



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

Februar 1990

Zur Kenntnis genommen:

Arzneiverordnung – wie das Gesetz es befiehlt

Verordnung, Verbrauch und Kosten von Arzneimitteln waren im vergangenen Jahr Gegenstand umfangreicher Überlegungen und Diskussionen. Die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenversicherung sind zwar weniger angestiegen als 1988, aber sie sind eben weiter gewachsen. Erwartet wurde und wird ja, daß sie sinken sollen. Davon kann bisher keine Rede sein. Auch ohne die präzisen Zahlen des Jahres 1989 auf dem Tisch zu haben, kann man nicht daran vorbei, daß für Arzneimittel mehr ausgegeben worden ist als für die gesamte kassenärztliche Versorgung. Man darf ja nicht nur die Ausgaben der Krankenversicherung vergleichen, sondern muß dazu auch die Zuzahlungen der Versicherten rechnen. Was der Kassenarzt in seiner täglichen Arbeit tun kann - dazu habe ich schon im September vorigen Jahres Anregungen gegeben. Natürlich ist das alles mit Mühe und Arbeit verbunden, aber es führt kein Weg daran vorbei. Auch die Krankenkassen können jede Mark nur einmal ausgeben. Wer glaubt, die Versicherten würden liebend gerne höhere Beiträge bezahlen, damit für die Kassenärzte mehr Honorar übrigbleibt und ein höherer Punktwert vergütet werden kann, der lebt in „Wolkenkuckucksheim“. Also bleibt uns nur die Möglichkeit, den Versicherten zu verdeutlichen, daß zu Lasten der Krankenversicherung zwar das Notwendige verordnet werden kann, aber nicht für jede Befindensstörung gleich eine Arznei auf Kassenrezept notwendig ist. Beides - nämlich sinkende oder stabile Beiträge und zugleich jede Wunschverordnung - können die Versicherten nun einmal nicht erwarten, es läßt sich nicht unter einen Hut bringen. Hier wäre allerdings solidarisches Handeln aller Kassenärzte gefragt. Sind wir dazu noch fähig? Es könnte Signalwirkung haben, wenn wir uns vornehmen würden, ab sofort bei Schlafmitteln und allem, was unter „Beruhigungs- und Entspannungsmittel“ fällt, bei „durchblutungsfördernden“ Mitteln oder Lipidsenkern den strengen Maßstab der unabweisbaren Notwendigkeit anzulegen. Hier könnte viel Geld eingespart werden!

Über eines darf aber keine Unklarheit entstehen: Unser guter Wille allein schafft es nicht. Wir brauchen dazu auch die Hilfe des Gesetz- und Ordnungsgebers. Bekommen wir sie durch das Gesetz oder bereits erlassene oder in Vorbereitung befindliche Verordnungen? Diese Frage bewegt mich zunehmend und je intensiver ich mich damit beschäftige, um so mehr plagen mich die Zweifel.

Seit 1. Januar 1989 zahlt der Versicherte, einschließlich der Familienangehörigen, sofern das 18. Lebens-

jahr überschritten wurde, pro Medikament DM 3,-. Das Arzneimittel ist nun einmal eine „Ware“ und damit wird - wie alle Erfahrungen bestätigen - sorgfältiger umgegangen, wenn der Verbraucher, hier also der Patient, selbst einen Teil der Kosten trägt. Die Zuzahlung ist also richtig, die Methode aber falsch. Der feste Zuzahlungsbetrag hat keinen Bezug zum Preis des Arzneimittels, vor allem auch nicht zur Größe der Packung, also zur Menge der verordneten Arznei. Der Wunsch des Patienten, lieber gleich hundert als nur zehn Tabletten zu erhalten, ist menschlich verständlich, gefährdet aber die Wirtschaftlichkeit der Verordnung. Dem will der Gesetzgeber abhelfen: Ab 1. Januar 1992 soll die Zuzahlung in Höhe von DM 3,- durch eine prozentuale Kostenbeteiligung von 15 Prozent mit einer Obergrenze von DM 15,- abgelöst werden. Das wäre ein Fortschritt und eine Hilfe, weil dann der Patient am günstigen Preis und der geringstmöglichen Menge interessiert werden könnte.

Im Mittelpunkt der Überlegungen zur Einsparung von Arzneikosten steht aber nicht die Zuzahlung, sondern die Einführung von Festbeträgen. Die Kassen zahlen nach diesem Prinzip für bestimmte Arzneimittelgruppen, zunächst für solche, die den gleichen Wirkstoff enthalten, einen festgelegten Betrag. Kostet das dem Patienten verordnete Präparat mehr, muß der Versicherte den Differenzbetrag zuzahlen. Entspricht der Preis dem Festbetrag oder ist er niedriger, erhält er sein Medikament ohne jede Zuzahlung. Es entfallen also auch die sonst fälligen DM 3,- oder später 15 Prozent. Man erwartet sich davon erhebliche Einsparungen und auch Preissenkungen. Tatsächlich haben nicht wenige Firmen ihre Preise für Präparate, die unter diese Regelung fallen, auf oder unter den Festbetrag abgesenkt. Das wird als großer Erfolg gefeiert. Im vergangenen Jahr rechnete man - laut seriösen Informationsdiensten - mit Einsparungen von 420 Millionen DM. In der gleichen Zeit - etwa Februar bis Oktober - wurden aber Preiserhöhungen für andere Arzneimittel festgestellt, die im Volumen 185 Millionen DM ausmachen sollen. Es stellt sich also die Frage, ob die Industrie ihre durch Festbeträge eintretenden Verluste auf diese Weise kompensiert. In einer Marktwirtschaft wäre dies eine verständliche Reaktion. Ob dies voll zutrifft, ist nicht so entscheidend. Es kommt aber hinzu, daß pro Medikament, für das es Festbeträge gibt, auch die Zuzahlung von DM 3,- wegfällt. Auch dies summiert sich! Man muß nur hinzufügen: Die Hoffnung, auf diese Weise viel Geld zu sparen, muß zwangsläufig zerrinnen.

Wie sind die Auswirkungen auf den Arzt? Eine Informationsbroschüre für Ärzte über die ersten zehn Wirkstoffe, für die Festbeträge von den Kassen beschlossen wurden, umfaßt nicht weniger als 80 Seiten. Ab 1. Januar 1990 gibt es Festbeträge für weitere fünf Wirkstoffe. Allein unter die bisherigen Festbeträge fallen rund 2000 Fertigarzneimittel. So konnte man für das Allopurinol allein schon 25 verschiedene Festbeträge zählen. Mitte des Jahres sollen für etwa weitere 30 Wirkstoffe Festbeträge in Kraft treten. Das Endziel ist damit noch nicht erreicht. Es gibt noch mehr Präparate mit gleichen Wirkstoffen. Das Gesetz schreibt aber darüber hinaus vor, daß Festbeträge nicht nur für gleiche Wirkstoffe, sondern auch für „vergleichbare Wirkstoffe“ und sogar für „vergleichbare Wirkungen“ festgesetzt werden sollen. Zusätzlich steht noch im Gesetz, daß der Arzt den Patienten über eine Zuzahlung aufklären muß, wenn er ein Präparat verschreibt, das teurer ist als der Festbetrag. Die „Information für den Arzt“ dürfte dann den Umfang eines kleinen Lexikons haben. Hier ist nach meiner Auffassung die Grenze des Zumutbaren weit überschritten, denn das kann kein Kassenarzt mehr überblicken. Die Kassenärztliche Vereinigung muß sich hier schützend vor die Kolleginnen und Kollegen stellen. Bei aller Loyalität zu Staat und Gesetz muß erklärt werden, daß wir hier nicht mehr mitmachen können. Im übrigen sind auch schwere wissenschaftliche Bedenken dagegen geltend gemacht worden, „vergleichbare“ Wirkstoffe oder gar „vergleichbare Wirkungen“ unter einen Hut bringen zu wollen.

Die Festbeträge haben weitere Nachteile: Der versicherte Patient ist von jeder Zuzahlung freigestellt. Die Wirkung dieser Zuzahlung, nämlich der sorgfältigere Umgang mit der „Ware Medikament“ entfällt. Es ist dann für den Patienten völlig gleichgültig, ob er das Medikament ganz oder teilweise oder überhaupt nicht eingenommen hat, ob es im Küchenkasten vergammelt oder in den Müll wandert. Er erleidet finanziell ja keinen Schaden. Im übrigen stellt sich hier auch die Frage nach der Gerechtigkeit: Wer Glück hat, bekommt ein Präparat mit Festbetrag und zahlt nichts, der andere hat Pech und muß für jedes Medikament DM 3,- oder später 15 Prozent zuzahlen. Zielscheibe der Unzufriedenheit wird wiederum der Arzt sein mit der Frage: „Warum muß ich zuzahlen, mein Bekannter aber nicht?“

Noch ein Mangel darf nicht übersehen werden. Es gibt viele Präparate, die billiger sind als der Festbetrag. Welcher Patient wird bereit sein, das billigere zu nehmen, wenn er ohne Zuzahlung „sein Medikament“ haben kann, das aufgrund kluger Geschäftspolitik auf den Festpreis eingependelt wurde? Hier können erhebliche Einsparungsreserven verlorengehen. Es setzt sich ja immer deutlicher die Meinung durch, der Festbetrag sei auf jeden Fall „wirtschaftlich“. Keinem Kassenarzt kann zugemutet werden, sich darüber in zermürbende Streitigkeiten mit seinen Patienten einzulassen.

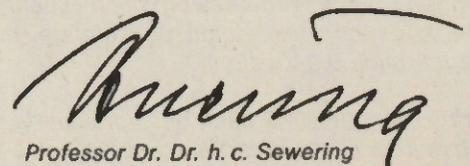
Ganz schlaue Juristen oder Kassenleute werden an dieser Stelle einhaken und auf Paragraph 73 Absatz 5 des SGB V hinweisen. Dort steht geschrieben, daß der Kassenarzt sich darauf beschränken kann, einen Wirkstoff zu verordnen und zusätzlich nur noch ein Kästchen auf dem Rezeptformular ankreuzen muß. Das bedeutet dann, daß der Apotheker verpflichtet ist, ein besonders preisgünstiges Präparat – also auch weit unter dem Festbetrag – abzugeben. Die Reaktion des Patienten ist gut vorstellbar. Er wird verärgert protestieren,

wenn er „schon wieder“ ein anderes Präparat bekommt. Schließlich muß der Apotheker ja abgeben, was gerade besonders preisgünstig in seinen Schubladen liegt. Er wird den Vorwurf des Patienten nicht auf sich sitzen lassen, sondern darauf hinweisen, daß dies der Arzt so verordnet habe. Das dann folgende Gespräch im Sprechzimmer des Arztes wird alles andere als erfreulich sein. Auch dies kann den Kassenärzten nicht zugemutet werden. Man muß deshalb allen Kolleginnen und Kollegen dringend abraten, dem Apotheker die Auswahl des Medikamentes zu überlassen.

Damit wären wir aber mit den „Hilfen“, die uns das Gesetz gibt, schon am Ende. Was folgt, ist die „Drohung“. Es sollen „Richtgrößen“ vereinbart werden, welche im voraus festlegen, welches Volumen an Arzneiverordnungen der einzelne Arzt haben darf. Bisher kann niemand konkret sagen, wie man diese „Richtgrößen“ errechnen oder abschätzen soll. In der neuen bayerischen Prüfvereinbarung gibt es deshalb auch keine Bestimmung, die darauf abstellt. Mögen sich zunächst einmal andere die Köpfe heiß reden. Wir wollen beraten und – wenn nötig – individuell prüfen. Dem Kassenarzt soll der Weg gezeigt werden zu einer rationalen, einer wirtschaftlichen Arzneiverordnung, die aber stets unter der Verpflichtung steht, daß der Patient die nach den Regeln der ärztlichen Kunst notwendige Versorgung erhält.

Eine weitere Erschwerung der Arbeit des Kassenarztes kommt auf uns zu, nämlich die Negativliste. Die schon vor Jahren eingeführte „kleine“ Negativliste (§ 183 RVO) hat kaum etwas gebracht. Man denke nur an die Ausnahmen bei Abfuhrmitteln. Dennoch könnte man es vertreten, daß unwirksame Arzneimittel, die aber gerne angewendet werden, nicht mehr zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verordnet werden dürfen. Wenn man allerdings das Tauziehen um bestimmte Arzneimittel beobachtet – ganze Gruppen von Abgeordneten werden hier vor den Wagen gespannt –, dann muß man sich doch große Sorgen um die Endfassung einer Negativliste machen. Auf Einzelheiten soll heute nicht eingegangen werden.

Der Gedanke der Festbeträge war vertretbar und zunächst einleuchtend. Die praktische Durchführung zeigt, daß der damit verbundene Aufwand in keinem Verhältnis zum Erfolg steht, aber eine unübersehbare Bürokratie auslöst. Die Unzahl verschiedener Festbeträge, bezogen auf die vielen unterschiedlichen Zubereitungen und Packungen, ist für Ärzte und Apotheker unzumutbar. Es ist ein Unrecht und „erzieherisch“ falsch, daß Versicherte – je nachdem, ob sie Glück haben oder nicht – ihr Medikament kostenlos erhalten oder jedesmal brav ihre DM 3,- oder später 15 Prozent zuzahlen müssen. Die Arzneiverordnung in der Kassenpraxis muß nach einheitlichen Grundsätzen erfolgen. Der Patient soll an den Kosten der für ihn verordneten Arzneimittel beteiligt sein, und dies nach gleichen Maßstäben. Der prozentualen Kostenbeteiligung mit Obergrenze ist dabei der Vorzug zu geben. Man sollte – so wie bei der Quellensteuer – den Mut haben, das „Experiment Festbeträge“ abubrechen.


Professor Dr. Dr. h. c. Sewering

Marken-Präparate von Azuchemie

...selbstverständlich
immer unter
Festbetrag



**AZU-
CHEMIE**

Das Arzt-Patienten-Verhältnis im Wandel der Zeit*

von W. Spann

Der gesunde Mensch hat viele Wünsche, der kranke nur einen.

Seit Menschengedenken gilt dieser Satz. Auch heute und in Zukunft wird er im Grundsatz zutreffend bleiben. Allerdings heute und in Zukunft deshalb mit Einschränkungen, weil die modernen therapeutischen Möglichkeiten weit häufiger als früher vorhersehbar eine volle Wiederherstellung der Gesundheit erwarten lassen. Die Entwicklung der Medizin brachte es mit sich – was heute als selbstverständlich gilt –, daß ein großer Teil der Erkrankungen ihre Schrecken mit Todesängsten und die damit verbundene Aufgabe aller Wünsche verloren hat. Während noch vor wenigen Jahrzehnten zum Beispiel die Diagnose einer Lungenentzündung den Patienten zum potentiellen Todeskandidaten werden ließ, handelt es sich bei diesem Krankheitsbild heute um ein in der Regel therapeutisch beherrschbares. Die Beispiele ließen sich – bis hin zu einem Teil bösartiger Geschwülste – beliebig fortsetzen. Noch vor wenigen Jahrzehnten mußte sich der Patient bei Auftreten einer Lungenentzündung dem Arzt – allein auf dessen Kunst, bei nur geringen Möglichkeiten, vertrauend – in die Hand begeben. Heute verlangt bzw. erwartet der Patient, sozusagen als gleichberechtigter Partner neben dem Arzt, in der gleichen Situation mit den derzeit zu Gebote stehenden Mitteln in kürzester Zeit gesund gemacht zu werden. Nicht selten versucht der Patient unserer Zeit, dem Arzt nahe-zulegen, mit welchem speziellen Medikament, unter Umständen sogar mit welcher Dosis, er behandelt werden möchte. Das für diese Forderung notwendige Wissen glaubt der Patient in der Regel unkritisch aus den modernen Publikationsorganen ausreichend bezogen zu haben. Ein Verhalten, das noch vor wenigen Jahrzehnten aus mehreren Gründen undenkbar gewesen wäre.

Der Patient fordert heute in der Regel – aus seiner Sicht durchaus ver-

ständig – die Therapie, die ihn in kürzester Zeit wieder herstellt. Nach herrschender Lehre hat derzeit ohne Zweifel jedermann ein Recht darauf, mit allen zu Gebote stehenden Mitteln nach dem neuesten Stand der Erkenntnisse der Medizin behandelt zu werden. Dementsprechend verlangt der Patient zum Beispiel den Einsatz höchstwirksamer Antibiotika, obwohl eine mildere Therapie allerdings unter Inkaufnahme eines etwas längeren Kranklagers auch zum Ziele führen würde. Bei der Entscheidung für den Einsatz hochwirksamer Medikamente wird meist unbewußt (ohne Rücksicht auf künftige Therapiemöglichkeiten) eine Steigerung der Resistenz pathogener Keime in Kauf genommen. Das geschilderte derzeit in fast allen Fällen geübte Verhalten darf keineswegs allein dem Patienten zugeschrieben werden. Es ist vielmehr während der vergangenen Jahrzehnte mehr und mehr üblich geworden, daß auch der Arzt gar nicht mehr daran denkt, dem Patienten einen alternativen Behandlungsvorschlag anzubieten. In allen Fällen, in denen mehr als nur eine therapeutische Möglichkeit gegeben ist, ergeben sich arztrechtliche Probleme, die gerade, in unserer Zeit einer allgemeinen Verrechtlichung unseres Lebens, das ärztliche Verhalten in bezug auf das Anbieten alternativer Therapie-vorschläge beeinflussen. Geht man zum Beispiel davon aus, daß beide Therapie-vorschläge, von der Behandlungsdauer abgesehen, die gleichen Risiken in sich bergen, hat der Arzt den Patienten nur über den unterschiedlichen Zeitaufwand aufzuklären. Dabei darf nicht übersehen werden, daß der Art und Weise der Aufklärung eine nicht unbeachtliche Steuerungsfunktion zukommen kann. Ist darüber hinaus bei der Anwendung der Alternativmethode das Risiko größer, so darf die risikoreichere Methode nur mit Einwilligung des Patienten nach dessen Aufklärung angewandt werden. Dabei ist es gar nicht so sicher, ob gerade heute nicht ein Teil unserer Bevölkerung bereit wäre, bei Anwendung alternativer Methoden sogar ein etwas größeres Risiko in Kauf zu nehmen.

Andererseits haben gerade in jüngerer Zeit neue, bisher unbekannte Erkrankungen, wie zum Beispiel die derzeit noch therapieresistente Immunschwächekrankheit AIDS, der Menschheit wieder einmal deutlich vor Augen geführt, daß uns im Bereich der Therapie immer noch Grenzen gesetzt sind.

Nach diesen eher theoretischen Überlegungen ein Wort zu den Arzt-Patienten-Beziehungen in der täglichen Praxis:

Kaum ein Patient, der, aus welchen Gründen auch immer, einen Arzt aufsucht oder diesen zu sich bittet, denkt in diesem Moment daran, daß er mit dieser Handlung dem Arzt eine Vertragsbeziehung anbietet, die dieser, von Ausnahmen abgesehen, annehmen muß. Ebenso dachte in der gleichen Situation früher kaum ein Arzt und heute denken nur wenige daran, daß es im Rahmen einer jeden Behandlung zwangsläufig zum Abschluß eines Vertrages kommen muß, obwohl dies de facto seit eh und je so gewesen ist. In dem Moment, in dem der Patient Kenntnis von der Bereitschaft des Arztes zur Übernahme der Behandlung erlangt, ist der Vertrag, in der Regel ein Dienstvertrag, praktisch meist formlos, das heißt insbesondere ohne Schriftform mit allen daraus resultierenden Konsequenzen, zustande gekommen. Auch daran hat sich seit Bestehen des Bürgerlichen Gesetzbuches nichts geändert. Dieses Vertragsverhältnis verpflichtete den Arzt schon immer, ebenso wie heute, zur Dienstleistung, das heißt zum ärztlichen Handeln nach bestem Wissen und Gewissen. Der Patient ist verpflichtet, das Honorar bzw. ein entsprechendes Äquivalent, zum Beispiel in Form eines Krankenscheines, zu leisten. Nach Abschluß der Behandlung wird der Vertrag – unabhängig davon, ob ein voller Erfolg, oder ein Teilerfolg bzw. keinerlei Besserung eingetreten ist – in der Regel formlos beendet. Der geschlossene Vertrag verpflichtet den Arzt zu keinem bestimmten Erfolg, beispielsweise zur Heilung. Wäre die Heilung des Patienten der Vertragszweck, so könnte ein solcher in all den Fällen, in denen die Heilung nicht sicher vorausgesagt werden kann, nicht abgeschlossen werden. Trotzdem ist erstes Ziel der Behandlung die völlige Wiederherstellung, die Heilung durch ärztliches Handeln. Fast alle Arzt-Patienten-Verträge, die zu Tausenden al-

*) Festvortrag zum 25jährigen Jubiläum der Stiftsklinik Augustinum, München

lein in unserem Lande täglich abgeschlossen und nach Abschluß der Behandlung wieder gelöst werden, bleiben in der Regel – mit Ausnahme der Tatsache ihres Bestehens – ohne jede rechtliche Bedeutung. Anders stellt sich die Situation dann dar, wenn es im Verlauf der Behandlung offenbar zu einer ärztlichen Fehlleistung, zum Beispiel einer Seitenverwechslung, kommt, oder der Patient aus seiner Sicht subjektiv glaubt, daß ihm durch eine ärztliche Fehlleistung Schaden zugefügt worden wäre. In diesem Moment kommt dem Arzt-Patienten-Vertrag, der in mehr als 99 Prozent aller Behandlungsfälle niemanden interessiert, eine zentrale Bedeutung zu. Gleiches gilt dann, wenn der Patient sich weigert, das Honorar zu leisten. In den Fällen, in denen der Vertrag nach Aufklärung und rechtswirksamer Einwilligung ordnungsgemäß zustande kam, willigt der Patient in den kunstgerechten, fehlerfreien Eingriff ein. Wird dagegen durch Begehung eines Fehlers verstoßen, so gilt der Eingriff von diesem Zeitpunkt ab als strafwürdige Körperverletzung bzw. als eine schadensersatzpflichtige Vertragsverletzung.

Eine zentrale Bedeutung erlangt in Fällen von Fehlvorwürfen der Behandlungsvertrag deshalb, weil in dieser Situation die vertragliche Beziehung zwischen Arzt und Patient – deren praktische Bedeutung der überwiegenden Zahl aller behandelnden Ärzte auch heute noch nicht bewußt geworden ist – zur wesentlichen Grundlage zumindest aller zivilrechtlichen Entscheidungen wird.

Der Titel des Referates ist nicht in Frageform gekleidet, sondern beinhaltet eine Feststellung, die davon ausgeht, daß es während der abgelaufenen letzten Jahrzehnte zu einem Wandel der Beziehungen zwischen Arzt und Patient gekommen ist.

Dazu ist als erstes festzustellen, daß sich an den gesetzlichen Vorschriften, die die zivilrechtlichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient normieren, während der letzten Jahrzehnte kein Wort des Gesetzgebers geändert hat. Gleiches gilt für den strafrechtlichen Teil, wenn man von der Aufhebung der sogenannten Reichsmeldeordnung nach dem zweiten Weltkrieg absieht.

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient läßt sich grob unterteilen nach den menschlichen Beziehungen, die von seiten des Arztes von einem hohen Ethos getragen sein sollten und den Beziehungen, deren Grundlagen die gesetzlichen Normen darstellen, die ganz allgemein in unserer Rechtsordnung die zwischenmenschlichen Beziehungen regeln. Für die rechtlichen Beziehungen zwischen Arzt und Patient gilt, daß es keine für den ärztlichen Beruf speziell geschaffene Sonderregelung, die von der allgemeinen Norm abweichen würde, gibt. In strafrechtlicher Hinsicht wird das Arzt-Patienten-Verhältnis unter Umständen durch die Möglichkeit der Anzeigeerstattung durch den Patienten beeinflußt. Mit anderen Worten: Im Falle eines vertrauensvollen Arzt-Patienten-Verhältnisses wird die Hemmschwelle, gegen den Arzt Anzeige zu erstatten, höher sein als sonst. In diesem Zusammenhang muß gesagt werden, daß manches Ermittlungsverfahren ohne oder mit anschließendem Strafprozeß durch partnerschaftliches Verhalten der Ärzte den Patienten gegenüber vermeidbar wäre. Ebenso muß klar ausgesprochen werden, daß heute ein hoher Prozentsatz von Patientenvorwürfen gegen den Arzt dadurch ausgelöst wird, daß ein anderer, meist nachbehandelnder Arzt – absichtlich oder auch ungewollt – durch entsprechende kritische Bemerkungen zum Ausdruck bringt, daß er zumindest Zweifel an der Richtigkeit der bisherigen Behandlung habe.

