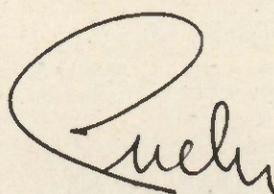
Wir wünschen allen Kolleginnen und Kollegen in Bayern und ihren Familien gesegnete, ruhige Weihnachtstage, für das kommende Jahr möglichst viel Gesundheit, Schaffenskraft und beruflichen Erfolg. Wenn wir zusammenhalten, an einem Strick ziehen, können auch gesundheitspolitische Fortschritte nicht ausbleiben.



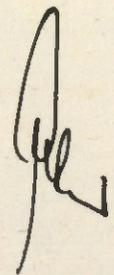
Professor Dr. Dr. h. c. Sewering



Dr. Hege



Dr. Fuchs



Dr. Dehler

Kompetenz ist die Voraussetzung für den Erfolg Ihrer Geldanlage.

Geldanlage ist Vertrauenssache. Deshalb kommt es auf einen kompetenten Gesprächspartner bei der Beratung an.

Denn bei einem individuellen Anlage-Konzept zählen nicht nur die traditionellen Möglichkeiten. Vielmehr sind variantenreiche Ideen und Produkte gefragt, die auf Ihre persönlichen Anlageziele und Bedürfnisse abgestimmt sind.

Profitieren Sie von unserem vielfältigen Angebot. Ob interessante Festzinsanlagen, attraktive Kapitalverrentungsmodelle, in- und ausländische Wertpapiere oder professionelle Vermögensverwaltung – wir beraten Sie engagiert und kreativ.

Kommen Sie zu uns, auch wenn Sie noch nicht unser Kunde sind.

Fragen Sie die Deutsche Bank.

Beratung auch
außerhalb der Öffnungszeiten
nach Vereinbarung.

Deutsche Bank



Filiale München · Promenadeplatz 15 · Telefon (0 89) 23 90-0
sowie weitere 134 Niederlassungen in Bayern

Vollversammlung des 42. Bayerischen Ärztetages

Punkt 1 der Tagesordnung:

Professor Dr. Dr. h. c. Josef Zander,
em. Ordinarius für Gynäkologie und Geburtshilfe der Universität München:

Beginn menschlichen Lebens – Schutz menschlichen Lebens

Man spricht heute davon, daß die neuen Methoden zur Behandlung der Sterilität mit Hilfe der In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer (IVF-ET) und des intratubaren Gameten- und Embryotransfers (GIFT) eine „Reproduction Revolution“ eingeleitet haben (36)*. Sieht man von Zukunftsvisionen ab, so ist aber die praktische Bedeutung dieser Methoden im Rahmen der Fortpflanzungsmedizin in quantitativer Hinsicht zur Zeit gering. Nach dem für den 42. Bayerischen Ärztetag vorgelegten Geschäftsbericht der Bayerischen Landesärztekammer (17) für 1988/89 wurden 1988 in Bayern 2280 Patienten mit solchen Methoden behandelt. Daraus entstanden 536 Schwangerschaften. Nur ein minimaler Prozentsatz der Ärzte ist für die praktische Vornahme der Methoden ausreichend geschult und eingerichtet. Die Zahl der Institutionen, in denen solche Eingriffe zuverlässig vorgenommen werden können, ist schon aus ökonomischen Gründen sehr begrenzt. In Bayern sind zur Zeit neun Arbeitsgruppen von der Landesärztekammer zugelassen. Es handelt sich demnach um Methoden, welche zur Zeit im Rahmen der gesamten Medizin nur von einer extrem kleinen Minderheit der Ärzte bei einer ebenfalls extrem kleinen Minderheit der Patienten angewandt werden.

Wenn man schon das Schlagwort von der „Reproduction Revolution“ anwenden will, so trifft dieses vielmehr für einen ganz anderen Eingriff in die Fortpflanzung des Menschen zu, nämlich, ihre Einschränkung. Mit der Problematik der Verhinderung der menschlichen Fortpflanzung kommt

heute die große Mehrzahl aller praktizierender Ärzte vielfach in unmittelbarem Kontakt. Die extreme Reduzierung der Fortpflanzung mit Hilfe der Empfängnisverhütung und auch des Schwangerschaftsabbruchs hat dazu geführt, daß die Bundesrepublik heute die geringste Reproduktionsrate der ganzen Welt aufweist. Sie hat das Leben in unserer Gesellschaft, in der Familie und auch das Leben eines jeden einzelnen Menschen in einer Weise verändert, wie kein anderes Ereignis der Medizin. Sie muß in der Verbindung mit den Auswirkungen der Senkung der Säuglingssterblichkeit und ebenso der Verlängerung unseres Lebens gesehen werden. Hinzu kommt die durch die modernen Methoden der Empfängnisverhütung erstmals mögliche, vollkommene risikofreie Dissoziation von Sexualität und Fortpflanzung. Die gesamten Auswirkungen dieser „Reproduction Revolution“, welche sich im wesentlichen nur für die sogenannten entwickelten Länder in unserer Welt vollzogen hat, sind in bezug auf die Gegenwart, ebenso wie in Hinblick auf die kommenden Generationen, längst noch nicht ausreichend durchdacht. Vor diesem Hintergrund sollten auch die folgenden Ausführungen bedacht werden.

Zur gegenwärtigen Diskussion um den Beginn unseres Lebens

Die Diskussion um den Beginn menschlichen Lebens und in Verbindung damit um den Schutz menschlichen Lebens ist nicht neu. So war sie zum Beispiel schon vor mehr als 20 Jahren Hauptthema der 41. Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde, welche gemeinsam mit der Öster-

reichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe am 26./27. Mai 1967 in Badgastein stattfand (3). Die Sitzung stand damals unter der Leitung von M. Brandl aus Amberg. F. Zimmer aus München hielt das biologische Referat, F. Böckle aus Bonn das katholisch-theologische und H. Leiner aus Augsburg das evangelisch-theologische Referat. Über die juristischen Probleme sprach G. Schwalm aus Erlangen. In praktischer Hinsicht ging es vor allem um die Frage, ob die Verhinderung der Einnistung des befruchteten Eies in der Gebärmutter einer Abtreibung gleichkomme.

Nach § 219 d StGB gelten heute „Handlungen, deren Wirkung vor Abschluß der Einnistung des befruchteten Eies in die Gebärmutter eintritt“, nicht als Schwangerschaftsabbruch im Sinne von § 218 StGB! G. Hirsch (22) bezeichnet § 219 d StGB als ein „typisches Produkt gesetzgeberischer Abwägung“. Bis zur Nidation werde dem Selbstbestimmungsrecht der Frau (Art. 2 Abs. 1 GG) der Vorrang eingeräumt vor dem Anspruch des werdenden Lebens auf strafrechtlichen Schutz.

Seit der ersten erfolgreichen praktischen Anwendung der extrakorporalen Befruchtung zur Behandlung einer sonst nicht heilbaren Sterilität in England, vor etwa einem Jahrzehnt, ist die Diskussion um den Beginn menschlichen Lebens im Zusammenhang mit dem Schutz menschlichen Lebens erneut in Gang gekommen (1, 4, 9, 11, 12, 13, 16, 18, 21, 25, 26, 27, 28, 31, 34, 35, 37, 38, 44, 45, 46, 47, 48).

Während in der traditionellen Embryologie das menschliche, befrucht-

*) Die in diesem Manuskript numerierte Literatur kann beim Verfasser angefordert werden

tete Ei nur unter ganz bestimmten Bedingungen in seiner Präimplantationsphase erreichbar war, ist nunmehr die Erreichbarkeit bei jeder extrakorporalen Befruchtung gegeben. Damit besteht theoretisch die Möglichkeit, die Zygote mit dem neu geordneten Genom aus den elterlichen Erbanteilen bzw. die nachfolgenden ersten Teilungsstadien des Conceptus unmittelbaren Eingriffen in das Genom zugänglich zu machen. Man spricht deshalb auch von einer „Einstiegstechnik“. Die Entwicklung der extrakorporalen Befruchtung hat also nunmehr den Weg zu ganz enden und in vielfacher Hinsicht zweifellos höchst bedenklichen Möglichkeiten einer Forschung an Präembryonen eröffnet. Es steht außer Frage, daß eine öffentliche Diskussion solcher Forschungsmöglichkeiten notwendig und berechtigt ist. Allerdings sollte sie von Sachkenntnis getragen sein und sich auf realistischen Bahnen bewegen. Dies ist aber nicht immer der Fall. Man steigert sich, nicht selten bis in spekulative, utopische Zukunftsvorstellungen, bis hin zu regelrechten Horrorvisionen, die jeder sachlichen Grundlage entbehren. Dabei wird vielfach ohne weitere Differenzierung ganz allgemein von Embryonenforschung gesprochen, obwohl bekannt ist, daß der Laie in der Regel mit dem Embryo die Vorstellung einer schon voll entwickelten Gestalt mit allen Kennzeichen des Menschen, wie Kopf, Rumpf, Gliedern und Organen, verbindet. Entsprechende Mißverständnisse sind die Folge. Die Diskussion ist vielfach emotional hoch belastet. Nicht selten wird die Forschung im Ausland regelrecht denunziert, wobei dann in der sattsam bekannten verallgemeinernden Form von den Amerikanern oder von den Engländern gesprochen wird. Eine genauere Analyse des Schrifttums und der Überlegungen in den anderen westlichen Ländern ergibt aber, daß hier – gerade auch auf interdisziplinärer Basis – die Probleme und Gefahren, welche sich aus einem Mißbrauch der extrakorporalen Befruchtung ergeben können, mindestens ebenso erkannt und mit Sorgfalt durchdacht werden wie bei uns. Auch wenn man dort einige der anstehenden Fragen etwas anders beantwortet, so wäre es vermessend, anzunehmen, daß sich die Wertvorstellungen und ethische Standards in solchen Ländern wesentlich von denen in unserem Land unterscheiden oder sogar einen geringeren Rang einnehmen. Allenfalls

könnte es sein, daß – zumindest in einigen westlichen Ländern – aufgrund ihrer eigenen geistigen, religiösen und ethischen Traditionen der „metaphysical approach to reality“, auf den ich noch zurückkommen werde, zugunsten eines mehr pragmatischen Denkens eine etwas geringere Rolle spielt als bei uns. Unsere Probleme in der Bewältigung unserer eigenen Vergangenheit mögen ebenfalls eine gewisse Rolle spielen. In den westlichen Ländern stehen schließlich bei echten Problemen intensive, sachliche Hinterfragungen vielfach zunächst mehr im Vordergrund als von vornherein moralische Entrüstungen, die dann leicht zu unkontrollierten emotionalen Ausbrüchen führen können. Wie es auch sei, in jedem Falle erscheint es mir sehr wahrscheinlich, daß die anstehenden Probleme heute nur im ständigen weltweiten Kontakt mit den Erfahrungen und dem Denken anderer gelöst oder zumindest weiterentwickelt werden können. Jede Form der Isolation würde unsere eigenen Überlegungen und Folgerungen nicht nur ein-, sondern auch beschränken.

Die Diskussion des Beginns unseres Lebens – und ich spreche hier ganz bewußt von unserem Leben – ist in diesem Zusammenhang von grundlegender Bedeutung; denn von diesem Beginn an ist auch die durch unser Grundgesetz garantierte Würde des Menschen ohne jede Einschränkung zu respektieren. Eine allgemein akzeptierbare Beantwortung der Frage nach dem Beginn unseres – also des personalen – Lebens stößt aber zur Zeit international auf große Schwierigkeiten. Möglicherweise sind wir überhaupt erst im Begriff, das volle Ausmaß dieser Schwierigkeiten zu erkennen. Behauptungen, die Frage sei inzwischen eindeutig zugunsten der Verschmelzung von Ei und Spermie gelöst, werden durch ihre Wiederholung keineswegs wahrer. Außerdem werden weitere Denkprozesse durch sie nicht gefördert, sondern eher gehemmt. Ein internationaler Konsensus besteht jedenfalls zur Zeit nicht. Er ist aber bei einer so bedeutsamen Fragestellung des Menschen auf die Dauer notwendig und wohl auch erreichbar.

Auf ausschließlich naturwissenschaftlicher Grundlage dürfte es zur Zeit kaum möglich sein, die Frage nach dem Beginn unseres Lebens gültig zu beantworten. Die Naturwis-

senschaften können lediglich die bei der Weitergabe von Leben ablaufenden Prozesse bis hin zum Dasein einer eindeutig neuen Person beschreiben. Unsere naturwissenschaftlichen Kenntnisse vom Ablauf dieser Prozesse werden immer differenzierter. Betrachten wir zum Beispiel mit der wissenschaftlichen Zeitlupe die mannigfachen, höchst differenzierten biochemischen Reaktionen im Verlauf der Verschmelzung von Ei und Spermie, so wird es immer schwieriger, zu entscheiden, wann hier nun tatsächlich neues Leben beginnt. Vielleicht ist sogar die Frage nach dem Beginn unseres Lebens, zumindest in bezug auf die möglichen Schlußfolgerungen, welche wir aus der Beantwortung dieser Frage ziehen möchten, aus heutiger Sicht nicht richtig gestellt; denn was wir wissen wollen und auch wissen müssen, ist die Beantwortung der Frage, wann wir zum ersten Male eindeutig, unbezweifelbar als Person mit allen potentiellen Möglichkeiten zu unserer eigenen individuellen Entwicklung in Erscheinung treten und damit auch des vollen Schutzes unserer durch das Grundgesetz garantierten Menschenwürde bedürfen.

Leben, menschliches Leben, individuelles, personales menschliches Leben

Betrachten wir die Problematik des Lebensbeginns etwas genauer. Leben entsteht immer aus der Weitergabe von Leben und menschliches Leben entsteht immer aus der Weitergabe von menschlichem Leben. Leben und menschliches Leben müssen noch keineswegs identisch sein mit individuellem, personalem menschlichem Leben. Sowohl das Ei als auch die Spermien sind durchaus ein Zustand von Leben und auch von menschlichem Leben. Aber den Gameten fehlen die Eigenschaften des personalen menschlichen Lebens.

Die Weitergabe von menschlichem Leben vollzieht sich bis hin zum unteilbaren, individuellen, personalen menschlichen Leben in einem kontinuierlichen biologischen Prozeß. Dieser läßt jedoch gewisse charakteristische Phasen erkennen. Aus einer unübersehbaren Fülle von potentiellen Möglichkeiten menschlichen Lebens bleibt im Verlauf des Gesamtprozesses der Weitergabe schließlich das eine individuelle, personale menschliche Leben, eben der

Mensch übrig. Dieser Prozeß ist notwendig verbunden mit einem ungeheuren Verlust an Trägern potentiellen menschlichen Lebens, also Gameten, Zygoten, Präembryonen bzw. Präimplantations-Embryonen. Der Verlust an potentiellen menschlichen Lebensträgern nimmt dabei von Beginn der Zeugung an kontinuierlich ab. Umgekehrt nehmen die biologischen Schutzmechanismen für die Erhaltung des individuellen, personalen menschlichen Lebens kontinuierlich zu.

Ich möchte versuchen, den Gesamtprozeß der Weitergabe von menschlichem Leben in seinen einzelnen Phasen etwas deutlicher zu machen. Dabei soll insbesondere die Frage nach dem möglichen Beginn des individuellen, personalen menschlichen Lebens berücksichtigt werden. Ich gehe davon aus, daß diese Frage von Biologen, Ärzten, Ethikern, Juristen und vom Gesetzgeber mit dem gleichen Ernst und mit dem gleichen Wissen für die hohe Verantwortung, welche mit ihr verbunden ist, gestellt wird, auch wenn die Antworten noch differieren.

Viele Millionen Spermien werden mit dem Samenerguß vor den äußeren Muttermund der Frau abgelagert. Davon erreichen im Verlauf von einigen Stunden nur wenige hundert Spermien den Ort am Ende des Eileiters, an dem schließlich eine einzelne Spermatozoe in das weibliche Ei eindringen kann. Der außerordentliche Verlust an potentiellen Lebensträgern, nämlich männlichen Gameten, wird hier besonders deutlich. Voraussetzung für das Eindringen einer einzelnen Spermie in das Ei ist ein spezifischer Reifungsprozeß der Gameten im Verlauf dieser Phase der Weitergabe von Leben. Hamilton und Mossman (20) bezeichnen sie in ihrem international anerkannten Standardwerk „Human Embryology“ als das erste Stadium der Embryologie: „Consequently mature gametes are highly specialized cells, which, when fully differentiated, do not live long unless they take part in fertilisation.“ In der Tat verfügen die reifen Gameten am Ende dieser Phase über alle Potenzen für die Entwicklung des späteren, unteilbaren, personalen menschlichen Individuallebens. Das gilt erst recht, wenn schließlich die einzelne Spermie im Verlauf eines höchst differenzierten biochemischen Vorgangs in die Eizelle eindringt und damit erst die endgültige



Ehrengäste

Fotos (9): F. Sebald, Bamberg

Voraussetzung für die Verschmelzung der mütterlichen und väterlichen Erbanlagen in der Zygote beginnt.

Die Reifung der Gameten, das Eindringen einer einzelnen Spermie in das weibliche Ei und die Entwicklung des weiblichen und männlichen Vorkerns sind zweifellos eine wichtige Phase im Verlauf der Entstehung von individuellem, personalem menschlichem Leben, und zwar schon vor der Neuordnung des Genoms.

Die erst nachfolgende Verschmelzung der väterlichen und der mütterlichen Erbanlagen und die Neuordnung des Genoms in der Zygote ist eine weitere höchst bedeutsame Phase im Verlauf der Entstehung des Menschen. Gleiches gilt für die nachfolgende Phase der ersten Furchungsteilungen (Cleavage), welche vorwiegend in der Zeit der freien Bewegung dieses ersten Zellkomplexes – nunmehr auch als Präembryo bezeichnet – im Eileiter erfolgen. Die Tochterzellen der Zygote werden im Verlauf dieser Teilung immer kleiner, so daß sich der multizelluläre Embryo zunächst gegenüber der Zygote nicht vergrößert. In dieser Zeit, etwa des Zwei- bis Sechszellstadiums, behalten die einzelnen Tochterzellen, die sogenannten Blastomeren, zunächst noch die potentielle Möglichkeit zur Bildung eines identischen Zwillinges. Der Präembryo ist also zunächst noch keineswegs unteilbar. Unteilbarkeit aber ist die Voraussetzung für individuelles, menschliches personales Leben.

Erst im Verlauf der weiteren Entwicklung – der schließlich bis in die Gebärmutter heruntergewanderten Zellkugel – kommt es zur Differenzierung

der Zellen für ihre spezifischen Aufgaben und damit auch zum ersten Wachstum. Noch vor der Einnistung in die mütterliche Gebärmutter werden dann im Inneren, der sogenannten Blastozyste, Zellen erkennbar, denen die spezielle Potenz für die Entwicklung des Embryos zugeschrieben wird (Embryoblast).

Da in der interdisziplinären Diskussion in der Bundesrepublik vielfach von der ersten Zellteilung an vom Embryo gesprochen wird, ist es notwendig, auf die in der Embryologie international übliche Nomenklatur zu verweisen. Moore, dessen Lehrbuch der Embryologie (29) international anerkannt und auch in die deutsche Sprache übersetzt ist, stellt fest, daß der Begriff Embryo im allgemeinen erst für Stadien nach der zweiten Woche post ovulationem, also nach vollzogener Implantation, verwendet wird, wenn sich nämlich die Keimscheibe mit zwei Keimblättern ausgebildet hat. Vor der Implantation handelt es sich um einen Präembryo. Neuerdings wurde auch das Wort Proembryo vorgeschlagen (13). Alle Elemente, welche sich aus der befruchteten Eizelle, also der Zygota entwickelt haben, können auch als Conceptus bezeichnet werden. Darin sind sowohl die späteren embryonalen als auch die extraembryonalen Strukturen enthalten. Ein Conceptus bis zu seiner Implantation in die Gebärmutter wird vielfach auch als „Pre-fourteen-day conceptus“ bezeichnet. Definitionen haben in der Biologie den Sinn, einen Sachverhalt möglichst präzise zu kennzeichnen. Auch außerhalb der Embryologie sollte man sich an die international übliche Nomenklatur halten. Es wurde eingangs schon erwähnt, daß die willkürliche Anwendung des

Wortes Embryo auf die Zygote und auf das Präimplantationsstadium in der Öffentlichkeit zu erheblichen Mißverständnissen führt.

In der Phase der freien Beweglichkeit des Conceptus in den Höhlen des Eileiters und der Gebärmutter sind die natürlichen Vorgänge noch immer mit einem deutlichen Verlust von potentiell menschlichen Leben verbunden. Die Verlustrate liegt nunmehr bei etwa 1:1. Erst mit dem Abschluß der Vereinigung des Präembryos mit dem mütterlichen Organismus, also nach Beendigung der Implantation in der Gebärmutter Schleimhaut, hat nunmehr der Embryo alle Kennzeichen des individuellen, personalen Menschseins. Von diesem Zeitpunkt an erhält dieser neue Mensch auch den absoluten Schutz des mütterlichen Organismus. Zwar ist noch in 10 bis 20 Prozent der nunmehr eingeknisteten Embryonen mit einer Fehlgeburt zu rechnen. Diese resultieren aber im wesentlichen aus Fehlentwicklungen des Conceptus, die vor oder während der Implantation entstanden sind. Es handelt sich nicht mehr um den Verlust von potentiell intaktem menschlichen Leben.

Jeder Versuch, den Beginn eines individuellen, personalen menschlichen Lebens vor der vollendeten Vereinigung des Conceptus mit dem mütterlichen Organismus mit einem bestimmten Ereignis vor der Implantation eindeutig zu verbinden, stößt auf Schwierigkeiten. Sieht man dieses Ereignis in der Bildung der Zygote, so ist festzustellen, daß schon vor der Verschmelzung der Gameten alle spezifischen Potenzen für die Entwicklung des Menschen in den im Verlauf des ersten Stadiums der Embryologie gereiften Gameten vorliegen. Auch innerhalb der Zygote liegen zunächst in den noch getrennten weiblichen und männlichen Vorkernen – also vor der Bildung des neuen Genoms – nur die spezifischen Potenzen für die Entwicklung des neuen Menschen vor. Im Verlauf der weiteren Entwicklung des Präembryos ist die Bildung identischer Zwillinge aus den einzelnen Blastomeren noch immer möglich. Ein unbezweifelbares personales Leben liegt aber zunächst noch nicht vor. Zygote und Präembryo stehen somit als potentielles, personales menschliches Leben zwischen der Summe der gereiften Gameten und der eigentlichen Individuation des Menschen im Embryo im Verlauf der

Einnistung in den mütterlichen Organismus.

Ich verweise darauf, daß die hier dargestellten Vorstellungen in den letzten Jahren auch von moraltheologischer und philosophischer Seite sehr ernsthaft diskutiert wurden. Ich erinnere zunächst an die Auffassung des Bonner Moraltheologen F. Böckle (5, 6), der insbesondere auch den Begriff „personales“ menschliches Leben sehr deutlich herausgearbeitet hat. Auch Joseph Fuchs (14, 15), S. J. Professor an der päpstlichen Universität Gregoriana in Rom, stellt fest: „So lange Zellen noch teilbar sind, können sie nicht schon menschliches Individuum und Person sein, diese Möglichkeit besteht aber gemäß der Biologie im allgemeinen bis ca. zum 14. Tage.“ Er hält diese Auffassung für wohlbegründet und kommt zu dem Ergebnis: „Sollte sie richtig sein, wäre die Eliminierung des Embryos im frühen Stadium oder die Verhinderung der Implantation nicht tödender Abortus, könnte jedoch nur aus wichtigen Gründen gestattet sein; sie stünde zwischen Empfängnisverhütung und Schwangerschaftsunterbrechung.“ Aber selbst dann, wenn man diese Überlegungen nicht für sicher halte, bleibe zu überlegen, „ob diese geringe Wahrscheinlichkeit ausnahmslos größere Berücksichtigung verdient als andere sicher bestehende Anliegen“.

Eine im englischen Sprachraum hoch beachtete, in der Bundesrepublik noch wenig bekannte Monographie zu dieser Thematik mit unmittelbarem und sorgfältig dokumentiertem Bezug auf den derzeitigen Stand der internationalen Diskussion erschien im vergangenen Jahr aus dem Katholischen theologischen College in Melbourne unter dem Titel: „When did I begin? Conception of the human individual in history, philosophy and science.“ Der Autor, Norman M. Ford (13), ist katholischer Priester und Salesianer. Er kommt zu dem Ergebnis, daß die Beantwortung seiner Frage zur Zeit noch wesentlich von den fundamentalen philosophischen Grundeinstellungen einer Persönlichkeit ebhängt. Bei mehr metaphysischer Annäherung zur Realität (metaphysical approach to reality) neige man dazu, diese Grenze sehr frühzeitig zu setzen, bis hin zu der Auffassung, daß es sich schon um eine menschliche Person handelt, wenn eine Zygote mit der potentiellen Möglichkeit ihrer Tochterzellen, eine

oder mehrere Identische, reife menschliche Individuen zu entwickeln, vorliegt. Ford selbst bekennt sich aber aufgrund der Analyse der zur Zeit vorliegenden wissenschaftlichen Daten und aufgrund seiner philosophischen Überlegungen und Überzeugungen zu jenen, die die Grenzlinie für den Beginn personalen menschlichen Lebens erst 14 Tage später erkennen können, wenn nämlich die Basis des individuellen menschlichen Körpers mit dem aktiven Potential zur weiteren Entwicklung ohne Veränderung seiner ontologischen Identität geformt ist. Er vertritt diese Auffassung keineswegs epodiktisch, sondern fordert eine weitere Entwicklung der Denkprozesse, die schließlich einmal zu einer allgemein akzeptierbaren Vorstellung führen werden.

In der Diskussion um den Beginn des Lebens trifft man immer wieder auf die Unterstellung, die jeweilige Stellungnahme zum Beginn des Lebens sei vor allem von den Eigeninteressen des betreffenden Forschers abhängig. Bei Böckle, Fuchs und Ford dürften solche Argumente entfallen.

Zu erinnern ist schließlich in diesem Zusammenhang an die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes über die sogenannte Fristenregelung. Es stellte fest (BVerfG 39, 1/37), daß „Leben im Sinne der geschichtlichen Existenz eines menschlichen Individuums... nach gescheiter biologisch-physiologischer Erkenntnis jedenfalls vom 14. Tag nach der Empfängnis (Nidation, Individuation) an“ besteht. Diese vorsichtige und weise Formulierung ist nach wie vor dem Stand unseres Wissens angepaßt, in dem sie es vorzieht, auf eine weitere Definition des Lebensbeginns vor dem 14. Tag zunächst zu verzichten.

Mißbrauch der neuen Methoden der Fortpflanzungsmedizin muß von vornherein verhindert werden

Die hier dargelegten Auffassungen werden in vielen Ländern unseres westlichen Kulturkreises geteilt. In diesen Ländern wird entsprechend auch weit vorwiegend in der am 14. Tag nach dem Eisprung bzw. Befruchtung des Eies abgeschlossenen vollständigen Vereinigung des Conceptus mit dem mütterlichen Organismus die entscheidende Zäsur für

individuelles, personales menschliches Leben erkannt (9, 18, 25). Darauf gründet sich dann auch in der Konsequenz die absolute Schutzwürdigkeit des personalen menschlichen Individuallebens, jedenfalls von diesem Zeitpunkt an.

Kein westliches Kulturland hat nun den Schluß gezogen, der Conceptus vor der Implantation bzw. der Präembryo sei des Schutzes nicht würdig und die menschliche Zygote stehe nunmehr für jedes beliebige Experiment als „Forschungsmaterial“ frei zur Verfügung. Die Möglichkeiten und die Gefahren, welche sich dann ergeben könnten, werden andersorts ebensogut erkannt wie bei uns. Im Zusammenhang mit dem IVF-ET und GIFT-Verfahren mußte jedoch die Problematik einer sogenannten Embryonenforschung in ihren verschiedenen Facetten neu überdacht werden. Heute ist dazu festzustellen:

Es besteht, auch auf internationaler Ebene, Übereinstimmung darüber, daß die folgenden theoretisch denkbaren Forschungsprojekte mit der Würde des Menschen nicht vereinbar sind und deshalb uneingeschränkt abzulehnen sind:

1. Versuche jeglicher Art durch Genmanipulationen körperliche, Persönlichkeits- und Charakterveränderungen herbeizuführen und damit in die natürliche Evolution einzugreifen.
2. Versuche zur künstlichen Mehrlingsbildung (Klonierung).
3. Versuche zur Vereinigung von mehreren Embryonen oder Teilen von mehreren Embryonen sowie zur Vereinigung von menschlichen und tierischen Embryonen (Bildung von Chimären, Interspecies-Hybridisierung).

Über die Ablehnung jeglicher Embryonenforschung in der genannten Richtung besteht interdisziplinär absoluter Konsens. Die Argumente brauchen hier nicht im einzelnen wiederholt zu werden.

Eine gesetzliche Regelung zum Schutz des Präembryos in der Präimplantationsphase gegen Manipulationen dieser Art ist notwendig und zu begrüßen. Eine gewisse Sonderstellung in der Negativliste für die Embryonenforschung nehmen mögliche Versuche der Genmanipulation

der Keimbahn in der Präimplantationsphase des Embryos ein, welche ausschließlich das Ziel einer Gentherapie bei Erbkrankheiten haben. Der Heidelberger Humangenetiker Vogel (41, 42) hat kürzlich dazu festgestellt, daß er „wenigstens in absehbarer Zukunft“ wie die meisten seiner humangenetischen Kollegen ein Gegner derartiger Versuche sei. Das ist damit begründet, daß sie zu gefährlich und außerdem überflüssig seien. Der Berliner Humangenetiker Sperling (37) – Mitglied der Benda-Kommission – geht so weit, daß er die Frage der gezielten genetischen Manipulation menschlicher Keime nicht als ein echtes, sondern lediglich als ein „Scheinproblem“ betrachtet. Aus ärztlicher Sicht bin ich ebenfalls der Auffassung, daß jeder Versuch einer genetischen Manipulation der Keimbahn abzulehnen ist, auch wenn es dabei um die „Heilung“ einer Erbkrankheit geht. Die mit solchen Versuchen verbundenen unübersehbaren Risiken haben gegenüber allen anderen Überlegungen höheren Rang^{*)}.

Optimierung der therapeutischen Verfahren zur Sterilitätsbehandlung und Verhinderung des Schwangerschaftsabbruchs aus sogenannter kindlicher Indikation als humane Ziele einer Forschung in der Präimplantationsphase

Es besteht kein Konsensus darüber, ob die Möglichkeit der Forschung in der Präimplantationsphase erhalten bleiben soll, solange es sich ausschließlich um die Optimierung des therapeutischen Verfahrens bei eindeutiger Indikation zur Behandlung der Sterilität bzw. um ein humanitäres Anliegen handelt. Ziel der Optimierung ist einmal die Verminderung der psychischen und physischen Belastungen der Frauen bei gleichzeitiger Verbesserung der Erfolgsraten. Ihr weiteres Ziel ist eine Verbesserung der Lebensbedingungen der Gameten, der Zygote und des Zwei- bis Achtzellen-Conceptus im Verlauf des gesamten Procedere. Ziel ist schließlich, durch die Optimierung des Verfahrens die Problematik der zu Recht

^{*)} Vgl. hierzu die soeben veröffentlichten „Richtlinien zur Gentherapie beim Menschen“ der Zentralkommission der Bundesärztekammer zur Wehrung ethischer Grundsätze in der Reproduktionsmedizin, Forschung an menschlichen Embryonen und Gentherapie (Dt. Ärzteblatt 86 [1989] A-2957-2960). Sie kommen zum gleichen Ergebnis.

vielfach diskutierten überzähligen Embryonen ganz aus der Welt zu schaffen. Es gibt Anhaltspunkte für die Annahme, daß dieses Ziel durchaus erreichbar ist.

Ich bin persönlich der Auffassung, daß Forschungsmöglichkeiten in dieser Richtung – selbstverständlich bei entsprechender Kontrolle durch sachverständige Ethikkommissionen – erhalten bleiben sollen. Dabei befinde ich mich in Übereinstimmung mit den „Richtlinien zur Durchführung von In-vitro-Fertilisation mit Embryotransfer und des intratubaren Gameten- und Embryotransfers als Behandlungsmethoden der menschlichen Sterilität“ (32, 33), die von sachverständigen interdisziplinären Kommissionen der Bundesärztekammer erarbeitet wurden. Ich verweise auch auf das „Weißbuch der Bundesärztekammer, Anfang und Ende menschlichen Lebens – Medizinischer Fortschritt und ärztliche Ethik“ (43).

Der Bericht „Arbeitsgruppe In-vitro-Fertilisation, Genomanalyse und Gentherapie“, also der sogenannten Benda-Kommission in der Bundesrepublik, hat in seinem Votum zum Problem „Forschung an Embryonen“ folgenden Wortlaut (2):

„Die Erzeugung von menschlichen Embryonen zu Forschungszwecken ist grundsätzlich nicht vertretbar. Im übrigen sind Versuche mit menschlichen Embryonen nur insoweit vertretbar, als sie dem Erkennen, Verhindern oder Beheben einer Krankheit bei dem betreffenden Embryo oder bei der Erzielung definierter, hochrangiger medizinischer Erkenntnisse dienen.“

In den Foigerungen für den rechtlichen Handlungsbedarf heißt es schließlich:

„Dem Gesetzgeber wird empfohlen, zur Verhinderung im Sinne dieses Berichtes nicht vertretbarer Versuche an Embryonen geeignete Absicherungen und erforderlichenfalls entsprechende Sanktionierungen vorzusehen.“

Bei Berücksichtigung des Wortes „grundsätzlich“ in der deutschen Juristensprache wird also hier die Möglichkeit einer Präembryonenforschung im Rahmen hochrangiger medizinischer, diagnostischer und therapeutischer Fragestellungen nicht ausgeschlossen.

im Zusammenhang mit dem von der Benda-Kommission gesetzten Rahmen ist ein weiterer Bereich, in dem die Frage eines experimentellen Zugangs zum Präembryo diskutiert wird, nämlich die Erforschung der Diagnostik von Erbkrankheiten im Präimplantationsstadium, von Interesse. Der Humangenetiker Vogel (41, 42) hat diese Thematik ebenfalls kürzlich angesprochen. Aus einer Erweiterung der Diagnostik in dieser Richtung würde sich die Möglichkeit ergeben, die Implantation des definitiv erbkranken Präembryos zu verhindern. Es ist klar, daß die Verhinderung der Implantation eines Embryos mit erwiesener Erbkrankheit sowohl in psychologischer Hinsicht für die Mutter als auch in ethischer Hinsicht entschieden weniger Probleme aufwerfen würde als die Tötung eines Embryos nach abgeschlossener Organentwicklung im Verlauf seiner Postimplantations-Lebensphase. Aus humanen Gründen wird man deshalb – nach meiner Auffassung – auf die Möglichkeit einer Präembryonenforschung zur Erkennung anlagebedingter Erkrankungen vor der Vereinigung des Embryos mit der Mutter, also vor der Implantation, nicht verzichten können. Präembryonenforschung, pränatale Diagnostik und die gesamte Problematik des Schwangerschaftsabbruchs berühren sich in diesem Bereich unmittelbar.

Es muß allerdings auch bedacht werden, daß sich mit dem Gelingen einer Präimplantationsdiagnostik die praktische Anwendung der extrakorporalen Befruchtung erheblich ausweiten würde. Mögliche Nachteile müßten dann gegenüber dem späteren Schwangerschaftsabbruch eines vollentwickelten Embryos sorgfältig abgewogen werden. Ein entscheidendes Wort wird dann vor allem den betroffenen Frauen selbst zustehen. Falls sich tatsächlich Möglichkeiten dieser Art ergeben sollten, so dürfte es schwierig sein, sie in einem einzelnen Land grundsätzlich zu verweigern.

Sind interdisziplinäre Ethikkommissionen ein wirkungsvolles Instrument zur Verhinderung eines Mißbrauchs der Forschung in der Humanmedizin?

Von juristischer Seite werden in der letzten Zeit mehrfach Bedenken gegen die Wirksamkeit von Ethikkom-

missionen, gerade auch in bezug auf eine mögliche Präembryonenforschung, vorgetragen. So wird zum Beispiel im Rahmen einer in diesem Jahr erschienenen Monographie „Moderne Medizin und Strafrecht“ festgestellt: „Die Selbstkontrolle der Wissenschaft ist aber nur ein bedingt taugliches Instrument, da die ärztliche Ethik von Kommissionen verwaltet wird, die in der Hauptsache von gleichgesinnten Standesgenossen besetzt sind“ (8). Als Beleg für diese Auffassung wird der Beitrag eines Berufsjournalisten in einer deutschen Tageszeitung zitiert. Der Autor stellt dann im nächsten Satz fest: „Unter Umständen ist das Strafrecht deshalb besser geeignet, den Schutz des Retortenembryos zu gewährleisten.“

Der auf dem Gebiet des Arztrechts renommierte Heidelberger Jurist Adolf Laufs (26, 27) kommt zu der Auffassung: „Die in dem internationalen Wettbewerb vorandrängenden Naturwissenschaftler und Techniker scheinen vielfach nicht die Zeit dafür zu haben, die – sich mit ihren Fortschritten unablässig vermehrenden – Folgekonflikte und Grenzfragen dem Bedenken durch Kritiker anderer Fakultäten auszusetzen“ (26). In der Fortsetzung heißt es dann: „Der Jurist sieht sich oft in der Rolle des Rezipienten, der dem Neuen nur nacheilt, ohne die Gelegenheit, es dort mit festzulegen, wo es ihm normativ geboten erschiene.“

Behauptungen solcher Art können in dieser verallgemeinernden Form für die Gegenwart nicht akzeptiert werden. Wir Ärzte benötigen dringend die Hilfe interdisziplinärer und unabhängiger Ethikkommissionen. Es gibt zahlreiche Beispiele dafür, daß diese mit außerordentlichem Ernst praktiziert werden und dies nicht nur von „gleichgesinnten Standesgenossen“. Mir sind Ethikkommissionen bekannt, welche infolge ihrer interdisziplinären Zusammensetzung höchst wirksam sind und einen unmittelbaren Einfluß auf Forschungsprojekte haben, gerade dann, wenn Anträge zunächst noch nicht ausreichend durchdacht waren. Die Arbeit, welche von solchen Kommissionen geleistet wird, ist aus ethischer Sicht für die Entwicklung der Medizin der Gegenwart von höchstem Wert, sicher bedarf sie einer zügigen weiteren Entwicklung, und hierzu erwarten wir Ärzte von juristischer Seite volle Unterstützung. Laufs ist selbst Mitglied der Ethikkommission der Ärzte-

kammer Baden-Württemberg und hat sich über ihre Tätigkeit im Frühjahr dieses Jahres im Rahmen eines Symposiums der Heidelberger Akademie der Wissenschaften sehr positiv geäußert. Mir persönlich sind außerdem keine Vorschläge für Institutionen bekannt, welche etwa von ihrer Struktur her besser wirksam sein könnten als interdisziplinäre Ethikkommissionen.

Die großen klinischen Zentren der Gynäkologie und Geburtshilfe kommen außerdem in ihrer praktischen Tätigkeit im Bereich der Reproduktionsmedizin in kurzfristigen Abständen mit Problemen in Kontakt, zu deren Bewältigung sie dringend das interdisziplinäre Gespräch benötigen. Solche Probleme ergeben sich keineswegs nur im Bereich der extrakorporalen Befruchtung, sondern viel häufiger in ganz anderen Grenzbereichen der Reproduktionsmedizin, insbesondere im Rahmen der Geburtshilfe. Mir sind jedenfalls zahlreiche Kliniken bekannt, welche ständig den interdisziplinären Rat zur Bewältigung der anstehenden Probleme suchen.

Ich verweise in diesem Zusammenhang auch auf die Bemühungen der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht. Sie hat zum Beispiel aus der interdisziplinären Diskussion von Ärzten, Juristen u. a. des Bundesgerichtshofes und des Bundesverfassungsgerichtes, Ethikern und Theologen Empfehlungen über die „Grenzen der ärztlichen Behandlungspflicht bei schwerstgeschädigten Neugeborenen“ (19) entwickelt, welche größte praktische Bedeutung haben, und in denen ärztliche Pflichten in Hinsicht auf das Neugeborene und seine Eltern sehr präzise aufgezogen werden. An Empfehlungen dieser Art wird kein Arzt in seinem praktischen Handeln vorbeigehen, auch, wenn es sich nur um „Empfehlungen“ handelt*).

Rechtfertigt der Wunsch nach einem Kind bei richtiger Indikationsstellung die Anwendung der neuen Methoden der Fortpflanzungsmedizin?

In der Diskussion um die extrakorporale Befruchtung ist nun auch die Frage gestellt worden, ob ein Sterili-

*) Ich verweise hierzu auf den Beitrag von A. M. Holschneider „Verantwortungsethik – ein Problem der Gegenwart“ (Dt. Ärzteblatt 86 [1989] A-3060-3066).

tätsproblem überhaupt ein zureichender Grund sei, die Anwendung von Behandlungsmethoden dieser Art zu rechtfertigen. Von juristischer Seite (26) wird darauf verwiesen, daß „verantwortliche Gynäkologen erkannten, daß es bei Kinderwunsch oder Nicht-Kinderwunsch gar nicht um das Kind als selbständiges Wesen gehe. Im Grunde gebrauchen die nach den fortpflanzungsmedizinischen Verfahren, nach Eingriffen in die Fruchtbarkeit verlangenden Erwachsenen das Kind als Objekt, als Mittel zum Zweck“. Der Gynäkologe Petersen habe nicht ohne Grund schon hier die Frage nach dem Schutz der Würde des ungeborenen Menschen aufgeworfen. Petersen kommt übrigens im Rahmen seiner Überlegung zum „Ethos der Kinderwunscherfüllung“ unter anderem zu folgenden Schlußfolgerungen (30):

„Das Ethos des Kinderwunsches entspricht einer antiquierten Ethik: Die Herrschaft des Menschen über den Menschen soll damit legitimiert werden.“ Es wird weiterhin von juristischer Seite auf die Untersuchungen von M. Stauber (40) verwiesen, der aufgrund seiner Ergebnisse auch von einem „überwertigen“ und „fixierten“ Kinderwunsch spreche“).

Ich habe hohen Respekt gegenüber den Bemühungen der beiden Autoren, welche in erster Linie aus einer psychoanalytischen und tiefenpsychologischen Sicht erfolgen. Aus eigenem jahrzehntelangen, unmittelbarer ärztlichen Umgang mit diesem Fragenkomplex und ebenso aus zahlreichen Diskussionen mit in dieser Richtung besonders erfahrenen Fachkollegen im In- und Ausland bin ich jedoch der Auffassung, daß sie zumindest nicht zur einzigen Grundlage einer rechtlichen Betrachtung der Behandlungsbedürftigkeit von Frauen mit dringendem Kinder-

wunsch und gegebener ungewollter Kinderlosigkeit gemacht werden sollten.

