



# 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

November 1990

## *Bayerischer Ärztetag im Zeichen der deutschen Einheit*

*Sewering verspricht tatkräftige Hilfe – Glück dankt Landesärztekammer für ihren Einsatz*

*Staatsregierung erinnert an ungelöste Aufgaben der „Gesundheitsreform“*

### *Der 43. Bayerische Ärztetag in Wunsiedel*

In den letzten Reihen der Fichtelgebirgshalle saß eine Handvoll besonders aufmerksamer Zuhörer: Gäste aus der ehemaligen DDR oder – um den neuen Sprachgebrauch zu verwenden – den neuen fünf Bundesländern. Hier, beim 43. Bayerischen Ärztetag in Wunsiedel, waren es vor allem Gäste aus Sachsen, kümmert sich doch die Bayerische Landesärztekammer vor allem um die sächsische Ärzteschaft. Das entspricht einer Verabredung im Rahmen der Bundesärztekammer. Danach haben sich die Landesärztekammern des (bisherigen) Bundesgebietes abgesprochen, welche Kammern sie im Gebiet der früheren DDR betreuen wollen.

Die Gäste aus Sachsen hatten bei diesem 43. Bayerischen Ärztetag die hervorragende Gelegenheit, zu beobachten, wie ärztliche Selbstverwaltung funktioniert, was Demokratie in der Praxis bedeutet. Denn, wie gewohnt auf Bayerischen Ärztetagen, wogten die Meinungen, und schließlich wurde durch Abstimmung

entschieden – zu Themen aus dem ganzen Spektrum der Gesundheitspolitik: von Anhaltzahlen bis Umwelt, und nicht zuletzt und Immer wieder zu den Problemen der neuen Länder.

Ja, der 43. Bayerische Ärztetag stand vornehmlich unter dem Eindruck der Umwälzungen seit dem 9. November 1989. Immer noch ist das Erstaunen über die plötzliche Wende, über die Öffnung der Grenzen und die schließliche Vereinigung der beiden deutschen Staaten groß. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering, der von den deutschen Ereignissen sichtlich bewegt ist, sprach von einem „Wunder“. Tatsächlich hatte vor zwei Jahren, als beschlossen wurde, diesen Bayerischen Ärztetag in Wunsiedel, im Nordosten Bayerns, stattfinden zu lassen, niemand geahnt, unter welchen Auspizien dieser Ärztetag im Jahre 1990 stattfinden würde. Vor zwei Jahren noch war der Landkreis Wunsiedel

„fest vom Eisernen Vorhang eingeschlossen“, wie es der 1. Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes „Sechsamterland“, Dr. Erwin Geibendörfer, formulierte.

Inzwischen ist das „Wunder“ geschehen, inzwischen ist aber auch die erste Euphorie verfliegen. Nüchternheit, gelegentlich sogar Enttäuschung, breitet sich aus. Auch davon war bei diesem 43. Bayerischen Ärztetag vielfach die Rede, auch von den Ängsten unter den Kolleginnen und Kollegen in der ehemaligen DDR, von deren existentieller Verunsicherung und von dem gewaltigen Berg an praktischen Problemen – aber auch von den Chancen, die die einmalige historische Situation bietet.

#### **Investitionen für die kommende Generation**

Die Redner bei der Eröffnungsveranstaltung des Bayerischen Ärztetages am 12. Oktober setzten den



Blick in den Saal bei der Eröffnung des 43. Bayerischen Ärztetages

Foto: R. Weinzierl, München

Ängsten Zuversicht entgegen. Professor Sewering versprach tatkräftige Hilfe. Er appellierte auch an die Opferbereitschaft der Kolleginnen und Kollegen im Westen. Der anfängliche Enthusiasmus dürfe nicht „zu einer kleinkarierten Diskussion über Kosten- und Steuerfragen verkommen“, die Wiedervereinigung werde zwar Opfer fordern, „aber wir schaffen damit für die kommende Generation unseres Volkes eine glückliche Zukunft“. Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Karsten Vilmar, bestärkte Sewering. Vilmar, der nicht zur Eröffnung des Ärztetages, sondern erst einen Tag später hatte kommen können (weil nämlich auf Bundesebene genau über solche Fragen der Vereinigung verhandelt worden war), rief dazu auf, Panikstimmung durch Information entgegenzuwirken. Er beschuldigte auch Vertreter alter Strukturen der DDR, bewußt Ängste zu schüren und Änderungen zu blockieren.

Mit solchen alten Strukturen wurde auch der 43. Bayerische Ärztetag zum Teil auf merkwürdige Weise befaßt. Der eine oder andere Delegierte riet nämlich dazu, nicht alles aus der alten DDR über Bord zu werfen, vieles habe sich doch bewährt, so etwa die Polikliniken. Wer aufmerksam in den Saal sah, konnte feststellen, daß gerade die Gäste aus

der alten DDR solche Ratschläge fassungslos aufnahmen. Mit einem solchen Loblied auf ein verrottetes System hatten sie wohl nicht gerechnet.

Aber zurück zur Eröffnungsveranstaltung. Nicht zuletzt dem Wahlkampf in Bayern – die Eröffnungsveranstaltung war am Freitag vor dem Wahlsonntag – dürfte es zu verdanken gewesen sein, daß gleich zwei Minister anwesend waren: der Bundesminister für wirtschaftliche Zusammenarbeit, Dr. Jürgen Warnke, und der Bayerische Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung, Dr. Gebhard Glück. Warnke ist Bundestagsabgeordneter für den für Wunsiedel zuständigen Wahlkreis Hof. Sein Grußwort hatte er ganz auf die Wiedervereinigung (und den vorangegangenen Prozeß internationaler Ereignisse) abgestellt; es wird in diesem Heft dokumentiert (um genau zu sein: dokumentiert wird die schriftliche Fassung, mündlich hatte Warnke einiges extemporiert, ohne freilich den Sinngehalt der „schriftlichen Rede“ zu verändern).

Gleichsam von Amts wegen war Staatsminister Glück gekommen. Denn traditionsgemäß hält auf den Bayerischen Ärztetagen ein Mitglied der Bayerischen Staatsregierung eine Grundsatzrede, die sich

vor allem mit akuten gesundheitspolitischen Fragen auseinandersetzt. So auch in diesem Jahr. Dr. Gebhard Glück beschäftigte sich selbstverständlich gleichfalls mit dem DDR-Erbe. Er hob zudem hervor, wie sehr sich die bayerische Ärzteschaft um die Kolleginnen und Kollegen in Sachsen kümmert. Und da geschieht in der Tat einiges: Da ist die Mithilfe bei der Gründung von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung, da ist die Hilfe bei der Vorbereitung für ein ärztliches Versorgungswerk. Da gibt es Schulungsmaßnahmen für Mitarbeiter aus Sachsen, da helfen Mitarbeiter aus Bayern in Sachsen aus, und schließlich gibt es auch finanzielle Zuwendungen. Glück würdigte nicht zuletzt auch den engagierten persönlichen Einsatz des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Sewering; ähnliches tat Innenminister Edmund Stoiber in einem Grußwort, das er dem Bayerischen Ärztetag zusandte.

#### Glücks positive Bilanz der „Gesundheitsreform“ ...

Darüber hinaus beschäftigte sich Minister Glück auf dem Ärztetag ausgiebig mit dem Gesundheitsreformgesetz. Er zog eine positive Bilanz, was nicht ganz überraschte, hat doch Bayern das Gesetz insge-

samt unterstützt. Das Gesetz habe sich alles in allem bewährt, erklärte Glück. Und damit meinte er vor allem, daß es gelungen ist, die Beitragssätze zu stabilisieren. Überhaupt, ein Schwerpunkt in der Rede des Ministers war eine Verteidigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Dies bedeute nicht Einnahmestillstand. Die Gesamtvergütung im ersten Quartal 1990 sei um 9,68 Prozent gegenüber dem Vorjahr gestiegen. Beitragssatzstabilität verpflichte, Wirtschaftlichkeitsreserven aufzudecken, sie führe zur Umschichtung von Mitteln zwischen den Versorgungssektoren.

Glück mahnte, daß das Gesundheits-Reformgesetz noch nicht in allen Punkten umgesetzt sei, so etwa hinsichtlich der Arzneimittelrichtgrößen. Auch die dreiseitigen Verträge zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärzten über die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus seien bisher nicht unter Dach und Fach. Glück erinnerte daran, daß der Gesetzgeber für den Fall, daß die Selbstverwaltung nicht zu Rande kommt, dem Staat die Möglichkeit eingeräumt hat, Regelungen über die vor- und nachstationäre Behandlung zu treffen.

### ... und Sewerings Replik

Die Delegierten und Gäste bei der Eröffnungsveranstaltung des 43. Bayerischen Ärztetages nahmen Glücks Verteidigung der Beitragssatzstabilität gefaßt entgegen. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Sewering, erneuerte in einer Replik auf Glücks Rede freilich die ärztlichen Bedenken gegen jenen Grundsatz. Behandlungsbedarf und Krankheitshäufigkeit, mit denen die Ärzte konfrontiert seien, orientierten sich nicht an den Beitragseinnahmen. Zwischen dem von den Sozialpolitikern hochgehaltenen Grundsatz der Beitragssatzstabilität und der Krankheitshäufigkeit könne unter Umständen ein Konflikt entstehen. Den gelte es, so Professor Sewering, kooperativ zu bewältigen.

Auf eine kooperative Bewältigung setzt Sewering auch bei den dreiseitigen Verträgen über die prästationäre Diagnostik und poststationäre Behandlung. Er ließ durchblicken, daß sich die Selbstverwaltung wohl nicht auf solche Vereinbarun-

gen unter sich wird einigen können und somit der Verhandlungstisch beim Minister in Anspruch genommen werden muß. Sewering ist optimistisch genug, ein gutes Verhandlungsergebnis zu erwarten.

### Ambulant/stationär: auch hier gilt das Subsidiaritätsprinzip

Sein vorsichtiger Optimismus wird durch einige „Grundgedanken“, die Staatsminister Glück in seiner Rede skizzierte, genährt. Glück bekräftigte, daß es nicht im Sinne des Gesundheits-Reformgesetzes ist, über die vor- und nachstationäre Behandlung den Krankenhaussektor zu Lasten der freien Praxis auszuweiten. Krankenhausbehandlung dürfe nur verordnet werden, wenn eine ambulante Behandlung nicht reiche. Auch hier gelte das Subsidiaritätsprinzip. Also: erst wenn die Möglichkeiten der freien Praxis ausgeschöpft sind, darf der Versicherte ins Krankenhaus eingewiesen werden. Das gilt, laut Glück, sowohl für die prästationäre Diagnostik wie die nachstationäre Therapie. Ausdrücklich wies Minister Glück auf die Absicht des Gesetzgebers hin, eine enge Zusammenarbeit zwischen Kassenärzten und Krankenhäusern anzustreben. Professor Sewering verwies demgegenüber auf die vielfältigen Klammern, die es zwischen beiden Sektoren auch heute schon gebe; es sei jedenfalls falsch, immer wieder von dem „tiefen Graben“ zwischen Praxis und Krankenhaus zu sprechen.

### Vorsorge: Hoffnung und Realität

Ein weiterer Schwerpunkt in Glücks Rede war die Gesundheitsvorsorge. Der Minister ist der Auffassung, daß Vorsorge und Früherkennung mit dem Gesundheits-Reformgesetz einen neuen Stellenwert bekommen habe, vor allem durch die Gesundheitsuntersuchung für Versicherte über 35 Jahre; außerdem sei den Krankenkassen hier mehr Verantwortung zugewachsen. Schließlich warb Glück für das bayerische Präventionsprogramm, dessen zentrales Anliegen es sei, die sogenannte Multiplikatorenschulung voranzutreiben. Als Multiplikatoren sprach Minister Glück in erster Linie die Ärzte an. Eine Studie seines Hauses habe ergeben, daß 46 Prozent der Befragten ihren Arzt als besten Präventionsvermittler ansehen. Erst

an zweiter Stelle sei mit 15 Prozent das „Fernsehen“ genannt worden.

Auf Prävention setzt verstärkt auch der zweite bayerische Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter. Auch hier seien vor allem die Hausärzte gefordert. Denn, wer unter psychischen Störungen leidet, wolle zunächst nicht in spezielle psychiatrische Institutionen, sondern zu den ihm vertrauten Hausarzt sowie ins Allgemeinkrankenhaus.

Allzu frohgemuten Hoffnungen in Sachen Prävention begegnete Professor Sewering mit einer guten Portion Skepsis. Der Wert von Vorsorge und Früherkennung wurde von Sewering selbstverständlich nicht verkannt. Man wird an dieser Stelle daran erinnern dürfen, daß der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer schon frühzeitig zu den Förderern der Prävention gehört hat. Sewering erinnerte jedoch daran, daß die Früherkennungsuntersuchung der Männer nur von rund zehn Prozent in Anspruch genommen wird, die Untersuchung bei Frauen von 30 bis 35 Prozent. Obwohl bekannt sei, wie schädlich Rauchen sei, seien die Erfolge bei der Raucherentwöhnung bescheiden. Insgesamt, so resümierte Sewering, stehe die Zahl derer, die gesundheitsvorsorglich zu leben bereit seien, zu denen, die darüber reden, in einem echten Mißverhältnis.

### Sewering: Vorsorge bringt Lebensqualität

Professor Sewering dämpfte auch die unter Politikern verbreitete Hoffnung, mit Prävention ließen sich Kosten sparen. „Das ist eine laienhafte Fehlvorstellung, die sich niemals realisieren lassen wird.“ Wenn nämlich bei einem Patienten schon sehr frühzeitig erste Anzeichen einer Erkrankung festgestellt würden, dann gelange der Betreffende eben auch sehr früh in ärztliche Behandlung. Er nehme also um Jahre länger ärztliche Leistungen in Anspruch, als es der Fall wäre, wenn er nicht zur Vorsorge gegangen wäre. Sewerings Fazit: „Wir dürfen deshalb die Gesundheitsuntersuchungen, die Präventivmedizin, nicht allein nach finanziellen Fragestellungen beurteilen, wir müssen vielmehr bereit sein, auch die Frage nach der Lebensqualität und der Lebenserwartung mit einzubeziehen.“

NJ

Dr. phil. Gebhard Glück:

# Die „Gesundheitsreform“ ist noch lange nicht am Ziel

## Rede des Bayerischen Staatsministers für Arbeit und Sozialordnung

### Angepaßte Hilfen für das Gesundheitswesen in den neuen Bundesländern – Positive Beurteilung des Gesundheits-Reformgesetzes – Grundsätze des Landesplanes zur Versorgung psychisch Kranker und Behinderter

Der Bayerische Ärztetag kann auf eine lange Tradition zurückblicken. Höchste Sachkompetenz und großes Engagement sind das Wahrzeichen dieses für die Gesundheitspolitik in unserem Lande so wichtigen Ereignisses. Weit davon entfernt, in Routine zu erstarren, bietet der Bayerische Ärztetag alljährlich ein unvergleichliches Forum zur Erörterung fachlicher, aber auch standespolitischer Probleme für die Ärzteschaft in Bayern.

Dem Bayerischen Ärztetag 1990 kommt eine besondere, herausgehobene Bedeutung zu. Wenige Tage nach der Wiederherstellung der Einheit unseres Vaterlandes – noch dazu unmittelbar vor äußerst wichtigen Landtagswahlen in den Ländern der früheren DDR und in Bayern – ist der Ärztetag 1990 von einer geradezu historischen Aura umgeben. Und so überbringe ich Ihnen zu dieser Veranstaltung die besten Wünsche und herzliche Grüße des Bayerischen Ministerpräsidenten Dr. Max Streibl sowie der gesamten Bayerischen Staatsregierung. Meine persönlichen Grüße und guten Wünsche für ein erfolgreiches Gelingen darf ich mit einschließen.

#### Hilfe für Sachsen

Der diesjährige Ärztetag steht für den Aufbruch im eben erst vereinten Deutschland. Dieser Aufbruch umfaßt auch die Einführung eines modernen und leistungsfähigen Gesundheitswesens auf dem Ge-



biet der ehemaligen DDR. Diese umfassende und schwierige Aufgabe erfordert gesamtdeutsche Solidarität der Ärzteschaft. Die bayerische Ärzteschaft hat diese Solidarität eindrucksvoll unter Beweis gestellt. Ich möchte nur einige wenige Punkte herausheben, mit denen Sie Ihr Engagement und Ihre Hilfsbereitschaft unter Beweis gestellt haben. Ich denke zum Beispiel

- an die ideellen und sachlichen Hilfen bei der Gründung der Sächsischen Ärztekammer;
- an die intensive Mitarbeit bei der Errichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, deren bis ins Detail organisierten Aufbau und deren bürotechnische Vollausrüstung;
- an das offene Angebot, die Sächsische Ärztekammer und die Kas-

senärztliche Vereinigung Sachsen in die EDV-Organisation Bayerns aufzunehmen;

- an die Bereitschaft der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, hilfsweise die ersten Quartalsabrechnungen für Sachsen zu erstellen;

- und nicht zuletzt an den engagierten Einsatz von Ihnen, Herr Professor Dr. Dr. h. c. Sewering, die Zusammenarbeit von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung in Sachsen nach bewährtem bayerischen Vorbild von vorneherein auf einer kooperativen Basis zu gründen.

Gerne nehme ich heute die Gelegenheit wahr, allen Verantwortlichen der Selbstverwaltung und der ärztlichen Berufsverbände für ihren äußerst engagierten und fruchtbaren Einsatz aufrichtig zu danken und meine vorbehaltlose Anerkennung auszusprechen. Mein besonderer Dank gilt den Ärzten Unter- und Oberfrankens, die sich seit der Öffnung der Grenzen als Behandler, Ansprechpartner, Ratgeber und Helfer für Patienten und Kollegen aus dem beigetretenen Teil Deutschlands voller Idealismus eingesetzt haben.

Ein aufgeschlossenes Zusammenwirken zwischen der Bayerischen Staatsregierung und der bayerischen Ärzteschaft hat sich in den letzten Monaten fruchtbar bewährt. Von Anfang an war der Bayerischen Staatsregierung klar, daß unsere Hilfe für den Aufbau des Gesundheitswesens nicht nach dem „Gießkannenprinzip“, sondern gezielt und koordiniert in effektiven Einzelprojekten verwirklicht werden sollte. Ich habe in meinem Ministerium eine Informations- und Koordinierungsstelle für medizinische Hilfen im beigetretenen Teil Deutschlands eingerichtet, die alle Informationen und Maßnahmen bündelt und fördert. So konnten wir, abgestimmt mit der ärztlichen Selbstverwaltung in Bayern, bei der Erstausrüstung der Landesärztekammer und Kassenärztlichen Vereinigung in Sachsen erhebliche finanzielle Hilfe leisten. Darin konkretisiert sich unsere Idee, anknüpfend an die traditionell guten Beziehungen zwischen Bayern, Sachsen und Thüringen, die möglichen Hilfen im Wege von Partnerschaften zu vermitteln. Alle unsere Hilfen sind nicht von oben nach unten, sondern von

unten nach oben aufgebaut. So bestehen zum Beispiel auch zwischen bayerischen und sächsischen bzw. thüringischen Krankenhäusern derzeit über 50 Partnerschaften, in deren Rahmen konkrete Hilfe täglich geleistet wird.

Bei Besuchen in Sachsen und Thüringen konnte ich mich in den letzten Monaten selbst davon überzeugen, daß unsere Hilfen „ankommen“. Ich habe auch gesehen, daß unser bayerisches Prinzip der Hilfen von unten nach oben der mühsamere Weg ist. Dieses Verfahren sichert jedoch, daß wir den Gegebenheiten des Einzelfalles besser gerecht werden. Außerdem hat uns unsere Vorgehensweise in die Lage versetzt, *angepaßte* Hilfen zu geben. Die damit verbundene ökonomische Verwendung der Mittel ermöglicht es uns, bis zum Jahr 1992 Unterstützung dort zu gewähren, wo sie am dringendsten benötigt wird.

Unser System der kassenärztlichen Versorgung baut auf den freipraktizierenden Arzt. Der in freier Praxis niedergelassene, zur kassenärztlichen Versorgung zugelassene Arzt ist Träger dieses Systems. Die Teilnahme von ermächtigten Ärzten sowie von ermächtigten ärztlich-geleiteten Einrichtungen an der kassenärztlichen Versorgung kommt subsidiär-ergänzend hinzu, hat also eine nachgeordnete, an gegebenen Bedarfskriterien zu orientierende Funktion. Das ist die Rangordnung, die im Rahmen der Gesundheitsreform mit guten Gründen bestätigt und bekräftigt wurde.

#### **Vorrang für den freiberuflichen Arzt**

Diese Konzeption ist auch in der ehemaligen DDR aufzubauen. So sieht es der Einigungsvertrag vor. Er enthält die ausdrückliche Verpflichtung, die Niederlassung in freier Praxis mit dem Ziel zu fördern, „daß der *freiberuflich tätige Arzt* maßgeblicher Träger der ambulanten Versorgung wird“. Für eine Übergangszeit sind jedoch Sonderregelungen erforderlich. Der Einigungsvertrag sieht daher bis zum 31. Dezember 1995 für die ärztlich-geleiteten kommunalen, staatlichen und freigemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen einschließlich Einrichtungen des Betriebsgesundheitswesens eine Zulassung kraft Gesetzes vor. Die Bayerische Staatsregie-

rung wird wachsam darauf achten, daß der Aufbau der freien Praxis und die entsprechende Verringerung des Anteils der Ambulatorien und Polikliniken zügig vonstatten geht. Sollte sich herausstellen, daß hier und dort „Sand ins Getriebe“ kommt, werden wir mit den uns zur Verfügung stehenden Möglichkeiten entschieden dazu beitragen, Hemmnisse zu beseitigen.