Im Gegensatz zu den praktisch unverändert gebliebenen gesetzlichen Vorschriften hat die Rechtsprechung bei unveränderter Gesetzeslage in Fällen, in denen es darum geht, ärztliches Handeln rechtlich zu beurteilen, einen deutlichen Wandel erfahren. Sie ist kritischer – nach Auffassung der meisten praktizierenden Ärzte –, nicht arztfreundlicher geworden. Hier drängt sich die Frage nach den Ursachen des Wandels auf.

Die Beantwortung dieser Frage kann nur unter Berücksichtigung der Entwicklung der Medizin während der letzten Jahrzehnte erfolgen. Auch politische und soziologische Gesichtspunkte müssen Berücksichtigung finden. So waren es die Bürger unseres Landes über lange Zeit gewohnt, in hohem Respekt vor der Obrigkeit zu leben.

Diese über lange Zeit währende Bürger-Staat-Beziehung ist sicher nicht ohne Einfluß auf das Arzt-Patienten-Verhältnis gewesen. Dazu kam ein enormer Gewinn an Freiheitsgraden für den einzelnen Staatsbürger mit dem Ende des zweiten Weltkrieges für den Bereich der heutigen Bundesrepublik. Auch dies hatte seine Auswirkung auf die Beziehungen zwischen Arzt und Patient.

Schließlich hat zum Wandel des Arzt-Patienten-Verhältnisses – das ist der entscheidende Punkt – die Entwicklung der modernen Medizin während der letzten hundert Jahre beigetragen. Diese Entwicklung ist nicht annähernd mit dem vergleichbar, was sich vorher in diesem Bereich bis zum Ende des 19. Jahrhunderts getan hatte.

Allerdings brachten die im Zuge der modernen Entwicklung möglich gewordenen lebensrettenden und lebenserhaltenden ärztlichen Maßnahmen neben einer deutlichen Zunahme der Chancen für den Patienten auch einen methodenbedingten Anstieg des persönlichen Risikos für den einzelnen Patienten mit sich. So brachte die rasante Entwicklung der medizinischen Methoden eine Verringerung des früher bestandenen hohen Risikos des Todes für den Patienten bei zahlreichen Verletzungen und Erkrankungen mit sich. In der Regel gilt es, ex ante abzuwägen zwischen unterschiedlich großen Risiken, einerseits dem eines negativen Ausgangs und andererseits dem der ärztlichen Methode innewohnendem Risiko, zum Beispiel Blutung in die Schädelhöhle nach Trauma, mit der Möglichkeit eines operativ heilenden Eingriffes.

Alein die Möglichkeit der Anwendung risikoreicher Methoden ließen aber auch das Risiko für den Arzt deutlich größer werden. Mit anderen Worten: Die große Zahl der Patienten, die in früherer Zeit infolge Nichtwissens ohne Risiko für den Arzt sterben mußten, hat inzwischen in vielen Fällen eine Überlebens- und Wiederherstellungschance erhalten. Diese Risikoverringerung für den Patienten hat gleichzeitig das Risiko für den Arzt deutlich erhöht. Allein durch die Möglichkeit von früher unbekanntem Eingriffen macht sich der Arzt unter Umständen durch Unterlassen strafbar, wenn er die Diagnose nicht rechtzeitig stellt,

bzw. nach Stellen der Diagnose den rettenden operativen Eingriff nicht rechtzeitig durchführt bzw. durchführen läßt. Gleiches gilt für den Operateur sowohl im Hinblick auf die Rechtzeitigkeit der Vornahme als auch auf die kunstgerechte Durchführung des operativen Eingriffes selbst. In einer Zeit, als die modernen risikoreichen Eingriffe nicht bekannt waren, konnten sie nicht zum Einsatz kommen. Ihr Unterlassen war somit nicht vorwerfbar. Ebenso entfiel seinerzeit der Vorwurf einer fehlerhaften Durchführung für eine nicht bekannte Methode. Das Risiko der Erkrankung mit allen möglichen Folgen traf über Jahrhunderte allein den Patienten, ohne den Arzt nur im geringsten zu berühren.

Mit der Entwicklung der Bauchchirurgie begann sich das Blatt zu wenden. Die Möglichkeit zu routinemäßigen Eingriffen in die Körperhöhlen, beginnend mit der Bauchhöhle, ließ zumindest einen Teil der Risiken, zunächst nur theoretisch, später auch praktisch, auf den Arzt mitübergehen. Das Risiko betraf von nun an beide, den Arzt und den Patienten. Je gewagter der Eingriff, so größer das Risiko für beide, aber auch die Chance für den Patienten. Dazu kommt die prognostische Abschätzung des Risikos ohne den Eingriff, das heißt die Entscheidung der Frage, ob in bestimmten Fällen, zum Beispiel in der Neurochirurgie oder in der Herzchirurgie, bei den geringen Chancen und dem hohen Risiko der Eingriff überhaupt gewagt werden soll. Ein bisher nur wenig diskutiertes Problem ist die Frage der Zulässigkeit der Einbeziehung von Überlegungen zur Überlebensqualität in den Entscheidungsprozeß.

Groß war in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts die Zahl der Patienten, die unbewußt im Interesse der kommenden Generationen die Entwicklung und Verbesserung bestimmter operativer Methoden mit ihrem Leben bezahlten. Die heute zum Teil verschwindend geringen Sterberaten bei bestimmten operativen Eingriffen müssen in Erinnerung an diejenigen gesehen werden, die durch den Verlust ihres Lebens zur Optimierung der Methoden beigetragen haben. Wer heute zum Beispiel die Weiterentwicklung der Transplantationsmedizin nur deshalb ablehnt, weil die Erfolge nicht optimal sind, sollte an die Ent-

wicklung heute praktisch risikofreier Eingriffe denken. Eine ganz andere Frage ist die der Zulässigkeit aus ärztlich-ethischen Überlegungen.

Allerdings dauerte es vom Ende des letzten Jahrhunderts an lange, bis die Vorwürfe gegen den Arzt in einem Maße zunahm, daß sie zum Allgemeingut der öffentlichen Meinung wurden. Sicher war die Öffentlichkeit noch während der ersten Jahrzehnte dieses Jahrhunderts froh und glücklich darüber, zumindest einen Teil – anfangs oft nur einen kleinen Teil – durch die neuen Methoden gerettet zu sehen. Und niemand dachte seinerzeit auch nur im entferntesten daran, dem Arzt bei einem negativen Ausgang, der als schicksalsmäßig hingenommen wurde, einen Vorwurf zu machen. Sicher kam es vom Beginn der Entwicklung an immer wieder zu vermeidbaren Fehlern, die seinerzeit nicht dem einzelnen angelastet, sondern als Tribut für den Fortschritt gesehen wurden. Klassische Beispiele aus den frühen Zeiten der allgemeinen Chirurgie sind die sogenannte Blinddarmentzündung, das stumpfe Bauchtrauma mit Verletzungen innerhalb der Bauchhöhle ohne außen sichtbare Verletzungen sowie andere Eingriffe in der Bauchhöhle. Diese Fälle sind als Beispiele deshalb besonders geeignet, weil gerade an ihnen deutlich gemacht werden kann, daß vorwerfbares Handeln nicht nur im aktiven Tun, sondern auch im pflichtwidrigen Unterlassen liegen kann. Allerdings setzt der Schuldvorwurf bei sogenannten unechten Unterlassungsdelikten neben fahrlässigem Handeln voraus, daß der Täter sich in Garantenstellung befunden hat, was für den Arzt in bezug auf den Patienten in aller Regel zutrifft. Auch hier gilt, daß – vor der Kenntnis über die Möglichkeit eines operativen Eingriffes in die Bauchhöhle – ein Unterlassen des Eingriffes nicht schuldhaft sein konnte. Ein weiteres Beispiel für die rasche Ent-

wicklung sind die während der vergangenen Jahrzehnte entstandenen Verfahren der Reanimation und der Intensivmedizin. Wenn diese Methoden heute noch zunehmend leichter und risikoärmer angewandt werden können, so bergen sie trotzdem – vor allem für den nicht routinierten Anwender – immer noch nicht unerhebliche Risiken in sich.

Dazu kommt ein weiteres bisher nicht angesprochenes Risiko: Die Voraussetzung einwandfrei arbeitender Apparaturen, deren Versagen meist auch dem Arzt angelastet wird.

Diese wenigen Beispiele mögen zeigen, daß die Entwicklung der modernen Medizin und deren Perfektionierung während der letzten Jahrzehnte neben einer deutlichen Steigerung der Chancen für den Patienten eine Zunahme des Risikos für den Anwender mit sich brachte. In gleichem Maße stieg das früher unbekannte Risiko für den Arzt, wegen einer Unterlassung belangt zu werden. Während die genannten risikoreichen Methoden zunächst fast nur die operativ tätigen Ärzte betrafen, hat sich in jüngster Zeit mit der Entwicklung der Endoskopie, des Herzkatheterismus bis hin zur mechanischen Sprengung von Herzkranzgefäßverengungen die Zunahme des Risikos auch auf die Internisten, die früher, abgesehen von Einstichen und Punktionen, nicht operativ tätig waren, ausgeweitet. Selbst der Arzt, der „nur“ ein Medikament verordnet, ist nicht ohne Risiko.

In diesem Zusammenhang muß betont werden, daß es aus rechtlicher Sicht keinen Unterschied macht, ob der Arzt mit dem Instrument unter die Haut einsticht, oder ob er eine Körperhöhle operativ eröffnet; in beiden Fällen handelt es sich um eine Körperverletzung.

Damit sind wir bei dem juristischen Begriff „Körperverletzung“. Dieser Begriff bedeutet zunächst auch im

Blaulichtärzte – Neukonzeption der Fortbildung für Notärzte in Bayern – 1990

Orte: Augsburg, München, Nürnberg und Würzburg

– s. Seite 81 f. –

Rechtssinne nichts anderes als die Verletzung des menschlichen Körpers, ohne eine weitere Qualifikation des zur Körperverletzung führenden Handelns. Insbesondere ist mit der Feststellung einer Körperverletzung, beispielsweise bei einem operativen Eingriff, noch nichts über die Vorwerfbarkeit, also die Strafwürdigkeit, ausgesagt. Dieses während der letzten Jahrzehnte im Zusammenhang mit ärztlichem Handeln heftig umstrittene Wort hatte im Wandel der Zeit immer seine gleiche Bedeutung, nämlich: Verletzung eines menschlichen Körpers. Die Auslegung des Begriffes Körperverletzung, insbesondere in bezug auf die Vorwerfbarkeit der ärztlichen Handlung, wurde und wird bis heute unter verschiedenen Aspekten gesehen. Während der Chirurg durch die Anwendung des Begriffes Körperverletzung im Zusammenhang mit ärztlichem Handeln gerne den Vergleich mit dem „Messerstecher“ bringt, fehlt dem Juristen dafür jedes Verständnis. Allerdings vertritt ein großer Teil der Rechtslehrer inzwischen die Meinung, daß der Begriff Körperverletzung im Zusammenhang mit ärztlichem Handeln nicht angebracht sei. Im Gegensatz dazu hält die Rechtsprechung – und nur das ist in der täglichen Praxis entscheidend – nach wie vor daran fest, daß auch der kunstgerechte ärztliche Eingriff eine Körperverletzung darstellt. Zunächst ist, wie bereits betont, jeder körperliche Eingriff ohne Qualifikation des die Körperverletzung setzenden operierenden Arztes eine Verletzung des Körpers und somit eine Körperverletzung. Allerdings ist der Eingriff nicht rechtswidrig, wenn eine rechtswirksame Einwilligung des Patienten vorliegt und im Zuge des Eingriffes nicht gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstoßen wird.

Einen deutlichen Wandel für das Arzt-Patienten-Verhältnis brachte die Rechtsprechung – ebenfalls wieder ohne ein änderndes Wort des Gesetzgebers – mit der Gewichtung von Einwilligung und Aufklärung. Interessanterweise haben beide Begriffe im Zivilrecht eine größere praktische Bedeutung erlangt als im Strafrecht.

Ursache für den Wandel in der Beziehung zwischen Arzt und Patient war auch hier neben der Entwicklung risikoreicher Methoden die Änderung der Sozialstruktur mit dem

Wandel von Subordination in Richtung Partnerschaft.

Mit der Zunahme der Schadenersatzforderungen an Ärzte durch Patienten aufgrund tatsächlicher oder vermeintlicher Fehlhandlungen zeigte sich rasch, daß es von eindeutigen Fällen, wie zum Beispiel einer Seitenverwechslung, abgesehen, dem Patienten nur schwer gelingt, ärztliches Fehlhandeln nachzuweisen. Diese ungünstige Beweissituation hat dazu geführt, daß von seiten der Kläger die Rechtmäßigkeit des Eingriffes wegen fehlender oder nicht hinreichender Aufklärung und damit entfallener Einwilligung bestritten wurde. Dieses in vielen Fällen erfolgreiche Vorgehen hat auf der anderen, der ärztlichen Seite dazu geführt, daß zunehmend mehr rückhaltlos aufgeklärt wird, um auf diesem Wege einen erfolgreichen Einstieg in den Prozeß zu verhindern. Eine andere Frage ist die, ob die derzeitige Übung der Aufklärung, insbesondere so wie sie in den Vereinigten Staaten rückhaltlos betrieben wird, im Sinne eines humanen ärztlichen Handelns ist.

Da auch der Arzt nur Mensch und somit nicht frei von Fehlern ist, wird es auch in Zukunft zu Fehlhandlungen kommen. Aber auch der Patient ist nur Mensch – nicht selten in einer psychischen Ausnahmesituation –, auch von dieser Seite werden in Zukunft die Vorwürfe auch über vermeintliche Fehler nicht geringer werden. Die Zahl von Fehlervorwürfen gegen Ärzte ist während der letzten Jahrzehnte deutlich angestiegen. Trotzdem ist sie, gemessen an den täglichen ärztlichen Handlungen, verschwindend gering.

Ohne Frage ist im Verhältnis zwischen Arzt und Patient während der letzten Jahrzehnte ein Wandel eingetreten, der trotz zahlreicher pauschalierter Veröffentlichungen in den Publikationsorganen nicht dazu geführt hat, daß das Vertrauen der Bevölkerung zum Arzt nachhaltig erschüttert worden wäre. Nach wie vor ist es ärztliche Aufgabe, dem Kranken, der nur noch einen Wunsch hat, dazu zu verhelfen, wieder viele Wünsche haben zu können.

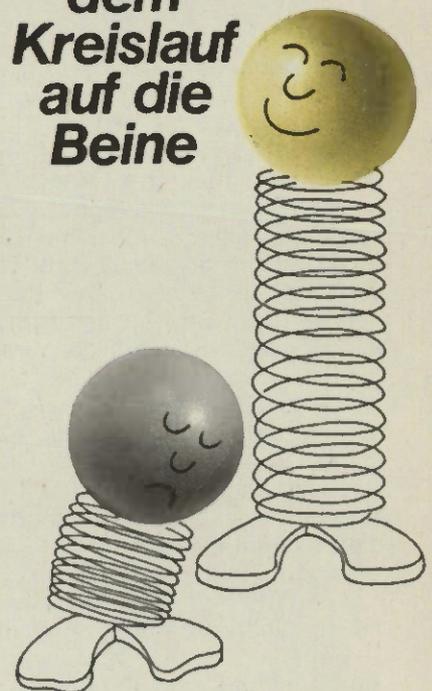
Anschrift des Verfassers:

*Professor Dr. med. Dr. h. c. W. Spann,
em. Ordinarius für Rechtsmedizin der
Universität München, Volkartstraße 84,
8000 München 19*

Verladyn® – Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 1,0 mg Dihydroergotaminmesilat, 1 ml Lösung (20 Tropfen) enthält: 2,0 mg Dihydroergotaminmesilat. **Anwendungsgebiete:** Hypotone und orthostetische 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



VERLA

Verla-Pharm
Arzneimittelfabrik
8132 Tutzing

Kammerrecht: Pflichtbeiträge der Mitglieder ärztlicher Kreisverbände an die Bayerische Landesärztekammer *

Urteil des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofes vom 13. April 1989 – Nr. 21 B 87.03192

Leitsätze:

1. Den nicht in die Vollversammlung der Delegierten zur Landesärztekammer gewählten Mitgliedern der ärztlichen Kreisverbände stehen vor der Beschlußfassung der Vollversammlung über eine Beitragserhöhung weder aus verfassungsrechtlichen noch aus einfachgesetzlichen Gründen Informations- und Anhörungsrechte zu.
2. Aus dem Wesen der ihr verliehenen Selbstverwaltungsautonomie folgt, daß die Landesärztekammer bei der Bemessung der Beitragssätze im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenerfüllung einen Gestaltungsspielraum besitzt, der aber durch das Willkürverbot des Art. 3 Abs. 1 GG (Art. 118 BV), das Äquivalenzprinzip als Ausprägung des auch im Beitragsrecht geltenden Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit und die Eigentumsgarantie des Art. 14 Abs. 1 GG (Art. 103 BV) maßgeblich eingeschränkt wird.
3. Die Einziehung der Beiträge durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns im Wege des Abzuges von den kassenärztlichen Honoraren begegnet keinen datenschutzrechtlichen Bedenken, wenn die Beitragsordnung den Beitragspflichtigen ein Widerspruchsrecht gegen diese Verfahrensweise einräumt.

Zum Sachverhalt:

Der Kläger, der als Arzt für Allgemeinmedizin eine Praxis betreibt, entrichtet seit Jahren als Mitglied eines ärztlichen Kreisverbandes Jahresbeiträge zur Bayerischen Landesärztekammer gemäß einer vom Bayerischen Ärztetag beschlossenen und vom Bayerischen Staatsministerium des Innern genehmigten Beitragsordnung. Im Jahre 1983 zahlte er aufgrund der damals geltenden Beitragsordnung der Beklagten vom 1. Januar 1977 den Höchstbeitragssatz von 500 DM. Mit Bescheid vom 30. April 1984 erhob die Beklagte von ihm für das Jahr 1984 auf der Grundlage der am 1. Januar 1984 in Kraft getretenen neuen Beitragsordnung nunmehr einen Pflichtbeitrag in Höhe des Höchstbeitrags von 800 DM, wobei sie von der in der Beitragsordnung festgelegten Bemessungsgrundlage eines geschätzten jährlichen Gesamtbruttoeinkommens des Klägers von über 240 001 DM ausging. Dem Kläger wurde anheimgestellt, sich nach einer beigefügten Beitragstabelle selbst niedriger einzustufen, falls der Bruttoumsatz des Vorjahres in seiner Praxis den der neuen Beitragserhöhung zugrunde gelegten Bruttoumsatz nicht errei-

chen sollte. Davon hat er jedoch keinen Gebrauch gemacht. Die Beklagte zog daraufhin den Jahresbeitrag von 800 DM gemäß § 5 Abs. 2 ihrer Beitragsordnung vom 1. Januar 1984 über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns in der Weise ein, daß diese den Betrag von dem Kassenhonorar, das sie an den Kläger zu zahlen hatte, abzog. Von dem in der Beitragsordnung vorgesehenen Widerspruchsrecht gegen dieses Abzugsverfahren hat der Kläger ebenfalls keinen Gebrauch gemacht.

Nach erfolgloser Durchführung des Widerspruchsverfahrens hat der Kläger gegen den Beitragsbescheid der Beklagten vom 30. April 1984 beim Bayerischen Verwaltungsgericht Klage erhoben und diese mit formellen und materiell-rechtlichen Einwendungen gegen die Beitragserhöhung begründet. So sei der Beitragserhöhungsbescheid schon deshalb rechtswidrig, weil die davon betroffenen Ärzte zuvor nicht hinreichend informiert und angehört worden seien. Bei einer Beitragserhöhung von ca. 60 Prozent wäre das aber zwingend erforderlich gewesen, auch wenn dies das Kammergesetz nicht vorschreibe. Die Beitragserhöhung verstoße auch gegen den Gleichheitssatz, weil für die Beitragsbemessung nicht auf den geschätzten jährlichen Bruttoumsatz, sondern wegen der hohen Werbungskosten der freiberuflich tätigen Ärzte auf das Jahresnettoeinkommen hätte ab-

gestellt werden müssen. Daß diese Beitragsbemessungsgrundlage unterschiedslos bei freiberuflich tätigen Ärzten und angestellten oder beamteten Ärzten Anwendung finde, verstoße ebenfalls gegen den Gleichheitssatz. Auch mit dem im Beitragsrecht geltenden Äquivalenzprinzip sei die angefochtene Beitragserhöhung nicht in Einklang zu bringen. Schließlich sei es der Beklagten aus zwingenden datenschutzrechtlichen Gründen nicht gestattet, die Pflichtbeiträge über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns einzuziehen zu lassen.

Das Verwaltungsgericht hat die Klage abgewiesen. Die dagegen vom Kläger eingelegte Berufung wies der Bayerische Verwaltungsgerichtshof mit Urteil vom 13. April 1989, gegen das die Revision nicht zugelassen wurde, zurück. Mit Beschluß vom 5. Juni 1989 hat das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision zurückgewiesen. Die Klageabweisung ist damit rechtskräftig geworden.

Aus den Entscheidungsgründen:

... Das Verwaltungsgericht hat mit dem angefochtenen Gerichtsbescheid die Klage zu Recht abgewiesen, weil die Beklagte mit ihrem Beitragsbescheid vom 30. April 1984 den Kläger rechtmäßig zur Zahlung eines Kammerpflichtbeitrages in Höhe

*) Rechtsquellen:

Art. 15 Abs. 2 Sätze 1 und 2 Kammergesetz (1978), §§ 1, 2, 3 und 5 der Beitragsordnung der Landesärztekammer vom 2. Oktober 1983, § 4 der Satzung der Landesärztekammer vom 8. Oktober 1978, Art. 2 Abs. 1, Art. 4 Abs. 1 Nr. 1 Bayerisches Datenschutzgesetz.

von 800 DM für das Jahr 1984 veranlagt hat. Aufgrund der §§ 1, 2 und 3 ihrer Beitragsordnung vom 2. Oktober 1983 („Bayerisches Ärzteblatt“ 1983, 882 ff.) ist die Beklagte berechtigt, vom Kläger für das Jahr 1984 den höchstmöglichen Kammerbeitrag von 800 DM unter Zugrundelegung eines geschätzten Gesamtbruttoeinkommens des Klägers von über 240 001 DM zu erheben, weil er innerhalb eines Monats nach Zugang des angefochtenen Beitragsbescheides keine Erklärung gemäß § 3 Abs. 2 der Beitragsordnung zu seinen tatsächlichen Bruttoeinkommensverhältnissen abgegeben und damit diese Beitragsbemessungsgrundlage (stillschweigend) anerkannt hat.

Die der angefochtenen Beitragserhebung zugrundeliegende Beitragsordnung der Beklagten vom 2. Oktober 1983 findet ihre gesetzliche Grundlage in Art. 15 Abs. 2 Satz 1 des Gesetzes über Berufsvertretungen und über die Gerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. März 1978 – Kammergesetz – (GVBl. S. 67). Danach ist die Bayerische Landesärztekammer berechtigt, zur Erfüllung ihrer Aufgaben von allen Mitgliedern der ihr unterstehenden ärztlichen Kreisverbände Beiträge zu erheben. Die Höhe der Beiträge wird in einer Beitragsordnung festgesetzt, die von der Landesärztekammer zu erlassen ist und der (rechtsaufsichtlichen) Genehmigung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern bedarf (Art. 15 Abs. 2 Satz 2 Kammergesetz). Mit ihrer Beitragsordnung vom 2. Oktober 1983 hat die Beklagte zur Finanzierung ihres ungedeckten Finanzbedarfs in zutreffender Weise von dieser gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage Gebrauch gemacht, ohne dabei die formellen und verfassungsrechtlichen Grenzen der ihr als Körperschaft des öffentlichen Rechts (Art. 10 Abs. 1 Satz 2 Kammergesetz) zustehenden autonomen Rechtssetzungsbefugnis zu verletzen.

Sämtliche vom Kläger gegen die Rechtsgültigkeit dieser Beitragsordnung erhobenen Rügen sind unbegründet.

1.