Ich wurde in meiner Auffassung durch zahlreiche Diskussionen mit Frauen über diese Thematik bestärkt; denn die Intensität und Opferbereitschaft, mit der Frauen vielfach um ein eigenes Kind kämpfen, hat mich in meinen ärztlichen Bemühungen immer wieder in besonderer Weise bewegt. Ohne Zweifel hat der Kinderwunsch einer Frau primär mit der Erfüllung und Ausfüllung der eigenen Persönlichkeit, mit den eigenen spezifischen biologischen Möglichkeiten und mit Sinnggebung für das eigene Leben zu tun. Ich habe gelernt, daß es hier vielfach um existentielle Fragen der Frauen geht. Dieser gesamte, äußerst schwierige Fragenkomplex ist längst noch nicht ausreichend untersucht und schon gar nicht durchdacht. Ich bin mit zahlreichen meiner Kolleginnen und Kollegen der Auffassung, daß jeder Kinderwunsch sehr ernst zu nehmen ist und daß er im Rahmen der Selbstbestimmung der Frau zunächst einmal der unbedingten Respektierung bedarf, und dies erst recht in einer Zeit, in der es weit vorwiegend überhaupt nur noch um ein, allenfalls um zwei Kinder im Verlauf des Lebens einer Frau geht. Dabei bedarf gerade auch jene relativ kleine Minderheit der Frauen, deren Kinderwunsch nur durch die neuen Methoden der extrakorporalen Befruchtung erfüllt werden kann und die darin ihre ganze und letzte Hoffnung setzen, unserer vollen ärztlichen Zuwendung und gleichzeitig der optimalen Behandlung.

Zum Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Embryonen

Der Entwurf eines Gesetzes zum Schutz von Embryonen liegt dem Deutschen Bundestag vor (10). In seiner Begründung heißt es u. a. in Abs. 1: „Bei seiner Abwägung wird der Gesetzgeber vor allem der Wertentscheidung des Grundgesetzes zugunsten der Menschenwürde und des Lebens Rechnung zu tragen haben.“ Dem wird niemand widersprechen.

Absetz 2 der Begründung beginnt dann mit folgender Formulierung: „Der Entwurf geht davon aus, daß bereits mit Abschluß der Befruchtung, das heißt mit der Kernverschmelzung innerhalb der befruchteten Eizelle,

menschliches Leben entsteht. Dem Umgang mit menschlichem Leben müssen von seinem Beginn an klare Grenzen gesetzt werden.“

Es wird hier ganz allgemein von der Entstehung von menschlichem Leben mit der Kernverschmelzung gesprochen. Diese Formulierung geht weit über das oben zitierte Zitat des Bundesverfassungsgerichtes hinaus, welches vorzieht, auf eine weitere Definition des Lebensbeginns vor dem 14. Tag zu verzichten. Das Bundesverfassungsgericht stellt „Leben im Sinne der geschichtlichen Existenz eines menschlichen Individuums“ in den Vordergrund, welches jedenfalls vom 14. Tag nach der Empfängnis an besteht. Dieser Begriff wird in dem vorliegenden Gesetzentwurf nicht mehr verwandt. Hier werden die Schwierigkeiten erkennbar, welche ich eingangs bei der Diskussion von Leben, menschlichem Leben und menschlichem, individuellem personalem Leben aufgezeigt habe. So stellt sich zum Beispiel die Frage, ob sich die Wertentscheidung des Grundgesetzes zugunsten der Menschenwürde auch in voller Auswirkung auf die Zygote und den Präembryo in der Präimplantationsphase bezieht, denen nach vielfacher Meinung die Eigenschaften des personalem menschlichen Lebens noch nicht zugesprochen werden kann. Zu dieser Frage dürfte ein langer und wohl auch kontroverser Diskurs möglich sein, auch, wenn dabei dem Grundsatz, daß dem Umgang mit menschlichem Leben von seinem Beginn an klare Grenzen gesetzt werden müssen, keineswegs widersprochen wird (s. hierzu auch den Münchener Rechtslehrer P. Lerche [28]).

Strefrechlichen Maßnahmen zur Verhinderung der mißbräuchlichen Verwendung menschlicher Embryonen, der eigenmächtigen Befruchtung und eigenmächtigen Embryoübertragung, der künstlichen Veränderung menschlicher Keimbahnzellen, des Klonens und der Chimären- und Hybridbildung ist voll zuzustimmen.

Der Münchener Staatsrechtler Rupert Scholz, vor wenigen Monaten noch Mitglied der Bundesregierung, hat jedoch kürzlich festgestellt (35), daß der neue Entwurf in anderer Richtung erhebliche Zweifelsfragen und auch verfassungsrechtliche Fragen aufwirft, vor allem dort, wo es um die Überwindung biologisch bedingter Kinderlosigkeit geht.

*) Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs (BGH, NJW 1987, 703), welche die Erstattungsfähigkeit der Kosten einer extrakorporalen Befruchtung zu Lasten der privaten Krankenversicherung grundsätzlich bejaht, wird von Laufs als „bedenkliches Urteil“ bezeichnet. Die Schwäche liege darin: „daß es – auch angesichts der medizinischen Zweifel von Petersen und Stauber – auf die Problematik der Indikation nicht eingeht, die der Arzt sorgfältig und kritisch zu prüfen hat. Soll die Solidargemeinschaft der Versicherten die erheblichen Kosten – auch für wiederholte Fertilisationsversuche – tragen ohne das voreusgesetzene wohlbegründete Urteil des Arztes, der Eingriff werde im konkreten Fall Probleme lösen und Leiden lindern?“ – Nach solchen Überlegungen sei es die Kosten erinnert, welche der Solidargemeinschaft der Versicherten infolge der Schwangerschaftsabbrüche aus Notlagenindikation entstehen.

Bei venösen Beinleiden

Hepathrombin® hilft transepidermal.

Bei oberflächennahen venösen Beinleiden.



2 x tägl.
topisch reicht

selbst-
regulierender
Heparin-
Speicher
über 12 Std.

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 vereinzelten Fällen ist über allergische Hautreaktionen berichtet worden. **Handelsformen und Preise:** 100 g Salbe DM 38,55, 150 g Salbe DM 43,15, Anstaltspackungen. A B19-0. Stand 1/89.

ADENYL-CHEMIE GMBH · 1000 Berlin 10

In der Tat dürfte es praktisch kaum möglich sein, unter den strengen strafrechtlichen Bedingungen des Gesetzentwurfs noch eine Forschung in der Präimplantationsphase vorzunehmen mit dem Ziel, das therapeutische Verfahren der extrakorporalen Befruchtung weiter zu optimieren, so wie ich das im einzelnen definiert habe, und wie es die Richtlinien der Bundesärztekammer vorsehen. Die von der Bundesärztekammer erarbeiteten Richtlinien werden aber, falls der vorliegende Gesetzentwurf in Kraft tritt, in wesentlichen Teilen gegenstandslos und können damit in der gegenwärtigen Form nicht mehr aufrechterhalten werden. Schoiz verweist auch darauf, daß das neue Gesetz die Eispende ebenso wie die Embryonenspende verbietet und unter Strafe stellt. Die sogenannte Ersatzmutterchaft wird ebenfalls unter Strafe gestellt. Man spricht hier von gespaltenen Mutterchaft, weil die genetische Mutter des Kindes nicht mit dessen biologischer Mutter identisch ist. Dazu stellt Schoiz fest: „Zieht man jedoch bereits den Vergleich mit der Adoption, so zeigt sich, daß die Grenzen hier durchaus fließend sind. Denn das adoptierte Kind ist sowohl genetisch wie biologisch ein fremdes.“

Nach Scholz sind gesetzliche Regelungen gerade im weltanschaulich neutralen Verfassungsstaat des Grundgesetzes kaum geeignet, moralische Probleme innerhalb der Gesellschaft zu überwinden oder gar zum ethischen Grundkonsens zurückzuführen. Vor allem das Strafrecht sei überfordert, wollte man es als Mittel der Ersatzethik einsetzen. Schließlich verweist Scholz darauf, daß Fortpflanzungsmedizin mit Sicherheit zum menschlichen Intimbereich, also zum Kernbereich persönlicher Lebensführung gehört, in dem es Bürgern freisteht, unabhängig von staatlicher Bevormundung darüber zu entscheiden, welche der durch die Fortschritte der Medizin neu eröffneten Möglichkeiten sie in Anspruch nehmen wollen.

Er hätte es für viel angebrachter gehalten, soweit es die neuen Möglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin betrifft, bestimmte Entwicklungen, deren Folgen wie Nutzung noch relativ offen sind, abzuwarten und: „sich statt dessen vor allem auf den Grundkonsens jener zu verlassen, die diese Möglichkeiten der Fortpflanzungsmedizin entwickeln und gegebenenfalls nutzen; nämlich der Ärzte und

ihrer berufsständischen Organisationen“. Vor allem die vom Deutschen Ärztetag beschlossenen „Richtlinien“ weisen nach seiner Meinung hier einen ebenso abgewogenen wie in seiner Strategie erfolgversprechenden Weg.

Ich persönlich bin weder ein Anhänger der Ei- oder Embryonenspende noch der Ersatzmutterchaft. Aber die Argumentation von Scholz, vor allem auch gegen den unmittelbaren Einbruch des Strafrechts in die praktische Fortpflanzungsmedizin und die in diesem Bereich zweifellos dringend erforderliche Erhaltung des Intimbereichs der unmittelbar Beteiligten im Sinne einer Individualmedizin, erscheint mir höchst bedenkenswert. Es sei in diesem Zusammenhang auch erwähnt, daß sich der Dramatiker Rolf Hochhuth (23) kürzlich in vehementer Form gegen jede Art der Bevormundung in Intimbereichen der Fortpflanzung gewandt hat, wenn es dabei um den Wunsch nach einem Kind geht.

Erstaunlich ist aus meiner Sicht, daß die Problematik der seit Jahrzehnten geübten heterologen Insemination in dem Gesetzentwurf nicht berührt wird.

Widersprüche in der derzeitigen Praxis der Fortpflanzungsmedizin und Schlußfolgerungen

Abschließend möchte ich aus der praktischen, ärztlichen Tätigkeit einige mehr allgemeine Probleme in einem direkten oder indirekten Zusammenhang mit unserem speziellen Problem ansprechen.

In der Praxis fallen der Gynäkologin oder dem Gynäkologen heute aus dem Bereich der Fortpflanzungsmedizin vor allem zwei große Aufgabengebiete zu.

1. Die Einschränkung der Fortpflanzung mit Hilfe der Empfängnisverhütung oder durch einen Schwangerschaftsabbruch.
2. Die Förderung der Fortpflanzung mit aktiver Hilfe zur Empfängnis, zur Erhaltung der Schwangerschaft und bei der Geburt.

In dieser ambivalenten ärztlichen Berufswelt sollen nun junge Ärztinnen und Ärzte und ebenso Schwestern ihre Maßstäbe für ethisch und sitt-

lich verantwortbares Handeln finden. Und was erleben sie in der Wirklichkeit? Zunächst einmal steht im Vordergrund die Gesamtsituation des Schwangerschaftsabbruchs, also die Tötung weit fortgeschrittenen intrauterinen, personalen menschlichen Lebens. Jeder Schwangerschaftsabbruch ist letztlich ein Embryozid oder ein Fetozid. Bei der derzeitigen Diskussion um den Fetozid wird dies leicht übersehen^{*)}.

Über die sogenannte kindliche Indikation zum Schwangerschaftsabbruch, für die die Zumutbarkeit eines gegebenen kindlichen Leidens für die Mutter entscheidend ist, wird in der Absicht, Leiden zu vermindern, intrauterines Leben vernichtet, welches vielfach zwar lebend geboren werden kann, jedoch in der postnatalen Lebensphase gegenüber den „gesunden“ Behinderungen unterschiedlichen Ausmaßes aufwelsen würde. Jedem denkenden Menschen bleibt nicht verborgen, daß hier eine vorgeburtliche Selektion von personalem Leben erfolgt, zwar nicht aus eugenischen Gründen, sondern aus Gründen der Minderung von Leiden.

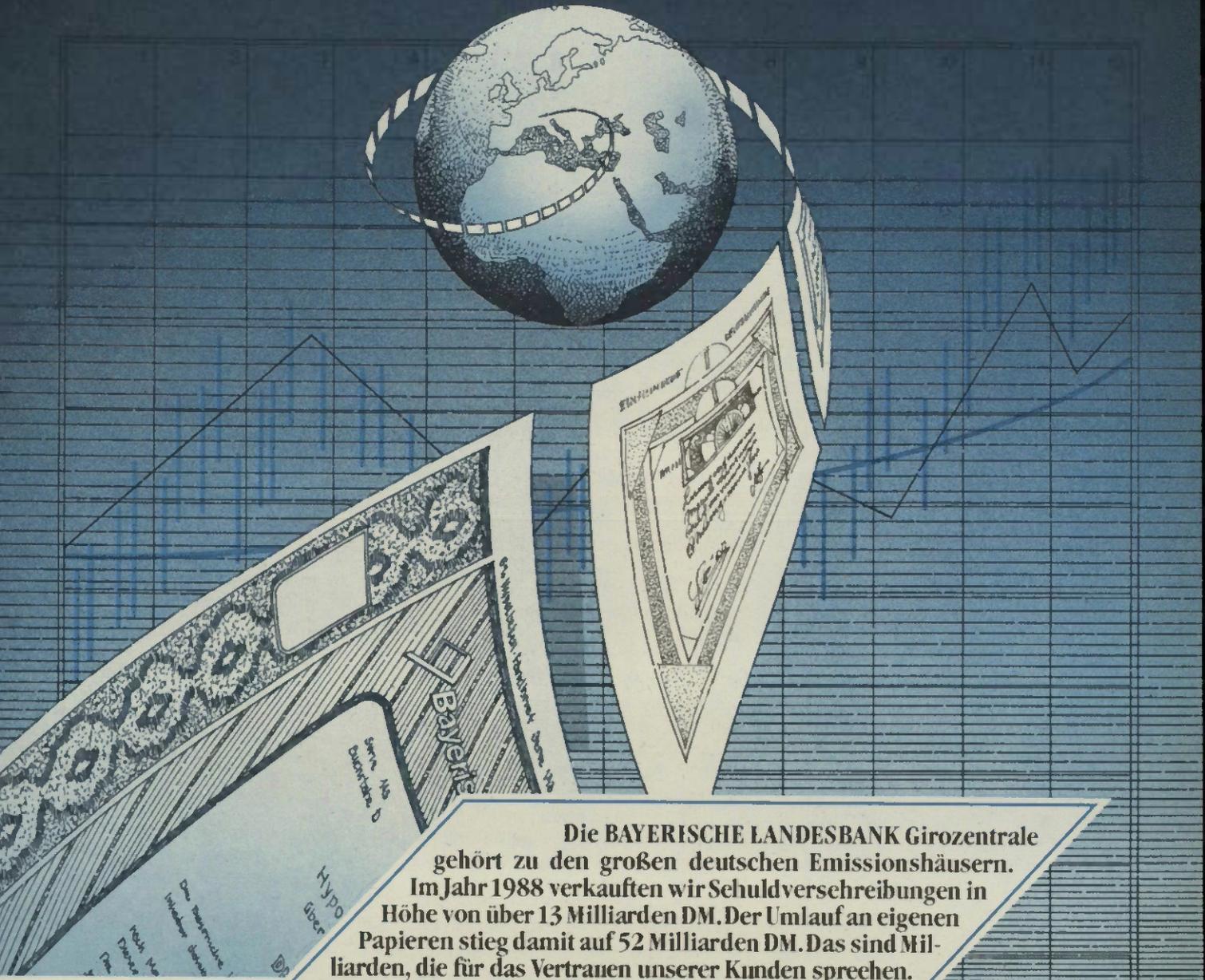
Es wird weiterhin in der täglichen Praxis deutlich, daß sich auch der Schwangerschaftsabbruch aus der Notlagenindikation vielfach daran orientiert, ob ein Kind der Mutter oder der Familie noch zugemutet werden kann. Der Gesetzgeber hat das sicher nicht gewünscht, aber wie sonst wäre die massenhafte Vornahme von Abtreibungen aus Notlagenindikationen erklärbar^{**)}. Die Kriterien für eine Notlage sind offensichtlich recht unterschiedlicher Art. Dementsprechend werden inzwischen mancherorts leitende Ärzte nach der Weita oder Enge ihrer Vorstellungen von Notlagenindikationen bei Neubesetzungen öffentlich oder geheim selektiert.

Hinzu kommt der emotionale Druck von Seiten der Öffentlichkeit in bezug auf die Abtreibung, den wir allwöchentlich in der einen oder anderen

^{*)} Dem Statistischen Bundesamt wurden 1988 83 784 Schwangerschaftsabbrüche gemeldet. Zu Leuten der gesetzlichen Krankenversicherung wurden 1988 87 237 Schwangerschaftsabbrüche ebgerechnet. Es ist bekannt, daß die tatsächliche Zahl der Schwangerschaftsabbrüche wesentlich höher liegt (bei etwa 200 000) (Dt. Ärzteblatt 86 [1989] A-2336-2337).

^{**)} 1988 wurden 72 705 Schwangerschaftsabbrüche, also 88,8 Prozent der dem Statistischen Bundesamt gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche eine „sonstige schwerere Notlagenindikation“ vorgenommen (Dt. Ärzteblatt 86 [1989] A-2336-2337).

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



Die BAYERISCHE LANDESBANK Girozentrale gehört zu den großen deutschen Emissionshäusern. Im Jahr 1988 verkauften wir Schuldverschreibungen in Höhe von über 13 Milliarden DM. Der Umlauf an eigenen Papieren stieg damit auf 52 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 aller Laufzeiten bieten. Unsere Fachleute offerieren Ihnen aber auch andere Papiere – Aktien, Festverzinsliche, Investmentzertifikate, nicht zuletzt 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, Paris, New York, Singapur (Niederlassungen), Johannesburg, Toronto, Wien, Tokyo (Repräsentanzen). Sie erreichen uns auch über Btx: * 38000 # 



Bayerische Landesbank
Girozentrale



Münchener Delegierte

Richtung miterleben, und dem Ärztinnen, Ärzte und Schwestern in einer Frauenklinik in besonderer Weise ausgesetzt sind. Auf der anderen Seite besteht nun in bezug auf die neuen Methoden der Fortpflanzungsmedizin, deren Sinn ja in der Erfüllung des dringenden Wunsches nach einem Kind besteht, die Tendenz zur extremen Verrechtlichung mit Hilfe des Strafrechts. Gleichzeitig gilt aber – wie eingangs erwähnt – nach § 219 d StGB der Präembryonenschutz nicht für Handlungen, die von vornherein auf die Verhinderung der Implantation eines Präembryos gerichtet sind (Intrauterinpassar oder postkoitale Methoden). Dementsprechend wird auch nicht darüber diskutiert, ob es sich zum Beispiel bei der Erforschung neuer Intrauterinpassare um Embryonenforschung handelt. Hier zählen dann nur die Mißerfolge, nicht die Schwangerschaften.

Ebenso wird nicht diskutiert, ob es sich bei der Entwicklung neuer Methoden, die eine pränatale Diagnostik ermöglichen sollen, auch um Embryonenforschung handelt, so zum Beispiel bei der Chorionbiopsie. Sie wird heute als großer Erfolg der Forschung für die pränatale Diagnostik betrachtet, welche damit gegenüber der Amniozentese deutlich vorgezogen werden konnte. Ein Schwangerschaftsabbruch in den ersten Schwangerschaftswochen ist zweifellos für die Mutter wesentlich weniger belastend als der Abbruch in der weiter fortgeschrittenen Schwangerschaft, auch wenn es sich immer noch um die Tötung von personalem menschlichen Leben handelt. Tatsache ist aber, daß die ersten experimentellen Untersuchungen zur Chorionbiopsie im wesentlichen bei Frauen mit jungen Schwangerschaften gemacht wurden, bei denen in

jedem Fall ein nachfolgender Schwangerschaftsabbruch vorgesehen war. Niemand konnte bei den zunächst fehlenden Erfahrungen mit ausreichender Sicherheit voraussagen, ob es zu einer Schädigung des Embryos in dieser frühen Entwicklungsphase durch den Eingriff der Chorionbiopsie kommen würde oder nicht. Erst mit zunehmender experimenteller Erfahrung war dann auch eine allmähliche Optimierung der Chorionbiopsie mit immer geringeren Komplikationsraten möglich.

Ich bin mir durchaus darüber im klaren, daß gegen provokante Bemerkungen dieser Art auch Gegenargumente vorgetragen werden können. Aber so erleben Ärztinnen, Ärzte und Schwestern nun einmal die Widersprüche im Rahmen der Reproduktionsmedizin in der täglichen Praxis. Auch daran sollte gedacht werden, nämlich an das Zumutbare für Ärztinnen, Ärzte und Schwestern. Ich frage, ob hier zur Zeit nicht eine natürliche Ordnung der Wertvorstellungen in Unordnung gerät, und ob in der täglichen Übung dieser Unordnung nicht schließlich auch die Maßstäbe für ärztliches Handeln gefährdet werden. Weitergabe von Leben, welches die Entstehung und Erhaltung von neuem Leben beinhaltet, gehört zu den höchsten Gütern des Menschen. Wenn darauf das Ziel der Forschung und der ärztlichen Praxis gerichtet ist – und das ist es auch bei der Anwendung der neuen Methoden zur Behandlung einer sonst nicht heilbaren Sterilität –, so sollte alles getan werden, diese zu fördern, ihr genügend Freiheit zu belassen, gesetzliche Maßnahmen auf das absolut Notwendige zu beschränken, gleichzeitig eine verantwortliche ärztliche Selbstkontrolle mit allen Mitteln zu stärken und den Wunsch der Frauen nach

Selbstbestimmung und Wahrung der absoluten Intimität, gerade auch in diesem Bereich, vollkommen zu respektieren. Dabei wird nicht bestritten, daß eine strafrechtliche gesetzliche Regelung in bezug auf den eindeutigen Mißbrauch der neuen Techniken, besonders auch in Hinsicht auf genetische Manipulationen, erforderlich ist.

Ob solcher Mißbrauch letztlich durch eine Gesetzgebung zu verhindern ist, ist eine andere Frage, die heute niemand beantworten kann. Gerade deshalb sollte der Gesetzgeber die verantwortliche Selbstkontrolle von Wissenschaftlern mit allen Mitteln fördern. Es muß vor allem dafür Sorge getragen werden, daß alle wissenschaftlichen Methoden und Resultate, insbesondere auch auf problematischen Gebieten, öffentlich zur Diskussion gestellt werden, und zwar in einer Weise, die jedem Wissenschaftler zugänglich ist. Viele Beispiele zeigen, daß Mißbräuche der Forschungsfreiheit durch eine internationale Öffentlichkeit und „grenzenlose“ Freiheit der Diskussion immer noch am schnellsten erkannt und geortet werden können.

Ich sehe zur Zeit nicht die geringste Gefahr oder gar einen unmittelbaren Anlaß, daß es in unserem Land im Rahmen der Reproduktionsmedizin etwa zu einem Mißbrauch der Präembryonenforschung kommen könnte, dem Ärzte und Forscher in enger Zusammenarbeit mit anderen Disziplinen nicht von sich aus begegnen könnten.

Die anstehenden Fragen in der Reproduktionsmedizin sind in Hinsicht auf die spezielle Problematik in der Therapie und in der Diagnostik für eine gesetzliche Regelung in dieser Richtung noch keineswegs genügend ausdiskutiert.

Und schließlich noch eine abschließende Bemerkung:

Neue Ergebnisse der Forschung mit praktischen Anwendungsmöglichkeiten im Rahmen der Medizin können – je nach ihrer Natur – widerspruchlos angenommen werden; sie können aber auch zu einem langwierigen, schwierigen und gelegentlich auch schmerzhaften Spannungsfeld führen, bevor schließlich klar wird, was für die praktische Anwendung angenommen werden darf und was nicht. Das gilt insbesondere auch für

die Fortpflanzungsmedizin. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an die jahrelangen, überaus heftigen und ebenfalls emotional hoch beladenen Auseinandersetzungen über die Problematik der Empfängnisverhütung und über die Frage, ob die theoretischen und praktischen Kenntnisse für die Empfängnisverhütung in den ärztlichen Unterricht aufzunehmen seien. Diese Auseinandersetzungen führten zu dramatischen Höhepunkten, zum Beispiel im Verlauf des Deutschen Gynäkologenkongresses 1931. Damals gelang es nicht, den Antrag der Aufnahme der Thematik der Empfängnisverhütung in den ärztlichen Unterricht durchzusetzen. Diese Auseinandersetzungen haben sich dann weiter hingezogen. In der Zeit des Nationalsozialismus bestand kein Interesse an der Empfängnisverhütung. Beratungsstellen, welche mit großer Mühe in dieser Richtung vor 1933 eingerichtet worden waren, wurden geschlossen. Heute ist die Vermittlung der Methoden zur Empfängnisverhütung ein wesentlicher Teil des Unterrichts in allen Kulturländern.

Es muß alles getan werden, die Diskussionen um den Beginn menschlichen Lebens und den Schutz menschlichen Lebens intensiv weiterzuführen. Dazu ist allerdings eine Weiterentwicklung unseres Denkens und Offenheit gegenüber Problemen, auch, wenn diese zuerst gänzlich neuartig sind, erforderlich. Erst, wenn diese Offenheit gegeben ist, sind die Voraussetzungen für eine kritische, aber auch faire Auseinandersetzung gegeben.

Auch im Rahmen der Medizin müssen wir mit den wissenschaftlichen Entwicklungen, die teilweise zu vorher ungeahnten Möglichkeiten, aber auch Höchstleistungen geführt haben – man denke hier an die Transplantationsmedizin –, leben. Es macht keinen Sinn, wenn man dazu neigt, solche Entwicklungen eher zu bedauern und Schreckensgebilde für die Zukunft aufzeigt. Es kommt hingegen darauf an, das, was uns die Wissenschaft bringt, anzunehmen und gleichzeitig für die Wirklichkeit unseres Lebens zu bewältigen. Dazu müssen zweifellos Grenzen für das Machbare gesetzt werden. Ich bin überzeugt davon, daß dies auch im Rahmen der Reproduktionsmedizin gelingen wird. Das benötigt jedoch Zeit zum Beobachten und zum Nachdenken.

TOP 2 der Tagesordnung:

Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

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

Grundfragen ärztlichen Handelns erneut und intensiv diskutieren

Ich möchte Herrn Kollegen Zander danken, daß er sich der großen Mühe unterzogen hat, dieses Referat (dazu Seite 536 ff.) auszuarbeiten und uns hier vorzutragen. Wir haben einen fundierten Überblick über Grundfragen menschlichen Lebens erhalten aus der Sicht eines Kliniklers und Wissenschaftlers, der sein Leben diesen Fragen gewidmet hat. Diese Fragen gehen weit über Gesundheitspolitik oder Gesellschaftspolitik hinaus. Hier werden Grundsätze angesprochen, die den Menschen schlechthin betreffen.

Wir müssen nun einmal erkennen, daß wir mit dem Schritt von der natürlichen Zeugung zur artifiziellen Fertilisation einen Weg beschritten haben, den wir, so meine ich, nicht weiter verfolgen dürfen, ohne daß nunmehr die Diskussion über die ethischen Grundfragen dieses Handelns breit in Gang kommt, ohne daß wir alle – Wissenschaftler, Klinikler und die gesamte Ärzteschaft – uns mit diesen Grundfragen ernsthaft beschäftigen und uns die Frage stellen: „Sind wir auf dem richtigen Weg, sind wir schon zu weit vorangeschritten, wo ist das Ende der Entwicklung; die Wissenschaft könnte vielleicht noch manches, was wir aus der Sicht der Beachtung der Menschenwürde nicht mehr akzeptieren dürfen, was wir nicht mehr zulassen dürfen.“

Es wäre sicher vermessen, würde man heute bereits behaupten wollen, wir hätten diesen Weg schon zu weit beschritten; davon kann mit Sicherheit keine Rede sein, aber ich meine, es ist höchste Zeit, daß wir diese Grundsatzdiskussion beginnen. Ein Gremlin, wie wir hier, hat ja nicht die Aufgabe, medizinisch-wissenschaftliche Fragen zu behandeln, sondern wir fühlen uns verantwortlich für die Fragen der medizinischen Ethik und auch gegenüber der gesamten menschlichen Gesellschaft für die

Frage: „Wo wird die Menschenwürde berührt und wo müssen also die Grenzen für uns, für den medizinischen wissenschaftlichen Fortschritt gesetzt werden?“

Es hat sehr harmlos begonnen ...

Wann wir uns den bisherigen Weg mit wenigen Sätzen rekapitulieren, dann hat es sehr harmlos begonnen mit der Samenübertragung durch den Arzt vom Mann auf die Frau, in den Uterus der Frau – und soweit hier eine homologe Insemination stattfand, sind weder ethische noch rechtliche Fragen entstanden. Schwierig wurde es bereits mit der heterologen Insemination, denn es besteht unter den Rechtsgelehrten heute kaum mehr ein Streit darüber, daß der Anspruch des Kindes, seinen biologischen Vater zu kennen, unbefristet bestehen bleibt. Daraus können sich gewaltige vermögens- und erbrechtliche Konsequenzen ergeben. Mit dieser Frage muß man sich auseinandersetzen. Wenn man bedenkt, daß es in der Bundesrepublik bereits 30 000 Kinder geben soll, die aus einer heterologen Insemination hervorgegangen sind, dann zeigt das schon, daß es sich hier nicht um ein Minimalproblem handelt. In dem Gesetzesantrag, den die Bayerische Staatsregierung im Bundesrat eingebracht hat, ist ja vorgesehen, daß die heterologe Insemination verboten werden soll.

Ein riesiger Schritt kam dann, wie Herr Zander uns darstellte, 1978 mit der Sensationsmeldung von der Geburt des „Retortenbaby“ – wie man es in der Presse nannte – Louisa Brown. Damit hat man erstmals das Ei und den männlichen Samen im Reagenzglas zusammengebracht – und damit begann ein völlig neuer Abschnitt. Die Problematik, die sich daraus ergibt, hat Herr Zander uns sehr eindrucks-

voll dargestellt. Es wäre kaum verständlich, wenn nun, nachdem der Embryo gewissermaßen vor den Augen der Forscher ist, nicht auch deren Neugierde beginnen würde, an Embryonen weitere Untersuchungen durchzuführen. Der nächste Schritt könnte natürlich – und mir scheint, darüber besteht Übereinstimmung – die Gefahr des Eingriffes, also der Genmanipulation, sein. Selbstverständlich ist es faszinierend, wenn man als ein Ziel solcher Eingriffe die Beseitigung von Erbkrankheiten erwähnt, aber: wo ist dann die Grenze zu Eingriffen anderer Art?

... und heute stellen sich Grundfragen des menschlichen Lebens

Gerade darüber muß besonders intensiv diskutiert werden. Denn so faszinierend der Gedanke ist, auf diese Weise Erbkrankheiten zu beseitigen, so gefährlich ist er in seiner weiteren Auswirkung. Herr Kollege Zander hat erwähnt, daß Manipulationen, die darüber hinausgehen, international abgelehnt werden und die Weltgesundheitsorganisation hat vor nicht allzu langer Zeit darauf hingewiesen, daß nur zehn Prozent aller Mißbildungen und Behinderungen auf Chromosomenanomalien beruhen. Auch dies sollte man berücksichtigen. Wir werden also – und das sollte von uns bei diesem Ärztetag besonders betont werden – versuchen, einen Beitrag zu leisten, damit die Grundsatzdiskussion über diese Fragen in Gang kommt. Wir müssen uns die Frage stellen, ob alles, was wissenschaftlich machbar ist, auch gemacht werden darf.

Ich habe in der Literatur den Ausspruch eines sehr bedeutenden Wissenschaftlers und Forschers gefunden, der sagte: „Von zwei zentralen Dingen hätte die Menschheit besser die Finger gelassen: vom Atomkern und vom menschlichen Kern.“ Ich glaube, diese Aussage ist nachdenkenswert, man sollte sie zumindest nicht vergessen.

Doch nicht nur die In-vitro-Fertilisation ist es, mit der sich die Medizin auseinanderzusetzen hat: Denken Sie an die Konsequenzen der hochdosierten Hormonbehandlung mit der Folge der Mehrlingsschwangerschaften, die dann als Sensationsmeldungen in der Zeitung stehen. Man kann lesen, daß die Zahl der Drillingsgeburten sechzigmal und



Oberbayerische Delegierte

die der Vierlings-Mehrfachgeburten 300- bis 500mal häufiger geworden sei. Wir wissen alle, daß damit auch eine erschreckende Zunahme von Mißbildungen und von Infragestellungen der Lebensfähigkeit verbunden sind. Die Freude, endlich ein Kind zu bekommen, hat also eine Kehrseite, die mit sehr vielen Tragödien verbunden ist, wie sicher auch in diesem Kreise nicht wenige erlebt haben.

Die Wissenschaft hat inzwischen ein Gegenmittel erfunden, nämlich den Fetozid. Mit dieser Frage: „Ist der Fetozid zulässig, ist er verantwortlich oder nicht?“, hat sich die „Zentrale Kommission der Bundesärztekammer zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Reproduktionsmedizin, Forschung an menschlichen Embryonen und Gentherapie“ befaßt. Sie kennen die Verlautbarungen im „Deutschen Ärzteblatt“. Die Kommission hat letzten Endes trotz schwerster Bedenken den Fetozid als letzten Ausweg gebilligt, dabei aber sehr nachdrücklich darauf hingewiesen, daß alle Maßnahmen ergriffen werden müssen, um Mehrlingsschwangerschaften zu verhindern. Die Kommission läßt den Fetozid – also die gezielte Tötung einzelner Föten – als letzten Ausweg zu, um bei Mehrlingsschwangerschaften infolge intensiver Hormonbehandlung oder auch bei der In-vitro-Fertilisation die Entwicklung der verbleibenden zu ermöglichen. Ich glaube, wer die Verlautbarungen der Zentralen Kommission der Bundesärztekammer gelesen hat, wird spüren, wie groß die Bedenken und die Sorgen waren, welche die Kommissionsmitglieder bei dieser Beschlußfassung bewegt haben. Es stellt sich dabei wirklich die Frage, ob diese Methode uns

nicht zeigt, wie problematisch die Maßnahmen der artifiziellen Eingriffe letzten Endes sind. Deshalb unser Appell, die ethischen Grundfragen so intensiv wie möglich zu behandeln, wobei wir uns durchaus der Problematik bewußt sind, die das kinderlose Ehepaar belasten kann. 15 Prozent aller Ehepaare sind nach statistischen Angaben kinderlos, und die Erfolgsrate der artifiziellen Insemination liegt bisher erst bei etwa zehn Prozent. Wir werden heute kein Urteil fällen, aber wir sollten die Anstöße zur Diskussion geben und ich glaube, daß wir mit diesem Thema ein zentrales Grundthema der Menschenwürde, aber auch des ärztlichen Handelns angesprochen haben.

Transplantation fötalen Gewebes? Positives Votum des Weltärztebundes

Unterrichten möchte ich Sie auch über Beratungen in der letzten Generalversammlung des Weltärztebundes. Es ging um die Verwendung fötalen Gewebes oder fötaler Organe zu Transplantationszwecken. Hier hat ja die Forschung international bereits eingesetzt. Erste Anhaltspunkte dafür, daß eine Transplantation fötalen Gewebes sinnvoll sein könnte, sind vorhanden. Man erwähnt die Parkinsonsche Erkrankung und den Diabetes. Die Generalversammlung in Hongkong hat positiv zu der Transplantation fötalen Gewebes und fötaler Organe Stellung genommen.

Es war für uns von größtem Interesse, daß zu dieser Frage auch eine Stellungnahme der Vatikanischen Ärztegesellschaft vorliegt, die sich gleichfalls positiv zu solcher Transplantation geäußert hat; wobei man sich

natürlich aus der Sicht des Vatikans auf fötales Gewebe und Organe aus Spontanaborten beschränkt. Der Schwangerschaftsabbruch ist ja aus der Sicht des Vatikans in jedem Falle, auch bei medizinischer Indikation, nach wie vor unzulässig.

Für uns wird diese Frage natürlich ebenfalls von erheblicher Bedeutung sein. Die deutsche Delegation hat sich bei der Generalversammlung der Stimme enthalten, weil diese Fragen in der Bundesrepublik noch nicht ausreichend diskutiert worden sind. Man könnte sich auf den vatikanischen Standpunkt zurückziehen. Aber wenn man die Meinung vertreten würde, es dürfe nur Gewebe aus Spontanaborten verwendet werden, dann müßte man grundlegend die Haltung zum Schwangerschaftsabbruch ändern. Es ist dann keineswegs damit getan, daß wir zwar erklären, der Schwangerschaftsabbruch könne in der bisherigen Weise durchgeführt werden, aber die Ergebnisse – nämlich die toten Föten – müßten verbrannt werden und dürften der Transplantation nicht zugeführt werden, wenn sich aus der wissenschaftlichen Forschung ergeben sollte, daß hier anderen Menschen bei Krankheiten und Leiden geholfen werden kann. Wir werden also auch diese Frage sehr eingehend diskutieren und zu einer Meinungsbildung gelangen müssen, ob wir nicht auch das fötale Gewebe, welches bei uns aus Schwangerschaftsabbrüchen stammt, der Transplantation zuführen.

Nierentransplantation – es fehlt immer noch an Spendern

Zur Transplantation haben wir eine Resolution vorbereitet. Wir alle wissen, daß die Zahl der Spenderorgane nach wie vor noch bei weitem zu gering ist. Tausende von Nierenkranken warten nach wie vor auf die Transplantation einer Niere, um endlich einigermaßen normal leben zu können, aber die Zahl der Spender steigt nur sehr geringfügig an. Immer wieder wird von den Kollegen, die in den Transplantationszentren arbeiten, die Klage geäußert, daß ihnen zu wenige Patienten, die Gehirntot sind, aus den peripheren Krankenhäusern gemeldet werden. Deshalb sollte der Ärztetag an die Kollegen in den Krankenhäusern appellieren, auch an die Möglichkeit der Organtransplantation zu denken. Wir sind uns dabei durchaus darüber im klaren, daß dies



Niederbayerische Delegierte

etwa in einem Kreiskrankenhaus mit außerordentlichen Belastungen – auch psychologischen – verbunden ist, die wir nicht übersehen dürfen. Es fehlt in der Bundesrepublik – auch in Bayern – nicht an Einrichtungen zur Transplantation, es fehlt an Spenderorganen.

Derzeit kommt auch wieder die Diskussion über die „Widerspruchslösung“ in Gang, das heißt über die Frage: Freiwilligkeit oder andere Lösung? Ich glaube, wir sollten bei unserer Ablehnung gesetzlicher Regelungen bleiben. Die Organspende muß auf der Grundlage der Freiwilligkeit erfolgen. Die Tatsache, daß rund 90 Prozent aller Angehörigen, wenn sie gefragt werden, bereit sind, einen Verstorbenen zur Entnahme von Organen „freizugeben“, spricht dafür, daß in der Bevölkerung ein sehr großes Verständnis für die Notwendigkeit der Transplantation besteht.

Die Resolutionen des Weltärztebundes – weltweit Grundlage ärztlichen Handelns

Neben diesen mir so wichtig erscheinenden Grundsatzfragen haben wir natürlich noch eine Fülle von Tagesfragen, mit denen wir uns laufend auseinandersetzen haben. Ich erwähnte die Vollversammlung des Weltärztebundes in Hongkong. Darüber ist ein sehr negativer Pressebericht erschienen, der den Anschein erweckt, als handele es sich um ein Interview mit mir. Davon kann keine Rede sein. Dieser Artikel enthält einige Gesprächsbrocken und nicht mehr. Ich bin nach wie vor der Meinung, daß der Weltärztebund eine ganz entscheidend wichtige Organi-

sation ist – wichtig für die Zusammenführung der Ärzte aus aller Welt. Die Tatsache, daß gerade jetzt in Hongkong die Ärzte der Volksrepublik China dem Weltärztebund beigetreten sind, auch Polen und Ungarn Mitglieder geworden sind, Taiwan Mitglied bleibt und nun auch als schwarzafrikanisches Land Zaire beigetreten ist, das alles zeigt, daß der Weltärztebund auf dem Wege ist, eine umfassende Organisation, ja erstmals eine umfassende Organisation zu werden. Denn die Ärzteschaften aus den Ländern des Ostblockes hatten ja bisher keine Möglichkeit, dem Weltärztebund beizutreten.

Wir haben den permanenten Streit um die Mitgliedschaft der südafrikanischen Ärzte. Es ist einfach unfair, den südafrikanischen Kollegen vorzuwerfen, sie würden die farbige Bevölkerung schlechter behandeln als die „Weißen“. Die südafrikanische Ärzteorganisation bemüht sich um die Überwindung der Apartheid in dem Bereich, für den die Ärzte zuständig sind. Darin müssen wir sie unterstützen, und wir dürfen sie nicht fortlaufend diffamieren.

Im übrigen sind die Resolutionen des Weltärztebundes, welche seit Jahrzehnten erarbeitet und bekanntgegeben wurden, auch in Ländern, die nicht Mitglieder des Weltärztebundes sind, Grundlage für ärztliches Handeln – gerade in der Forschung! Ich darf nur an die Resolution von Helsinki erinnern, die nun schon mehrfach novelliert worden ist.

Auf persönliche Angriffe, die von gewissen Ärztekreisen weltweit gestreut wurden, gehe ich nicht ein. Die Reaktion darauf war so erfreulich für uns,

daß es keiner weiteren Bemerkung bedarf.

Das breitgestreute Aufgabenfeld der Landesärztekammer

Ich darf Sie wie immer auf unseren Geschäftsbericht hinweisen. Wir haben uns bemüht, die Arbeit der Landesärztekammer so gut wie möglich darzustellen, damit jeder Lesende sieht, wie breitgestreut das Aufgabenfeld der Landesärztekammer ist. Bei allen Mitgliedern des Vorstandes, der Ausschüsse und auch den Hunderten von mitwirkenden Ärzten in unseren verschiedenen Gremien darf ich mich für die Hilfe bei der Erfüllung unserer Aufgaben sehr herzlich bedanken.

Allein die Abnahme der Prüfungen am Ende der Weiterbildung erfordert die Mitwirkung von mehreren hundert Kollegen in den Prüfungsgremien. Wenn man bedenkt, daß fast jeden Mittwoch ganztägig geprüft werden muß, um die große Zahl zu bewältigen, dann zeigt dies, welche Aufgabe uns hier gestellt ist.

Die Statistik über die Entwicklung der Arztlzahlen konnten Sie nachlesen. Die Zahl der berufstätigen Ärzte ist gewaltig gestiegen. Im Geschäftsbericht noch mit 32 481 angegeben, in wenigen Tagen – jetzt letzter Stand – schon wieder auf 32 520 gestiegen. Von 1979 bis 1989 hat die Zahl der berufstätigen Ärzte in Bayern um 10 000 zugenommen.

Weitere Stellen für Ärztinnen und Ärzte im Praktikum

Die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Praktikum, die uns inzwischen von den Kreisverbänden gemeldet wurde, lag zuletzt bei 1472, davon waren fast 71 Prozent in Krankenhäusern tätig, eine relativ kleine Zahl – rund zehn Prozent – bei niedergelassenen Ärzten und etwa drei Prozent in sonstigen Einrichtungen. Von 260 AIPs hatten wir keine Angaben darüber, ob sie schon eine Stelle finden konnten. Es kommen jetzt Ende Oktober bzw. November weitere 600 Absolventen des Dritten Staatsexamens auf uns zu, für die noch Stellen gefunden werden müssen. Wir hoffen, daß sie unterkommen; die Bereitschaft der Krankenhausträger, aber auch der Ärzte, AIPs aufzunehmen, ist wesentlich größer, als zunächst erwartet wurde.