Harte Kontroversen hat die Regelung des Einigungsvertrages ausgelöst, wonach im beigetretenen Teil Deutschlands übergangsweise die Herstellerabgabepreise apothekenpflichtiger Arzneimittel um einen Abschlag von 55 vom Hundert verringert werden. Ich bin mir der ordnungspolitischen Problematik einer solchen Maßnahme bewußt. Diese Zwischenlösung ist niemandem leicht gefallen. Niemand konnte und kann sich aber dem Zwang der besonderen Umstände entziehen. Solange das Lohnniveau im beigetretenen Teil Deutschlands noch wesentlich unter den vergleichbaren Löhnen im sonstigen Bundesgebiet liegt und damit das Beitragsaufkommen entsprechend geringer ausfällt, sind die sonst üblichen Arzneimittelpreise nicht verkraftbar. Ein unvertretbar hohes Defizit der gesetzlichen Krankenversicherung wäre die zwangsläufige Folge.

#### **Abschlag auf die Honorare**

Gleiches gilt für die übrigen Vergütungsbereiche, darunter die Vergütungsabsenkung für privatärztliche bzw. privat Zahnärztliche Behandlung auf 45 vom Hundert. Für den kassenärztlichen bzw. kassenzahnärztlichen Bereich enthält der Einigungsvertrag zwar keine ausdrückliche Absenkung der Vergütungen. Die Vergütung dieser Leistungen ist von den Vertragspartnern zu vereinbaren. Der dabei zu beachtende Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt aber laut Einigungsvertrag mit folgender Maßgabe: Bei der Anwendung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ist zu berücksichtigen, daß für die Finanzierung der auf den beigetretenen Teil Deutschlands entfallenden Ausgaben nur die dortigen Einnahmen verwendet werden dürfen. Auch im kassenärztlichen bzw. kassenzahnärztlichen Bereich wird daher die Selbstverwaltung nicht umhin können, das Niveau der Einnahmen der Krankenkassen im bei-

getretenen Teil Deutschlands in Rechnung zu stellen.

Die Gesundheitsreform war unausweichlich geworden. Daß sie noch vor der deutschen Vereinigung „unter Dach und Fach“ gebracht werden konnte, erleichtert den Aufbau der gesetzlichen Krankenversicherung im beigetretenen Teil Deutschlands. Er kann sich – ohnehin schwierig genug – wenigstens unbelastet von den Reformkontroversen in den neuen Weichenstellungen vollziehen.

#### **Verteidigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität**

Einer der richtungweisenden Sätze des Gesundheits-Reformgesetzes lautet: „Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben in den Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen den *Grundsatz der Beitragssatzstabilität* zu beachten.“ Diese Leitlinie wird von der Ärzteschaft immer wieder kritisch kommentiert. Die Kritik an diesem verbindlichen Handlungsprinzip lautet: Der Bedarf an medizinischer Versorgung könne sich nicht nach den Einnahmen der Krankenkassen richten, ohne die Versorgungsqualität und den medizinischen Fortschritt zu beeinträchtigen. Die bestimmenden Faktoren seien vielmehr die Krankheitshäufigkeit, der Altersaufbau der Bevölkerung und der medizinische Fortschritt. Diese Kritik verkennt die ordnungspolitisch gestaltende Funktion des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität:

● Eine Politik der Beitragssatzstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung bedeutet nicht Einnahmestillstand. Selbst bei gleichbleibenden Beitragssätzen erhält die Krankenversicherung mehr Einnahmen. Derzeit sind das Jahr für Jahr rund drei bis vier Milliarden DM. Auch unter der Bedingung Beitragssatzstabilität wachsen die Einnahmen und schaffen Raum für neuen Bedarf. Ich darf darauf hinweisen, daß die Gesamtvergütung, die die Pflichtkassen im ersten Quartal 1990 überwiesen haben, um 9,68 Prozent höher lag als im Vergleichszeitraum des Vorjahres. Wenn eine starke Erhöhung für die Einkommenssituation der Ärzte nicht voll durchschlägt, so liegt dies in der Mengenentwicklung und ganz besonders in der steigenden

Ärtezahl begründet, einem Thema, dem ich mich noch besonders zuwenden werde.

● Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist kein starrer Mechanismus. Er löst vielmehr Steuerungsmechanismen aus, die sich nach den Maßstäben von Qualität und Wirtschaftlichkeit zu richten haben.

● Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität verpflichtet zunächst, Wirtschaftlichkeitsreserven aufzudecken und zu nutzen. Daß erhebliche Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden sind, ist unbestritten. Der Arzneimittelsektor – Stichwort „medikalisierte Gesellschaft“ – ist ein besonders augenfälliges Beispiel.

● Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt nicht schematisch-isoliert für jeden einzelnen Leistungsbereich. Er steht nicht zufällig vor der Klammer aller Leistungsbereiche. Die Umschichtung der Mittel zwischen den Versorgungssektoren nach gesundheitspolitischen Prioritäten ist eine entscheidende Zielvorgabe des Gesundheits-Reformgesetzes.

● Sind dann gleichwohl noch Beitragssatzerhöhungen notwendig, um die Leistungsfähigkeit der medizinischen Versorgung zu gewährleisten, steht das Gesetz nicht entgegen.

Die Gesundheitsreform steht mittlerweile fast zwei Jahre auf dem Prüfstand des praktischen Vollzugs. Eine Zwischenbilanz zeigt: sie bringt bisher den Erfolg, den wir mit ihr erhofft haben, nämlich zumindest Stabilität der Beitragssätze.

Bereits zum 1. Januar 1989 war der bundesdurchschnittliche allgemeine Beitragssatz erstmals seit Jahren bei 12,9 Prozent stabil geblieben. In dieser Tatsache hatte bereits ein gewisses Vertrauen der Selbstverwaltung in die Instrumentarien des Gesundheits-Reformgesetzes seinen Ausdruck gefunden. Zum 1. Januar 1990 konnten wir nicht nur Beitragssatzstabilität verzeichnen. Der durchschnittliche allgemeine Beitragssatz, der im Jahresdurchschnitt 1989 noch bei 12,9 Prozent lag, ging zum 1. Januar 1990 auf 12,8 Prozent zurück und sank zum 1. Juli 1990 weiter auf 12,4 Prozent, bei den gesetzlichen Krankenkassen in Bayern von 12,4 Prozent zum 1. Januar 1990

## Wunsiedel:

### „Die Zeit der Depression ist vorbei“

*Aufbruchsstimmung und Optimismus herrschen in Wunsiedel. Das klang jedenfalls aus den Begrüßungsworten des 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes „Sechsamterland“ (Fichtelgebirge), Dr. Erwin Geißendörfer, und des Ersten Bürgermeisters der Stadt Wunsiedel, Otto Rothe. Die Öffnung der ehemals nahezu hermetisch abgeschlossenen Grenzen bringt offenbar den frischen Wind in die Nord-Ost-Ecke Bayerns.*

*„Jetzt befindet sich unser Landkreis Wunsiedel im Fichtelgebirge wieder in der Mitte eines vereinten Deutschlands,“ so Dr. Geißendörfer, „von dem aus es möglich ist, sich nach allen Richtungen frei zu bewegen.“ Seit Mitte des Jahres besteht zudem die Möglichkeit, ohne Visum in die Tschechei zu reisen. Bürgermeister Rothe: „Vielleicht können Sie gar nicht ermessen, was das für uns, die wir vorher an der absolut dichten Grenze gewohnt haben, heute bedeutet, abends kurz nach Eger zu fahren, um Bekannte zu besuchen oder auch einmal zum Abendessen in Marienbad zu sein. Vor einem Jahr war das noch unvorstellbar, und heute ist es bereits Wirklichkeit.“ „Die Zeit der Depression bei uns ist vorbei und unsere Region wird gesunden“, freute sich der Bürgermeister. Und er wünschte dem Ärztetag, ein bißchen der Hochstimmung möge in die Beratungen „hinüberschwappen“.*

*Wunsiedel, 10 000 Einwohner stark, ist seit dem 14. Jahrhundert Mittelpunkt des sogenannten Sechsamterlandes. Der Name (den mancher mit einem kräftigen Kräuterschnaps verbindet) kommt von den sechs wichtigen Burgen des Fichtelgebirges, nämlich der in Wunsiedel, in Hohenberg, bei Weißenstadt, bei Kirchenlamitz, bei Selb und in Thierstein. An die bewegte Historie erinnerte Dr. Geißendörfer in seinem Grußwort; dem war auch zu entnehmen, daß das Sechsamterland erst 1810 zu Bayern gekommen ist.*

*Die Gegend um Wunsiedel wird durch zwei unterschiedliche Erscheinungen geprägt. Da ist einmal die schöne mittelgebirgige Landschaft und da ist zum anderen das Industriegebiet, das vor allem durch namhafte Betriebe der Porzellanindustrie gekennzeichnet ist. Über den engeren Bereich hinaus ist die Stadt Wunsiedel zudem bekannt durch die Luisenburg-Festspiele. Sie finden, wie der Name andeutet, auf der nahe der Stadt gelegenen Luisenburg statt, der – wie der Bürgermeister glaubhaft versichert – ältesten Naturbühne Deutschlands. Die Festspiele wurden in diesem Jahr 100 Jahre alt.*

auf 12,1 Prozent zum 1. Juli 1990. Bis zur Jahresmitte haben bereits 338 Krankenkassen ihre Beitragssätze gesenkt. Weitere Kassen haben Senkungen in der zweiten Jahreshälfte bereits beschlossen.

Damit ist die Gesundheitsreform aber noch lange nicht am Ziel. Jetzt geht es darum, die finanzielle Stabilisierung der gesetzlichen Krankenversicherung auf Dauer zu sichern. Das bedeutet: Die Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes muß konsequent fortgesetzt werden.

Treten strittige Fragen auf, sind diese im Interesse eines störungsfreien Vollzugs unverzüglich zu klären.

So hat es in letzter Zeit Irritationen gegeben, ob der Arzt verpflichtet sei, auf dem Krankenschein die Diagnose anzugeben. Diese Verpflichtung besteht nach wie vor. Wengleich im Gesetz nicht ausdrücklich erwähnt, gehört die Angabe der Diagnose als unverzichtbarer Bestandteil einer ordnungsgemäßen Leistungsbeschreibung zum konkludenten Regelungsinhalt.

#### „Vereinbarung von Richtgrößen ist dringlich“

Die Partner des Kassenarztrechts haben arztgruppenspezifisch jeweils Richtgrößen für das Volu-

Bei Ödemen, Hyperaldosteronismus:

# Spironolacton-ratiopharm®

Spironolacton-ratiopharm® 50 Filmtabletten  
Spironolacton-ratiopharm® 100 Tabletten

**Zusammensetzung:** 1 Filmtabl. enth. Spironolacton 50 mg, 1 Tabl. enth. Spironolacton 100 mg.  
**Anwendungsgebiete:** Primärer Hyperaldosteronismus: Conn' Syndrom, glanduläre Hyperplasie der NNR. Sekundärer Hyperaldosteronismus: Leberzirrhose mit Aszites, Herzinsuffizienz (mit Ödemen), Hypertonie (mit Ödemen), Ödeme, nephrotisches Syndrom. Kombination mit kaliumretischen Diuretika. **Gegenanzeigen:** Hyperkaliämie, Niereninsuffizienz, erstes Trimenon einer Schwangerschaft, bekannte Spironolactonunverträglichkeit. **Nebenwirkungen:** Evtl. anfangs vorübergehend Schwindel, Kopfschmerzen, Schläfrigkeit. Selten Hautausschläge, Magen-Darm-Unverträglichkeit, Minderung der Libido, Gynäkomastie, Abfall der Stimmlage, Hirsutismus, Menorrhagien. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Carbenoxolon, Acetylsalicylsäure, Salicylate; Kalium, kaliumsparende Diuretika. **Darreichungsformen, Packungsgrößen und Apothekenverkaufspreise:** Spironolacton-ratiopharm® 50, OP 20 Filmtabl. (N 1) DM 18,90; OP 50 Filmtabl. (N 2) DM 44,10; OP 100 Filmtabl. (N 3) DM 78,20. Spironolacton-ratiopharm® 100; OP 20 Tabl. (N 1) DM 35,70; OP 50 Tabl. (N 2) DM 80,20; OP 100 Tabl. (N 3) DM 139,65.



ratiopharm GmbH & Co Arzneimittel  
Postfach 33 80, 7900 Ulm/Donau 10/90

Bei Ödemen, Hyperaldosteronismus:

# Spiro comp.-ratiopharm®

Spiro comp.-ratiopharm® Lacktabletten

**Zusammensetzung:** 1 Tabl. enth. 50 mg Spironolacton und 20 mg Furosemid. **Anwendungsgebiete:** Flüssigkeitsansammlungen in Geweben und Körperhöhlen bei Hyperaldosteronismus und nephrotischem Syndrom und wenn bisherige harntreibende Maßnahmen nicht ausreichen. Leberzirrhose mit Aszites, Lungenstauung aufgrund von Herzschwäche, Cor pulmonale. **Gegenanzeigen:** Schwere Nierenfunktionsstörungen, vorübergehende Nierenfunktionsstörungen bei Vergiftungen mit nieren- und lebertoxischen Stoffen, Coma hepaticum, Schwangerschaft, Hyperkaliämie, Hyponatriämie, Hypovolämie, Hypotonie. **Nebenwirkungen:** Selten: Bei Langzeittherapie Erhöhung oder Erniedrigung von Kalium, bei übermäßiger Harnausscheidung Natriumverarmung, Hypovolämie oder Blutgerinnungsstörungen. Ansteigen von Harnstoff, Kreatinin und Harnsäure im Blut. Gesteigerte Berührungsempfindlichkeit der Brustwarzen oder Brustschwellung, Regelstörungen, verstärkte Gesichts- und Körperbehaarung, Potenzstörungen. Hautausschläge, Blutbildveränderungen, Magen-Darm-Unverträglichkeiten. Manifestation oder Verschlechterung eines Diabetes. Sehr selten: Stimmveränderungen, akute Bauchspeicheldrüsenentzündung. Beeinträchtigung der aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder der Bedienung von Maschinen. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Blutdrucksenkende Mittel, Carbenoxolon, Salicylate, kaliumhaltige oder kaliumsparende Präparate, Glukokortikoide, blutzuckersenkende Mittel, blutdrucksteigernde Amine, Lithium und curareartige Muskelrelaxantien, Cephalosporin-Antibiotika, Aminoglykosid-Antibiotika. **Darreichungsform, Packungsgrößen und Apothekenverkaufspreise:** OP 20 Lacktabl. (N 1) DM 27,60; OP 50 Lacktabl. (N 2) DM 56,70.



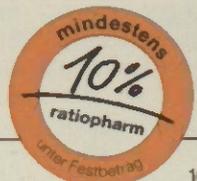
ratiopharm GmbH & Co Arzneimittel  
Postfach 33 80, 7900 Ulm/Donau 10/90

Bei Hyperurikämie:

# Allopurinol-ratiopharm®

Allopurinol-ratiopharm® 100 Tabletten  
Allopurinol-ratiopharm® 300 Tabletten

**Zusammensetzung:** 1 Tabl. enth. 100 mg bzw. 300 mg Allopurinol. **Anwendungsgebiete:** Gicht, erhöhte Serumharnsäure gleich welcher Ursache, Verhinderung der Bildung und Auflösung von Harnsäuresteinen, Verhinderung der Bildung von Calciumoxalatsteinen. **Gegenanzeigen:** Bekannte Überempfindlichkeit gegen Allopurinol, Schwangere und Stillende, Kdr. bis zum 14. Lebensjahr, Hämochromatose. **Nebenwirkungen:** Juckreiz, Exanthem, vereinzelt Fieber, Leukopenie und Eosinophilie, Magen-Darm-Beschwerden. **Hinweis:** Wechselwirkungen müssen beachtet werden bei gleichzeitiger Gabe von 6-Mercaptopurin, Azathioprin, Cytostatika, Cumarin-Derivaten, Urikosurika, Salicylsäure und Chlorpropamid. **Darreichungsformen, Packungsgrößen und Apothekenverkaufspreise:** Allopurinol-ratiopharm® 100; OP 50 Tabl. (N 2) DM 7,60; OP 100 Tabl. (N 3) DM 13,20. Allopurinol-ratiopharm® 300; OP 20 Tabl. (N 1) DM 7,80; OP 50 Tabl. (N 2) DM 16,30; OP 100 Tabl. (N 3) DM 28,55.



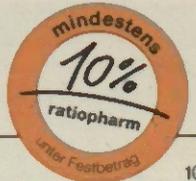
ratiopharm GmbH & Co Arzneimittel  
Postfach 33 80, 7900 Ulm/Donau 10/90

Bei Durchblutungsstörungen:

# Pentoxifyllin-ratiopharm®

Pentoxifyllin-ratiopharm® 400 Retardtabletten

**Zusammensetzung:** 1 Ret.-Tabl. enth. 400 mg Pentoxifyllin. **Anwendungsgebiete:** Periphere arterielle Durchblutungsstörungen im Stadium II nach Fontaine (intermittierendes Hinken). **Gegenanzeigen:** Frischer Herzinfarkt; Massenblutungen; Überempfindlichkeit gegen Pentoxifyllin oder andere Methylxanthine. Pentoxifyllin sollte nicht angewendet werden bei schwerer Koronar- und Cerebralklerose; bei schweren Herzrhythmusstörungen; in der Schwangerschaft; während der Stillzeit. Treten Netzhautblutungen während der Behandlung mit Pentoxifyllin auf, ist das Präparat abzusetzen. Besonders sorgfältige ärztliche Überwachung bei Patienten mit stark eingeschränkter Nierenfunktion. **Nebenwirkungen:** Häufig: Magen-Darmbeschwerden. Gelegentlich: Schwindel, Kopfschmerzen. Selten: Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen, Blutdrucksenkung, Flush, Überempfindlichkeitsreaktionen. In Einzelfällen: Sehr schwere, innerhalb von Minuten nach der Gabe auftretende Überempfindlichkeitsreaktionen. Auftreten von Blutungen, Thrombozytopenie, aplastische Anämie. **Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Antihypertonika, Antikoagulantien; Insulin, orale Antidiabetika. **Hinweis:** Pentoxifyllin-ratiopharm® ist eine Gerüstzartform. Nach Gabe des Wirkstoffes kann es zu einer weitgehend formstabilen Ausscheidung des Tablettengerüstes kommen. Die Wirkstofffreisetzung wird dadurch nicht beeinträchtigt. **Darreichungsform, Packungsgrößen und Apothekenverkaufspreise:** OP 20 Ret.-Tabl. (N 1) DM 12,30; OP 50 Ret.-Tabl. (N 2) DM 29,80; OP 100 Ret.-Tabl. (N 3) DM 49,95.



ratiopharm GmbH & Co Arzneimittel  
Postfach 33 80, 7900 Ulm/Donau 10/90

men verordneter Leistungen zu vereinbaren, insbesondere von Arznei- und Heilmitteln. Diesen – zugegebenermaßen nicht leicht umsetzbaren – Gesetzesauftrag hat die Selbstverwaltung auch in Bayern noch nicht erfüllt. Die Vereinbarung von Richtgrößen ist jedoch dringlich, vor allem mit Blick auf den Arzneimittel-sektor. Die Regelungen über Arzneimittelfestbeträge müssen bald durch Richtgrößen unterstützt und ergänzt werden.

Die Vereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den bayerischen Pflichtkassen über das Verfahren zur Überwachung und Prüfung der Wirtschaftlichkeit durch die Prüfungs- und Beschwerdeausschüsse – vereinfacht Prüfungsvereinbarung genannt – enthält in ihrem Paragraph 17 Regelungen über die Prüfung der ärztlichen Verordnungsweise nach den Arzneimittel-Richtlinien. Diese Vorschrift hat zunächst von manchen heftige Kritik erfahren. Inzwischen ist die Kritik einer nüchternen Betrachtungsweise gewichen. Es handelt sich um ein Prüfverfahren, das nach rein qualitativen Maßstäben ausgerichtet ist. Ich denke, daß die Zielsetzung dieser Vorschrift durchaus Anerkennung verdient, bin allerdings zugleich der Auffassung, daß mit dieser Regelung die vom Gesetz geforderte Vereinbarung über Richtgrößen nicht obsolet geworden ist, sondern umgesetzt werden muß.

Wir haben uns anlässlich der Gesundheitsreform erfolgreich dafür eingesetzt, daß die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus nicht – wie zunächst vorgesehen – unmittelbar im Gesetz geregelt wurde, sondern der Regelung durch die Selbstverwaltung im Rahmen der dreiseitigen Verträge zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Kassenärzten vorbehalten bleibt. Kommt jedoch die Selbstverwaltung nicht zu einer einvernehmlichen Regelung, ist ihr Inhalt durch Rechtsverordnung der Landesregierung zu bestimmen. Wir haben uns für diese Selbstverwaltungslösung stark gemacht, weil wir überzeugt waren und sind, daß die Selbstverwaltung fähig und bereit ist, diese komplizierte Materie besser zu regeln als der Gesetzgeber. Ich hoffe daher, daß die Vertragspartner in ihrem Willen, eine einvernehmliche Lösung zustande

zu bringen, nicht erlahmen. Sollten die Vertragspartner gleichwohl nicht zu einem Ergebnis kommen, werden wir uns Anfang des kommenden Jahres zusammensetzen müssen, um die Dinge voranzubringen.

#### „Grundgedanken“ für die dreiseitigen Verträge

Ich will den Vertragspartnern nicht vorgreifen. Gestatten Sie mir gleichwohl einige Grundgedanken:

● Es wäre nicht im Sinne des Gesundheits-Reformgesetzes, über die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus den Krankenhausektor zu Lasten der freien Praxis auszuweiten.

● Der Anspruch auf Krankenhauspflege besteht expressis verbis nur dann, wenn das Behandlungsziel nicht durch ambulante Behandlung erreicht werden kann. Demnach darf Krankenhausbehandlung nur verordnet werden, wenn eine ambulante Behandlung zur Erzielung des Heil- und Linderungserfolges nicht ausreicht. Diesem Subsidiaritätsprinzip trägt die Verpflichtung Rechnung, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung bei der Verordnung zu begründen. Erst wenn die Möglichkeiten der freien Praxis ausgeschöpft sind, kann der Versicherte unter Mitgabe der Krankenunterlagen ins Krankenhaus eingewiesen werden. Entsprechendes gilt umgekehrt für die nachstationäre Behandlung.