Der gegen die formelle Rechtsgültigkeit der am 1. Januar 1984 in Kraft

getretenen Beitragsordnung erhobene Einwand des Klägers, angesichts der unverhältnismäßig hohen Beitragssteigerung sei die Beklagte unabhängig von etwaigen Verfahrensvorschriften verpflichtet gewesen, vor der Beschlußfassung über die Beitragserhöhung in der Delegiertenversammlung jedes beitragspflichtige Mitglied zu informieren und anzuhören, ist nicht stichhaltig. Zum einen ist ein solches Informations- und Anhörungsrecht der von einer Beitragserhöhung betroffenen Mitglieder der ärztlichen Kreisverbände, auch wenn es sich um eine erhebliche Steigerung der bisherigen Beitragssätze handelt, weder in den Vorschriften des Kammergesetzes noch in § 4 der Satzung der Bayerischen Landesärztekammer vom 8. Oktober 1978 in der Fassung vom 12. Oktober 1980 („Bayerisches Ärzteblatt“ 1980, 1184), wonach die Vollversammlung der Delegierten (Bayerischer Ärztetag), das für die Willensbildung in grundsätzlichen Angelegenheiten zuständige Beschlußorgan der Bayerischen Landesärztekammer, auch für den Erlaß der Beitragsordnung zuständig ist, festgelegt. Ein solches Informations- und Anhörungsrecht der nicht in die Vollversammlung gewählten Mitglieder der ärztlichen Kreisverbände ergibt sich auch nicht aus der Geschäftsordnung für die Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer vom 13. November 1971. Andererseits bestehen auch keine ungeschriebenen Mitwirkungsrechte der nicht in die Vollversammlung gewählten Mitglieder der ärztlichen Kreisverbände bei den Beschlußfassungen der dafür zuständigen Organe der Bayerischen Landesärztekammer. Wie das Verwaltungsgericht zutreffend ausgeführt hat, gehört es zu den wesentlichen Merkmalen einer auf den Prinzipien der repräsentativen Demokratie aufgebauten autonomen Selbstverwaltung der Körperschaften des öffentlichen Rechts, daß ihre Mitglieder die für sie handelnden Vertreter in die Organe der Selbstverwaltungskörperschaft entsenden, die Beratung und Willensbildung ausschließlich in diesen Organen stattfindet und die einzelnen Mitglieder nur die Möglichkeit haben, auf dem im Organisationsrecht der Körperschaft vorgesehenen demokratischen Weg zur Meinungsbildung der Organe beizutragen. Daß bei Beschlüssen der Vollversammlung mit erheblichen finanziellen Auswir-

kungen für alle Mitglieder der ärztlichen Kreisverbände etwas anderes gelten würde, kann auch dem Verfassungsrecht, insbesondere dem Grundsatz der Rechtsstaatlichkeit (Art. 20 Abs. 3 GG) nicht entnommen werden. Das vom Kläger geforderte Informations- und Anhörungsrecht würde nämlich zu einer durch nichts gerechtfertigten Einschränkung der der Beklagten als Körperschaft des öffentlichen Rechts verliehenen Rechtssetzungsbefugnis und zu einer sachlich unnötigen Erschwerung des Verfahrens bei der Beschlußfassung der Vollversammlung über die Beitragserhebung mit der Folge führen, daß damit auch die Erfüllung der der Beklagten nach Art. 2 Abs. 1 Kammergesetz obliegenden gesetzlichen Aufgaben in Frage gestellt wäre.

Dieses Rechtssetzungsverfahren der Beklagten (nämlich die Beschlußfassung durch die Vollversammlung ohne vorherige Beteiligung der einzelnen Kammermitglieder) entspricht im übrigen auch den gesetzlichen Regelungen für andere vergleichbare berufsständische Selbstverwaltungskörperschaften, wie die Handwerks-, Industrie- und Handelskammern, bei denen ebenfalls die Beschlußfassung über die Beitragsordnungen stets der Vollversammlung der Delegierten, dem Willensbildungsorgan der jeweiligen Körperschaft des öffentlichen Rechts, vorbehalten bleibt (§ 106 Abs. 1 Nr. 4 Handwerksordnung, § 4 Satz 2 Nr. 2 des Gesetzes zur vorläufigen Regelung des Rechts der Industrie- und Handelskammern vom 18. Dezember 1956, BGBl. I S. 920).

Die vorliegende Beitragsordnung begegnet auch keinen sonstigen formell-rechtlichen Bedenken. Insbesondere wurde sie vom Bayerischen Staatsministerium des Innern am 10. Oktober 1983 gemäß Art. 15 Abs. 2 Satz 2 Kammergesetz rechtsaufsichtlich genehmigt und, wie aus rechtsstaatlichen Gründen geboten, im „Bayerischen Ärzteblatt“ (Sonderdruck aus Heft 12/83, Seiten 882 bis 885), dem Publikationsorgan der Beklagten, ordnungsgemäß bekannt gemacht.

2.

Die der angefochtenen Beitragsforderung der Beklagten zugrundeliegende Beitragsordnung ist auch

materiell-rechtlich nicht zu beanstanden.

Das Beitragserhebungsrecht der Beklagten im Rahmen ihrer gesetzlichen Aufgabenerfüllung ist Ausfluß des ihr als einem körperschaftlich organisierten Berufsverband vom Gesetzgeber verliehenen autonomen Selbstverwaltungsrechts. Das Recht, Satzungen mit Rechtswirkungen für die vom Tätigkeitsbereich der Körperschaft erfaßten Personen zu erlassen, ist ein wesentliches Element dieses Selbstverwaltungsrechts und ist inhaltlich – im Rahmen des Gesetzes – nur durch den Zweck und den Aufgabenkreis der jeweiligen Körperschaft begrenzt (BVerwGE 6, 247/249 ff.; BVerfGE 12, 319/325). Für die Beitragssatzung der Beklagten gilt grundsätzlich nichts anderes. Aus dem Wesen der ihr eingeräumten Selbstverwaltungsautonomie folgt, daß die Beklagte in der Bemessung der Beitragssätze grundsätzlich frei ist, sofern die gewählte Bemessungsgrundlage nicht gegen das Willkürverbot des Art. 3 Abs. 1 GG (Art. 118 BV), die Eigentumsgarantie des Art. 14 Abs. 1 GG (Art. 103 BV) und das Äquivalenzprinzip als Ausprägung des auch im Beitragsrecht geltenden verfassungsrechtlichen Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit verstößt.

Das Bundesverwaltungsgericht hat in seinem zum Beitragserhebungsrecht einer Landesärztekammer ergangenen grundlegenden Urteil vom 10. September 1974, Buchholz, Sammel- und Nachschlagewerk der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, Ziffer 418.00 Nr. 23, dazu folgendes ausgeführt:

„Der allgemeine Gleichheitssatz verpflichtet die Ärztekammer, ihre Kosten, soweit sie nicht anderweitig gedeckt und durch Beiträge der Mitglieder aufzubringen sind, möglichst gleichmäßig und gerecht auf die Kammerangehörigen zu verteilen. Damit wird, wie der Senat im Urteil vom 25. November 1971 (BVerwGE 39, 100) näher ausgeführt hat, keine schematische Gleichbehandlung der Mitglieder durch Erhebung einheitlicher Beiträge verlangt. Vielmehr läßt der Gleichheitsgrundsatz eine Differenzierung der Beiträge zu oder gebietet sie, wenn und soweit dies sachlich begründet ist. Wesentlichen Verschiedenheiten der Mitglieder oder Mitgliedergruppen muß die Beitragsordnung durch eine Staffelnung der Beiträge Rechnung tragen. So hat der Se-

nat es in der genannten Entscheidung für grundsätzlich sachgerecht erklärt, wenn die Beitragsordnung einer Ärztekammer eine Beitragsstaffelung je nach Art der beruflichen Tätigkeit und Stellung ihrer Mitglieder sowie nach deren wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit vorseht. Dabei muß die Staffelnung auf zureichenden sachlichen Gründen beruhen und darf jedenfalls nicht willkürlich sein.

Aus dem Äquivalenzprinzip folgt, daß die Kammerbeiträge ihrer Höhe nach in keinem Mißverhältnis zu dem Wesen der Mitgliedschaft bei einem ärztlichen Berufsverband stehen dürfen. Die Beiträge dürfen die Kammerangehörigen weder schlechthin übermäßig belasten (etwa wegen unnötigen Kammeraufwandes), noch dürfen die Beiträge einzelner Mitglieder(-gruppen) im Verhältnis zu den Beiträgen anderer übermäßig hoch sein, das heißt, die Staffelsätze in einem prozentualen Mißverhältnis zueinander stehen. Wo das der Fall ist, liegt gleichzeitig ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz vor.

Für die verfassungsrechtliche Prüfung anhand beider Grundsätze, des Verhältnismäßigkeitsprinzips wie des Art. 3 Abs. 1 GG, kommt hiernach wesentlichen Verschiedenheiten der Kammerangehörigen in bezug auf den Vorteil, der ihnen aus der Mitgliedschaft bei der Ärztekammer erwächst, rechtserhebliche Bedeutung zu. Soichen Unterschieden muß die Beitragsordnung durch angemessene Abstufung der Beiträge Rechnung tragen. ...

Der hier gemeinte Vorteil ist nicht gleichzusetzen mit einem „unmittelbaren wirtschaftlichen Nutzen“. ... Über den (mittelbaren) wirtschaftlichen Nutzen hinaus, den das Wirken der Ärztekammer ihren Mitgliedern bringt, ist der Vorteil auch, und zwar zu einem nicht unerheblichen Teil, in dem immateriellen Wert zu sehen, den die körperschaftliche Selbstorganisation als solche für die Ärzteschaft hat. Für sie ist schon die Existenz eines eigenen, staatlich anerkannten Berufsverbandes des öffentlichen Rechts mit gesetzlich verliehener Autonomie ein erheblicher Wert. Weder der immaterielle noch der wirtschaftliche Vorteil, den das einzelne Mitglied von der Existenz und dem Wirken seiner Ständesorganisation hat, läßt sich hinreichend exakt ermitteln. „Der Vorteil, den ein Mitglied an der Aufrechterhaltung der Integrität seines Standes hat, ist nicht meßbar“ (Urteil vom 13. März 1962 – I C 155,59 – Buchholz 418.20 Nr. 8). Ebenso ist auch der Zusammenhang zwischen der Kammer-

tätigkeit und einem wirtschaftlichen Nutzen bestimmten Ausmaßes nicht feststellbar, sondern kann weitgehend nur vermutet werden. Soweit die Kammerleistung auf die Wahrung der Gesamtbelange der Ärzteschaft oder der öffentlichen Gesundheitsinteressen gerichtet ist oder sonstige berufliche Belange des Mitglieds (in weitestem Sinne) angeht, ist sie dem Betroffenen ein Vorteil zuzurechnen. Bei der Bewertung der danach beitragsmäßig zurachenbaren Vorteile und der sich insoweit ergebenden Unterschiede ist der Satzungsgeber darauf angewiesen, auf der Grundlage von Erfahrungswerten eine grobe Schätzung vorzunehmen. Ein gewisser Richtwert dafür läßt sich aus der Zusammenschau der Beitragsordnungen aller Ärztekammern im Bundesgebiet gewinnen, in denen die Beurteilung durch die Ärzteschaft selbst einen repräsentativen Ausdruck gefunden hat. ...

Die gerichtliche Überprüfung der einzelnen Staffelsätze erstreckt sich insoweit anhand des Bundesrechts nur darauf, ob die vom Satzungsgeber vorgenommenen Bewertungen, die in den Beitragssätzen ihren Niederschlag gefunden haben, vertretbar sind. ...

Zu berücksichtigen ist ferner, daß dem Vorteilsgesichtspunkt für die Bemessung von Mitgliedschaftsbeiträgen nicht dasselbe ausschlaggebende Gewicht zukommt wie für die Bemessung fiskalischer Beiträge im herkömmlichen, engeren Sinn (Straßenreinigungbeiträge, Erschließungsbeiträge etc.). Der Senat hat wiederholt betont (vgl. Urteile vom 13. März 1962 – a.a.O. – und vom 25. November 1971 – a.a.O. –), daß für die Bemessung und Staffelnung von Beiträgen zu einem öffentlichen Berufsverband ein erhebliches Gewicht auch auf die sozialen Erwägungen gelegt werden muß, die den Zusammenschluß von Angehörigen eines Berufes zur Erledigung gemeinsamer Ständeaufgaben beherrschen. Dem sozialen Gedanken entspricht es, daß jeder nach seinen Kräften, nach seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, zum Wohle des Ganzen und damit auch des einzelnen Mitgliedes beiträgt.

Bei der gerichtlichen Nachprüfung einer Beitragsordnung anhand der eben behandelten verfassungsrechtlichen Gesichtspunkte ist schließlich zu beachten, daß sich die Prüfung insgesamt nur darauf erstreckt, ob der Satzungsgeber die äußersten Grenzen seines Gestaltungsbereichs überschritten hat, nicht aber, ob er im einzelnen die zweckmäßigste, vernünftigste oder ge-

Wir machen den Weg frei

ELECTRONIC BANKING: MEHR ÜBERBLICK BEIM PLANEN, ENTSCHEIDEN UND HANDELN

Die Vorteile unserer elektronischen Bankleistungen sollten Sie kennenlernen. Auf der 42. Internationalen Handwerksmesse München vom 10. 3. bis 18. 3. 1990. In Halle 22, Stand 22402.

42. INTERNATIONALE
HANDWERKSMESSE

MÜNCHEN
10. 18. 3. 1990

tu



Volksbanken Raiffeisenbanken

rechtstea Regelung gefunden hat (BVerfGE 3, 162; 4, 31; 12, 326/333).

Eine Beitragsordnung muß, wie alle abgabenrechtlichen Regelungen, bis zu einem gewissen Grade typisieren. Die Ärztekammer ist nicht gehalten, allen Besonderheiten ihrer Mitglieder beitragsmäßig Rechnung zu tragen. Sie kann im Interesse einer möglichst einfach zu handhabenden Beitragsordnung (vgl. Urteil vom 14. April 1967, BVerwGE 26, 320) in sachlich vertretbarem Rahmen auch Pauschalierungen vornehmen, insbesondere nach Einkommen und/oder beruflicher Stellung und Tätigkeit etwa vergleichbare Ärzte zu einer Beitragsgruppe zusammenzufassen. Mithin sind voneinander abweichende Regelungen denkbar, ohne daß hieraus schon ein Verfassungsverstoß erkennbar wäre. Tatsächlich haben die Landesärztekammern auch verschiedenartige Regelungen getroffen, was freilich teilweise durch eine unterschiedliche Mitgliederstruktur bedingt sein dürfte. ..."

Der Senat schließt sich dieser überzeugend begründeten Rechtsauffassung des Bundesverwaltungsgerichts an und kommt aufgrund der danach maßgeblichen Beurteilungskriterien für die Rechtmäßigkeit der vorliegenden Beitragsordnung zu dem Ergebnis, daß die Beklagte bei der von ihr vorgenommenen Staffelung der Beitragssätze nach bestimmten Mindest- und Höchstgrenzen des jährlichen Bruttoeinkommens (Bruttoumsatzes) die ihr vom Gesetzgeber eingeräumte Gestaltungsfreiheit nicht, wie der Kläger meint, in rechtswidriger Weise überschritten hat. Wie das Verwaltungsgericht ist auch der Senat der Auffassung, daß die nach § 2 Abs. 1 der Beitragsordnung in Verbindung mit der als Bestandteil dieser Beitragsordnung erlassenen Beitragstabelle geltenden Beitragsstufen von 55 DM (bei einem jährlichen Gesamtbruttoeinkommen von nicht über 20 000 DM) bis zu 800 DM (bei einem Jahresbruttoeinkommen von über 240 001 DM) unter den Gesichtspunkten der Zweckmäßigkeit und der Beitragsgerechtigkeit nicht zu beanstanden sind. Nach den glaubwürdigen und überzeugenden Darlegungen der Beklagten, die vom Kläger nicht substantiiert bestritten und widerlegt wurden, sind die neuen Beitragssätze notwendig, um die Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben nach Art. 2 Abs. 1 Kammergesetz finanziell sicherzustellen, was aufgrund der ab 1. Januar

1971 geltenden Beitragsordnung nicht mehr der Fall war. Zur Begründung des nach ihren prognostizierenden Erkenntnissen für die nächsten fünf Jahre zu erwartenden geschätzten Finanzbedarfs, der aufgrund der früheren Beitragssätze nicht mehr abgedeckt war, hat die Beklagte zutreffend auf die Ausgaben- und Einnahmenentwicklung in den Jahren vor dem Erlass der neuen Beitragsordnung, also in der Zeit zwischen 1976 und 1982, hingewiesen und zum Beleg dafür, daß die Ausgaben für die Erledigung der ihr obliegenden Kammeraufgaben in dieser Zeit durchschnittlich um jährlich 10,44 Prozent angestiegen sind, dem Senat ihre jährlichen Gewinn- und Verlustrechnungen für diese Jahre zur Einsichtnahme vorgelegt. Aus ihnen ergibt sich zweifelsfrei, daß die der Beitragsordnung vom 2. Oktober 1983 zugrunde gelegte Schätzung des künftig zu erwartenden Ausgabenanstiegs auf etwa 12 Prozent nicht derart grob fehlerhaft war, daß sie keine ausreichende Grundlage für die vorgenommene Erhöhung der Beitragssätze mehr hätte darstellen können. Die für die Jahre 1983 bis 1987 festgestellten tatsächlichen Abweichungen von diesen Schätzungen bewegen sich nämlich nur in Größenordnungen zwischen + 0,4 Prozent und - 4,8 Prozent von der jährlich angenommenen Ausgabenmehrung von 12 Prozent. Die Notwendigkeit, die Beitragssätze zur Abdeckung des ungedeckten Finanzbedarfs der Beklagten zu erhöhen, wird damit keineswegs widerlegt. Diese Schätzung des Ausgabenanstiegs bei der Beklagten findet im übrigen auch ihre Bestätigung durch einen Vergleich mit den Steigerungsraten bei den übrigen elf Ärztekammern im Bundesgebiet im Zeitraum zwischen 1976 und 1987, deren Ausgaben ebenfalls durchschnittlich um 12,65 Prozent im Jahr gestiegen sind. Dementsprechend hat auch eine Reihe von Ärztekammern im Bundesgebiet wegen dieser Ausgabensteigerung von ihren Mitgliedern im Jahre 1984 Beiträge erhoben, die mit den Beitragssätzen der Beklagten durchaus vergleichbar sind und teilweise sogar erheblich darüber liegen. Liegt aber die Beklagte mit ihrem Höchstbeitrag im mittleren Bereich der bei allen Ärztekammern im Bundesgebiet erhobenen Höchstbeitragssätze, dann läßt dies aufgrund der gleichen oder annähernd gleichen Aufgabenstellung sämtlicher

Landesärztekammern auch die Schlußfolgerung zu, daß das mit der neuen Beitragsordnung vom 2. Oktober 1983 erzielte Beitragsaufkommen in etwa auch dem tatsächlichen Finanzaufwand der Beklagten entspricht und daher auch nicht unangemessen hoch ist.

Einen Verstoß gegen das Äquivalenzprinzip kann der Kläger erfolgreich auch nicht daraus ableiten, daß die neue Beitragsordnung der Beklagten einen Beitragshöchstsatz von 800 DM vorsieht, während die bisherige Beitragsordnung nur einen Beitragshöchstsatz von 500 DM enthielt. Der Senat ist wie das Verwaltungsgericht der Meinung, daß bei der Prüfung, ob vorliegend das Äquivalenzprinzip noch gewahrt ist, keineswegs allein auf die Steigerung des bisherigen Jahreshöchstbeitrages um 60 Prozent abgestellt werden darf. Entscheidungserheblich ist vielmehr die Frage, ob die durchschnittliche Erhöhung aller Beitragssätze um etwa 42 Prozent angesichts des zu deckenden Finanzbedarfs der Beklagten noch sachgerecht und sozial vertretbar ist. Daß die Beklagte, die zur wirtschaftlichen und sparsamen Haushaltsführung verpflichtet ist, ihre gesetzlichen und satzungsgemäßen Aufgaben ab 1984 nur noch bei entsprechend hoher Steigerung ihres jährlichen Beitragsaufkommens finanzieren konnte und ihr dabei auch die Bildung ausreichender finanzieller Rücklagen zur Erfüllung feststehender künftiger Verbindlichkeiten zugestanden werden muß, kann ernsthaft nicht in Frage gestellt werden. Auch wenn die Beklagte in den Jahren 1976 bis 1982 jährlich nur eine Steigerungsraten von jährlich durchschnittlich 10,44 Prozent bei den Ausgaben zu verzeichnen hatte, so war dennoch für die Beitragserhöhung ab dem Jahre 1984 im Hinblick auf die zu erwartende Aufgabenmehrung mit einer weit höheren Steigerung der Ausgaben zu rechnen. Als Beispiel dafür führte die Beklagte unwiderlegt u. a. die rapide Zunahme der Anerkennungsverfahren nach der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. Januar 1978 an (1982 34, 1983 445 und 1987 970), deren Kosten durch eine Steigerung der Anerkennungsgebühren gemäß § 16a der Weiterbildungsordnung nicht abgedeckt werden können, weil es sich bei den Zahlungspflichtigen in der Regel um jüngere Ärzte mit geringerem Ein-

kommen handelt, und es sich dabei auch um Kosten handelt, die im Rahmen der gesetzlichen Aufgabenerfüllung der Beklagten notwendig werden und deshalb u. a. aus ihrem Beitragsaufkommen zu bestreiten sind.

Auch das zu erwartende starke Ansteigen der Personalkosten aufgrund künftiger Personalmehrung und Erhöhung der durchschnittlichen finanziellen Aufwendungen je Beschäftigten bei verkürzter Arbeitszeit und linearen und strukturellen Verbesserungen in den Gehaltsgruppen rechtfertigte die erhebliche Anhebung der bisherigen Beitragssätze, zumal schon in den Jahren 1976 bis 1982 die durchschnittliche Steigerung der jährlichen Personalkosten 13,98 Prozent betrug. Schließlich läßt sich auch aus der Tatsache, daß in der Zeit von 1984 bis 1987 die Mehreinnahmen der Beklagten erheblich zurückgegangen sind (1984 2142 312,29 DM, 1987 1 062 157,80 DM), entnehmen, daß der zunächst durch die Beitragserhöhung entstandene Überschuß durch die Entwicklung der Ausgaben bei der Beklagten allmählich aufgezehrt und erneut ein ungedeckter Finanzbedarf entstehen wird. Die Annahme des Klägers, die Erhöhung der Beitragssätze ab 1984 sei auch angesichts der der Beklagten obliegenden gesetzlichen Aufgaben unverhältnismäßig, ist deshalb unzutreffend. Daß diese Beitragserhöhung wegen unverhältnismäßig hoher Belastung der Mitglieder der ärztlichen Kreisverbände unsozial sei, konnte der Senat ebenfalls nicht feststellen. Die Bemessungsgrundlage für den Höchstbeitrag von 800 DM stellt auf ein jährliches Gesamtbruttoeinkommen aus ärztlicher Tätigkeit von über 240 000 DM ab, so daß schon im Hinblick auf das nach Abzug aller Ausgaben im Rahmen dieser Tätigkeit erfahrungsgemäß noch verbleibende hohe Nettoeinkommen der betroffenen Ärzte und des ihnen dadurch ermöglichten gehobenen Lebensstandards soziale Bedenken gegen die Beitragserhöhung nicht gerechtfertigt sind, zumal der Kläger durch Abgabe einer Erklärung zu seinen tatsächlichen Einkommensverhältnissen gemäß § 3 Abs. 2 Satz 2 der Beitragsordnung eine günstigere Beitragsveranlagung hätte erreichen können. Da der Kläger diese Erklärung bisher nicht abgegeben hat, kann angenommen werden, daß er

durch die Beitragserhöhung in seiner Lebensführung nicht wesentlich eingeschränkt wird.