Wir hoffen also, daß es kein Problem des Stellenmangels für Ärztinnen und Ärzte im Praktikum gibt, aber wir sind uns ebenso darüber klar, daß das Problem ja erst nach Abschluß der AIP-Zeit überhaupt beginnt.

Aber noch zu den AIPs: In der Novemberausgabe des „Bayerischen Ärzteblattes“ war ein gemeinsamer Aufruf des bayerischen Innenministers und von mir erschienen, gerichtet an die Krankenhausträger zur Einrichtung weiterer AIP-Stellen. Dieser Aufruf wird auch direkt vom Innenministerium den Krankenhausträgern zugeleitet werden. Die Kammer hat die Ausrichtung der Ausbildungsveranstaltungen für AIPs übernommen. Sie wissen, daß jeder AIP an sechs solcher Veranstaltungen teilnehmen muß. Wir haben zwei berufskundliche und vier wissenschaftliche Veranstaltungen vorgesehen. Bedanken möchte ich mich bei den Veranstaltern ärztlicher Fortbildungsnachmittage und -wochenenden, die bereit sind, AIPs ohne Erhebung einer Teilnehmergebühr aufzunehmen, so daß sie diese vier wissenschaftlichen Seminare ohne große Belastungen ableisten können.

Das Nachwuchsproblem ist damit in keiner Weise gelöst. Nach wie vor verlassen pro Jahr 12 000 junge Ärztinnen und Ärzte die Hochschulen und nach der AIP-Zeit stehen sie vor den Toren der Krankenhäuser und suchen Stellen.

● Es ist empörend, daß die Kultusministerkonferenz die Frage der Reduzierung der Zahl der Studierenden allein in diesem Jahr bereits dreimal von der Tagesordnung abgesetzt hat. Auch dazu liegt Ihnen ein Entschließungsantrag des Vorstandes vor.

Läßt sich das Medizinstudium von 6 auf 5 Jahre umstellen?

Ein Wort zur EG-Richtlinie Allgemeinmedizin, die ja außerordentlich umstritten ist und die Gegenstand der Diskussionen auf dem Deutschen Ärztetag in Berlin und auf der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin war. Die Forderung nach einer Verkürzung des Studiums auf fünf Jahre und einer Weiterbildungszeit von drei Jahren ist verständlich und wird von uns allen mitgetragen. Der Streit geht nicht darum: Wer ist für und wer ist gegen das sogenannte „5+3-Modell“? Die Meinungsverschiedenheiten ge-

hen vielmehr darum, wie lange es dauert, um eine solche grundlegende Veränderung der ärztlichen Ausbildung durchzuführen.

Die EG-Richtlinie sieht vor, nach einem sechsjährigen Medizinstudium eine ergänzende Ausbildung in der Allgemeinmedizin von zwei Jahren abzuleisten. Die Mitgliedsländer müssen in der Lage sein, ab 1. Januar nächsten Jahres entsprechende Zeugnisse auszustellen.

Wenn man das Medizinstudium von sechs auf fünf Jahre verkürzen will, dann muß das gesamte Studium – beginnend vom ersten Semester an – neu strukturiert werden, denn man ist an den EG-Grundsatz der 5500 Stunden gebunden. Offenbar ist es viel zu wenig bekannt, daß von den sechs Studienjahren im sechsten Jahr – also in einem Sechstel der Zeit – 1900 Stunden von diesen 5500 untergebracht sind, um diese Stundenzahl überhaupt zu erreichen. Es muß also das Studium neu gestaltet werden, es muß das Gesetz – die Bundesärzteordnung und die Approbationsordnung – geändert werden. Es müßte dann auch den bereits Studierenden die Möglichkeit eingeräumt werden, das Studium noch nach dem alten Recht zu beenden, weil diese grundlegende Umgestaltung sich natürlich mit dem schon begonnenen Studiengang nicht vereinbaren ließe.

„6 + 3-Modell“ politisch nicht durchzusetzen

Natürlich könnte man die Frage stellen, ob man das Studium bei sechs Jahren belassen und dann drei Jahre Weiterbildung für die Allgemeinmedizin fordern kann – also ein „6 + 3-Modell“. Dem steht ein Grundsatzbeschluß der Koalition entgegen, daß die Zeit bis zur Kassenzulassung acht Jahre nicht überschreiten darf. Es bestehen politisch keine Aussichten, daß dieser Beschluß geändert wird. Selbst wenn es zu einem Regierungswechsel käme, hätten wir keine Aussichten, daß dann eine andere Koalition zu einer solchen Regelung käme.

Im übrigen hat inzwischen die EG-Kommission der Bundesregierung sehr nachdrücklich mitgeteilt, daß man einer Verkürzung des Studiums auf fünf Jahre nicht zustimmen werde, denn die EG-Richtlinie Allgemeinmedizin enthalte nur noch den Begriff der sechsjährigen Ausbildung an der Universität, aber nicht mehr den Ba-

Neu für Unternehmer: Schnell- Informations-System zum EG-Bin- nenmarkt 1992. Mit Datenbank- Service.

Unser „EuroBLOCK“ gibt Auskunft über die Perspektiven des Binnenmarktes 1992. Zu den bis Jah-



resende '92 vorgesehenen 285 EG-Bestimmungen haben wir bereits heute **240 Euro-Computer-Reports** zu insgesamt 30 Sachgebieten in unserer ECR-Datenbank. Diese Reports werden von einem internationalen Expertenteam perma-

nent aktualisiert. Schaffen Sie sich mit unseren Euro-Computer-Reports den entscheidenden Informationsvorsprung. Die Unterlagen sind abrufbereit bei jeder Raiffeisenbank und Volksbank. **Wir machen den Weg frei.**



Volksbanken Raiffeisenbanken

griff der 5500 Stunden. Hier wird also noch eine Reihe von Fragen zu klären sein. Vor allem könnte man natürlich überlegen, ob das Praktikumsjahr, nämlich das sechste Jahr des Medizinstudiums, nicht intensiver gestaltet werden könnte, um so bereits eine gute Voraussetzung für die folgenden zwei Jahre zu schaffen. Dann könnte man mit insgesamt drei Jahren praktischer Ausbildung die Kessenzulassung ermöglichen. Wir sollten diese Fragen weiter prüfen. Es wird sicherlich mit der EG-Kommission in Brüssel darüber auch noch verhandelt werden – eber das ist der derzeitige Stand.

Die EG-Richtlinie wird nunmehr „nostrifiziert“

Die bayerischen gesetzgebenden Organe haben nunmehr begonnen, den Entwurf der Staatsregierung zur Umsetzung der EG-Richtlinie zu behandeln. Am 5. Oktober haben die Ausschüsse – der Rechts- und Verfassungsausschuß und der Gesundheits- und Sozialpolitische Ausschuß des Bayerischen Senats – den Gesetzentwurf behandelt. Er wird sodann im Plenum des Senats beschlossen werden, dann geht er in den Bayerischen Landtag. Es ist das Ziel der Staatsregierung und der gesetzgebenden Organe, diese Nostrifizierung der EG-Richtlinie vor Ablauf dieses Jahres in Kraft zu setzen, so daß dann ab 1. Januar die Zeugnisse ausgestellt werden könnten. Die Sorge, damit sei die Chance einer Änderung vertan, teile ich nicht. Man kann sich in Ruhe weitere Modelle überlegen.

Fortbildungsnachweis – wenn ja: in welcher Form?

Ich darf Sie im Zusammenhang mit dem Geschäftsbericht auf die großen Aktivitäten der Kammer auf dem Sektor der ärztlichen Fortbildung hinweisen. Ich glaube, daß keine andere Ärztekammer so viele Aktivitäten entwickelt wie die bayerische, und ich möchte Sie heute eigentlich bitten, in der Diskussion auch einmal zu einer Frage Stellung zu nehmen, die den Deutschen Ärztetag in Berlin beschäftigt hat: „Soll es nunmehr in der weiteren Entwicklung zum Nachweis der Fortbildungsbemühungen des einzelnen Arztes kommen oder soll die Fortbildung grundsätzliche Verpflichtung sein, ohne daß der einzelne Arzt über seine eigenen Lei-



Oberpfälzische Delegierte

stungen einen Nachweis gegenüber der Kammer oder der ärztlichen Selbstverwaltung zu liefern hat?“

Sie wissen ja, in § 7 der Berufsordnung ist festgehalten: „Geeignete Mittel der Fortbildung sind insbesondere die Teilnahme an allgemeinen oder besonderen Fortbildungsveranstaltungen, also Seminare, klinische Fortbildung, Visiten und Studium der Fachliteratur.“ Wenn man nach Möglichkeiten sucht, einen Fortbildungsnachweis zu gestalten, dann muß man berücksichtigen, daß der Nachweis des Studiums der Literatur (von dem, wie wir wissen, viele Ärzte in großem Umfang Gebrauch machen) außerordentlich schwierig wäre. Ich habe schon vor 15 Jahren den provozierenden Gedanken geäußert, Kollegen alle paar Jahre einmal einen Fragebogen mit gezielten medizinischen Fragen ins Haus zu schicken; jeder müßte sich dann damit beschäftigen und somit würde auch ein gewisses Maß an Fortbildung erreicht.

Eines ist natürlich klar: Wir können noch so viel Fortbildung anbieten und das der Öffentlichkeit darstellen – wir werden immer wieder mit der Frage konfrontiert werden: „Und was tut Ihr mit denjenigen, die davon keinen Gebrauch machen?“ Der Deutsche Ärztetag hat beschlossen, das Thema nicht etwa wieder zu den Akten zu nehmen, sondern im nächsten Jahr weiter zu diskutieren. Man sucht Möglichkeiten.

Noch ist kein überzeugendes Modell in Sicht

In der nächsten Woche wird der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung gemeinsam mit den Leitern der ärzt-

lichen Akademien und der ärztlichen Fortbildung diese Frage weiter diskutieren. Bis jetzt sehe ich noch kein überzeugendes Modell. Wenn man etwa den Gedanken aufgreift, jeder müsse sich verpflichten, innerhalb einer gewissen Zeit 150 Stunden Fortbildung nachzuweisen, und man rechnet zum Beispiel ein Drittel (oder wieviel auch immer) an für Fortbildung durch Literatur, dann wird das – wiederum aus der Sicht der Öffentlichkeit – natürlich abgezogen, weil man sagt: „Wie wollt Ihr nachprüfen, ob jemand Literatur liest oder nicht?“ Ich bitte Sie sehr herzlich, zu diesem Problem Diskussionsbeiträge zu liefern.

Besonders angenommen haben wir uns um die Fortbildung in der Notfallmedizin. Wie Sie wissen, haben wir gerade jetzt allen berufstätigen bayerischen Ärzten den neuesten Band „Notfallmedizin nach Leitsymptomen“ zugeschickt – soweit es sich um Kassenärzte handelt, auf Kosten der Kassenärztlichen Vereinigung, für die übrigen Kolleginnen und Kollegen auf Kosten der Bayerischen Landesärztekammer. Wir sind der Meinung, daß die Aufwendungen dafür berechtigt sind, und das Echo ist höchst positiv. Der Band „Notfallmedizin“ scheint bei den berufstätigen Kollegen außerordentlich gut anzukommen. Wir haben natürlich auch unsere Bezieher in der DDR bedacht: Inzwischen haben wir dort rund 400 Kolleginnen und Kollegen, die immer wieder darum bitten, daß wir ihnen Fortbildungsliteratur zuschicken, weil sie einfach drüben nach wie vor keine Möglichkeit haben, an eine solche Literatur heranzukommen.

Im Rahmen der Notfallmedizin ist es unser Anliegen, in drei Kursen mög-



Oberfränkische Delegierte

lichst vielen jüngeren Kollegen Gelegenheit zu geben, die Fachkunde im Rettungsdienst zu erwerben und wir werden nunmehr auch mit Zusatzkursen zur Erlangung der Qualifikation als Leitender Notarzt beginnen. Wir sind der Meinung, es sollte unser Ziel sein, möglichst vielen Kollegen, die im Notarztdienst – also im „Blaulichtdienst“ – mitarbeiten, auch die Chance anzubieten, die Qualifikation eines Leitenden Notarztes zu erwerben, damit im Zweifelsfall, wenn eine größere Katastrophe eintritt, bereits einer der am Ort vorhandenen Notärzte in der Lage ist, diese Aufgabe zu übernehmen.

Ein offenes Wort zur Katastrophenmedizin

In diesem Zusammenhang auch ein Wort zur Katastrophenmedizin in der Fortbildung: Hier ist in der Ärzteschaft eine Diskussion entstanden im Zusammenhang mit dem Ergänzungsgesetz zum Katastrophenschutzgesetz. Es gibt einige Beschlüsse, in denen Ärztekammern erklären, die Fortbildung dürfe sich nur auf zivile Notfälle beziehen; denn die Einbeziehung des Verteidigungsfalles sei Kriegsvorbereitung.

Weltweit, in allen vergleichbaren Staaten, fühlen sich die Ärzte verpflichtet zur Hilfeleistung, ohne nach der Ursache dieser Hilfeleistung zu fragen. Die Einbeziehung des Verteidigungsfalles ist eine staatsbürgerliche Pflicht, der wir uns zu unterziehen haben. Wir sollten hier auch einmal lesen, was die Kollegen in der DDR und anderen Ostblockländern dazu sagen. Die gleichen Kollegen, die drüben Mitglieder der IPPNW

sind, bekennen sich dort zur Fortbildung auch für den Verteidigungsfall, erzählen aber unseren Kollegen, sie sollten das als Kriegsvorbereitung ablehnen. Das ist Verlogenheit, und muß einmal ganz klar herausgestellt werden!

Unsere Bevölkerung hat einen Anspruch darauf, daß wir uns für jeden Fall der Hilfeleistung vorbereiten und das, glaube ich, sollten wir durch den Beschluß, den wir Ihnen vorgelegt haben, auch ausdrücklich noch einmal bestätigen –, ohne daß wir uns in Einzelheiten dieses Gesetzentwurfes einlassen, der ja nun einer weiteren Diskussion in allen Gremien bedarf.

Die Perinatalstudie – Vorbild für die anderen Bundesländer

Aus dem Geschäftsbericht darf ich Sie noch hinweisen auf die Ergebnisse der Perinatalstudie, auf die wir sehr stolz sind. Wir haben jetzt eine perinatale Mortalität von sechs Promille erreicht und liegen damit qualitativ in der Spitze vergleichbarer guter Länder. Wir freuen uns natürlich, daß diese Perinatalstudie als permanente Qualitätssicherung inzwischen in allen anderen Bundesländern von der Ärzteschaft übernommen worden ist. Die jährlichen Zusammenkünfte zum Austausch von Erfahrungen – die Münchener Perinatalgespräche – zeigen ja die Notwendigkeit einer solchen Maßnahme. Die Senkung der Neugeborenensterblichkeit ist und muß unser ganz großes Anliegen sein.

Nachdem der Präsident der Bundesärztekammer und Ärztekammer Bremen da ist, darf ich sagen, daß die

Perinatalstudie in Bremen von uns in Bayern mitbetreut wird – was wir mit Freude tun. Vor einiger Zeit haben sich die Südtiroler Ärzte – und zwar sowohl die deutschen wie die italienischen – an uns gewandt und gefragt, ob wir nicht bereit wären, ihnen die Teilnahme an der Perinatalstudie zu ermöglichen. Wir haben das übernommen. Wir betreiben also nunmehr auch die Südtiroler Geburtshelfer bei ihren Bemühungen um eine Verbesserung der perinatalen Mortalität. Ich bin sicher, Sie werden das positiv zur Kenntnis nehmen, auch wenn das für uns eine gewisse vermehrte Arbeitsbelastung darstellt.

Onkologische Nachsorge: Grundsatz der Anonymität

Was wir ebenfalls inzwischen gut auf den Weg gebracht haben, ist die onkologische Nachsorge. Es sind eine ganze Reihe von Publikationen erschienen: Modelle der Nachsorge für die verschiedenen Tumorerkrankungen. Hier arbeiten Kammer und Kassenärztliche Vereinigung eng zusammen. Ich bedanke mich bei allen niedergelassenen Kollegen, die bereit sind, nach diesen Richtlinien der onkologischen Nachsorge die Betreuung von Patienten zu übernehmen und auch die Dokumentationsbögen einzuschicken; denn es soll primär natürlich dem einzelnen Patienten eine verbesserte Nachsorge und damit eine verbesserte Lebenschance angeboten werden. Aber auf der anderen Seite wollen wir auch wissenschaftliche Erkenntnisse daraus ziehen durch eine Längsschnittbeobachtung der Tumorpatienten, und es soll über diesen Weg – das haben wir organisiert – auch die primär behandelnde Klinik in die Lage versetzt werden, über Ihre eigenen Patienten und deren weiteres Lebensschicksal Informationen zu bekommen – wiederum, um Schlüsse für die Verbesserung der eigenen Arbeit daraus zu ziehen.

Dieses Modell steht unter dem Grundsatz der Anonymität. Die Patienten bekommen, wie Sie wissen, in der primär behandelnden Klinik ihren Nachsorgekalender mit einer Kennziffer und alle Dokumentation läuft nur unter dieser Kennziffer. Nur wer die Kennziffer hat, kann auch Ergebnisse abrufen. Im übrigen wird selbstverständlich der Patient oder die Patientin über diese Maßnahme unterrichtet. Ich bitte Sie alle sehr herzlich,

dieser Bemühungen zu unterstützen. Im Oktober-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ haben wir wieder neue Veröffentlichungen eingefügt, und wir werden auch weiterhin die Kollegen laufend unterrichten. Wir haben jetzt einen Ringordner für die onkologische Nachsorge gestaltet, der allen Kolleginnen und Kollegen, die sich dieser Aufgabe widmen, zugeschickt wird, so daß sie alle Informationen, die die onkologische Nachsorge betreffen, in einem Ordner beisammen haben und sich immer wieder – auch anhand aktueller Nachlieferungen – informieren können.

Mehr kollegiale Kooperation statt Ambulatorien an jedem Krankenhaus

Ein Problem, das derzeit für uns von hochaktueller Bedeutung ist, möchte ich noch erwähnen, nämlich die Zusammenarbeit der Ärzte in Praxis und Klinik. Hier hat uns das Gesundheits-Reformgesetz die Auflage gemacht, daß wir in dreiseitigen Verträgen diese Zusammenarbeit regeln müssen. Ich erwähne nur die Stichworte „prästationäre Diagnostik“ und „nachstationäre Behandlung“.

Wir sind bemüht, hier – auf der Grundlage einer Kooperation der Ärzte in beiden Bereichen – eine Regelung zu finden. Wir werden uns entschieden dagegen wehren, daß nun an allen Krankenhäusern Ambulatorien entstehen. Ich hoffe und weiß auch, daß es die Kollegen in den Krankenhäusern nicht wollen. Wir müssen die prästationäre Diagnostik in der Praxis der niedergelassenen Ärzte intensivieren, um stationäre Einweisungen entweder überhaupt zu vermeiden oder sie so kurz wie

möglich zu halten und wir fühlen uns verpflichtet, die erhobenen Befunde dann den Kollegen im Krankenhaus zur Verfügung zu stellen, damit so rasch wie möglich die eigentliche Therapie beginnen kann.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Dr. h. c. Sewering, dankte zum Abschluß des 42. Bayerischen Ärztetages allen Delegierten für ihre rege und konstruktive Mitarbeit, die es möglich machte, eine derart umfangreiche Tagesordnung abzuwickeln.

Mit einem herzlichen Dank an alle Mitarbeiter der Kammer für den guten organisatorischen Ablauf schloß Professor Dr. Dr. h. c. Sewering den 42. Bayerischen Ärztetag.

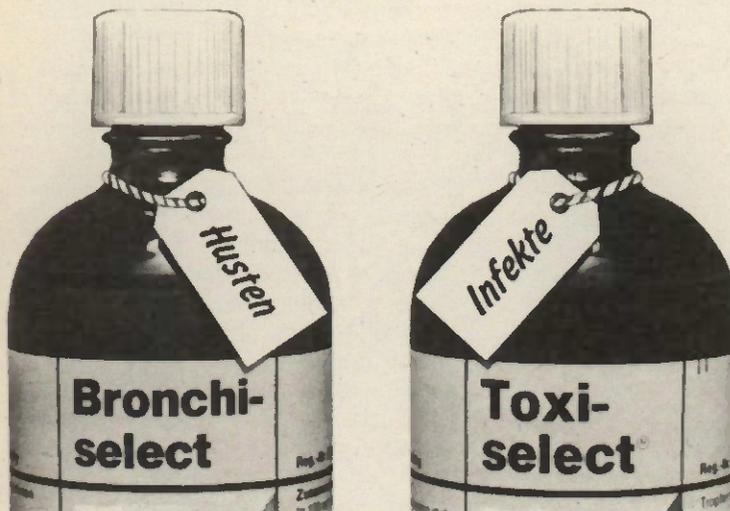
Die Verhandlungen werden nicht einfach sein. Sie müssen zunächst auf der Bundesebene von den Vertretern der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Vertretern der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Bundesverbände der Krankenkassen geführt werden. Ich habe selbst dazu einen Artikel im „Deutschen Ärzteblatt“ veröffentlicht, aber auch im „Bayerischen Ärzteblatt“ dazu Stellung genommen.

Ich meine, daß das System der ärztlichen Versorgung, wie es sich bei uns entwickelt hat – ambulante Versorgung durch niedergelassene Ärzte, stationäre Versorgung durch die

Ärzte an den Krankenhäusern – mit den notwendigen Verzahnungen, die wir ja alle kennen, eine gute ärztliche Versorgung gewährleistet und wir sollten jetzt nicht den Weg in die Ambulatorien gehen, während andere Länder versuchen, ihn zu überwinden.

**Unverändert aktuell:
Wie kann der Nachwuchs untergebracht werden?**

Der Zusammenhalt der Ärzte in Praxis und Klinik ist die einzige Chance, die wir haben, um die Krise zu überwinden, in der wir uns befinden. Wie weit es uns gelingen wird, allen nachwachsenden jungen Ärztinnen und Ärzten vernünftige Berufschancen zu geben, das ist ohnedies eine offene Frage, die uns außerordentlich belastet. Denn ich sagte ja schon wiederholt: Die Zahl der bezahlten Arbeitsplätze für junge Ärzte an den Krankenhäusern deckt – bei 12 000 Berufsanfängern – nicht einmal die Hälfte des Nachwuchses. Wenn die Frau Ministerin bei der Eröffnung des Ärztetages davon sprach, daß eine Reduzierung auf 9500 ins Auge gefaßt wird, dann ist das einfach ungenügend, dann werden immer noch weit mehr junge Ärzte herangebildet, als vernünftigerweise im ärztlichen Beruf untergebracht werden können. Und die Suche nach neuen Arbeitsfeldern hat bisher nur wenige Ergebnisse gebracht. Wir können ja nicht Arbeitsfelder zu besetzen suchen, die schon von anderen besetzt sind – etwa im Bereich der sozialen Betreuung. Wir würden dann andere Berufsgruppen verdrängen, und das kann nicht das Ziel unserer Bemühungen sein.



Bronchiselect. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Drosere D₃ dil. 20 ml, Bryonie D₄ dil. 20 ml, Terebinthol D₄ dil. 20 ml, Spongie D₆ dil. 20 ml, Ipecacuanha D₄ dil. 20 ml. Enthält 45 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Schleimhautkatarrhe der Luftwege, leichte Bronchitis, Bronchopneumonie, Asthma 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 DM 8,70, 100 ml DM 22,80, Klinikpackungen.

Toxiselect. Zusammensetzung: 100 ml enthalten: Echinaceae O 40 ml, Lachesis D₈ dil. 20 ml, Sulfur D₁₀ dil. 10 ml, Bryonie D₄ dil. 20 ml, Apis mellifica D₃ dil. 10 ml. Enthält 60 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Anfälligkeit gegen eitrige Infektionen aller Art, septische Prozesse, schlecht heilende Wunden, Phlegmonen, Erkältungen, insbesondere Schleimhautkatarrhe und grippeartige 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 DM 8,70, 100 ml DM 22,80, Klinikpackungen.

DRELUSSO PHARMAZEUTIKA 3253 Heesloch Oldendorf 1



Werbeverbot – Ethikkommission – Medizinische Assistenzberufe – Allgemeinmedizin

Zu einigen Themen des Geschäftsberichts, die mein spezielleres Arbeitsgebiet betreffen, möchte ich noch einige Schlaglichter hinzutügen. Sie haben da gelesen, daß die Zahl der berufsgerichtlichen Verfahren im letzten Berichtsjahr erheblich zugenommen hat. Das ist wohl zum einen eine Folge des zunehmenden Konkurrenzdruckes innerhalb der Ärzteschaft. Es ist aber sicherlich auch ein Ausdruck dafür, daß die Ärztlichen Kreisverbände – in deren Hand ja zunächst einmal die Wahrung der Berufsordnung liegt – zunehmend energischer gegen Verletzungen der Berufsordnung einschreiten. Ich glaube, daß dies notwendig ist und daß es trotz allem mit gutem Augenmaß geschieht. Das wird auch dadurch belegt, daß keines der bisher abgeschlossenen Berufsgerichtsverfahren zuungunsten des jeweiligen Kreisverbandes ausging.

Werbeverbot

Erlauben Sie mir, in diesem Zusammenhang noch einmal das Thema des Werbeverbots anzusprechen, das ja von verschiedenen Seiten kritische Beleuchtung erfahren hat. Unter dem Stichwort „Beschränkung der Informationstrennung“ und unter dem neu ausgebrachten unterscheidenden Begriffspaar der „Informationswerbung“ und der „Beauftragungswerbung“ wird einer Auflockerung des Berufsrechts – genauer: des Werbeverbots – das Wort geredet. – Das Berufsrecht ist nicht starr, sondern flexibel. Es kann an sich verändernde Verhältnisse angepaßt werden. Aber dialektische Kunststücke, wie das eben angedeutete, sind meiner Ansicht nach keine geeignete Basis einer solchen Anpassung.

Es geht hier vor allem um die Vorschriften des Berufsrechts bezüglich der Ankündigungsfähigkeit technischer Leistungsangebote oder von in der Weiterbildungsordnung nicht vorgesehenen „Infraspezialitäten“. Das Zauberwort „Spezialist“ hat ja wohl nicht nur in der Dritten Welt eine magische Anziehungskraft. Ich meine, hier wird ein falscher Weg vor-

geschlagen. Die Systematik der Berufsordnung ist anders angelegt. Sie untersagt zunächst dem Arzt jegliche Werbung, um im zweiten Schritt die Ausnahmen hiervon abschließend aufzulisten. Dieses Prinzip erspart uns jede Diskussion darüber, was nun Werbung sei oder nicht und ob eine Informationswerbung oder eine Beauftragungswerbung vorliege, ob eine Informationswerbung sachlich, objektiv und nicht marktschreierisch ist. Solche Fragen wären im Einzelfall außerordentlich schwierig zu klären; müßte man sich auf sie einlassen, so würde dies zu allgemeiner Rechtsunsicherheit und im letzten zur völligen Auflösung des Werbeverbots führen. Jeder von uns weiß ja, daß auch sachliche Informationen durchaus einen massiven Werbecharakter haben können. Wir haben kürzlich ein sehr instruktives Beispiel in Form einer Zeitungsanzeige gehabt. Ich bin daher der Ansicht, daß die grundsätzliche Linie unserer Berufsordnung in Sachen Werbung beibehalten werden muß, unbeschadet der Flexibilität im einzelnen. Zu dieser grundsätzlichen Linie gehört, daß die ankündigungsfähigen Bezeichnungen abschließend aufgeführt werden, und deshalb die Ankündigungsfähigkeit nicht von der Ausdeutung unbestimmter Rechtsbegriffe abhängig gemacht wird. Zu dieser grundsätzlichen Linie gehört weiterhin, daß es keine Ankündigungsfähigkeit für Spezialisierungen gibt, deren Qualifizierungsvoraussetzungen nicht in der Weiterbildungsordnung definiert sind. Zu dieser grundsätzlichen Linie gehört drittens, daß die sachliche Information unter Ärzten keiner berufsrechtlichen Beschränkung unterliegt. Die uterlose Freigabe der „Informationswerbung“ würde nicht zur Information, sondern zur Desinformation der Patienten führen. Der von seinen Kollegen ausreichend über deren Leistungsmöglichkeit informierte Arzt des Vertrauens ist der für den Patienten optimale Berater, wenn es sich darum handelt, den für seine Probleme geeignetsten Spezialisten zu finden.

An die Kreisverbände geht meine Bitte, weiterhin energisch auf der Ein-

haltung der Berufsordnung zu bestehen und zu verhindern, daß die Konkurrenzkämpfe unter Ärzten mit der öffentlichen Werbetrümmel ausgeglichen werden.

Ethikkommission

Ein weiteres dem Bereich der Berufsordnung zugehöriges Thema, auf das ich näher eingehen möchte, betrifft die Ethikkommission. In der Berufsordnung steht, daß der Arzt sich bei der Vornahme von klinischen Versuchen am Menschen durch eine bei der Kammer errichtete Ethikkommission beraten lassen muß. Welchen Aufwand die Umsetzung dieses einfachen Satzes für die Kammer zur Folge hat, spiegeln die im Geschäftsbericht genannten Zahlen nur unvollkommen wider. Ich möchte mich hier jedoch darauf beschränken, einige Fragen zu behandeln, die sich bei der Arbeit der Ethikkommission ergeben haben, und die vielleicht allgemeineres Interesse beanspruchen können.

Eine häufig diskutierte Frage heißt: „Ist der Spruch einer Ethikkommission verbindlich? Hat er sozusagen Genehmigungscharakter?“

Die Beantwortung ist eindeutig: „Nein“.

Die Ethikkommission berät. Der Arzt, der sich hat beraten lassen, kann dann durchaus anders handeln, als es ihm das Beratungsergebnis nahelegt. Er muß dieses dann allerdings auch verantworten und kann nicht geltend machen, daß er auf Einwände und Bedenken nicht hingewiesen worden sei. Aber grundsätzlich bleibt es bei der Beratungsfunktion. Die Ethikkommission ist keine Genehmigungsbehörde.

Eine weitere Frage lautet: „Erfüllt die Beratung durch Ethikkommissionen anderer Kammern die Auflage der Berufsordnung?“

Die formal korrekte Antwort lautet: „Nein“.

Für den in Bayern tätigen Arzt ist nur die Ethikkommission der Bayerischen Landesärztekammer oder die Ethikkommission einer bayerischen Universität zuständig. Da zahlreiche klinische Versuche gleichzeitig in mehreren Landesärztekammerbereichen laufen, ist das Verfahren dadurch ziemlich kompliziert, daß der



Mittelfränkische Delegierte

Versuchsansatz in mehreren Kammerebenen der jeweiligen Ethikkommission vorgelegt werden muß. Es ist gar nicht zu vermeiden, daß die Beratungsergebnisse der verschiedenen Kammern mehr oder weniger unterschiedlich sind. Deshalb wäre es vernünftig, wenn die Ethikkommissionen der Kammern ihre Beratungsentscheidungen untereinander anerkennen würden. Demgegenüber wird eingewandt, daß dies nur möglich sei, wenn die Beratungspraxis aller Ethikkommissionen der verschiedenen Kammern bundesweit vereinheitlicht wird. Ich bin ein Gegner dieser Forderung und glaube, daß sie auf einem Mißverständnis beruht. Der Sinn der Einrichtung der Ethikkommission ist es nicht, eine bundesweite oder gar internationale Behördenregelung zu installieren. Der Sinn der Beratung durch Ethikkommissionen ist es, bei klinischen Versuchen am Menschen jene Öffentlichkeit herzustellen, die es unmöglich macht, daß in kleinen Winkeln unkontrollierte und unkontrollierbare klinisch-pharmakologische Versuche am Menschen betrieben werden. Daß hierbei unterschiedliche Auffassungen zwischen Ethikkommissionen entstehen können, dürfen wir – so meine ich – ruhig hinnehmen. Schließlich gibt es für alle Ethikkommissionen eine gemeinsame Grundlage und das ist die Deklaration von Helsinki, auf die die Berufsordnung aller Kammern ja ausdrücklich Bezug nimmt.

Eine weitere Frage lautet: „Genügt es, wenn sich bei klinisch-pharmakologischen Versuchen, an denen mehrere oder gar zahlreiche Ärzte beteiligt sind, nur der Versuchsleiter beraten läßt?“

Sie wissen, daß in den meisten Fällen ein solcher Versuch so angelegt ist, daß eine größere Anzahl von Ärzten unter Leitung und Aufsicht eines Versuchsleiters die eigentliche Arbeit am Patienten tun. Es ist also keineswegs so, daß man immer nur einen einzigen klinischen Forscher hat, sondern es handelt sich eigentlich um ein – wenn Sie so wollen – hierarchisch gegliedertes Forscherkollektiv.

Ich meine nun, daß es im Sinne der Berufsordnung nicht genügt, wenn sich der Versuchsleiter beraten lassen, denn die Verantwortung trägt letztlich der den Patienten behandelnde Arzt. Auch er muß sich also beraten lassen. Dies kann natürlich dadurch erfolgen, daß der Versuchsleiter ihm das Beratungsergebnis zugänglich macht. Hierauf muß der teilnehmende Arzt allerdings bestehen. Er darf sich nicht blindlings darauf verlassen, daß der Versuchsleiter beraten worden ist, denn letztendlich ist der den Patienten behandelnde Arzt verantwortlich. Er bleibt in der Verantwortung dem Patienten gegenüber und er muß verantworten, was er tut. Bei meiner Arbeit in der Ethikkommission lege ich großen Wert darauf, daß diese Information des behandelnden Arztes sichergestellt wird, und zwar zu seinem eigenen Schutz. Es gibt dafür Möglichkeiten, die nicht mit allzuviel Bürokratie verbunden sind.

Erlauben Sie mir, das Grundsätzliche nochmals zusammenzufassen:

Die Tätigkeit der Ethikkommission dient dem Schutz und dem Wohl der Patienten. Sie soll sie vor unzumutbaren oder unmenschlichen Be-

handlungen bewahren und ebenso vor unverantwortlicher Ausnutzung. Sie dient nicht der Verhinderung von Geldverschwendung.

Die Ethikkommissionen dürfen sich nicht zu einer Moralbürokratie entwickeln, die unter der Decke der Deklaration von Helsinki sich letzten Endes die Rolle eines Normengebers in der wissenschaftlichen Forschung anmaßen.

Medizinische Assistenzberufe

Mein nächstes Thema betrifft die Arzthelferinnen. Sie haben im Geschäftsbericht gelesen, daß Zweifel bestehen, ob beim Fortgang der gegenwärtig zu beobachtenden Entwicklung in absehbarer Zeit noch der Bedarf an Arzthelferinnen für die Ärzte gedeckt werden kann. Das ist sehr vorsichtig ausgedrückt. Mir ist in den letzten Monaten deutlich geworden, daß in manchen Bereichen – insbesondere in den Ballungsgebieten – bereits heute ein akuter Mangel an Arzthelferinnen besteht, und ich glaube, wir müssen hierauf bald reagieren. Ich hoffe, daß wir in der Sitzung der Kreisvorsitzenden Anfang nächsten Jahres hierüber einen besseren Überblick bekommen.

Aber schon jetzt ist klar, wo die Ursachen liegen: Konkurrierende Berufswege bieten attraktivere Arbeitszeiten und bessere Bezahlung, zurückgehende ärztliche Einkommen vermindern auch den finanziellen Angebotsspielraum und schließlich ist die Schwundrate aus natürlichen Gründen recht ähnlich wie die bei den Krankenschwestern. Wir werden für diesen Beruf der Arzthelferin vermehrt werben müssen, wir werden vermehrt Hilfestellung für Teilzeitplätze bieten müssen und wir werden uns mehr darum kümmern müssen, daß Frauen und Mädchen nach einer Berufsunterbrechung wieder in diesen Beruf einsteigen können, indem wir Möglichkeiten schaffen, sich wieder zu „fitten“. Ich schließe auch nicht aus, daß wir vielleicht gezwungen sein werden, Hilfskräfte ohne reguläre Helferinnenausbildung für die Mitarbeit in der Arztpraxis zu interessieren.

Allgemeinmedizin

Der letzte Punkt, mit dem ich mich beschäftigen möchte, betrifft die Allgemeinmedizin und die praktischen Ärzte. Sie haben lesen können, daß



Unterfränkische Delegierte

die Zahl der Allgemeinärzte weiterhin gesunken ist, zwar nicht absolut, aber doch relativ; in Bayern – verglichen mit dem Bundesgebiet – verhältnismäßig am wenigsten. Das ist bedauerlich, aber dennoch bedeutet es, daß jedes Jahr 120 bis 180 Allgemeinärzte sich neu niederlassen. Das heißt, der Berufsstand ist nicht am Aussterben. Deshalb sehe ich auch keinen Grund zu dem gelegentlich angestimmten Grabgesang in der Allgemeinmedizin.

Ich setze mich nicht deshalb für die Allgemeinmedizin ein, weil ich sie für einen „Indianerstamm“ halte, den man aus humanitären Gründen am Leben erhalten muß. Wie die Leistung der Ärzteschaft insgesamt, so rechtfertigt sich auch die Leistung der Allgemeinmedizin aus ihrem Nutzen für die öffentliche Gesundheit. Wie es im allgemeinen um die Sicherstellung der Qualität der ärztlichen Versorgung geht, so geht es in diesem Fall um die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung. Sie erfordert eine Qualifizierung, die sich aus erlerntem Wissen und aus Erfahrungen zusammensetzt und beides verlangt Zeit.

Allgemein herrscht Einigkeit darüber, daß der gegenwärtige Abschluß des Staatsexamens diese Qualifikation nicht hergibt und daß auch die Ableistung der AIP-Phase sie nicht sicherstellen kann. Es herrscht auch Einigkeit darüber, daß die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin die geeignetste Form der Qualifikation für die hausärztliche Tätigkeit darstellt. Und schließlich ist ebenfalls klar, daß andere Weiterbildungsgänge – insbesondere die Innere Medizin – ebenfalls eine gute Grundlage für

hausärztliche Tätigkeit abgeben. Das letztere bewelsen auch die Realitäten, nämlich die Patienten, die ja zu einem großen Teil auch Internisten als Hausärzte haben.

Schließlich aber stehen wir vor einem Faktum, daß es nicht möglich ist, jedem hausärztlich tätigen Kollegen eine vierjährige Weiterbildung in der Allgemeinmedizin zu ermöglichen. Aber wenn wir auch zugeben müssen, daß das Ideal, nur noch Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung zur hausärztlichen Versorgung zuzulassen, Illusion ist, so hat die Entwicklung des letzten Jahrzehnts dennoch Fortschritte gebracht. Heute ist es nicht mehr möglich, daß sich jemand unmittelbar nach der Approbation niederläßt. Und in wenigen Jahren wird sich auch niemand mehr an der kassenärztlichen Versorgung beteiligen können, wenn er nicht mindestens die Weiterbildung nach der EG-Richtlinie Allgemeinmedizin erfüllt hat. Dies kann jedoch kein Endzustand sein, insbesondere nicht für die Bundesrepublik. Die Umsetzung der EG-Richtlinie Allgemeinmedizin in Landesrecht, wie sie der Bayerische Ministerrat entworfen hat, kann man nur als eine unvollkommene und höchst unbefriedigende Lösung ansehen. Nach diesem Gesetzentwurf ist es immer noch möglich, daß ein Arzt zur hausärztlichen Versorgung als praktischer Arzt im Rahmen des Sozialversicherungssystems zugelassen wird, der in seiner ganzen Weiterbildungszeit kein einziges Mal den Fuß in eine innere Abteilung gesetzt hat. Wenn ich betone, daß dies unbefriedigend ist, so muß ich gleichzeitig anerkennen, daß im Augenblick die Zeit drängt und dem Ministerium nicht

viel Wahl bleibt. Aber ich bin ganz sicher, daß wenigstens drei Jahre Weiterbildung in Allgemeinmedizin nach dem Staatsexamen – und zwar drei Jahre in einer kurrikular gegliederten, auf die Allgemeinmedizin bezogenen Weiterbildung – das mindeste sind, was wir bei unserem gegenwärtigen Stand der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung fordern müssen. Auch jetzt, trotz der schwierigen Situation für die jungen Kollegen, haben im letzten Jahr annähernd 60 Prozent der neu niedergelassenen praktischen Ärzte mehr Weiterbildungszeit hinter sich gebracht, als die EG-Richtlinien verlangen.

Es geht nicht an, daß wir den Versorgungsstandard der hausärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik drücken auf einen EG-Standard, den wir seit vielen Jahren überschritten haben. – Ich meine, die Rede von der in Aussicht stehenden Beerdigung der Weiterbildung zum Allgemeinarzt sollten wir sein lassen.

Als Mindestvoraussetzung und Nahziel müssen wir die dreijährige Weiterbildung als Qualifikation für die hausärztliche Tätigkeit anstreben. Der Präsident hat darauf hingewiesen, daß es dazu verschiedene Umsetzungsmöglichkeiten gibt, aber ihr Kern heißt immer „drei Jahre“. Deshalb braucht man den Allgemeinarzt, das heißt die vierjährige Vollweiterbildung in Allgemeinmedizin, nicht abzuschaffen. Wer meint, daß dieser Weiterbildungsgang mangels Zulaufs ausstirbt, der mag es abwarten. Ich bin sicher, daß er nicht ausstirbt. Schließlich stehen wir im Gesundheitswesen unter einem zunehmenden Druck zur Ökonomisierung der gesundheitlichen Versorgung. Eine unzureichende Weiterbildung der hausärztlich Tätigen ist eine erhebliche Gefährdung der Ökonomie unseres Gesundheitswesens oder – anders ausgedrückt – das Fundament einer ökonomisch effizienten Gesundheitsversorgung ist eine ausreichend qualifizierte hausärztliche Versorgung. Ich warne deshalb auch unsere jungen Kolleginnen und Kollegen, jenen Pessimisten zu trauen, die meinen, man müsse sich möglichst schnell niederlassen, weil es in der Zukunft nur noch auf Marketing, Service und Kapitaleinsatz ankomme. Die alte Regel wird sich auch in Zukunft bewahrheiten: Der entscheidende Faktor für den beruflichen Erfolg eines Hausarztes ist sein ärztliches Wissen und Können.

Aus den Ausschüssen

Nach den Referaten von Professor Dr. Dr. h. c. Sewering 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

Vor dem deskriptiven Teil meines Tätigkeitsberichtes gestatten Sie mir wieder ein paar Vorbemerkungen zu unserer derzeitigen Situation in der ärztlichen Fortbildung.

In einer sich immer schneller verändernden Welt ist die Teilnahme an der geistigen und technischen Entwicklung oder besser, ist die dauernde Fortbildung im kognitiven Wissen und im instrumentellen Handeln eine Voraussetzung, um richtig und mit Erfolg handeln zu können. Dies gilt ganz besonders für den ärztlichen Beruf.