● Diese Rechtslage setzt sich in der Regelung über die dreiseitigen Verträge fort. Umfassendes, allen Regelungspunkten vorgegebenes Gesetzesziel ist es, durch enge Zusammenarbeit zwischen Kassenärzten und zugelassenen Krankenhäusern eine nahtlose ambulante und stationäre Behandlung zu gewährleisten, und zwar, um unnötige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden. Unter diesem übergeordneten Kooperationserfordernis stehen die im einzelnen aufgeführten Regelungsdetails. Dazu gehört zum einen die gegenseitige Unterrichtung über die Behandlung der Patienten sowie die Überlassung und Verwendung von Krankenhausunterlagen. Dazu gehört auch die Durchführung und Vergütung einer zeitlich begrenzten vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus. Und wenn das Gesetz vorschreibt, daß mit der Regelung der vor- bzw.

nachstationären Behandlung zugleich die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und die Verhinderung von Mißbrauch zu regeln sind, dann zielt das unmißverständlich auf den Vorrang der freien Praxis hin. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu: „Dadurch soll insbesondere darauf hingewirkt werden, daß Versicherte, die etwa durch einen niedergelassenen Gebietsarzt ausreichend behandelt werden könnten, nicht ins Krankenhaus eingewiesen werden, daß Krankenhäuser Versicherte, die auch ambulant behandelt werden können, nicht aufnehmen, sondern an einen geeigneten niedergelassenen Arzt verweisen.“

Die Kassenärzteschaft befindet sich in dem Dilemma, daß unter starkem Konkurrenzdruck vermehrt ins Krankenhaus eingewiesen wird, statt zunächst durch Überweisung an einen niedergelassenen Kollegen die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Hier ist die Solidarität der Kassenärzte gefordert.

#### Neuer Stellenwert der Vorsorge

Ein Schwerpunkt unter den neuen strukturellen Akzenten des Gesundheits-Reformgesetzes ist die Intensivierung der Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung. Der bekannte Satz „Vorbeugen ist besser als heilen“ erhält einen ganz neuen Stellenwert. Das ist das Signal, den Entwicklungstrend unseres Gesundheitswesens hin zum reinen „Reparaturbetrieb“ umzukehren. Ich nenne die zahnmedizinische Gruppenprophylaxe, die Ausdehnung der Vorsorgeuntersuchung für Kinder vom vierten auf das sechste Lebensjahr und insbesondere die Einführung regelmäßiger Gesundheitsuntersuchungen für Versicherte über 35 Jahre, die sich gezielt auf die großen Zivilisationskrankheiten beziehen, insbesondere auf Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen sowie die Zuckerkrankheit.

Darüber hinaus haben die Krankenkassen eine weitreichende Gestaltungsmöglichkeit eingeräumt bekommen, in ihren Satzungen Leistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten vorzusehen. Diese Grundlage eröffnet ein neues Feld innovativen Gestaltens, gerade auch und vor allem zusammen mit den niedergelassenen Ärzten. Ich

begrüße es daher, daß die bayerische Selbstverwaltung derzeit eine Vereinbarung erarbeitet über die ärztliche Beratung zur Änderung des Ernährungsverhaltens und die Verordnung einer Ernährungsberatung. Dies ist ein eindrucksvolles Beispiel für neue Aktivitäten im Sinne der Präventionskonzeption des Gesundheits-Reformgesetzes.

### **Das Bayerische Präventionsprogramm**

Auch die Bayerische Staatsregierung hat sich dem großen Anliegen eines nachdrücklichen Ausbaus der Prävention gestellt. Das Ihnen bekannte Bayerische Präventionsprogramm nimmt die kooperative Konzeption der Gesundheitsreform an.

In einer Studie im Auftrag des Sozialministeriums wurde 1030 bayerischen Bürgern zwischen 20 und 49 Jahren die Frage gestellt, wer am besten geeignet sei, gesundheitsbewußtes Verhalten zu vermitteln. 46 Prozent der Befragten führten ihren Arzt an und bezeichneten ihn als den besten Präventionsvermittler. Erst an zweiter Stelle und mit deutlichem Abstand wurde von 15 Prozent der Befragten das Fernsehen genannt.

Das Bayerische Präventionsprogramm, das im Sozialministerium in enger Zusammenarbeit und Abstimmung mit den auf dem Gebiet der Prävention tätigen Einrichtungen und Stellen erarbeitet wurde, unterstreicht die herausragende Rolle des Arztes als „Präventionsbotschafter“. Dieses Programm setzt auf die Leitbildfunktion von Personen, die aufgrund ihrer gesellschaftlichen Stellung oder ihrer Fachkompetenz einen besonderen Vertrauensvorschuß beim Bürger besitzen. Ein zentrales Anliegen des Präventionsprogramms ist es daher, die sogenannte Multiplikatorenschulung zu intensivieren, das heißt, gemeinsam mit den ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften die ärztliche Fortbildung zu präventiven Themen weiter gezielt zu verbessern und den Ärzten Wege zu eröffnen, damit der Präventionsgedanke möglichst überzeugend und erfolgreich auf den Patienten überspringen und zünden kann.

Behandlungsbedürftige psychische Krankheiten sind in der Bevölke-

rung weit verbreitet. Untersuchungen aus dem Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München beziffern die Betroffenen einschließlich der psychosomatischen Kranken auf rund 16 Prozent der Erwachsenen in Bayern. Dazu zählen auch Abhängigkeitskranke, die auf rund vier Prozent der Bevölkerung zu schätzen sind.

Diese Patienten wenden sich mit ihren Äußerungen über psychische Beschwerden häufig an Sie als Ärzte der verschiedensten Fachrichtungen und Sie werden fast alle diese nicht einfach zu gestaltenden Gespräche in Ihrer Praxis erlebt haben.

### **Der zweite Psychiatrieplan liegt jetzt vor**

Um diese gesundheitspolitische Aufgabe zu lösen, wurde 1980 der Erste Bayerische Psychiatrieplan veröffentlicht. Zwischenzeitlich ist die Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter auf der Grundlage dieses Plans in vielen Bereichen weiter entwickelt worden. Die Ergebnisse wichtiger Forschungsvorhaben, Expertenberatungen und einer Sachverständigenanhörung im bayerischen Sozialministerium bildeten die Grundlage für den jetzt vorliegenden „Zweiten Bayerischen Landesplan zur Versorgung psychisch Kranker und psychisch Behinderter“.

Alle wichtigen Fragen wurden mit den Beteiligten im einzelnen abgeprochen. Ich darf hier der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns für ihre Gesprächsbereitschaft danken. Einige der wesentlichen Grundsätze möchte ich kurz erläutern und Sie bei der Verwirklichung um Ihre Unterstützung bitten.

#### **● Verstärkung der Prävention:**

Die überwiegende Zahl der an psychischen Störungen leidenden Menschen sucht nicht zuerst die speziellen psychiatrischen Institutionen und Hilfen auf, sondern Hausärzte, Allgemeinkrankenhäuser sowie allgemeine Beratungsdienste und Einrichtungen. Prävention im psychiatrischen Sinne heißt daher vor allem, diese Stellen verstärkt in die Lage zu versetzen, psychische Erkrankungen zu erkennen und die weitere Betreuung zu planen.

● Ganzheitlicher Ansatz der Hilfen: Ziel muß sein, die psychisch kranken Menschen zu aktivieren und zu einer selbständigen Existenz anzuleiten. Hilfen für psychisch Kranke haben daher medizinische und psychotherapeutische Versorgung einerseits und soziale Angebote im Bereich der Familie, des Wohnens, der Freizeit und des Arbeitslebens andererseits einzuschließen. Die für diese verschiedenen Bereiche zuständigen Berufsgruppen müssen zusammenwirken, um das Ziel zu erreichen.

#### **● Verbesserung der Koordinierung und Zusammenarbeit:**

– Die Intensivierung der Zusammenarbeit aller an der psychiatrischen Versorgung teilnehmenden Einrichtungen und Institutionen ist nach wie vor dringlich. Zur Verbesserung der Situation werden den Bezirken Planungs- und Koordinierungsausschüsse zur Seite gestellt.

– Durch Rahmenverträge zwischen den Wohlfahrtsverbänden und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sowie den gesetzlichen Krankenkassen soll die Zusammenarbeit der niedergelassenen Nervenärzte mit den Sozialpsychiatrischen Diensten verbessert werden. In gleicher Weise sollen Rahmenverträge geschlossen werden, um bei psychischen Krisen Hilfsmaßnahmen der Nervenärzte und der psychosozialen Beratungsstellen zu koordinieren. Bei diesem Vorhaben ist Skepsis sowohl bei der Ärzteschaft als auch bei den Sozialpsychiatrischen Diensten zu beobachten. Es handelt sich hier um einen Versuch, den wir im Dienst der Patienten erproben wollen.

Bei dieser umfassenden Betreuung der Patienten kommt dem Arzt ein Hauptteil der Aufgaben zu. Ich darf Sie bitten, Ihr Wissen, Ihre Erfahrung und somit die ärztliche Kunst bei der Lösung dieser Aufträge mit einzubringen.

Das zunehmende Überangebot an Ärzten ist eine gewaltige Herausforderung für die ambulante kassenärztliche Versorgung und die finanzielle Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung. Wir müssen uns für die nächsten Jahre darauf einstellen, trotz steigender Arztlahlen die Qualität und Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung im Rahmen der finanziellen Möglichkeiten zu gewährleisten.

Ein Kernproblem liegt in der Qualität der ärztlichen Ausbildung. Damit bin ich bei einem Themenkomplex, der in die Zuständigkeit meines Kollegen Staatsminister Dr. Stoiber fällt.

### **Staat zur Sicherung der Ausbildungsqualität verpflichtet**

Die beiden vergangenen Jahre waren auch von entscheidenden berufspolitischen Weichenstellungen in bezug auf den ärztlichen Berufsnachwuchs geprägt. Dabei waren die entscheidenden Schnittpunkte einerseits die Sicherung einer hohen ärztlichen Ausbildungsqualität und andererseits die übergroße Zahl von Anfängern und Absolventen des Medizinstudiums, mit allen sich daraus ergebenden Beschäftigungsrisiken für den Berufsnachwuchs. Das Hauptaugenmerk des Staates muß sich dabei, seinen verfassungsrechtlichen Verpflichtungen entsprechend, vorrangig am ersten Gesichtspunkt, an der Sicherung der Ausbildungsqualität im Interesse der heilungssuchenden Bevölkerung orientieren. Den zweiten Aspekt, die übergroße Studentenzahl, durfte der Staat von Verfassungen wegen bei seinen Entscheidungen nur insoweit ins Kalkül ziehen, als er in Beziehung zur Qualitätssicherung stand, mußte aber dennoch beachten, daß dem zahlenmäßigen Überschuß die Chance des tatsächlichen Berufszugangs nicht abgeschnitten wird. Daß damit auch der Zwang zu Kompromissen vorprogrammiert war, liegt auf der Hand.

### **Die AiP-Phase hat sich bewährt**

Die sicher schwerwiegendste berufspolitische Entscheidung war die Wiedereinführung der ärztlichen Praxisphase in Gestalt des „Arztes im Praktikum“, kurz AiP. Einerseits gab es keine Alternative, das Problem eines wegen der übergroßen Studentenzahlen in praktischer Hinsicht notleidenden Medizinstudiums kurzfristig und wirksam anders zu lösen, andererseits kann dieses Instrument nach Auffassung der Bayerischen Staatsregierung keine dauerhafte, sondern nur eine Zwischenlösung sein, bis Ausbildungskapazität und Studentenzahlen wieder im Lot sind. Inzwischen beginnt bereits die fünfte Prüfungsgeneration ihre AiP-Zeit, die Teilnehmer des ersten AiP-Durchgangs aus dem Prüfungstermin Herbst

1988 haben die Praxisphase heuer abgeschlossen und bereits ihre Approbation als Arzt oder Ärztin erhalten. Trotz aller Unkenrufe und trotz der anfangs bewußt oder unbewußt geschürten Verunsicherung hat sich die neue Praxisphase – insgesamt gesehen – gut eingeführt. Ohne aktive Unterstützung, vor allem der Ärzteschaft und der Krankenhausträger und ohne deren Unterstützung bei der Realisierung der Praxisphase, wäre all das kaum möglich gewesen. Dafür möchte ich namens der Bayerischen Staatsregierung herzlich danken, insbesondere auch der Bayerischen Landesärztekammer, die sich ganz selbstverständlich bereit erklärt hat, die Organisation und teilweise auch die Durchführung der vorgeschriebenen Ausbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte im Praktikum zu übernehmen.

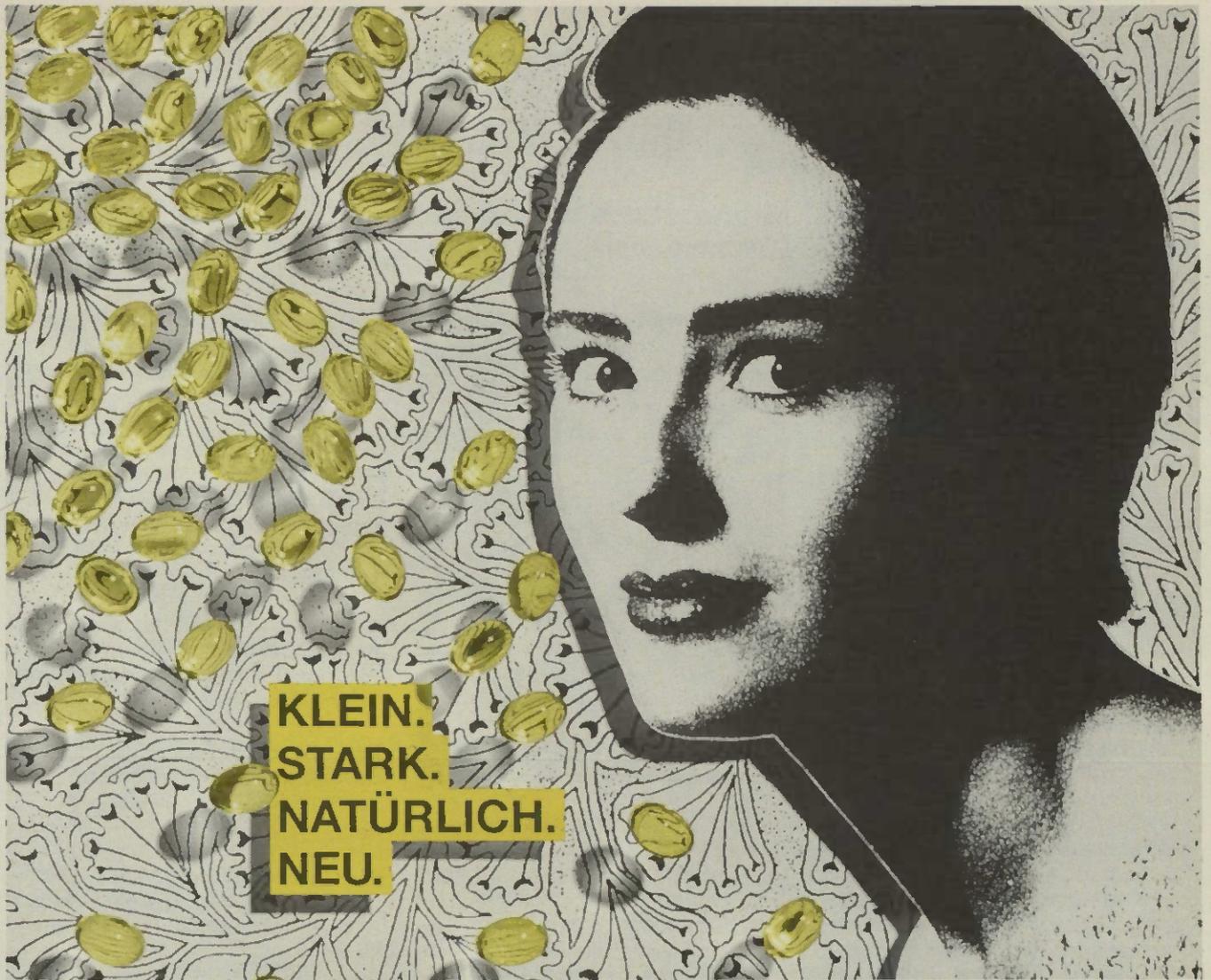
In der Zwischenzeit sind aber auch bereits entscheidende Weichenstellungen erfolgt, um die viel zu hohe Zahl von Studienanfängern, die der notwendigen patientenorientierten praktischen Medizinerbildung an den Universitäten entgegensteht, angemessen zu reduzieren. Die entscheidende Wende brachte nach langwierigen und aufreibenden Auseinandersetzungen die im Dezember letzten Jahres verabschiedete und schrittweise seit 1. Januar 1990 in Kraft gesetzte 7. Novelle zur Approbationsordnung für Ärzte. Damit wurde gewissermaßen eine kleine Reform unserer Medizinerbildung vorgenommen, insbesondere durch die verbindliche Einführung eines genau definierten patientenorientierten Kleingruppenunterrichts und durch die Festschreibung von Höchstteilnehmerzahlen bei den eingeführten Praktika und Seminaren. Die kapazitätsorientierten Vorgaben der 7. Novelle zur Approbationsordnung für Ärzte waren wiederum für die Kultusministerkonferenz die Grundlage, den Verwaltungsausschuß der ZVS mit den notwendigen Vorarbeiten zur Änderung der Kapazitätsverordnungen der Länder zu beauftragen. Die letztlich gefundene Formel bedeutete im Ergebnis eine bundesweite Absenkung der Studienanfängerkapazität um durchschnittlich 20 Prozent ab Wintersemester 1990/91. An den bayerischen Universitäten führt dies zu einer Verminderung um rund 300 Studienplätze, so daß künftig statt bisher

rund 1800 nur mehr rund 1500 Erstsemester zum Medizinstudium zugelassen werden. Dieses Ergebnis mag dem einen oder anderen nicht als ausreichend erscheinen.

Allerdings muß auch die sich aus dem Numerus-clausus-Beschluß des Bundesverfassungsgerichts folgende bildungspolitische Verantwortung des Staates gesehen werden. Ich meine deshalb, daß nach Abwägung aller Umstände eine vernünftige Lösung gefunden wurde, mit der alle Beteiligten leben können.

### **Weiterbildung zum Allgemeinarzt – die Rolle der EG-Richtlinie**

Ein dritter, für die ärztliche Qualifikation und hier speziell für die künftigen Kassenärzte wichtiger Regelungskomplex der letzten Zeit betraf die Umsetzung der EG-Richtlinie über eine spezifische Ausbildung in der Allgemeinmedizin in Landesrecht. Dabei wurde bekanntlich die Frage sehr kontrovers diskutiert, ob anstelle der in der EG-Richtlinie vorgesehenen zweijährigen Mindestdauer eine dreijährige allgemeinmedizinische Zusatzqualifikation eingeführt werden soll. Die Länder haben sich trotz grundsätzlicher Sympathie für eine solche Qualifikationsdauer in Anbetracht des Umsetzungszwangs bis Ende 1989 letztlich für eine zweijährige Ausbildungsdauer entschieden. Grund dafür war, daß – auch nach Auffassung der Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen – die Dauer der ärztlichen Gesamtbildung acht Jahre nicht überschreiten sollte, außerdem konnte das Problem der für diese längere Qualifikationsdauer benötigten zusätzlichen Beschäftigungsstellen nicht außer Betracht bleiben. Immerhin bringt die gefundene durchstrukturierte zweijährige Lösung eine erhebliche Verbesserung gegenüber der derzeit noch geltenden, praktisch nicht strukturierten einjährigen kassenarztrechtlichen Vorbereitungszeit. Ansonsten ist Bayern aber mit den anderen Ländern der Auffassung, daß die dreijährige Qualifikationsdauer dann wirksam werden kann, wenn es gelingt, die Mindeststudiendauer im Fach Medizin ohne Qualitätsverlust und im Einklang mit den EG-rechtlichen Anforderungen von sechs auf fünf Jahre zu verkürzen. Die Prüfung dieser Fragen ist durch Einsetzung



**KLEIN.  
STARK.  
NATÜRLICH.  
NEU.**

# Bronchoforton<sup>®</sup> Kapseln

## Entsorgung für die Luftwege.

Bronchoforton<sup>®</sup> Kapseln

Zus.: 1 Kapsel enth.: 75 mg Eukalyptusöl (DAB 9), 75 mg Anisöl (DAB 9), 75 mg Pfefferminzöl (DAB 9). Anw.: Katarrhe der Luftwege, wie z.B. Bronchitis, Sinusitis, Pharyngitis und Laryngitis. Gegenanz.: Allergie gegen Anis und Anethol; entzündliche Erkrankungen im Magen-Darm-Bereich und im Bereich der Gallenwege; Verschuß der Gallenwege; schwere Lebererkrankungen. Nebenw.: Gelegentlich allergische Reaktionen der Haut, der Atemwege und des Gastrointestinaltraktes; in seltenen Fällen können Übelkeit, Erbrechen und Durchfall auftreten. Wechselw.: Keine bekannt geworden.

PLANTORGAN GmbH & Co. OHG, 2903 Bad Zwischenahn

Packungsgrößen und Preise: OP mit 20 Kapseln DM 8,70; OP mit 50 Kapseln DM 20,00. Apothekenpflichtig.

Stand: September 1990



eines Sachverständigengremiums beim Bundesminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit bereits angelaufen; diesem Gremium gehören natürlich auch zahlreiche Vertreter der Ärzteschaft an. Konkrete Ergebnisse sind allerdings nicht vor Ende nächsten Jahres zu erwarten. Ein weiteres wesentliches Hindernis für eine dreijährige Qualifikationsdauer konnte schon durch die erreichte Kapazitätssenkung bei den Studienanfängerzahlen aus dem Weg geräumt werden.