Die Bemessung der Beiträge und ihre Staffelung nach dem jährlichen Gesamteinkommen aus ärztlicher Tätigkeit (§ 2 Abs. 1 der Beitragsordnung) verstößt auch nicht gegen den Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG, Art. 118 BV). Diese Beitragsbemessungsgrundlage ist sachgerecht und entspricht auch den Erfordernissen der Beitragsgerechtigkeit, die nach der zitierten Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts im Einzelfall darauf nicht zu überprüfen ist, ob der Satzungsgeber bei seiner Regelung ein Höchstmaß an Gerechtigkeit gefunden hat. Die Staffelung der Beitragsklassen nach den Bruttoeinnahmen aus ärztlicher Tätigkeit ist zum einen deshalb sachgerecht, weil diese Bemessungsgrundlage zutreffend auf eine sachbezogene und soziale Kriterien berücksichtigende Relation zwischen dem jährlichen Bruttoeinkommen der betroffenen Ärzte und ihrer nach der Lebenserfahrung sich daraus ergebenden zumutbaren finanziellen Belastbarkeit im Rahmen der Beitragserhebung abstellt. Die in dieser Bemessungsgrundlage enthaltene Pauschalierung der Beitragssätze nach bestimmten Grenzen des jährlichen Gesamteinkommens ist andererseits mit Rücksicht auf das beitragsrechtliche Gebot einer möglichst praktikablen und einfachen Beitragserhebung zweckmäßig und daher im Hinblick auf den Gleichheitssatz sachlich nicht zu beanstanden. Es ist aus diesem Grunde entgegen der Meinung des Klägers nicht willkürlich, wenn die Beklagte als Beitragsbemessungsgrundlage in § 2 Abs. 1 ihrer Beitragsordnung vom 2. Oktober 1983 nicht auf das zu versteuernde Einkommen der betroffenen Ärzte im Sinne von § 2 Einkommenssteuergesetz, das der Kläger als sachgerechteren Anknüpfungspunkt für die Beitragserhebung ansieht, zurückgreift, zumal in dem zu versteuernden Einkommen nicht nur Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit, sondern auch aus anderen Einkommensarten (z. B. aus Vermietung und Verpachtung) enthalten sein können, die keinen sachlichen Bezug zur berufsständischen Selbstverwaltung der Ärzte haben und deshalb als Grundlage für die Bemessung der Beiträge nicht geeignet sind. Der vom Kläger geforderte

Abzug der Praxisunkosten würde zudem die Beitragserhebung erschweren, indem der Beitragspflichtige seine Werbungskosten für seine ärztliche Tätigkeit in tatsächlicher Höhe angeben und auch nachweisen müßte. Überzeugend hat die Beklagte in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen, daß die Angaben über den Umsatz in den ärztlichen Praxen und das Bruttoeinkommen bei unselbständig tätigen Ärzten für sie leichter verifizierbar seien als die Angaben zu den Werbungskosten, weil sie sich hier an den statistischen Umsatzgrößen der ärztlichen Fachgruppen und an den für unselbständig tätige Ärzte geltenden Vergütungstarifen und Besoldungsgruppen orientieren und dabei von einer individuellen Nachprüfung absehen könne.

Der angefochtene Beitragsbescheid ist auch im Hinblick auf die verfassungsmäßige Eigentumsgarantie (Art. 14 Abs. 1 GG, Art. 103 BV) nicht rechtswidrig. In der Überbürdung von Pflichtbeiträgen auf die Mitglieder berufsständischer Körperschaften des öffentlichen Rechts liegt grundsätzlich kein Verstoß gegen die genannten Verfassungsvorschriften (vgl. BVerfGE 10, 89/116; 10, 354/371; 12, 319/323; BayVerfGHE 16, 123 ff.). Die Eigentumsgarantie ist allenfalls dann verletzt, wenn die Höhe des festgesetzten Beitrags den Pflichtigen übermäßig belasten und seine Vermögensverhältnisse grundlegend beeinträchtigen würde (BVerfGE 14, 221/241; BayVerfGHE, a.a.O., S. 126). Daß der von ihm geforderte Beitrag solche Auswirkungen habe, hat der Kläger während des gesamten Verwaltungsstreitverfahrens selbst nicht behauptet. Es liegen auch keine Anhaltspunkte vor, die eine solche Annahme rechtfertigen könnten.

Schließlich ergeben sich auch unter datenschutzrechtlichen Gesichtspunkten keine Zweifel an der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Beitragsbescheides. Die in § 5 Abs. 2 der Beitragsordnung vorgesehene Einziehung der Pflichtbeiträge über die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns sieht ausdrücklich ein Widerspruchsrecht des betroffenen Arztes vor. Die Übermittlung personenbezogener Daten wie Name und Anschrift des beitragspflichtigen Arztes sowie die Höhe seiner Beitragsschuld von einer „öffentlichen Stelle“ im Sinne des Art. 2 Abs. 1

Bayerisches Datenschutzgesetz (BayDSG), der Bayerischen Landesärztekammer, an eine andere „öffentliche Stelle“, die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, ist von einer Rechtsvorschrift im Sinne von Art. 4 Abs. 1 Nr. 1 BayDSG gedeckt. Denn Rechtsvorschrift in diesem Sinne sind im Rang unter einem förmlichen Landesgesetz stehende Rechtsnormen, wie zum Beispiel § 5 Abs. 2 der Beitragsordnung der Beklagten, die auch insoweit von der gesetzlichen Rechtssetzungsbefugnis des Art. 15 Abs. 2 Kammergesetz getragen wird. Der verfassungsrechtlich verbürgte Grundsatz der Verhältnismäßigkeit wird dabei nicht verletzt, weil für das gewählte Abrechnungsverfahren erhebliche sachliche Gründe spre-

chen. So erspart dieses Verfahren der Ärztekammer erheblichen Verwaltungsaufwand, indem die Kontrolle der rechtzeitigen Beitragsentrichtung, die Anmahnung ausstehender Beiträge und die Verwaltungsvollstreckung in Einzelfällen entfallen. Andererseits kommen die dadurch eingesparten finanziellen Aufwendungen der Beklagten mittelbar auch ihren Mitgliedern zugute, weil sich dadurch auch die Höhe der von ihnen zu entrichtenden Pflichtbeiträge entsprechend mindert. Soweit dieses Verfahren der Beitragserhebung allgemeine Persönlichkeitsrechte der betroffenen Ärzte, insbesondere das aus Art. 2 Abs. 1, Art. 1 Abs. 1 GG folgende Recht auf informationelle Selbstbestimmung (vgl. BVerfGE 65, 1/41),

verletzen sollte, sind sie durch das in § 5 Abs. 2 der Beitragsordnung verankerte Widerspruchsrecht vor einer Verletzung dieser Grundrechte ausreichend geschützt. Der Kläger hat von diesem Widerspruchsrecht jedoch keinen Gebrauch gemacht und damit sein Einverständnis mit der Einziehung seines jährlichen Pflichtbeitrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns stillschweigend erklärt. Seine datenschutzrechtlichen Einwendungen gegen den angefochtenen Beitragsbescheid sind deshalb unbegründet.

...
Einsender des Urteils:
Richter am Verwaltungsgerichtshof
A. J. Reich, München

Zusammenarbeit Hausarzt – Klinik in der Betreuung von Tumorpatienten

82. Ärztliche Fortbildungstagung in Regensburg

Dr. F. van der Linde, St. Gallen:

Präventiv-Onkologie: Faßbares für den Hausarzt

Bis zu einem Viertel der Todesfälle in den westlich-industrialisierten Ländern geht heute auf Krebserkrankungen zurück. Infolge der zunehmenden Überalterung der Bevölkerung muß davon ausgegangen werden, daß der Anteil der Krebserkrankungen weiter zunimmt. Ein Blick auf die Todesursachenstatistik zeigt, daß die Bundesrepublik Deutschland weltweit zu den Ländern mit der höchsten Krebssterblichkeit gehört. Im Vergleich zu den Nachbarländern fällt auf, daß – mit Ausnahme des Lungenkrebses der Frau – bei allen nennenswerten Krebslokalisationen die Bundesrepublik obere Ränge einnimmt.

Seit langem wird versucht, den Einfluß von kreberzeugenden oder -fördernden Faktoren aus Umwelt und persönlichem Verhalten zu quantifizieren. Dabei fällt die überragende Bedeutung des Zigarettenkonsums auf. An zweiter Stelle folgen wegen unsicherer Datenlage mit weit größerem Ermessensspielraum die Ernährungseinflüsse. Die volle Ausnützung dieser sogenannten primär-prophylaktischen Faktoren könnte bei der Krebsbekämpfung weit größere Erfolge bringen als die bisher propagierten Früher-

fassungsmaßnahmen. Dies ist um so bedeutsamer, als die rückläufigen Beteiligungsraten bei den „gesetzlichen“ sogenannten sekundär-prophylaktischen Früherkennungsprogrammen auf Grenzen des Vorsorgeverhaltens in der Bevölkerung hinweisen.

Der Kausalzusammenhang zwischen aktivem Rauchen und Krebshäufigkeit kann als bewiesen angesehen werden. Eine neue Dimension wurde durch die zahlreichen wissenschaftlichen Daten der letzten Jahre zum Thema des Passivrauchens eingebracht. Aufgrund dieser Forschungsarbeiten kann mit ausreichender Gewißheit angenommen werden, daß auch das Passivrauchen krebsfördernd ist.

Relativ neu ist in Europa die Empfehlung zur Vermeidung übermäßiger Sonnenbestrahlung. Die steigenden Inzidenz- und Mortalitätsraten für das maligne Melanom hängen in unseren Breitengraden sicher mit dem allgemeinen Bräunungsboom zusammen.

Die Ernährungsempfehlungen sollten sich auf eine ausgewogene, vielseitige Kost mit reichlich frischem Gemüse und Obst erstrecken, wie sie auch zur Vermeidung anderer Erkrankungen, insbesondere im kardiovaskulären Bereich, gegeben werden.

Der Versuch einer kritischen Gesamtwürdigung aller sekundär-prophylaktischen Krebsfrüherkennungsmaßnahmen läßt den Schluß zu, daß lediglich die Früherfassung des Zervixkarzinoms vorbehaltlos für alle Frauen empfohlen werden kann. Das Mammographie-Screening bei über 50jährigen Frauen bringt eine Reduktion der Mortalität in dieser Altersgruppe um etwa 30 Prozent. Über den Nutzen der Selbstuntersuchung sowie der ärztlichen Brustpalpation liegen noch immer keine eindeutigen Ergebnisse vor. Die Suche nach okkultem Blut im Stuhl ist biologisch plausibel; ob dieser Test aber auf breiter Basis zur Senkung der Mortalität beiträgt, ist noch immer unbewiesen. Die Früherfassung von Hauttumoren durch Selbstbeobachtung ist ebenfalls plausibel und einfach durchführbar. Auch hier fehlt jedoch noch die wissenschaftliche Evidenz für den langfristigen Nutzen. Weitere Früherkennungsmaßnahmen auf breiter Basis sind für unsere Verhältnisse nicht angezeigt und praktikabel. Dies rechtfertigt aber nicht einen präventiven Nihilismus. Die Frage, ob ein Patient sinnvolle Vorsorgeuntersuchungen vornehmen läßt oder nicht (einschließlich der Selbstuntersuchung der Brust), hängt vor allem von zwei Faktoren ab: von der präventiven Orientierung des praktizierenden Arztes und von der Qualität des

Arzt-Patienten-Verhältnisses. Diese Wiederentdeckung der wichtigen Rolle des Hausarztes in der Prävention gehört zu den wesentlichen und realisierbaren Schlußfolgerungen der präventiv-onkologischen Arbeiten vergangener Jahre. Die wichtige Rolle des Arztes ergibt sich aus kommunikations-wissenschaftlicher Sicht aufgrund folgender Tatsachen:

- Ärzte haben direkten und wiederholten Kontakt zur Bevölkerung,
- Ärzte haben aufmerksame Zuhörer, wenn sie ihren Patienten eine gesundheitlich relevante Botschaft vermitteln,
- Ärzte sind glaubwürdig und gelten aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung als die kompetenteste Informationsquelle,
- Ärzte sind vertrauenswürdig, auch wenn sie in den Medien und der öffentlichen Diskussion kritisiert werden,
- die medizinische Konsultation hat eine starke erzieherische Komponente, auch wenn es sogar für Ärzte schwer sein mag, Gesunde zur Änderung ihrer Lebensgewohnheiten zu bewegen.

Für den praktizierenden Arzt ergibt sich ein breites Spektrum an Möglichkeiten, präventiv-onkologisch tätig zu werden: hilfreich können ätiologische Beobachtungen im Umfeld des Patienten sein. Hinzu kommt der persönliche Einsatz des Arztes in der Bekämpfung des Tabakmißbrauchs, der Abschätzung des individuellen Krebsrisikos der Patienten durch gezielte Gesundheitsberatung und -erziehung sowie durch gute Auswahl der Früherkennungsmaßnahmen.

Dr. B. Späti, St. Gallen:

Die Rolle des niedergelassenen Onkologen im Betreuungskonzept von Tumorpatienten

Die Rolle des niedergelassenen Onkologen im Zusammenhang mit dem Betreuungskonzept von Tumorkranken ist derzeit noch schlecht definiert. Die Onkologie ist ein interdisziplinäres Fach par excellence: Seit jeher haben sich die Chirurgen mit Tumorkrankheiten befaßt, seit langem auch die Radiotherapeuten, erst seit 30 bis 40 Jahren die Internisten. Trotzdem hat

sich gerade die junge Spezialdisziplin der internistischen Onkologie rasant entwickelt. Mehr und mehr zeigte sich, daß auch komplexe Abklärungen und Therapien nicht unbedingt einen Krankenhausaufenthalt erfordern, sondern ohne weiteres auch ambulant durchgeführt werden können. Dies führte dazu, daß sich in der Schweiz in den letzten Jahren eine beträchtliche Anzahl (mittlerweile 50 bis 60 Praxen) gut ausgebildeter internistischer Onkologen niedergelassen hat. Vor zwei Jahren wurde hier auch die Subspezialität „Onkologie-Hämatologie“ in Ergänzung zum Internisten geschaffen. Wesentliche Aufgaben sind Konsiliarfunktionen, ambulante Abklärung und Therapie von Tumorpatienten, Vermittlerfunktion zwischen Hausarzt und/oder Tumorpatient und regionalem Tumorzentrum sowie Mitarbeit im Rahmen kooperativer Studiengruppen.

Die Praxis des niedergelassenen Onkologen hat besonders gegenüber den Patienten Vorteile, die die Anonymität und Größe des Krankenhauszentrums fürchten, die über lange Zeit hinweg dieselbe Bezugsperson suchen und Chemotherapien ohne längere Wartezeiten und ohne Verzicht auf die häusliche Umgebung durchführen wollen. Die ambulante onkologische Behandlung ist sicher auch kostengünstiger als in der Klinik. Für den niedergelassenen Onkologen ergeben sich aber auch gewichtige Nachteile. Große Probleme bestehen in möglichen Konflikten mit den zuweisenden Ärzten: Der Patient weiß oft nicht mehr, wer seine eigentliche ärztliche Bezugsperson ist - der Spezialist oder der Hausarzt. Häufig fühlt sich der Hausarzt übergangen und in eine unwesentliche Rolle gedrängt, die nur noch unangenehme Aufgaben in Notfallsituationen beinhaltet. Falls es nicht gelingt, diese Konflikte zu lösen, wird der zuweisende Arzt die Einweisung der Patienten in spezielle Krankenhausabteilungen vorziehen.

Sr. I. Bachmann-Mettler, St. Gallen:

Sicherheit und Personalschutz im Umgang mit Zytostatika

Seit vielen Jahren werden Schädigungen des regelmäßig mit Zytostatikalösungen hantierenden Personals diskutiert. So wurde bei entsprechenden Pflegegruppen eine

Zusammensetzung: 1 Tablette enthält 1000 mg Amoxicillin. **Anwendungsgebiete:** Infektionen mit amoxicillinempfindlichen Erregern, bes. Infektionen der Atemwege, der Haut und Weichteile, im HNO-Bereich, im Magen-Darm-Trakt, der Gallenblase und -wege, des Urogenitaltraktes. **Hinweise:** Infektionen durch penicillinsensibilisierende Staphylokokken nicht mit Amoxicillin behandeln. **Gegenzugelungen:** Penicillinallergie, inf. Mononukleose, lymphatische Leukämie, Kreuzallergie mit anderen Penicillinen und Cephalosporinen beachten, in der Schwangerschaft nur bei strenger Indikationstellung. **Nebenwirkungen:** Allergische Erscheinungen (z.B. Hautreaktionen, Eosinophilie, Arzneimitteelfieber, interstitielle Nephritis, Anaphylaxie), Überempfindlichkeitsreaktionen, Verlängerung d. Blutungs- und Prothrombinzeit, Superinfektionen, passagere Geschmacksveränderungen, Mundtrockenheit, gastrointestinale Störungen (auch pseudomembranöse Kolitis).

AMOXI

LIN

Amoxicillin 1000 mg

TAB

Vergleichen Sie diese Preise:

N1 10 Tabl. 20,00

N2 20 Tabl. 38,95

S SANORANIA
Dr. G. Strohscheer 1 Berlin 28

erhöhte mutagene Aktivität im Harn nachgewiesen.

Deshalb ist der sichere Umgang mit Zytostatika ein berechtigtes Anliegen. Das sichere Arbeiten ist kein Problem, wenn – entsprechend den individuellen Gegebenheiten – eine gute Abstimmung zwischen apparativem Hilfsmittel, Arbeitsmethode und personeller Schutzkleidung erfolgt.

Zu den spezifischen Schutzmaßnahmen gehört in erster Linie die persönliche Schutzausrüstung. Erforderlich sind:

- Flüssigkeitsdichte Einweghandschuhe (Latex)
- Schutzkittel, vorne hochgeschlossen, mit langen Ärmeln und gut anliegenden Bündchen
- Schutzbrille mit Seitenschutz
- Mund- und Nasenschutz

Sofern die Beschäftigten und Ärzte diese Empfehlungen beim Umgang mit Zytostatika beachten, sind keine nachteiligen Folgen zu befürchten.

Privatdozentin Dr. U. Bruntsch, Nürnberg:

Häufige Fehler in der Behandlung und Kontrolle von Tumorpatienten in Klinik und Praxis

Die Vermeidung von Systemfehlern betrifft in gleicher Weise die Betreuung von Tumorpatienten beim niedergelassenen Arzt wie auch in der Klinik. Deshalb ist die Erarbeitung besonderer Behandlungskonzepte, die Abgrenzung der Kompetenzen und die Frage nach dem realisierbaren Therapieziel erforderlich.

Die Patienten sollten grundsätzlich soweit wie möglich ambulant und familiennah betreut werden. Je weniger die Medizin die Krankheit günstig zu beeinflussen vermag, um so wichtiger ist die Forderung, das Leiden des Patienten nicht zusätzlich zu vermehren. In diesem Zusammenhang gibt es eine Reihe von ärztlichen Maßnahmen, die sich für den Patienten nachteilig auswirken können. Hierzu gehören unnütze stationäre Aufenthalte und Untersuchungen, überflüssige Überweisungen, die Aufstellung falscher Behandlungspläne, eine zu intensive

Therapie, „heroische“ operative Eingriffe, nicht aussichtsreiche Bestrahlungen und nicht indizierte oder zu aggressive Chemotherapie. Das zu aktive Verhalten des Arztes ist oft Ausdruck der eigenen Konzept- und Hilflosigkeit. Invasive oder teure Eingriffe dürfen nicht aus sogenannten „psychologischen“ Gründen angesetzt werden.

Nicht selten wird bereits zu Beginn einer Tumorthherapie ein Behandlungskonzept eingeschlagen, das mindestens erst einer gründlichen interdisziplinären Diskussion und Kooperation bedürftig hätte. Die Primärtherapie richtet sich dann nicht immer nach den sachlichen Gegebenheiten, sondern danach, wohin der Patient zuerst überwiesen wurde. So sollte zum Beispiel ein Ösophaguskarzinom mit geringen Heilungsaussichten nicht primär operiert, sondern einer Chemotherapie oder Bestrahlung zugeführt werden. Auf die entsprechende Weichenstellung kann der Hausarzt durchaus Einfluß nehmen; er kann auch auf eine interdisziplinäre Entscheidungsfindung drängen.

Auch wenn die Therapieplanung unserem heutigen Kenntnisstand entspricht, kann es den Ausführenden an Kompetenz fehlen. So ist beispielsweise eine primär radikale Ovarialkarzinomoperation technisch schwierig und erfolgversprechend nur von Operateuren mit großer Erfahrung möglich. Ein ungenügend radikaler Eingriff macht gute Heilungschancen zunichte. Auch kurative hochdosierte Chemotherapien, zum Beispiel maligner Lymphome, sind nur von Therapeuten mit entsprechender Erfahrung realisierbar. Vorübergehende Remissionen kann zwar jeder erzielen, der Schritt zur Heilung führt aber über einen schmalen Grat, den weniger Erfahrene nicht betreten sollten.

Am Anfang einer jeden Therapie muß beim Arzt Klarheit darüber bestehen, welches Therapieziel erreichbar ist. Er muß also genügend über den zu erwartenden spontanen Krankheitsverlauf und die Behandlungsmöglichkeiten wissen, um entscheiden zu können, ob zum Beispiel eine Heilungschance oder die Möglichkeit zur Palliation (das heißt begrenzte Tumorverkleinerung mit daraus resultierender sinnvoller Lebensverlängerung oder Besserung von schwerwiegenden Symptomen) gegeben ist, oder ob

der natürliche Verlauf der Krankheit nicht mehr beeinflußt werden kann. Dann bleibt nur die Möglichkeit zu einer rein symptomatischen Behandlung, zur Linderung des Beschwerdebildes mit Analgetika, Antiemetika, Hustenblockern oder Sedativa. Die Ausrichtung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen auf das angestrebte Behandlungsziel kann meist nicht einmalig für den gesamten Verlauf der Erkrankung erstellt werden. Eine wiederholte Überprüfung ist in der Regel dann angezeigt, wenn nach der Primärtherapie Rezidive auftreten oder eine Remission nach Chemotherapie zu Ende geht.

Wird nach einem operativen Eingriff in kurativer Absicht dem Patienten ein Nachsorgeprogramm zur gezielten Suche von Metastasen, beispielsweise durch häufige Röntgenaufnahmen, Sonographie, Endoskopien, Laboruntersuchungen oder gar computertomographische Untersuchungen, angeboten, so sind diese nur dann von Vorteil, wenn sich für den Fall eines Rezidives wirksame Behandlungsmöglichkeiten abzeichnen. So sind zum Beispiel lokale Tumorrezidive am Darm nachoperierbar und chemotherapie- oder strahlensensible Tumore entsprechend zu beeinflussen. Auf der anderen Seite haben wir bis heute bei einem metastasierenden Hypernephrom keine wirksame Therapie anzubieten: hier sollte sich die postoperative Betreuung des Patienten im wesentlichen auf seine psychischen Bedürfnisse ausrichten.

Nach Zytostatikagaben treten viele Nebenwirkungen erst auf, wenn der Patient nicht mehr in der Klinik ist. Sorgfalt und gute Kenntnisse über die Nebenwirkungen der Behandlung sind wesentliche Voraussetzungen für die Überwachung der Tumorpatienten, wenn man sich an der Chemotherapie beteiligen will. Bei den regelmäßigen Kontrollen zwischen den Therapiezyklen ist vor allem auf die Myelotoxizität zu achten. Leukozytenwerte unter 1000 und Thrombozytenzahlen unter 30 000/nl werden in den meisten Fällen Anlaß zur stationären Überwachung sein. Agranulozytosen sind besonders in Kombination mit einer Schleimhauttoxizität gefährlich, da hier jederzeit die Möglichkeit einer Sepsis besteht. Thrombopenien sind bedenklich, wenn Tumorblutungen, zum Beispiel im

HNO-Bereich oder Magen, drohen. Chronische Organtoxizitäten werden bei vielen Zytostatika beobachtet. Da sie unregelmäßig und bei unterschiedlichen Gesamtdosen auftreten, sind sie besonders gefährlich. Gerade bei einem palliativen Therapieeinsatz ist meist nicht die intensivste Therapie für den Patienten auch die beste. Ist eine Krankheit nicht heilbar, muß besonders auf die Erhaltung der Lebensqualität des Patienten geachtet werden. Eine grundsätzliche Fehlermöglichkeit bei der Hormon- und Chemotherapie maligner Erkrankungen ist die mangelnde Erfolgskontrolle. Da alle unsere Behandlungsmöglichkeiten nur in einem gewissen Prozentsatz zum gewünschten Erfolg führen, ist immer die Reaktion auf die Therapie mit relevanten Parametern zu überprüfen. Viele Fehler lassen sich vermeiden, wenn sich der Arzt dem Patienten mit Zeit und Sorgfalt hinwendet und sich wieder mehr auf die alten Instrumente einer sorgfältigen Anamneseerhebung und genauen körperlichen Untersuchung besinnt.