Ein Arzt, der nicht auf der letzten wissenschaftlich begründeten Entwicklungsstufe der Medizin steht, ist jedenfalls nicht immer in der Lage, die ihm von der Gesellschaft auferlegte Aufgabe zu erfüllen. Er muß heute darüber hinaus auch an der so wichtigen Diskussion um die psychosozialen Probleme der modernen Medizin teilnehmen.

Der Staat, das heißt die öffentliche Hand, hat mit dem medizinischen Staatsexamen dem Bürger gegenüber die Zusage übernommen, daß er im Falle einer Krankheit sachkundig und nach den letzten Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft behandelt wird.

Aber das Tempo des Wissenszuwachses ist hoch. Es hat sich in den letzten Jahrzehnten verdoppelt und nunmehr beträgt die Halbwertszeit – wenn Sie so wollen – nur noch fünf Jahre. Daraus resultiert auch die zwingende Notwendigkeit, daß sich der Arzt weiter fortbildet. Aus diesem guten Grund ist die Verpflichtung zur ärztlichen Fortbildung in der Berufsordnung festgeschrieben.

In welchem Maße und auf welchen Ebenen ärztlichen Handelns Fortbildung Hilfe geben muß und wie die Ak-

zente zu setzen sind, ist natürlich individuell völlig verschieden. Es müßte aber doch jeder Arzt in der Lage sein, seinen Patienten auch das psychologisch richtige Milieu zu schaffen, das sie brauchen, um die ärztliche Behandlung, in welchem Fachgebiet und auf welche Art sie auch immer geschieht, zu verstehen und vertrauensvoll zu akzeptieren. Wenn das aber wirklich so wäre, so hätte der so negativ beladene Begriff der kalten Apparatedizin wohl kaum erst aufgenommen können. Aber psychologisch richtiges Verhalten hat der Arzt nicht gelernt. Ärztliche Verhaltenslehre ist kein Studienfach. Daraus darf man schließen, daß Wissensvermittlung allein nicht mehr als Fortbildungsziel genügt. Es muß vielmehr heißen: Aufzeigen des jeweils richtigen Verhaltens, das Wissen und Können zwar als Grundvoraussetzung, aber auch die richtige Form der Anwendung am Patienten einschließt. Ganz zweifelsohne ist in der letzten Zeit in die ärztliche Fortbildung Bewegung geraten. Ich will es einmal schlicht ausdrücken: „Es bewegt sich etwas“ – nicht nur aufgrund des Jahresgutachtens von 1988 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Ich habe ja auf einige Forderungen dieses Sachverständigenrates bereits im Vorjahr im Tätigkeitsbericht hingewiesen.

Der diesjährige Deutsche Ärztetag hat sich auch in besonderer Weise der ärztlichen Fortbildung angenommen. Die in der Öffentlichkeit immer wieder gestellte Frage, wer kontrolliert den Arzt, können wir meines Erachtens auch nur dann befriedigend beantworten, wenn die Akademien und/oder Ärztekammern eine systematische und überprüfbare Fortbildung anbieten, die für alle Kammerangehörigen verpflichtend ist. Deshalb ist auch der Beschluß des Deutschen Ärztetages, den Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung und den Vorstand der Bundesärztekammer zu beauftragen, Vorschläge für Einzelheiten des Nachweises ärztlicher Fortbildung dem nächsten Deutschen Ärztetag vorzulegen, nur zu begrüßen. In diesem Sinne leite ich

gern zu dem deskriptiven Teil meiner Ausführungen über:

Die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung hat auch in diesem Jahr entsprechend dem Vorstandsbeschuß der Bayerischen Landesärztekammer an dem von der Bundesärztekammer veranstalteten „Interdisziplinären Forum für die ärztliche Fortbildung“ in Köln teilgenommen. Sitzungsgemäß hat die Akademie zweimal (am 1. April und am 15. Juli 1989) in München getagt. Über die ausschließlichen Aktivitäten der ärztlichen Fortbildung durch die Berufsvertretung der Ärzte Bayerns ist bereits im „Bayerischen Ärzteblatt“ (September 1989) ausführlich informiert worden, so daß ich auch in diesem Zusammenhang darauf erneut verweisen kann.

Wir haben uns in den Sitzungen entsprechend den Anregungen aus der Ärzteschaft, aber auch innerhalb der Akademie immer wieder mit der Frage der Finanzierung der ärztlichen Fortbildung befaßt, nachdem sich die Sponsorsituation zunehmend schwieriger gestaltet hat.

Ich erinnere in diesem Zusammenhang nochmals an die Empfehlungsentscheidung der Bayerischen Akademie, die vom Kammervorstand bestätigt wurde, in der es heißt, daß Fortbildungsveranstaltungen, die mit dem Zusatz „in Zusammenarbeit“ bzw. „im Auftrag der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung“ durchgeführt werden – von welchen Ärzteverbänden oder Fachgesellschaften, Kliniken und Krankenhäusern usw. auch immer –, den geforderten Voraussetzungen, wie zeitliche, örtliche und thematische Absprache mit den jeweiligen Körperchaftsvertretern, entsprechen müssen. Der uns aus der Peripherie gemachte Vorschlag, Spendenquittungen für Sponsoren, die nicht firmengebundene Referenten offerieren, auszustellen, ist nicht möglich, da die Akademie keine Rechtspersönlichkeit mit eigenen Kompetenzen, sondern Teil der Körperschaft ist.

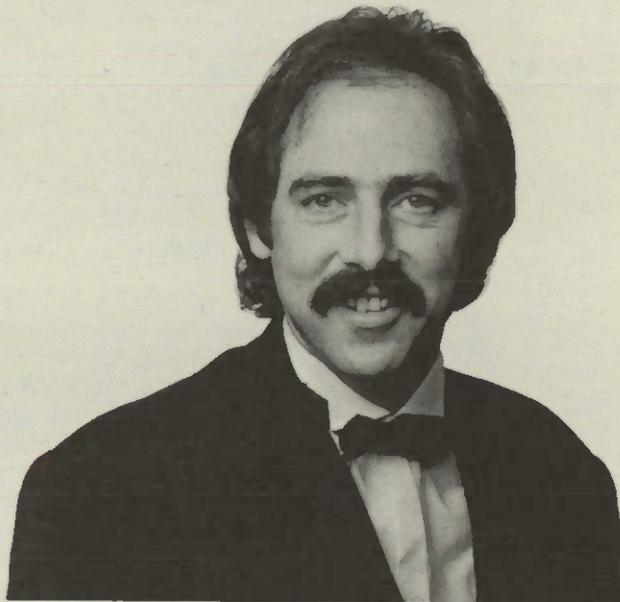
Auf Anregung des Vizepräsidenten Dr. Fuchs und auch auf die Initiative vor allem des Krankenhausausschusses hat dann die Bayerische Landesärztekammer unter der Mitbeteiligung der Akademie am 8. Juli 1989 in München eine Pilotveranstaltung mit dem Thema „Die psychische Betreuung und die soziale Beratung



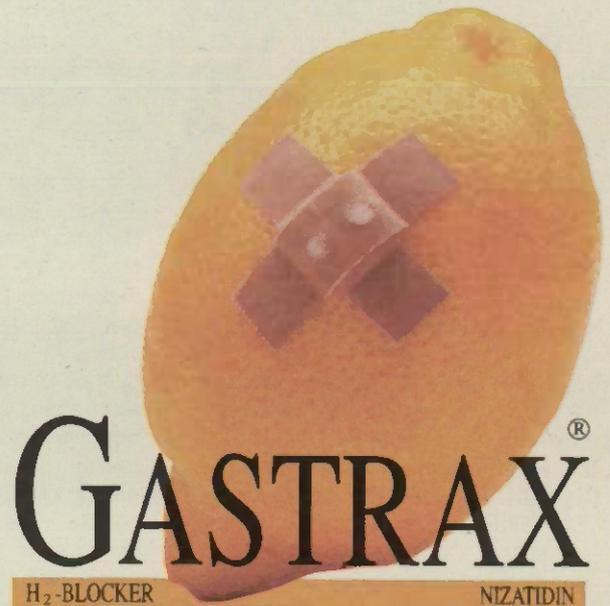
„Endlich ein H₂-Blocker mit therapiegerechter Kalenderpackung, sagen meine Ärzte.“



„Alle beurteilen die Verträglichkeit von Gastrax als ausgezeichnet.“



„Die rasche Wirksamkeit beeindruckt immer wieder.“



GASTRAX[®]

H₂-BLOCKER

NIZATIDIN

„Einfach abends – damit der Schmerz* geht.“

** bei Ulcus duodeni/Ventriculi*

Gastrax® / Gastrax® mit Zusammensetzung: 1 Kapsel Gastrax® / Gastrax® mit enthält 300/150 mg Nizatidin. **Anwendung:** Zur Behandlung von Erkrankungen im oberen Magen-Darm-Bereich, bei denen eine Verminderung der Magensäuresekretion angezeigt ist wie Duodenalulzera, benignen Magenulzera. Gastrax® mit außerdem zur Rezidivprophylaxe von Duodenalulzera. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen H₂-Rezeptor-Antagonisten. Maligne Magenulzera vor der Behandlung ausschließen. Kinder, da Verträglichkeit und Wirksamkeit nicht klinisch geprüft. Schwangerschaft, geplante Schwangerschaft, da klinische Erfahrungen nicht vorliegen. Tierversuche ergaben keine Hinweise auf Fruchtbeschädigungen. Stillzeit, da der Wirkstoff in die Muttermilch übergeht. Gastrax® (300 mg Nizatidin) bei schwerer Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance < 40 ml/min. bzw. Serumkreatinin-Konzentration > 2,5 mg/100ml) und bei Patienten über 75 Jahre. Gastrax® mit (150 mg Nizatidin) nicht zur Rezidivprophylaxe bei schwerer Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance < 40 ml/min. bzw. Serumkreatinin-Konzentration > 2,5 mg/100 ml) und bei Patienten über 75 Jahre. Hinweis: Bei Patienten mit Leberfunktions Einschränkung ist Vorsicht geboten. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich Schläfrigkeit, Schwitzen, Kopfschmerzen, Schwindel, Asthenie, Brustschmerzen, Myalgie, ungewöhnliche Träume, Schnupfen, Entzündungen der Rachenschleimhaut, Husten, Juckreiz. Selten: Überempfindlichkeitsreaktionen (z.B. Urticaria, Exanthem, ödematöse Schwellung, Larynxödem, Bronchospasmen, Eosinophilie), exfoliative Dermatitis. In Einzelfällen: Gynäkomastie, Thrombozytopenie und Verwirrheitszustände. Bei einigen Patienten vorübergehende Erhöhung der Leberenzymwerte (SGOT, SGPT, alkalische Phosphatase). In seltenen Fällen: deutliche symptomlose Erhöhungen von SGOT und SGPT (> 500 I. E./l.), die nach Absetzen rasch zurückgehen. Erhöhungen der Harnsäure- und Serumkreatininwerte. Blutkonzentrations-Veränderungen von Dihydrotestosteron, deren klinische Bedeutung noch unklar ist. **Wechselwirkungen:** Bei gleichzeitiger Gabe mit sehr hohen Acetylsalicylsäure-Dosen (3900 mg) Erhöhung der ASS-Spiegel. Urobilinogen-Tests mit Multistix können falsch positiv ausfallen. **Dosierungsanleitung und Dauer der Anwendung:** Ulcera duodeni, Ulcera ventriculi: Gastrax® 1x täglich abends 1 Kapsel; Gastrax® mit 1x täglich 2 Kapseln (abends) bzw. 2x täglich (morgens und abends) 1 Kapsel. 4 bis 8 Wochen je nach Behandlungserfolg. Rezidivprophylaxe: Gastrax® mit 1x täglich abends 1 Kapsel; bis zu einem Jahr. Patienten mit schwerer Niereninsuffizienz (Kreatinin-Clearance < 40 ml/min. bzw. Serumkreatinin-Konzentration > 2,5 mg/100 ml) und Patienten über 75 Jahre bei Ulcera duodeni/ventriculi 1x täglich abends 1 Kapsel Gastrax® mit. **Packungsgrößen und Preise:** Gastrax® Kapseln (Kalenderpackungen): 14 DM 88,25; 28 DM 164,60; 42 DM 239,40; Gastrax® mit Kapseln: 20 (N1) DM 65,00; 50 (N2) DM 150,35; 100 (N3) DM 295,00. Weitere Einzelheiten enthalten die wissenschaftliche Broschüre und die Gebrauchsinformationen für Fachkreise. ASCHE AG, Postfach 50 01 32, 2000 Hamburg 50. Stand: September 1989

ASCHE AG
Arzneimittel mit Service

GASTRO
KOMPETENZ

Schwerkranker“ durchgeführt. Die wesentlichen Erkenntnisse dieser Veranstaltung wurden in der letzten Akademiesitzung am 15. Juli dieses Jahres in München in Gegenwart von Dr. Fuchs eingehend erörtert. Wir sind gemeinsam zu der Erkenntnis gekommen, solche Veranstaltungen fortzusetzen, dies möglichst an zentralen Orten in Bayern, zunächst flächendeckend.

Die in der Akademie und der Arbeitsgemeinschaft schon vor Jahren immer wieder vorgetragene Situation zwischen dem Bedarf und dem Bedürfnis ärztlicher Fortbildung kam hier besonders auffällig zum Ausdruck. Der objektive Bedarf solcher Veranstaltungen ist sicher gegeben. Ebenso wichtig ist es aber, das Bedürfnis für solche Veranstaltungen zu wecken.

Die vom Bayerischen Ärztetag 1976 beschlossene Satzung für die Akademie sieht für diese zwar ausschließlich ärztliche Fortbildungsveranstaltungen vor, jedoch ist nach Artikel 2 des Kammergesetzes der Berufsvvertretung der Ärzte auch die Aufgabe gegeben, „in der öffentlichen Gesundheitspflege“ mitzuwirken, so daß die Bayerische Landesärztekammer auch in diesem Sinne für die Zukunft Informationsveranstaltungen für Ärzte und pflegerisches Personal durchführen wird. Der Kammervorstand hat in der Sitzung vom 15. Juli 1989 dazu seine Zustimmung erteilt.

Da das Thema Werbung oder unerlaubte Werbung in der ärztlichen Fortbildung uns ja seit Jahren beschäftigt, hat die Akademie einen Entwurf mit alternativ auszuwählender Textformulierung, sowie Danksagung an Sponsoren von Fortbildungsveranstaltungen ausgearbeitet, der den von den Körperschaften

getragenen Fortbildungsveranstaltungen empfohlen wird. – Wir haben besonderen Wert darauf gelegt, daß in der Aussage zwar keine Werbung, aber dafür ausschließlich ein der Höflichkeit entsprechender Dank zum Ausdruck kommt.

Die Akademie begrüßte das Vorhaben der Fachgesellschaft der Ärzte in der pharmazeutischen Industrie, eine Fortbildungsveranstaltung mit dem Thema „Erkennung, Erfassung und Weiterleitung von Arzneimittelnebenwirkungen“ durchzuführen.

In einem Schreiben des Bayerischen Staatsministeriums des Innern, das über die Bayerische Landesärztekammer der Akademie zugeleitet wurde, wurde die Bitte an uns gerichtet, die Fortbildung von Ärzten über AIDS und die Behandlungsmöglichkeiten von opportunistischen Infektionen bei einer AIDS-Erkrankung zu verstärken. Die Akademie hat dieses Schreiben positiv gewürdigt, konnte jedoch auf entsprechende Fortbildungsveranstaltungen auf Landes-, Bezirks- und Kreisebene, die diesbezüglich durchgeführt worden sind und durchgeführt werden, gerne hinweisen.

Der vorgegebene Zeitrahmen läßt es nicht zu, über alle die Aktivitäten und Detailthemen in den Sitzungen ausführlichere Erörterungen zu geben. Aus diesem Grunde habe ich mich auf die wesentlichsten Fragen beschränkt. 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 medizinischen Hilfspersonal anzubieten. Dies wurde nachgewiesenermaßen auch intensiv genutzt.

Zum Abschluß meiner Ausführungen bedanke ich mich bei allen Mitgliedern der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung für ihre besondere aktive Mitarbeit. Ich bedanke mich bei den Kollegen Stordeur und Amarotico, bei dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer und unserem 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

Der Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“ hat im Berichtszeitraum fünf Sitzungen abgehalten und sich mit einer Vielzahl von Fragen befaßt. Auf sie hier alle einzugehen, würde den Rahmen eines ergänzenden Berichtes zum Geschäftsbericht des Präsidenten sprengen. Gestatten Sie mir deshalb, nur einige zentrale Fragen aufzugreifen und insbesondere solche Probleme anzusprechen, die auch Gegenstand diverser Anträge auf diesem 42. Bayerischen Ärztetag sind.

Noch immer ist, über die universitären klinischen Einrichtungen hinaus, das Krankenhaus die wichtigste Aus- und Weiterbildungsstelle für den ärztlichen Nachwuchs. Jede Änderung des Ausbildungsrechts trifft damit zunächst uns Krankenhausärzte und beeinflußt ganz wesentlich auch unsere Arbeitsbedingungen. Es ist unter diesen Umständen unausbleiblich, daß sich ein Ausschuß von Krankenhausärzten immer wieder der Ausbildungsprobleme annimmt. Für den Bereich unserer Kammer gilt dies um so mehr, als wir einen Ausschuß „Aus- und Weiterbildung“ nicht haben.

Über das Problem der Realisierung des neuen Ausbildungsabschnitts „Arzt im Praktikum“ hinaus hat sich unser Ausschuß deshalb auch mit der Umsetzung der EG-Richtlinie Allgemeinmedizin befaßt und Fragen der Reform der ärztlichen Ausbildung diskutiert. Die Frage „6 + 2“ oder „5 + 3“ hat uns also ebenso beschäftigt wie nahezu alle Gremien anderer ärztlicher Institutionen. Einmütig

Bayerische Ärzteversorgung

Der Jahresabschluß und der Lagebericht der Bayerischen Ärzteversorgung für das Geschäftsjahr 1988 wurden vom Landesausschuß des Versorgungswerkes in seiner Sitzung am 28. Oktober 1989 diskutiert und zustimmend entgegengenommen.

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

Postanschrift: Bayerische Ärzteversorgung, Postfach, 8000 München 22

haben wir die Haltung des Präsidenten und der Bayerischen Staatsregierung in dieser Frage begrüßt. Dabei war nicht von ausschlaggebender Bedeutung, daß grundsätzlich an der bisherigen Regelung eines sechsjährigen Studiums und einer anschließenden zweijährigen Praxisphase festgehalten werden sollte, sondern allein die Überlegung, daß eine zu grundsätzlich selbständiger ärztlicher Tätigkeit in eigener Praxis befähigende Ausbildung insgesamt nicht länger als acht Jahre dauern darf. Die Einführung einer dreijährigen Praxisphase im Anschluß an den unmittelbaren Studienabschluß ist nur dann zu vertreten, wenn zugleich eine *tiefgreifende Studienreform*, verbunden mit einer Abkürzung der Studierendauer auf fünf Jahre, verbunden ist.

Zudem verstehen nicht alle Befürworter einer dreijährigen Praxisphase diese als Teil der Ausbildung – mit der daraus resultierenden Verantwortung des Staates für ihre Realisierung –, sondern gar mancher liebäugelt eher damit, diese drei Jahre als Zeit der Pflichtweiterbildung auszugestalten, mit dem Risiko, daß sie eben dann von vielen gar nicht durchlaufen werden könnte. Die drei Jahre vorwegzunehmen, sie schon jetzt auf eine sechsjährige Studienzzeit aufzupropfen und dann am Ende es noch bei neun Jahren zu belassen, wäre aus unserer Sicht unter keinen Umständen zu vertreten. Eine solche Lösung müßte auch den gegenwärtig erkennbaren Druck zur Realisierung einer echten Studienreform beseltigen. Für diejenigen unserer Kolleginnen und Kollegen, denen es im Grunde nur darum geht, den Zugang zu freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit zu erschweren – auch sie soll es ja geben –, wäre es nur recht, wenn die einzige „Reform“ in der Erschwerung der Bedingungen für eine Niederlassung bestünde. Wir dürfen und werden uns nicht dem Verdacht aussetzen, wir würden am Ende „6 + 3“ in Kauf nehmen.

Lassen Sie mich noch kurz auf die aktuelle Situation der AiP-Phase eingehen: Auf dem 41. Bayerischen Ärztetag in Nürnberg haben wir besorgt die Frage diskutiert, ob es gelingen wird, den Arzt im Praktikum in Bayern zu realisieren. Die zu diesem Problemkreis gefaßten Entschließungen waren berechtigt. Es liegt nahe, daß sich der Ausschuß „Angestellte Ärzte“ auch im letzten Jahr sehr intensiv mit der AiP-Frage befassen mußte.



Schwäbische Delegierte

Auch wenn es im Herbst 1988 gelungen war, die ersten Betroffenen recht zügig unterzubringen, mußte man doch besorgt sein, ob dies für den Frühjahrstermin 1989 auch gelten würde. Ich glaube, man kann feststellen, daß sich auch in den letzten Monaten noch keine ernsthaften Schwierigkeiten für den ärztlichen Nachwuchs ergeben haben. Jedenfalls nicht für diejenigen unserer Kolleginnen und Kollegen, die über das gebotene Maß an räumlicher Flexibilität verfügen und sich nicht auf ein bestimmtes Fach, womöglich eines der kleinen „Organfächer“, unwiderprüflich festgelegt haben.

Es wird nun abzuwarten sein, ob es auch gelingt, die Betroffenen aus dem dritten Prüfungstermin innerhalb angemessener Zeit unterzubringen. Hält man sich vor Augen, daß die beiden vorangegangenen Examenstermine zahlenmäßig schwächer als sonst üblich besetzt waren, muß man davon ausgehen, daß es nun überproportional viele Kolleginnen und Kollegen sind, die den dritten Prüfungsabschnitt absolvieren und AiP-Stellen suchen. Weil dem so ist, ist es durchaus berechtigt, wenn der Vorstand auch diesem 42. Ärztetag eine Entschließung zur AiP-Phase vorlegt.

Aus dem Kreis der Delegierten, die in unserem Ausschuß mitarbeiten, ist ebenfalls ein Antrag eingebracht worden, der darauf zielt, die besondere Kenntnis der lokalen Verhältnisse, wie sie bei den staatlichen Gesundheitsämtern ja zweifelsfrei gegeben ist, dafür zu nutzen, brauchbares Zahlenmaterial über die verfügbaren AiP-Plätze in Bayern zu beschaffen.

Dies deshalb, weil durchaus kritisch anzumerken ist, daß sich die leitenden Ärzte unserer Krankenhausfachabteilungen, ebenso aber auch die Krankenhausverwaltungen zu einem nicht geringen Teil der Mitarbeit bei den bisherigen Erhebungen entzogen haben.

Demgegenüber ist positiv anzumerken, daß doch eine erhebliche Zahl niedergelassener Kollegen sich bereit gefunden hat, dem ärztlichen Nachwuchs beim Erwerb erster praktischer beruflicher Erfahrungen zu helfen. Besonders diesen Kollegen sei hier gedankt.

Eine weitere kritische Anmerkung sei erlaubt: Gerade in den letzten Monaten ist wieder neue Unruhe deshalb entstanden, weil in Informationsveranstaltungen zur Problematik der Arzthaftung behauptet wurde, gerade bei der Beschäftigung von AiPs bestünden besonders große Haftungsrisiken. Der AiP sei selbständig überhaupt nicht einsetzbar. Daß nicht behauptet wurde, sein Status sei schlechter als der des früheren Medizinalassistenten, ist schon alles. Ich will die Haftungsproblematik hier nicht vertiefen. Das zuständige Bayerische Staatsministerium des Innern hat vor kurzem noch einmal in sehr eindeutiger Weise zu dem Fragenkomplex Stellung genommen und unsere Rechtsauffassung unterstrichen, daß sich der AiP bezüglich seiner Einsetzbarkeit vom bisherigen Berufsanfänger nicht unterscheidet!

Erhebliche Bedeutung kam im vergangenen Jahr der Änderung des Bayerischen Hochschullehrergesetz-

zes zu. Der Bayerische Ärztetag hatte in den vergangenen Jahren immer wieder Gelegenheit genommen, darauf hinzuweisen, daß der allein in Bayern praktizierte sogenannte „Hilfskraftstatus“ für die im klinischen Bereich tätigen Kolleginnen und Kollegen revisionsbedürftig sei. Nachdem durch das Hochschulrahmengesetz des Bundes ohnehin tiefgreifende Änderungen in der Personalstruktur zwingend vorgegeben waren und unmittelbar geltende bundesgesetzliche Regelungen über die Beschäftigung sogenannter „wissenschaftlicher Mitarbeiter“ bindendes Recht auch für die Länder geschaffen haben, war es an der Zeit, die Hilfskraft für den klinischen Bereich grundsätzlich zu beseitigen. Unsere Vorstellungen sind im Gesetzgebungsverfahren zu einem nicht unbeträchtlichen Teil umgesetzt worden.

Das Änderungsgesetz ist zwar zum 1. April 1989 in Kraft getreten, leider aber lassen bis heute die Verwaltungsanweisungen des Bayerischen Staatsministeriums für Wissenschaft und Kunst noch immer auf sich warten. An den Hochschulkliniken ist dadurch erneut erhebliche Unsicherheit und Unruhe entstanden.

Es ist sicher noch zu früh, den Bayerischen Ärztetag in dieser Sache um eine Intervention zu bitten; sollte aber die Verwaltungspraxis den Intentionen des Gesetzgebers wiederum nicht gerecht werden, bedürfen die Betroffenen sicher der Unterstützung unseres gesamten Berufsstandes, um sich Gehör zu verschaffen. Es wäre nicht hinzunehmen, wenn die Verwaltung des zuständigen Ministeriums für Wissenschaft und Kunst mit den Universitätsverwaltungen und mit Unterstützung einiger Klinikdirektoren die zweifelsfrei schlechte Arbeitsmarktlage für den ärztlichen Nachwuchs dazu mißbrauchen würde, die Intentionen des Bundes- und Landesgesetzgebers zu unterlaufen.

Breiten Raum nahm in unserem Ausschuß die Diskussion um die neuen „Weiterbildungsrichtlinien“ ein – eine Diskussion, die ja insbesondere auch zu Kontroversen zwischen der Fachgesellschaft für Innere Medizin und dem Berufsverband der Internisten geführt hat.

Die ständig steigenden Anforderungen an die Weiterbildungsinhalte, insbesondere aber die in den Richtlinien geforderten Untersuchungs-

und Operationszahlen, lassen es kaum mehr zu, die Gebietsweiterbildung in den großen Fächern in den vorgegebenen Mindestweiterbildungszeiten auch nur annähernd abzuschließen. Das – um ein häßliches Wort zu gebrauchen – „Patientengut“ unserer Krankenhäuser reicht nicht aus, die vorgegebenen Untersuchungszahlen zu erreichen. Im Grunde wächst die Gefahr, daß invasive diagnostische Maßnahmen über das medizinisch gebotene Maß hinaus und letztlich auch unter Verletzung von Wirtschaftlichkeitsgeboten deshalb durchgeführt werden, weil nur so die vorgeschriebenen Leistungen nachgewiesen werden können!

Natürlich können solche Überlegungen nicht dazu führen, den Leistungs- und Erfahrungsstandard so abzusenken, daß er unschwer von allen weiterbildungswilligen Kolleginnen und Kollegen erfüllt werden kann, dadurch aber die fachliche Qualifikation für eine selbstverantwortliche gebietsärztliche Tätigkeit nicht mehr uneingeschränkt gewährleistet ist. Trotzdem müssen nach unserer mehrheitlichen Auffassung die vorgegebenen Anforderungen – auch im Hinblick auf die spätere Ausübung in der gebietsärztlichen ambulanten oder stationären Tätigkeit – ernsthaft überprüft werden.

Eines sei in diesem Zusammenhang allerdings festgestellt: Auch nach unserer Auffassung muß gewährleistet bleiben, daß mit einer Gebietsanerkennung die Befähigung ausgewiesen ist und das Recht begründet wird, alle ins Fachgebiet fallenden Leistungen auch im Rahmen einer kassenärztlichen Tätigkeit zu erbringen. Es wäre verhängnisvoll, wenn neben der Gebietsanerkennung in zunehmendem Maße besondere Nachweise für die Zulassung zu entsprechender kassenärztlicher Tätigkeit gefordert würden. Ich möchte hier nicht falsch verstanden werden und jegliche Qualitätskontrolle nach der Gebietsanerkennung ablehnen: nach der Gebietsanerkennung dürfen aber im kassenärztlichen Bereich keine anderen Maßstäbe angelegt werden als im stationären Bereich.

Mit einer anderen wichtigen Problematik für die Krankenhausärzte hatte sich unser Ausschuß zu beschäftigen:

Zum 1. April 1989 ist für den öffentlichen Dienst eine Arbeitszeitverkür-

zung um eine Stunde wöchentlich wirksam geworden. Es lag nahe, im Ausschuß darüber zu beraten, wie diese Arbeitszeitverkürzung, der ja in wenigen Monaten eine weitere um eine halbe Wochenstunde folgen wird, tatsächlich umzusetzen ist und die schon vorliegenden praktischen Erfahrungen auszutauschen.

Die weit verbreitete Befürchtung unserer Kolleginnen und Kollegen, daß eine Arbeitszeitverkürzung letztlich nicht realisiert werden würde, hat sich bestätigt. Selbst an großen klinischen Einrichtungen, in denen die Arbeitszeitverkürzung die Schaffung zusätzlicher Planstellen geboten hätte, ist es nur in Ausnahmefällen wirklich zur Besetzung solcher Planstellen gekommen. Im Grunde steht die Arbeitszeitverkürzung auf dem Papier. Dies ist deshalb ärgerlich und nicht hinzunehmen, weil sie ja durch einen entsprechenden Lohnverzicht erkaufte werden mußte. In meiner Eigenschaft als Mandatsträger des Marburger Bundes darf ich hier durchaus darauf hinweisen, daß die wöchentliche Arbeitszeitverkürzung keines unserer tariflichen Ziele war. Unsere Vorstellungen für eine größere Beweglichkeit in der Umsetzung einer Arbeitszeitverkürzung sind aber nicht nur auf den Widerstand der ÖTV gestoßen, sondern auch von den öffentlichen Arbeitgebern nicht aufgenommen worden. Es drängt sich geradezu der Verdacht auf, daß man bei den Arbeitgebern sogar darauf spekuliert hat, daß die Arbeitszeitverkürzung in unseren Krankenhäusern letztlich auf dem Papier stehen wird und allenfalls dazu führt, daß die Zahl der Mehrarbeitsstunden anwächst! Da diese Mehrarbeit aber ohnehin nicht oder allenfalls in Ausnahmefällen vergütet wird, braucht man ja auf die Mitarbeiter in Krankenhäusern keine Rücksicht zu nehmen!

Lassen Sie mich zum Schluß noch auf ein anderes Thema zu sprechen kommen, mit dem sich sowohl der „Hochschulausschuß“ als auch unser Ausschuß sehr intensiv beschäftigen mußte, der Neufassung der Hochschullehrer-Nebentätigkeitsverordnung.

Schon vor mehreren Jahren haben der Bundestag und der Bundesrat das Nebentätigkeitsrecht der Beamten novelliert. Bayern ist durch eine entsprechende Nebentätigkeitsverordnung im Jahre 1988 gefolgt. Derzeit wird über einen Entwurf einer

Technologisch vorn – Ultraschall-Systeme von PPG HELLIGE

MEDICA 89 plus BIOTEC
 22.-25.11.89
 Halle 7
 Stand 7B12



Nicht nur das gefährdete, auch das werdende Leben stellt komplexe diagnostische Anforderungen an den Arzt.

Ultraschall-Systeme von PPG HELLIGE können Ihre medizinische Erfahrung zwar nicht ersetzen, helfen Ihnen aber mit zuverlässiger Information bei der Diagnose.

Echtzeitabbildungen von Gewebestrukturen, Organbewegungen und Blutströmungsver-



hältnissen ermöglichen die Befundermittlung von Kopf bis Fuß. Eine Vielzahl von Schallköpfen für alle Erfordernisse der allgemeinen und fachärztlichen Untersuchung stehen zur Auswahl.

Sie sehen, wir schaffen die Voraussetzungen für eine sichere Dia-



gnose – selbst bei schwierigsten Applikationsbedingungen.

Ganz gleich, ob Sie sich für ein tragbares Kompaktgerät oder einen Universalsonographen von PPG HELLIGE entscheiden – in jedem Fall entscheiden Sie sich für Qualität.

Wollen Sie mehr über unsere Ultraschall-Systeme erfahren? Schreiben Sie uns oder rufen Sie einfach an. Wir informieren Sie gern ausführlich.

HELLIGE GMBH
 Heinrich-v.-Stephan-Str. 4
 D-7800 Freiburg i. Br.
 Telefon (0761) 40 11-0
 Fax (0761) 40 11-445
 Telex 772 705 heli d

PPG HELLIGE

neuen Nebentätigkeitsverordnung für Hochschullehrer beraten. Es ist hier sicher nicht das Auditorium, um die Entwicklung des Nebentätigkeitsrechts im einzelnen darzustellen. Einschränkungen, etwa für unsere amtsärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen, waren nach den bundesrechtlichen Vorgaben nicht abzuwenden. Die neuen Regelungen zur Kostenerstattung zielen, wie ich meine, teilweise eher auf eine Teilhabe der öffentlichen Hand an den Erträgen der Nebentätigkeit – vergleichbar etwa der Umsatzpacht für den Blumenladen im Bahnhofsgebäude – als auf wirkliche und zweifelsfrei ja auch gebotene Kostenerstattung ab.

Beschäftigt hat uns im Ausschuß vor allem die geplante Neuordnung der Nebentätigkeitsbestimmungen für Hochschullehrer. Dies deshalb, weil dort – ich will es verkürzt ausdrücken – das „monopolistische“ Liquidationsrecht der Klinik- und Institutsvorstände erneut festgeschrieben werden soll. Wir sind der Auffassung, daß die gegenwärtig noch immer vorgesehenen Regelungen ganz wesentliche Prinzipien unserer freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit mißachten: Sowohl die GOÄ als allgemeine amtliche Gebührenordnung als auch das Kassenarztrecht gehen vom Prinzip der persönlichen Leistungserbringung – als der Voraussetzung eines Honoraranspruchs – aus. § 4 Abs. 2 GOÄ bestimmt, daß ein Arzt Gebühren nur für selbständige ärztliche Leistungen berechnen kann, „die er selbst erbracht hat oder die unter seiner Aufsicht nach fachlicher Weisung erbracht wurden“. Jeder von uns erfährt täglich in seiner Arbeit, daß es die zunehmende Spezialisierung vor allem in den großen Fächern einfach nicht mehr erlaubt, das ganze diagnostische und therapeutische Spektrum zu beherrschen. An den hochspezialisierten Krankenanstalten der höchsten Versorgungsstufe ist gerade deshalb eine zunehmende Verselbständigung von Teilgebieten und Funktionsbereichen festzustellen. Die großen kommunalen Einrichtungen haben dieser Entwicklung schon lange Rechnung getragen und selbständige Parallelabteilungen mit unterschiedlichen fachlichen Schwerpunkten geschaffen. Ganz anders unsere Universitätskliniken – jedenfalls in Bayern: Dort wird an den großen Lehrstühlen und Klinikeinheiten festgehalten. Natürlich gibt es auch dort eine Vielzahl sachlich verselbständigter Funktionsbereiche,

formell handelt es sich bei ihnen eben aber nicht um Abteilungen, deren Leiter „selbstverantwortlich“ handelt. Viele dieser Bereiche werden von Universitätsprofessoren, C 3- oder C 2-Professoren betreut. Es liquidiert allerdings nicht der, der die Leistung allein und fachlich selbstverantwortlich erbringt und zum Teil nur erbringen kann, sondern der Klinikvorstand. Man kann nun wahrhaft nicht sagen, daß der in Lehre und Forschung unabhängige C 2- oder C 3-Professor seine speziellen Leistungen „unter Aufsicht“ oder gar „nach fachlichen Weisungen“ seines „Vorgesetzten“ erbringe. Hier ist Korrektur geboten. Wir sind der Auffassung, daß die tragenden Grundsätze der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte als zwingendes Recht auch der Umsetzung im Nebentätigkeitsrecht der Hochschule bedürfen. Einige Mitglieder unseres Ausschusses werden Sie deshalb darum bitten, eine entsprechende Entschließung zu unterstützen. Auch wenn es, was im Landtag und wohl auch im Kabinett erwogen wird, zu einer gesetzlichen Regelung der Honorarbeteiligung ärztlicher Mitarbeiter kommen sollte, wird dadurch der Widerspruch zum Prinzip der persönlichen Leistungserbringung nicht aufgelöst.

Mit diesem Ausschnitt aus der Arbeit in unserem Ausschuß wollte ich Sie mit Schwerpunkten unserer Beratungen vertraut machen. – Ihnen, Herr Präsident, danke ich für das Verständnis für unsere Probleme, der Geschäftsführung für die Unterstützung bei unserer Arbeit und Ihnen, meine Kolleginnen und Kollegen, für Ihre Aufmerksamkeit.

Ausschuß für Hochschulfragen

Professor Dr. W. Hecker

Der „Hochschulausschuß“ hat drei Sitzungen abgehalten und drei sehr wichtige Themen behandelt. Das erste Thema ist die Kapazitätsverordnung, die in unseren Augen entscheidend dafür ist, daß wir mit dieser Studentenflut leben müssen. Jeder, der diese Flut ändern will, beruft sich auf die Kapazitätsverordnung und jede Partei sieht die Notwendigkeit ein, die Zahl der Medizinstudenten zu begrenzen, fühlt sich aber nicht in der

Lage, die Kapazitätsverordnung zu novellieren. In unserer Arbeit hat sich besonders Professor Gekle mit dieser Thematik beschäftigt: der Umdruck Nr. 3, der Ihnen vorliegt, entstammt seiner Feder und ich bitte dringend, ihm zuzustimmen.

Ich will weiter folgendes sagen: Die Kapazität unserer Universitäten ist nicht ausreichend, um die gewaltige Zahl der Studenten zu versorgen, so daß die Qualität der Ausbildung nicht mehr erfüllt wird, so wie „Vater Staat“ das verlangt, und zwar aus verschiedenen Gründen:

● Die Zahl der erforderlichen Patienten steht nicht zur Verfügung.

● Die Bereitschaft der Patienten, sich für Untersuchungen oder Unterrichtsveranstaltungen zur Verfügung zu stellen, hat erheblich abgenommen, sogar bei uns im kinderärztlichen Bereich.

● Die Gruppengröße für die Ausbildung sollte 5 bis 6 Studenten umfassen. Tatsächlich sind es 12 bis 16 – eine Zahl, die für einen Gruppenunterricht absolut zu groß ist.

● Es stehen nicht genügend erfahrene Lehrkräfte zur Verfügung. Gefordert werden muß, daß da, wo das Hochschulrahmengesetz vorsieht, daß Professoren, Oberärzte, Lehrbeauftragte oder Dozenten den Unterricht gestalten, nicht wissenschaftliche Hilfskräfte eingesetzt werden.

Es muß daher gefordert werden, daß auf der Grundlage der erstellten Gutachten und in Übereinstimmung mit den Empfehlungen des Wissenschaftsrats vom Januar 1989 für die patientenbezogene Zulassung der vorgesehene Wert von 20 Prozent der tagesbelegten Betten für die Kapazitätsberechnung zu verwenden und diese an jeder Universität mit der personalbezogenen Kapazität zu vergleichen ist, um den jeweils niedrigeren Wert als Kapazität festzusetzen. Bei der Berechnung der Kapazität sollte außerdem eine Arztstelle je 5,2 Betten (Gutachten des ZVS) als „Krankenversorgungsabzug“ zur Berücksichtigung kommen.

Der zweite Punkt unserer Besprechung war: Wir wollten den Rechtsschutz der Universitätsassistenten dem der städtischen und kommunalen Krankenhäuser angleichen, was

aber nicht möglich ist, wie wir uns leider von den Rechtsanwälten unserer Kammer belehren lassen mußten. „Vater Staat“ ist als Selbstversicherer nicht bereit, für seine Hochschulärzte eine Versicherung abzuschließen, wie es im kommunalen Bereich üblich ist. Letztlich hat uns außerordentlich betrübt, daß der Freistaat Bayern auch weiterhin nicht gewillt ist, für seine Hochschulkliniken dem Schlichtungsverfahren der Bayerischen Landesärztekammer beizutreten.

Der dritte Punkt ist außerordentlich sensibel und problematisch: Was Ihnen Professor Kunze eben über die Bayerische Hochschullehrer-Nebentätigkeitsverordnung vorgestellt hat, sieht nach der Diskussion im „Hochschulausschuß“ doch etwas anders aus. Sehr richtig ist, daß eine Diskrepanz besteht zwischen dem § 4 Abs. 2 der Gebührenordnung sowie dem § 13 der Nebentätigkeitsverordnung –, während die Gebührenordnung vorseht, daß nur der, der eine Leistung selbst erbracht hat, oder wenn diese unter der Aufsicht und der fachlichen Weisung des Liquidationsberechtigten erfolgte, dafür liquidieren kann. Andererseits gestattet die Nebentätigkeitsverordnung, daß Arbeit, das heißt ärztliche Leistung, an andere

Mitarbeiter übertragen werden kann, und daß dafür diesen Mitarbeitern ein entsprechender Beteiligungsanteil im Liquidationsverfahren angemessen zustehen soll. Diese Diskrepanz ist entscheidend, und wir haben unseren Präsidenten gebeten, bei dem Wissenschaftsministerium nachzufragen, ob hier eine Harmonisierung zu erreichen ist.

Der Präsident hat mit dem zuständigen Wissenschaftsministerium gesprochen. Das Ergebnis lautet, daß das Ministerium durchaus wünscht – und sehr wünscht –, daß die Mitarbeiter am Liquidationsverfahren angemessen beteiligt werden. Im Augenblick ist es aber noch so, daß das Ministerium zur Zeit keine Vorstellung hat, wie der Wunsch nach Beteiligung der Mitarbeiter rechtlich verankert werden soll, denn es sei ein Grundsatz der bayerischen Krankenhauspolitik, daß man in die inneren Belange der Universitätskliniken nicht eingreifen will. Es wird also vom Wissenschaftsministerium sehr gewünscht, die Mitarbeiter zu beteiligen. Das Ministerium sieht auch in dem § 4 der GOÄ – das heißt, daß nur derjenige, der eine Leistung eigenständig erbracht hat, auch selber liquidieren darf – keinen Hinderungsgrund, weil

man wünscht, daß die entsprechenden Mitarbeiter am Liquidationsrecht der Klinik- und Institutionsvorstände beteiligt werden sollen.