Die bayerische Ärzteschaft und die Bayerische Staatsregierung verbindet eine konstruktive Partnerschaft. Für diese Partnerschaft, die sich bei der Lösung selbst schwierigster Probleme immer wieder bewährt hat, möchte ich allen Verantwortlichen herzlich danken; voran Ihnen, Herr Professor Dr. Sewering. Aufgrund Ihrer jahrzehntelangen Erfahrung in der Gesundheitspolitik waren und sind Sie immer wieder ein hochqualifizierter Berater der Bayerischen Staatsregierung. Ihr nachdrücklicher Einsatz für die Belange und Interessen der Ärzteschaft, Ihre intensive Mitwirkung bei entscheidenden Verbesserungen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung – ich denke beispielsweise an die Perinatalstudie oder die Tumornachsorge – verschaffen Ihnen Respekt und höchstes Ansehen. Daß eines solchen Mannes Wort und Rat für die Politik Gewicht hat, liegt auf der Hand. Als herausragender Experte mit einem untrüglichen Gespür für standes-, gesundheits- und ordnungspolitische Entwicklungen sind Sie, Herr Präsident, ein Garant dafür, daß wir gemeinsam jeweils zur richtigen Zeit die richtigen Ziele ansteuern und dabei mit Augenmaß und Vernunft zum sinnvollen Ausgleich unterschiedlicher Interessen finden können. Augenmaß und Vernunft, dieser Tugenden wird es im besonderem Maße auch beim Aufbau eines freiheitlichen Gesundheitswesens im beigetretenen Teil Deutschlands bedürfen.

Ich wünsche nun dem 43. Bayerischen Ärztetag eine guten Verlauf und uns allen fruchtbare Beratungsergebnisse. Ich verbinde diesen Wunsch mit der Hoffnung auf ein weiteres gedeihliches Zusammenwirken zwischen bayerischer Ärzteschaft und Staatsregierung zum Wohle der Bevölkerung unseres Landes.

Dr. jur. Jürgen Warnke:

## Bewährungsprobe für unser Land

### Grußwort des Bundesministers für wirtschaftliche Zusammenarbeit



Wären Sie vor gut einem Jahr zum Bayerischen Ärztetag hierher nach Wunsiedel gekommen, so hätten Sie sich noch im „Zonenrandgebiet“, am äußersten Rande der Bundesrepublik und der Europäischen Gemeinschaft, befunden. Jetzt heiße ich Sie im Herzen unseres wiedervereinigten Vaterlandes und eines ungeteilten Europas herzlich willkommen und danke Ihnen, daß Sie den Weg hierher nach Nordostoberfranken gefunden haben.

Hinter uns liegen zwölf Monate, in denen sich geschichtliche Ereignisse von einer Tragweite vollzogen haben, wie es sie seit 1945 nicht mehr gegeben hat. Am 3. Oktober haben wir in Berlin die Wiedervereinigung unseres Vaterlandes, die noch vor kurzem den einen nur noch als fernen Traum erschien und von den anderen sogar als „Lebenslüge“ verspottet wurde, vollzogen. Die bewegenden Bilder aus der deutschen Hauptstadt und aus vielen anderen Orten an der einstmalis tödlichen, nun verschwundenen innerdeutschen Grenze wird keiner von uns jemals vergessen. Sie können sich vorstellen, daß wir hier in Nordostoberfranken an der vormaligen Grenze in Mödlareuth, das wie

in Berlin durch eine Mauer geteilt war, in Gutenfürst bei Hof und in Rudolphstein nach Kräften mitgefeiert haben.

Der Auftrag des Grundgesetzes, „in freier Selbstbestimmung die Einheit und Freiheit Deutschlands zu vollenden“, ist erfüllt. Vielen schulden wir dafür Dank, daß dies möglich geworden ist:

- Unseren Landsleuten in der vormaligen DDR, deren mutigem Protest das kommunistische Regime weichen mußte,
- der Republik Ungarn, die mit der Öffnung des Eisernen Vorhangs der Teilung Europas ein Ende gemacht hat,
- den Reformbewegungen Polens und der CSFR, deren Erfolg Voraussetzung der Einheit Deutschlands war.

Besonderer Dank gebührt – das muß hervorgehoben werden – unseren Verbündeten, den Vereinigten Staaten, Großbritannien und Frankreich, die gemeinsam mit uns unbeirrt über 40 Jahre hinweg an der Forderung nach Wiederherstellung der Einheit Deutschlands festgehalten haben. Schließlich wollen wir nicht vergessen, daß ohne die Politik Michail Gorbatschows dieser große Umbruch in Europa nicht möglich gewesen wäre.

Nun liegt vor unserem Land die zweite große Bewährungsprobe nach 1945. Es gilt, nach der politischen nun auch die soziale, wirtschaftliche und kulturelle Einheit wiederzugewinnen. Staatssicherheitsdienst und Kommandowirtschaft haben 40 Jahre lang jedes individuelle Streben, jedes persönliche Engagement gegängelt oder unterdrückt und damit den anderen Teil unseres Vaterlandes an den Rand des Ruins gebracht. Was wir

dort erblicken mußten, nachdem der Eiserne Vorhang hochgezogen wurde, ist der sichtbare Beweis, daß der Sozialismus jeder Färbung – marxistisch, leninistisch oder „mit menschlichem Antlitz“ – in die Katastrophe führt.

#### **Grundlegende Umgestaltung des Gesundheitswesens in den fünf neuen Bundesländern**

Zu den infolge ideologischer Verblendung schwer geschädigten Lebensbereichen gehört das Gesundheitswesen – eine Tatsache, die um so alarmierender ist, als ein leistungsfähiges und innovatives System medizinischer Versorgung ein wesentliches Element sozialer Stabilität und damit eine der Grundlagen einer jeden Gesellschaft ist. Dabei soll nicht vergessen werden, daß auch und gerade unter den widrigen Umständen in der ehemaligen DDR Ärztinnen und Ärzte, Pfleger und Schwestern ihr Bestes gegeben und oft bis an die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit gearbeitet haben, um das alltägliche Versagen des Systems wenigstens im einzelnen Fall auszugleichen. Es ist gerade auch in ihrem Interesse, daß dieses „Gesundheitsunwesen“ zügig und grundlegend umgestaltet wird. Erst dann ist nämlich gewährleistet, daß ihre Einsatzbereitschaft und ihr Können auch in vollem Umfang den Patienten zugute kommen und sich nicht im Kampf mit den Windmühlen einer sozialistischen Bürokratie in Verzweiflung und Mutlosigkeit verwandeln. Es steht außer Frage, daß das Modell für den Umbau einzig und allein die auf Selbstbestimmung und Selbstverwaltung beruhende Organisation der Ärzteschaft in der bisherigen Bundesrepublik sein kann, die allein unserem Verständnis von Freiheit und Demokratie entspricht und mit dazu beigetragen hat, unserem Sozialsystem die hohe Leistungsfähigkeit zu sichern, um die uns viele in der Welt beneiden.

Es ist verdienstvoll und begrüßenswert, daß die Ärztekammern im Westen Deutschlands von Anfang an den Aufbau entsprechender Körperschaften in den fünf neuen Bundesländern mit Rat und Tat unterstützt haben. Im nächsten Jahr werden Sie den Deutschen Ärztetag wieder mit Kollegen aus Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen als völlig gleichberechtig-

## **Dank an Sewering und die bayerische Ärzteschaft**

### **Grußwort des Bayerischen Staatsministers des Innern, Dr. Edmund Stoiber**

*Zum 43. Bayerischen Ärztetag heiße ich als für das Gesundheitswesen in Bayern mitverantwortlicher Ressortminister alle Teilnehmer herzlich willkommen. Mein besonderer Gruß gilt den Vertretern der neu gegründeten Ärztekammern Sachsen und Thüringen. Wie bei so vielen Anlässen trifft auch hier der Satz zu, daß noch vor einem Jahr Unvorstellbares heute schon selbstverständlich ist. Ich hoffe, daß die offiziellen und kollegialen Kontakte der Ärzteschaft unserer Länder in gut nachbarlicher Weise zum Wohle der Bürger weiter vertieft werden.*

*Die heute schon erfreuliche Entwicklung ist zu einem wesentlichen Teil das Verdienst von Herrn Präsident Professor Dr. Dr. h. c. Sewering. Als „Mann der ersten Stunde“ hat er gleichzeitig mit den politischen Veränderungen in den neuen Ländern maßgeblich die berufsständische Wiederbelebung in die Wege geleitet und Hilfen für eine freie ärztlichen Tätigkeit gegeben. Die große Erfahrung Professor Sewerings und seine bemerkenswerte Fähigkeit, neue Entwicklungen rechtzeitig zu erkennen und ihnen adäquat und mit Augenmaß Rechnung zu tragen, waren auch bei den zahlreichen und schwierigen Beratungen um eine neue staatliche Verfassung des Gesundheitswesens für das Gebiet der ehemaligen DDR unverzichtbar; das hat unter anderem in seiner Bestellung zum Vorsitzenden der Arbeitsgruppe „Ärztliche Weiterbildung“ sinnfälligen Ausdruck gefunden. Ich betrachte das nicht nur als eine verdiente persönliche Anerkennung, sondern auch als Ehre für die gesamte bayerische Ärzteschaft, die Garant für unsere beispielhafte ärztliche Versorgung ist. Dafür danke ich Herrn Professor Sewering und der gesamten bayerischen Ärzteschaft.*

*Mit Interesse habe ich von dem Thema des Zentralvortrags des 43. Bayerischen Ärztetages Kenntnis genommen: „Ärzte und Drogenmißbrauch“. Die Bayerische Staatsregierung hat angesichts der weltweiten Bedrohung durch Rauschgiftkartelle die Bekämpfung des Rauschgiftmißbrauchs zu ihrem vorrangigen Anliegen gemacht und Anfang dieses Jahres dazu eine umfassende Konzeption beschlossen. Eine wichtige Rolle spielt dabei auch der Mißbrauch sogenannter legaler Drogen und damit auch das ärztliche Verhalten. Ich bin davon überzeugt, daß die Aussagen von Herrn Professor Dr. Dr. h. c. Spann zu diesem Thema für die Bayerische Staatsregierung wertvolle Erkenntnisse bringen werden, wie das auch zu anderen Gebieten schon früher der Fall war.*

*Insgesamt wünsche ich den Beratungen des 43. Bayerischen Ärztetages, an dem ich wegen zwingender anderer Termine leider nicht teilnehmen kann, vollen Erfolg und dem gesamten Berufsstand alles Gute.*

ten Delegierten begehen können. Vielleicht kommen Sie diesen Kollegen dabei nicht nur fachlich und menschlich, sondern auch geographisch ein Stück entgegen und versammeln sich in Eisenach, wo – ich habe mich unterrichtet – schon 13

Ärztetage stattgefunden haben, oder in Dresden oder in Potsdam. Für diejenigen, die nach 40 Jahren der Trennung erstmals wieder mit Ihnen zusammentreffen können, wäre das sicher eine besondere Freude.

Dr. Karsten Vilmar:

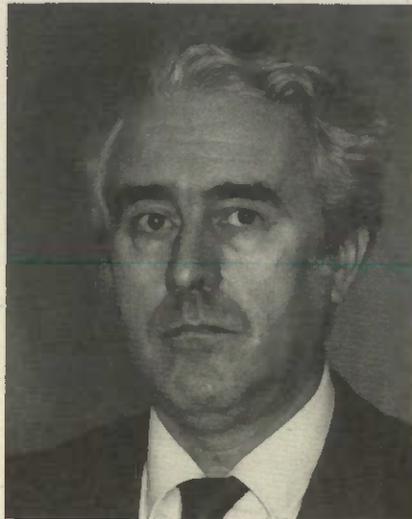
# Einheit, Frieden und Freiheit – für Deutschland und ganz Europa

## Grußwort des Präsidenten der Bundesärztekammer anlässlich der Arbeitstagung des 43. Bayerischen Ärztetages

Es ist mir auch in diesem Jahr eine große Ehre, allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern des Bayerischen Ärztetages die Grüße der Bundesärztekammer zu überbringen und Ihren Beratungen einen guten Verlauf zu wünschen. Vor allen Dingen wünsche ich Ihnen, daß dann die Entschließungen in der Öffentlichkeit und auch bei den politischen Entscheidungsprozessen gebührend beachtet werden. Ich bitte zugleich um Verständnis, daß ich gestern nicht zur Eröffnung kommen konnte. Der Grund liegt in Terminkollisionen, die nicht auflösbar waren und die ihre Begründung auch in den Entwicklungen in Europa und der Vereinigung der beiden Teile Deutschlands haben.

Wir hatten gestern die erste Sitzung der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung nach der Vereinigung der beiden Teile Deutschlands. Es war zugleich auch die letzte Sitzung dieser beiden Vorstände in alter Besetzung, denn wir werden demnächst die Kolleginnen und Kollegen aus den fünf neuen Bundesländern bei uns haben.

Gestern hat der Vorstand der Bundesärztekammer die Beitrittsanträge der Ärztekammern Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen positiv beschieden und er bittet die Landesärztekammern, dem ebenso zuzustimmen. Aus den übrigen Landesärztekammern in den neuen Bundesländern lagen noch keine Anträge vor, so daß darüber erst in den späteren Sitzungen befunden werden kann. Die Präsidenten der Ärztekammern Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen werden also demnächst im Vorstand der



Fotoagentur: Argus, Hamburg

Bundesärztekammer mitberaten, voraussichtlich schon ab der Novembersitzung.

### Gespräch beim Bundeskanzler

Die Vorstände von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer haben sich in ihrer Sitzung intensiv mit der künftigen Gestaltung der Gesundheits- und Sozialpolitik befaßt, gerade auch in den neuen Ländern, die dazu gekommen sind. Wir haben über ein Gespräch berichtet, das der Erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Kollege Oesingmann, und ich (gemeinsam mit den Hauptgeschäftsführern) mit Bundeskanzler Kohl am 27. September hatten. Dabei haben wir genau diese Probleme angeschnitten und die Bundesregierung dringend aufgefordert, Ängsten und Panikstimmungen, die sich teilweise in den neuen Bundesländern breitma-

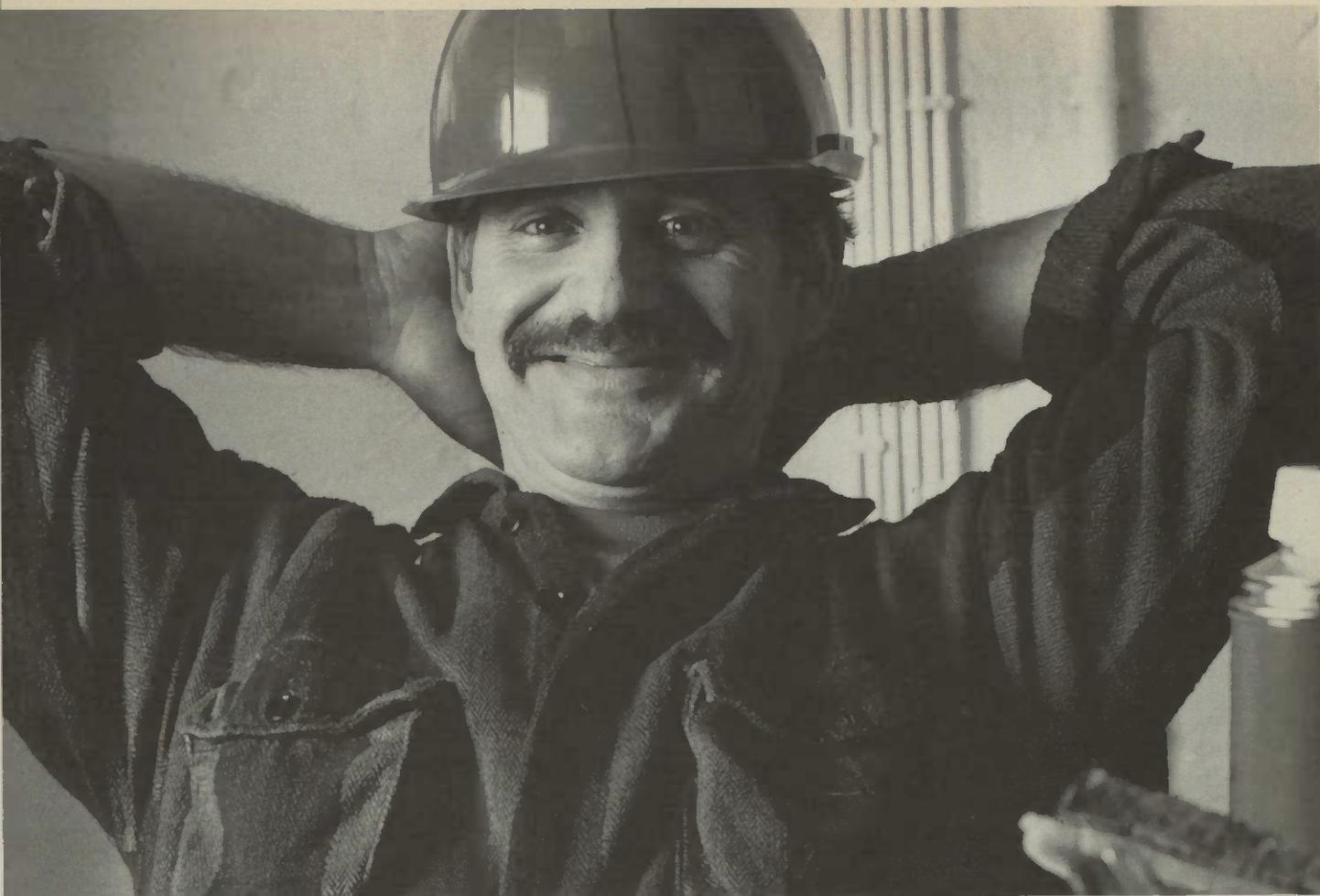
chen, entgegenzuwirken. Nach unserem Eindruck passiert vieles aus Informationsmangel, wie zum Beispiel Massenkündigungen in einigen Bereichen, anderes wird aber noch von den alten Strukturen inszeniert, sicher bewußt und im Hinblick auf die bevorstehenden Wahlen morgen in den Ländern und am 2. Dezember zum ersten gemeinsamen Bundestag. Wir sind alle aufgerufen, diesen Ängsten entgegenzuwirken. Wir werden unser soziales Sicherungssystem dort schrittweise einführen. Denn die Länder sind beigetreten in dem Willen und dem Wissen um das international anerkannt hohe Niveau unserer sozialen Sicherungssysteme im Gesundheitswesen wie im Rentensystem.

Das wird nicht über Nacht passieren können, sondern es muß schrittweise erfolgen; im Einigungsgesetz sind dafür die notwendigen Regelungen gefunden worden; und es wird jetzt für Polikliniken und ähnliche Strukturen, deren Träger entfällt, eine Auffanggesellschaft von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und gesetzlicher Krankenversicherung gebildet. Ich meine, daß wir gut beraten sind, wenn wir so verfahren, und ich kann es fast nicht fassen, wenn man hört, das alte System habe sich drüben bewährt und man solle vorsichtig vorgehen und allerlei übernehmen.

### Erschütternde Mißwirtschaft, gefälschte Statistiken

Wer wiederholt in der DDR und nicht nur in der DDR, sondern auch in anderen Ländern des ehemaligen Ostblocks war, ist erschüttert über das Ausmaß der Mißwirtschaft, das Scheitern von 40 Jahren sozialistischer Plan- und Kommandowirtschaft, von Tyrannei und sozialistischer Gewaltherrschaft. Überzeugendere Beweise für das Scheitern dieses Systems und für die Leistungsfähigkeit unseres Systems gibt es nirgends.

Ich warne auch davor, allzu gläubig das anzunehmen, was in offiziellen Statistiken der DDR steht. Denn viele Ärztinnen und Ärzte sagten: Es waren doch in den vergangenen Jahren nur Erfolgsmeldungen gewünscht, und die Zahlen zum Beispiel über die Säuglingssterblichkeit und andere können sie überhaupt nicht verwerten, weil jeder Erfolge gemeldet hat; was negativ



MONTAGS SCHMERZEN. DIENSTAGS ZANTIC. BALD WIEDER FIT.

**Zantic<sup>®</sup> 300**  
Ranitidin

IHRE ENTSCHEIDUNG FÜR DEN ERFOLG.

Glaxo GmbH · 2060 Bad Oldesloe · Zantic<sup>®</sup> Filmtabletten · Zantic<sup>®</sup> 300 Filmtabletten

**Zusammensetzung:** Zantic Filmtabletten: 1 Filmtablette enthält 168 mg Ranitidinhydrochlorid, entsprechend 150 mg Ranitidin. Zantic 300 Filmtabletten: 1 Filmtablette enthält 336 mg Ranitidinhydrochlorid, entsprechend 300 mg Ranitidin. **Anwendungsgebiete:** Zantic Filmtabletten: Zur Therapie von Erkrankungen im oberen Gastrointestinaltrakt, bei denen eine Verringerung der Magensäuresekretion indiziert ist, wie: Duodenalulcera, benignes Magenulcera, Anastomosenulcera, Langzeitbehandlung von Duodenal- und Magenulcera. Die Langzeitbehandlung ist indiziert bei Patienten, aus deren Anamnese bekannt ist, daß sie zu Rezidiven neigen. Reflux-Ösophagitis, Zollinger-Ellison Syndrom. Einmalige Gabe während der Geburt zur Verhütung der Säureaspiration. Fortsetzung der mit Zantic Injektionslösung eingeleiteten Prophylaxe streßbedingter Schleimhautläsionen im oberen Gastrointestinaltrakt sowie Fortsetzung der Prophylaxe von Rezidivblutungen und der unterstützenden Maßnahmen bei Blutungen aus Erosionen oder Magen- und Duodenalulcerationen. Besondere Hinweise: Bei geringfügigen Magen-Darm-Beschwerden, z. B. nervöser Magen, sind Zantic Filmtabletten nicht angezeigt. Besonders vor der Behandlung von Magenulcera sollte durch geeignete Maßnahmen eine eventuelle Malnutrition ausgeschlossen werden. Zantic 300 Filmtabletten: Zur Therapie von Erkrankungen im oberen Gastrointestinaltrakt, bei denen eine Verringerung der Magensäuresekretion indiziert ist, wie: Duodenalulcera, benignes Magenulcera, Reflux-Ösophagitis, Zollinger-Ellison Syndrom. Besondere Hinweise: wie bei Zantic Filmtabletten. **Gegenanzeigen:** Zantic darf nicht angewendet werden bei bekannter Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Ranitidin. Zantic darf nur bei strengster Indikation während der Schwangerschaft und der Stillzeit verabreicht werden, da bisher nur geringe Erfahrungen am Menschen vorliegen. Tierversuche haben keine Hinweise auf Fruchtbeschädigung ergeben. Der Wirkstoff geht in die Muttermilch über. Strengste Indikationsstellung auch bei Kindern ab 10 Jahren und Jugendlichen bis zu 14 Jahren. Jüngere Kinder sollten von der Behandlung ausgeschlossen werden, solange keine ausreichenden Erfahrungen vorliegen (siehe Dosierungsanleitung). Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion ist die Dosis zu reduzieren. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich kam es unter der Behandlung von Zantic zu Kopfschmerzen, Diarrhoe, Obstipation, Hautausschlag, Müdigkeit, Schwindel oder Übelkeit. In den meisten Fällen besserten sich die Beschwerden unter fortgesetzter Behandlung. Sehr selten wurde über Fälle von Gelenksbeschwerden berichtet.