H.Hahn, Leiterin der Sozialdienste, Mainz:

Sozialarbeit mit Tumorkranken innerhalb und außerhalb der Klinik

Klinisch wie ambulant tätige Sozialarbeiter können für die Betreuung von Tumorkranken angesichts des tatsächlichen Bedarfs nur schwerpunktmäßig hinzugezogen werden. Dabei handelt es sich in erster Linie um eine psychosoziale Betreuung des Tumorkranken in Ergänzung zur Tätigkeit des Arztes. Dieser neigt in der Klinik bei weitgehender

Aufklärung des Patienten über seine Krankheitsbefunde eher dazu, dessen psychische Abwehr- und Selbstschutzmechanismen zu stärken, als auf seine zwiespältigen Gefühle, wie Furcht, Zweifel und Zuversicht und Niedergeschlagenheit, einzugehen. Mit den depressiven Erlebnisanteilen des Patienten sind daher im klinischen Milieu zumelst die um den Arzt gruppierten Berufsgruppen, wie Pflegekräfte, Seelsorger, Sozialarbeiter und klinische Psychologen, befaßt.

Ohne derartige Delegationsmöglichkeiten trifft der im ambulanten Bereich nachsorgende Arzt auf die psychosoziale Krisensituation des Tumorkranken und seiner Angehörigen. Neben dem persönlich begleitenden Gespräch als wesentlichste Unterstützung bei der Bewältigung der seelischen Konflikte sind durch den Arzt folgende Nachsorgemaßnahmen notwendig:

1. Stationäre Nachsorgemaßnahmen (AHB-Maßnahme oder Genesungskur) in speziell geeigneten Rehabilitationskliniken,
2. optimale Versorgung des Patienten mit medizinisch-pflegerischen Mitteln, zum Beispiel Prothesen oder Stomapflegemitteln,
3. Hinweis auf oder unmittelbare Kontaktabbauung zu Selbsthilfegruppen, wie die „Deutsche Ilco“, „Frauenselbsthilfe nach Krebs“, „Verband der Kehlkopflösen“, „Verband der Pankreatiktomierten“ usw. Mit deren Mitgliedern aus gleicher Betroffenheit ist der Austausch authentischer Erfahrungen und praktischer Ratschläge ermutigend und unterstützend.

Besonders beim niedergelassenen Arzt treten neben dem Patienten selbst auch seine Angehörigen anfänglich häufig angstvoll, verstört und manchmal mißtrauisch-aggressiv gegenüber dem klinischen Ablauf in Erscheinung. Um auch ihnen zu helfen, bezieht sie der Arzt in der Klinik in Aufklärungsgespräche ein und macht sie sozusagen zu Verbündete im Behandlungsprozeß. Der niedergelassene Arzt in der Nachsorgephase, der in der Regel die familiären Verhältnisse schon länger und differenzierter kennt, erfährt meist mehr, wie sich die Familiendynamik und das „Rollenensemble“ im Gefolge der Krebserkrankung unter emotionaler und alltagsrealer Dauerbelastung verändert. Konflikte, Entfremdungen und soziale Selbstisolierung des Tumorkranken sind möglich. In diesen Fällen ist die Unterstützung durch einen Beratungsdienst erforderlich. In Betracht kommen

1. eine psychosoziale Beratungsstelle, speziell bei Tumorzentren und Länder-Krebsgesellschaften,
2. eine Ehe- und Familienberatungsstelle bei örtlichen Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege (z. B. Caritas, DRK u. a.),
3. bei ausgeprägter reaktiver Depression Überweisung zur Psychotherapie.

Das familienbezogene Vorgehen des Arztes in Klinik und Praxis beruht auf persönlich-zwischenmenschlichen Problemen der Tumorkranken. Darüber hinaus wird bei unaufhaltsamer Progredienz des Leidens versucht, die pflegerische Versorgung zu gewährleisten und die verbleibende Lebensspan-

Gelum[®] oral-rd

erhöht den Sauerstoffpartialdruck
normalisiert den Blut-pH

Gelum[®] oral-rd Indikationen: Sauerstoffmangelkrankungen, Lebererkrankungen, Sklerosen, Gewebe- und Geschwulsterkrankungen. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt (siehe Literatur). **Neben- und Wechselwirkungen:** Bei hoher Dosierung und Langzeit-Therapie können vereinzelt tachykardische Störungen und extrasystolische Arrhythmien auftreten. Sie sind durch Dosisminderung schnell zu beheben. **Zusammensetzung:** Kalium-Diäsen(III)-triphosphat-Dikalium-Eisen(III)-citrat-Komplex 30,0 g, L(+)-Milchsäure 2,4 g, D(-)-Milchsäure 0,6 g, Vitamin-B-Komplex 0,16 g (Lactoflavin 0,01 g, Pyridoxinhydrochl. 0,01 g, Calc. pantothen. 0,015 g, Aneurinhydrochl. 0,025 g, Nikotinsäureamid 0,1 g), Aqua dest. ad 100 g. **Dosierung:** Mit 3mal täglich 15 Tropfen beginnen und langsam steigern auf 3mal 30 Tropfen. In etwas Wasser (ca. 1/2 Weinglas) einnehmen, nicht in heißen Flüssigkeiten wie Kaffee oder Tee. **Handelsformen und Preise:** Gelum oral-rd 30 ml DM 13,55, 100 ml DM 31,95. **Weitere Darreichungsformen:** Gelum-Gei Antiphlogistikum 50 g DM 9,20, 100 g DM 16,55. Gelum-Salbe Dermatologikum 50 g DM 9,20, 100 g DM 16,55; Gelum-Supp 10 Supp. DM 6,70, 40 Supp. DM 28,10.

DRELUSSO PHARMAZEUTIKA
3253 Hessisch Oldendorf 1



ne in familiärer Geborgenheit möglichst leidensarm zu gestalten. Hilfreich hierfür ist:

1. Häusliche Krankenpflege durch Fachkräfte der örtlichen Sozialstationen,
2. spezielle Pflege, zum Beispiel bei künstlicher Ernährung durch den ambulanten Dienst von Herstellerfirmen und Rufbereitschaftsdiensten von Klinikspezialambulanzen,
3. Hausbesuchsdienst von Laien und freiwilligen Helfern,
4. Vermittlung eines monatlichen Pflegegeldes nach dem Bundessozialhilfegesetz bei wirtschaftlicher Not.

Alle zum Einsatz kommenden sozialen und pflegerischen Hilfen sind in Grenzsituationen mit der Unausweichlichkeit des Sterbenmüssens letztendlich unzulänglich. Vermeidbar durch den Arzt müßten aber zusätzlich psychische und zwischenmenschliche Belastungen für den Patienten und seine Familie sein. Nicht wenige Patienten, die über lange Zeiträume im Intervall ausschließlich in Kliniken stationär oder in deren Spezialambulanzen behandelt wurden und dort in einem wachsenden Vertrauensverhältnis zu den Ärzten und anderen Bezugspersonen schließlich nahezu „beheimatet“ waren, fühlen sich als Pflegefälle abgeschoben und im Stich gelassen, wenn sie erst in der Endphase des Leidens wieder an den Hausarzt zurückverwiesen werden.

Andere Tumorkranke, die im weitfortgeschrittenen Stadium in die Klinik kommen, werden dort vom Arzt über ihre Diagnose und Prognose im unklaren gelassen und

„barmherzig belogen“, während die Angehörigen rückhaltlos informiert werden. Dadurch entsteht aber für den weiterbehandelnden Hausarzt ein doppeltes Dilemma: Wenn er sich in das einmal geschmiedete Komplott der Verheimlichung verstricken läßt, untergräbt er im Fortgang der unheilbaren Krankheit seine eigene Glaubwürdigkeit und belastet die Atmosphäre innerhalb der Familie. Klärt er dagegen den Patienten auf, muß er eine schockartige Vertrauenskrise im Arzt-Patienten-Verhältnis sowie Depressionen und Panik befürchten.

Auch über die von den Krankenkassen geforderte Stellungnahme zur Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit bzw. beruflichen Wiedereingliederung von Tumorkranken findet kaum eine routinemäßige gegenseitige Information oder gar Absprache zwischen den behandelnden und nachsorgenden Ärzten in Klinik und Praxis statt. Diese wäre aber unbedingt notwendig, um eine vorzeitige Berentung zu verhindern und die jeweils individuell angemessene Entscheidung zu treffen. Bei der Beurteilung von Tumorkranken sollten folgende „Faustregeln“ beachtet werden:

1. Bis zum Ablauf eines Jahres nach Erkrankungsbeginn sollte lediglich Arbeits-, jedoch nicht Erwerbsunfähigkeit bescheinigt werden. Erst nach diesem Zeitpunkt ist zur wirtschaftlichen Sicherung des nicht mehr eingliederungsfähigen Patienten der Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente zu stellen.
2. Innerhalb der gesetzlichen Krankengeldanspruchsfrist können beruflich vorübergehend noch nicht voll belastungsfähige Tumorkranke auf ärztliches Attest ihre Tätigkeit zum Beispiel für

einige Monate als Teilzeitbeschäftigung im Sinne einer „Belastungserprobung“ bei reduziertem Arbeitsentgelt wieder aufnehmen (das durch Teilzeitkrankengeldbezug wieder ausgeglichen wird).

3. Tumorkranke in jüngerem Alter mit günstigen Heilungsaussichten, die jedoch ihren früheren Beruf nicht mehr aufnehmen können, sollten frühzeitig durch den Arzt durch Einleitung berufsfördernder Maßnahmen (Umschulung) an den Rehabilitationsbearbeiter des Arbeitsamtes verwiesen werden.
4. Um den gesetzlichen Kündigungsschutz am Arbeitsplatz sowie steuerliche Vergünstigungen zu erhalten, können Tumorkranke einen Antrag nach dem Schwerbehindertengesetz beim Versorgungsamt stellen.

Für das ärztliche Verhalten und Handeln lassen sich aus den vielschichtigen psychosozialen Problemen der Tumorkranken drei Schlußfolgerungen ableiten:

- Die Wahrnehmung der subjektiven Krankheitswirklichkeit ist durch persönliche Kommunikation mit dem Tumorkranken zu erweitern und die Frage nach der richtigen Behandlung umzugestalten in die Frage: „Wie kann dem Patienten geholfen werden?“
- Eine wirksamere Hilfe ist durch mehr Kommunikation und Kooperation zwischen beteiligten Ärzten in Klinik und Praxis einerseits und andererseits mit problemspezifischen kompetenten Berufsgruppen, wie Sozialarbeitern, Pflegekräften und Rehabilitationsberatern, möglich.
- Der Tumorkranke braucht und erwartet vor allem unmittelbare psychosoziale Hilfe durch Kommunikation im verstehenden und einführenden Gespräch mit seinen Ärzten. Er vertraut nicht nur auf eine optimale Therapie und Nachsorge, sondern auch auf ein mitmenschliches Beistandsbündnis.

Referent:

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

Neuerscheinung

H. Roskamm/H. Reindell:

Herzkrankheiten – Pathophysiologie, Diagnostik, Therapie

3., neubearb. Aufl. 1989, 1506 S., 926 Abb., 106 Tab., geb., DM 368,-. Springer Verlag, Berlin

Personalia

Professor Sewering erneut Vorsitzender des Sozialpolitischen Ausschusses des Bayerischen Senats

Der Sozialpolitische Ausschuß des Bayerischen Senats wählte Professor Dr. med. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering erneut für zwei Jahre zu seinem Vorsitzenden. – Professor Sewering gehört dem Bayerischen Senat seit 19 Jahren an.

Dr. med. Hermann Kessler, Chirurgische Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde der Otto-Götze-Preis verliehen.

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 vom Berufsverband der Augenärzte Deutschlands deren Verdienstmedaille verliehen.

Dr. med. Michael Böhm und Dr. med. Rainer Hauck, Medizinische Klinik I der Universität München, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, wurde der „Prix de mérite der Fondation Internationale pour la substitution de l'expérimentation animale“ verliehen.

Professor Dr. med. Eckhart Georg Hahn, Direktor der Medizinischen Klinik I der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, wurde zum Mitglied des Medizinischen Beirates der Selbsthilfegruppe Sklerodermie in Deutschland gewählt.

Professor Professor h. c. (Madrid) Dr. med. Gerhardt Nissen, Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg, Fuchsleinstraße 15, 8700 Würzburg, wurde von der Universität Szegedin die Szent-Györgyi-Medaille verliehen.

Professor Dr. med. Dr. phil. Johannes Ring, Dermatologische Klinik der Universität München, Frauenlobstraße 9–11, 8000 München 2, wurde zum Präsidenten der European Society for Dermatological Research gewählt.

Professor Dr. med. Johannes Mann, Lehrstuhl für Innere Medizin – Nephrologie – der Universität Erlangen-Nürnberg, Kontumazgarten 14–18, 8500 Nürnberg 80, wurde gemeinsam mit Dr. P. Wiedemann, Köln, der Claudius-Galenus-Preis 1989 verliehen.

Professor Dr. med. Dieter Platt, Lehrstuhlinhaber Innere Medizin – Gerontologie – der Universität Erlangen-Nürnberg, Heimerichstraße 58, 8500 Nürnberg 90, wurde der René Schubert-Preis verliehen.

Professor Dr. med. Helmut Valentin, em. Ordinarius für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg, Rühlstraße 29, 8520 Erlangen, wurde das Österreichische Ehrenkreuz für Wissenschaft und Kunst 1. Klasse verliehen; ferner wurde er in den Vorstand der E. W. Baader-Stiftung berufen und hat die Geschäftsführung übernommen.

Professor Dr. med. Dr. h. c. Josef Zander, em. Ordinarius für Gynäkologie und Geburtshilfe der Universität München, Maistraße 11, 8000 München 2, wurde vom Ärztlichen Verein München e.V. zum Ehrenmitglied gewählt.

GASTRITOL® »Dr. Klein«

löst gastrointestinale Spasmen, wirkt antiphlogistisch, reguliert die Speichel- und Magensaftsekretion



Zusammensetzung: 100 g Gastritol „Dr. Klein“ enthalten: 100 g Extr. fl. aus Herb. Anserin. 35 g, Herb. Absinth. 5 g, Herb. Card. benedict. 5 g, Rad. Liquir. 15 g, Rad. Angelic. 5 g, Flor. Chamomill. 20 g, Herb. Hyperic. 15 g, Enth. 40 Vol.-% Alkohol.

Anwendungsgebiete: Entzündliche Erkrankungen und Spasmen des Gastrointestinaltraktes, Ulcus ventriculi et duodeni, Dyspeptische Beschwerden, Appetitlosigkeit.

Gegenanzeigen und Nebenwirkungen: Cholestatische Lebererkrankungen, Hypertonie, Hypokaliämie. Photosensibilisierung ist möglich, insbesondere bei hellhäutigen Personen.

Dosierung: 3 x täglich 20–30 Tropfen in etwas Flüssigkeit vor dem Essen.

Handelsformen und Preise: Gastritol Dr. Klein-Tropfen: 20 ml DM 7,24; 50 ml DM 14,47; 100 ml DM 24,46.



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

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, Eisenhelmerstraße 39, 8000 München 21, Telefon (0 89) 57 09 30.

Oberfranken

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 (09 21) 29 21.

Mittelfranken

Landkreis Ansbach:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Erlangen:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Gemeinschaftspraxis)

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

Nürnberg:
1 Allgemein-/praktischer Arzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Nürnberg:
1 Frauenarzt
(Gemeinschaftspraxis)

Landkreis Ansbach:
1 Internist

Nürnberg:
1 Internist
(Gemeinschaftspraxis)

Landkreis Roth:
1 Kinderarzt
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Fürth:
1 Orthopäde
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Nürnberg:
2 Orthopäden
(Gemeinschaftspraxis/
Praxisgemeinschaft)

Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen:
1 Arzt - Psychotherapie
(Praxisübernahmemöglichkeit)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (09 11) 46 27-307 (Frau Gresens/Herr Hubatschek).

Unterfranken

Obernburg-Eisenbach, Lkr. Miltenberg:
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. Haßberge:
1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Unterfranken der KVB, Holstraße 5, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 307-136 (Herr Heiligenthal/Herr 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

Fürth 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 (09 41) 37 82 -0.

Niederbayern

Dingolfing, Lkr. Dingolfing-Landau:
1 Augenarzt

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

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

Regen, Lkr. Regen:
1 Hautarzt

Zwiesel, Lkr. Regen:
1 Internist

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

Deggendorf:
1 Radiologe
(Praxisübernahme)

Stadt Straubing:
1 Radiologe
(Praxisübernahme)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Niederbayern der KVB, Lillenstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (0 94 21) 80 09 -0.

Schwaben

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

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 32 56-0.

Das deutsch-deutsche Zusammenwachsen

Die deutsch-deutschen Probleme bestimmen immer mehr auch die sozialpolitische Diskussion. Der Saarländische Ministerpräsident Oskar Lafontaine hat deutliche Worte gesprochen: Es kommen zu viele Übersiedler aus der DDR. Unser Wohnungs- und Arbeitsmarkt könne die Zuwanderer nicht verkraften. Die Sozialversicherung werde überfordert. Die jungen Menschen würden in der DDR gebraucht, nicht bei uns. Also müsse man den DDR-Bürgern den Anreiz nehmen, in die Bundesrepublik zu kommen. Den Übersiedlern sollten Sozialleistungen erst gewährt werden, wenn sie dafür Beiträge entrichtet hätten.

Richtig ist natürlich, daß nach der Öffnung der Mauer und der Grenzen in Osteuropa die sozialen Bedingungen bei uns für Aus- und Übersiedler nicht so bleiben können, wie sie sich in gut vierzig Jahren entwickelt haben. Das wissen alle in Bonn. Aber Gesetze, die jahrzehntelang galten, sind nicht über Nacht zu ändern. Mit Schnellschüssen sind keine guten Gesetze zu machen, vor allem nicht auf einem politisch so sensiblen und komplizierten Feld. Im übrigen ist die Wahrheit nicht so einfach, wie Lafontaine sie darstellt. Das beginnt damit, daß aus der DDR vorwiegend junge Menschen kommen. Sie verlassen ihr Land, weil sie glauben, hier bessere Chancen zu haben, voranzukommen. Sie wollen bei uns arbeiten und gute Löhne verdienen. Für diese Menschen bleibt die Bundesrepublik interessant, solange es das große Wohlstandsgefälle gibt. Sie bleiben in der DDR, wenn sie dort eine bessere Perspektive sehen. Diese zu entwickeln, muß das Ziel der Politik sein.

Die soziale Absicherung ist für die älteren Übersiedler interessant. Aber Rentner konnten schon immer zu uns wechseln und hier die höheren Renten beziehen. Das haben die Parteien so gewollt, noch bis vor wenigen Wochen. Vor allem die SPD hat im Spätherbst verhindert, daß es bei der Rentenreform im Fremdrentenrecht größere Abstriche von den Leistungen gab, wie sie von der CSU gefordert worden waren. Noch

am 1. Dezember hat der Bundesrat für die Rentenreform und damit für die Leistungen nach dem Fremdrentengesetz gestimmt. Da hatte die Mauer schon ihre Löcher. Seit Anfang Januar erhalten die Zuwanderer nicht mehr das stattliche Arbeitslosengeld, sondern unter einschränkenden Bedingungen das niedrigere Eingliederungsgeld.

Die Diskussion zeigt, daß es besser ist, bei einem so sensiblen Thema keine Emotionen zu mobilisieren. Sicher ist, daß das Eingliederungsprinzip des Fremdrentengesetzes, nach dem die Zuwanderer so gestellt werden, als wenn sie hier gearbeitet und Beiträge entrichtet hätten, nicht mehr durchzuhalten ist. Aber noch hat niemand ein Konzept, was an die Stelle des geltenden Rechts treten könnte. Das ist wenige Wochen nach der Öffnung der Mauer niemandem vorzuerwerfen, weder der Regierung noch der Opposition. Das große Nachdenken hat begonnen. Es braucht Zeit, auch wenn die Probleme, vor allem bei der Wohnungsversorgung, wachsen. Kurzfristig sollte es möglich sein, den Mißbrauch unseres Sozialsystems durch Pendeln zwischen Ost und West zu unterbinden.

Der Atem der Geschichte weht durch unser Land. Aber viele haben es offenbar noch nicht gemerkt. Da wird kleinkariert in großen Sälen und an kleinen Stammtischen darüber räsoniert, daß zeitweise den Besuchern, die vierzig Jahre und mehr wie im Gefängnis lebten, beim Grenzübertritt 100 DM in die Hand gedrückt wurden. Als wenn der Lauf der Geschichte davon abhinge. Wer die Lebensverhältnisse in der DDR verbessern, der SED das Wasser abgraben, den Prozeß der Annäherung der beiden deutschen Staaten in geordnete Bahnen bringen, die demokratische Bewegung stützen und die politischen Risiken auf beiden Seiten mindern will, der kommt nicht daran vorbei, die sich neu formierenden Kräfte und wohl auch die alten Blockparteien zu umfassenden marktwirtschaftlichen Reformen zu drängen. Nur ein solcher Kurs hat Zukunft. Es liegt in unserem Interesse, solche Entwicklungen ideell und finanziell zu unterstützen.

Geld zu überweisen, mag notwendig sein; aber das allein ist noch keine Politik. Was der DDR vor allem fehlt, ist privates Investitionskapital. Es kann nur aus dem Westen kommen. Und es wird nur kommen, wenn die DDR dafür die ökonomischen und rechtlichen Voraussetzungen schafft.

Auf die Bundesrepublik kommen Belastungen zu. Bonn stellt sich darauf ein. Schon wird ein erster Nachtragshaushalt für 1990 vorbereitet. Aber die neuen Ausgaben werden zu verkraften sein, wenn die Konjunktur weiterhin so gut läuft wie bisher. Damit ist zu rechnen. Im letzten Jahr hat es ein reales Wirtschaftswachstum von vier Prozent gegeben, das beste Ergebnis seit vielen Jahren. Die Steuerreform wird der Konjunktur so viel Schub geben, daß auch 1990 ein reales Wachstum von 3 bis 3,5 Prozent erreicht werden kann. Die Aufwertung der DM gegenüber dem Dollar könnte zwar den Export verteuern und damit erschweren, andererseits fördert die starke Position der DM die Preisstabilität. Mit Steuererhöhungen bei uns ist der DDR nicht zu helfen; sie wären kontraproduktiv. Die letzten Jahre haben gezeigt, daß die Verbesserung der steuerlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, verbunden mit einer zurückhaltenden Ausgabenpolitik, zu wirtschaftlichem Wachstum, höherer Beschäftigung, der Entlastung der Sozialsysteme und zu einem Anstieg der Realeinkommen führen.

Am blauen Himmel der Konjunktur zeigen sich nun aber einige dunkle Wolken. Die Tarifrunde '90 ist eingeleitet worden. Harte Auseinandersetzungen bis zu Streiks stehen bevor. Die Gewerkschaften, allen voran die IG Metall, haben den Arbeitgebern Forderungen auf den Tisch geknallt, die die Lohnkosten um mehr als zehn Prozent in die Höhe treiben würden.

Der Konflikt wird vor allem von der Forderung bestimmt, zur 35-Stunden-Woche überzugehen. Setzen die Gewerkschaften das durch, so würde der niedergelassene Arzt davon gleich zweifach betroffen: einmal als Arbeitgeber, der seinem Personal für weniger Arbeit mehr Gehalt zahlen muß, zum anderen aber auch durch den zwangsläufig niedrigeren Grundlohnanstieg, der Maßstab für das Honorarvolumen ist.

bonn-mot

Zündstoff Neue Heimat

Wenn es um die zum Verkauf anstehende Neue Heimat Bayern geht, sind die Landespolitiker sich zwar im Ziel einig, daß die Mieter der 33200 Wohnungen, von denen sich allein 14700 in München befinden, soweit als möglich geschützt werden müssen und ihnen preisgünstiger Wohnraum erhalten bleibt. Doch damit endet bereits die politische Gemeinsamkeit, und die Diskussion ist geprägt von gegenseitigen Schuldzuweisungen, daß die jeweils andere Seite die Interessen der Mieter vernachlässige. Während die Opposition ebenso wie der Vorsitzende des Bayerischen Städtetages, der Landshuter Oberbürgermeister Josef Deimer, sowie die Rathauschefs von München, Georg Kronawitter, von Nürnberg, Peter Schönlein, und Augsburg, Hans Breuer, nachdrücklich dafür eintreten, daß der Freistaat zusammen mit den Kommunen und der Landesbank eine Trägergesellschaft für den Kauf der Wohnungen nach dem Vorbild von Nordrhein-Westfalen, Hamburg und Bremen bildet, stößt dieser Plan bei Staatsregierung und CSU auf wenig Gegenliebe. Beide werfen der Gewerkschaft und der ihr gehörenden Beteiligungsgesellschaft für Gemeinwirtschaft AG (BGAG) als Eigentümerin der Neuen Heimat vor, die Wohnungen ohne Rücksicht auf die Mieter meistbietend veräußern zu wollen. Als Kaufinteressent ist dabei die dänische Thorsen-Gruppe im Gespräch, und es ist von einem Kaufpreis von 900 Millionen DM die Rede.