Der Klinik- und Institutsdirektor besitzt also das Recht, die eigenständig arbeitenden Mitarbeiter entsprechend seiner eigenen liquidationsberechtigten Tätigkeit einzusetzen und entsprechend zu beteiligen. Wer das Universitätsleben kennt, weiß, daß in der Regel diese Mitbeteiligung ausgezeichnet funktioniert, besonders in den großen Kliniken und Instituten. Aber es gibt „schwarze Schafe“ – das will ich durchaus zugestehen – und diese wenigen „schwarzen Schafe“ sind auch der Grund, weswegen der Hochschulausschuß sich mit dieser Problematik beschäftigen mußte. Man muß aber sagen: nicht nur die von Professor Kunze genannten C 3- und C 2-Professoren kommen in die von ihm angestrebte Regelung mit hinein, sondern es müssen auch die Oberärzte, die selbständig arbeitenden Ärzte, die nach A 14, A 15 und nach A 16 besoldet werden, hier in die von Professor Kunze angestrebte Regelung miteinbezogen werden, und wenn die alle ein eigenes Liquidationsrecht bekämen, wäre eine Universitätsklinik praktisch nicht mehr zu

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. -Dragees: 30 St. DM 7,48; 100 St. DM 18,96.



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

führen. Ich bin also der Überzeugung, daß hier das Wissenschaftsministerium sich überlegen soll, wie man den Wunsch nach angemessener Liquidationsbeteiligung der Mitarbeiter irgendwie rechtlich verankert und die Angemessenheit klar definiert. Abschließend darf ich Ihnen sagen, daß die Schlichtungskommissionen der Fakultäten nur vereinzelt Anlaß hatten, hier einzugreifen, um Recht und Ordnung zu schaffen. Ich bin der Überzeugung, daß diese Kommissionen in der Lage sind, Dinge, die derzeit nicht in Ordnung sind, auch zu bereinigen, und ich stelle noch einmal fest: Auswüchse im negativen Sinn sind extrem selten. In der Regel werden in einer großzügigen Art und Weise die Mitarbeiter im Liquidationsrecht beteiligt.

Krankenhausausschuß

Professor Dr. G. Wündisch

In vier Sitzungen (19. Oktober 1988, 25. Januar, 31. Mai und 5. Juli 1989) wurden folgende Themen behandelt:

Zunächst der Bereich „Gebietsarztprüfungen“. Dr. Stordeur gab hierzu einen Sachstandsbericht. Als Problem, das in der Zukunft diskutiert werden muß, sind befristete Arbeitsverträge für Assistenzärzte zu sehen; dies soll demnächst in einer gemeinsamen Sitzung mit dem Ausschuß „Angestellte und beamtete Ärzte“ geschehen.

Hinsichtlich der Öffentlichkeit der sogenannten Gebietsarztprüfungen, die auch am letzten Ärztetag diskutiert wurde, nahm der Ausschuß eine ablehnende Haltung ein (8 : 4 Stimmen).

Als Ergebnis der Ausschußarbeit kann berichtet werden, daß in Erfüllung des entsprechenden Beschlusses des letzten Bayerischen Ärztetages inzwischen am 6. Juli 1989 im Ärztehaus Bayern die erste Veranstaltung mit dem Thema „Psychische Betreuung und soziale Beratung Schwerkranker“ stattfand. Dies geschah im Sinne einer Pilotveranstaltung, auch in Zusammenarbeit mit der Akademie für ärztliche Fortbildung. Besonders muß in der Ausarbeitung und Vorbereitung hierzu das Engagement unserer Ausschußmitglieder, des Kollegen Bickhardt und des Vize-

präsidenten Dr. Fuchs, hervorgehoben werden.

Hinsichtlich des Problemkreises „Eigenblutspende“ ist zu berichten, daß in Unterfranken in Zusammenarbeit von Krankenhäusern verschiedener Größe unter Federführung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und unter Initiative unseres Ausschußmitgliedes Dr. Ottmann entsprechende Modellvorhaben stattfinden.

Ein Hauptarbeitsbereich des Krankenhausausschusses im letzten Jahr war die Behandlung des sogenannten Pflegenotstandes bzw. der Probleme, die sich hinter diesem Schlagwort verbergen.

Dazu wurde als kompetenter Referent der Leiter des Pflegedienstes des Klinikums Nürnberg, Pflegedirektor Thiel, in den Ausschuß geladen. Hierzu nur einige Stichworte: Zunahme der Pflegebedürftigkeit unserer Bevölkerung bei Abnahme des Nachwuchses für die Pflegeberufe. So zeigt die demographische Entwicklung den kontinuierlichen Anstieg der älteren Mitbürger, so daß im Jahre 2000 ca. 25 Prozent der Bundesbürger in der Altersgruppe über 60 bis 65 Jahre zu finden sind, von denen wohl knapp die Hälfte gesundheitliche Probleme aufweisen werden. Ab 1995 stehen nur noch halb so viele Schulabgänger zwischen 16 und 19 Jahren zur Verfügung, aus denen sich Pflegepersonal rekrutieren kann. Vor diesem Hintergrund verschärft sich die Problematik der derzeit sicher nicht leistungsgerechten Bezahlung bei ungünstigen Dienstzeiten im Vergleich zu anderen Berufen – um nur einige der Probleme, die diskutiert wurden, anzusprechen. Es ist leider festzustellen, daß der schon jetzt zunehmende Mangel an qualifizierten Pflegepersonen – wenn auch unterschiedlich in den verschiedenen Krankenhausbereichen ausgeprägt – in Zukunft zu einem erheblichen Problem der stationären ärztlichen Versorgung führen wird.

Einen breiten Raum nahm in der Ausschußarbeit der Themenkreis „Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik“ ein, insbesondere vor dem Hintergrund des Prüfsteins „vor- und nachstationäre Diagnostik und Behandlung“. Dabei kam der Ausschußarbeit zugute, daß im Ausschuß auch niedergelassene Kollegen als Mitglieder vorhanden sind. Kollege Hahn und Kollege Hirschmann wie auch

Kollege Ottmann machten hierzu Ausführungen aus ihrer Sicht.

Hierbei kam der Krankenhausausschuß insgesamt zur Auffassung, daß der Einrichtung einer prä- und poststationären Versorgung generell nicht zugestimmt werden kann.

Jedoch sind unter dem Gesichtspunkt einer optimalen Patientenversorgung Verknüpfungen der ärztlichen Betreuung im ambulanten und stationären Bereich funktionell zu gestalten. Dabei sind die medizinischen Möglichkeiten der ambulanten Versorgung voll auszuschöpfen. Als weitere Möglichkeit wird die Förderung der belegärztlichen Tätigkeit gesehen.

Es war im Ausschuß unwidersprochen, daß von dem Instrument der Ermächtigung von Ärzten im Krankenhaus zur ambulanten Versorgung vermehrt und gezielter Gebrauch zu machen ist, wobei die sogenannte Bedarfsprüfung differenzierter und den tatsächlichen Gegebenheiten angepaßter zu erfolgen hat und insgesamt weniger nach formalen Gesichtspunkten. Für die Bedürfnisse der stationären Versorgung ist eine qualifizierte, ausreichende personelle Ausstattung zu gewährleisten, insbesondere, wenn zusätzliche Aufgaben auf die Krankenhausärzte zukommen.

Ein Teil der Ausschußarbeit findet sich auch in den vorgelegten Resolutionen zum Problemkreis „Krankenpflege“ und zum Bereich „Zusammenarbeit zwischen Praxis und Klinik“, die der positiven Abstimmung durch die Delegierten empfohlen werden.

Hilfsausschuß

Dr. Dr. E. Graßl

Der Hilfsausschuß der Bayerischen Landesärztekammer hat sich auch im letzten Geschäftsjahr um die hilfsbedürftigen Ärzte, Arzttwitwen und Arztwaisen gekümmert. Inzwischen sind es meist Hochbetagte (über 70 Jahre sind es 95 Prozent); von den 55 laufend Unterstützten sind allein 40 Personen über 80 Jahre alt. So brauchen auch viele nicht nur die finanzielle Unterstützung, sondern menschliche Zuwendung, telefonische und schriftliche Beratung. Vor allem sind auch

viele Verhandlungen mit den Leitern der Pflegeheime nötig, in denen sie sich zum Teil aufhalten.

Im ersten Halbjahr 1989 wurden 55 Ärzte und Arzttwitwen unterstützt; im Jahre 1988 waren vier Arzttwitwen verstorben. Es gab keinen Neuzugang.

Die Ausgaben des Hilfsfonds betragen DM 434 588,-, davon sind DM 400 598,- laufende (monatliche) und einmalige Beihilfen. Jedes Jahr erhalten die Unterstützten zu Weihnachten mit einem Weihnachtsbrief ein Weihnachtsgeschenk von DM 350,-, ferner auch eine Reihe von Bedürftigen, die keine monatliche Beihilfe bekommen. Für die Weihnachtsbeihilfen wurden DM 25 250,- ausgegeben. Sie machen immer viel Freude und es gibt dafür eine große Zahl von Dankesbriefen. Der Dank der Beschenkten muß weitergegeben werden an die Kolleginnen und Kollegen, die auch heuer wieder auf den jedes Jahr im November-Heft des „Bayerischen Ärzteblattes“ erscheinenden Spendenaufruf DM 11 718,- gespendet haben. Mit den anderen Spenden (Verzicht auf Sitzungsgelder usw.) von DM 14 348,- ging immerhin eine Summe von DM 26 066,- als Spende ein. Herzlichen Dank dafür den Spenderinnen und Spendern!

Wie jedes Jahr, so wurde auch heuer eine Spende von DM 2000,- dem Verband „Die Arztfrau e. V.“ überwiesen, der diese Summe wieder an bedürftige Arzttwitwen mit einem weihnachtlichen Brief weitergibt. Bei der Trauerfeier für die im letzten Jahre verstorbene langjährige, hochverdiente Vorsitzende dieses Verbandes, Pauline Steudemann, legte der Vorsitzende des Hilfsausschusses mit ehrenden Worten einen Kranz nieder. Auch der Zusammenschluß der Arztfrauen von Amberg/Sulzbach-Rosenberg, der wiederum betagte Arzttwitwen einlädt, wurde mit einer Spende bedacht.

Der Hilfsausschuß der Bayerischen Landesärztekammer tagte am 18. November 1988 zu seiner alljährlichen Sitzung, um über die Ausgaben und Einnahmen und die einzelnen Unterstützungen zu beraten. Neben dem Vorsitzenden Dr. Dr. Erich Graßl (München) und seinem 2. Vorsitzenden Dr. Hans-Joachim Kliesch (Sulzbach-Rosenberg) gehören ihm noch folgende Kollegen an: Dr. Günter Bauer (Rosenheim), Dr. Thomas Heuberger (Schwabach), Dr. Josef Neustifter (Dingolfing), Dr. Horst Rusche

(Bad Neustadt), Dr. Clemens Sebold (Bamberg), Dr. Heiko Thiele (Füssen).

Dazu besteht zur Beratung von akuten Fällen noch der „Kleine Hilfsausschuß“, bestehend aus dem 1. und 2. Vorsitzenden und Dr. Rusche.

Der „Große Hilfsausschuß“ und der „Kleine Hilfsausschuß“ wachen über die sachgemäße und der Not der Bedürftigen angepaßte Ausgabe der Geldmittel. Dafür besten Dank!

Dank, herzlicher Dank aber in erster Linie allen Kolleginnen und Kollegen, die durch ihre Beiträge den Hilfsausschuß in die Lage versetzen, den bedürftigen Ärzten, Arzttwitwen und Arztwaisen zu helfen! So kann der Hilfsausschuß der Bayerischen Landesärztekammer ein echtes Bindeglied in der großen bayerischen Arztfamilie sein.

Gemeinsame Kommission Datenschutz

Dr. K. Rösch

- zugleich Datenschutzbeauftragter der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns -

Der Deutsche Ärztetag hat sich heuer wirklich ausgiebig mit dem Datenschutz beschäftigt. - Das hat nun allerdings nicht zur Folge, daß mir die Themen ausgegangen wären. Meine Zielsetzung ist ja auch eine etwas andere. Ich habe Ihnen Bericht zu geben über die Entwicklung des Datenschutzes in bezug auf die ärztliche Tätigkeit in Gesetzgebung und Rechtsprechung. Ich habe Sie über die praktischen Gegebenheiten des Datenschutzes, das heißt, Versäumnisse, Probleme und Verbesserungen, zu informieren.

Im zurückliegenden Berichtszeitraum war das beherrschende Thema in unserem ärztlichen Bereich das *Gesundheits-Reformgesetz*. Ich will heute - da das Gesetz schon bald ein Jahr in Kraft ist - nicht die bereits aus dem Gesetzgebungsverfahren hinlänglich bekannte Kritik in Sachen Datenschutz wiederholen.

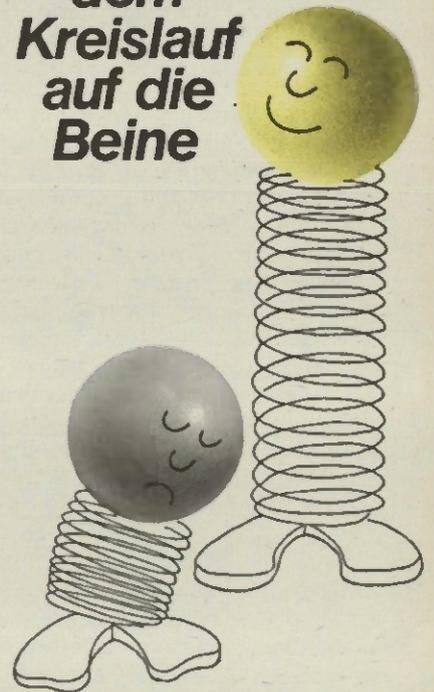
Die Forderungen der Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder sind vom Gesetzgeber ja auch weitgehend erfüllt worden. Im V. Buch

Verladyn® - Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 1,0 mg Dihydroergotaminmesilat, 1 ml Lösung (20 Tropfen) enthält: 2,0 mg Dihydroergotaminmesilat. **Anwendungsgebiete:** Hypotone und orthostatische Kreislaufregulationsstörungen, vaskuläre Kopfschmerzen, Migräne, Wetterfühligkeit. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Mutterkornalkaloiden. **Vorsicht** bei unzureichender Durchblutung der Herzkranzgefäße und bei Bluthochdruck. Erste drei Schwangerschaftsmonate. Ab dem vierten Schwangerschaftsmonat bei strenger Indikationsstellung. **Warnhinweis:** Lösung enthält 60 Vol.-% Alkohol. **Nebenwirkungen:** Selten Übelkeit, Erbrechen, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen oder allergische Hautreaktionen (Hautodem, Hautjucken, Hautausschlag). **Warnhinweis:** Bei zu langer und zu hoch dosierter Anwendung kann es bei individueller Überempfindlichkeit zu Taubheitsgefühl in den Fingern und Zehen oder Kältegefühl in Händen und Füßen sowie Muskelschmerzen in Armen und Beinen kommen. Das Präparat ist dann abzusetzen.

Verladyn®

Dihydroergotaminmesilat

hilft dem Kreislauf auf die Beine



NEU von VERLA
20 Tabl. N1 8.85
100 Tabl. N3 27.45
25 ml Lsg. 9.95
100 ml Lsg. 32.30

Verla-Pharm
Arzneimittelfabrik
8132 Tutzing

des Sozialgesetzbuches wurde nunmehr dem Datenschutz ein eigenes Kapitel mit 21 Paragraphen gewidmet.

Insbasondere kam man der Fordarung nach, die *Datenverarbeitung durch Kassen und Kassenärztliche Vereinigung* auf eine gesetzliche Grundlage zu stellen und den Verwendungszweck der Datenerhebung sowie Datenübermittlung klar festzulegen. Dazu fehlten ja in der RVO entsprechende Bestimmungen.

Bislang konnte man die Zulässigkeit der Verarbeitung personenbezogener Daten durch Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen nur aus der allgemeinen Aufgabenzuweisung des Gesetzgebers herleiten, also zum Beispiel aus der Sicherstellungs- und Überwachungsfunktion der Kassenärztlichen Vereinigung sowie aus der Aufgabe der Krankenkassen, den Leistungsanspruch des Versicherten zu überprüfen.

Die Regelung datenschutzrechtlich relevanter Vorgänge, wie zum Beispiel die Erhebung, Verarbeitung und Übermittlung von Daten etwa für die Abrechnung und Überprüfung ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen, waren bisher den Verträgen zwischen Kassen und Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen.

Das Sozialgesetzbuch zählt nun die Zweckbestimmungen auf, unter denen die Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung Versicherten Daten bzw. Arzt Daten erheben, erfassen und verwenden dürfen.

Diese Daten gelangen ja zu einem Großteil vom Kassenarzt an Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkasse. Deshalb konnte sich der Gesetzgeber nicht mit der Regelung der Datenerhebung durch Kassenärztliche Vereinigung und Kassen begnügen, sondern mußte auch den Arzt selbst ansprechen.

Er hat nunmehr festgelegt, daß die an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte befugt und verpflichtet sind, die für die Erfüllung der Aufgaben von Kassenärztlicher Vereinigung und Kassen notwendigen Daten in Zusammenhang mit der Leistungserbringung aufzuzeichnen und mitzuteilen. Dasselbe gilt für die sonstigen an diesem Versorgungssystem Beteiligten.

Es werden diesbezüglich immer wieder Anfragen an die Kammer und

Kassenärztliche Vereinigung gerichtet, wie sich die Übermittlung von Behandlungsdaten durch den Arzt an die Kassenärztliche Vereinigung zur ärztlichen Schweigepflicht verhält.

Ich darf deshalb nochmals klarstellen, daß die Weitergabe solcher Daten an die Kassenärztliche Vereinigung nicht gegen die ärztliche Schweigepflicht verstößt. Denn der Arzt wird eben durch kassenärztliche Vorschriften zu dieser Offenbarung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung gerade verpflichtet.

Der Gesetzgeber hat sich eingehend mit der *Datenübermittlung zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen zum Zwecke der Wirtschaftlichkeitsprüfung* befaßt. Für besonderen Diskussionsstoff hatte ja – ich darf hier an das Stichwort „gläserner Patient“ erinnern – die versichertenbezogene Datenzusammenführung gesorgt. Diese ist nun im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung auf die *Stichprobenprüfung und Einzelfallprüfung* beschränkt.

Die versichertenbezogene Datenverknüpfung soll mit Hilfe der sogenannten *Krankenversicherten-Nummer*, die jedem Versicherten zugeteilt werden muß, erfolgen. Diese Nummer muß der Arzt daher in den Abrechnungsunterlagen und Vordrucken angeben, gegebenenfalls durch eine Eintragung oder Übertragung. Das ist natürlich nur möglich, wenn der Patient die im Gesetz vorgesehene *Krankenversicherten-Karte* oder einen Krankenschein mit dieser Nummer vorlegt. Das wird aber wiederum nicht so bald der Fall sein. Denn die Verpflichtung der Krankenkasse, die Krankenversicherten-Nummer in den Kranken- oder Berechtigungsschein aufzunehmen, tritt erst ab 1. Januar 1990 in Kraft. Für die Einführung der Krankenversicherungs-Karte hat der Gesetzgeber den Kassen sogar bis 1. Januar 1992 Zeit gelassen.

Eine gesonderte Bestimmung regelt die *Auswertung der eigenen Datenbestände* durch Kassen- bzw. Kassenärztlicher Vereinigung zu *Forschungszwecken*.

Schließlich hat der Gesetzgeber nunmehr auch die *Aufbewahrung* bzw. die *Löschungsfristen* für die Daten bei Kassen und Kassenärztlicher Vereinigung festgelegt und dem Versicherten ein *Auskunftsrecht* über die

von ihm in Anspruch genommenen Leistungen eingeräumt.

Als nächstes darf ich mich den Berichten der Datenschutzbeauftragten zuwenden: Der *Bundesdatenschutzbeauftragte* hatte sich u. a. mit zwei Statistiken zu befassen: der *Krankenhausstatistik* und der *Statistik zum Schwangerschaftsabbruch*.

Die Erhebungsbögen zur Krankenhausstatistik enthalten auch Daten über das Krankenhauspersonal und über Patienten. Aus diesen Daten können vor allem bei kleineren Krankenhäusern Rückschlüsse auf die betreffenden Personen gezogen werden, das heißt, es kann nicht von anonymisierten Daten die Rede sein.

Im Zuge der *Neufassung des § 28 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)* war vorgesehen, daß diese Erhebungsbögen, die an die Statistischen Landesämter gehen, von dort aus an die Krankenhausbehörden der Länder weitergegeben werden können. Hier monierte der Bundesdatenschutzbeauftragte, daß die für das Statistische Landesamt erhobenen personenbeziehbaren Daten nicht auch für andere Zwecke durch die Krankenhausplanungsbehörden verwendet werden dürften.

Die jetzige Fassung des § 28 KHG trennt deshalb klar zwischen den Daten, die Krankenhäuser den Statistischen Landesämtern übermitteln müssen, und den Angaben, die sie gegenüber den Landeskrankenhausesbehörden zum Zwecke der Krankenhausplanung und -finanzierung machen müssen.

Was die Schwangerschaftsabbruchstatistik angeht, beabsichtigt das Bundesgesundheitsministerium, das Meldeverfahren effizienter zu gestalten. Danach sollte die kassenärztliche Vergütung für Schwangerschaftsabbrüche von der Meldung an das Statistische Bundesamt abhängig gemacht werden. Der Bundesdatenschutzbeauftragte hat dagegen vor einem damit verbundenen Austausch personenbezogener Daten zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Statistischem Bundesamt gewarnt.

Weiter hatte sich der Bundesdatenschutzbeauftragte mit den *Berichtsbögen über unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen* beschäftigt, die über die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft dem Bundes-

gesundheitsamt übermittelt werden. Er vertrat die Auffassung, daß die Berichtsbögen mit der Erfassung der ersten Buchstaben des Vor- und Zunamens, des Geburtsdatums und der Tätigkeit der Patienten nicht hinreichend anonymisiert sind und regte die Überprüfung an, ob die Verknüpfungsmerkmale in den Erfassungsbögen nicht noch reduziert werden könnten. Einen konkreten Vorschlag allerdings, wie Mehrfachmeldungen der Ärzte ausgeschlossen werden könnten, vermochte der Datenschutzbeauftragte auch nicht zu unterbreiten.

Der Bundesdatenschutzbeauftragte hat sich in einem Punkt auch des Schutzes der Arztdaten selbst angenommen, und zwar bezüglich der AIDS-Fallberichtsbögen. Hier ist vom Bundesgesundheitsamt der Name der meldenden Ärzte als Suchkriterium mitgespeichert worden. Dies wird in Zukunft unterbleiben. Die bereits erfaßten Arztnamen werden wieder gelöscht.

Ein für den Patientenschutz wichtiger Punkt ist auch die Absicherung in bezug auf die *Schweigepflichtentbindung* bei Auskünften, die private Kranken-, Unfall- und Lebensversicherer bei den behandelnden Ärzten einholen.

Die bisher verwendeten Schweigepflicht-Entbindungsklauseln in den Versicherungsverträgen waren schon länger auf Bedenken gestoßen. Der Bundesdatenschutzbeauftragte, das Bundesaufsichtsamt für das Versicherungswesen und die Verbände der Versicherungswirtschaft haben sich nunmehr auf eine Neufassung dieser Entbindungsklausel geeinigt.

Für den Versicherten wird jetzt klar gestellt, zu welchem Zweck die jeweilige Arztauskunft eingeholt wird: entweder zur Beurteilung des Risikos für den Versicherer bei Vertragsabschluß oder zur Beurteilung der Leistungspflicht des Versicherers in einem konkreten Versicherungsfall.

Für die Risikoprüfung erfolgt die Schweigepflicht-Entbindung nur gegenüber Ärzten, Krankenhäusern usw., die den Betroffenen in den letzten zehn Jahren vor dem Antrag auf Abschluß der Versicherung untersucht oder behandelt haben. Die Auskunft darf auch nur bis zu einer Frist von fünf Jahren nach Antragstellung eingeholt werden. Ansonsten

bedarf es einer neuen Schweigepflicht-Entbindung.

Im Falle der Leistungsgewährung bezieht sich die Schweigepflicht-Entbindung nur auf den konkreten Versicherungsfall, das heißt, nur auf Ärzte und Krankenhäuser, die an der konkreten Behandlung, für die Kostenerstattung beantragt wurde, beteiligt waren.

Damit ist Rechtsklarheit geschaffen: Zum einen für den Versicherten selbst, der nunmehr weiß, in welche Auskunftserteilung er einwilligt; zum anderen für die Versicherungen, für die die Grenzen der Auskunftseinholung klarer gezogen sind.

Zu dem Bericht des *Bayerischen Landesdatenschutzbeauftragten* kann ich mich diesmal etwas kürzer fassen.

Er hatte einige Beanstandungen im Krankenhausbereich anzubringen. So wurde gerügt, daß die Abrechnungsstellen der Krankenhäuser zum Teil rein vorsorglich der Sozialhilfeverwaltung die stationäre Behandlung ihrer Patienten gemeldet haben – für den Fall, daß andere Kostenträger für die Behandlung nicht aufkommen. Diese Meldung ist nur zulässig bei Patienten, die schon Sozialhilfeempfänger sind bzw. Kostenerstattung durch die Sozialhilfe beantragen wollen oder die Frage nach der Kostenerstattung nicht beantworten.

Weiter wurde ein Fall aufgegriffen, in dem Personal eines Krankenhauses Patientendaten einschließlich Krankheitsangaben an einen Stadtrat und Landtagsabgeordneten übermittelt hatte, um diesen über Kunstfehler des Chefarztes zu informieren. Dies mußte natürlich gerügt werden, weil die ärztliche Schweigepflicht auch bei der Information von politischen Mandatsträgern über angebliche Mißstände im Krankenhaus zu beachten ist, das heißt, Informationen zum Zwecke der Beseitigung solcher Mißstände müssen dann schon ohne Angabe der Patientennamen erfolgen.

Bei dieser Gelegenheit bemängelte der Landesdatenschutzbeauftragte zugleich, daß im Krankenhaus nicht vermerkt wurde, an wen im Krankenhaus die Krankenekte jeweils eingehändigt wurde. Es sollte also stets festgehalten werden, welchen Stellen bzw. welchen Mitarbeitern im Krankenhaus zu welcher Zeit die Patientenunterlagen überlassen werden.

Das Strefverfahren gegen den Memminger Frauenarzt Dr. Theissen ist Ihnen aus der Presse sicher erinnerlich. Bei dem zum Teil ja nicht mehr verständlichen Aufruhr, den das Verfahren verursachte, konnte es nicht ausbleiben, daß auch der Landesdatenschutzbeauftragte wegen der *Beschlagnahme der Patientenkartei* angegangen wurde. – In dieser Frage ließ sich Herr Oberhauser aber nicht vor den Karren spannen.

Denn der Beschlagnahme lag ein richterlicher Beschluß im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens wegen Steuerstraftaten gegen Dr. Theissen zugrunde. Erst im Zuge dieser Ermittlungen stieß man ja auf die Schwangerschaftsabbrüche. Ich habe selbst schon das Thema Beschlagnahme ärztlicher Aufzeichnungen anhand der Rechtsprechung des öfteren in meinen Berichten beleuchtet und werde auch heute noch kurz darauf eingehen.

Das grundsätzliche Beschlagnahmeverbot tritt dann zurück, wenn der Arzt selbst einer Straftat oder der Teilnahme an einer Straftat des Patienten beschuldigt wird und zur Aufklärung dieser Taten der Einblick in die Patientenkartei notwendig ist.

Der Bayerische Landesdatenschutzbeauftragte respektierte die verfassungsrechtlich geschützte richterliche Unabhängigkeit und den seiner Zuständigkeit nicht unterworfenen Bereich der Rechtspflege. Er enthielt sich einer Stellungnahme zu jenem Verfahren.

Gestatten Sie mir noch einige Anmerkungen zur geplanten *Novellierung des Bundesdatenschutzgesetzes*. Dabei geht es u. a. um den Datenschutz im privaten und gewerblichen Bereich, zu dem hier auch die Arztpraxis zählt.

Für den Datenschutz im öffentlichen Bereich mag ja durch das Volkszählungsgesetzurteil des Bundesverfassungsgerichts ein Novellierungsbedarf bestehen. Es sind jedoch Zweifel laut geworden, ob dieses Urteil überhaupt Auswirkungen auf den Datenschutz im privaten Bereich hat. Der Entwurf ist aber auch in weiteren Punkten auf Kritik gestoßen.

Gerügt wurden insbesondere die für einen Nichtjuristen schwer verständlichen Textkonstruktionen, die nicht gerade der Transparenz der Regelungen in der Praxis dienen.

Gerügt wurde, daß eine weitere Verschärfung der Datenschutzbestimmungen das Datenschutzgefälle innerhalb der EG verstärkt. Im Bereich der Datenschutzreglementierungen sind wir Deutschen ja auch einsame Spitzta. Ein verfassungsmäßig gewährleistetestes „Recht auf informationelle Selbstbestimmung“ – so die Rechtsexperten – kennen unsere europäischen Nachbarn nicht.

Kritik geübt wurde ebenfalls an der Absicht, Akten in den Geltungsbe- reich des Bundesdatenschutzgesetzes mit einzubeziehen. Nach bisherigem Recht gelten Akten und Akten- sammlungen, wenn sie nicht gerade durch automatisierte Verfahren um- geordnet und ausgewertet werden können, nicht als Dateien. Das betrifft also auch die Krankenakte des Arz- tes. Ich meine, daß es bei dieser Beur- teilung bleiben sollte. Denn eine her- kömmliche, manuell geführte Akten- sammlung, die ordnungsgemäß gegen den Zugriff Unbefugter gesichert ist, birgt datenschutzmäßig kein be- sonderes Gefährdungspotential. Das entsteht vielmehr erst durch die auto- matisierte, also EDV-mäßige Daten- verarbeitung. Dort können natürlich im Unterschied zur manuell geführten Aktensammlung die gespeicherten Daten mit minimalem Zeitaufwand ab- gerufen, nach bestimmten Suchkrite- rien ausgedeutet oder kombiniert werden.

Zum Abschluß ein kurzer Blick in die *Rechtsprechung*:

Der Bundesgerichtshof hatte im De- zember 1988 zum immer wiederkeh- renden Thema des Einsichtsrechts der Patienten in die Krankenunterlagen zu entscheiden, und zwar in be- zug auf eine psychiatrische Behand- lung. Die bisherige Linie wurde bei- behalten.

Danach kann bei der psychiatrischen Behandlung – selbst nach deren Ab- schluß – im Gegensatz zu sonstigen Behandlungsverhältnissen das Ein- sichtsrecht des Patienten aus thera- peutischen Gesichtspunkten weiter eingeschränkt werden. Die Schwie- rigkeiten liegen für den Arzt nur in der Begründung, die er dem Patienten für die Verweigerung einer Einsichtnah- me geben muß. Ins Detail gehen kann der Arzt ja mit Rücksicht auf den Be- handlungserfolg dabei nicht.

Andererseits reicht aber auch die pauschale Behauptung einer Gefähr-

dung des Behandlungserfolges nicht aus. Der Arzt ist also nach der Rech- tsprechung des BGH gehalten, die konkret zu befürchtenden negativen Auswirkungen eines Einblicks in die Krankenunterlagen auf den Patienten wenigstens andeutungsweise nach Art und Richtung darzulegen.

Anders stellt sich nach einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom April die Rechtslage dar, wenn ein in einem psychiatrischen Krankenhaus zwangswise untergebrachter Pa- tient nach seiner Entlassung Einsicht in die Krankenakte begehrt. Denn hier leitet sich das Recht auf Einsicht nicht aus einem Behandlungsvertrag, sondern aus dem öffentlich-rechtli- chen Unterbringungsverhältnis her. Nach Auffassung des Gerichts kann dann das Einsichtsrecht grundsätz- lich nicht einmal mit dem Hinweis auf eine Selbstgefährdung des Patienten verweigert werden. Nur wenn Anhalts- punkte dafür bestehen, daß der Be- troffene durch die Akteneinsicht zum Suizid veranlaßt werden könnte, darf die Einsicht ausnahmsweise verwehrt werden.

Schließlich noch eine Gerichtsent- scheidung zu einem anderen Dauer- thema, der Beschlagnahme ärztlicher Aufzeichnungen.

Entgegen der bisher herrschenden Meinung hatte das Landgericht Ham- burg im März entschieden, daß das Zeugnisverweigerungsrecht eines Arz- tes und das Verbot der Beschlagnah- me ärztlicher Unterlagen sich nicht nur auf Angaben über einen beschui- digten Patienten bezieht, sondern auch auf Angaben über Dritte, zum Beispiel Zeugen oder Opfer einer Straftat, die vom Arzt behandelt wur- den. Die Kassenärztliche Vereinigung Hamburg konnte sich damit erfolg- reich gegen die Beschlagnahme von ärztlichen Aufzeichnungen über die Behandlung eines aus Anlaß einer Straftat verletzten Zeugen in der von ihr eingerichteten Notfallpraxis zur Wehr setzen. Aus der ärztlichen Be- scheinigung der Verletzung des Zeu- gen hofften die Strafverfolgungsbe- hörden Rückschlüsse auf die Glaub- würdigkeit seiner Zeugenaussage gewinnen zu können. In solchen Fäl- len muß aber nach Auffassung des Gerichts eine Schweigepflicht-Ent- bindung des Zeugen eingeholt wer- den.

Damit darf ich meinen Bericht been- den und für Ihr Interesse danken.

Punkt 3 der Tagesordnung:

Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer

3.1 Rechnungsabschluss 1988

3.2 Entlastung des Vorstandes 1988

3.3 Wahl des Abschlußprüfers für 1989

3.4 Änderung der Reisekostenordnung

3.5 Haushaltsplan 1990

Der Rechnungsabschluss 1988 – ver- sehen mit dem Prüfungsvermerk des Revisors – wurde von den Delegierten gebilligt; anschließend wurde dem Vorstand Entlastung für 1988 erteilt.

Revisor Weinzierl wurde erneut mit der Prüfung für das Geschäftsjahr 1989 bestellt.

Die Delegierten billigten eine An- hebung der Entschädigung für Ver- dienstausschlag im Rahmen der Reise- kostenordnung.

Der Haushaltsvoranschlag 1990 wur- de vom Vorsitzenden des Finanzaus- schusses erläutert und von der Voll- versammlung in der vorgelegten Form beschlossen.

Punkt 4 der Tagesordnung:

Ergänzung der Beitragsordnung

Die Delegierten hielten eine Ergän- zung der Beitragsordnung für nicht erforderlich. Damit ist klargestellt, daß auch die Ärzte im Praktikum bei- tragspflichtig sind und sich entspre- chend einzustufen haben.

Punkt 5 der Tagesordnung:

Nachwahl von Ausschußmitgliedern

5.1 Finanzausschuß

5.2 Ausschuß für Hochschulfragen

Für den verstorbenen Kollegen Dr. Ingo Döcker (München) wurde *Profes- sor Dr. Jan-Diether Murken, München*, in den *Finanzausschuß* der Bayeri- schen Landesärztekammer und für den emeritierten Professor Dr. Helmut Valentin, der Vertreter der Medizinli- schen Fakultät der Universität Erlan- gen-Nürnberg, *Professor Dr. Friedrich Wolf, Erlangen*, in den *Ausschuß für Hochschulfragen* gewählt.

Punkt 6 der Tagesordnung:

(Formelle) Anpassung der Mustersatzung für die Ärztlichen Bezirksverbände an das Kammergesetz vom 6. August 1986 und die Satzung der Bayerischen Landesärztekammer

Der 41. Bayerische Ärztetag 1988 in Nürnberg hatte eine Änderung der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer beschlossen aufgrund der Rechtsauffassung des aufsichtsführenden Innenministeriums, wonach es als unabdingbar notwendig angesehen wurde, daß die Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer das Recht zur Wahl ihrer Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag (Vollversammlung der Bundesärztekammer) in der Satzung eindeutig regelt. Die Satzungsänderung trat am 1. Juli 1989 in Kraft.

Da die Mustersatzung für die Ärztlichen Bezirksverbände in § 2 Abs. 1 Satz 4 die Wahl der Delegierten zum Deutschen Ärztetag vorsah, mußte

nun dem 42. Bayerischen Ärztetag die Anpassung dieser Satzung an das Kammergesetz und an die Satzung der Bayerischen Landesärztekammer vorgeschlagen werden. Dabei war lediglich die Streichung des Satzes 4 in § 2 Abs. 1 der Mustersatzung notwendig. Die Beschlußvorlage wurde so vom 42. Bayerischen Ärztetag angenommen. Die Änderung der Mustersatzung für die Ärztlichen Bezirksverbände tritt am 1. Januar 1990 in Kraft und ist im amtlichen Teil des „Bayerischen Ärzteblattes“ (Seite 589) veröffentlicht.

Punkt 7 der Tagesordnung:

Wahl der Abgeordneten und Ersatzleute zum Deutschen Ärztetag 1990

Der 42. Bayerische Ärztetag wählte gemäß § 14 der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer die Abgeordneten zum Deutschen Ärztetag 1990 und ihre Ersatzleute.

Gewählt wurden aufgrund der Vorschläge aus den Ärztlichen Bezirksverbänden:

Ärztlicher Kreis- und Bezirksverband München

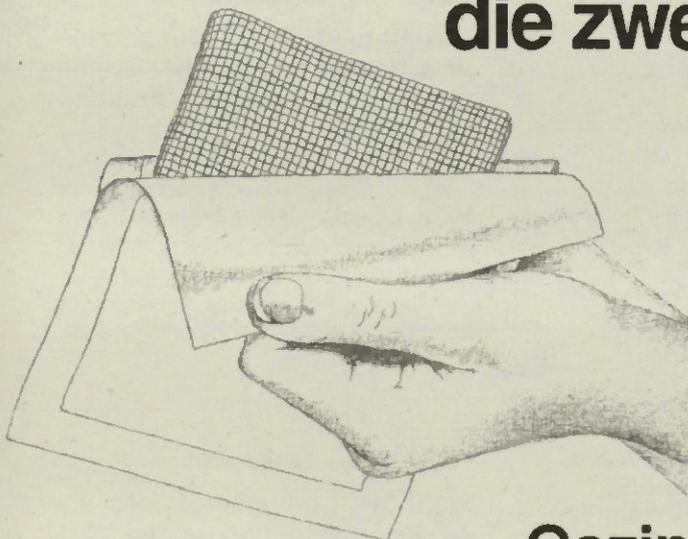
Abgeordnete:

- Professor Dr. Dr. Adam Dieter, Balerbrunn
Dr. Dietrich Wulf, München
Dr. Eberle Sibylle, München
Dr. Gloning Hermann, München
Dr. Hege Hans, München
Dr. Hirschmann Erwin, München
Dr. Holzgartner Hartwig, München
Professor Dr. Kunze Detlef, München
Professor Dr. Landauer Bernd, Otto-brunn
Dr. Oster Ingeborg, München
Dr. Stöckle Hartmut, Gräfelfing
Dr. Winkelhann Wilhelm, München

Ersatzleute:

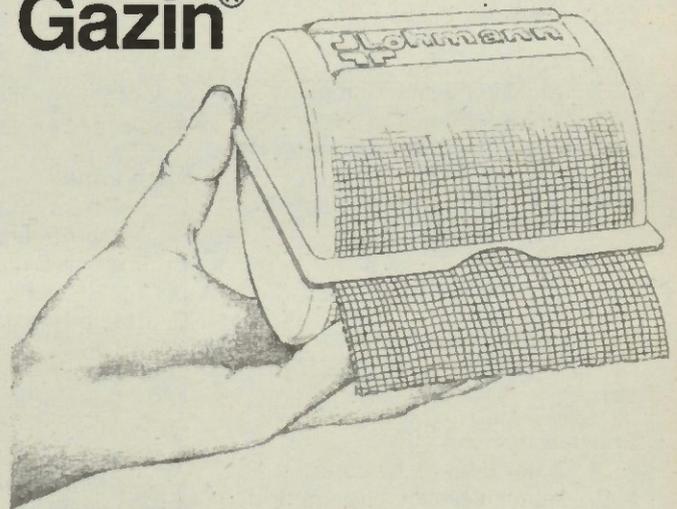
1. Dr. Hitz Helmut, Unterföhring
2. Professor Dr. Lob Günter, München
3. Dr. Dr. Graßl Erich, München
4. Dr. Mayer Ernst Theodor, München
5. Dr. Schwarzkopf-Steinhauser Gerhard, München
6. Dr. Eversmann Christina, München

Mein Praxismull— die zwei Gazin®



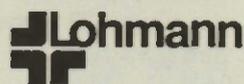
Gazin Steril-Kompresen

alle Formate und zusätzlich die 50er Großpackung



Gazin Rollen im Klarsichtspender

10 cm breit, 1 m / 2 m / 5 m / 10 m, 2 Großrollen 20 m



LOHMANN GmbH & Co. KG
Postfach 120110
D-5450 Neuwied 12

7. Dr. Lenk-Ostendorf Hartmut, München
8. Tempel Jürgen, München
9. Dr. Emminger Christoph, München
10. Dr. von Weidenbach Wolff, München
11. Dr. Bruckmayer Helmut, München

*Ärztlicher Bezirksverband
Oberbayern*

Abgeordnete:

- Dr. Geith Alfons, Ingolstadt
 Dr. Hebel Martin, Freising
 Dr. Krauss Henner, Bad Reichenhall
 Dr. Mayer Egon, Erdweg
 Dr. Musselmann Lothar, Rosenheim
 Dr. Pötsch Rüdiger, Mühldorf/Inn
 Dr. Schloßer Otto, Rosenheim
 Dr. Seuß Fritz, Gröbenzell

Ersatzleute:

1. Dr. Bieling Hans, Traunstein
2. Dr. Bickhardt Jürgen, Erding
3. Dr. Schellmoser Hermann, Freilassing
4. Dr. Loblichler Hanns, Altötting
5. Dr. Roßberg Günter, Murnau
6. Dr. Kaufmann Stefan, Ingolstadt
7. Dr. Mayer Egon, Fürstenfeldbruck
8. Dr. Kotov Uta, Schrobenhausen

*Ärztlicher Bezirksverband
Niederbayern*

Abgeordnete:

- Dr. Dehmer Kurt, Straubing
 Dr. Frank Helmut, Pfarrkirchen
 Dr. Gradel Max, Passau

Ersatzleute:

1. Dr. Neustifter Josef, Dingolfing
2. Dr. Müller Helmut, Deggendorf
3. Dr. Blömer Carl-Albrecht, Kelheim

Ärztlicher Bezirksverband Oberpfalz

Abgeordnete:

- Dr. Kliasch Hans-Joachim, Sulzbach-Rosenberg
 Dr. Mühleisen Hermann, Amberg
 Dr. Zebisch Hans-Joachim, Erben-dorf

Ersatzleute:

1. Dr. Gilliar Eduard, Nabburg
2. Dr. Schütz Christof, Lappersdorf
3. Dr. Lindner Manfred, Neumarkt

*Ärztlicher Bezirksverband
Oberfranken*

Abgeordnete:

- Dr. Friedrich Hans-Joachim, Bay-reuth
 Dr. Ralsch Walter, Bayreuth
 Dr. Sebald Clemens, Bamberg

Ersatzleute:

1. Dr. Steinborn Wolfgang, Bayreuth

2. Dr. Herm Olaf, Coburg
3. Professor Dr. Weis Hans, Bamberg

*Ärztlicher Bezirksverband
Mittelfranken*

Abgeordnete:

- Dr. Koch Hans-Hellmut, Fürth
 Dr. Radwansky Rainer, Nürnberg
 Dr. Rothlauf Rudolf, Erlangen
 Dr. Schmelssner Rudolf, Zirndorf
 Dr. Strambach Siegfried, Roth
 Dr. Zeller Werner, Erlangen

Ersatzleute:

1. Akad. Dir. Dr. Boewing Bernhard, Erlangen
2. Professor Dr. Flesch Reinhard, Erlangen
3. Dr. Muschweck Herbert, Nürnberg
4. Dr. Ohm Hans-Georg, Fürth
5. Dr. Schneider Christian, Gunzenhausen
6. Dr. Schürger Walter, Nürnberg

*Ärztlicher Bezirksverband
Unterfranken*

Abgeordnete:

- Dr. Brzoska Uwe, Lohr
 Dr. Drescher Hermann, Kirchlauter
 Professor Dr. Gekle Dieter, Würzburg
 Dr. Ottmann Klaus, Kitzingen

Ersatzleute:

1. Dr. Brückl Bernhard, Würzburg
2. Dr. Fischer Norbert, Karlstadt
3. Dr. Schubert Erich, Würzburg
4. Staab Wilhelm P., Schweinfurt

Ärztlicher Bezirksverband Schwaben

Abgeordnete:

- Dr. Hellmann Klaus, Augsburg
 Dr. Jantzen Klaus, Memmingen
 Dr. Pötsch Detlef, Dillingen
 Dr. Thäle Eberhard, Weißenhorn
 Dr. Thiele Heiko, Füssen

Ersatzleute:

1. Dr. Schneiderhan Hermann, Fischen
2. Dr. Borchers Heidi, Augsburg
3. Dr. Stiller Hans, Augsburg
4. Dr. Melcher Werner, Günzburg
5. Babin Christian, Donauwörth

Punkt 8 der Tagesordnung:

Änderung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns: Ergänzung des § 15 Abs. 3

Ebenfalls am 41. Bayerischen Ärztes-tag hatte sich die Vollversammlung mit einer umfangreichen Änderung

der „Berufsordnung für die Ärzte Bayerns“ auf dem Hintergrund der Neufassung der Musterberufsordnung, die der Deutsche Ärztetag in Frankfurt beschlossen hatte, zu be-fassen.