Seltene Erhöhungen der Plasmakreatininwerte sind meist gering und normalisieren sich in der Regel unter fortgesetzter Behandlung mit Zantic. Vorübergehende Veränderungen der Leberwerte können auftreten, die sich unter fortgesetzter Behandlung oder nach Beendigung der Therapie zurückbilden. Selten kann unter der Behandlung eine Hepatitis mit oder ohne Gelbsucht auftreten. Über Fälle von Gynäkomastie sowie Libidoverlust und Potenzstörungen wurde berichtet. Der kausale Zusammenhang zwischen der Anwendung von Zantic und diesen Störungen ließ sich bislang nicht nachweisen. Vereinzelt wurde über Verwirrheitszustände und Halluzinationen unter der Behandlung berichtet, die überwiegend bei schwerkranken oder älteren Patienten auftraten, sowie über Schleihersehen. Die Erscheinungen verschwanden nach Absetzen der Behandlung wieder. In extrem seltenen Fällen ist über vermehrte Haarausfall berichtet worden. Akute Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. anaphylaktischer Schock, Urtikaria, Quincke-Ödem, Fieber, Bronchialspasmus, Blutdruckabfall) sind sehr vereinzelt nach Zantic berichtet worden. Vereinzelt wurden unter der Behandlung mit Zantic Veränderungen des Blutbildes berichtet (Thrombozytopenie bzw. Leukozytopenie, die gewöhnlich reversibel sind, sehr seltene Fälle von Agranulozytose, Panzytopenie, manchmal mit Knochenmarkshypoplasie oder -aplasie). Sehr selten kam es zu einer Abnahme der Herzfrequenz und AV-Block.

**Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Bisher sind keine substanzspezifischen Wechselwirkungen mit anderen Mitteln bekannt. **Hinweis:** Bei gleichzeitiger Einnahme von Arzneimitteln, deren Resorption pH-abhängig ist – wie z. B. Ketoconazol –, sollte die veränderte Resorption dieser Substanzen beachtet werden. **Handelsformen und Preise:** ZANTIC Filmtabletten: Packungen mit 20 Filmtabletten N1 DM 75,06, Packungen mit 50 Filmtabletten N 2 DM 171,50, Packungen mit 100 Filmtabletten N 3 DM 299,41, Anstaltspackungen. ZANTIC 300 Filmtabletten: Packungen mit 12 Filmtabletten N1 DM 76,79, Packungen mit 30 Filmtabletten DM 182,99, Packungen mit 50 Filmtabletten N 2 DM 295,-, Packungen mit 100 Filmtabletten N 3 DM 560,-, Anstaltspackungen. Apoth.-Verkaufspreise inkl. 14% MwSt.

Stand: September 1990

**Glaxo**

war, mußte unterdrückt werden, weil man sonst selbst persönlich negative Folgen zu erwarten hatte. Deswegen sind die Statistiken mindestens unglaubwürdig, teilweise sogar gefälscht.

Wenn sie richtig sein sollten, dann gibt zu denken, daß die Lebenserwartung nach den eigenen statistischen Aussagen drüben heute mindestens zwei Jahre geringer ist als bei uns, während sie Anfang der sechziger Jahre noch etwa gleich war. Die Lebenserwartung hat dort zwar auch zugenommen, ist aber eben zwei Jahre – andere sagen sogar bis zu fünf Jahre – geringer als bei uns. Ich will das nicht alles nur auf die gute ärztliche Versorgung bei uns und die schlechte drüben beziehen. Dort kommen andere Faktoren – Umweltfaktoren und vieles andere mehr – hinzu; aber insgesamt spricht das doch auch für unseren Staat, für unsere Organisation der sozialen Sicherheit und alle anderen Lebensumstände. Wir sollten aber damit aufhören, immer wieder danach zu schielen, was da drüben vielleicht übernehmerswert wäre. Das spricht – auch das sei ganz klar gesagt – nicht gegen das Engagement vieler dort Tätiger. Die Menschen dort haben auch gearbeitet, das darf man nicht vergessen; aber sie hatten in diesem System, mit diesen Strukturen, unter diesem Druck gar keine andere Chance, und es war jahrzehntelang nicht möglich, grundlegende Änderungen zu bewirken, bis dann im letzten Jahr durch die gewaltlose, unblutige Revolution dieses System hinweggefegt wurde.

#### **Qualitätssicherung – ureigene Aufgabe der Selbstverwaltung**

Ein weiterer wichtiger Gegenstand der Beratungen von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer war gestern auch die Qualitätssicherung und die Fortbildung, beides Themen, die im Mittelpunkt öffentlichen Interesses stehen. Wir werden ein gemeinsames Gremium von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer bilden, das sich mit den Fragen der Qualitätssicherung befaßt. Das ist wohlgerne kein eigenes Institut, denn wir stehen beide – Kassenärztliche Bundesvereinigung wie Bundesärztekammer – auf dem Standpunkt, daß hier besondere Institute nicht notwendig

sind, sondern daß das eine ureigene Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung ist. Es geht dabei natürlich nicht nur um Sicherung der sogenannten technischen Qualität, sondern auch um die Sicherung der Qualität ärztlicher Berufsausübung. Dazu muß man aber sagen, daß die Erwartungen mancher Politiker und anderer zu hoch sind. Zunächst geht es nämlich darum, in mehr Bereichen, als das bis heute geschehen ist, für die Beurteilung der Qualität geeignete Kriterien und Methoden zu entwickeln: und wenn wir die haben, wäre es falsch, bei Abweichung zu pönalisieren, sondern man muß den Gründen für die Abweichung nachgehen. Es kann ja eine Abweichung begründet sein. Dieses muß also sehr sorgfältig und sehr vorsichtig gemacht werden. Es wird sicher auch nötig sein, für die Regelfinanzierung – und nicht nur für die Finanzierung von Pilotstudien – die nötigen Finanzmittel zu beschaffen. Das wird nicht ohne die Krankenkassen gehen, zu deren Aufgaben nach dem SGB V auch die Qualitätssicherung gehört.

#### **Anhaltende Diskussion über Fortbildungsnachweise**

Notwendig ist auch eine Intensivierung der Fortbildung – auch über diese Fragen. Unter diesem Aspekt ist es bedrückend, daß in der Politik die Entscheidungen des letzten Deutschen Ärztetages teilweise verheerende Reaktionen gehabt haben. In einem Symposium beim Bundesarbeitsministerium wurde direkt

gesagt, der Ärztetag habe ja die Fortbildung abgelehnt. Ich habe dem natürlich widersprochen, aber Sie sehen, wie die Dinge angekommen sind, es wäre also nützlich, wenn der Deutsche Ärztetag diese Beschlüsse noch einmal überdenken würde. Auch der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen hat sich wegen der Fortbildungsnachweise geäußert. Man ist nicht nur in Bonn dabei, zu überlegen, wie Derartiges geregelt werden kann, sondern auch im Beratenden Ausschuß für die ärztliche Ausbildung der Kommission der Europäischen Gemeinschaft in Brüssel. Ich zitiere hier aus der Tagesordnung der Sitzung am 16. und 17. Oktober 1990. Es geht da um die Themen „Einbeziehung der Fortbildung in den Lehrplan der ärztlichen Grundausbildung“, „Definition der Verpflichtung, an einer Fortbildung teilzunehmen“ und drittens „Kontrolle, Beurteilung und Wiederausgabe von Zeugnissen“. Das wird also über die EG eines Tages auf uns zukommen.

#### **Selbstverwaltung mit Rechten, aber auch mit Pflichten**

Ich will hier keine Angst auslösen; die ist nicht angebracht, denn wir haben eine funktionierende Selbstverwaltung. Wir sollten daher die Dinge in die eigene Hand nehmen. Wir haben mit der Selbstverwaltung Rechte, aber auch Pflichten. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts müssen wir auch die Belange der Allgemeinheit mit beachten und können nicht nur und ausschließlich ärztliche Interessen vertreten.

Ich halte es für außerordentlich wichtig, daß wir das Gesamtumfeld in unsere Überlegungen und Entscheidungen mit einbeziehen. Denn nur dann haben wir auch die Chance, in den politischen Entscheidungsprozessen unseren Standpunkt wirksam zu vertreten. Das geht jedoch nicht, wenn wir die Belange der Allgemeinheit außer acht lassen. Das geht aber auch dann nicht, wenn wir unsere Selbstverwaltung selbst durch Äußerungen über „Zwangsmitgliedschaft“ und ähnliches mehr demontieren oder wenn wir uns überhaupt nicht mehr einigen können, oder sogar die Abschaffung der Selbstverwaltung fordern, wie das kürzlich wieder einmal geschehen ist. Die

### *Im nächsten Heft*

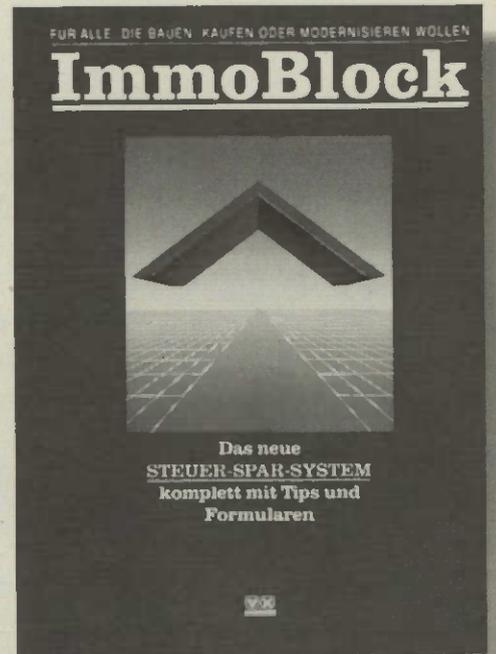
*... wird die Berichterstattung über den 43. Bayerischen Ärztetag fortgesetzt, vor allem werden die Referate, die zum Tätigkeitsbericht gehalten oder vorgelegt wurden, dokumentiert.*

# Bauen, Kaufen, Renovieren: Mit dem „ImmoBlock“ mehr Steuern sparen!

Unser neuer „ImmoBlock“ sagt Ihnen genau, was Sie alles an Steuern sparen können:

Von Telefonaten und Reisekosten bis zur Finanzierung vor dem Einzug. Übersichtlich und leicht verständlich erfahren Sie alles zu 19 Spar-Bereichen. Und auf den fertigen Vordrucken tragen Sie

einfach die nötigen Angaben ein. Für Ihren Steuerberater, fürs Finanzamt. Damit Sie mehr Steuern sparen. Den „ImmoBlock“ gibt's nur bei uns (Schutzgebühr 7,50 Mark). Wir machen den Weg frei.



Selbstverwaltung ist für die Ärzteschaft eine große Chance, aber auch eine große Verpflichtung. Nur mit Hilfe der Selbstverwaltung werden wir auch die Probleme in den neuen Bundesländern bewältigen können. Wir können uns nämlich nicht mehr darauf zurückziehen, daß das deren Probleme sind – es sind jetzt auch unsere. Wir haben gemeinsame Probleme, die wir gemeinsam lösen müssen!

Bei allen Problemlösungen, die uns vorschweben, sollten wir auch beachten: Es geht nicht nur um die Einheit Deutschlands, sondern auch um die Einheit Europas. In diesem Zusammenhang ist es interessant, daß aus anderen Ländern des ehemaligen Ostblocks – so zum Beispiel Bulgarien, der Tschechoslowakei, Polen und sogar aus einigen Republiken der UdSSR – Vertreter der Ärzteschaft zu uns gekommen sind und sich nach unserem sozialen Sicherungssystem erkundigt haben, weil sie beabsichtigen, dies einzuführen. Erst kürzlich waren wir auf Einladung des Gesundheitsministers in Bulgarien, weil man sich dort für dieses System interessierte.

#### ... mehr Chancen als Risiken

Wir haben wegen der gesamten Entwicklung in Europa große Chancen – weit mehr Chancen als Risiken. Man sollte daher nicht erschrecken vor den damit verbundenen Ausgaben, denn man sollte sehr genau unterscheiden zwischen Ausgaben für den konsumtiven Bereich und Ausgaben für Investitionen und das sind, was die fünf neuen Bundesländer anbelangt, sogar Investitionen in das eigene Haus. Wir sind deshalb gut beraten, wenn wir uns da nicht knauserig anstellen. Allerdings dürfen wir darüber nicht andere Länder im Osten vergessen, die unserer Unterstützung mit Rat ebenso bedürfen, wie auch mit Tat.

Als Deutsche in einem vereinigten Deutschland haben wir dann nur eine gemeinsame Zukunft in Frieden und Freiheit, wenn wir uns auch für Frieden und Freiheit der anderen Länder in Europa und der Welt einsetzen. In diesem Sinne sollten wir auch als Ärzteschaft über unseren Gartenzaun hinausgucken und die Gesamtbelange unserer Bevölkerung und unseres Staates sehen und bei unseren Entscheidungen berücksichtigen.

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

## ... im Zeichen des historischen Ereignisses der Wiedervereinigung

**Ansprache des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer bei der Eröffnung des 43. Bayerischen Ärztetages**

**„Die Vereinigung wird von uns Opfer fordern“ – Aktuelle Gesundheitspolitik: Beitragssatzstabilität, Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und Praxis, Gesundheitsvorsorge, Sozialpsychiatrische Dienste**



Foto: Vogt GmbH, Düsseldorf

Dieser 43. Bayerische Ärztetag, wenige Tage nach dem historischen 3. Oktober, fällt in eine Zeit, die einmal in den Geschichtsbüchern als ein Höhepunkt in der Geschichte unseres Volkes und Landes in diesem Jahrhundert bezeichnet werden wird. Was dieser Um- und Aufbruch für unsere Landsleute bedeutet, können wir herüber, im alten Teil der Bundesrepublik, gar nicht voll erfassen. Denken wir daran, daß die Menschen drüben ein halbes Jahrhundert in einer völlig anderen Welt gelebt haben! Unter völlig anderen gesellschaftlichen, sozialen und wirtschaftlichen Bedingungen, unter dem politischen Druck der kommunistischen Diktatur. Plötzlich, über Nacht, wurden sie in die Freiheit entlassen und mußten erken-

nen, daß Freiheit auch Konsequenzen hat: Freiheit heißt auch Risiko, Freiheit ist nicht bequem. Diese Umstellung wird unseren Landsleuten drüben noch große Mühe machen, und wir können nichts Besseres tun, als sie dabei zu unterstützen mit allen Kräften, die uns zur Verfügung stehen. Ich sage ganz offen:

● Hoffen wir, daß der anfängliche Enthusiasmus, die große Begeisterung des Zusammenfindens nicht verkommt, in eine kleinkarierte Diskussion über Kosten und Steuerfragen!

Die Wiedervereinigung wird Opfer von uns fordern, wir werden in manchem teilen müssen. Aber wir schaffen damit für die kommenden Generationen unseres Volkes eine glückliche Zukunft. Wir schaffen damit auch einen Kern, eine Grundlage für das vereinte, für das friedliche Europa. Und dafür Opfer zu bringen, das muß uns eine Verpflichtung sein. Ich erinnere, wie ich es früher schon getan habe, auch hier noch einmal an unseren verstorbenen Ministerpräsidenten Franz Josef Strauß. In seinen Erinnerungen hat er noch 1988 zu diesem Thema geschrieben: „Unsere Generation wird es nicht mehr erleben, auch die nächste Generation wird es nicht erleben, aber eines Tages wird die Wiedervereinigung kommen.“ Gerade solche Worte machen uns bewußt, wie plötzlich und einem Wunder gleich diese Wiedervereinigung und dieser Zusammenbruch der

kommunistischen Staaten gekommen ist. Bei aller Freude über dieses Ereignis sollten wir eines aber nicht vergessen und vielleicht auch unserer Jugend immer wieder einmal in Erinnerung rufen: Nach dem Zusammenbruch 1945 wurden Millionen deutscher Menschen aus ihrer Heimat vertrieben. Wir haben alte deutsche Länder und Landschaften, wie Ostpreußen oder Oberschlesien, verloren, und für diese Länder gibt es keine Chance der Wiedervereinigung. Die damals zu Millionen Vertriebenen sind längst Bürger unseres Landes geworden, doch das Geschichtsbewußtsein – nicht imperialistische Gedanken, sondern nur das Geschichtsbewußtsein! – sollte auch in unserer Generation erhalten bleiben.

#### Mithilfe beim Aufbau eines freiheitlichen Gesundheitswesens

Wir in der ärztlichen Berufsvertretung in Bayern freuen uns natürlich, daß wir unseren Kolleginnen und Kollegen drüben mit Rat und Tat zur Seite stehen dürfen. Herr Staatsminister Glück hat in seiner Rede schon die verschiedenen Aktivitäten betont. Wir werden auch weiterhin versuchen, ihnen zu helfen, daß sie eine funktionsfähige ärztliche Selbstverwaltung aufbauen, damit sie in die Lage versetzt werden, möglichst bald ein freiheitliches und leistungsfähiges modernes Gesundheitswesen errichten zu können. Wir sollten aber auch daran denken, daß wir ihnen helfen müssen, ihre Existenzsorgen zu überwinden. Sie sollen möglichst bald wieder das Gefühl haben, auf festem Boden zu stehen, sollen wissen, wie es weitergeht, wie ihre Zukunft sein wird. Auch hier haben wir eine Aufgabe zu erfüllen.

● Eines möchte ich betonen: Ich glaube, in der Zeit, als es noch einen Eisernen Vorhang gab, wußten wir gar nicht, wie eigentlich die Verhältnisse drüben in Wirklichkeit gewesen sind. Je mehr Informationen, je mehr eigene Eindrücke wir über die Verhältnisse in der ehemaligen DDR gewinnen, um so mehr steigt unsere Hochachtung vor den Menschen drüben, unsere Hochachtung vor den Kolleginnen und Kollegen, den Ärztinnen und Ärzten in der ehemaligen DDR, die unter schlimmsten Bedingungen ihre ärztliche Aufgabe erfüllt und sich bemüht haben, die Versorgung ihrer Mitbürger so gut

wie möglich sicherzustellen. Gerade deshalb sind wir glücklich darüber, daß einige dieser Kollegen bei uns sind.

Herr Bundesminister Warnke darf ich sehr herzlich danken. Er mußte uns ja bereits wieder verlassen, weil er noch weitere Verpflichtungen hat. Ich sagte vorhin, ich wünsche ihm Erfolg. Ich wünsche uns allen, daß die Wahlen am kommenden Sonntag von demokratischen Parteien gewonnen werden, die in der Lage sind, unser Land weiterzuführen und aufzubauen, damit wir eine Zukunft haben und daß sich nicht Teile unserer Bevölkerung von Splittergruppen verleiten lassen, die mit Versprechungen versuchen, Stimmen zu gewinnen, aber nicht in der Lage sein werden, eine konstruktive Arbeit zu leisten.

Herr Bürgermeister Rothe, ich habe Ihnen ja schon meine Anerkennung zu diesem schönen Bau (der Fichtelgebirgshalle) ausgesprochen. Ich hoffe, viele von uns werden auch einmal Gelegenheit haben, die Luisenburgerfestspiele zu besuchen und nicht nur hier aus berufspolitischem Anlaß herzukommen.

Ihnen, Herr Staatsminister Glück, darf ich nochmals danken, daß Sie diesen Abend hier bei uns sind und nicht in Ihrem Stimmkreis. Aber ich glaube, die Passauer wissen ohnedies, was sie an Ihnen haben, und insofern sind Sie hier heute Abend sicher an der richtigen Stelle. Danken möchte ich Ihnen aber auch für Ihr klares Bekenntnis zu einem modernen, freiheitlichen, gegliederten Gesundheitssystem. Wir wollen gemeinsam alles tun, daß das nicht nur in unserem Teil Deutschlands so bleiben möge, sondern daß wir es auch in der gleichen Weise drüben in den neuen Bundesländern aufbauen können.