Vor diesem Hintergrund fand im Landtag anläßlich einer von der CSU beantragten Aktuellen Stunde ein Schlagabtausch zwischen Regierungspartei und Opposition statt, bei dem es die CSU-Sprecher insgesamt strikt ablehnten, mit dem Geld des Steuerzahlers die Reparationszahlungen der Gewerkschaften zu finanzieren. Gebhard Kaiser (CSU) sah die Situation so: „Die Neue Heimat Bayern will ihre 33 000 Wohnungen verkaufen. Die einen sagen: Ein bankrotttes Unternehmen soll abgestoßen werden. Die anderen sprechen von einem gesunden Unternehmen mit 36 Millionen DM Gewinn. Was stimmt wirklich?“ Ziel seiner Partei sei Schutz und Unterstützung des Privateigentums, aber nicht die Sanierung undurchschaubarer Kassen. Noch schärfer formulierte es sein Fraktionskollege Erich Kiesl: Nach dem erfolglosen Versuch, die angeschlagene Neue Heimat an den Bäckermeister Schießler loszuwerden,

sei dem Deutschen Gewerkschaftsbund eine Schuld von 20 Milliarden DM übriggeblieben, weshalb die gewerkschaftseligene BGAG-Holding nun versuchen müsse, das Unternehmen „zu verschern“. Noch 1986 habe ein bayerisches Bankenkonsortium über einen Kaufpreis von rund 320 Millionen DM verhandelt, jetzt seien 900 Millionen DM im Gespräch, die nach Ansicht Kiesls nur für die gewerkschaftliche Streikkasse bestimmt seien.

Dagegen gab der SPD-Fraktionschef Karl-Heinz Hiersemann der Staatsregierung die Schuld daran, daß die Gewerkschaft gezwungen sei, an den Meistbietenden zu verkaufen. Nach Abzug mehrerer Forderungen seien von den ursprünglich 320 Millionen DM nur noch 280 Millionen DM übriggeblieben. Mit dieser Drückung des Kaufpreises habe die Staatsregierung eine im Jahr 1987 geschlossene Handschlag-Vereinbarung zwischen dem damaligen Innenminister August Lang und dem BGAG-Vorstandsvorsitzenden Hans Matthöfer die Geschäftsgrundlage entzogen. Ebenso wie die Grünen-Abgeordnete Marianne Rothe sprach sich auch der SPD-Abgeordnete Max von Heckel für die Bildung einer Auftanggesellschaft durch alle bayerischen Städte und die Bayerische Landesbank aus, um den Schutz der Mieter zu gewährleisten, den Wohnungsbestand zu erhalten und Baulandreserven für preiswerten Wohnungsbau, vor allem aber den Sozialen Wohnungsbau, zu sichern. Rund sechs Milliarden DM müssen aufgewendet werden, um die 33 000 Mietwohnungen neu zu schaffen, rechnete Heckel vor und erklärte, für nur einen Bruchteil könnte sich Bayern diesen Bestand jetzt sichern.

Innenminister Dr. Edmund Stoiber erklärte zwar die Bereitschaft der Staatsregierung, den Verkauf der Neuen Heimat an ein gemeinnütziges Wohnungsbau-Unternehmen zu unterstützen, schloß aber den Einsatz von Steuergeldern aus. Ein Verkauf an private Interessenten, so betonte er, lässe dem Käufer angesichts eines wesentlich höheren Preises gar keine andere Wahl, als die Neue Heimat auszuschlachten und gestückelt zu verkaufen. Er wart der SPD und den Gewerkschaften vor, sie wollten möglichst viel Geld herauschlagen, nicht aber die Folgen für die Gemeinnützigkeit und die Mieter tragen. Im übrigen hielt er dem BGAG-Chef Matthöfer vor, sich – entgegen einer Vereinbarung

vom Dezember 1988 über die Fortführung der Verkaufsverhandlungen und den endgültigen Kaufpreis – bis vor kurzem nicht mehr gemeldet zu haben.

Nur wenige Tage nach der Landtagsdebatte wurden die zwei Jahre zuvor erfolglos abgebrochenen Verhandlungen zwischen dem Freistaat Bayern und der Gewerkschafts-Holding BGAG überraschend wieder aufgenommen. Die Initiative ging von Hans Matthöfer aus, der sein Interesse in einem Schreiben an Ministerpräsident Streibl bekundet hatte. Zweck des Treffens mit Innenminister Edmund Stoiber, der BGAG-Spitze, Vertretern der Landesbank und des Verbandes der Bayerischen Wohnungsunternehmer war, auszuloten, wie für die bayerischen Mieter der Neue Heimat-Wohnungen eine sozialverträgliche Lösung gefunden werden könne. Aus DGB-Kreisen verlautete überdies, daß, wenn der Verkauf schon nicht abgewendet werden könne, dann wenigstens jene 420 Millionen DM erlöst werden müßten, die die Einzelgewerkschaften des DGB vorgestreckt hätten, um die Neue Heimat Bayern vor dem Konkurs zu retten.

Auch Münchens Oberbürgermeister Georg Kronawitter, der 1990 zum „Jahr des Münchner Mieters“ erklärte, präzisierte zu Jahresbeginn seinen Vorschlag zur Bildung einer Auftanggesellschaft, der auf die Zustimmung seiner Bürgermeister-Kollegen stieß: Danach soll der Freistaat und die in Frage kommenden Städte und Gemeinden die Neue Heimat als Ganzes erwerben, wobei sich Land und Kommunen mit jeweils 300 Millionen DM an der Kaufsumme beteiligen und jeweils jährlich 24 Millionen DM an Zinsen zahlen. Der Rest des Kaufpreises könne dann bei gleichbleibender Mieten und Geschäftspolitik aus den jährlichen Erträgen der Neuen Heimat finanziert werden. Gleichzeitig forderte er Ministerpräsident Streibl auf, den Ankauf der Wohnungen endlich zur Chefsache zu machen. Der Vorschlag des Münchner Oberbürgermeisters stieß jedoch auf herbe Kritik seitens der Staatsregierung. Innenminister Edmund Stoiber etwa warf Kronawitter vor, das Geschäft der Gewerkschaften, nicht das der Mieter zu betreiben, wenn er einen weit überhöhten Kaufpreis akzeptiere, der den Schutz der Mieter trotz aller gesetzlichen und vertraglichen Regelungen gefährde. Kronawitter, so Stoiber weiter, solle lieber auf die Gewerkschaften einwirken, damit diese ihrem gemeinwirtschaftlichen Anspruch endlich gerecht werden und die wirtschaftlich gesunde Neue Heimat behielten.

Michael Gscheidle

Kongresse

Klinische Fortbildung in Bayern 1990

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 § 34c der Approbationsordnung empfohlen werden, sind im **Graueraster** 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 15. März und 4. September 1990; Nürnberg 6. Juni und 6. Dezember 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 Müller-Petter, Telefon (0 89) 41 47-232

Allergologie

21. Februar in München

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

„Tagung der Münchner Allergie-Gesellschaft am Biederstein e. V.“

Zeit: 18 Uhr bis 20 Uhr

Ort: Hörsaal 608, Dermatologische Klinik, Biedersteiner Straße 29, München 40

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dipl.-Betriebswirtin E. Walker, Dermatologische Klinik, Biedersteiner Straße 29, 8000 München 40, Telefon (0 89) 38 49-32 05

Anästhesiologie

16. bis 18. Februar in Erlangen

Institut für Anästhesiologie der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. E. Rügheimer)

„Einführungskurs - Medizintechnik und Gerätekunde“

Theoretische Grundlagen, Demonstrationen und praktische Übungen an Narkose- und Beatmungsgeräten (ausführlicher Grundkurs)

Ort: Institut für Anästhesiologie, Maximiliansplatz 1, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 390,- (incl. ausführlicher Kursunterlagen und Mittagessen)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Februar 1990

- 15. Onkologie - Oberaudorf
- 16.-18. Anästhesiologie - Erlangen
- 16.-18. Sonographie - München
- 17. Frauen - Würzburg
- 17. Haut - München
- 17. Onkologie - Erlangen
- 20. Labor - München
- 20. Lungen - Münnerstadt
- 21. Allergologie - München
- 23./24. Innere - Erlangen
- 26. 2.-2. 3. Sonographie - Erlangen
- 28. Gastroenterologie - Schweinfurt

März 1990

- 1.-3. Orthopädie - Nürnberg
- 1.-3. Sonographie - Nürnberg und Erlangen
- 2. Notfallmedizin - Passau
- 2./3. Sonographie - München
- 3. Kinder - München
- 3. Tropenmedizin - Würzburg
- 3./4. HNO - Erlangen
- 5.-10. Nerven - München
- 7. Kinder- und Jugendpsychiatrie - Würzburg
- 7.-10. HNO - Erlangen
- 9./10. EKG - Bernried
- 9./10. Kindarkardiologie - Erlangen
- 9.-11. Radiologische Diagnostik - Nürnberg
- 10./11. Kinder - Gaißach
- 15. Arbeitsmedizin - München
- 15. Onkologie - Oberaudorf
- 15.-17. Lungen - Bad Reichenhall
- 17. Kinder - Altötting
- 17. Lungen - Ingolstadt
- 17. Orthopädie - München
- 20. Labor - München
- 23./24. Sonographie - München
- 24. Innere - Hof
- 24. Lungen - München
- 24. Neurologie - München
- 24. Onkologie - Würzburg
- 28.-30. Lungen - Nürnberg
- 30./31. EKG - Bernried
- 30. 3.-1. 4. Sonographie - München
- 31. Haut - München

April 1990

- 5./6. Psychiatrie - München
- 6. Notfallmedizin - Passau
- 26.-28. Sonographie - München



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
8031 Maisach bei München
Tel.: (08141) 90131 · Telex 527694

„Gewinner“-Scheck

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

Mein Name _____

Anschrift/Telefon _____

Auskunft und Anmeldung:
Dr.-Ing. A. Obermayer, Telefon (0 91 31)
85 - 27 31, oder Sekretariat, Frau Weiß,
Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen,
Telefon (0 91 31) 85 - 36 76

Arbeitsmedizin

15. März in München

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

96. Kolloquium

Thema: Neue Entwicklungen der Thera-
pia von Herzrhythmusstörungen mit
Schrittmachern und Defibrillatoren -
Bedeutung für Alltag und Beruf

Beginn: 18 Uhr c. t.

Ort: Kleiner Hörsaal der Medizinischen
Universitätsklinik Innenstadt, Ziem-
sanstraße 1/II (Zi. 251), München 2

Anmeldung nicht erforderlich

Elektrokardiographie

9./10. und 30./31. März in Bernried

Klinik Höhenried für Herz- und Kreis-
laufkrankheiten, Klinische Abteilung IV
(Chefarzt: Professor Dr. P. Mathes)

9./10. März

„Einführungsseminar“ (Teil I)

Themen: Elektrophysiologische Grund-
lagen - Ableitungssysteme - Lagetypen
- Normales EKG - Vorhof-EKG - Links-/
Rechtsherzhypertrophie - Schenkel-
blockierungen - Faszikuläre Blockie-
rungen - AV-Blockierungen - Schritt-
macher-EKG

30./31. März

„Fortgeschrittenenseminar“ (Teil II)

Themen: Herzinfarkt - Belastungs-EKG
- WPW- und Präexzitationssyndrome -
Bandspalcher-EKG - Supraventriku-
läre Arrhythmien - Kammerhythmus-
störungen

Zeit: jeweils Freitag, 16 bis 19 Uhr;
Samstag, 9 bis 18 Uhr

Ort: Klinik Höhenried, Bernried

Teilnehmergebühr: jeweils DM 90,-
(Ermäßigung für AiPs)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. P. Mathes,
Klinik Höhenried, 8139 Bernried, Tele-
fon (0 81 58) 24 - 3 40

Frauenheilkunde

17. Februar in Würzburg

Frauenklinik und Hebammenschule der
Universität Würzburg (Direktor: Profes-
sor Dr. K. -H. Wulf)

Leitung: Professor Dr. K.-H. Wulf, Pro-
fessor Dr. H. D. Junge

„Fortbildungsveranstaltung“

Themen: Die interstitielle Brachythera-
pie beim Vulva- und Vaginalkarzinom -
Der sinnvolle Einsatz von Tumormarker-
bestimmungen bei gynäkologischen
Karzinomen - Abklärung von Endo-
metriumtumoren mit der Endozyte -
Anwendung von Releasing-Hormonen
in der Gynäkologie

Zeit: 9 Uhr c. t. bis ca. 13 Uhr

Ort: Hörsaal der Frauenklinik, Josef-
Schneider-Straße 4, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. K.-H. Wulf,
Josef-Schneider-Straße 4, 8700 Würz-
burg, Telefon (09 31) 2 01 - 36 26

Gastroenterologie

28. Februar in Schweinfurt

Medizinische Klinik, Leopoldina-Kran-
kenhaus der Stadt Schweinfurt (Chef-
ärzte: Professor Dr. W. Gattenlöhner,
Professor Dr. W. Koch)

Leitung: Professor Dr. W. Koch

Thema: Chronische Pankreatitis -
aktueller Stand 1990 (Diagnostik und
Prognose - Endoskopische, konserva-
tive und chirurgische Therapie)

Zeit: 16 bis 19 Uhr

Ort: Leopoldina-Krankenhaus, Gustav-
Adolf-Straße 8, Schweinfurt

Auskunft und Anmeldung:

Leopoldina-Krankenhaus, Gustav-
Adolf-Straße 8, 8720 Schweinfurt, Telefon
(0 97 21) 52 - 24 89

Hals-Nasen-Ohren- heilkunde

3./4. März in Erlangen

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

„24. HNO-Fortbildungsseminar“

Thema: Pseudotumoren im Kopf- und
Halsbereich - Praktische Kurse in
Audiologie, Neuro-Otologie, Röntgen-
diagnostik, Endoskopie, Ultraschall,
Phoniatrie und Pädaudiologie, sowie
plastische Gesichtsoperationen und
endoskopische Nebenhöhlenchirurgie

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

Ort: Hörsaal der Klinik, Waldstraße 1,
Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

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

7. bis 10. März in Erlangen

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

Leitung: Professor Dr. G. Rettinger

„17. Fortbildungskurs in funktionell-
ästhetischer Nasenchirurgie“ (für Fort-
geschrittene)

Beginn: 7. März, 14 Uhr; Ende: 10. März,
13 Uhr

Ort: HNO-Klinik, Waldstraße 1, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. G. Rettinger,
Frau Hoffmann, Waldstraße 1, 8520 Er-
langen, Telefon (0 91 31) 85 - 36 31

Haut- und Geschlechts- krankheiten

17. Februar in München

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

„Münchener Therapiesprache“

Zeit: 9 bis 15.30 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

Dipl.-Betriebswirtin E. Walker, Dermato-
logische Klinik, Biedersteiner Straße 29,
8000 München 40, Telefon (0 89) 38 49 -
32 05

31. März in München

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

Leitung: Professor Dr. Dr. S. Borelli, Pri-
vatdozent Dr. R. Engst

„Phlebologische Fortbildungsveranstal-
tung mit Seminaren“

Themen: Pathophysiologie des Ulcus
cruris venosum - Differentialdiagnosen
zum Ulcus cruris venosum - Konserva-
tive Therapie des Ulcus cruris venosum
- Operative Therapie des Ulcus cruris
venosum - Dermatologische Komplika-
tionen unter Verbänden - Gefäßaktive
Substanzen zur Therapie des Ulcus
cruris (im Anschluß Seminare; bitte
Ärztmantel mitbringen!)

Beginn: 9 Uhr s. t. bis ca. 13 Uhr

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dipl.-Betriebswirtin E. Walker, Dermato-
logische Klinik, Biedersteiner Straße 29,
8000 München 40, Telefon (0 89) 38 49 -
32 05

Innere Medizin

23./24. Februar in Erlangen

Medizinische Klinik I mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. E. G. Hahn)

Leitung: Professor Dr. E. G. Hahn, Professor Dr. K. Bachmann

„23. Erlanger Fortbildungstage in Praktischer Medizin“

Zeit: täglich 9 bis ca. 18 Uhr

Ort: Großer Hörsaal der Medizinischen Klinik, Krankenhausstraße 12, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro, Frau Schatt, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 3374

24. März in Hof

Klinikum Hof, Medizinische Klinik (Leitende Ärzte: Professor Dr. D. Müller, Dr. H. Militzer, Dr. K. Wefte)

Leitung: Dr. K. Wefte

„16. Fortbildungsveranstaltung“

Thema: Venenerkrankungen (Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie des Venensystems – Diagnostische Maßnahmen bei Erkrankungen des peripheren Venensystems – Konservative Therapie peripherer Venenerkrankungen – Operative Therapie peripherer Venenerkrankungen – Pharmakotherapie peripherer Venenerkrankungen – Round-table-Gespräch)

Zeit: 9 bis ca. 13.30 Uhr

Ort: Saal des Schwesternhauses im Klinikum Hof, Eppenreuther Straße 9, Hof

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Medizinischen Klinik, Eppenreuther Straße 9, 8670 Hof, Telefon (0 92 81) 98 - 22 75

Kinder- und Jugendpsychiatrie

7. März in Würzburg

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. G. Nissen)

Leitung: Dr. T. Elliger

Sitzung der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft: „Früherkennung und Frühförderung interdisziplinär – Die Arbeit der Frühförderstellen“

Beginn: 16 Uhr s. t.

Ort: Kursraum der Universitäts-Nervenklinik, Fuchsleinstraße 15, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßsekretariat, Frau Pröbß, Fuchsleinstraße 15, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 203 - 309 oder 310

Kinderheilkunde

3. März in München

Kinderklinik der Universität München im Dr. von Haunerschen Kinderspital (Direktor: Professor Dr. H.-B. Hadorn)

Leitung: Professor Dr. H.-B. Hadorn, Dr. Th. Stöckl

Thema: Der plötzliche Säuglingstod

Zeit: 9.15 bis ca. 16 Uhr

Ort: Großer Hörsaal der Kinderklinik, Lindwurmstraße 4, München 2

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. H.-B. Hadorn, Frau Höfler, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60 - 51 49

10./11. März in Gaißach

Kinderfachklinik Gaißach der LVA Oberbayern (Chefarzt: Privatdozent Dr. C. P. Bauer)

„Gaißacher Tage“

Themen: Beziehung zwischen Umwelt, Allergie und Infekten beim Krupp-Syndrom – Rezidivierende Atemwegsinfekte im Vorschulalter – Lungenfunktionsdiagnostik in der Praxis – Therapie des Asthma bronchiale bei Kindern und Jugendlichen – Atopie und Ernährung
Workshops: Praktische Lungenfunktionsdiagnostik (Demonstration und Erprobung verschiedener Praxisgeräte) – Berufsberatung bei Allergikern – Inhalations- und Physiotherapie bei Asthma bronchiale – Allergiediagnostik: Indikation und Durchführung von Hauttestungen im Kindesalter – Therapiemöglichkeiten bei Neurodermitis

Beginn: 10. März, 10 Uhr

Ort: Kinderfachklinik, Gaißach bei Bad Tölz

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Kinderfachklinik, 8178 Gaißach, Telefon (0 80 41) 60 76

17. März in Altötting

Abteilung für Pädiatrie des Kreiskrankenhauses Alt/Neuötting (Chefarzt: Privatdozent Dr. R. G. Schmid)

„Pädiatrische Problemfälle in der Praxis“

Themen: Neue Erkenntnisse zum Kryptorchismusproblem und die therapeutischen Konsequenzen – Klinische Manifestation bei Nahrungsmittelallergien (therapeutische Möglichkeiten) – Aktueller Stand der Impfmaßnahmen (Impfkalender) – Diagnostisches und therapeutisches Vorgehen bei chronisch rezidivierenden Infekten der Luftwege (u. a. immunologische Diagnostik) – Pädiatrische Onkologie (Erfolge in der pädiatrischen Tumorthherapie durch

Frühd Diagnose in der Praxis und zentralisierte Therapie) – Kopfschmerzen im Kindesalter

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Hotel Post, Postsaal, Kapellplatz, Altötting

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Privatdozent Dr. R. G. Schmid, Vinzenz-von-Paul-Straße 10, 8262 Altötting, Telefon (0 86 71) 509 - 247

Kinderkardiologie

9./10. März in Erlangen

Kardiologische Abteilung (Leiter: Professor Dr. H. Singer) der Klinik mit Poliklinik für Kinder und Jugendliche der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. K. Stehr)

Leitung: Professor Dr. H. Singer

Thema: Elektrokardiographie des Kindesalters

Beginn: 9. März, 14 Uhr s. t.; Ende: 10. März, ca. 13 Uhr

Ort: Hörsaal der Kinderklinik, Loschgstraße 15, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 100,- (incl. Kursunterlagen)

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Kardiologischen Abteilung, Frau Bucher, Loschgstraße 15, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85 - 37 50

Laboratoriumsmedizin

20. Februar und 20. März in München

Institut für Klinische Chemie der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. D. Seidel)

Leitung: Professor Dr. D. Seidel, Professor Dr. A. Fateh-Moghadam

20. Februar: 92. Kolloquium (Beginn: 18.30 Uhr s. t.)

Thema: Rechtliche Grenzen der medizinischen und biologischen Forschung allgemein und unter besonderer Berücksichtigung des Entwurfs des Gentechnologengesetzes

20. März: 93. Kolloquium (Beginn: 18 Uhr s. t.)

Thema: Strukturell funktionelle Organisation des hepatischen Ammoniakstoffwechsels

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

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. A. Fateh-Moghadam, Marchioninstraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95 - 32 04 oder 32 05

Lungen- und Bronchialheilkunde

20. Februar in M \ddot{u} nnerstadt

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

Theme: Klinisch-pathologische Konferenz

Beginn: 16.30 Uhr s. t.

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

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Privatdozent Dr. H. Schwelsfurth, Klinik Michelsberg, Postfach 264-265, 8732 M \ddot{u} nnerstedt, Telefon (0 97 33) 62-210

15. bis 17. März in Bad Reichenhall

Bad Reichenhaller Forschungsanstalt für Krankheiten der Atmungsorgane in Zusammenarbeit mit der Klinik Bad Reichenhall, Fechklinik für Erkrankungen der Atmungsorgane (Chefarzt: Privatdozent Dr. W. Petro)

Leitung: Privatdozent Dr. W. Petro, Dr. P. Kasper

„Bronchologischer Untersuchungskurs“ Einföhrungskurs für Pneumologen, Internisten und Anästhesisten

Im theoretischen Teil werden Indikation und Technik der Fiberbronchoskopie besprochen, weiterführende Ausblicke über diagnostische und therapeutische Möglichkeiten gegeben. Schwerpunkt ist die praktische Ausbildung an Übungsphantomen. Der Kurs entspricht den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Tuberkulose.

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

Teilnehmergebühr: DM 400,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 15. Februar

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Röntgenabteilung, Frau Schmidt, Salzburger Straße 9-11, 8230 Bad Reichenhall, Telefon (0 86 51) 7 09-532

17. März in Ingolstadt

Medizinische Klinik I, Klinikum Ingolstadt (Chefarzt: Professor Dr. A. Wirtzfeld)

Leitung: Professor Dr. A. Wirtzfeld, Dr. G. Engel

„Aktuelle therapeutische Fragen in der Pneumologie“

Zeit: 9.30 bis 13 Uhr

Ort: Hörseal im Klinikum, Krumenauerstraße 25, Ingolstadt

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. A. Wirtzfeld, Krumenauerstraße 25, 8070 Ingolstadt, Telefon (08 41) 8 80-21 00

24. März in M \ddot{u} nchen

Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen, I. Medizinische Abteilung (Chefarzt: Professor Dr. W. Dellus) Leitung: Professor Dr. W. Dellus, Dr. S. Gallenberger

„Seminar: Lungenfunktionsdiagnostik“ Spirometrie, Flußvolumenkurve, Bronchospasmyse und Provokation, Bodyplethysmographie, Diffusionskapazität, klinische Felddemonstrationen

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen, Engelschelkinger Straße 77, M \ddot{u} nchen 81

Teilnehmergebühr: DM 50,-; für AiPs: DM 25,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 23. März

Auskunft und Anmeldung (schriftlich): Dr. S. Gallenberger, Engelschelkinger Straße 77, 8000 M \ddot{u} nchen 81, Telefon (0 89) 9270-2257

28. bis 30. März in Nürnberg

Zentrum für Innere Medizin, Abteilung für Pneumologie (Chefarzt: Dr. P. Bölsche) im Klinikum Nürnberg, in Zusammenarbeit mit dem Verein zur Förderung der Lungen- und Bronchialheilkunde e. V.