Die vom Bayerischen Ärztetag 1988 beschlossene Ergänzung des § 15 Abs. 3 wurde vom aufsichtsführenden Bayerischen Staatsministerium des Innern für nicht genehmigungsfähig erklärt. Diese Auffassung hatte vorher bereits die Ständige Konferenz „Be-rufsordnung“ und der Vorstand der Bundesärztekammer vertreten.

Der Vorstand der Bayerischen Lan-desärztekammer legte nun dem 42. Bayerischen Ärztetag eine genehmi-gungsfähige Ergänzung des § 15 Abs. 3 zur Abstimmung vor.

Der Vorstandsbeschluß zur Ergän-zung des § 15 Abs. 3 wurde von den Delegierten der Bayerischen Landes-ärztekammer angenommen.

Die Ergänzung des § 15. Abs. 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns ist im amtlichen Teil des „Bayerischen Ärzteblattes“ (Seite 589) veröffent-licht.

Punkt 9 der Tagesordnung:

Bestätigung des Tagungsortes und Bekanntgabe des Termins für den 43. Bayerischen Ärztetag 1990

Der 41. Bayerische Ärztetag hatte 1988 einstimmig beschlossen, den 43. Bayerischen Ärztetag in Wunsie-del/Oberfranken durchzuführen. Die-ser Bayerische Ärztetag findet in der Zeit vom 12. bis 14. Oktober 1990 statt.

Punkt 10 der Tagesordnung:

Wahl des Tagungsortes des 44. Bayerischen Ärztetages 1991

Nach der traditionellen Reihenfolge findet der 44. Bayerische Ärztetag im Regierungsbezirk Unterfranken statt. Der Vorsitzende dieses Bezirksver-bandes, Dr. Brückl, sprach die Einla-dung aus, den 44. Bayerischen Ärzte-tag 1991 in Bad Kissingen durchzu-führen. Diese Einladung wurde von den Delagierten einstimmig ange-nommen.

Rationelle Therapie mit Koronartherapeutika und Antihypertensiva*

von J. Walter

Arzneimittel stellen eine besondere Ware dar. Angebot und Nachfrage, die in unserer Gesellschaft im allgemeinen den Preis regeln, können auf dem Arzneimittelmarkt nicht sich selbst überlassen bleiben. Dies hat verschiedene Gründe:

Der Verbraucher ist an der Nachfrage meistens nur über einen verordnenden Arzt beteiligt. Der Preis wird vom Verbraucher selten direkt bezahlt. Er kennt den Preis nur ausnahmsweise. Der verordnende Arzt ist zwar über die Wirkungsweise der Pharmaka unterrichtet, auch kann er in Grenzen selbst eine Risiko-Nutzenabwägung vornehmen. Qualitätsmerkmale zu beurteilen und sie gar mit dem Preis in Beziehung zu setzen, vermag er ohne Hilfestellung aber nicht. Diese erhält er überwiegend vom Arzneimittelhersteller. Daß dabei kaufmännisches Interesse, Geschick in werbewirksame Worte und Bilder einfließt, ist verständlich. Der Markt hat also Besonderheiten. Auf ihm sind in der Bundesrepublik Deutschland rund 1000 Hersteller nach marktwirtschaftlichen Gesichtspunkten tätig. Sie produzieren mehrere 1000 in der „Roten Liste“ aufgeführten Spezialitäten. Die beim Bundesgesundheitsamt registrierte Zahl der Arzneimittel ist noch um ein Vielfaches höher. Im krassen Gegensatz dazu steht die Vermutung, daß nur ca. 150 bis 200 Substanzen als medizinisch unabdingbar anzusehen sind. Durch hohe Investitionen für Forschung und Entwicklung hat die pharmazeutische Industrie der Bundesrepublik Deutschland eine führende Rolle unter den arzneimittelherstellenden Ländern erreicht. Kaufmännischer Ehrgeiz waren daran ebenso beteiligt wie wissenschaftlicher Innovationsdrang. Der allgemeine Wohlstand und die Bereitschaft der Gesellschaft, einen hohen Anteil des Sozialproduktes für das Gesundheitswesen auszugeben, haben dafür zusätzlich die Grundlage geschaffen. Die Verknappung der finanziellen Mittel und die Stagnation der allgemeinen Prosperität machen

es verständlich, daß die Arzneimittel einer kritischen Markt- und Verordnungsanalyse unterzogen werden müssen.

Die moderne Medizin kann mit rational begründeten Therapierichtlinien und ihrer rationellen Anwendung einen wichtigen gesellschaftspolitischen Beitrag liefern. Beide Attribute sollen im folgenden etwas näher erläutert werden.

Rational begründete Therapie

Der alte medizinische Lehrsatz, daß der Erfolg recht gibt bzw. daß die subjektiv empfundene Besserung den Einsatz einer bestimmten Therapie rechtfertigt, darf so nicht mehr gelten. Die modernen Vorstellungen von der Arzneimitteltherapie folgen den gleichen Kriterien wie die des naturwissenschaftlichen Experimentes. Folgende Forderungen sind zu erheben:

1. Das Ergebnis soll reproduzierbar und im Kollektiv quantitativ kalkulierbar sein.
2. Es sollte – von Ausnahmen abgesehen – eine Dosis-Wirkungsbeziehung nachgewiesen werden.
3. Pharmakokinetik und Pharmakodynamik sollten für ein Therapieregime verfolgbar und beeinflussbar sein.
4. Es wäre wünschenswert, daß der Wirkungsmechanismus zumindest in Grundzügen bekannt ist.

Rationell begründete Therapie

Aspekte der Praktikabilität und der Kosten-Nutzenrelation sind ein zusätzlicher Maßstab für eine Therapieempfehlung. So wäre beispielsweise unter Berücksichtigung der Arzt-Patienten-Compliance einer Einmal-Medikation der Vorzug vor einer Mehrfach-Medikation zu geben. Auch allgemeine Überlegungen zur Wirtschaftlichkeit haben dabei einen wichtigen Platz. Der Rat und die Aufklärung zu gesundheitsbewußtem Verhalten im Sinne der Prophylaxe

rangieren vor kostenaufwendigen Arzneianwendungen.

Zur Beurteilung einer Arzneimittelwirkung und ihrer Sicherheit wäre der Definition und Klassifikation der Arzneimittel zu folgen, wie sie der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen formuliert hat (Tab. 1).

- | |
|--|
| A. Mittel mit allgemein anerkannter Indikation |
| B. Mittel, deren Indikation diskutiert wird
(z. B. nebenwirkungsreich, besondere Darreichungsformen) |
| C. Mittel mit zweifelhaftem therapeutischen Nutzen
(z. B. Wirkung nicht sicher nachgewiesen, auch unlogische Kombinationen) |

Tabelle 1

Gruppe A umfaßt Arzneien, die allgemein zur Behandlung im entsprechenden Indikationsgebiet geeignet sind. Sie sollten denen, die nur in besonderen Fällen anzuwenden sind (Gruppe B), vorgezogen werden. Mittel, deren Verordnung wegen zweifelhaften therapeutischen Nutzens oder aus Gründen der Arzneimittelsicherheit besonderer Aufmerksamkeit bedürfen (Gruppe C), wären zu vermeiden. Unter die Gruppe C wären auch unlogische Kombinationspräparate zu zählen, bei denen beispielsweise ein kurzfristig und ein langwirksames Medikament in einer Darreichungsform angeboten werden.

Die Überlegung vor einer Therapie folgt also dem wiedergegebenen Flußdiagramm (Abb. 1).

Therapiefreiheit kann genauso wenig eine absolute und schrankenlose Freiheit sein, wie sie auch im persönlichen und gesellschaftlichen Leben nicht existiert. Da die Arzneimittelausgaben volkswirtschaftliche Dimensionen erreicht haben, müssen auch Regeln und Gesetze mit Freiraumbegrenzung akzeptiert werden.

*) Referat anlässlich der Vortragsreihe „Rationelle Arzneimitteltherapie“

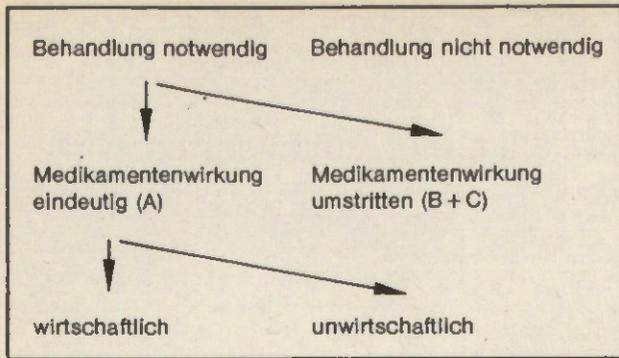


Abbildung 1

Nitro-Wirkung			
peripher		zentral	
Venentonus	▼	Herzfrequenz	▲
Venöser Rückfluß	▼	Koronarwiderstand	▼
Aortendruck	▼	Wandspannung	▼
(Venöses Pooling) (Vorlast-Senkung)	→	Herz-Zeit-Volumen	▼ (▲)
O ₂ -Ausnutzung	▲	O ₂ -Bedarf	▼

Abbildung 2

Koronartherapeutika

● Nitrate und Molsidomin, Beta-Rezeptorenblocker, Kalziumantagonisten

Für die genannten Substanzen ist eine eindeutige Wirksamkeit nachgewiesen. Für die Nitrate bestehen die längsten klinischen Erfahrungen. Ihre Wirkung läßt sich global mit dem Begriff der Vorlastsenkung beschreiben. Abbildung 2 gibt die Auswirkung auf die einzelnen Kreislaufparameter wieder. Für Nitro-Glycerin und Di- sowie Mono-Nitrate bestehen lediglich Unterschiede hinsichtlich Wirkungseintritt, Wirkungsdauer und Dosiswirkungsbeziehung. Einen Einfluß auf die Prognose der koronaren Herzerkrankung haben die Nitrate nicht, weshalb eine chronische Langzeitbehandlung des beschwerdefreien Koronarkranken überflüssig erscheint.

● Beta-Rezeptorenblocker

Sie stellen einen historischen Meilenstein in der Geschichte der modernen Pharmakologie dar. Viele prinzipielle Erkenntnisse zur Rezeptortheorie wurden an ihnen erarbeitet. Sie sind in gleicher Weise wie die Nitrate gut erforscht und haben eine vergleichsweise geringe Nebenwirkungspalette. Pharmakologische Eigenschaften, wie Beta 1-Selektivität, intrinsische Restaktivität (ISA), Hydro- und Lipophilie, lassen eine begrenzte Differentialtherapie zu, insbesondere zur Reduktion der Nebenwirkungen, ihre prinzipielle Bedeutung dürfte aber überschätzt werden. Abbildung 3 gibt eine Übersicht über ihre Kreislaufwirkungen. Sie stellen die einzigen Koronartherapeutika dar, für die eine überzeugende Prognoseverbesserung der koronaren Herzerkrankung im Rahmen epidemiologischer Studien nachgewiesen wurde.

● Kalziumantagonisten

Bei ihnen handelt es sich um Stoffe, denen zwar die Hemmung des transmembranären Kalziumeinstroms in die Zelle gemeinsam ist, jedoch unterscheiden sie sich in den Begleitwirkungen und in der Dominanz ihres Einflusses auf die zentrale und periphere Kreislaufregulation. Die Ausgangswerte von Herzfrequenz und Blutdruck können daher zur Differentialtherapie genutzt werden, eine negative Inotropie ist für alle dosisabhängig anzunehmen. Eine Übersicht dazu gibt Abbildung 4.

Alle genannten Koronartherapeutika sind in ihrer Wirkungsweise ausführlich untersucht, ihre Wirksamkeit ist in großen doppelt blinden, prospektiven und epidemiologischen Untersuchungen belegt, so daß sie ein rationales Therapiekonzept – auch bei ihrer Kombination – darstellen.

Beta-Rezeptorenblocker			
peripher		zentral	
Gefäßwiderstand	▲ (▶)	Herzfrequenz	▼
Durchblutung	▼	Kontraktilität	▼
Venöser Rückfluß	▼	Koronarwiderstand	▲ (▶)
		Herz-Zeit-Volumen	▼
O ₂ -Ausnutzung	▲	O ₂ -Bedarf	▼

Abbildung 3

	Nifedipin	Diltiazem	Verapamil
Frequenz	▲	▶	▼
Arterieller RR	▼▼▼	▼	▼▼
Peripherer Widerstand	▼▼▼	▼	▼▼
Koronarwiderstand	▼▼	▼▼	▼▼
Erregungsleitung	▶	▼	▼▼
Kontraktilität	▼	▼	▼
Nachlast	▼▼▼	▼	▼▼
O ₂ -Ausnutzung	▲		
O ₂ -Bedarf		▼	

Abbildung 4: Kalziumantagonisten

1. Stufe	2. Stufe	3. Stufe
Saluretikum oder Beta-Blocker	Saluretikum und Beta-Blocker	Saluretikum und Beta-Blocker (oder Kalziumantagonist)
oder Kalziumantagonist	oder Kalziumantagonist	und ACE-Hemmer
oder ACE-Hemmer	oder ACE-Hemmer	und (evtl. Clonidin)

Tabelle 2

Bei der Frage des rationalen und rationalen Einsatzes ist eine Sicherung der Diagnose wichtige Voraussetzung. Funktionelle Herzbeschwerden mit Nitraten und Kalziumantagonisten zu behandeln, ist ebenso unangemessen, wie eine schwere koronare Mehrgefäßerkrankung zu bagatellisieren.

Wenn man die zahlreichen, in der „Roten Liste“ verzeichneten Koronarthapeutika durchmustert, so muß festgestellt werden, daß nicht alle den Maßstäben einer rationalen Therapie entsprechen.

Antihypertensiva

Zur Behandlung der arteriellen Hypertonie stehen viele Substanzen und unterschiedliche Wirkmechanismen zur Verfügung. Sie rational einzusetzen, hängt weniger von der Genese der Hypertonie als von den Begleiterkrankungen ab. Allgemeine Empfehlungen sollten vor einer Pharmakotherapie der chronischen Hypertonie beachtet werden. Sie sind beim Patienten häufig unbeliebt, aber deswegen nicht unwirksam.

Die Kochsalzbeschränkung auf ca. 5g/die kann eine medikamentöse Behandlung überflüssig machen oder erleichtern. Ausweichen auf geschmacksverbessernde Ersatzsalze und Gewürze machen dem Patienten das Leben angenehmer. Bis zu 30 g Kochsalz werden pro Tag in Mitteleuropa überflüssigerweise konsumiert. Käse und Wurstwaren enthalten reichlich „verstecktes“ Kochsalz. Auch die Gewichtsreduktion gehört in die gleiche Kategorie der nichtmedikamentösen Maßnahmen. Körperliche Betätigung mit sportlicher, dynamischer Belastung haben einen ähnlich günstigen, blutdrucksenkenden Effekt wie die Trainingsbehand-

lung zur Verbesserung der Angina pectoris-Schwelle bei der koronaren Herzerkrankung. Den Patienten zu einer objektiven Mitarbeit zu motivieren, gehört einerseits zu den begleitenden Maßnahmen, andererseits aber auch zur Compliance-Verbesserung als Bestandteil der medikamentösen Therapie. Da der Hypertoniker im allgemeinen keine der Behandlungskonsequenz dienliche subjektive Beschwerden hat, ist eine zuverlässige Arzneimittelleinnahme auf andere Weise zu erreichen.

Zur medikamentösen Therapie stehen fünf Substanzgruppen zur Verfügung:

- Diuretika
- Sympathikolytika
- Vasodilatoren
- Kalziumantagonisten
- ACE-Hemmer

In einer Art Stufenplan, wie er von der Liga zur Bekämpfung des hohen Blutdruckes empfohlen wird, können die genannten Pharmaka eingesetzt und kombiniert werden. Die Reihung, das heißt, was Basis und was Ultima ratio ist, ändert sich in Abhängigkeit von neuen Erkenntnissen. Die Ansprechrate ist durch eine Kombination mehrerer Substanzen zu verbessern. Primäre und sekundäre Therapieversager sind möglich. Tabelle 2 gibt einen solchen Stufenplan wieder.

Häufig wird die Entscheidung für eine Substanz oder ihre Kombination mit anderen anhand von Begleiterkrankungen fallen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit gibt die Tabelle 3 dazu Beispiele.

Begleiterkrankung	Hypertonie
Herzinsuffizienz	Diuretika ACE-Hemmer
A V K	Kalziumantagonisten
Tachykardie	Beta-Blocker
Bradykardie	Kalziumantagonist vom Nifedipin-Typ
Asthma bronchiale	Diuretika Kalziumantagonisten
Diabetes mellitus	ACE-Hemmer

Tabelle 3

Tabelle 4: Preisvergleichsliste 1988 – Koronare Herzkrankheit (N 2)

1. Nifedipin	n = 60	10 mg	ca. DM 40,- – DM 20,-
2. Verapamil	n = 63	40 mg	ca. DM 15,- – DM 8,-
3. Nitro-Spray	n = 18	0,4 mg	ca. DM 18,- – DM 16,-
4. Nitro-Kapseln	n = 18	2,5 mg	ca. DM 23,50 – DM 7,50
5. ISDN	n = 74	20 mg	ca. DM 23,- – DM 9,-
6. Mono-Nitrat	n = 35	20 mg	ca. DM 35,50 – DM 20,-

Tabelle 5: Preisvergleichsliste 1988 – Antihypertonika (N 2)

1. Reserpin	n = 7	0,25 mg	ca. DM 87,50 – DM 27,50
2. Reserpin + Diuretika	n = 29	variabel	ca. DM 35,- – DM 11,-
3. Clonidin	n = 23	150 mg	ca. DM 33,- – DM 15,-
4. Methyl-Dopa	n = 15	250 mg	ca. DM 40,- – DM 15,-
5. Beta-Blocker	n = 35	variabel	ca. DM 50,- – DM 8,-
6. ACE-Hemmer	n = 12	50 mg	ca. DM 70,- – DM 55,-

Zwei Begriffe, die in der Diskussion um ein rationales und rationelles Therapiekonzept eine große Rolle spielen, sind die Bioverfügbarkeit und die Bioäquivalenz.

Bioverfügbarkeit

Unter ihr versteht man die Menge eines im Blut nachweisbaren Medikamentes in Prozent der dem Magen und Darm durch Einnahme eingegebenen Gesamtmenge. Schlechte Aufnahmebedingungen und/oder eine rasche Abwandlung des Arzneimittels senken die Bioverfügbarkeit. Sie ist durch die Galenik beeinflussbar.

Bioäquivalenz

Arzneimittelzubereitungen, die in Art und Menge den gleichen Wirkstoff enthalten, werden als bioäquivalent, das heißt, biologisch vergleichbar, bezeichnet, wenn nach Einnahme im Blut gleiche Wirkstoffkonzentrationsverläufe nachgewiesen werden. Es handelt sich demnach um Größen, die im allgemeinen nur mit Analyseverfahren der Pharmakologie untersucht und überprüft werden können. Sie betreffen die Zubereitung und Qualitätskonstanz eines Medikamentes. Die Bioäquivalenz spielt also eine große Rolle in der Diskussion um Preisvergleiche. Ein Blick in die Preisvergleichsliste legt nahe, daß die erheblichen Preisdifferenzen aber nicht nur durch eine unterschiedliche Bioäquivalenz zu erklären sind.

Für die Koronartherapeutika (Tab. 4) und die Antihypertensiva (Tab. 5) wurde anhand der Preisvergleichsliste 1988 ein vereinfachender Versuch gemacht, das Einsparungspotential zu verdeutlichen. Die Preisdifferenzen zeigen, daß sie eine Größenordnung erreichen, die eine Berücksichtigung bei der Arzneimittelverordnung sinnvoll erscheinen lassen.

Zusammenfassend sollten in Anbetracht der steigenden Ausgaben für Arzneimittel neben ärztlichen Kenntnissen auch wirtschaftliche Überlegungen in die Arzneimittelverordnung einfließen.

Anschrift des Verfassers:

Professor Dr. med. J. Walter, Chefarzt der Medizinischen Klinik - Schwerpunkt Kardiologie - des Julius-Spitals, Juliuspromenade 19, 8700 Würzburg

Personalia

Dr. H. Günther-Kühne 95 Jahre

Am 24. November 1989 vollendete der frühere Direktor des Krankenhauses rechts der Isar, Dr. med. Herbert Günther-Kühne, Mühlenring 10, 8853 Wemding, sein 95. Lebensjahr. Nach dem Medizinstudium in München wurde er nach Lehr- und Ausbildungsjahren bei dem bekannten Münchener Internisten Professor Friedrich von Müller Oberarzt am Krankenhaus rechts der Isar unter Professor von Sittmann. Das Angebot, dessen Nachfolge anzutreten, allerdings unter der Voraussetzung der NSDAP-Mitgliedschaft, lehnte er ab, weshalb er 1934 entlassen wurde. Den zweiten Weltkrieg machte er als Militärarzt mit Oberbürgermeister Th. Wimmer holte ihn nach München und übertrug ihm den Wiederaufbau des Krankenhauses rechts der Isar, wo er bis zu seiner Pensionierung im Dezember 1959 als Krankenhausdirektor und Chefarzt der I. Medizinischen Abteilung tätig war. Es war das große Verdienst Dr. Günther-Kühnes, das im letzten Kriegsjahr weitgehend zerstörte Krankenhaus, in dem noch notdürftig etwa 300 Patienten untergebracht werden konnten, zu einem modernen 1200-Betten-Krankenhaus auszubauen und damit die Voraussetzungen für das spätere Klinikum rechts der Isar zu schaffen. Zusätzlich hatte er die in fünf Ausweichkrankenhäusern ausgelagerten Patienten zu versorgen, die er reihum wöchentlich einmal besuchte. - Über die vielen organisatorischen Aufgaben hinaus blieb Dr. Günther-Kühne stets der bescheidene, ganz dem Patienten zugewandte Arzt, der zweifelsohne zu den großen Münchener Arztpersönlichkeiten seiner Zeit zählte. Seine ehemaligen Schüler und Patienten wünschen ihm alle zum 95. Geburtstag Glück und Segenswünsche.

H. Blömer

Professor Dr. med. Hanns-Jürgen Merté, em. Ordinarius für Augenheilkunde, komm. Direktor der Augenklinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde durch den Rektor der Universität Belgrad die Universitäts-Medaille verliehen.

Großes Bundesverdienstkreuz

Das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland wurde verliehen an:

Dr. med. Hedda Heuser-Schreiber, Ehrenpräsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes, Brunnsteinstraße 13, 8203 Oberaudorf

Professor Dr. med. Kurt Kochsiek, Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg und Direktor der Medizinischen Klinik, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Professor Dr. med. Heinz Seeliger, ehem. Vorstand des Instituts für Hygiene und Mikrobiologie der Universität Würzburg, Armin-Knab-Straße 12, 8700 Würzburg, wurde das Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Professor Dr. med. Heinrich Beck, Leiter der Unfallchirurgischen Abteilung der Chirurgischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Maximiliansplatz, 8520 Erlangen

Dr. med. Heinz Dorner, Allgemeinarzt, 8395 Hauzenberg

Dr. med. Heinz Heer, Urologe, Chefarzt a. D., Altöttinger Straße 18, 8265 Neuötting

Dr. med. Karl Kithier, Chirurg, Chefarzt a. D., Wagnerstraße 13, 8481 Altenstadt

Dr. med. Hans Oskar Popp, Allgemeinarzt, Hefnersplatz 1, 8500 Nürnberg 1

Dr. med. Richard Sedlmaier, Hautarzt, Am Kellerberg 12, 8420 Kelheim

Medizinaldirektor a. D. Dr. med. Peter Wagner, Allgemeinarzt, Lena-Christ-Straße 17, 8202 Bad Aibling

Dr. med. Franz Xaver Winklhofer, Allgemeinarzt, Sionsberger Straße 29, 8385 Pilsting

Medizinaldirektorin a. D. Dr. med. Liselotte Wolpert, Kinderärztin, Elsa-Brändström-Straße 44, 8720 Schweinfurt

Dr. med. Dr. med. dent. Hans Zwerenz, Allgemeinarzt, Lend 12, 8622 Burgkunstadt

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Professor Dr. D. Platt

Der 1. Vorsitzende des Ärztlichen Bezirksverbandes Mittelfranken und Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Rudolf Rothlauf, überreichte am 28. Oktober 1989 in der Stadthalle Erlangen Kollegen Professor Dr. med. Dieter Platt, Lehrstuhl Innere Medizin – Gerontologie – der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Heimerichstraße 58, 8500 Nürnberg 90, die Ernst-von-Bergmann-Plakette anlässlich einer unter seiner Leitung, zusammen mit dem Ärztlichen Kreisverband Erlangen, der Universität Erlangen und der Bayerischen Landesärztekammer durchgeführten gerontologischen Fortbildungsveranstaltung.

Kollege Platt, seit 1979 Lehrstuhlinhaber Innere Medizin – Gerontologie – der Universität Erlangen-Nürnberg, hat sich um die ärztliche Fortbildung verdient gemacht. Seit 1979 hat er über 20 Fortbildungsveranstaltungen für niedergelassene Ärzte aller Fachrichtungen wissenschaftlich geleitet, in deren Mittelpunkt der Alterspatient stand. Seit 1973 hat er fast 100 Referate bei Fortbildungsveranstaltungen über diesen Themenkreis gehalten und sein Fachwissen in bisher 24 Büchern – darunter mehrere Bände des Handbuchs der Gerontologie – sowie in über 200 Publikationen in ärztlichen Fachzeitschriften niedergelegt.

Kollege Platt hat mit seinem engagierten Einsatz in der ärztlichen Fortbildung ganz wesentlich zur Verbreitung gerontologischen Wissens in der Kollegenschaft beigetragen.

Dr. Klaus Hellmann 70 Jahre

Am 12. Dezember 1989 vollendete Dr. med. Klaus Hellmann, Internist – Lungen- und Bronchialheilkunde, Grottenau 2, 8900 Augsburg, 1. Vorsitzender des Ärztlichen Bezirksverbandes Schwaben, Ehrenvorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Augsburg sowie 1. Vorsitzender der Bezirksstelle Schwaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, sein 70. Lebensjahr.

Nach der Bestallung als Arzt 1947, der Promotion 1950 und der Anerkennung als Lungenarzt 1951 ließ sich Dr. Hellmann Anfang 1953 in Augsburg nieder. In diesen über 37 Jahren hat er sich als Arzt ein außerordentliches Ansehen erworben.

Bereits 1948 Sprecher der Jungärzte der Städtischen Krankenanstalten Augsburg, begann er seine berufspolitische Laufbahn als Vorstandsmitglied des Ärztlichen Kreisverbandes Augsburg bei dessen Gründung 1951 und ist seither in ununterbrochener Reihenfolge bis zu seinem Rücktritt 1988 im Vorstand dieser Körperschaft tätig gewesen. Seit 1971 Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Stellvertretender Vorsitzender der KV-Bezirksstelle Schwaben, wurde er Anfang 1984 zum Vorsitzenden der Bezirksstelle Schwaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns gewählt. Er ist Mitglied des Finanzausschusses der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Dr. Hellmann engagierte sich darüber hinaus aber auch in seinem ureigenen Tätigkeitsgebiet der Pneumologie: 1958 wurde er zum 1. Vorsitzenden des Arbeitskreises der freiprakti-

zierenden Pneumologen Bayerns gewählt. Er war seit 1963 Vorstandsmitglied in den Bundesverbänden der Pneumologen sowie von 1963 bis 1984 1. Vorsitzender des von ihm gegründeten Berufsverbandes der Pneumologen Bayerns. Bei seinem Ausscheiden wurde er zum Ehrenvorsitzenden ernannt. Von 1981 bis 1983 war Dr. Hellmann Präsident der Süddeutschen Gesellschaft für Pneumologie und Tuberkulose und ist seit 1984 Ehrenmitglied dieser wissenschaftlichen Gesellschaft.

Neben seinen Aktivitäten in der ärztlichen Berufspolitik, im Rahmen des Berufsverbandes und der wissenschaftlichen Gesellschaft der Pneumologen hat sich Dr. Hellmann daneben besonders um die Fortbildung verdient gemacht.

Bereits 1951 Mitglied des Fortbildungsausschusses im Ärztlichen Kreisverband Augsburg und Gründungsmitglied des „Collegium Medicum Augustanum“, war und ist Dr. Hellmann seit der Einführung des „Fortbildungskongresses für praktische Medizin“ in Augsburg bis heute aktiv an Gestaltung, Ausrichtung und Organisation dieser Veranstaltungen, seit über zwölf Jahren als Vorsitzender des „Collegiums“ beteiligt. Er hat darüber hinaus vor 20 Jahren beim Internationalen Fortbildungskongress der Bundesärztekammer in Grado erstmalig ein Pneumologisches Seminar bei der Frühjahrsveranstaltung eingeführt und viele Jahre ausgerichtet. Die Zahl eigener Referate und Veröffentlichungen liegt erheblich über 50. Für diese Verdienste um die ärztliche Fortbildung erhielt er 1979 die Ernst-von-Bergmann-Plakette. Seit vielen Jahren gewähltes Mitglied des „Deutschen Senats für

Lohmann



Durelast®

Als kräftig komprimierende Binde mit sehr kurzem Zug bietet Durelast die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kompressionstherapie. Bei Venenstauungen und -entzündungen ist Durelast ebenso gut wie bei Stütz- und Entlastungsverbänden. Durelast – für eine erfolgreiche Kompressionstherapie.

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

32277/0596

ärztliche Fortbildung", ist er seit sieben Jahren dessen Stellvertretender Vorsitzender. Dr. Hellmann initiierte vor 20 Jahren die „Kolloquien für praktische Medizin“ an den Kliniken des Krankenhauszweckverbandes Augsburg.

Seine Verdienste als praktizierender Arzt und als maßgeblicher Mitarbeiter der ärztlichen Körperschaften in Bayern wurden 1983 mit der Verleihung des Bundesverdienstkreuzes am Bande und 1988 mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse gewürdigt.

In seiner bayerischen Grundhaltung und Liberalität, seinem großen Wissen und in seiner Menschlichkeit ist er allen gegenwärtig, die das Glück haben, ihn ein Stück seines Weges begleiten zu dürfen. Dem Jubilar alla guten Gedanken, die besten Wünsche für noch viele fruchtbare Jahre in körperlicher Gesundheit und in der Hoffnung, daß er noch lange Zeit auf allen Gebieten, in denen er wirkt, prägend weiter tätig sein kann!

Wahl in der Vereinigung der Bayerischen Internisten

Anlässlich des 29. Bayerischen Internistenkongresses wurde der Vorstand der Vereinigung der Bayerischen Internisten für vier Jahre gewählt:

1. Vorsitzender:

Dr. med. Hartwig Holzgartner, Richard-Strauss-Straße 53, 8000 München 80 (Wiederwahl)

2. Vorsitzender:

Professor Dr. med. Manfred Schatzenkirchner, Leiter der Rheuma-Einheit der Universität München, Pettenkoferstraße 8 a, 8000 München 2

Kassenwart:

Dr. med. Otto Schloßer, Salinstraße 10, 8200 Rosenheim (Wiederwahl)

Professor Dr. med. Egon Wetzels, Rosenheim, hat für das Amt des 2. Vorsitzenden nicht mehr kandidiert.

Professor Dr. med. August Heidland, Leiter der Nephrologischen Abteilung der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde von der Ungarischen Gesellschaft für Nephrologia zum Ehrenmitglied ernannt.

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Gerhard Heinrich, Chirurg, Prof.-Kurt-Huber-Straße 44 b, 8032 Gräfelfing, konnte am 22. November 1989 sein 50jähriges Doktorjubiläum feiern.

Verdienstmedaille

Apollonia Fischlein, Ärztin, Segnitzstraße 31, 8720 Schweinfurt, wurde mit der Verdienstmedaille des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet.

Professor Dr. med. Severin Daum, I. Medizinische Klinik der Technischen Universität München, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde von der Polnischen Gesellschaft für Pneumologie und Phthisiologie zum Ehrenmitglied ernannt.

in memoriam

Dr. Erwin Stetter †

Am 9. November 1989 verstarb im 75. Lebensjahr Kollege Stetter, Träger der Paracelsus-Medaille und des Bundesverdienstkreuzes am Bande, nach einem erfüllten Leben von drei Jahrzehnten als Arzt und nach über zweieinhalb Jahrzehnten berufspolitischer Aktivitäten in den großen ärztlichen Körperschaften Bayerns. Darüber hinaus fand er noch Zeit, seiner Lieblingsbeschäftigung, der Schriftstellerei, nachzugehen; er war zuletzt Sekretär der Landesgruppe Bayern im Bundesverband Deutscher Schriftstellerärzte.

Gebürtiger Oberfranke und wegen seines hervorragenden Abiturs ins Maximilianeum aufgenommen, wurde Dr. Stetter aktiver Soldat. Bei Kriegsende war er, mehrfach verwundet, Major im Generalstab und Träger des Deutschen Kreuzes in Gold.

Nach dem Krieg studierte Kollege Stetter Medizin in Bonn und Erlangen – wobei er daneben auch Philosophie und Psychologie belegte –, approbierte 1950 und promovierte 1951 in Bonn.

Vom Januar 1954 bis Oktober 1984 niedergelassener Allgemeinarzt in Amberg, erwarb er sich dort ein außerordentlich hohes Ansehen. Von Anfang an stellte er sich berufspolitisch dem Ärztlichen Kreisverband Amberg und dem Ärztlichen Bezirksverband

Dr. med. Sibylla Eberle, Medizinjournalistin, Delegierte zur Bayerischen Landesärztekammer, Georg-Strebl-Straße 14, 8000 München 71, wurde als Beisitzerin in den Bundesvorstand des Marburger Bundes gewählt.

Professor Dr. med. Ulrich Geßler, em. Ordinarius für Innere Medizin der Universität Erlangen-Nürnberg, Haus Geßler, 8240 Berchtesgaden, wurde vom Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation die Ehrenmitgliedschaft verliehen.

Dipl.-Psych. Dr. med. Wolf Vogler, Medizinisch-Wissenschaftliche Abteilung der MUCOS-Pharma, Alpenstraße 29, 8192 Geretsried 1, wurde von der Landesärztekammer Hessen die Dr.-Richard-Hammer-Medaille verliehen.

Oberpfalz zur Verfügung, wurde bereits 1955 Delegierter und Mitglied der Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer und gehörte von 1958 bis Ende 1982 dem Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer an. Weiterhin war er seit 1956 auch Mitglied der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, von 1975 bis Ende 1981 Vorsitzender der Bezirksstelle Oberpfalz und damit Vorstandsmitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Von 1973 bis 1981 gehörte er auch der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an.

Als Schriftsteller hat sich Kollege Stetter weit über die Grenzen Bayerns mit seinen zahlreichen Gedichten und Kurzgeschichten, aber auch mit seinem Buch „Ein Menschenleben“ einen Namen gemacht. Seiner Initiative verdanken wir die alljährliche Adventlesung bayerischer Schriftstellerärzte im Ärztehaus Bayern.

Erwin Stetter hat in seiner jahrzehntelangen Tätigkeit in all diesen Bereichen mit Engagement, Sachverstand und in vorbildlicher Haltung, mit Ausstrahlungskraft und großem Einfühlungsvermögen gewirkt. Seine Menschlichkeit, seine Toleranz, seine herausragende Persönlichkeit, seine Aufrichtigkeit und nicht zuletzt sein Humor bleiben uns allen, die das Glück hatten, ihn kennenlernen zu dürfen, unvergesslich.



Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen

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

Leitsymptome: **Somnolenz – Bewußtlosigkeit** **Muskelrelaxation** **Hypotonie**

Der Notfall: **Benzodiazepin-Intoxikation**

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

Symptomatik:

Verwaschene Sprache, Unruhe, Halluzination, Somnolenz, Bewußtlosigkeit, Koma, Muskelrelaxation, Ataxie, Hypotonie, Schwindel, Atemdepression bei schwersten Intoxikationen

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 jeder ungeklärten Bewußtseinsstörung ist an eine Intoxikation zu denken!

Reaktion auf grobe Schmerzreize? – Reflexe auslösbar?

Pupillenreaktion?

Blutdruck? – Puls?

Atmung? (zentrale Atemdepression? – Aspiration?)

Hautfarbe? (blau = Zyanose, hellrot = CO-HB, braun = Met-HB)

Einstichstellen?

Zusätzlich in der Klinik:

Laborwerte, EKG, EEG, evtl. CCT 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. 06841/16-2425 – 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 Wendl-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.

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 (Aktivkohle, Natriumsulfat)

Forcierte Diurese, Hämo-perfusion, -dialyse etc. sind ineffektiv!

Der Benzodiazepin-Antagonist Flumazenil (Anexate®, Hoffmann-La Roche) ist seit Januar 1989 auch in der Bundesrepublik zugelassen. Der Antagonist hebt die zentrale Dämpfung auf.

**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 (evtl. in der Anflutungsphase!) sollte zur Beobachtung in eine Klinik gebracht werden.

**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 Benzodiazepinen.

Bei gleichzeitiger Einnahme von Alkohol oder anderen zentral dämpfenden Verbindungen kann deren Wirkung verstärkt werden!

Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

Oberbayern

Landkreis Neuburg-Schrobenhausen:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberbayern der KVB, Eisenheimerstraße 39, 8000 München 21, Telefon (089) 57 09 30.

Oberfranken

Hof/Saale:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Rödental, Lkr. Coburg:
1 HNO-Arzt

Hof/Saale:
1 Hautarzt

Lichtenfels:
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Brandenburger Straße 4, 8580 Bayreuth, Telefon (0921) 29 21.

Mittelfranken

Landkreis Erlangen-Höchstadt:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Landkreis Fürth:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Gemeinschaftspraxis/
Praxisgemeinschaft)

Nürnberg:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Gemeinschaftspraxis)

Nürnberg:
1 Frauenarzt
(Gemeinschaftspraxis)

Schwabach:
1 Hautarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Landkreis Ansbach:
1 Internist

Nürnberg:
1 Internist
(Gemeinschaftspraxis)

Landkreis Roth:
1 Kinderarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Fürth:
1 Orthopäde
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Nürnberg:
2 Orthopäden
(Gemeinschaftspraxis/
Praxisgemeinschaft)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (0911) 46 27-307 (Frau Gresens / Herr Hubatschek).

Unterfranken

Obernburg-Eisenbach, Lkr. Miltenberg:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Schwebheim, Lkr. Schweinfurt:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Ebern/Eltmann-Ebelsbach/Haßfurt, Lkr. Haßberge:
2 Augenärzte

Hösbach, Lkr. Aschaffenburg:
1 Augenarzt

Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:
1 HNO-Arzt

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

Bad Neustadt/Bad Königshofen, Lkr. Rhön-Grabfeld:
1 HNO-Arzt

Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:
1 Internist

Planungsbereich Kitzingen, Lkr. Kitzingen:
1 Kinderarzt

Bad Brückenau, Lkr. Bad Kissingen:
1 Kinderarzt

Ebern, Lkr. Haßbarga:
1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Hotstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 307-136 (Harr Heiligenthal/Harr Schäfer).

Oberpfalz

Kirchenthumbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Dieterskirchen, Lkr. Schwandorf:
1 Allgemein-/praktischer Arzt

Sulzbach-Rosenberg, Lkr. Amberg-Sulzbach:
1 Augenarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Augenarzt

Nabburg, Lkr. Schwandorf:
1 Augenarzt

Tirschenreuth:
1 Augenarzt

Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:
1 Augenarzt

Roding, Lkr. Cham:
1 Frauenarzt

Waldmünchen, Lkr. Cham:
1 Frauenarzt

Landkreis Amberg-Sulzbach:
1 HNO-Arzt

Landkreis Cham:
1 HNO-Arzt

Landkreis Cham:
1 Hautarzt

Stadt Weiden:
1 Hautarzt

Landkreis Tirschenreuth:
1 Hautarzt

Furth i. W., Lkr. Cham:
1 Internist

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Internist

Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:
1 Kinderarzt

Planungsbereich Tirschenreuth:
1 Kinderarzt

Tirschenreuth:
1 Nervenarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg, Telefon (0941) 3782-0.

Niederbayern

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Augenarzt

Mallersdorf-Pfaffenberg, Lkr. Straubing-Bogen:
1 Augenarzt

Simbach am Inn, Lkr. Rottal-Inn:
1 HNO-Arzt

Pfarrkirchen, Lkr. Rottal-Inn:
1 Hautarzt
(Praxisübernahme)

Regen, Lkr. Regen:
1 Hautarzt

Zwiesel, Lkr. Regen:
1 Internist

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Kinderarzt

Rottenburg a. d. Laaber, Lkr. Landshut:
1 Kinderarzt

Waldkirchen, Lkr. Freyung-Grafenau:
1 Kinderarzt

Eschenfelden, Lkr. Rottal-Inn:
1 Narvenarzt
(Praxisübernahme)

Stadt Straubing:
1 Radiologa
(Praxisübernahme)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lillienstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (09421) 80 09-0.

Schwaben

Nördlingen, Lkr. Donau-Ries:
1 HNO-Arzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (0821) 32 56-0.