#### Klammern zwischen ambulanter und stationärer Versorgung

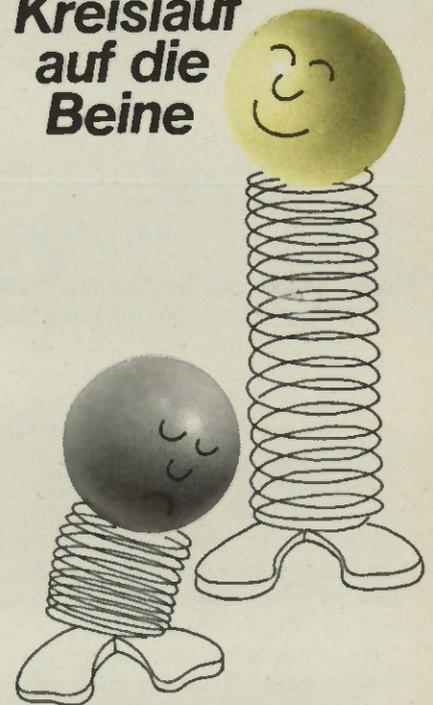
Wir wollen ein leistungsfähiges Krankenhauswesen für unsere Patienten gestalten mit Ärzten, die sich voll und frei dieser Aufgabe der stationären Versorgung widmen können, und wir wollen, daß die ambulante ärztliche Versorgung von freiberuflichen Ärzten wahrgenommen wird. Sie haben das besonders unterstrichen. Unser Land soll überzeugen werden mit einem dichten Netz

**Verladyn®** – Zusammensetzung: 1 Tablette enthält: 1,0 mg Dihydroergotaminmesilat, 1 ml Lösung (20 Tropfen) enthält: 2,0 mg Dihydroergotaminmesilat. **Anwendungsgebiete:** Hypotone und orthostatische Kreislaufregulationsstörungen, vaskuläre Kopfschmerzen, Migräne, Wetterfühligkeit. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegenüber Mutterkornalkaloiden. **Vorsicht** bei unzureichender Durchblutung der Herzkranzgefäße und bei Bluthochdruck. Erste drei Schwangerschaftsmonate. Ab dem vierten Schwangerschaftsmonat bei strenger Indikationsstellung. **Warnhinweis:** Lösung enthält 60 Vol.-% Alkohol. **Nebenwirkungen:** Seiten Übelkeit, Erbrechen, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen oder allergische Hautreaktionen (Hautödem, 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



20 Tabl. N1 6,65  
100 Tabl. N3 27,45  
25 ml Lsg. 9,95  
100 ml Lsg. 32,30



Verla-Pharm  
Arzneimittelfabrik  
8132 Tutzing

von Hausärzten und einer ausreichenden Zahl von spezialisierten Ärzten, die gemeinsam die ärztliche Versorgung im ambulanten Bereich sicherstellen. Wir haben ja auch Klammern, die beide Seiten verbinden. Hier gibt es nämlich keinen Graben, wie manchmal behauptet wird. Die Zusammenarbeit zwischen den Ärzten im Krankenhaus und der freien Praxis ist viel enger, als das manche wahrhaben wollen. Wir haben eine große Zahl von niedergelassenen Kollegen, die als Belegärzte tätig sind, und wir hoffen, diese Zahl noch steigern zu können. Wir werden aber das Können und die Erfahrung unserer hauptamtlichen Krankenhausärzte dort in die ambulante Versorgung eingliedern, wo dies nötig ist und wo niedergelassene Ärzte allein die ärztliche Versorgung nicht sicherstellen können. Wir Ärzte, sei es im Krankenhaus oder in der Praxis, sind uns darüber einig, daß es in unserem Land nicht zu einem System der Ambulatorien nach sozialistischem Stil kommen darf.

Im Augenblick sind die Niederlassungsmöglichkeiten für die Kolleginnen und Kollegen in den neuen Bundesländern noch außerordentlich schwierig und schlecht. Auch hier werden wir jede denkbare Hilfestellung geben. Ich halte das Honorarabkommen, das gerade vor wenigen Tagen zustande kam, mit einem Punktwert von 6,1 Pfennigen für die niedergelassenen Ärzte, für einen guten Anfang, um so mehr, als eine Dynamisierung erfolgen soll. 6,1 Pfennige, das ist immerhin ein Wert, der bei zwei Drittel des Punktwertes liegt, den wir zur Zeit in Bayern vergüten können. Wir sind auch völlig einig, daß die Polikliniken nicht von heute auf morgen verschwinden können; sie müssen weiterarbeiten. Wir werden auch hier helfen, daß sie umgewandelt werden können: in Praxisgemeinschaften, in Gemeinschaftspraxen – soweit die Substanz dieser Poliklinik übernehmbar ist; die Eindrücke, die man hier gewinnt, sind ja teilweise außerordentlich bedrückend.

#### **Behandlungsbedarf und Beitragsatzstabilität – ein Konfliktfeld**

Über das Gesundheits-Reformgesetz, welches Sie, Herr Staatsminister, ansprachen, könnte man natürlich abendfüllend diskutieren. Ich gebe zu, daß die Beitragsatzstabi-

lität ein konsequentes sozialpolitisches Ziel ist. Der Sozialpolitiker sieht nicht allein den Beitrag zur Krankenversicherung, er sieht das Paket – den Beitrag zur Rentenversicherung, zur Arbeitslosenversicherung und zur Krankenversicherung – und die Belastung der Lohntüte, die sich daraus ergibt. Dafür habe ich Verständnis.

● Auf der anderen Seite – Sie haben es ja angedeutet – muß nun einmal auch anerkannt werden, daß sich Behandlungsbedarf und Krankheitshäufigkeit, mit denen wir konfrontiert sind und die wir als Ärzte bewältigen müssen, nicht an den Beitragseinnahmen orientieren können! So kann hier unter Umständen ein Konflikt entstehen, den wir kooperativ bereinigen müssen.

#### **Arztzahlen – gesellschaftspolitischer Sprengstoff**

Es ist sicher richtig, daß die günstige wirtschaftliche Entwicklung in der letzten Zeit – mit den steigenden Grundlöhnen, den steigenden Beitragseinnahmen – zu einem nicht unerheblichen Anstieg der Gesamtvergütung für die ambulante kassenärztliche Versorgung geführt hat. Aber man muß demgegenüber auch das zentrale Problem des ärztlichen Berufsstandes schlechthin sehen und in die Überlegungen miteinbeziehen: 1970 gab es in Bayern 8511 Kassenärzte; 1990 – Mitte dieses Jahres – sind es über 15 000. Damals waren es sicher einige zu wenig, das möchte ich gar nicht bestreiten und wir haben uns seinerzeit auch bemüht, vor allem in den Grenzgebieten, die Arztdichte zu verbessern, aber die jetzige Zahl liegt zweifellos weit über jedem Bedarf. Das schafft natürlich Probleme, die – kurzfristig jedenfalls – noch nicht bewältigt werden können. Man muß dabei immer wieder daran erinnern: es geht nicht um das Portemonnaie des einzelnen Kassenarztes, sondern es geht darum, daß jährlich 12 000 oder mehr junge Ärztinnen und Ärzte ihre Approbationsurkunde erhalten und demgegenüber nur gut 5000 Arbeitsplätze pro Jahr an unseren Krankenanstalten frei werden. Das heißt, Jahr für Jahr hat mehr als die Hälfte unseres Nachwuchses keine Chance, einen bezahlten Arbeitsplatz in einem Krankenhaus zu bekommen. Und wenn junge Kolleginnen und Kollegen mit großen Hoff-

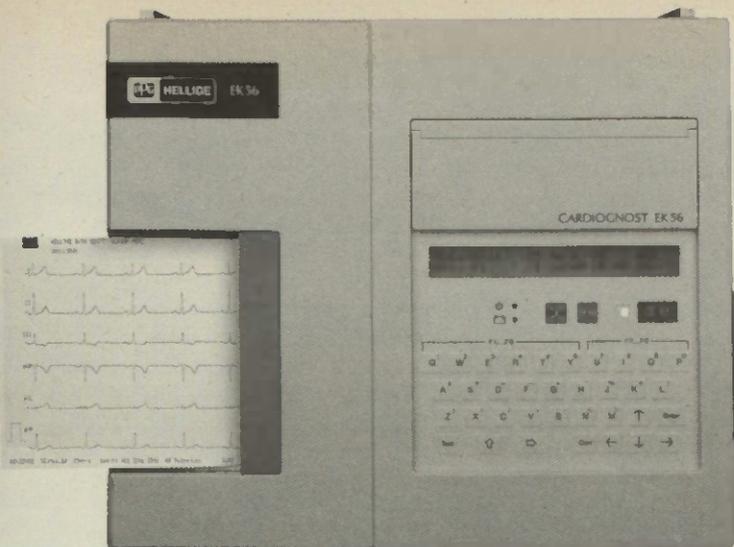
nungen und mit dem Willen zu guter, qualitativer Arbeit in die Kassenpraxis gehen und keine ausreichende Existenzgrundlage finden, dann schafft das sozialpolitischen und gesellschaftspolitischen Sprengstoff. Das sollte auch die Politik nicht übersehen!

Ich will durchaus zugeben, daß Zeitungsmeldungen der letzten Tage, wie „Jeder dritte Arzt in München steht vor der Pleite“ übertrieben sind. Doch das Wort „Konkurs“ ist heute auch in unseren ärztlichen Bereichen kein unbekanntes Fremdwort mehr. Bildungspolitik in allen Ehren. Es wurde einmal erklärt, die Bildungspolitik habe nur ein Ziel, nämlich möglichst allen eine besonders gute Ausbildung zu vermitteln. Es sei aber belanglos für die Bildungspolitik, ob der einzelne dann auch einen Arbeitsplatz findet. Ich glaube, so losgelöst von der Gesamtpolitik darf man die Bildungspolitik nicht einschätzen. Das ist eine Fehlentwicklung!

● Es kann ganz einfach gesellschaftspolitisch und ordnungspolitisch nicht sinnvoll sein, Menschen in langen Jahren zu einem hochqualifizierten Beruf heranzubilden, obwohl man von vornherein wissen muß, daß ein Großteil von ihnen keinen Arbeitsplatz findet.

Wir freuen uns zwar darüber, daß die Studienanfängerzahl um etwa 20 Prozent gesenkt wird, aber sie liegt immer noch weit über einem vernünftigen Bedarf. Lassen Sie mich nur eine Vergleichszahl nennen: in der Bundesrepublik entfällt jährlich ein neu approbierter Arzt auf 5000 Einwohner, im Vereinigten Königreich – kurz England genannt – ein neu approbierter Arzt auf 15 000 Einwohner. In diesem alten demokratischen Land hält man sich genau an den Grundsatz, nicht mehr Ärzte heranzubilden, als vernünftigerweise benötigt werden. Wir wollen nicht so drastisch reduzieren, aber ich glaube, man sollte einmal diesen Blick über die Grenzen tun.

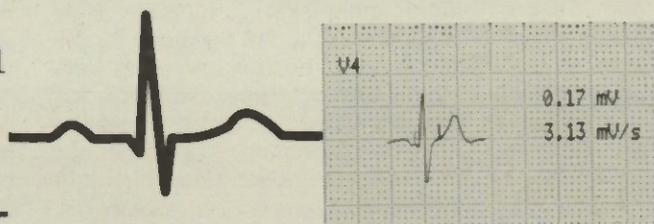
Die Zahl der Ärzte im Praktikum ist inzwischen beachtlich angewachsen. Bei der Kammer sind derzeit 2547 Ärzte im Praktikum gemeldet. Von Anfang an geben konstant etwa zehn Prozent an, noch keine ärztliche Tätigkeit begonnen zu haben. Man kann also sagen, das Experiment ist gelungen; die meisten fin-



Mit dem EK 56 von  
PPG HELLIGE sind  
Sie heute schon für  
morgen gerüstet.

Das garantieren CARDIOPROM's, die einfach  
in das System gesteckt werden und so seinen  
Leistungsumfang bestimmen. Die Software-  
palette reicht von der EKG-Vermessung und

Interpretation  
bis hin zu Ar-



Die lastabhängige ST-  
Vermessung gibt bei  
der Ergometrie eine  
umfassende Information  
über den momentanen  
Zustand des Patienten.

rhythmie- und Ergometrieprogrammen. Fragen

Sie nach Details.

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



den ohne Wartezeit eine Stelle. Aber man muß dann die Frage stellen, unter welchen Bedingungen sie untergebracht worden sind. Auf einer bisherigen Planstelle sitzen im Durchschnitt zweieinhalb Ärzte im Praktikum, das heißt, sie bekommen für ihre Leistung nach neun Jahren Gymnasium und sechs Jahren Medizinstudium eine Entschädigung, die für Reinigungsarbeiten empört zurückgewiesen werden würde.

Zum Kassenarztrecht machten Sie einige Anmerkungen, Herr Staatsminister. Es trifft zu, daß wir die im Gesetz vorgesehenen Richtgrößen noch nicht vereinbart haben. Es gibt derzeit im gesamten Bundesgebiet noch keine konkreten Vorstellungen, wie man überhaupt Richtgrößen berechnen kann. Das war auch einer der Gründe, warum wir Zurückhaltung übten. Wir haben den Versuch gemacht, über eine rein qualitative Prüfungsform neue Wege zu gehen. Ich halte Richtgrößen für keine gute Lösung, weil mit ihnen der Arzneimittelverbrauch rein schematisch beurteilt wird.

#### **Unausweichlich: Diagnose auf Krankenschein**

Diagnose auf dem Krankenschein – das Thema hat einige Wellen geschlagen. Mich hat dabei nur eines gewundert, nämlich, daß die heftigsten Kritiker Privatversicherte sind. Sie haben offenbar ganz vergessen, daß sie schon in ihrem Aufnahmeantrag zur privaten Krankenversicherung durch ihre Unterschrift sämtliche Ärzte, die sie früher behandelt haben und die sie in der Zukunft behandeln werden, von der Schweigepflicht entbinden. Und natürlich können sie bei ihrer Privatversicherung keine Rechnung einreichen, ohne daß genaue Diagnosen darauf stehen. Übertragen auf die Sozialversicherung: Wir leben nun einmal, wie ich neulich geschrieben habe, in einem Sozialstaat und sind ein Volk von Versicherten geworden. Wer Leistungen

haben will, muß eben auch den Anspruch auf Leistungen belegen können. Das ist die Konsequenz, wenn man Sicherheit will. Andernfalls müßte jeder das Risiko seiner Lebensveränderungen, seiner Krankheiten selber tragen; nur dann könnte er von seinem Arzt erwarten, daß die Diagnose nur ihm und dem Arzt bekannt bleibt. Das sind Konsequenzen, über die man nachdenken sollte.

Zur vor- und nachstationären Behandlung: Wir haben noch keinen Vertrag. Ich möchte heute Ihnen, Herr Staatsminister, dafür danken, daß Sie – und wir haben darüber ja viele Stunden diskutiert – es schließlich erreichen konnten, daß im Gesetz die prästationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung nicht direkt aufgenommen, sondern als Vertrag vorgegeben worden ist. Ursprünglich stand ja im Entwurf, daß sie einzuführen ist. Aber die Meinungen gehen nun einmal in einer solchen Frage weit auseinander.

● Ich vertrete die Auffassung, daß es bei einer so dichten Besetzung mit Ärzten aller Fachgebiete einer Öffnung der Krankenhäuser für vorstationäre Diagnostik nur in den seltensten Fällen bedarf, und ich bin sehr froh, daß darüber zwischen den Kollegen im Krankenhaus und in der Praxis volle Übereinstimmung besteht. Es wäre nicht richtig, eine so wichtige Frage durch ein Schiedsamt entscheiden zu lassen, was ja in diesem Jahr fällig wäre. Den anderen Beteiligten, den Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft, danke ich dafür, daß wir uns hierin einig sind. Ich meine, Herr Staatsminister, daß wir diese Sache wirklich am besten an Ihrem Verhandlungstisch regeln können. Wir werden sicher zu einer sinnvollen Regelung kommen – aber immer unter dem Grundsatz: Das darf nicht die Hintertüre werden, durch die Ambulatorien an den Krankenhäusern eingeführt werden. Das muß beachtet werden!

#### **Gesundheitsvorsorge: hohe Ziele, bescheidene Realität**

Gesundheitsvorsorge, ein Wort, das gerne in den Mund genommen wird. Allerdings steht das Verhältnis derer, die gesundheitsvorsorglich zu leben bereit sind, zu denen, die darüber reden, in einem echten Mißverhältnis. Es ist eben viel einfacher, darüber zu reden, als sich daran zu orientieren. Die gesetzliche Krankenversicherung bietet sehr gute Möglichkeiten der Krankheitsfrüherkennung und damit natürlich auch der Gesundheitsvorsorge. Aber wir wissen alle: die Vorsorgeuntersuchung der Männer wird von rund zehn Prozent in Anspruch genommen, bei den Frauen sind es 30 bis 35 Prozent. Niemand kennt die Gründe dafür. Es ist sicher nicht nur Gleichgültigkeit, sondern auch Sorge und Angst vor einer Diagnose.

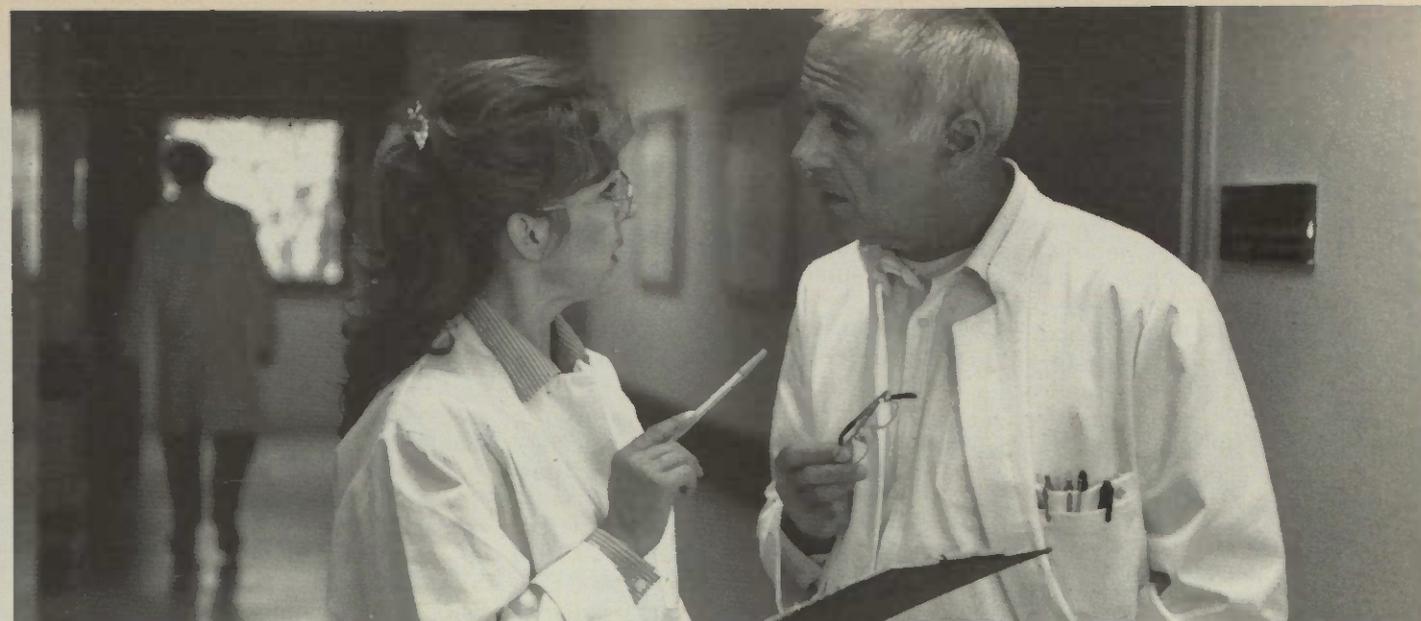
Hoherfreulich ist, daß die ärztliche Schwangerenbetreuung fast von allen Frauen, einschließlich der ausländischen Frauen, in Anspruch genommen wird. Das ist einer der Gründe dafür, daß wir die Neugeborenensterblichkeit so erheblich senken konnten. Wie unsere Perinatalstudie aufweist, liegen wir heute mit unseren Zahlen in Bayern in der Spitzengruppe der europäischen Länder, und das halte ich für einen sehr erfreulichen Erfolg unserer Bemühungen. Bei der Neugeborenen- und Kleinkinderuntersuchung, also U1 bis U9, wie man sie kurz nennt, nimmt die Teilnahme leider mit steigendem Alter der Kinder ab. Offenbar orientieren sich die Mütter hier nur an der Lebhaftigkeit ihrer Sprößlinge; sie sollten aber doch auch die späteren Untersuchungen in Anspruch nehmen.

Neu eingeführt wurde die Gesundheitsuntersuchung nach dem Gesundheits-Reformgesetz. Ich halte das Programm für ausreichend, um zumindest Verdachtsmomente auf Herz-, Kreislauf- und Nierenerkrankungen oder auch für die Zuckerkrankheit festzustellen. Die weitere Abklärung ist Sache der normalen ärztlichen Diagnostik. Bisher haben wir noch keinen Überblick darüber, wie die Beteiligung sich entwickelt. Wir hoffen, daß wir – weil es hier nicht von vornherein um Krebsangst geht, sondern um eine allgemeine Feststellung des Gesundheitszustandes – höhere Beteiligungsraten erreichen werden.

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

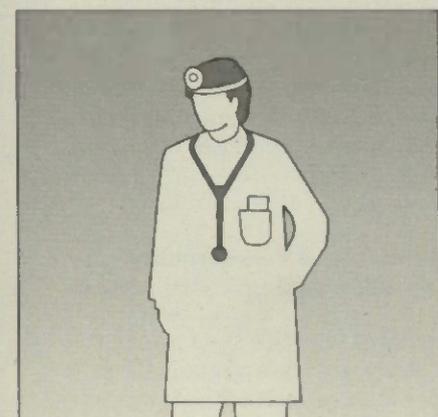
vom 16. bis 19. Januar 1991 in Köln

Auskunft und Anmeldung: Kongreßbüro der Bundesärztekammer,  
Postfach 41 02 20, 5000 Köln 41, Telefon (02 21) 4 0 0 4 - 2 2 2 bis 2 2 4



## Was wir unter guter Beratung für **Ärzte** verstehen.

Hohe Anforderungen und ein hohes Maß an persönlicher Verantwortung prägen Ihren Beruf.



Die Vereinte bietet maßgeschneiderten Versicherungsschutz für den Arzt: bei Berufsunfähigkeit, zur Altersvorsorge und zur Absicherung der Familie. In vielen Beratungsgesprächen mit Ärzten aller Fachrichtungen steht die Vereinte täglich mit Rat und Tat zur Seite.