„10. Nürnberger Bronchoskopiekurs“

Theoretische und praktische Grundlagen der bronchoskopischen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Es werden diagnostische bronchoskopische Untersuchungen und Leserbronchoskopien live übertragen, sowie Aufzeichnungen sonstiger therapeutischer Bronchoskopien. Täglich mehrstündige Übungen am Phantom (mit Videoübertragung). Der Kurs entspricht den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Tuberkulose.

Ort: Klinikum Nürnberg, Flurstraße 17, Nürnberg

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Abteilung für Pneumologie, Bau 33, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 90, Telefon (09 11) 3 98-26 75 oder 26 74

Nervenheilkunde

5. bis 10. März in M \ddot{u} nchen

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

„EEG-Fortbildungskurs“

Zeit: Montag bis Freitag, 9 bis 18.30 Uhr; Samstag 9 bis 11 Uhr

Ort: Hörseal der Psychiatrischen Klinik, Nußbaumstraße 7, M \ddot{u} nchen 2

Teilnehmergebühr: für Ärzte DM 280,-; für neurophysiologische Assistenten DM 140,-

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. J. Kugler, Nußbaumstraße 7, 8000 M \ddot{u} nchen 2, Telefon (0 89) 51 60-33 21

Neurologie

24. März in M \ddot{u} nchen

Neurologische Klinik und Poliklinik der Technischen Universität München (Direktor: Professor Dr. B. Conrad)

„1. Seminar Neurologie für die Praxis: Aktuelle Diagnostik und Therapie“

Themen: Diagnostische Entscheidungsprozesse mit dem EMG – Elektrophysiologische Diagnostik bei neuromuskulären Erkrankungen – Diagnostische Möglichkeiten der transkraniellen Magnetstimulation – Transkranielle Dopplersonographie – Liquordiagnostik bei entzündlichen ZNS-Erkrankungen – Einsatz des Muskel-CT bei neuromuskulären Erkrankungen – Möglichkeiten der Kernspintomographie in der neurologischen Diagnostik – Botulinumtoxin bei fokalen Dystonien – Spastikbehandlung durch intrathekale Baclofenapplikation

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Hörsaal A/B im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, M \ddot{u} nchen 80

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. B. Conrad / Dr. G. Ochs, Möhlstraße 28, 8000 M \ddot{u} nchen 80, Telefon (0 89) 41 40-46 01

Notfallmedizin

2. März und 6. April in Passau

Klinikum Passau, Zentrum für Innere Medizin (Chefarzt: Professor Dr. J. Zehner), Chirurgische Abteilung (Chefarzt: Professor Dr. M. Fischer)

Leitung: Dr. W. Dorn, Dr. L. Weber

„Fortbildungsveranstaltungen für den gemeinsamen Notarztdienst der Stadt und des Landkreises Passau“

2. März

Thema: Präklinische Versorgung von Notfällen im HNO-, Augen-, Mund-Kiefer-Gesichtsbereich

6. April

Thema: Wann ist die Intubation durch den Notarzt angezeigt?

Beginn: jeweils 19.30 Uhr

Ort: Hörsaal I der Universität, Innstraße 25, Passau

Auskunft und Anmeldung:
Sekretariat Professor Dr. J. Zehner,
Bischof-Pilgrim-Straße 1, 8390 Passau,
Telefon (08 51) 53 00 - 23 31

Onkologie

15. Februar und 15. März in Oberaudorf

Onkologische Klinik Bad Trissl und
Tumorzentrum München an den Medizinischen Fakultäten der Ludwig-Maximilians-Universität und der Technischen Universität München

Leitung: Professor Dr. H. Ehrhart

„Interdisziplinäre Tumorkonferenz mit
Fallbesprechungen“

Beginn: jeweils 14 Uhr c. t.

Ort: Konferenzraum in der Onkologischen Klinik Bad Trissl, Bad-Trissl-Straße 73, Oberaudorf

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Onkologischen Klinik
Bad Trissl, Bad-Trissl-Straße 73, 8203
Oberaudorf, Telefon (080 33) 20-285
(nach Anmeldung besteht die Möglichkeit der Vorstellung von Problempatienten teilnehmender Ärzte)

EAP, FAM, FAMtx oder ELF bei der palliativen Chemotherapie des Magenkarzinoms? – Möglichkeiten der lokalen Behandlung von Lebermetastasen
Supportiva Tumortherapie: Prophylaxe von Chemotherapiefolgen/Komplikationen – Möglichkeiten der Behandlung von Kachexie und Mangelernährung – Endoskopisch-operative Therapiemöglichkeiten, Fortschritte der letzten Jahra? Standard und Alternativen in der intrakavitären Tumortherapie: Therapie maligner Pleuraergüsse (Übersicht) – Therapie des malignen Aszites (Übersicht) – Therapie des malignen Perikardargusses (Übersicht)
Bronchialkarzinome – Crux oder Fortschritte?: Möglichkeiten und Fortschritte der operativen Behandlung – Gibt es Neues bei der Strahlentherapie, Hyperthermie, ja oder wann? – Chemotherapie, Studien ohne Ende?

Zeit: 9 s. t. bis 18.30 Uhr

Ort: Großer Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik, Östliche Stadtmauer Straße, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

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

Theraplational und Erfolgsbeurteilung bei palliativen Therapieprotokollen
Zeit: 9 bis 13 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

Zentrales Sekretariat des Interdisziplinären Tumorzentrums, Frau Wirtz, Klinikstraße 8, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 31-4 44

Orthopädie

1. bis 3. März in Nürnberg

Orthopädische Abteilung, Kliniken Dr. Erler GmbH (Leitender Arzt: Privatdozent Dr. Th. Stuhler)

Thema: Hüftkopfnekrose im Kindes- und Erwachsenenalter

Beginn: 1. März, 10 Uhr; Ende: 3. März, 17 Uhr

Ort: Meistersingerhalle, Münchener Straße 21, Nürnberg

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Privatdozent Dr. Th. Stuhler, Kontumazgarten 4-18, 8500 Nürnberg 80, Telefon (09 11) 27 28 - 268

17. Februar in Erlangen

Medizinische Klinik I mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. E. G. Hahn) in Zusammenarbeit mit dem Tumorzentrum der Universität Erlangen-Nürnberg

Leitung: Professor Dr. E. G. Hahn, Privatdozent Dr. H. J. König

12. Onkologische Fortbildungsveranstaltung „Aktuelle Therapie maligner Tumoren“

Zunehmende Bedeutung der Folsäure bei der Behandlung gastrointestinaler Karzinome: Gibt es Fortschritte bei der chemotherapeutischen Behandlung von kolorektalen Karzinomen? –

24. März in Würzburg

Interdisziplinäres Tumorzentrum an der Julius-Maximilians-Universität Würzburg (Sprecher: Professor Dr. K. Wilms)

„Symposium: Therapie solider Tumoren: Modulation von 5-FU“

Themen: Biochemische Grundlagen der Therapie mit Antimetaboliten – 5-FU/Leucovorin bei kolorektalen Tumoren (Überblick über die Studienergebnisse – Gibt es eine Standardtherapie? Kombinationstherapie mit Interferon und Interleukin 2) – Adjuvante Therapie des Rektumkarzinoms (Radiotherapie oder kombinierte Modalität?) – 5-FU/Leucovorin in der Therapie solider Tumoren –

17. März in München

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

„4. Interdisziplinäres Wirbelsäulensymposium: Verletzungen der Lendenwirbelsäule“

Themen: Anatomie und Biomechanik der Lendenwirbelsäule – Klassifikation der LWS-Frakturen – Primäre und sekundäre Rekonstruktion nach LWS-Verletzungen – Bildgebende Verfahren – Begutachtung

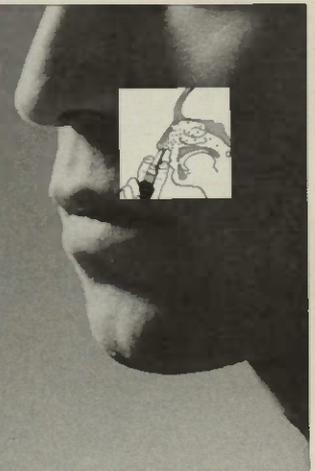
Zusammensetzung: 100 ml enth.: Euphorbium D4, Pulsetilla Q2, Luffe operculata D2, Mercurius bijodatus D8, Mucosa nasalis suis D8, Hepar sulfuris Q10, Argentum nitricum Q10, Sinusitis-Nosode Q13 jeweils 1 ml in isotonischer Natriumchloridlösung.
Benzalkoniumchlorid 0,01 %. Anwendungsgebiete: Rhinitis verschiedener Genese (viral, bakteriell, allergisch) und Art, Rhinitis sicca, Rhinitis hyperplastice und atrophicens. Zur unterstützenden Behandlung bei Ozeena. Zur Erleichterung der Nasenatmung bei Heuschnupfen. Chronische Sinusitiden. Gegenanzeigen: Nicht bekannt. Nebenwirkungen: Nach Anwendung kann Speichelfluß auftreten; das Mittel ist dann abzusetzen. Wechselwirkungen mit anderen Mitteln: Nicht bekannt. Dosierungsanleitung und Art der Anwendung: 3-5 mal täglich 1-2 Sprühstöße in jedes Nasenloch sprühen, bei Kindern unter 6 Jahren 3-4 mal täglich 1 Sprühstoß. Das Präparat kann unbedenklich auch bei Säuglingen angewendet werden. Darreichungsform und Packungsgröße: Dosierspray mit 20 ml OM 8,85 (Stand März 1989) Weitere Darreichungsformen: Tropfen zum Einnehmen, Injektionslösung.

-Heel

Biologische Heilmittel Heel GmbH
7570 Baden-Baden

Für eine physiologische
Schleimhautfunktion...
**Euphorbium
compositum
Nasentropfen S**

Rhinitiden und Sinusitiden



Beginn: 8.30 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Orthopädischen Klinik, Frau Adams, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-22 83

Psychiatrie

5./6. April in München

Psychiatrische Klinik und Poliklinik (Direktor: Professor Dr. H. Hippus) der Universität München, Abteilung für Psychiatrie und Psychosomatik (Leiter: Professor Dr. M. Ermann)

„Psychosoziale Fachtagung HIV/AIDS“
Planarvorträge: Die Arbeit mit HIV-Infizierten und AIDS-Kranken – Die Praxis der psychosozialen AIDS-Beratung und AIDS-Forschung – Psychosoziale AIDS-Forschung in den USA – AIDS, Medizin und Gesellschaft

Symposien: Prävention, Beratung, Betreuung, Psychotherapie – Partner und Familie, Berater und Betreuer: Ergebnisse aus Praxis und Forschung

Arbeitsgruppen: Drogenabhängige – Frauen – Hämophile – Homosexuelle – Kinder

Beginn: 5. April, 9 Uhr; Ende: 6. April, 20 Uhr

Ort: Hauptgebäude der Ludwig-Maximilians-Universität, Geschwister-Scholl-Platz 1, München 22

Auskunft und Anmeldung:

Dipl.-Psychologin B. Waldvogel, Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik, Nußbaumstraße 7, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-34 47

Radiologische Diagnostik

9. bis 11. März in Nürnberg

Radiologisches Zentrum, Abteilung Diagnostik (Chefarzt: Professor Dr. E. Zeltner)

9. März (9 bis 17 Uhr)

Wandel der diagnostischen Strategie unter dem Einfluß neuer bildgebender Systeme

10. März (8.30 bis 18 Uhr)

Indikationen zu interventionellen Eingriffen aus der Sicht des Radiologen und Klinikars

11. März (8.30 bis 13 Uhr)

Diagnostik von Lungenparenchymerkrankungen: Wandel oder Statik unter dem Eindruck neuer bildgebender Verfahren

Ort: Hotel Maritim, Frauentorgraben 11-13, Nürnberg

Teilnehmergebühr: DM 270,- (für Assistenzärzte in Weiterbildung DM 170,-;

Tageskarte DM 150,-; Tageskarte für Assistenzärzte DM 100,-)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Dr. E.-I. Richter, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 90, Telefon (0911) 3 98-25 40

Sonographie

16. bis 18. Februar in München

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

Leitung: Dr. Th. Biehl, Dr. I. Schittich

Thema: Sonographie am Stütz- und Bewegungsapparat, einschließlich Säuglingshüfte – Grundkurs nach den Ultraschall-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

Ort: Orthopädische Poliklinik, Ismaninger Straße 22, München 80

Auskunft und Anmeldung:

Orthopädische Ambulanz im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-22 76

26. Februar bis 2. März in Erlangen

Ultraschall-Schule Erlangen an der Medizinischen Klinik I mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. E. G. Hahn)

Leitung: Privatdozent Dr. N. Hayder

„Ultraschall-Grundkurs“

Thema: Ultraschall Innere Medizin – nach den Ultraschall-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

Beginn: 26. Februar, 9 Uhr; Ende: 2. März, 13 Uhr

Ort: Seminarraum der Firma Siemens UBMed, Henkestraße 127, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 700,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Ultraschall-Schule, Frau Wellein, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-34 45 (8 bis 12 Uhr)

1. bis 3. März in Nürnberg und Erlangen

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

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

„Ultraschall-Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße“ – Aufbaukurs nach den Ultraschall-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

Beginn: 1. März, 16 Uhr

Ort: Kleiner Hörsaal der Kopfklinik, Schwabachanlage 6, Erlangen; die praktischen Übungen finden in den Neurophysiologischen Abteilungen des Klinikums Nürnberg und der Neurologischen Klinik Erlangen statt.

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

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Neurophysiologischen Abteilung der Neurologischen Klinik, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 90, Telefon (0911) 3 98-24 94

2./3. März in München

Stiftsklinik Augustinum, Medizinische Klinik B (Chefarzt: Professor Dr. R. von Essen)

Leitung: Dr. A. Überreiter

„17. Einführungskurs für klinische Echokardiographie (UKG)“ – Teil I

Zeit: 2. März, 9 bis 18 Uhr; 3. März, 9 bis 12 Uhr

Ort: Stiftsklinik Augustinum, Wolkerweg 16, München 70

Teilnehmergebühr: DM 240,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 23. Februar

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Medizinischen Klinik B, Frau Praeg, Wolkerweg 16, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 97-4 12

23./24. März und 26. bis 28. April in München

Stiftsklinik Augustinum, Medizinische Klinik A, München (Chefarzt: Dr. W. Zimmermann)

„Seminar für Sonographie (Abdominalorgane) mit klinischer Demonstration und Praktikum“ – Aufbaukurs nach den Ultraschall-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

23./24. März (Teil A)

Beginn: 23. März, 9 Uhr; Ende: 24. März 18 Uhr

26. bis 28. April (Teil B)

Beginn: 26. April, 9 Uhr; Ende: 28. April 16 Uhr

Teilnehmergebühr: DM 100,- je Kurs

Letzter Anmeldetermin: 13. März (Teil A); 12. April (Teil B)

Begrenzte Teilnehmerzahl

30. März bis 1. April in München

Stiftsklinik Augustinum, Medizinische Klinik B (Chefarzt: Professor Dr. R. von Essen)

Leitung: Dr. H. Nebelsieck

„10. Seminar für Gefäßdoppler-Sonographie“

Aufbaukurs der cw-Dopplersonographie des peripher-venösen Systems, der peripheren Arterien und extrakraniellen hirnversorgenden Arterien – nach den Ultraschall-Richtlinien der Kassennärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

Zeit: 30./31. März, täglich 9 bis 17 Uhr; 1. April, 9 bis 13 Uhr

Ort: Theatersaal des Wohnstifts Augustinum, Wolkerweg 16, München 70

Teilnehmergebühr: DM 500,- (incl. Mittagessen)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 23. März

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Medizinischen Klinik B, Frau Preeg, Wolkerweg 16, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 97 - 412

Tropenmedizin

3. März in Würzburg

Missionsärztliche Klinik Würzburg, Tropenmedizinische Abteilung (Chefarzt: Professor Dr. K. Fleischer)

„9. Tropenmedizinisches Kolloquium“

Themen: Fortschritte in der Tropenmedizin (Malaria-therapie – Wurmerkran- kungen – Impfungen – Arzneimittelversorgung in der Dritten Welt)

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Schwesternhaus St. Michael, Mis- sionsärztliche Klinik, Salvatorstraße 7, Würzburg

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Missionsärztlichen Kli- nik, Frau Krapf/Frau Giebfried, Salva- torstraße 7, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 8 09 - 2 28

KNOPF

Ältere Menschen leben oft allein. Dann ist es wichtig, daß im Notfall schnell Hilfe kommt.

DRUCK

Mit dem Hausnotrufdienst der Malteser geht das jetzt ganz einfach. Knopfdruck genügt und Hilfe kommt.

Wir informieren Sie gerne.



Malteser Hilfsdienst

Diözesangeschäftsstelle · Streifeldstraße 1
8000 München 80 · Telefon (0 89) 4 36 08-34

Allgemeine Fortbildung

35. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundes- ärztekammer und der Österreichischen Ärztekammer

vom 2. bis 10. März 1990 in Badgastein

AIP-geeignet

Thema: Die akute Erkrankung: Prävention – Diagnostik – Therapie

Leitung: Professor Dr. L. Schweiberer, München

In Badgastein war und ist es üblich, den Kongreß unter ein Gesamt- oder Rahmenthema zu stellen, das gleichsam als roter Faden wenigstens für die Hauptreferate, Podiumsgespräche oder Kolloquien dient, die für das tägliche Programm bestimmend sind.

16 Seminare beherrschen rein quantitativ das Programm. Es haben sich bestimmte Schwerpunkte herausgebildet, also Seminare, die regelmäßig, aber mit stets wechselndem Programm angeboten werden.

A. Kongreßeröffnung und Eröffnungs- vortrag

B. Der Notfall: Auf der Straße – zu Hause – in der Praxis

Workshop mit Fallsimulationen und praktischen Übungen für Ärzte, die nicht täglich mit Notfalltherapie konfrontiert sind.

C. Abendveranstaltungen mit Diskussion

1. Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik
2. Neue Erfahrungen bei der Abrechnung ärztlicher Leistungen
3. Neue Verfahren der Reproduktions- medizin
4. Sexualmedizin in der Praxis

Fortbildungskurse für Röntgen- helfer/innen (§ 23 Nr. 4 RöV)

Dauer: 60 Stunden

Teilnahmevoraussetzung:

Zweijährige Tätigkeit im Röntgenbereich

Termine und Kursorte:

5. bis 13. März 1990
8. bis 16. Oktober 1990
26. November bis 4. Dezember 1990
Augsburg, Zentralklinikum
12. bis 19. Februar 1990
Bayreuth, Klinikum
5. bis 13. März 1990
Erlangen, Universitätsklinik
12. bis 21. Februar 1990
Fürth, Klinikum
22. bis 30. März 1990
Ingolstadt, Klinikum

5. Ausbildung und Fortbildung in den Basisfächern der Medizin

6. Round-Table-Diskussion und Frage- stunde zum Problem „Die akute Er- krankung – der dringende Notfall“

D. Seminare und Kurse

Notfälle aus der Kinderheilkunde – Chirurgie; Notfälle außerhalb der Klinik – Ultraschall-Grundkurs mit Video-Demonstrationen und praktischen Übungen (nach KBV-Richtlinien, § 6) – Notfälle in der Inneren Medizin – Sportmedizin – Notfälle aus der Neurologie – Notfälle aus der Psychiatrie – Notfälle aus der Gynäkologie und Geburtshilfe – Notfälle aus der Toxikologie – Hals-Nasen-Ohrenheilkunde – Notfälle aus der Augenheilkunde – Langzeit-EKG-Kurs mit Arrhythmie-Seminar (nach KBV-Richtlinien) – Rechtsmedizin – Dermatologie – Notfälle aus der Urologie – Radiologie

E. Verschiedene Veranstaltungen

Praktische sportliche Aktivitäten im Rahmen des „Sportmedizinischen Seminars“ – Vorführung wissenschaftlicher Filme – Einfahrten in den Heilstol- len

Auskunft und Anmeldung:

Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Tele- fon (02 21) 4004-222 bis 224

22. bis 30. März 1990

Landshut, Städtisches Krankenhaus

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

12. bis 20. Februar 1990

Rosenheim, Städtisches Krankenhaus

2. bis 11. Mai 1990

Schweinfurt, Leopoldina-Krankenhaus

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühl- baurstraße 16, 8000 München 80, Tele- fon (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

Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

24. Februar 1990,
7. April 1990,
7. Juli 1990,
22. September 1990 und
24. November 1990

In der Mühlbauerstraße 16 (Ärztehaus Bayern), München 80, Einführungslehrgänge für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: jeweils 8.45 Uhr – Ende: 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-356, Frau Klockow, zu richten bis 16. Februar, 30. März, 29. Juni, 14. September und 16. November 1990.

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

Strahlenschutzkurse in Bamberg

Erwerb der Fachkunde im Strahlenschutz gemäß Röntgenverordnung (RÖV)

Grundkurs im Strahlenschutz in zwei Teilen (4.1.2 der Richtlinien)

am 30./31. März und 6./7. April 1990

Veranstalter: Radiologisches Zentrum des Klinikums (Leiter: Chefarzt Dr. M. Schmidt)

Ort: Klinikum Bamberg, Buger Straße 80, Bamberg

Teilnehmergebühr: DM 300,-

Auskunft und Anmeldung:

Radiologisches Zentrum, Buger Straße 80, 8600 Bamberg, Telefon (09 51) 5 03-31 31

Fallseminare „Psychiatrie“

Veranstalter: Nervenklinik Gauting

31. März/1. April 1990

4. Fallseminar – Abschnitt D

13./14. April 1990

4. Fallseminar – Abschnitt E

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 15 60, 8035 Gauting, Telefon (089) 8 50 78 77

V. Tagung über Infektionen in der Gynäkologie und Geburtshilfe

vom 28. Februar bis 3. März 1990 in München

AIP-geeignet

Leitung: Professor Dr. E. R. Weissenbacher, Professor Dr. H. A. Hirsch, Professor Dr. A. Hofstetter, Professor Dr. E. G. Loch

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

Auskunft:

Professor Dr. E. R. Weissenbacher, Marchlonistraße 15, 8000 München 70, Telefon (089) 70 95-47 30

Anästhesiologische Fortbildungsveranstaltungen

Veranstalter: Institut für Anästhesiologie der Universität Erlangen-Nürnberg

Leitung: Professor Dr. E. Rügheimer, Erlangen

3. bis 8. März 1990 (Beginn: 9 Uhr)

Thema: Klinische Woche Anästhesie (Demonstrationen – Tutorials – Kurse)
Begrenzte Teilnehmerzahl

9. bis 10. März 1990 (Beginn: 8.30 Uhr)

AIP-geeignet

Thema: Antagonisten in der Anästhesie
Ort: jeweils Institut für Anästhesiologie, Maximiliansplatz 1, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. E. Rügheimer, Frau Weiß, Maximiliansplatz 1, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85-36 76

Praktikum für Umweltschutz im Krankenhaus

vom 19. bis 22. März 1990 in Straubing

Ort: Elisabeth-Krankenhaus I, Schulraum, St.-Elisabeth-Straße 23, Straubing

Auskunft:

Professor Dr. V. Zahn, Elisabeth-Krankenhaus, St.-Elisabeth-Straße 23, 8440 Straubing, Telefon (094 21) 7 10-2 90

Kurs für den Erwerb der Zusatzbezeichnung Chirotherapie

vom 11. bis 16. April 1990 in Neumarkt

Veranstalter: Seminar für praktische Chirotherapie, Bayern

Leitung: Dr. F. Th. Becker, Neumarkt

Ort: Ringstraße 5, Neumarkt

Auskunft:

Fräulein I. Mark, Ringstraße 5, 8430 Neumarkt, Telefon (091 81) 2 14 49

Fortbildungsveranstaltungen im Heinz Kalk-Krankenhaus

AIP-geeignet

14. Februar 1990

Thema: Zur Morphologie kolorektaler Tumoren und ihrer Vorstufen (Professor Dr. W.-D. Heine, Schweinfurt)

21. Februar 1990

Thema: Minimala invasive Chirurgie am Gastrointestinaltrakt (Professor Dr. Bueß, Tübingen)

7. März 1990

Thema: Therapiestrategie bei kolorektalen Tumoren (Professor Dr. Helda Rückle, Würzburg)

Zeit und Ort: jeweils 17 Uhr s. t. – Heinz Kalk-Krankenhaus, Bibliothek, Am Gradlerbau 3, Bad Kissingen

Auskunft:

Heinz Kalk-Krankenhaus, Postfach 21 80, 8730 Bad Kissingen, Telefon (09 71) 80 23-0

40. Lindauer Psychotherapie-wochen

vom 16. bis 28. April 1990

Leitung: Dr. P. Buchhelm, Dr. Th. Seifert, beide München

Themen: Psychotherapie im Wandel – Abhängigkeit

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Lindauer Psychotherapie-wochen, Orlandostraße 8/IV, 8000 München 2, Telefon (089) 29 25 22

Fortbildungsveranstaltungen der Bundesärztekammer

AIP-geeignet

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 Seminarkongreß

Montecatini Terme, 20. Mai bis 1. Juni 1990

24. Internationaler Fortbildungskongreß

Grado, 3. bis 15. Juni 1990

38. Internationaler Fortbildungskongreß

Grado, 26. August bis 7. September 1990

24. Internationaler Seminarkongreß

Meran, 9. bis 15. September 1990

38. Internationaler Fortbildungskongreß

Auskunft und Anmeldung:

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

Carzodelan

forte pro injectione

Reg. Nr. C 913

Carzodelan ist das erste von seinem Hersteller Dr. med. A. Gaschler vor mehr als 30 Jahren in der Therapie eingeführte parenterale Enzym-Komplex-Präparat. Es ist eine Substanz mit proteolytischer, lipolytischer und nucleolytischer Wirksamkeit.