Rentenversicherung der Zukunft

In der Politik und den Medien gibt es derzeit fast nur ein Thema: die dramatischen Veränderungen in den osteuropäischen Ländern und in der DDR sowie der anhaltende Zustrom von Flüchtlingen in die Bundesrepublik und die sich daraus ergebenden Probleme am Arbeitsmarkt und bei der Wohnungsverorgung. Die Schwierigkeiten wechseln, für die DDR und sicherlich auch hier bei uns. Dennoch sollte man sich der Tatsache bewußt bleiben, daß es für die Bundesrepublik weder eine rechtliche noch eine politische Möglichkeit gibt, die jungen Menschen, die zu uns in die Freiheit kommen, abzuweisen. Der Schlüssel zur Lösung der Probleme liegt nicht in Bonn, sondern ausschließlich bei der Führung der DDR.

Die Menschen werden in ihrer Heimat bleiben und nicht mehr die Risiken der Flucht auf sich nehmen, wenn die Staatsführung die Überzeugung zu vermitteln vermag, daß rechtsstaatliche Verhältnisse geschaffen, Freiheitsrechte gewährt und marktwirtschaftliche Reformen zielstrebig in Angriff genommen werden. Dabei zu helfen, wäre eine lohnende Aufgabe deutscher Politik. Die Stabilisierung der bestehenden Machtverhältnisse kann dagegen nicht das Ziel sein. In der Vergangenheit sind da viele Fehler gemacht worden, von dialogbeflissenen und reiselustigen Politikern der Opposition, aber auch der Koalition, denen das Foto mit Honecker wichtiger war als das Gespräch mit den Bürgern. Kohl war klug genug, sich weder an diesem Polit-Tourismus zu beteiligen, noch voreilig zu bestimmten geschichtsträchtigen Terminen nach Polen zu fahren. Der „Bericht aus Bonn“ kann an diesen Themen, die derzeit das politische Klima bestimmen und auch die sozialpolitische Diskussion beeinflussen, nicht vorübergehen.

So heben zum Beispiel die Grünen im Bundestag unter Hinweis auf den Zustrom vieler junger Menschen und die gute Konjunktur versucht, die Entscheidung über die Neuordnung der gesetzlichen Alterssicherungssysteme hinauszu-schieben. Die Reformen seien nicht mehr so dringlich; man könne durchaus noch einmal über die Einführung einer Grundsicherung für die elten Menschen nachdenken. Das Geld dafür sei vorhanden. Union, F.D.P. und SPD sind solchen Ratschlägen glücklicherweise nicht gefolgt, sondern haben ihre Gesetze beschlossen. Darüber muß sogar derjenige erleichtert sein, der das Rentenkonzept für unzulänglich und für nicht ausreißend hält.

Immerhin enthält es eine Reihe notwendiger und prinzipiell richtiger Korrekturen, die mittel- und langfristig Entlastung versprechen. Das gilt zum Beispiel für die Entscheidungen, die vorgezogenen Altersgrenzen von 2001 in schrittweise anzuheben, den Bundeszuschuß auf einem etwas höheren Niveau zu stabilisieren, in der Beamtenversorgung einen einheitlichen Steigerungssatz einzuführen, der erst nach 40 Jahren die Höchstversorgung bringt. Durch solche und andere Maßnahmen mag es gelingen, den Anstieg des Beitragssatzes von heute 18,7 Prozent bis 1996 zu verschieben und bis 2010 aus heutiger Sicht auf 21,4 Prozent zu begrenzen. Bei solchen Hinweisen wird freilich in der Regel unterschlagen, daß die Steuerzahler schon von 1990 an sowie die Beitragszahler in der Arbeitslosenversicherung und der Krankenversicherung von 1995 an höher zugunsten der Rentenversicherung belastet werden.

Nun sieht es so aus, als wenn auch den Rentnern Opfer abverlangt würden. Für bestimmte Gruppen, wie die Akademiker und die langfristig Arbeitslosen, ist das richtig. Allgemein ist das jedoch nicht der Fall. Zwar werden die Renten künftig nicht mehr nach der Entwicklung der Bruttoverdienste eingepaßt; sie sollen der Entwicklung der Nettoverdienste folgen. Aber mit dieser durchaus plausiblen Maßnahme werden kaum zusätzliche Spareffekte erzielt, denn die Renten sind seit 1977 wegen der verschiedenen diskretionären Eingriffe, wie die Einführung und Erhöhung der Krankenversicherungsbeiträge der Rentner, faktisch nur wie die verfügbaren Einkommen der Arbeitnehmer gestiegen. Ohne diese Eingriffe wäre die Rentenversicherung in den letzten Jahren nicht zu finanzieren gewesen. Wenn das gegenwärtige Netto-Rentenniveau durch die Formalisierung der Netto-Anpassung gehalten werden soll, so kann dieses Anpassungsverfahren keinen zusätzlichen Konsolidierungseffekt erbringen, mit dem die wachsenden Belastungen aus der demographischen Entwicklung auch nur teilweise zu finanzieren wären. Aber Logik ist bekanntlich nicht die Stärke der Sozialpolitik.

Die Reformperspektive reicht bis 2010. Das ist für ein Alterssicherungssystem zu kurz, zumal sich die Altersstruktur erst gegen 2020 dramatisch verschlechtern wird. Nun sagen Blüm und andere, daß man die Entwicklung so weit nicht vorausehen könne. Das stimmt nur teilweise, denn mit einer wesentlichen Änderung der demographischen Verhaltens-

weisen wird man in absehbarer Zeit nicht rechnen können. Und die Aus- und Überlasten, die das System zunächst entlasten, kommen dann auch ins Renteneralter. Sollte die Entwicklung günstiger als heute erwartet verlaufen, so wäre es leicht, das Rentenniveau kurzfristig anzuheben. Verliefe die demographische Entwicklung so, wie heute zu erwarten ist oder gar noch schlechter, so wäre das Rentensystem in seiner heutigen Form nicht durchzuhalten. Dann müßte das Leistungsniveau drastisch abgebaut werden, womit gewiß eine Nivellierung der Renten auf niedrigerem Niveau verbunden wäre. Wer die nachfolgenden Generationen nicht solchen unkalkulierbaren Risiken aussetzen will, der müßte schon heute behutsam das Rentenniveau senken. Des politischen Kartells von CDU/CSU, SPD und F.D.P. hatte nicht den Mut dazu.

Die Ärzte werden fragen: Was geht uns das an? Die Versorgungswerke sind von Eingriffen verschont geblieben; sie können auch weiterhin mit einer wachsenden Zahl nachrückender Mitglieder rechnen. Wer so denkt, der übersieht, daß die Ärzte als Steuerzahler die Rentenversicherung mitfinanzieren, von steigenden Beiträgen als Arbeitgeber und indirekt über die auf die Preise abgewälzten Sozialkosten belastet werden. Das Rentensystem ist der Eckpfeiler des gesamten Alterssicherungssystems; geriete es in eine Krise, so könnte das nicht ohne Folgen für die Versorgungswerke bleiben. Dazu nur wenige Hinweise: Bei der Einführung eines allgemeinen, steuerfinanzierten Grundrentensystems könnte das Versorgungswerk nur noch den Charakter einer Zusatzversorgung haben. In eine Wertschöpfungsabgabe würden auch die Freiberufler einbezogen; nach den Plänen der SPD würden sie dann in die allgemeine Versicherungspflicht kommen. Das wäre das Ende der Versorgungswerke. Die SPD macht kein Geheimnis daraus, daß sie die berufsständische Gliederung des Sozialsystems beseitigen will. Die Gefahr, daß für die Freiberufler der Vorrang der Versorgungswerke aufgehoben wird und sie stärker als bisher zur Finanzierung des Rentensystems herangezogen werden, ist also latent vorhanden.

Die Freiberufler täten also gut daran, sich nach der Rentenreform noch intensiver als bisher an der Diskussion über die Zukunft des Alterssicherungssystems zu beteiligen. Das entspräche ihren elementaren Interessen. Die heutige, gegliederte Struktur des Systems wird jedenfalls nur dann zu erhalten sein, wenn bei wachsendem allgemeinen Wohlstand das kollektiv finanzierte Leistungsniveau behutsam zurückgenommen wird. Langfristig ist es nicht zu finanzieren.

bonn-mot

Amtliches

Der 42. Bayerische Ärztetag hat am 8. Oktober 1989 in Augsburg folgende Änderung der „Mustersatzung für die Ärztlichen Bezirksverbände“ beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat den Änderungsbeschuß mit Schreiben vom 2. November 1989, Nr. I E 8-5011-10/3/89, genehmigt.

Änderung der Mustersatzung für die Ärztlichen Bezirks- verbände vom 9. Oktober 1978

(BayÄBl. 1978, Dezember, S. 1436)

I. Die Mustersatzung für die Ärztlichen Bezirksverbände vom 9. Oktober 1978 wird wie folgt geändert:

§ 2 Abs. 1 Satz 4, „Ferner hat er die Delegierten zum Deutschen Ärztetag zu wählen“, wird ersatzlos gestrichen.

II. Die Änderung der Mustersatzung für die Ärztlichen Bezirksverbände tritt am 1. Januar 1990 in Kraft.

Augsburg, 8. Oktober 1989

gez.

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

Der 42. Bayerische Ärztetag hat am 8. Oktober 1989 in Augsburg folgende Änderung der „Berufsordnung für die Ärzte Bayerns“ beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat den Änderungsbeschuß mit Schreiben vom 2. November 1989, Nr. I E 8-5012-5/6/89, 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 41. Bayerischen Ärztetages 1988 (BayÄBl. 1988, Dezember, S. 517 ff.)

I. § 15 Abs. 3 wird wie folgt ergänzt:

„Ebenso ist es berufsunwürdig, einen Kollegen in unlauterer Weise unterhalb der üblichen Vergütung oder unentgeltlich zu beschäftigen oder eine solche Beschäftigung zu bewirken.“

II. Diese Änderung der Berufsordnung tritt mit dem 1. Januar 1990 in Kraft.

Augsburg, 8. Oktober 1989

gez.

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

Bei Husten und Bronchitis...

Tussamag®

ERKÄLTUNGSBALSAM

Zum Einreiben
und Inhalieren!



Neu von
ct

Mit Wirkstoffen
aus der Natur!



ct-Arzneimittel
Chemische Tempelhof GmbH
Oberlandstr. 65, Postfach 42 03 31
1000 Berlin 42, Tel. 030-7518061

Tussamag® Erkältungsbalsam

Anwendungsgebiete: Husten, Bronchitis. **Gegenanzeigen:** Geschädigte Haut (z. B. bei Verbrennungen), Asthma bronchiale, Keuchhusten, Überempfindlichkeit gegenüber ätherischen Ölen. Bei Säuglingen und Kleinkindern sollte Tussamag® Erkältungsbalsam nicht im Bereich des Gesichts, speziell der Nase, aufgetragen werden. Bei akuten Entzündungen nicht zur Inhalation verwenden. **Nebenwirkungen:** An Haut und Schleimhaut können verstärkte Reizerscheinungen auftreten. Bronchospasmen können verstärkt werden. Kontaktexzeme sind möglich. **Darreichungsform und Packungsgröße:** Schraubglas mit 20 g, Schraubglas mit 40 g.

Stand 10/89

Für ein humanes Krankenhauswesen

Die demographische Entwicklung Bayerns ist für Sozialminister Dr. Gebhard Glück die bedeutsamste Herausforderung, denen sich das Krankenhauswesen im Freistaat gegenüberstellt, denn bis zum Jahr 2000 wird sich der Zahl der über 60jährigen um mehr als 15 Prozent erhöhen. Die damit einhergehenden Krankheitsbilder und die Zunahme alter Patienten wird nach seinen Angaben vermehrte Ansprüche an die Pflegekräfte stellen. Dabei müsse die Humanität zentrales Kriterium aller Tätigkeit sein, forderte Glück, als er im Sozialpolitischen Ausschuß zwei Interpellationen von CSU und SPD beantwortete. Beide Anfragen waren bereits vor Jahresfrist von den Parteien angekündigt und vorbereitet worden. Die CSU stellte sie unter das Thema „Humanität im Krankenhaus“, während die SPD unter dem Motto „Das Krankenhaus in einer sich wandelnden Gesellschaft“ den Schwerpunkt auf zukünftige Entwicklungen im Gesundheitswesen legte.

Zur Vorbereitung ihrer Interpellation hatte die CSU ein Dialogprogramm für Gespräche mit Personal, Klinikträgern, Kassen und Patienten erarbeitet, um herauszufinden, was an der medizinischen Versorgung menschlich und organisatorisch verbessert werden kann. Dabei ging die Regierungspartei von folgender Ausgangslage aus: In der Bundesrepublik wurden 1960 7,3 Millionen Patienten in Krankenhäusern behandelt, inzwischen werde jedoch die 13 Millionen-Grenze überschritten. Allein in Bayern haben sich dann im Jahr rund zwei Millionen Bürger einer Klinikbehandlung unterzogen – nahezu jeder fünfte. Davon sind auch die Angehörigen mitbetroffen, die sich wegen der Erkrankung eines Familienmitglieds oft einer hilflosen Lage gegenübersehen, ein Zustand, den das Krankenhaus nicht noch verschlimmern dürfe, erklärte CSU-Fraktionschef Alois Glück bereits bei der Ankündigung der Anfrage. Er verwies aber auch darauf, daß die Verweildauer im Akutbereich sich in den vergangenen Jahren um ein Drittel verkürzt habe, was für das Personal eine erhöhte Belastung bedeute. Nach seiner Meinung seien Anzeichen mangelnder Durchlässigkeit zwischen Ambulanz, Klinik und

Nachsorge erkennbar. Gleichzeitig unterstrich er jedoch, daß die Personalengpässe sich vor allem auf die Großkrankenhäuser und die Ballungsgebiete konzentrierten und sprach sich für eine bessere Bezahlung der Pflegekräfte aus. Er empfahl insgesamt, mehr in die Menschen zu investieren und nicht mehr so sehr in die Bauten. Vor diesem Hintergrund erarbeitete dann die CSU eine 64 Fragen umfassende Interpellation, während die SPD mit ihrer Anfrage neben der demographischen Entwicklung – im Jahr 2000 werde jeder vierte Bürger des Freistaats älter als 60 Jahre sein – unter anderem auch die Einflüsse von Umwelt, Arbeitsplatz und Verkehr sowie das Leistungsangebot der Kliniken in der Zukunft untersucht wissen wollte. Einig waren sich beide Fraktionen, daß die parlamentarischen Anfragen nur der Anfang einer intensiven Debatte über Probleme des Gesundheitswesens sein können.

In seiner Antwort vor dem Sozialpolitischen Ausschuß relativierte Glück die Kritik an der „Apparatemedizin“ und an den als „seelenlos“ geltenden Großkliniken. Zwar bestehe die Gefahr, daß angesichts der Fülle an technischen Geräten der Blick auf den Patienten verloren gehe, doch modernste Ausstattung entspreche den Wünschen der Bürger. Bei den Großkliniken sei die Atmosphäre auf der Station bestimmend, zudem hätten in Bayern drei Viertel aller geförderten Krankenhäuser weniger als 250 Betten. Entscheidend sei die humane Gesinnung der Personen im Krankenhaus, denn personeller und materieller Aufwand allein schaffe noch keine Humanität. Humanität aber manifestiere sich im Vertrauen des Patienten. Dabei sei vor allem – in verständlicher Sprache – die Information über alle wesentlichen Schritte der Behandlung, auch über Verzögerungen in Diagnose und Therapie, gefragt.

Zum Pflegenotstand räumte Glück ein, daß das Personal trotz beachtlicher Mehrungen in vielen Krankenhäusern nicht für die Anforderungen einer intensiven Behandlung ausreiche. Zwar habe von 1972 bis 1987 die Zahl der Ärzte um 61 Prozent und die der Pflegekräfte um 90 Prozent zuge-

nommen, doch sei die Situation vor allem im Pflegebereich kritisch, obwohl die Zahl der Patienten nicht im gleichen Umfang gestiegen ist. Ein Grund dafür war für Glück die Belastung des Personals mit nicht berufstypischen Aufgaben. Hier müßten sinnvolle organisatorische und wirtschaftliche vertretbare Ersatzlösungen gefunden werden, wie der Einsatz von Teilzeitkräften zu arbeitsintensiven Zeiten, wie etwa morgens beim Waschen, damit die Patienten nicht so früh geweckt werden müssen.

Vor dem Ausschuß warnte der Minister davor, daß in der Bundesrepublik hunderttausend oder gar zweihunderttausend Betten abgebaut werden könnten. Die durchschnittliche Bettennutzung in Bayern pendle sich bei 85 Prozent ein, was wirtschaftlich wie medizinisch zu vertreten sei. Insgesamt sei beim Bettenabbau – seit 1974 wurde in Bayern die Zahl der Betten um 8559 reduziert – ein umsichtiges und nicht unbedacht forschendes Vorgehen erforderlich. In diesem Zusammenhang ging Glück auch auf die aus den USA stammende „Hospiz-Bewegung“ ein, die nicht mehr heilbaren Patienten die Möglichkeit eröffnen will, ihre letzte Lebensphase in einer menschenwürdigen Umgebung einer stationären Einrichtung zu verbringen. Statt dieser „Sterbehäuser“ plädierte Glück für die Einrichtung derartiger Stationen in bestehenden Krankenhäusern und teilte mit, daß ein entsprechendes Projekt bereits gebilligt sei.

Die SPD-Abgeordneten zeigten sich von der Ministerantwort auf ihre Interpellation „enttäuscht“, wie deren Sprecher Karl-Heinz Müller sagte. Glück habe sich hinter das Entscheidungsrecht der Krankenhausträger zurückgezogen, und man sei in Sorge, daß die Krankenhäuser „von der Struktur her nicht auf die Veränderungen der Gesellschaft vorbereitet“ seien, vor allem nicht auf die Zunahme älterer, pflegebedürftiger Menschen. Die Staatsregierung zeige hier keine richtungweisenden Vorschläge. Müllers Fraktionskollege Willi Kaiser bezeichnete die Auskunft der Staatsregierung als unmöglich, wonach die Zahl und Häufigkeit von Krankheitsbildern vorwiegend vom Verhalten der Gesamtbevölkerung bestimmt werde. So könne man das nicht stehen lassen, denn wer habe denn schon die Chance, einer Umweltbelastung wie etwa Nitrat im Wasser durch persönliches Verhalten zu entgehen.

Michael Gscheidle

Auch Ärzte als Inhaber einer Klinik sind in der Werbung eingeschränkt

Sowohl die Berufsgerichtsbarkeit als auch die Zivilgerichtsbarkeit haben bei der Beurteilung, ob ein Verstoß gegen das ärztliche Werbeverbot und damit gegen § 1 UWG (Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb) vorliegt, die richtungweisende Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes (Beschluß vom 19. November 1985 – 1 BvR 934/82 –) ihrer Urteilsfindung zugrunde zu legen.

In seinem Urteil vom 6. Juli 1989 (29 O 2035/89 – rechtskräftig –) hat das Oberlandesgericht München bezüglich der Prospektwerbung einer Privatklinik die Verletzung des ärztlichen Werbeverbots bejaht und dieses auch auf dem Hintergrund des ärztlichen Berufsrechtes ausführlich begründet.

Dies ist Anlaß, über diese Entscheidung zu informieren:

Der Beklagte, der als Arzt eine Privatklinik betreibt, hat in seinem Klinikprospekt auf folgendes hingewiesen:

„Der ärztliche Leiter der Klinik ist der Chirurg ..., seit 1969 ärztlich tätig. ... Dieses Team garantiert engagierte Betreuung in familiärer Atmosphäre rund um die Uhr.“

Diese Hinweise wurden als Verstoß gegen das ärztliche Werbeverbot und damit als Verstoß gegen § 1 UWG (unlauterer Wettbewerb) angesehen, weshalb der Klinikinhaber von der ärztlichen Berufsvertretung aufgefordert wurde, zu erklären, derartige Hinweise zukünftig zu unterlassen.

Die geforderte Unterlassungserklärung wurde nicht abgegeben, weshalb die ärztliche Berufsvertretung Klage wegen Verstoßes gegen § 1 UWG erhoben hat.

Der Beklagte wurde in erster Instanz (Urteil des Landgerichts München I vom 6. Dezember 1988 – 7 O 13 553/88 –) verurteilt.

Die Berufung des Beklagten gegen dieses Urteil hat das Oberlandesgericht München zurückgewiesen.

Aus den Gründen:

„...“

Die Werbung des Beklagten (der Arzt ist), soweit sie Gegenstand des Berufungsverfahrens ist, ist standeswidrig und damit insoweit nach § 1 UWG unzulässig. Dies gilt auch nach der vom Landgericht noch nicht berücksichtigten Neufassung des § 21 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, die seit dem 1. Januar 1989 gilt.

Die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns ist eine Satzung, die in ihren die ärztliche Werbung betreffenden Bestimmungen der Auffassung aller korrekten Berufsangehörigen entspricht. Das Werbeverbot gemäß § 21 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns beruht auf der gesetzlichen Ermächtigung in Art. 19 Nr. 7 des Kammergesetzes vom 15. Juli 1957 in der seit 1. Januar 1978 geltenden Fassung (GVBl. 1978, S. 67); sie ist damit eine aufgrund eines Gesetzes erlassene Vorschrift (vgl. Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes vom 19. November 1985 – 1 BvR 934/82 – GRUR 1986, 382). Das bewußte Hinwegsetzen über dieses zum Schutz der Allgemeinheit festgesetzte Werbeverbot verstößt grundsätzlich gegen § 1 UWG (Baumbach-Hefermehl, Wettbewerbsrecht, 15. Aufl. 1988, § 1 UWG, Rdnrn. 624, 626, 627).

Die Neufassung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns, von der für die Entscheidung nunmehr auszugehen ist, bestimmt in § 21 Abs. 1, daß dem Arzt jegliche Eigenwerbung untersagt ist, daß der Arzt eine ihm verbotene Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden darf und daß dieses Verbot auch für Ärzte gilt, deren Person oder Tätigkeit in Ankündigungen von Kliniken anpreisend herausgestellt wird. Das Recht des Arztes, durch die Führung recht-

mäßig erworbener Titel und Gebietsbezeichnungen, die Anbringung eines Praxisschildes und ähnliche Maßnahmen zu werben, wird durch die Neufassung des § 21 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns nicht berührt.

Bel der Beurteilung der streitgegenständlichen Werbeaussagen sind die Grundsätze, die das Bundesverfassungsgericht im Beschluß vom 19. November 1985 (1 BvR 38/78, GRUR 1986, 387 ff.) aufgestellt hat, zu beachten. Danach ergeben sich aus dem Umstand, daß Ärzte trotz ihrer Eigenschaft als Freiberufler, zum Beispiel durch das Betreiben einer Klinik, gewerblich tätig sein dürfen, zwangsläufig rechtlich relevante Unterschiede in der Beurteilung des Werbeverbotes. Gewerbliche Unternehmen auf dem Gebiet des Heilwesens unterliegen nicht demselben strengen Werbeverbot wie freiberuflich tätige Ärzte. Die Berechtigung hierfür ergibt sich daraus, daß zum Beispiel Kliniken meist mit größerem personellen und sachlichen Aufwand arbeiten und zur Sicherung ihrer wirtschaftlichen Existenz darauf angewiesen sind, für ihr Leistungsangebot zu werben. Auch besteht ein Bedürfnis der Allgemeinheit, sich über das Vorhandensein von Kliniken, deren Indikationsgebiete und Behandlungsverfahren informieren zu können. Zu unterscheiden ist somit zwischen dem allgemeinen Werbeverbot für Ärzte, durch das Grundrechte nicht verletzt werden (vgl. BVerfG, a.a.O., 390 unter Hinweis auf BVerfG, Beschluß vom 19. November 1985, 1 BvR 934, 82, GRUR 1986, 382 ff.), und der speziellen Werberegulierung im Zusammenhang mit gewerblichen Unternehmen, die eine verfassungsrechtlich unzulässige Einschränkung der Rechte der freien Berufsausübung nach Art. 12 Abs. 1 GG darstellen kann. Dabei ist zu beachten, daß eine derartige Beschränkung nur zulässig ist, wenn sie durch Gesetz erfolgt, wenn sie durch hinreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt wird, wenn das gewählte Mittel zur Erreichung des verfolgten Zweckes geeignet und auch erforderlich ist, und wenn bei einer Gesamtabwägung zwischen der Schwere des Eingriffs und dem Gewicht der ihn rechtfertigenden Gründe die Grenze der Zumutbarkeit noch gewahrt ist (BVerfG, a.a.O., 389, 390).

a)

Die Nennung des Namens des Beklagten als ärztlicher Leiter der Klinik wäre nach Auffassung des Senats – für sich betrachtet – nicht zu beanstandenden. Insoweit läge noch keine enpreisende Herausstellung im Sinne des § 21 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vor. Der Beklagte hat sich jedoch nicht auf die Namensnennung beschränkt; er hat diese mit dem Hinweis verbunden, daß er seit 1969 ärztlich tätig ist. Hierin liegt eine unzulässige Anpreisung im Sinne der genannten Vorschrift. Mit diesem Hinweis soll auf die besondere Berufserfahrung des Beklagten aufmerksam gemacht werden. Dem Leser des Prospektes als möglichem Patienten soll der Besuch der Klinik mit Rücksicht auf die besondere Qualifikation des Beklagten nahegebracht werden. Hierin liegt nicht nur eine Werbung für die Klinik, sondern auch für den Beklagten als Arzt, die mit dem Grundsatz des Verbotes jeglicher allgemein ärztlichen Werbung – von den oben erwähnten Ausnahmen abgesehen – nicht zu vereinbaren ist. Der Umstand, daß die Werbung in der Ankündigung einer Klinik enthalten ist, ist nach der ausdrücklichen Bestimmung des § 21 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns unbeachtlich.

Diesem Ergebnis steht das Grundrecht der freien Berufsausübung gemäß Art. 12 GG nicht entgegen. Die in § 21 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns enthaltene Beschränkung ist zulässig. Die Regelung erfolgt aufgrund der gesetzlichen Ermächtigung des Kammergesetzes in der ab 1. Januar 1978 geltenden Fassung. Das Gemeinwohl rechtfertigt das Werbeverbot für Ärzte, da die Arztwahl ausschließlich von der Güte der ärztlichen Leistung, nicht aber vom Umfang und Inhalt der Werbung abhängen soll. Die Regelung des § 21 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns ist zur Durchsetzung des ärztlichen Werbeverbotes auch geeignet und erforderlich. Gerade die Bestimmung, daß die anpreisende Herausstellung auch in Ankündigungen von Kliniken untersagt ist, ist notwendig, um mittelbare Werbung, die zur Umgehung des allgemeinen Werbeverbotes führen könnte, zu unterbinden. Das Interesse des Beklagten, im Rahmen der Prospektwerbung auf die Dauer seiner ärztlichen Tätigkeit hinzuweisen, hat hinter dem Interesse der Allgemeinheit an der Einhaltung des ärztlichen Werbe-

verbotes zurückzutreten. Dies gilt um so mehr, als die Dauer einer ärztlichen Berufsausübung für die Qualifikation des Arztes nur bedingt aussagekräftig ist. Aus diesem Grunde muß auch das enzuerkennende Informationsinteresse der Patienten über die Leistungsfähigkeit einer Klinik im Rahmen der gebotenen Gesamtabwägung insoweit außer Betracht bleiben.

Art. 19 des bayerischen Kammergesetzes in der ab 1. Januar 1978 geltenden Fassung genügt den Anforderungen, die verfassungsrechtlich an eine Ermächtigungsnorm zu stellen sind. Das Gesetz legt die grundsätzlichen ärztlichen Berufspflichten fest und bestimmt ausdrücklich, daß die Berufsordnung die ärztliche Werbung regeln darf. Da die von der Landesärztekammer zu erlassende Berufsordnung nach Art. 20 des Kammergesetzes der Genehmigung des Staatsministeriums des Innern bedarf, sind die Interessen der Allgemeinheit und sonstiger Dritter hinreichend gewahrt. Die Bedenken, die gegen die Ermächtigungsgrundlage des Kammergesetzes in der Fassung des Jahres 1957 bestanden (vgl. BVerfG, a.a.O., S. 390), bestehen hinsichtlich der ab 1. Januar 1978 geltenden Fassung nicht (vgl. BVerfG, a.a.O., S. 384).

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer 1990

AIP-geeignet

Köln, 17. bis 20. Januar 1990

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

Badgastein, 2. bis 10. März 1990

35. Internationaler Fortbildungskongreß

Davos, 11. bis 23. März 1990

38. Internationaler Fortbildungskongreß

Meran, 8. bis 20. April 1990

22. Internationaler Seminarskongreß

Montecatini Terme, 20. Mai bis 1. Juni 1990

24. Internationaler Fortbildungskongreß

Grado, 3. bis 15. Juni 1990

38. Internationaler Fortbildungskongreß

Auskunft und Anmeldung: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 40 04 - 2 22 - 2 24

b)

Die Werbeaussage, wonach das in der Klinik des Beklagten tätige Team für engagierte Betreuung in familiärer Atmosphäre rund um die Uhr garantiert, ist ebenfalls unzulässig. Es handelt sich um eine vollmundige Anpreisung ohne jeden echten Informationsgehalt. Sachgerechte Pflege der Patienten während der gesamten Dauer des Aufenthaltes ist unverzichtbare Voraussetzung jeder ordnungsgemäßen stationären ärztlichen Behandlung. Dieser Umstand darf in der Werbung auch deshalb nicht herausgestellt werden, um die Diskriminierung anderer Krankenanstalten zu vermeiden. Andernfalls bestünde die Gefahr, daß Konkurrenten vergleichbare Anpreisungen, die den Rahmen des sachlich Gebotenen übersteigen, in ihre Werbung aufnehmen. Der Informationszweck der ohnehin nur in engem Rahmen erlaubten speziellen Klinikwerbung wäre damit gefährdet.

Bei der angegriffenen Werbeaussage handelt es sich um Klinikwerbung, die sich mittelbar auf den Beklagten als Arzt auswirkt. Der Umstand, daß die Neufassung des § 21 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns die Regelung des früheren § 21 Abs. 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns nicht übernommen hat, bedeutet nicht, daß mittelbare Werbung nunmehr erlaubt und damit die streitgegenständliche Anpreisung nicht zu beanstandenden wäre. Die Neufassung trägt vielmehr der bereits aufgezeigten Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes Rechnung und beschränkt das mittelbare Werbeverbot, soweit es vorliegend von Bedeutung ist, auf die Neuregelung in § 21 Abs. 1 Satz 3 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns. Durch den Hinweis auf die qualifizierte Betreuung der Patienten durch das eingesetzte Team wird aber mittelbar in enpreisender Herausstellung für den Beklagten geworben. Dieser wird als ärztlicher Leiter der Klinik und damit als Verantwortlicher auch für das in der Klinik tätige Team vorgestellt. Ist dieses Team besonders qualifiziert, so wird dadurch auch die besondere Qualifikation des verantwortlichen Arztes zumindest als Organisator des Klinikbetriebes betont. Gerade diese Werbewirkung soll auch durch die Neufassung des § 21 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vermieden werden.

P. Kalb, BLÄK

Kongresse: Allgemeine Fortbildung

Fallseminare „Psychiatrie“

Veranstalter: Nervenklinik Gauting

13./14. Januar 1990

3. Fallseminar – Abschnitt E

26. bis 28. Januar 1990

5. Fallseminar – Abschnitt A

Die Seminare sind anrechenbar für die Weiterbildung in Psychoanalyse/Psychotherapie für Ärzte, denen das geforderte Jahr stationäre Psychiatrie fehlt.

Begrenzte Teilnehmerzahl – Anmeldung unbedingt erforderlich!

Auskunft und Anmeldung:

Dr. W. Frank, Postfach 1560, 8035 Gauting, Telefon (0 89) 8 50 78 77

Sportmedizinische Fortbildungsveranstaltungen

Die Gesamtübersicht der Veranstaltungen des Bayerischen Sportärzterverbandes für das Jahr 1990 (auch der für die Weiterbildung zur Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ anerkannten) kann gegen Einsendung eines adressierten und mit DM 1,- frankierten Briefumschlages angefordert werden bei:

Bayerischer Sportärzterverband e. V.,

Dr. E. Goßner,

Nymphenburger Straße 81/IV,

8000 München 19

Seminare in Orthopädie und Chirurgie

Veranstalter: Histomorphologische Arbeitsgruppe München gemeinsam mit dem Anatomischen Institut der Universität München

Termine: Implantatverankerung

19./20. Januar – 16./17. März – 17./18. Mai

– 13./14. Juli – 21./22. September –

30. November/1. Dezember 1990

Symposion in Orthopädie und Chirurgie

25./26. Mai 1990

Ort: jeweils Möhlstraße 10, München 80

Auskunft und Anmeldung:

Histomorphologische Arbeitsgruppe,

Gabriel-Max-Straße 3, 8000 München 90,

Telefon (0 89) 64 76 20

Strahlenschutzkurse in Neuherberg

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

Auskunft:

Kurssekretariat des Instituts für Strahlenschutz der GSF, Ingolstädter Landstraße 1, 8042 Neuherberg, Telefon (0 89)

31 87 - 2211

Fortbildungskurse für Röntgenhelfer/innen (§ 23 Nr. 4 RöV)

Dauer: 60 Stunden

Teilnahmevoraussetzung:

Zweijährige Tätigkeit im Röntgenbereich

Termine und Kursorte:

5. bis 13. Februar 1990

5. bis 13. März 1990

8. bis 16. Oktober 1990

26. November bis 4. Dezember 1990

Augsburg, Zentralklinikum

5. bis 13. März 1990

Erlangen, Universitätsklinik

22. bis 30. März 1990

Landshut, Städtisches Krankenhaus

15. bis 30. Januar 1990

5. bis 20. Februar 1990

5. bis 20. März 1990

26. März bis 10. April 1990

7. bis 22. Mai 1990

18. Juni bis 3. Juli 1990

München, Walner-Schulen

29. Januar bis 7. Februar 1990

Regensburg, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühl-

baurstraße 16, 8000 München 80, Telefon

(0 89) 41 47 - 2 81 oder 2 84 bis 2 86

Für Kursort München:

Walner-Schulen, Landsberger Straße

68-76, 8000 München 2, Telefon (0 89)

50 70 33

Blaulichtärzte – Neukonzeption der Fortbildung für Notärzte in Bayern – 1990

Orte: Augsburg, München, Nürnberg und Würzburg

Das Konzept der Einheitlichen Fortbildung für Notärzte in Bayern wird ab Jahresbeginn 1990 geändert. Ziel dieser Änderung ist, einer möglichst großen Zahl von Kolleginnen und Kollegen Kenntnisse in der Notfallmedizin zu vermitteln sowie den aktiv tätigen Notärzten den Erwerb der Fachkunde „Rettungsdienst“ zu ermöglichen.

Die Voraussetzungen hierfür sowie die Übergangsbestimmungen wurden in Heft 11/89 veröffentlicht.

Schriftliche Anmeldung

– bei Stufe I und II jeweils für die zweiteiligen Kurse gemeinsam – unbedingt erforderlich!

Bei der Anmeldung zum Kursteil I ist die Fotokopie der Approbation oder Erlaubnis nach § 10 Abs. 4 BÄO beizulegen.

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.

– Fortsetzung Rückseite –

Stufe I/1 und I/2: Grundkurs für Notfallmedizin (für AIP empfohlen)

Voraussetzung für die Teilnahme: Approbation oder Erlaubnis nach § 10 Abs. 4 BÄO

Zeitbedarf: 2 Samstage (2 x 7 Stunden)

Stufe I/3 und I/4: Grundkurs für Ärzte, die im Notarztdienst eingesetzt werden sollen

Voraussetzung für die Teilnahme: vollständig absolvierte Stufe I/1 und I/2 sowie Absichtserklärung über die zukünftige Mitarbeit im Notarztdienst

Zeitbedarf: 2 Samstage (2 x 7 Stunden)

Stufe II/1 und II/2: Aufbaukurs für Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: zu II/1: vollständig absolvierte Stufe I, einjährige klinische Tätigkeit im Akutkrankenhaus (möglichst mit Einsatz im Bereich Intensivmedizin oder Notfallaufnahme). Zu II/2: zusätzlich zu II/1 Nachweis einer Tätigkeit im Notarztdienst

Zeitbedarf: 2 Samstage (2 x 7 Stunden)

Stufe III: Fallsimulation für aktiv tätige Notärzte

Voraussetzung für die Teilnahme: vor mindestens einem Jahr abgeschlossene Stufe II, mindestens ein Jahr kontinuierliche Tätigkeit im Notarztdienst (mindestens zehn Einsätze mit lebensrettenden Maßnahmen bestätigt)

Zeitbedarf: 1 Samstag (7 bis 8 Stunden)

Bei abgeschlossener Stufe III wird von der Kammer eine **Bescheinigung über die Fachkunde „Rettungsdienst“** ausgestellt.

Veranstaltungsorte:	Termine:	Stufe:	Auskunft und Anmeldung nur bei:
Augsburg Ärztehaus Schwaben	31. 3.	III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg Frau Ihrcke, Telefon (08 21) 32 56-131
	7. 7.	II/1	
	21. 7.	II/2	
	15. 9.	III	
	6. 10.	II/1	
	27. 10. 10. 11.	II/2 III	
München Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Oberbayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Oberbayern Ärztehaus Bayern	14. 7.	I/1	Bayerische Landesärztekammer Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288
	28. 7.	I/2	
	4. 8.	I/3	
	1. 9.	II/1	
	8. 9.	I/4	
	15. 9.	II/2	
	29. 9.	I/1	
	3. 11.	I/2	
	24. 11.	I/3	
15. 12.	I/4		
Nürnberg-Fürth Stadthalle Fürth	23. 6.	III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1 Frau Leikauf, Telefon (09 11) 46 27-532
	10. 11.	II/1	
	17. 11.	II/2	
Würzburg Ärztehaus Unterfranken Universitätsklinik Universitätsklinik Universitätsklinik Universitätsklinik	10. 2.	III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg Frau Schneider, Telefon (09 31) 3 07-230
	17. 3.	II/1	
	7. 4.	II/2	
	22. 9.	I/3	
	20. 10.	I/4	

Klinische Fortbildung in Bayern 1989/90

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

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

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

Ärztinnen/Ärzte im Praktikum

Fortbildungsveranstaltungen, die als **Ausbildungsveranstaltungen** nach § 34 c der Approbationsordnung empfohlen werden, sind im **Grauraster** gekennzeichnet.

Besonders empfohlen wird die Teilnahme an zwei berufskundlichen Veranstaltungen, die von der Bayerischen Landesärztekammer, an einem Tag zusammengefaßt, durchgeführt werden. Die nächsten Termine sind München 20. Dezember 1989 und 15. März 1990; Würzburg 31. Januar 1990.

Da nicht alle als Ausbildungsveranstaltungen anrechenbaren Fortbildungsveranstaltungen hier veröffentlicht werden können, sollten Ärztinnen/Ärzte im Praktikum auch andere regionale und überregionale Fortbildungsankündigungen (z.B. der Ärztlichen Kreisverbände, der wissenschaftlichen Gesellschaften und ärztlichen Berufsverbände) beachten.

Die Teilnahme wird vom Veranstalter im AiP-Ausweis bestätigt, wobei jeweils drei Stunden einer Ausbildungsveranstaltung entsprechen.

Anmeldung schriftlich erforderlich!

Auskunft: Frau Möller-Petter, Telefon (0 89) 41 47 - 232

Arbeitsmedizin

18. Januar und 15. Februar in München

Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München (Vorstand: Professor Dr. G. Fruhmann) gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V.

18. Januar
94. Kolloquium

Thema: Überlegungen zur Rehabilitation von Niereninsuffizienten am Arbeitsplatz

15. Februar
95. Kolloquium

Thema: Der psychisch auffällige Arbeitnehmer und seine betriebsärztliche Betreuung

Beginn: jeweils 18 Uhr c. t.

Ort: jeweils Kleiner Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt, Ziemssenstraße 1/II (Zi. 251), München 2
Anmeldung nicht erforderlich

Chirurgie

27. Januar in Altötting

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

„Januar-Symposium: Probleme der Alterschirurgie“

Themen: Alter, Altern und Krankheit – Probleme der Alterschirurgie aus der Sicht der Risikoforschung, der Anästhesie, der Chirurgie – Rundtischgespräch: Operiert – und was dann?

Zeit: 9 bis 13 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Professor Dr. H. Bauer, Vinzenz-von-Paul-Straße 10, 8262 Altötting, Telefon (0 86 71) 50 9211

Innere Medizin

26. bis 28. Januar in Bad Neustadt

Kurparkklinik GmbH (Chefarzt: Professor Dr. F. Matzkles)

„21. Ernährungsmedizinisches Seminar“
Themen: Grundlagen der Ernährungslehre – Angewandte Ernährungslehre – Praxis der Diätetik

Beginn: 26. Januar, 19 Uhr; Ende: 28. Januar, ca. 13 Uhr

Ort: Wandelhalle, Bad Neustadt/Saale
Teilnehmergebühr: DM 200,- (Unterkunft und Verpflegung inbegriffen)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:
Kurparkklinik, Frau Peschke, Kurhausstraße 31, 8740 Bad Neustadt, Telefon (0 97 71) 91 70

Dezember 1989

20. Lungen - MÜNNErSTADT

Januar 1990

17. Kinder - Augsburg

17.-19. Orthopädie - München

18. Arbeitsmedizin - München

19. Sonographie München

19./20. Orthopädie - München

25.-27. Neurologie - München

26. Sonographie - München

26.-28. Innere - Bad Neustadt

27. Chirurgie - Altötting

27. Rheumatologie - Bad Abbach

Februar 1990

3. Kinder - Würzburg

6.-8. Lungen - Bad Reichenhall

10. Radiologische Diagnostik - Würzburg

15. Arbeitsmedizin - München

Kinderheilkunde

17. Januar in Augsburg

Kinderkliniken I und II und Kinderchirurgische Klinik im Zentralklinikum Augsburg

Leitung: Professor Dr. M. Bolkenius

Thema: Kinder- und Jugend-gynäkologische Probleme in der Praxis des niedergelassenen Arztes – Klinische Fall-demonstration

Zeit: 17 bis 19.30 Uhr

Ort: Großer Hörsaal im Zentralklinikum, Stenglinstraße, Augsburg

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Professor Dr. M. Bolkenius, Stenglinstraße, 8900 Augsburg, Telefon (0 8 21) 4 00 - 34 70

3. Februar in Würzburg

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

„Würzburger Pädiatrisches Seminar“

Zeit: 9 bis ca. 13 Uhr

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Professor Dr. H. Bartels, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (0 9 31) 2 01 - 37 01

Lungen- und Bronchialheilkunde

20. Dezember in M \ddot{u} nnerstadt

Klinik Michelsberg (Ärztlicher Direktor: Privatdozent Dr. H. Schwelsfurth), Krankenhaus für Lungen- und Bronchialerkrankungen des Bezirks Unterfranken

Thema: Pneumonien und AIDS

Zeit: 16 Uhr c. t.