Der Gruppenversicherungsvertrag der Vereinten Krankenversicherung AG mit allen Ärztekammern und dem Marburger Bund bietet Ihnen einen Versicherungsschutz zu besonders günstigen Tarifen. Zum Beispiel die Krankenvollversicherung:

- Die Leistungen umfassen Kostenübernahmen bei ambulanter, stationärer und zahnärztlicher Heilbehandlung.
- Ihr monatliches Nettoeinkommen können Sie bis zu einer Höhe von 24.000 DM mit einer Krankentagegeldversicherung absichern.
- Die Krankenhaustagegeldversicherung zahlt für jeden Tag Ihres Krankenhausaufenthaltes je nach Vereinbarung zwischen 10 DM und 300 DM.

### Gut beraten in der Praxis

Als kompetente Ärzte-Krankenversicherung haben wir uns einen guten Namen gemacht.

Wir sind mit Ihren spezifischen Versicherungsproblemen vertraut.

Fragen Sie unseren Berater oder schreiben Sie uns.

### **Ratgeber-Coupon**

**Ja**, ich möchte mehr über meine berufsspezifischen und privaten Absicherungs- und Vorsorgemöglichkeiten wissen.

Bitte senden Sie mir die Information „Krankenvollversicherung für Ärzte“ zu.

Ich habe ein aktuelles Versicherungsproblem und möchte Ihren Berater sprechen.

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ/Wohnort

\_\_\_\_\_  
Alter

angestellter Arzt  niedergelassener Arzt

Bitte ausgefüllt senden an:  
Vereinte Versicherungen  
Informationszentrale M500BJ9044  
Postfach 2013 20  
8000 München 2

Mit Sicherheit gut beraten®



**Vereinte**  
Versicherungen

Doch einen Hinweis kann man nicht oft genug wiederholen:

● Es wird so gerne, gerade in Wahlversammlungen und in politischen Kreisen, die Forderung erhoben, die präventive Medizin müsse an die Stelle der kurativen Medizin treten. Das ist eine laienhafte Fehlvorstellung, die sich niemals realisieren lassen wird. Die Gesundheitsuntersuchung, die Früherkennung, hat ja zwei Ziele: Das erste, erfreuliche Ergebnis ist die Feststellung der Gesundheit; unter Umständen auch die Feststellung vorhandener Risikofaktoren, einer fehlsamen Lebensweise.

Jede Gesundheitsuntersuchung ist aber zugleich auch eine frühestmögliche Feststellung von beginnenden Erkrankungen. Wenn bei einem Patienten erste Anzeichen eines Bluthochdrucks oder einer Veränderung im Blutzuckerspiegel festgestellt werden, dann gelangt dieser Untersuchte Jahre vor Symptomen, die ihn sonst zum Arzt getrieben hätten, bereits in ärztliche Obhut; er nimmt also um Jahre länger ärztliche Leistungen in Anspruch. Das heißt aber, dieser Fall wird eher teurer, als wenn er nicht zur Gesundheitsuntersuchung gegangen wäre.

● Wir dürfen deshalb die Gesundheitsuntersuchungen, die Präventivmedizin nicht allein nach finanziellen Fragestellungen beurteilen. Wir müssen vielmehr bereit sein, auch die bessere Lebensqualität und höhere Lebenserwartung mit einzubeziehen. Bei den jüngeren ist damit auch die Frage der Arbeitsfähigkeit verbunden, und damit ergibt sich ja auch eine Auswirkung auf die Produktivität. Also: nur unter diesem Gesichtspunkt und nicht unter der vereinfachten Formel „präventiv statt kurativ“ oder „Einsparung von Geldern“ darf man die Gesundheitsuntersuchungen sehen.

Im übrigen wäre es natürlich unser großer Wunsch, wenn die ärztliche Beratung auch zu notwendigen Veränderungen der Lebensweise führen würde. Hier sind wir noch weit von einem einigermaßen vertretbaren Ziel entfernt. Die Zahl derer, die bereit sind, etwa das Rauchen aufzugeben, ist erschreckend gering. Es gibt Erfahrungen, daß sogar nach der Durchführung teurer Rehabilitationskuren – vier Wochen in

einem herrlichen Sanatorium mit Sport am Morgen und bester Diätküche – die Zahl derer, die das Rauchen aufgeben, nur bei fünf Prozent liegen sollte. Es können vielleicht einige mehr sein, aber die Ergebnisse sind erschreckend gering. Solange die ärztlichen Ratschläge nicht angenommen werden, sind natürlich auch die Ergebnisse solcher präventiver Maßnahmen entsprechend unbefriedigend. Aber insgesamt halte ich sie für sinnvoll.

In Ihrem Hause, Herr Staatsminister, wurde mit unserer Mithilfe das Bayerische Präventionsprogramm erarbeitet. Ich habe gerne daran mitgewirkt. Es ist eigentlich mehr ein Leitfaden für die bayerische Bevölkerung geworden, und wer darin blättert, wird geradezu erstaunt sein, welch zahlreiche Möglichkeiten den bayerischen Bürgern angeboten werden, um gesund zu bleiben. Ich bin neugierig, wieviele davon Gebrauch machen. Wir würden uns natürlich sehr über eine hohe Inanspruchnahme freuen.

#### **Ein Wort zum Hochrechnen von Krankheitshäufigkeiten**

Nun ein Wort zum Landesplan für psychisch Kranke und psychisch Behinderte. Er wurde ja neu aufgelegt. Auch hier haben wir gerne mitgearbeitet, wenn auch die Meinungen nicht immer übereinstimmten. Sie erwähnten eine Untersuchung, Herr Staatsminister, nach der 18 Prozent der Erwachsenen in Bayern von einer psychischen Krankheit (einschließlich der psychosomatischen Krankheiten) betroffen seien. Wenn ich mich so umschaue im Kreis, der hier versammelt ist: bei 300 Gästen würden also mindestens 60 von uns, folgt man dieser Studie, in die Gruppe derer gehören, die durch eine psychische Krankheit betroffen sind. Das ist natürlich etwas „vereinfacht“, aber man sollte es ruhig einmal so betrachten. Seit einiger Zeit verfolge ich Meldungen der Zeitungen über Krankheitshäufigkeiten. Einmal liest man: soviel Millionen Menschen sind Rheumatiker, neuerdings gibt es auch so und soviel Millionen Allergiker, andere Millionen sind dann Hypertoniker oder sonstige Kranke. Wenn man das so zusammennimmt, dann frage ich mich eigentlich, wo in unserer Bevölkerung noch die Gesunden sind. Rechnet man nämlich alle diese Zahlen zusammen, dann

müßte eigentlich jeder von uns nicht nur eine, sondern mehrere chronische Krankheiten haben. Es wäre dann der Schluß berechtigt, daß gerade dieser Umstand dazu führt, daß die Lebenserwartung der Menschen immer höher wird. Eine merkwürdige Konsequenz, die sich daraus ergibt.

Sieht man ein bißchen hinter die Kulissen, kann man sich manchmal des Eindrucks nicht erwehren, daß solche Meldungen über Krankheitshäufigkeiten nicht ganz losgelöst gesehen werden können von dem Wunsch nach staatlichen Fördermitteln und Lehrstühlen, nach Planstellen und sonstigen Vorteilen, die sich daraus ergeben können. Bedauerlich ist natürlich auch, daß die Presse am liebsten über das berichtet, was sensationell wirkt, was also Schlagzeilen macht. Betrüblich ist vor allem aber auch, daß unsere Mitmenschen die Schuld für eine Erkrankung von sich selber wegschieben und am liebsten der Umwelt zuschieben. Der chronische Bronchitiker wird ungern seine 30 Zigaretten beschuldigen, sondern lieber den Schlot der Müllverbrennungsanlage, die zehn Kilometer entfernt ist. Das ist viel angenehmer, weil er dann weiterrauchen kann. Hier sollte sich die Mentalität unserer Bevölkerung schon noch ein bißchen ändern.

#### **Drogentote und Verkehrstote – die Schlagzeilen sind ungleich verteilt**

Die gleiche Presse bringt zwar Einzelmeldungen über Verkehrsunfälle, aber man vermißt es, daß – gleich aufgemacht wie Meldungen über Allergien oder anderes – einmal zusammenfassend über die Zahl der Verkehrstoten in unserem Lande berichtet würde. Allein im Jahre 1989 sind in Bayern 1864 gesunde Menschen Todesopfer von Verkehrsunfällen geworden. Das ist eine erschreckende Zahl, die zeigt, daß das Verhalten der Menschen im Verkehr einer Einstellung entspricht, die einfach auf die Dauer nicht mehr verantwortet werden kann. Es ist nicht uninteressant, daß andererseits seitenweise sensationell aufgemachte Berichte über die Drogenproblematik kommen. Im vergangenen Jahr waren es gegenüber den 1864 Verkehrstoten 64 Drogentote, die in Bayern registriert worden sind. Ich glaube, das sind Zahlenrelationen, die man auch

nicht ganz aus dem Auge verlieren darf!

Ich möchte dankbar anerkennen, Herr Staatsminister, daß Ihr Haus mit uns zusammen verhindert hat, die Sozialpsychiatrischen Dienste aus ideologischen Motiven zu Behandlungsambulatorien umzufunktionieren. Das war eine große Gefahr, der wir hier gegenüberstanden. Heute möchte ich die Frage anschließen, ob es auf die Dauer sinnvoll ist, die Sozialstationen und die Sozialpsychiatrischen Dienste getrennt arbeiten zu lassen. Die Aufgaben überschneiden sich so vielfältig, daß meines Erachtens die Wirkung und auch die Zusammenarbeit mit der praktizierenden Ärzteschaft verbessert werden könnten, wenn diese beiden Dienste in irgendeiner Weise verbunden würden. Das wäre eines unserer Ziele.

Es gäbe noch eine Fülle von Problemen, die wir erörtern könnten. Wir haben nicht gesprochen über die Pflegefall-Problematik, auch nicht über den Mangel an Pflegekräften, obwohl uns das allen auf den Nägeln brennt. Auch die sogenannte Geriatrie kam nicht zur Sprache, obwohl wir uns ständig damit beschäftigen. Aber ich glaube, die Höflichkeit gebietet es, Gäste, die bis nach Wunsiedel gekommen sind, nicht übermäßig lange an ihre Stühle zu binden, denn das wäre der falsche Dank dafür, daß sie zu uns gekommen sind.

### Goethe über die deutsche Einheit

Ich möchte es abschließend noch einmal sagen: Dieser 43. Bayerische Ärztetag sollte für uns alle im Zeichen des historischen Ereignisses der Wiedervereinigung unseres Vaterlandes stehen. Deshalb möchte ich Worte zitieren, die vor etwa 200 Jahren geschrieben wurden und heute noch voll gelten. Sie lauten:

*„Mir ist nicht bange, daß Deutschland nicht eins werde, vor allem sei es eins in Liebe untereinander und immer sei es eins, daß der deutsche Thaler und Groschen im ganzen Reiche gleichen Wert habe, eins, daß mein Reisekoffer durch alle deutschen Länder ungeöffnet passieren könne“*

Johann Wolfgang von Goethe.

Unter dieses Leitwort stelle ich den 43. Bayerischen Ärztetag 1990.

## Ehrengäste aus dem „öffentlichen Leben“ und aus „der Arztfamilie“

Auch der 43. Bayerische Ärztetag war, wie die früheren Ärztetage, durch den Besuch einer Fülle von Ehrengästen ausgezeichnet. Trotz des Wahlwochenendes waren der Bundesminister für wirtschaftliche Zusammenarbeit, Dr. Jürgen Warnke, sowie Sozialminister Dr. Gerhard Glück, als Repräsentant der Bayerischen Staatsregierung, gekommen. Beide begrüßten den Ärztetag mit einer kleineren (Warnke) oder größeren (Glück) Rede. Sie wurden vom Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Senator Professor Dr. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering, namentlich und vom Plenum mit Beifall herzlich willkommen geheißen.

Nachstehend ein kleiner Auszug aus der langen Gästeliste. Nach Wunsiedel waren gekommen: Aus dem Bayerischen Landtag der Abgeordnete Willi Müller.

Aus Ministerien und obersten Behörden: Ministerialdirektor Dr. Georg Waltner sowie der Leiter der Gesundheitsabteilung, Ministerialdirigent Georg Scholz, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft, und der Leitende Ministerialrat Dr. Dr. Peter Moritz, alle aus dem Bayerischen Staatsministerium des Innern. Aus dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung: der Leiter der Abteilung Grundsatzfragen, Ministerialdirigent Alfred Müller, der Leiter der Abteilung Sozialversicherung, Ministerialdirigent Dr. Wolfgang Leyendecker, der Leiter der Gesundheitsabteilung, Leitender Ministerialrat Dr. Gerhard Marino, sowie eine große Zahl weiterer leitender Beamter aus beiden Häusern.

Gekommen waren Regierungspräsident Dr. Erich Haniel von der Regierung von Oberfranken, der Vizepräsident des Bezirkstages, Dr. Dr. Hans Heun, und Landrat Dr. Peter Seißer, sowie der Bürgermeister der gastgebenden Gemeinde Wunsiedel, Otto Rothe, der an den Ärztetag ein kleines Grußwort richtete.

Gäste aus der Gerichtsbarkeit: Der Vorsitzende Richter am Bundes-

sozialgericht a. D. Günter Schroeder-Printzen, der Präsident des Bayerischen Landessozialgerichts Dr. Helmut Müller und dessen Vizepräsident Walter Reichert, der Präsident des Sozialgerichts München Klaus Brödl, sowie weitere hohe Richter der bayerischen Sozialgerichtsbarkeit; ferner der Vorsitzende Richter des Landesberufsgerichts für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht Dr. Josef Kotsch sowie der Vorsitzende Richter des Berufsgerichts für die Heilberufe beim Oberlandesgericht Nürnberg Rudolf Koob.

Die Medizinischen Fakultäten waren offiziell vertreten durch den Prodekan der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg, Professor Dr. Eberhard Paterock. Begrüßt wurde Professor Dr. Dr. h. c. Wolfgang Spann als langjähriger Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität München. Gäste des Ärztetages waren auch der Landesbeauftragte für den Datenschutz, Sebastian Oberhauser; Generalarzt Dr. Hans-Dieter Schmidt vom Bundesministerium der Verteidigung, der Oberstarzt Dr. Dieter Nechvatal, und last not least der Vizepräsident der Bayerischen Versicherungskammer, Gerhard Luther, und der Leiter der Bayerischen Ärzteversorgung und Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft, Abteilungsleiter Direktor Walter Albrecht.

Gäste aus dem Kreis der Vertragspartner: der alternierende Vorsitzende des AOK-Landesverbandes Bayern, Dr. Rainer Will; vom Landesverband der Innungskrankenkassen in Bayern die Geschäftsführer, Direktor Hartmut Holmer und Franz Himmelstoß; von den Landwirtschaftlichen Sozialversicherungsträgern Oberbayern die Vorsitzenden, Josef Berger und Josef Holzer, die Geschäftsführer, Direktor Hermann Richter und Direktor Norbert Gradl. Vom Landesausschuß Bayern des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen: der Geschäftsführer Helmut Wiechulla; für den Verband der privaten Krankenversicherung, Landesausschuß Bayern: Direktor Helmut Dieckmann. Des wei-

teren: Vertreter der Orts-, Betriebs-, Innungs- und Landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Ersatzkassen aus Oberfranken.

Die Heilberufe waren vertreten durch den Präsidenten, Dr. Hermann Vogel, und den neugewählten Vizepräsidenten der Landesapothekerkammer, Dr. Klaus Bayer, sowie erstmalig den Ersten Vorsitzenden des Apothekervereins, Gerhard Reichert, und den Hauptgeschäftsführer der Landes Zahnärztekammer, Dr. Otto Rouenhoff.

Zu Gast waren das Vorstandsmitglied Bruno Nösser der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer, der Generalbevollmächtigte für Süddeutschland, Direktor Winfried Kahlich, Träger des Ehrenzeichens der deutschen Ärzteschaft, sowie der Vorstandsvorsitzende der Vereinten Versicherungen, Generaldirektor Dr. Hans Karl Jäkel, und der Abteilungsdirektor der Winterthur Versiche-

rung, Assessor Wolfgang Jahn; als Vertreter der Kirche die Dekane Heinz Schindler und August Sparrer sowie Otto Krottenthaler.

Aus der Ärzteschaft: eine große Zahl Ärztlicher Direktoren und Chefarzte der Krankenhäuser in Oberfranken, vor allem aber Vorstandsmitglieder der Sächsischen Landesärztekammer, an ihrer Spitze der Stellvertretende Vorsitzende Dr. Gottfried Lindemann; weiterhin: der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, Sanitätsrat Dr. med. habil. Hans-Jürgen Hommel, Dr. Johannes Baumann, Vorsitzender der Bezirksstelle Dresden der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen, und schließlich die Geschäftsführerin der Sächsischen Landesärztekammer, Dr. jur. Verena Diefenbach.

Heben wir schließlich aus der „Arztfamilie“ noch die Träger der Paracelsus-Medaille, der höchsten Aus-

zeichnung der deutschen Ärzteschaft hervor: Dr. Hermann Braun (zugleich Präsident des Verbandes Freier Berufe in Bayern und Vorsitzender des Landesverbandes Bayern des Hartmannbundes) und Dr. Dr. Erich Graßl – beide stellvertretend für viele andere Träger ärztlicher Auszeichnungen.

Selbstverständlich waren auch in diesem Jahr eine Vielzahl von Vertretern ärztlicher Organisationen und Verbände zum Bayerischen Ärztetag gekommen. Sie hier aufzuzählen, wäre seitenfüllend. Deshalb sei stellvertretend für die „Ärzteschaft“ der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. Karsten Vilmar, genannt – und selbstverständlich die Vorsitzenden des gastgebenden Ärztlichen Bezirksverbandes Oberfranken und des Ärztlichen Kreisverbandes „Sechsamterland“, Dr. Hans-Joachim Friedrich und Dr. Erwin Geißendörfer.

## Vollversammlung des 43. Bayerischen Ärztetages

### Punkt 1 der Tagesordnung:

**Professor Dr. Dr. h. c. Wolfgang Spann:**

#### „Arzt und Drogenmißbrauch“

– Der Wortlaut dieses Referates wird in der Dezember-Nummer des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht. –

### Punkt 2 der Tagesordnung:

#### Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

– Das Grundsatzreferat von Professor Dr. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering sowie die Berichte des Vizepräsidenten Dr. Hans Hege und der Vorsitzenden der von der Bayerischen Landesärztekammer eingerichteten Ausschüsse werden ebenfalls in der Dezember-Nummer des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht. –

### Punkt 3 der Tagesordnung:

#### Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer

- 3.1 Rechnungsabschluss 1989
- 3.2 Entlastung des Vorstandes 1989
- 3.3 Wahl des Abschlußprüfers für 1990
- 3.4 Haushaltsplan 1991

Der mit dem Prüfungsvermerk des Revisors versehene Rechnungsabschluss 1989 wurde von den Delegierten ohne Gegenstimmen bei einzelnen Enthaltungen gebilligt. Anschließend wurde dem Vorstand – ohne Gegenstimmen – die Entlastung für das Geschäftsjahr 1989 erteilt.

Erneut wurde Revisor Weinzierl mit der Prüfung für das Geschäftsjahr 1990 bestellt.

Ferner wurde der Haushaltsvoranschlag 1991 vom Vorsitzenden des Finanzausschusses erläutert und von der Vollversammlung in der vorgelegten Form beschlossen.

### Punkt 4 der Tagesordnung:

#### Änderung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns

Der 43. Bayerische Ärztetag hatte sich mit dem Antrag auf Ergänzung des § 1 Abs. 6 wegen der im Jahre 1989 aktualisierten Fassung der Deklaration des Weltärztebundes zu befassen.

Der Vorstandsbeschluß zur Ergänzung des § 1 Abs. 6, Hinweis auf die revidierte Fassung von 1989 in Hong Kong, wurde von den Delegierten der Bayerischen Landesärztekammer einstimmig angenommen. Die Ergänzung der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns ist im amtlichen Teil des „Bayerischen Ärzteblattes“ (Seite 459) veröffentlicht.

Seinen Antrag für die vom Deutschen Ärztetag 1990 in Würzburg empfohlene Ergänzung des § 2 Abs. 7 der Berufsordnung (Regelung der Schweigepflicht bei wissenschaftlicher Forschung und Lehre) hat der Vorstand zurückgezogen. Es

ist angezeigt, daß eine Regelung hier noch einmal auf Bundesebene überdacht und rechtlich schärfer gefaßt wird.

# EntschlieBungen des 43. Bayerischen Ärztetages

## Punkt 5 der Tagesordnung:

### Änderung der Wahlordnung

Den Antrag auf Änderung der Wahlordnung für die Wahl der Delegierten zur Bayerischen Landesärztekammer hat die Vollversammlung veragt.

## Punkt 6 der Tagesordnung:

### Bestätigung des Tagungsortes und Bekanntgabe des Termins für den 44. Bayerischen Ärztetag 1991

Der 42. Bayerische Ärztetag hatte 1989 einstimmig beschlossen, den 44. Bayerischen Ärztetag in Bad Kissingen/Unterfranken durchzuführen. Dieser Bayerische Ärztetag findet in der Zeit vom 11. bis 13. Oktober 1991 statt.

## Punkt 7 der Tagesordnung:

### Wahl des Tagungsortes des 45. Bayerischen Ärztetages 1992

Nach der traditionellen Reihenfolge findet der 45. Bayerische Ärztetag im Regierungsbezirk Oberpfalz statt. Dr. Rechl, Vorsitzender des Ärztlichen Kreisverbandes Weiden, sprach die Einladung aus, den 45. Bayerischen Ärztetag 1992 in Weiden durchzuführen. Diese Einladung wurde von den Delegierten einstimmig angenommen.

### Kein kontradiktorischer Gegensatz zwischen „Schulmedizin“ und „Erfahrungsmedizin“

Der vermeintliche Gegensatz zwischen „Schulmedizin“ und „Erfahrungsmedizin“ beruht darauf, daß die Begriffe durcheinander geraten sind.

Was eis „Schulmedizin“ bezeichnet wird, ist jener Teil therapeutischen ärztlichen Wirkens, der sich der anerkannten und reproduzierbaren Ergebnisse naturwissenschaftlicher Forschung bedient. Wesentlich für die Methode der naturwissenschaftlichen Forschung ist die Entwicklung nachprüfungsfähiger Hypothesen über Kausalzusammenhänge und ihre Nachprüfung an der Erfahrung unter Minimierung des Zufallsfehlers und Nachweis der Reproduzierbarkeit der Ergebnisse.