Zusammensetzung:
Inhalt einer Trockenampulle:
Pancreatin 2,0 mg entspricht
Protease 0,7 FIP-U, Lipase
15 FIP-U, Amylase 15 FIP-U

Indikationen:
Adjuvans bei prä- und postoperativer Behandlung maligner Tumoren. Erhöht die Strahlentoleranz. Chronische Entzündungen, Viruserkrankungen und Leukopenie. Reaktivierung der körpereigenen Abwehrkräfte bei Rekonvaleszenz.

Kontraindikationen:
Nicht bekannt. Die Verträglichkeit ist ausgezeichnet, ohne unangenehme oder lästige Nebenwirkungen.



Handelsformen:
O.P. (3 Amp. + 3 aqua bidest.)
DM 25,64
10er Packung (10 Amp. + 10 aqua bidest.) DM 71,24
Klinikpackung (50 Amp. + 50 aqua bidest.) DM 312,59

PHARMA-LABORATORIUM S. M. GASCHLER · 8990 LINDAU-SCHACHEN · TELEFON 083 82 / 53 06

Blaulichtärzte – Neukonzeption der Fortbildung für Notärzte in Bayern – 1990

Orte: Augsburg, München, Nürnberg und Würzburg

Das Konzept der Einheitlichen Fortbildung für Notärzte in Bayern wurde zum 1. Januar 1990 geändert, um 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 1/1990 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 <u>schriftliche</u> Anmeldung (Anmeldungsmodalitäten siehe vorhergehende Seite) nur bei:
Augsburg Ärztehaus Schwaben	31. 3. 7. 7. 21. 7. 15. 9. 6. 10. 27. 10. 10. 11.	III II/1 II/2 III II/1 II/2 III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg Frau Ihrcke, Telefon (0821) 32 56-131
München Ärztehaus Oberbayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Bayern Ärztehaus Oberbayern Ärztehaus Bayern	4. 8. 1. 9. 8. 9. 15. 9. 24. 11. 15. 12.	I/3 II/1 I/4 II/2 I/3 I/4	Bayerische Landesärztekammer Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (089) 41 47-288
Nürnberg-Fürth Stadthalle Fürth	10. 11. 17. 11.	II/1 II/2	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Mittelfranken, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1 Frau Leikauf, Telefon (0911) 46 27-532
Würzburg Universitätsklinik Universitätsklinik	22. 9. 20. 10.	I/3 I/4	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg Frau Schneider, Telefon (0931) 307-230

Dr. med. Andreas Schuhmann 70 Jahre

Am 14. Januar 1990 vollendete unser Kollege Schuhmann – Internist, Radiologe und Schriftstellerarzt –, Rothen-
dasch 7, B162 Schliersee, Schriftführer
der „Münchner Runde“ und in Nachfol-
ge von Kollege Paschke seit 1984 Ge-
steller der Seite „Äskulap und Pegasus“
im „Bayerischen Ärzteblatt“, Mitglied
beim Freien Deutschen Autorenverband
und Bundesverband Deutscher Schrift-
stellerärzte, sein 70. Lebensjahr.

Der „Andi“ – ein echtes „Giesinger
Gwachs“ – ist dort aufgewachsen, zur
Schule gegangen und nach Kriegs-
dienst und Studium wieder zurückge-
kehrt. Er begann das Medizinstudium
1942 in Münster, setzte es – unterbro-
chen durch Kriegsdienst – in Würzburg
und München fort, legte 1947 das
Staatsexamen ab und promovierte
1948. 1953 erhielt er die Anerkennung
als Internist und wurde 1963 Radiologe.
Von 1964 bis zum wohlverdienten Ruhe-
stand 1984 war er als Medizinaldirektor
Leitender Arzt eines Radiologischen In-
stitutes der LVA Oberbayern.

Veröffentlichungen von Lyrik, auch in
bayerischer Mundart, von Erzählungen
und belletristisch-philosophischen Es-
says, Kurzgeschichten in Zeitungen,
Zeitschriften, Almenachen und im
Rundfunk sowie die Mitarbeit an neun
Anthologien weisen die Breite seines li-
terarischen Schaffens auf, das an die 50
Essays, 30 Kurzgeschichten und Erzäh-
lungen, weit über 60 Rezensionen, über
300 hochdeutsche und 150 mundart-
liche Gedichte sowie Nachdichtungen
und Übertragungen aus dem Französi-
schen ebenso umfaßt wie Buchveröf-
fentlichungen. So kann Kollege Schuh-
mann auf ein reiches und vielseitiges li-
terarisches Schaffen zurückblicken.
Seinen Mundartgedichten ist ein unver-
fälschtes Bayrisch eigen, das alle Nuan-
cen unseres Dialekts ausschöpft und in
dem er Meister ist.

Daneben steht er in seinem Schaffen mit
viel Gespür für Symbolismus auch der
modernen Dichtung einfühlsam gegen-
über; in seiner gelstigen Vielschichtig-
keit erfaßt und gestaltet er die tiefgrei-
fende Störung des Verhältnisses zwi-
schen Mensch und Welt, zwischen
Mensch und Natur, auch in der Poesie
moderner Lyrik. In seiner Grundstruktur
barock, hochsensibel und grüblerisch,

umfaßt er in philosophischen Gedich-
ten die Sprache und spielt mit Worten,
geht auf die Krise unserer Zeit ein,
horcht in die Tiefe und schöpft aus ihr,
kommt aber immer wieder auf das Ge-
müt zurück als tragende Brücke zwi-
schen den Polaritäten unseres Seins.

per multos annos scribas!

A so a Lebn

Nix toa
in d Sonna blinzln
d Woiknschafen
ziahng sehng
Nix denka
Net emoi
nachdenka –
nur schaug
Ah des nur
hoibat –
wias ma taugt –
waar des a Lebn!

Wunschdenken

Ich wünsche mir einen Berg aus Güte
in dessen Schatten
sich die schwärenden Wunden
des neidvollen Hassers kühlen
Ich wünsche mir ein Tal aus Liebe
in dessen Frieden
sich die verblässenden Träume
des vergeblichen Gottsuchers erfüllen
Ich wünsche mir ein Haus aus Frohsinn
in dessen Geborgenheit
sich die gefesselten Gedanken
des düsteren Zweiflers befreien

Aufforderung

Hat diese Welt
für 's Lieben noch Zeit?
Was die Welt uns vergällt,
ist unendliches Leid.
Doch Liebe, ach Liebe
Du bleibst uns ein Trost.
Trotz Schläge und Hiebe
bist edelste Kost.
Du läßt uns ertragen
auch Krankheit und Tod.
Was immer wir wagen,
ohne dich käm 's in Not.
Lieben, ach Lieben
müßt ihr noch heut.
Morgen, ach morgen
Versäumtes euch reut.

Gegenlicht

So viele
haben dies
diesen unheiligen
Scheinheiligschein
und wie er blendet
ein Gegenlicht
das Gott
wegleuchtet

Windlicht

No a Weinderl im Glas
und a paar lustige Freind
is net zwider wias oam scheint.
Wem macht dees net Spaß?
Und a Gaudi geht hi
und a Gaudi geht her.
Wia i gestern no war,
bin i heint nimmermehr.
Und i geh no net hoam,
bal as Windlicht no glimmt.
Und mi laids net alloan,
bal da Sixtminet kimm.
'S gibt koa Zwirma,
's gibt koa Giftn,
koa Dakemma gibts net.
Von an Unfrieden,
ja davo is koa Red.
Neicha Kerzn okentn,
wann as Windlicht valischt,
a guats Weinderl eufischt,
ham ma 's Leem fest in Händn.

Ogebn

A ganz e Gscheiter
blaht se auf:
Woaß neambd net weiter,
I kimm drauf.
Doh so a Loder,
wia der is,
a ganz Odraahtar,
woaß nix gwieß.
Oa Frag alloa scho
wirft eahm um!
Wann oana oiß ko,
is a dumm.
A wirkle Gscheiter
bleibt schee staad.
Es gibt wena leider,
des net aufblaht.

Gezotten

Die Zeitung
kriecht unter die Haut
des Gutgläubigen
verführt ihn
zum Wagdenken
Die Schlagzeile
nimmt Besitz. Der Verführte
glaubt sich sicher
sie schützt ihn
vorm Nachdenken

Profitieren Sie von der bisher übersehenen Büromarkt-Konjunktur

Müller International Immobilien GmbH macht's möglich. Dieser größte europamarktführende Vermittler von Büroflächen schafft jetzt Transparenz auf diesem Markt durch die halbjährliche Erarbeitung eines Büromarkt-Index. Demnach läuft die Konjunktur für Geschäftsimmobilien vor allem in München und in Frankfurt heiß. Daran verdienen In- und sehr viele ausländische Investoren.

An den deutschen Sperern ging dieses Geschäft bisher vorbei. Dabei müssen Sie sich nicht gleich ein Bürohaus kaufen, um an der Hochkonjunktur für Geschäftsflächen beteiligt zu sein. Ihnen bieten sich gleich mehrere Möglichkeiten.

So haben deutsche offene Immobilienfonds ihren Anlageschwerpunkt schon seit vielen Jahren von Mietwohnhäusern auf gewerbliche Objekte verlagert. Ihre Abkehr von Wohnungsbau zählt übrigens zu den Gründen des Wohnungsmangels. Aber der Wohnungsbau wirft einen erheblich niedrigeren Ertrag als andere Anlageformen ab und ist wegen der vielen gesetzlichen Bestimmungen und dadurch häufigeren Auseinandersetzungen mit Mietern zu verwaltungskostenintensiv.

Mit Anteilen an offenen Immobilienfonds erwerben Sie Miteigentum an überlegt gemischten gewerblichen Immobilien. Die Auswahl nach Standort, Lage, Nutzungsmöglichkeiten und Ausstattung bildet eine Art Risiko-Mix, was die Vermietbarkeit angeht. Als Mieter wählen die Fonds solide Unternehmen. Sie schließen langfristige Mietverträge ab. Die Miethöhe wird mit laufender Erhöhung vereinbart, in etwa angeglichen an die Veränderung der Lebenshaltungskosten.

Sie bekommen solche Anteile schon von zweistelligen Beträgen an. Ihr Ertrag liegt im allgemeinen unter dem Kapitalmarktzins. Allerdings spielt teils eine erhebliche Rolle, daß die jährlichen Ausschüttungen nicht in voller Höhe versteuert werden müssen. Mit Wertsteigerungen haben Sie der Erfahrung nach

zu rechnen. Sie sind ebenfalls steuerfrei. Andererseits brauchen Sie Wertminderungen nicht zu befürchten, wie sie bei Wertpapieren und Rentenwerten und Aktien ebenso wie natürlich Kurs erhöhungen zu beobachten sind.

Mit vier- bis fünfstelligen und noch höheren Beträgen werden Sie Mitglied einer Eigentümergemeinschaft an einem bestimmten Immobilienobjekt. Dazu zeichnen Sie Anteile an einem geschlossenen Immobilienfonds. Das ist mit Steuervorteilen verbunden. Geschlossen werden diese Fonds genannt, weil ihr Teilnehmerkreis auf die Höhe des Immobilienwertes begrenzt ist. Investiert wird wiederum in Gewerbeimmobilien.

Diese Immobilien werden teils erst gebaut. Sie können aber auch Anteile an bereits bestehenden Immobilien erwerben, wenn alte Teilhaber an einem geschlossenen Fonds ihren Anteil verkaufen wollen. Sprechen Sie mit Fachleuten einschließlich Ihrem Steuerberater, bevor Sie sich für eine solche Anlage entscheiden. Ein Experte sollte sich vor Ihrer Unterschrift auch mit dem Vertragsinhalt kritisch auseinandersetzen. Als Ertrag wird Ihnen ausgeschüttet, was nach Abzug der Verwaltungs- und Bewirtschaftungskosten und Instandsetzungsrücklagen von den Mieteinnahmen übrigbleibt.

Der Gewerbeimmobilien-Boom hat eine Gesellschaft zur Konstruktion einer neuen Anlageform angeregt. Sie können sie ab 50 000 DM zeichnen. Demnach wird nicht der Hauptwert auf regelmäßige und möglichst hohe Erträge gelegt. Das Anlageziel liegt vielmehr in einer denkbar hohen Wertsteigerung. Sie sollte nach zwei bis drei Jahren erreicht sein. Dann wird das Objekt wieder verkauft. Der Wertsteigerungsanteil wird steuerfrei behandelt.

Der Zeitpunkt für ein Immobilienengagement ist gegenwärtig gut. Wählen Sie sorgfältig, welche Art für Sie am geeignetsten ist.

Horst Beloch

Kurz über Geld

Bankgebührenprobleme

Keine Ruhe bei den Bankgebühren gönnen die Kreditinstitute ihren Kunden. Nun bietet die Deutsche Bank ihren Kunden vom 1. Juli an die Wahl zwischen einer monatlichen Pauschale oder Einzelpreisen von 35 Pfennigen pro Leistung. Die Commerzbank verlangt zehn, die BFG zwölf Mark als Monatspauschale. Zusätzlich berechnet die Deutsche Bank für die Barauszahlung an der Kasse anstelle der Abhebung am Geldautomaten eine Mark und für konventionelle Überweisungsaufträge 50 Pfennige. Bei der Einzelberechnung werden außer einer Grundgebühr von DM 2,50 und einer Postengebühr von 35 Pfennigen noch für konventionelle Überweisungen 60 Pfennige, für Barauszahlungen an der Kasse DM 1,20 und für die Eurocheckkarte zehn Mark erhoben. **Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank gehört zu den Instituten mit Gebührenfreiheit.**

Zinswellen

Einen Zinsverlauf in Wellen im Jahr 1990 erwartet das Frankfurter Bankhaus Delbrück & Co, Privatbankiers. Die Gründe: Hochkonjunktur, damit verbundene Kapazitätsauslastungen, hoher Auftragsbestand, Konsumschub Anfang 1990 als Folge der Steuerreform, härtere Tarifverhandlungen und möglicherweise eine Erhöhung der Inflationsrate um ein Prozent allein wegen gestiegener Personalkosten.

Neu für Auslandsreisen

Eine Neuorientierung vor einer Auslandsreise in verschiedene Länder über die Reisekasse ist notwendig. So gibt es seit der Abwertung des Forint am 5. Dezember um zehn Prozent mehr Landeswährung für die DM. Polen hat den Zloty gegenüber dem US-Dollar und damit anderen frei konvertierbaren Währungen um 9,5 Prozent abgewertet. Seit dem 1. Januar können Euroschecks auch in Algerien zur Bargeldabhebung bei Banken und Barzahlung in Handel und im Dienstleistungsbereich verwendet werden. Der garantierte Höchstbetrag ist je Euroscheck auf 1500 Diner begrenzt. Wegen des Kursverfalls des jugoslawischen Dinar hat die Regierung in Belgrad die Höchstgrenze für Euroschecks von 3,5 Millionen Dinar auf 13,5 Millionen Dinar erhöht. Reisende dürfen jetzt drei Millionen Dinar ein- und ausführen. Allerdings werden in der Bundesrepublik für DM 100 gegenwärtig nur 1,4 Millionen Dinar, in Jugoslawien dagegen 4,5 Millionen Dinar ausgezahlt.

Preise: Ausschreibungen

Preis für Medizinjournalisten – Die Vereinigung der Deutschen Medizinischen Fach- und Standespresse schreibt auch 1990 den Preis „Essex Fellowship“ für einen Medizinjournalisten aus. Der Bewerber sollte am Beginn seiner Laufbahn als Medizinjournalist stehen und sich durch eine sachliche und leicht verständliche Vermittlung medizinischer Sachverhalte auf dem Gebiet der Herz- und Kreislaufkrankungen besonders hervorgetan haben. – Einsendeschluß: 31. Juli 1990. – Bewerbungen sind an Dr. Helga Wermuth, Wenzel und Partner Public Relations GmbH, Savignystraße 43, 6000 Frankfurt 1, Telefon (0 69) 74 03 71, zu richten.

IAAPP-Preis 1991 – des Internationalen Arbeitskreises für Audiovison in Psychiatrie und Psychotherapie (IAAPP) für die beste wissenschaftliche Arbeit zum Thema „Video in Psychiatrie und Psychotherapie und ihren Grenzgebieten“. – Einsendeschluß: 31. Dezember 1990. Geeignete Arbeiten sind an Dr. B. Kügelgen, Nervenkrankenhaus Bayreuth, Cottenbacher Straße 23, 8580 Bayreuth, zu richten.

Martin Kirschner Preis – der Arbeitsgemeinschaft Südwestdeutscher Notärzte für deutschsprachige Arbeiten, die sich wissenschaftlich mit Fragen der präklinischen Notfallmedizin auseinandersetzen. – Einsendeschluß: 1. Oktober 1990. Geeignete Arbeiten sind an Dr. M. Brummert, St. Josefskrankenhaus, 7800 Freiburg, zu richten.

Preis der Therapiewoche Karlsruhe 1990 – des Kuratoriums der Therapiewoche Karlsruhe. Ziel des Preises ist die Förderung therapiebezogener wissenschaftlicher Arbeiten aus Klinik und Praxis, die dem Fortschritt der Pharmakotherapie, der Prävention und Rehabilitation dienen. Auch diagnostische Verfahren, die neue therapeutische Möglichkeiten eröffnen, sind eingeschlossen. – Einsendeschluß: 31. Mai 1990. Geeignete Arbeiten sind an Dr. P. Hoffmann, Kaiserallee 30, 7500 Karlsruhe 21, zu richten.

„**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. Or. h.c. Hans Joachim Sewaring. Schriftleitung: Professor Dr. med. Or. h.c. Hans Joachim Sewaring, Dr. med. Klaus Dehler, Dr. med. Kurt Stordeur – verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47-1

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (0 89) 5 51 77-0, Fernschreiber: 523 662, Telegrammadresse: atlaspress. Christina Peiß, Anzeigenstruktur und -abwicklung, Peter Schachtel, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisatzka (verantwortlich) Anzeigenleitung.

Druck: Zauner Druck- und Verlags GmbH, Augsburgstraße 9, 8060 Oachau.

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

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

ISSN 0005-7128

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e. V.

IA-MED

peripher peripher

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

peripher peripher peripher



gegen Husten

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

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

Kontraindikationen: Keine bekannt.

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

O.P. 30 Dragees 11.25 DM; A.P. 300 Dragees (10 x 30).

ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/N

Praxisräume in Amberg

- in einem Geschäftshaus mit zahlreichen Ärzten
- eingeführtes Objekt in der Innenstadt (43 000 Einwohner ohne Umland)
- Neurologie, Urologie, Internist, Orthopädie, Chirurg und Zahnarzt bereits vorhanden, Radiologie gegenüber
- 140 qm ab April 1990 sowie 210 qm ab 1991
- von Apotheker preisgünstig (DM 6,45/qm) zu vermieten.

Eugen Daig, Telefon (096 21) 121 93 bzw. 2 27 49 (ab 18 Uhr)

Haus mit Arztpraxis

(330 qm, davon 210 qm Wohnfläche) 670 qm Grund, in Augsburg, Citylage zu verkaufen, VB 1,4 Mill.

Anfragen unter Chiffre 2064/1411 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Apothekentisch in mittlerer Oberpfalz bietet Gebietsarzt

Praxisräume.

Anfragen unter Chiffre 2064/1414 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Internistische Praxis

in Zwiesel zu günstigen Konditionen zu übernehmen. Die Stelle ist im Bedarfsplan der KV vorgesehen.

Anfragen unter Chiffre 2064/1421 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

Existenzgründung: Suche für Bauvorhaben Einkaufsmarkt/Arztpraxen/Apothekentisch

zwei praktische bzw. Allgemeinärzte(innen)

für eine Gemeinschaftspraxis. Lage: aufstrebender Stadteil (ca. 6000 Bewohner) der kreisfreien Stadt Weiden/Oberpfalz.

Telefon (096 57) 6 73 ab 19.00 Uhr

Zentral gelegene Arztpraxen

Nürnberg-Süd (Herpersdorf mit Außenbezirken), Einzugsgebiet 50 000 Einwohner werden

Gebietsärzte gesucht

Praxisaufstellung nach Wunsch. Unverbindliche Beratung.

Dr. Wolfram Wiemann, Telefon (0911) 66 32 66

ÄRZTLICH GELEITETE KLINIKEN

Privatklinik Wirsberg

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

8655 Wirsberg Ober Kulmbach/Bayern, Telefon (092 27) 804 - 805

**Psychosomatische Privatklinik
Psychotherapie-Hypnosentisch**

Entziehungen · Allgem.-Med. · Arzt u. Ärztin im Haus · 25 Patienten

Selt 35 Jahren
beihilfefähig
Tel. 0 47 45 / 292
2852 Bederkesa 25

Anzeigenschluß für die

Ausgabe März 1990 ist der 8. Februar 1990

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

Befelka-Oel - Zusammensetzung: Ol. Hyperici 10 g, Ol. Caland. 5 g, Ol. Chamom. Inf. 3 g, Ol. Olivar. 3 g, Ol. Violaes tric. 3 g, dünnfl. Paraffin 76 g.
Indikationen: Hautjucken, Wundsain, Milchschorf, entzündliche trockene und nässende Flachten und Ekzema, Bartflechte Kopfhauterkrankungen, Hautauschläge. **Dosierung:** 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

Das ist der Gipfel
Wohnungsbesitzer auf dem

Wendelstein !!!

Auf 1724 m Höhe steht die letzte Wohnung zum Verkauf:

zwei Zimmer, Kochnische, Bad, voll möbliert
DM 235 000,- (Finanzierung vorhanden)
direkt vom Eigentümer

Anfragen unter Chiffre 2064/1408 an Atlas Verlag,
Sonnenstraße 29, 8000 München 2

STELLENANGEBOTE / STELLENGESUCHE

Naturheilkundlich orientierte Gynäkologin

zur Mitarbeit (Assoziation, Praxiengemeinschaft o. ä.) südlich von München gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/1422 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Assistenz in gynäkologischer Praxis

eventuell mit Möglichkeit der späteren Übernahme oder Praxisvertretung von Frauenarzt - Deutscher, 41 Jahre, promoviert - ab März 1990 gesucht.

Anfragen unter Chiffre 2064/1416 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Allgemeinarzt, Chirotherapie und Naturheilverfahren, breite Kenntnisse und Erfahrung sucht

Praxisübernahme oder Assoziation

im südlichen Bayern. Schwerpunkte: Orthopädie, Chirotherapie, Innere (Kardiologie, Sonographie, Prävention, Hausbesuche).

Anfragen unter Chiffre 2064/1417 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Gutgehende, internistisch ausgerichtete Gemeinschaftspraxis im Raum 8400 stellt AIP ein; Ultraschallkenntnisse erwünscht.

Anfragen unter Chiffre 2064/1410 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

Hier könnte Ihre Anzeige stehen

Das Bayerische Ärzteblatt als offizielles Organ der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist der ideale Werbeträger mit dem Sie alle niedergelassenen und Klinik-Ärzte Bayerns erreichen.

42 000 Bezahler dieser Zeitschrift können Sie zu ausgesprochen günstigen Bedingungen ansprechen.

Wir stehen Ihnen gerne mit Rat und Tat zur Seite

Atlas Verlag und Werbung
Abt. Bayerisches Ärzteblatt
Sonnenstraße 29
8000 München 2

oder rufen Sie einfach an

Telefon (089) 5 51 77 - 226 (Christine Peiß)