Ort: Klinik Michelsberg, M \ddot{u} nnerstadt

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Privatdozent Dr. H. Schweisfurth, Klinik Michelsberg, Postfach 264-265, 8732 M \ddot{u} nnerstadt, Telefon (097 33) 62-210

6. bis 8. Februar in Bad Reichenhall

Klinik Bad Reichenhall der LVA Niederbayern/Oberpfalz, Klinik für Erkrankungen der Atmungsorgane (Chefarzt: Privatdozent Dr. W. Petro) in Zusammenarbeit mit der Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Erkrankungen der Atmungsorgane

Leitung: Privatdozent Dr. W. Petro, Dr. B. Lauber

„Fortbildungsseminar: Rehabilitation bei Krankheiten der Atmungsorgane – eine Aufgabe für Klinik und Praxis“

Themen: Terminologie (Krankheiten der Atmungsorgane, sozialmedizinische Bedeutung) – Diagnostik (Lungenfunktion, Allergologie, Röntgen, Bronchologie, BAL und Protein-A-RAST, Schlaf-Apnoe), Therapie (medikamentöse Therapie, Sauerstofflangzeittherapie, Physikalische Therapie incl. Inhalationstherapie, Atemtherapie, Patiententraining), Erfolg von Rehabilitationsmaßnahmen (Beurteilung der Leistungsfähigkeit durch Ergospirometrie und Rechtsherzkatheter, Auswirkungen auf AU-Zeiten), Demonstration und Prektikum

Beginn: 6. Februar, 8 Uhr; Ende: 8. Februar, 16 Uhr

Ort: Klinik Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9-11, Bad Reichenhall

Teilnehmergebühr: DM 250,-; für AIPs DM 150,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 19. Januar

Auskunft und Anmeldung:

Klinik Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9-11, 8230 Bad Reichenhall, Telefon (0 86 51) 5 09 - 5 34

Neurologie

25. bis 27. Januar in M \ddot{u} nchen

Neurologische Klinik der Universität M \ddot{u} nchen im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. Th. Brandt)

Leitung: Professor Dr. K. Einhäupl

„7. Arbeitstagung der Arbeitsgemeinschaft für neurologische Intensivmedizin“
Themen: Akuttherapie des ischämischen Insultes – Plesmapheresis auf neurologischen Intensivstationen – Ethische Probleme auf neurologischen Intensivstationen – Hirndruckmessung – Freie Vorträge

Beginn: 25. Januar, 14 Uhr; Ende: 27. Januar, 13 Uhr

Ort: Hörsaaltrakt im Klinikum Großhadern, Marchioninstraße 15, M \ddot{u} nchen 70

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Neurologischen Klinik, Frau Sebastian, Marchioninstraße 15, 8000 M \ddot{u} nchen 70, Telefon (0 89) 70 95 - 36 77

Orthopädie

17. bis 19. und 19./20. Januar in M \ddot{u} nchen

Orthopädische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität M \ddot{u} nchen im Klinikum rechts der Isar (Direktor: Professor Dr. E. Hipp)

Leitung: Professor Dr. E. Hipp, Privatdozent Dr. R. Gradinger

17. bis 19. Januar

18. Arthroskopie- und Bänderkurs M \ddot{u} nchen (mit anatomischen Präparationen und operativen Eingriffen am frischen Präparat und Videoübertragung aus dem Operationssaal)

19./20. Januar

13. Orthopädisches Skiseminar M \ddot{u} nchen
Thema: Konservative Frakturbehandlung
Jeweils begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr. K. Flock, Dr. J. Paufsen, Ismaninger Straße 22, 8000 M \ddot{u} nchen 80, Telefon (0 89) 41 40 - 40 44

Radiologische Diagnostik

10. Februar in Würzburg

Institut für Röntgendiagnostik der Universität Würzburg (Vorstand: Professor Dr. K. Lackner)

„Diagnostik und Therapie der arteriellen Verschlusskrankheit im Bereich der Extremitäten“

Diagnostik: Anforderungen aus internistischer und gefäßchirurgischer Sicht – Farb-Doppler-Sonographie – Digitale Subtraktionsangiographie

Therapie: Radiologische Intervention: PTA, Lyse, Atherektomie, Embolektomie, Laser, Stent-implantation, Rotacs – Aktuelle Konzepte der chirurgischen und der konservativen Therapie

Zeit: 9 bis 12 Uhr

Ort: Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik im Luitpoldkrankenhaus, Josef-Schneider-Straße 2, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat des Instituts für Röntgendiagnostik, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 2 01 - 31 30 oder 31 56

Rheumatologie

27. Januar in Bad Abbach

Rheumazentrum Bad Abbach, I. Medizinische Klinik (Chefarzt: Professor Dr. H. Menninger) und II. Medizinische Klinik (Chefarzt: Professor Dr. H. Müller-Faßbender)

„5. Bad Abbacher Wintersymposium: Rheuma im Alter“

Themen: Immunologische Besonderheiten bei älteren Patienten – Polymyalgia rheumatica – Physiotherapie beim älteren Rheumapatienten – Osteopathien im Röntgenbild – Medikamentöse Therapie der Osteoporose – Osteoporosekrankheit: vorbeugende Maßnahmen, Bewegungs- und Schmerztherapie – Ernährung beim älteren Menschen – Kristallinduzierte Arthritiden im Alter – Problematik operativer Eingriffe beim Rheumatiker – Falldemonstrationen

Zeit: 8.45 bis 14 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der I. Medizinischen Klinik des Rheumazentrums, 8403 Bad Abbach, Telefon (094 05) 18 - 2 21 oder 2 20

Sonographie

19. und 26. Januar in M \ddot{u} nchen

Städtisches Krankenhaus M \ddot{u} nchen-Harlaching, III. Medizinische Abteilung (Chefarzt: Dr. R. Lindlbauer)

Leitung: Dr. W. Scheinpflug

19. Januar

3. Seminar der Dopplerkardiographie (Vortragsveranstaltung mit Videodemonstrationen)

26. Januar

4. Seminar der Dopplerkardiographie (Vortragsveranstaltung mit Videodemonstrationen)

Zeit: jeweils 9 bis ca. 18 Uhr

Ort: jeweils Seminarraum im Schwesternhaus 1 auf dem Klinikgelände, Krankenhaus M \ddot{u} nchen-Harlaching, Sanatoriumsplatz 2, M \ddot{u} nchen 90

Teilnehmergebühr: DM 180,- (pro Seminar)

Begrenzte Teilnehmerzahl, telefonische Anmeldung erforderlich!

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der III. Medizinischen Abteilung, Sanatoriumsplatz 2, 8000 M \ddot{u} nchen 90, Telefon (0 89) 62 10 - 3 94

Äskulap und Pegasus

Arzt und Autor – Bücher für jedermann (I)

Weihnachten steht vor der Tür! Wie alle Jahre nehmen wir diese Zeit zum Anlaß, neue Bücher vorzustellen und wünschen den Interessierten viel Freude beim Lesen. Allen Freunden dieser Spalte frohe, besinnliche Festtage.

Dr. med. Andreas Schuhmann, Grünwalder Straße 106, 8000 München 90

Zeit zu leben – Lyrik und Prosa

Verfasser: S. Göttlicher, 169 S., Leinen, DM 18,-. Verlag Th. Breit, Marquartstein.

Über hundert Gedichte, chronologisch geordnet und ausgewählt aus einem Zeitraum von zwanzig Jahren, geben Kunde von der „Zeit zu leben“, in der sich allerlei Erlebnisse, Impressionen, Beobachtungen und nachdenklich kritisch prüfende Betrachtungen angeboten hatten. Die Grundtendenz dieser Dichtung ist heiter mit satirischem Anflug. Der gebürtige Ostpreuße Sigurd Göttlicher erinnert mit seinen epigrammatisch knappen Versen formal und der Diktion nach an Wilhelm Busch. Seine ironisch-skeptische Distanz zu menschlichen Verhaltensweisen drängt außerdem unschwer einen Vergleich mit Eugen Roths bekannten „Ein Mensch-Gedichten“ auf. Die schlichten Verse, meist in Vierzeilern mit umschlungenem Reim, der nicht gesucht wirkt, lesen sich gefällig. Bescheiden nennt sich der Autor selbst einen Reimer: „Sigurd, der Reimer“. Die Prosa mit fünf Kurzgeschichten weist den Autor als einen innerlich tief empfindenden lebensnahen Erzähler aus. In all seinen Aussagen ist er fest in einer abendländisch-christlichen Grundhaltung verankert. In seinen Geschichten begegnet uns als zentrales Thema das „Noch-einmal-Davongekommensein“ in schwieriger Zeit mit tröstendem und hoffendem Ausgang. Ob es die Geschichte des in arge Todesnot geratenen, finnischen Holzfällers Kalle ist, ob es autobiographisch die Nachkriegserlebnisse einer Flüchtlingsfamilie oder jene zwei biblisch-tiefgründigen Erzählungen von „Noahs Arche“ und „Liliths Eha (eine jüdische Frauengestalt zur Zeit des Bethlehemer Kindermordes)“ sind, wir werden von

der schicksalhaften Not dieser Menschen ergriffen.

Beeindruckend und bereichernd die Illustration des Buches durch die visionär wirkenden, warmtönigen Ölbilder der Ehefrau Kirsti und die in hervorragender Reproduktion bestechenden Fotografien aus Finnland vom Sohn Björn.

Grundfragen ärztlicher Ethik – aus der Sicht des Kliniklers

Verfasser: Professor L. Maiwald, 407 S., DM 32,-. Verlag Barthes & Barthel, Berg.

Wäre es nur ein nüchternes Sachbuch, hätte man es schwer, eine Rezension hier unterzubringen. Nein, diese „Grundfragen ärztlicher Ethik“ wenden sich nicht allein an Medizinstudenten und junge Ärzte, sie sprechen genauso den Psychologen, Philosophen, Theologen und Juristen an. Also cum grano salis ein Buch für jedermann, der sich Gedanken über den Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden macht. Und das Jonas'sche „Prinzip der Verantwortung“ kommt hier deutlich zum Tragen bei einem Klinikler, aus dessen Sicht die große Problematik der Grenzsituation am Krankenbett aus eigener Erfahrung dargestellt wird.

Im ersten Teil des Buches gibt der Autor eine Standortbestimmung, die sich dem christlich-abendländischen Wertemaßstab verpflichtet fühlt. Dann wird die Pluralität der Ethik in der modernen Gesellschaft analysiert. Ob es um die Wahrheit am Kranken- oder Sterbebett, um die ärztliche Schweigepflicht, um das Verhalten den Angehörigen gegenüber geht, stets werden die Probleme nach allen Seiten hin ethisch wertend behandelt. Sie werden gleichermaßen vom ärztlichen

wie vom juristischen, philosophischen und theologischen Standort her erörtert und bedacht. Im zweiten Teil sind Fragen zu Leben und Tod aufgeworfen. Der Sterbezustand, die aktive und passiva Sterbehilfe, die Euthanasie, der Suizid, die Abtreibung, die Genmanipulation am Menschen finden ihre Wertung gemäß einer im technischen Zeitalter veränderten Welt. Im dritten Teil ist vor allem das Suchtproblem mit seinen oft schwierigen Entscheidungskriterien angesprochen.

Dieses Buch gehört in die Hand eines jeden am Krankenbett verantwortlich tätigen Helfers. Es ist eine wertvolle Orientierungshilfe zu allen prekären Fragen in schwierigen Situationen.

Eine Kindheit in Bonn

Verfasserin: M. Kaatz, 95 S., brosch., DM 18,-. Bouvier Verlag, Bonn.

Wer es unternimmt, seine Kindheit und Jugendjahre, die schon mehr als ein halbes Jahrhundert zurückliegen, für eine Veröffentlichung zu schildern, läuft leicht Gefahr, dies im Sinne von „Dichtung und Wahrheit“ zu tun, gar in nostalgischen Seufzern unbewußt Schönfärberei zu betreiben. Mancha Leser finden daran Geschmack. Über den literarischen Wert solcher „Autobiographien“ läßt es sich freilich streiten. Bei unserer Consoeur Marianne Kaatz ist es indes ganz anders. Von Seite zu Seite, von Kapitel zu Kapitel wird man in allen Aussagen von einer Offenheit überrascht, die frappiert. Anschaulich lebendig und grundehrlich macht uns die Autorin mit einer Zeit bekannt, deren Schilderung die Nachwelt so vergeblich in sogenannten historischen Tatsachenberichten sucht und findet. Wer wissen will, wie es damals in den zwanziger und dreißiger Jahren nun wirklich zugeht in einer Stadt wie Bonn mit spezifisch rheinisch-katholischem Akzent, der vertieft sich in dieses Buch. Dank eines erstaunlichen Erinnerungsvermögens, einer subtilen Beobachtungsgabe und einer lebenswürdigen Detaildarstellung, die das erzählerische Talent verrät, wird das Alltagsleben aus der Sicht eines Kindes skizziert, die Familie in ihrem kleinstädtischen Geschäfts- und Handwerksmilieu mit entsprechendem Umfeld kritisch beleuchtet, die Gedanken- und Spielwelt eines eher robusten, sehr eigenwilligen Kindes offengelegt und von der späteren, jungen Studentin werden auch fragwürdige politische Verhältnisse scharf aufs Korn genommen. Ein spannend und mit viel psychologischem Einfühlungsvermögen geschriebenes Buch, dem man die Handschrift einer später vom Leben geshulten Ärztin anmerkt und das nie psychologisierend ist. Auf die Vorwegnahme einer detaillierten Inhaltsangabe à la Klappentext wird verzichtet. Möge der potentielle Leser neugierig bleiben. Ein hoher dokumentarischer Wert läßt das Buch nicht nur für einen Bonner Bürger, nein, auch für jeden interessant werden, der sich um die zeitgeschichtliche Wahrheit bemüht.

Almanach Deutscher Schriftsteller-Ärzte

Die Ausgabe 1990 des Almanachs deutscher Schriftsteller-Ärzte, herausgegeben von Dr. Jürgen Schwalm, Lübeck, ist im Th. Breit-Verlag, 8215 Marquartstein, soeben erschienen. Der Band kostet DM 24,- und ist über den Verlag oder den Buchhandel zu beziehen.

Herausgeber Schwalm bittet die Schriftsteller-Ärzte, die sich am Almanach 1991 beteiligen möchten, eine selbstkritische Auswahl von Lyrik- bzw. Prosabeiträgen druckfertig (Maschinenschrift auf DIN-A-4-Seiten in doppelter Ausfertigung; nachträgliche Textänderungen bzw. -erweiterungen sind nicht möglich!) sowie eine Biographie mit einer Liste der bisherigen Publikationen bis zum 31. Januar 1990 zu senden an: Dr. Jürgen Schwalm, Sandstraße 16, 2400 Lübeck 1

Vorsorge der große Schrei Bleiben Sie sehr kritisch

Vorsorge für den Ruhestand ist der große Renner geworden, seitdem die meisten Bundesbürger wissen, daß ihre Ansprüche an die gesetzliche Rantversicherung von großen Fragezeichen bedroht sind. Daran ändert für die 45jährigen und jüngeren die bevorstehende Rentengesetzänderung nichts. Als Folge trimmen alle möglichen Sparinstitutionen ihre eigentlich anderen Ziele auf Vorsorge, obwohl sie sie nur unzulänglich oder auf einem speziellen Gebiet zu realisieren vermögen. Andererseits versäumen sie, aus ihren Anlagearten echte Vorteile für die Altersversorgung abzuleiten und sie als Argumente für den Vertragsabschluß mit Ihnen ins Treffen zu führen.

Das fragwürdige Altersvorsorgeangebot einer Bausparkasse kombiniert das Bausparen mit einem Lebensversicherungsvertrag, setzt eine Zahlung der höchsten vermögenswirksamen Leistung von monatlich 78 DM durch den Arbeitgeber voraus und behält das Kapital zu unterdurchschnittlichen Bedingungen bis zum 65. Lebensjahr des Sparerers. Dann wird es auf Wunsch bar oder vier bis 25 Jahre lang als Zeitrente ausbezahlt.

Dieser Plan übervorteilt den Kunden und enttäuscht ihn noch einmal schwer, wenn er den Ablauf erlebt. Grundsätzlich wurde dieses „Altersvorsorge“-Sparsystem auf den Arbeitnehmer zugeschnitten. Es läßt sich uneingeschränkt nicht auf den Selbständigen anwenden, weil er ja keine vermögenswirksame Leistung bekommen kann.

Von den 150 DM Sparrata aus eigenen Mitteln werden 100 DM einem Lebensversicherungs- und 50 DM einem Bausparvertrag gutgeschrieben. Zusammen mit den 78 DM vermögenswirksame Leistung wird die 128-DM-Bauspar-Monatsrate mit 2,5 Prozent pro Jahr verzinst. Nur wenn der Bausparer oder seine Erben die zwölfjährige Spardauer durchhalten, haben sie anschließend mit einem Bonus in Höhe von 80 Prozent auf die gutgeschriebenen Zinsen zu rechnen.

Der Bonus bei Sparplänen wird in der Regel auf die Einzahlungen bezogen. Auf die Zinsen geschlagen, kann er daher wesentlich höher ausfallen. Augenscheinlich. Von den Einzahlungen ausgehend, macht der Bonus nur 21,3 Prozent aus. 128 DM monatliche Einzahlungen summieren sich nach zwölf Jahren zu 18432 DM. Sodann sei laut Bausparkassa ein Guthaben von 23349 DM er-

reicht. Offenbar werden noch 158,50 DM Spesen abgezogen, denn tatsächlich müßte das Guthaben 23507,48 DM betragen.

Von den 23349 DM sind 4917 DM Zinsen. Um 80 Prozent davon oder rund 3934 DM erhöht sich das Guthaben auf 27283 DM. Tatsächlich haben sich also die monatlichen Sparraten von 128 DM mit 4,85 Prozent verzinst, sofern die zwölfjährige Spardauer durchgehalten wurde.

Ohne den Nachteil des Rückfalls auf einen Niedrigstzins bei vorzeitigem Abbruch des Sparvorganges wirft der Bundesschatzbrief Typ A zur Zeit auf sechs Jahre 7,36 Prozent im Jahr ab. Vergleichbare Sparraten summieren sich so nach zwölf Jahren auf mindestens 33627 DM. Das sind 23,4 Prozent mehr als das Bausparkassen-Resultat.

Freilich berechtigt das Schatzbrief-Guthaben nicht zum Anspruch auf ein zinsgünstiges Bauspardarlehen. Die Bausparkasse zielt mit diesem Plan aber auch nicht darauf, sondern auf zusätzliche Altersversorgung ab. Sie leistet sie indes nicht, sondern lediglich eine Art Zwischendurch-Finanzierung mit Kaufkraftschwund. Der Sparer hat nämlich eine Zeitrente mit voller Versteuerung des Zinsanteils zu erwarten, also monatlich einen gleichbleibend hohen Betrag eine genau begrenzte Dauer lang.

Bei dreiprozentigem Kaufkraftschwund pro Jahr sind 1000 DM vom ersten Jahr nach zehn Jahren nur noch 737 DM wert. Und die fallen dann ersatzlos weg, wenn die Zeitrente auf ein Jahrzehnt vereinbart war, und der Bezieher seinen Lebensschnitt auf dieses Zusatzeinkommen eingerichtet hatte. Für Alleinstehende eignet sich dieses Sparsystem außerdem nicht, weil es eine Kapital-Lebensversicherung mit der Absicherung eines hohen Risikos zu entsprechenden Kosten einschließt, das ein Single ohne die Pflicht zur Versorgung Hinterbliebener gar nicht zu berücksichtigen braucht.

So können Sie durch das „Altersvorsorge“-System einer der bekanntesten Bausparkassen übervorteilt werden. Sie erkennen den gnadenlosen Weltlauf um Ihr anlagefähiges Geld selbst durch solche Adressen. Wappnen Sie sich allen gegenüber mit Argwohn, die Ihr Geld „zu Ihrem Vorteil“ anlegen wollen.

Horst Beloch

Kurz über Geld

IMMOBILIEN-PREISSTEIGERUNGEN UM 6 BIS 8 PROZENT PRO JAHR erwarten Fachleute in absehbarer Zukunft vor allem im Westen und Norden der Bundesrepublik. Dort herrsche noch Nachholbedarf. Im Süden und Südwesten stiegen die Preise dagegen an die Decke. Der Neubau für Wohngebäude ist im Durchschnitt von Mai 1988 bis zum gleichen Monat dieses Jahres um 3,8 Prozent taurer geworden. Die Investition im Wohnungsbau ist dennoch problematisch. Wer einen Ertrag von sechs Prozent brutto erwartet, muß bei Herstellungskosten von 250000 DM in einem mittleren bis kleineren Ort bereits eine Miete von 12,50/qm erzielen, ein Preis, wie er sonst nur in Ballungsräumen üblich ist. Die Effektivverzinsung fällt nach Abzug der Verwaltungs-, Bewirtschaftungs- und Instandsetzungskosten erheblich niedriger aus.

BESSERE RENDITEN DER BERLIN-DARLEHEN führten die Berliner Industriebank AG, Berlin, und die Industriekreditbank AG, Deutsche Industriebank Berlin/Düsseldorf, soeben für die Darlehen nach § 16 Berlinförderungsgesetz mit den mittleren Laufzeiten ein. So gibt es auf acht Jahre 5,0 Prozent, auf zehn Jahre 5,25 Prozent und auf zwölf Jahre 5,75 Prozent Zinsen p. a. Zwölf Prozent der Darlehenssumme sind von der Steuerschuld – bis zur Hälfte der gesamten Steuerschuld – abziehbar. Daher betragen die Vergleichsrenditen vor der Steuerabgabe knapp zehn Prozent.

DEUTSCHLANDS GIROKONTEN SIND DIE TEUERSTEN, stellten Verbrauchersorganisationen von EG-Ländern fest. Sie empfehlen das gebührenfreie Girokonto. In der Bundesrepublik bieten es rund einhundert Kreditinstitute an, unter Ihnen die Deutsche Apotheker- und Ärztebank e. G. Bei der Auswahl sollten auch die Kredit-, vor allem die Zinsen für Kontoüberziehungen, verglichen werden. Manches Kreditinstitut finanziert seinen Gebührenverzicht durch um so höhere Kreditzinsen.

BULGARIEN FORDERT JETZT EINEN PFLICHTUMTAUSCH in Höhe von zehn US-Dollar pro Tag für Transitreisende und 15 US-\$ pro Tag für Besucher des Landes auf Einladung oder für Voucher. Ausgenommen sind Kinder unter 16, Touristen mit Reiseüberbuchung, für den Aufenthalt Vorkasse Leistende und Transitreisende mit Bahn oder Flugzeug.

EIN SORGFÄLTIGER VERGLEICH DER HYPOTHEKENZINSEN lohnt sich, denn die Konditionen differieren unter den verschiedenen Instituten bis um rund ein halbes Prozent, eine Mehrforderung, die sich schon auf fünf bis zehn Jahre erheblich auswirkt.

Bücherschau: Neuerscheinungen

Bochnik / Demisch / Gärtner-Huth: Sprechende Allgemeinmedizin – Personale Orientierung und psychiatrische Praxis, Reihe „Praktische Medizin“. 282 S., geb., DM 68,-. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Moser K. / Stacher A.: Chemotherapie maligner Erkrankungen – Leitfaden für Klinik und Praxis. 4. Oberarb. und erw. Aufl., 397 S., 33 Abb., 148 Tab., Taschenbuch, DM 44,80. Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln.

Nedelmann C. / Ferstl H.: Die Methode der Balint-Gruppe, Reihe „Konzepte der Humanwissenschaften“. 276 S., kart., DM 36,-. Verlag Klett-Cotta, Stuttgart.

Enekel / Steinbereithner / Weber / Fitzal: Notfallmedizin – Ein Leitfaden für Notärzte. 494 S., 91 Abb., 60 Tab., geb., DM 120,-. Verlag Wilhelm Maudrich, Wien.

Laufs A.: Der ärztliche Hellauftrag aus juristischer Sicht, Schriftenreihe der Juristischen Studiengesellschaft Karlsruhe, Heft 185, 51 S., kart., DM 24,-. C. F. Müller Juristischer Verlag GmbH, Heidelberg.

Gitter W. / Köhler G.: Der Grundsatz der persönlichen ärztlichen Leistungspflicht, Ausformung und Auswirkungen auf die Leistungserbringung in ärztlichen Kooperationsformen, Schriftenreihe „Medizinrecht“. 116 S., brosch., DM 48,-. Springer-Verlag, Berlin 33.

Arnold R. / Dammann H.-G. / Minartz P. / Peters H.-D. / Simon B.: Nizatidin, Pharmakologisches und klinisches Profil eines neuen H₂-Rezeptor-Antagonisten. 107 S., 54 Abb., 39 Tab., geb., DM 56,-. Springer-Verlag, Berlin 33.

Goetze E.: Arzthaftungsrecht und kassenärztliches Wirtschaftlichkeitsgebot – Eine Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung des Arztstrafrechts, der statistischen Vergleichsprüfung im Wirtschaftlichkeitsprüfwesen und ihrer Wechselbeziehungen, Schriftenreihe „Medizinrecht“. 225 S., brosch., DM 89,-. Springer-Verlag, Berlin 33.

Rossmüller E.: Beim Wort genommen, Lyrik, 144 S., Pappband, DM 19,80. Echter Verlag, Würzburg.

Eser A. / v. Lutterotti M. / Sporken P.: Lexikon Medizin – Ethik – Recht. 656 S., geb., DM 88,-. Verlag Herder, Freiburg.

von Goddenthon D. W.: Mit dem Tod leben – Sterbebegleitung und praktischer Rat. 191 S., Pappband, DM 29,80. Verlag Herder, Freiburg.

„Du bist min“, Texte der Liebe aus dem Mittelalter. Immerwährender Kalender, DM 24,80. Leobuchhandlung, St. Gallen/Biersack GmbH, Konstanz.

Quellen-Stundenbuch „Stunden des Trostes“. 30 großformatige Farbiotos mit Texten aus der Weltliteratur. DM 19,80. Leobuchhandlung, St. Gallen/Biersack GmbH, Konstanz.

Schubert K. / Widmann W. A.: Land vor den Alpen – Zwischen Königssee und Neuschwanstein. 120 S., 84 Farbfotos, davon 68 teils doppelseitige Farbtafeln, Text dreisprachig, geb., DM 59,-. Rosenheimer Verlagshaus.

„Pistenrausch“, Skicartoons von 14 namhaften Zeichnern, 96 S., 90 Karikaturen, geb., DM 18,80. Rosenheimer Verlagshaus.

Kalender „SEH-WEISEN 1990 – Kunst geistig Behinderter“

Dieser Kalender enthält 12 farbige Monatsbilder mit Kalendarium sowie ausführliche Bilderläuterungen. – Bestellungen über die Bundesvereinigung Lebenshilfe für geistig Behinderte e. V., Raifelsenstraße 18, 3550 Marburg, Telefon (064 21) 4001-0 (DM 18,50 + DM 4,- Versandkosten).

Demeter Kongreßkalender Medizin 1990

Die Ausgabe 1990 enthält über 4000 Termine und spiegelt durch eine genaue und umfangreiche Zusammenstellung das medizinische Kongreßjahr wider. Die Eintragungen der Veranstaltungen bestehen aus Hinweisen auf Ort/Lokalität, Termin, Hauptthemen (soweit bekannt), Auskunftsstellen und Ausstellungsmöglichkeiten. Das Indikationsverzeichnis erleichtert das Auffinden der Termine nach Sachgebieten; eine weitere Information bietet das Verzeichnis der Kongreßorte. – Zu beziehen bei Demeter-Verlag, Würmstraße 13, 8032 Gräfelfing (DM 36,- inkl. MWST zuzüglich Versandkosten).

Brönner-Andres Kalender 1990

Das Themenspektrum dieser vielfältigen Kalenderkollektion reicht von Tierporträts über Terminplaner bis hin zum exklusiven Kunstkalender:

Paul Cézanne zum 150. Geburtstag (DM 48,-)

Joan Miró: Frauen und Vögel (DM 98,-)

Europa im Großbild (DM 26,-)

Die Aipen im Großbild (DM 26,-)

Großer Alpenblumenkalender (DM 22,-)

Horizonte (DM 34,-)

Schönes Tirol (DM 18,-)

Deutschland (DM 22,80)

Postkartenkalender: Hunde (DM 11,80)

Der große Bastelkalender (DM 12,80)

Bunter Kalender: Naïve Malerei, Bayern (je DM 16,80)

Humor hilft (DM 19,90)

Pferde (DM 17,90)

Neu sind zwei Computergraphik-Kalender:

Künstliche Kunst – computer art (DM 46,-)

computer graphik (DM 44,-)

„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 Gehler, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und Mehrwertsteuer. Postcheckkonto 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 (0 89) 5 51 77-0, Fernschreiber: 523 662, Telegrammadressa: atlaspress. Christine Peiß, Anzeigenstruktur und -abwicklung, Peter Schachtl, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisatzke (verantwortlich) Anzeigenleitung.

Druck: Zaunar Druck- und Verlags GmbH, Augsburgener Straße 9, 8060 Gachau.

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. Rückänderung nicht verlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt.

ISSN 0005-7128

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyzer medizinischer Zeitschriften e. V.

IA-MED

Ein Laxans soll nur hier wirken

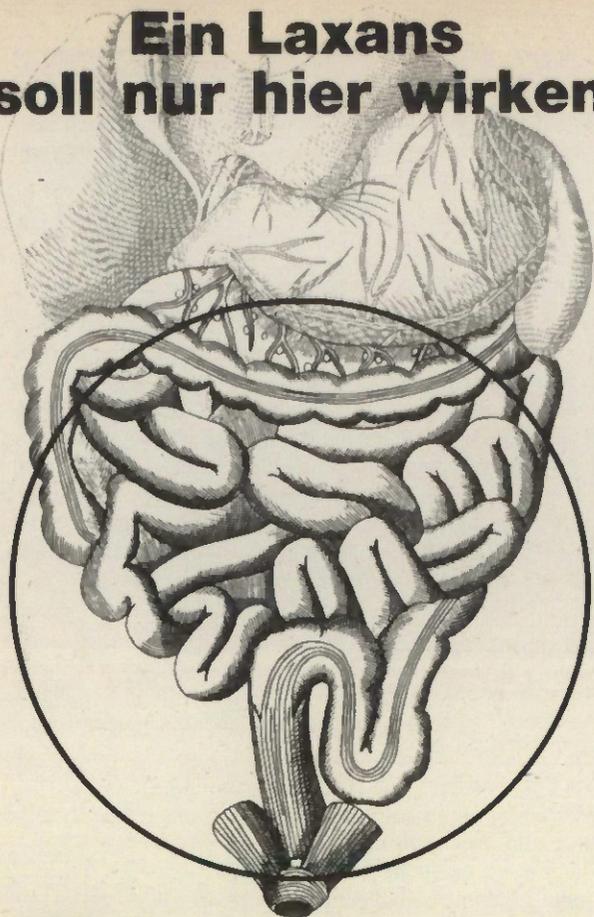


Abb. aus "Tabularum anatomicarum" B. S. Albini und B. Eustachii, 1761.

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.
Dosierung: 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

PRAXISRÄUME

Praxisräume in Scheßlitz

- In sehr schöner historischer Altstadt
 - In komplett sanierten Fachwerkhäusern (Ärztehaus mit Optikerladen, Steuerbüro und Weinlokal)
 - zentrale Lage (Marktplatz) mit gutem Parkplatzangebot
 - 110-145 qm, mit Wintergarten als Wartezimmer
 - Fertigstellung voraussichtlich Ende 1990
 - Gestaltungswünsche können verwirklicht werden
 - Einzugsgebiet ca. 17.000 Einwohner ohne Einzugs Bamberg
- SCH-Immobilien, Telefon (095 42) 72 97

Augenärzte, HNO-Ärzte, Neurologen, Internisten und Kinderärzte aufgepaßt! In Vohenstrauß sind erstklassige

Praxisräume

zu günstigem Preis ab Frühjahr 1990 oder später zu vermieten.

Anfragen unter Chiffre 2064/1370 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

München - Praxisräume

In Einkaufszentrum zu vermieten (Einzugsbereich für Gebietsarzt 15.000 bis 20.000 Einwohner). Allgemein-, Augen-, HNO-, Zahnarzt, Neurologe, Orthopäde, Frauenarzt bereits vorhanden.

Telefon (089) 8 34 34 57 nach 19.00 Uhr

Frauenarzt-Praxis in Kleinstadt bei Würzburg

mit Belegbetten. Seit 28 Jahren stabil großer Privatpatientenanteil. Eventuell mit Wohnhaus und Praxis zu den üblichen Konditionen für 1990-91 abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/1367 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Orthopädische Praxis

Zwecks Übernahme im Großraum München von Münchener Orthopäden gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/1378 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Praxisräume

8500 Nürnberg + Lauf
Exklusives Geschäftshaus

5 Läden, 7 Arztpraxen, 6 Kanzlei/Büro, 6 Luxus-Wohnungen, Tiefgarage. Größe nach Wahl. Raum Variabel. Miete oder Kauf. Bezug 9/90.

Walter Wohnbau Imm.,
Telefon (091 23) 145 23

Praxisräume

108 qm in Nürnberg/Nord ab 1. April 1990 zu vermieten. Bisher als Allgemein-Praxis betrieben. Straßenbahn- und Bushaltestelle. Sehr gutes Einzugsgebiet.

Anfragen unter Chiffre 2064/1384 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Einstieg in Allgemeinpraxis

mit Übernahmemöglichkeit Anfang 1991 sucht zur Zeit AIP. Raum Nürnberg bevorzugt.

Anfragen unter Chiffre 2064/1388 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Große Landpraxis

als Gemeinschaftspraxis geeignet, modern, im Raum Landshut abzugeben.

Anfragen unter Chiffre 2064/1377 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Chirurgische Praxis - München Zentrum -

verkehrsgünstig; seit Jahren gut eingeführt; Belegbetten; auch als Doppelpraxis geeignet, sucht baldigst Teilhaber für spätere Gesamtübernahme.

Angebote unter Chiffre 2064/1385 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Die Kassenärztliche Vereinigung sieht Bedarf für einen

HNO-Arzt

in 8742 Bad Königshofen/Ufr.

Das sehr ansprechende, denkmalgeschützte Bauwerk (figurenbekröntes Eingangsportal), in dem im Erdgeschoß geeignete Praxiseräume zu vermieten sind, befindet sich zur Zeit in der Umbauphase.

Ihre Wünsche, in Bezug auf die Raumgestaltung, können derzeit voll Berücksichtigung finden.

Anfragen unter Chiffre 2064/1369 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Landkreis München Kreiskrankenhaus München-Pasing

- Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung -

Zum nächstmöglichen Zeitpunkt ist die Stelle eines(r)

Arztes/Ärztin

für Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu besetzen.

Wir suchen einen(eine) Kollegen(in) mit großer geburtshilflicher und operativer Erfahrung, der(die) am Oberarztamt teilnehmen kann.

Bewerbungen werden erbeten an

Professor Dr. F. Zimmer,
Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung,
Kreiskrankenhaus München-Pasing,
8000 München 60, Steinerweg 5.

Versorgungsärztliche Untersuchungsstelle München

Wir beabsichtigen unser Gutachterteam von Gebietsärzten aller Fachrichtungen zu verstärken und suchen u.a.

1 Orthopäden

1 Chirurgen

1 Internisten

1 Lungenarzt

1 Nervenarzt (Psychiatrie/Neurologie)

Es handelt sich um eine interessante, fachlich unabhängige und eigenverantwortliche Tätigkeit im sozialmedizinischen Bereich (soziales Entschädigungsrecht und Schwerbehindertengesetz) und schließt Untersuchungen und Begutachtungen mit den verschiedensten Fragestellungen (Gesundheitszustand, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Zusammenhangsfragen u. a.) ein.

Die Einstellung erfolgt nach dem BAT. Bei entsprechenden Voraussetzungen ist die Übernahme in das Beamtenverhältnis möglich.

Darüber hinaus wird geboten:

- 5-Tage-Woche (keine Bereitschaftendienste), gleitende Arbeitszeit
- Dauerstellung (Aufstiegsmöglichkeiten)
- alle sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes
- sehr gutes Betriebsklima
- Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen
- Möglichkeit zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Sozialmediziner“
- Ausübung von Nebentätigkeiten im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen

Die Versorgungsärztliche Untersuchungsstelle ist mit allen erforderlichen technischen Einrichtungen ausgestattet. Röntgenabteilung, Laboratorien für Blut- und Urinuntersuchungen, für Ultraschall- und Funktionsdiagnostik (Herz-, Kreislauf-, Lungenfunktionsprüfungen, urologische, augen- und HNO-ärztliche Meßplätze, EEG, EMG, u. a.) sowie eine Bettenstation (16 Betten) befinden sich im Hause.

Bewerbungen werden erbeten an den Dienststellenleiter und Leitenden Arzt

Dr. J. Meyer, Martiusstraße 4, 8000 München 40, Telefon (089) 39 40 01

Im Institut für Gefäßerkrankungen
(Chefarzt Prof. Dr. med. H. Böhme)

Zentralkrankenhaus Gauting

ist die Stelle eines/einer

Assistenarztes/ärztin

neu zu besetzen.

Gesucht wird ein/eine Kollege/in mit internistischer Vorbildung. Es wird die gesamte konservative Diagnostik und Therapie arterieller und venöser Gefäßerkrankungen im Rahmen eines internistischen Krankengutes in enger Zusammenarbeit mit der Gefäßchirurgie im Hause durchgeführt.

Gauting (S-Bahn) liegt zwischen München (15 km) und Starnberg (10 km) und besitzt mit seiner Lage im Voralpenland einen hohen Freizeitwert. Weiterführende Schulen am Ort.

Bewerbungen erbeten an:

Prof. Dr. med. H. Böhme
Institut für Gefäßerkrankungen
Zentralkrankenhaus Gauting
Unterbrunner Straße 8S, 8035 Gauting
Telefon (089) 8 57 91 - 370

Radiologe/in

Im letzten Weiterbildungsjahr für große Gemeinschaftspraxis in München (konventionelle Radiologie, US, NUC, CT) als Assistent/in baldmöglichst gesucht. Gegebenenfalls längerfristige Tätigkeit möglich.

Anfragen unter Chiffre 2064/1356 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Stellengesuch

Radiologie/Strahlentherapie: Deutsche Ärztin, 33 Jahre, promoviert, Ärztin für Radiologie, zur Zeit als Oberärztin in der Strahlentherapie im hessischen Reum tätig, sucht neuen Wirkungskreis in Klinik oder Radiologischer Praxis im Raum München/Oberbayern.

Röntgendiagnostik und/oder Strahlentherapie erwünscht.

Anfragen unter Chiffre 2064/1375 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Ärztin für Innere Medizin

(36 Jahre, DDR), sucht möglichst in Oberbayern, Großraum Bad Reichenhall/Berchtesgaden, Übernahme einer Praxis, beziehungsweise vorerst Mitarbeit. Kapitalnachweis kann beigebracht werden. Auch Arbeit in Kureinrichtung wäre angenehm.

Anfragen unter Chiffre 2064/1391 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Arzt sucht für Tochter (cand. med. im 1. klinischen Semester, NR),

Einzimmerwohnung oder Zimmer in Würzburg oder näherer Umgebung, baldmöglichst.

Angebote an Dr. Bungartz, Wangen, Telefon (075 22) 61 45

Am Kreis Krankenhaus Tegernsee ist zum Dezember 1989 die Stelle

einer Ärztin / eines Arztes

an der Abteilung für Innere Medizin zu besetzen.

Das Haus verfügt über 210 Betten, davon 93 auf der Inneren Abteilung.

Die Hauptabteilungen sind: Innere, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Radiologie und Anästhesie sowie die Belegabteilungen HNO und Augen.

Der Leiter der Inneren Abteilung hat die Ermächtigung zur vollen Weiterbildung als Arzt für Innere Medizin.

Bewerbungen sind nur sinnvoll von Ass.-Ärztinnen/Aes.-Ärzten, die den Arzt für Innere Medizin anstreben und bereits einen Teil der Arztweiterbildung hinter sich gebracht haben.

Vergütung nach BAT mit den im öffentlichen Dienst üblichen Sozialleistungen.

Bewerbungen bitte an den

Cheferzt der Inneren Abteilung, Herrn Dr. Vogel, Kreis Krankenhaus Tegernsee, Hochfeldstraße 2, 8180 Tegernsee

Hinweis für Auftraggeber von Immobilienanzeigen

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

Anschriften der Bezirksstellen der KVB:

München Stadt und Land, Briener Straße 23, 8000 München 2

Oberbayern, Eisenheimerstraße 39, 8000 München 21

Niederbayern, Lillenstraße 5-7, 8440 Straubing

Oberpfalz, Yorkstraße 15/17, 8400 Regensburg

Oberfranken, Brandenburger Straße 4, 8580 Bayreuth

Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1

Untertanken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg

Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg

VERSCHIEDENES

Befelka-Oel das altbewährte, wirksame Kräuteröel bei Milchschorf, Ekzemen, Wundsein, Bartflechte

Befelka-Oel - Zusammensetzung: Ol. Hyperici 10g, Ol. Celend. 5g, Ol. Chemom. inf. 3g, Ol. Olliver. 3g, Ol. Violee tric. 3g, dünnfl. Paraffin 76g.
Indikationen: Hautjucken, Wundsein, Belageschwüre, Milchschorf, entzündliche trockene und nässende Flechten und Ekzeme, Bartflechte Kopfhauterkrankungen, Heutausschläge. **Doelung:** Befelka-Oel ist mehrmals täglich auf die zu behandelnden Hautpartien aufzutragen. **Packungsgrößen:** 50 ml DM 7,92, 100 ml DM 13,74 200 ml DM 23,60.

Befelka-Arzneimittel · 4500 Osnabrück

Ehrenamtlich, aus Begeisterung haben wir das Werk **Erwin Guido KOLBENHEYERS** herausgegeben: Dichtung und Philosophie ehenkt uns eine ethische Lebenseinstellung aus **Naturerkenntnis!**

Fordern Sie **kostenlos** Leseproben und eine kurze Einführung an bei der Kolbenheyer-Ges. e. V., Schnieglinger Straße 244, 8500 Nürnberg 90, Telefon (09 11) 31 33 04.

Gönnen Sie sich auch den berühmten Roman **PARACELSUS!** (DM 55,-)

ÄRZTLICH GELEITETE KLINIKEN

Privatklinik Wirsberg

Für Neurologie und Psychiatrie. Privat und alle Kassen. Leitender Arzt: Dr. Wolfgang Pinkow-Mergerle, Arzt für Neurologie und Psychiatrie.

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

PRAXISBERATUNG · PRAXISEINRICHTUNG · PRAXISSERVICE



Einrichtung mit Gewinn

- * Sie gewinnen durch den „Ersten Eindruck“. Das gilt für Arztpraxis wie für Klinik.
- * Sie gewinnen Kosteneinsparungen durch rationalen Arbeitsablauf
- * Sie gewinnen durch niedrige Investitionskosten bei unseren Einrichtungen „nach Maß“



Zukunft einbauen - nicht verbauen

BLB-Einrichtungen GmbH
Frauenstraße 30
B031 Maisach bei München
Tel.: (081 41) 901 31 · Telex 5 27 694

„Gewinner“-Scheck

- Bitte senden Sie mir Ihr Informationsmaterial
- Bitte vereinbaren Sie einen Besuchstermin mit mir

Mein Name _____

Anschrift/Telefon _____