„Erfahrungsmedizin“ dagegen umfaßt jene therapeutischen Methoden, die wissenschaftlich nicht abgesichert sind, von ihren Anwendern aber aufgrund persönlicher Erfahrung für wirksam gehalten werden.

Der Bayerische Ärztetag ist der Auffassung, daß die medizinische Wissenschaft erfahrungsmedizinische Heilweisen in ihre empirische Forschung einbeziehen sollte, um objektivierbare Erkenntnisse darüber zu gewinnen, ob und weiche Ergebnisse mit solchen Methoden nachprüfbar erzielt werden können. Dazu bedarf es keiner eigenen Einrichtungen. Sie kenn sowohl in die laufende Grundlagenforschung wie in die klinische Forschung einbezogen werden.

Der Bayerische Ärztetag fordert die Medizinischen Fakultäten auf, sich dieser Aufgabe anzunehmen. Sowohl negative wie positive Ergebnisse dienen dem berechtigten Anliegen Heilung suchender Menschen. Wirksame Methoden sollen ihnen damit erschlossen, vor unwirksamen solien sie geschützt werden.

Zugleich ergeben sich wertvolle Impulse für die medizinische Ausbildung. Dem ärztlichen Nachwuchs können auf diese Weise sowohl positive Erkenntnisse als auch kritische Beurteilungsfähigkeit in ihre spätere ärztliche Berufstätigkeit mitgegeben werden.

### Schutz der ärztlichen Gewissensfreiheit

Der Bayerische Ärztetag fordert Staat und Gesellschaft dazu auf, die in der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns im Gelöbnis und die in § 5 formulierte Freiheit des ärztlichen Gewissens, jedem Menschenleben von der Empfängnis an Ehrfurcht entgegenzubringen und die Pflicht, auch das ungeborene Leben grundsätzlich zu erhalten, glaubwürdig zu respektieren und in die Überlegungen zu einer Reform des § 218 StGB mit einzubeziehen.

### Hilfsausschuß

Aus dem vorhandenen Vermögen des Hilfsfonds des Hilfsausschusses der Bayerischen Landesärztekammer soll durch Zuwendungen an die Landesärztekammer Sechsen ein Grundstock ge-



## Einrichtung mit Gewinn

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



### Zukunft einbauen – nicht verbauen

BLB-Einrichtungen GmbH  
Frauenstraße 30  
B031 Maisach bei München  
Tel.: (08141) 90131 Telex 527694

### „Gewinner“-Scheck

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

Mein Name \_\_\_\_\_

Anschrift/Telefon \_\_\_\_\_

legt werden zur Bildung eines Hilfsfonds für in Not geratene Ärztinnen und Ärzte, Arztwitwen und Arztwaisen in dieser neu aufgebauten Landesärztekammer.

Über die Höhe der Zuwendungen soll der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer entscheiden.

#### **Empfehlung der Kommission Medizin-Umwelt-Gesundheit zum Einsatz von Recycling-Papier durch die ärztlichen Körperschaften in Bayern**

Die Kommission Medizin-Umwelt-Gesundheit sieht ökologische Vorteile durch die Benutzung von Recycling-Papier anstelle von ausschließlich aus Frischfasern hergestelltem Papier in Druck- und Büropapieren. Sie empfiehlt den Vorständen der ärztlichen Körperschaften den Einsatz von Recycling-Papier überall dort, wo keine zwingenden Gründe dagegen sprechen.

#### **Empfehlung der Kommission Medizin-Umwelt-Gesundheit zur Bewertung der Müllverbrennung durch die ärztlichen Körperschaften in Bayern**

Verantwortungsvolle Müllentsorgung muß auf der gesundheitlich sicheren Seite stehen. Wirklich gesundheitlich unbedenklich kann nur der nicht entstandene Müll sein, so daß der Müllvermeidung die Priorität zukommen muß. Hier sind alle Bürger gefordert. Nicht vermeidbarer Müll sollte, soweit wie möglich, stofflich verwertet werden, da im Regelfall von der stofflichen Verwertung ein geringeres gesundheitliches Risiko ausgeht als von allen anderen Müllbehandlungsmaßnahmen. Bereits hier sollte aber im Einzelfall eine Risikoanalyse als Grundlage der Beurteilung vorgenommen werden.

Eine weitere Behandlung von Abfällen ist nur dann zulässig, wenn alle Maßnahmen zur Vermeidung und Verwertung ausgeschöpft sind. Hier kann nicht Wirtschaftlichkeit, sondern vorrangig das gesundheitliche Risiko Maßstab der Entscheidung sein.

Müllverbrennung darf nur dann zur Anwendung kommen, wenn andere Behandlungsmaßnahmen ein höheres gesundheitliches Risiko bedingen.

Als Ärzte mahnen wir, in Verantwortung für das gesundheitliche Wohl der lebenden und nachfolgenden Generationen die Mittel und Möglichkeiten zu schaffen, welche zur Erreichung dieser Ziele erforderlich sind.

#### **Empfehlung der Kommission Medizin-Umwelt-Gesundheit zur Schaffung der Stelle eines „Umwelt- und Abfallbeauftragten“**

Ärztliche Tätigkeit ähnelt anderen wirtschaftlichen Abläufen hinsichtlich Ressourcenverbrauch und Abfallerzeugung.

Die große Mehrzahl der Ärzte ist bereit, weitergehende Maßnahmen zur Umsetzung ökologischer Prinzipien in der täglichen Praxis zu verwirklichen, wobei der einzelne allerdings im Detail nicht selten überfordert ist. Ähnliches gilt für Krankenhäuser und für die Verwaltungen.

Der Umweltausschuß bittet den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, die Aufgaben ökologischer Beschaffung und umweltfreundlicher Entsorgung in einer Hand zusammenzufassen.

Zu diesem Zweck sollte eine Stelle sowohl bei der Bayerischen Landesärztekammer als auch bei den Untergliederungen (Bezirk bzw. Kreis) geschaffen werden. Ihre Aufgabe ist die Beratung der Ärzte hinsichtlich

- ökologischer Beschaffung
- Abfallvermeidung im Praxisablauf,
- Organisation der Müllentsorgung in der Praxis,
- Entsorgung verfallener und nicht verwendeter Arzneimittel,
- Prüfung von Entsorgungswegen (z. B. Chemikalienentsorgung),
- umweltfreundlicher Organisation der Verwaltung (Umweltpapier, Toner-Recycling, Schreibmaschinenbänder u. v. m.),
- Umsetzung von Problemlösungen, die im Umweltausschuß erarbeitet worden,
- allgemeiner „Umweltverträglichkeitsprüfung“ ärztlichen Wirtschaftens.

Der Stellenwert ökologischer Probleme auch für die Individualmedizin sollte uns dazu veranlassen, auch in unserem eigenen Bereich alle Möglichkeiten des Umweltschutzes zu nutzen!

#### **Müllproblematik**

Der Bayerische Ärztetag unterstützt die Stellungnahme der Vertreter der Münchener Ärzteschaft zur Müllproblematik (einstimmige Verabschiedung am 19. September 1990) und faßt folgende EntschlieÙung:

„Der Müllberg wächst und wird zunehmend zu einem ernstem ökologischen, ökonomischen und sozialen Problem unserer Gesellschaft. Auf vielfältige Weise gefährdet die Müllflut die Gesundheit der Bevölkerung. Eine Lösung muß deshalb auch im Interesse des vorbeugenden Gesundheitsschutzes gesucht werden.

Ärztinnen und Ärzte sind – gemäß des Hippokratischen Eides – nicht nur dem Wohl des einzelnen, sondern auch dem Gemeinwohl verpflichtet. Sie dürfen deshalb bei der Mülldiskussion nicht abseits stehen; sie müssen sich kundig machen und an Lösungsvorschlägen mitarbeiten.

In Erfüllung ihrer Berufspflicht nehmen die Vertreter der bayerischen Ärzteschaft wie folgt Stellung:

1. Alle Verfahren zur Beseitigung der gewaltigen Müllmengen sind problematisch. Deponierung und Verbrennung können auf lange Sicht die Gesundheit der Menschen gefährden. Bei beiden Verfahren entstehen in unkontrollierbarer Weise Giftstoffe mit weitgehend unbekannter Zusammensetzung, Menge und Toxizität. Sie können niemals vollständig von der Umwelt zurückgehalten werden; sie gelangen zwangsläufig in das Grundwasser und in die Luft und damit auf vielfältigen Wegen (Trinkwasser, Atemluft, Nahrungsketten) in den menschlichen Körper. Eine toxikologische Gesamtbewertung der möglichen Immissionen ist derzeit nicht möglich.
2. Eine Lösung des Müllproblems darf deshalb nicht am Ende, sondern muß am Anfang der Kette Müllherzeugung – Müllbeseitigung gesucht werden. Müllvermeidung sollte das oberste Gebot für Kommunen, Privatleute und Wirtschaft sein. Der Gesetzgeber muß mit flankierenden Maßnahmen dazu beitragen, daß die Müllherzeugung (z. B. durch die Verpackungsindustrie) drastisch gesenkt wird.
3. Es muß nach Wegen gesucht werden, die im Müll enthaltenen Wertstoffe (Glas, Metall, Papier, Kunststoff) weitgehend wiederzuverwerten und die kompostierbaren organischen Anteile auszusondern. Der Gebrauch von Einwegmaterialien sollte eingeschränkt werden (z. B. in der Getränkeindustrie). Auch im medizinischen Bereich sollten Einwegmaterialien, die nicht hygienisch begründet sind, sparsam eingesetzt werden; bereits bei deren Herstellung sollten die Er-

zeuger auf Wiederverwertbarkeit achten (z. B. alle Materialien im medizinischen Bereich möglichst aus einheitlichem Kunststoff).

4. Für die Beseitigung des Restmülls, der nach Ausschöpfung aller Möglichkeiten von Müllvermeidung und Wiederverwertung anfällt, kann es keine einheitliche Lösung geben. Jede Lösung muß die jeweilige Zusammensetzung des Mülls und die örtlichen Gegebenheiten berücksichtigen. Eine Minimierung von Gesundheitsgefahren muß dabei eindeutig Vorrang vor wirtschaftlichen Erwägungen haben. Kosten/Nutzen-Analysen allein aus ökonomischer Sicht dürfen nicht den Ausschlag geben.

5. Wir sind besorgt, daß Bundesregierung und Landesregierungen der Müllverbrennung eine hohe Priorität bei der Lösung des Problems geben und den Betrieb sowie den Bau weiterer Müllverbrennungsanlagen unterstützen. Wir sehen in der derzeitigen Praxis der Müllverbrennung ein aus der Sicht der Gesundheitsvorsorge besonders belastendes Verfahren und führen dazu folgende Gründe an:

- Bei der Müllverbrennung entsteht eine Vielzahl neuer Stoffe. Nur wenige

sind bisher in ihren stofflichen und toxikologischen Eigenschaften bekannt. Die Entstehung der hochgiftigen halogenierten Dioxine und Furane ist bei derzeitiger Zusammensetzung des Mülls unvermeidbar. Eine vollständige Zurückhaltung dieser Gifte ist unmöglich.

- Die Materie bleibt nach Verbrennung erhalten. Sie liegt vor in Form von Schlacken und Stäuben, die deponiert werden müssen. Dafür wird mindestens ein Drittel der Deponiekapazität, die der unverbrannte Müll beanspruchen würde, benötigt. Zusätzlich wird die Müllmaterie in Form von Feinstäuben und in gasförmigem Zustand weit über das Land verteilt. Anstatt gefährliche Stoffe zusammenzuhalten und zu überwachen, setzt man bei der Müllverbrennung auf das Unschädlichmachen durch unendliche Verdünnung. Unser Lebensraum ist aber nicht unendlich groß; der Verdünnung sind enge Grenzen gesetzt; eine 'Entsorgung über die Luft' führt unweigerlich zu einer Anreicherung von Schadstoffen im Boden, in Pflanzen und Tieren. Als Endglied der Nahrungskette gehört der Mensch zu den höchstbelasteten Lebewesen.

- Unsere Atemluft ist bereits durch Abgase aus Verkehr, Industrie, Haus-

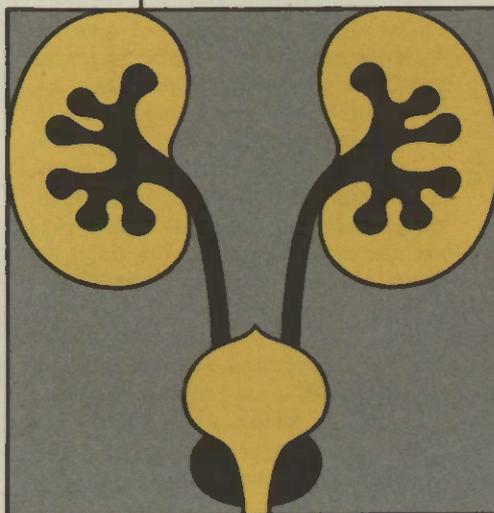
brand u. a. übermäßig mit Schadstoffen belastet. Durch die Müllverbrennung wird die Atemluft als 'Deponie für Abgase' noch mehr als bisher mißbraucht.

- Luftschadstoffe stehen in begründetem Verdacht, Atemwegserkrankungen, Allergien und eine Minderung der körpereigenen Abwehr auszulösen. Auch ist nicht ausgeschlossen, daß durch sie, wie z. B. durch die ubiquitär verbreiteten Dioxine, das kanzerogene Potential, dem wir in steigendem Maße ausgesetzt sind, erhöht wird.

- Bei vielen Umweltgiften beruht die Langzeittoxizität auf lipophilen Eigenschaften, die u. a. die geringe Schwundrate begründen. Sie bleiben jahrzehntelang in der Umwelt und akkumulieren sich in unseren Körpern. Wir produzieren heute die Gifte, die unsere Kinder und Enkel noch belasten werden. Ein Beispiel: Nach Untersuchungen des Bundesgesundheitsamtes ist Muttermilch 20mal stärker mit Dioxinen belastet als Kuhmilch. Was eine Frau in zwei bis drei Jahrzehnten zuvor an Giftstoffen mannigfacher Art aufgenommen hat, kommt beim Stillen zum Vorschein und wird an den Säugling weitergegeben.

# SOLIDAGOREN®

normalisiert die Kapillarpermeabilität, erhöht die Kapillarresistenz, fördert Diurese und Ödemausschwemmung, hemmt Entzündungen und Spasmen der Harnwege.



**Zusammensetzung:** 100 g Solidagoren enthalten: Extr. fl. aus Herb. Solidag. virg. 50 g (stand. auf 1 mg Quercitrin pro ml), Herb. Potentill. anserin. 17 g, Rad. Rub. tinct. 15 g, Herb. Equiset. arv. 12 g, Fruct. Petrosel 5 g. Enth. 45 Vol.-% Alkohol.

**Anwendungsgebiete:** Glomeruläre Nephropathien, renale Hypertonie und Ödeme, Entzündungen und Spasmen der Harnwege, Schwangerschaftsnephropathien, ungenügende Diurese, Proteinurie.

**Dosierung:** 3 x täglich 20–30 Tropfen in etwas Flüssigkeit einnehmen.

**Handelsformen und Preise:** Solidagoren-Tropfen: 20 ml DM 7,48; 50 ml DM 14,95; 100 ml DM 25,43.



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

- Durch Verbrennung entsteht aus zunächst harmlosem Hausmüll ein Abbrand mit hohem Gehalt an Giftstoffen. Schlecken und Stäube heben letztlich den Charakter von Sondermüll und müssen mit entsprechender Vorsicht gelagert werden. Die besonderen Sicherheitsvorkehrungen bei Sondermülldeponien heben den vermeintlichen Vorteil der Volumenreduzierung des Mülls durch Verbrennung wieder auf.
- Richtlinie für die Schadstoffrückhaltung, z. B. TA-Luft, Strahlenschutzverordnung u. e., werden meist daran orientiert, was die Technik zu leisten vermag. Sie sind in der Regel nicht toxikologisch-medizinisch begründet, zumindest nicht im Hinblick auf Langzeitwirkungen. Sie garantieren deshalb nicht die gesundheitliche Unbedenklichkeit von Anlagen, die nach diesen Richtlinien genehmigt werden. Dies gilt auch für Müllverbrennungsanlagen.
- In der bisherigen Praxis sind Müllverbrennungsanlagen auf die Verwertung der entstehenden thermischen Energie ausgerichtet. Sie sind deshalb meist mit Industrieanlagen gekoppelt. Dadurch werden Sachzwänge geschaffen. Die Anlagen entfalten einen Müllsog und fördern somit die Müllherzeugung. Jede neue Verbrennungsanlage wirkt dem Bemühen um Müllvermeidung entgegen.

6. Wir begrüßen den Beschluß des Deutschen Ärztetages 1990 in Würzburg, ein Konzept zur Vermeidung und Reduzierung des in Praxen und Kliniken anfallenden Mülls vorzulegen, und regen dies auch für Mütchen an.

7. Wir fordern die Abkehr von einer Politik, die der Müllverbrennung die Priorität gibt. Müllverbrennung sollte Ausnahmefällen vorbehalten bleiben, bei denen alle anderen Verfahren der Müllbeseitigung aus ökologischer und medizinischer Sicht bedenklicher sind. Wir fordern statt dessen eine Politik, die auf Müllvermeidung ausgerichtet ist, - im Interesse der Gesundheit der uns anvertrauten Menschen."

#### Ärztinnen/Ärzte im Praktikum (AIP)

Der Bayerische Ärztetag appelliert an alle Kolleginnen und Kollegen, Ärztinnen/Ärzte im Praktikum ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand gemäß einzusetzen und sie weder zu über-, noch

zu unterfordern. Ausbildungsstand und Einsetzmöglichkeiten für AIPs entsprechen denen von bisherigen Berufsenfängern. Die Aufsicht durch den ausbildenden Arzt muß kontinuierlich gewährleistet sein, kann sich aber dem zunehmenden Kenntnisstand anpassen.

Die Erfahrung der Kemmer zeigt, daß Ärztinnen/Ärzte im Praktikum in nicht unerheblichem Maße von Anfang an selbständig eingesetzt werden. Das setzt voraus, daß die Ärztinnen/Ärzte im Praktikum den hierfür notwendigen Stand an Kenntnissen und Fähigkeiten besitzen, wovon sich der ausbildende Arzt im Einzelfall überzeugen muß. Andernfalls könnte sowohl die Fürsorgepflicht gegenüber dem Patienten als auch den Ärztinnen/Ärzten im Praktikum gegenüber verletzt werden und als Organisationsverschulden rechtliche Konsequenzen haben.

Ärztinnen/Ärzte im Praktikum andererseits als Pflegekräfte bzw. weit unter ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand einzusetzen, ist unkollegial und stellt einen Mißbrauch der ohnehin schwierigen Situation dieser ärztlichen Berufsentwässer dar. Es entspricht auch nicht der Verpflichtung zur Ausbildung, die mit der Anstellung eines AIP übernommen wird. Nachdem die Tätigkeit als Ärztin/Arzt im Praktikum nur dann als Weiterbildung angerechnet werden kann, wenn sie den Anforderungen der Weiterbildungsordnung genügt, ist der Kammer eine Anrechnung derartiger nichtärztlicher Tätigkeiten als Weiterbildung nicht möglich. Der ausbildende Arzt, der eine Weiterbildungsermächtigung der Kemmer besitzt, muß dem Vertrauen gerecht werden, das die Kammer in die persönliche und fachliche Eignung eines weiterbildungsermächtigten Arztes setzt und sich der Verantwortung gegenüber dem ärztlichen Nachwuchs stets bewußt sein.

#### Weiterbildung

Der Bayerische Ärztetag stellt fest, daß die Einführung des Arztes im Praktikum dazu geführt hat, daß die Zahl von Weiterbildungsstellen zugunsten von Stellen für Ärzte im Praktikum reduziert wurde und daß nach Abschluß der Zeit als Arzt im Praktikum mehr Ärzte denn je sich um Weiterbildungsstellen bemühen. Das Problem der Beschäftigung und Weiterbildung neu approbierter Ärzte erfuhr also lediglich eine zeitliche Verschiebung.

Gleichzeitig erweist es sich für die in Weiterbildung befindlichen Ärzte als zu-

nehmend schwieriger, angesichts der Interferenzen zwischen Arbeitsrecht und Tarifverträgen einerseits und der Weiterbildungsordnung andererseits das Ziel der Weiterbildung in der vorgesehenen Zeit zu erreichen. Hierdurch werden Weiterbildungsstellen zunehmend blockiert.

Da unsere Rechtsordnung eine Kopplung des Rechtes auf Weiterbildung mit einem Recht auf einen Weiterbildungsplatz nicht vorsieht, kann nur die längst fällige Festlegung der Personalbedarfszahlen im ärztlichen Dienst zu einer Lösung des Problems beitragen.

Der Bayerische Ärztetag appelliert an alle Verantwortlichen, baldmöglichst eine solche Festlegung hinsichtlich des ärztlichen Personalbedarfs herbeizuführen.

#### Impfkurs

Der Bayerische Ärztetag appelliert an den Sachverständigenausschuß für „Approbationsordnung“ beim Bundesministerium für Frauen, Familie, Jugend und Gesundheit, den obligatorischen „Impfkurs“ wieder fest in den Unterricht für die Ausbildung der Medizinstudenten aufzunehmen.

#### Leitung der Betreuung und Rehabilitation der Schwerpflegebedürftigen gehört in die Hand des Hausarztes und der niedergelassenen Ärzte

Schon bemühen sich andere Organisationen, wie z. B. Apotheker (auf dem „1. Home Care Kongress“ in Frankfurt), Sozialstationen und Mobile Dienste, dem niedergelassenen Arzt, vor allem dem Hausarzt, die Leitung und Führung der Versorgung und Rehabilitation der Schwerpflegebedürftigen aus der Hand zu nehmen.

Es ist allerhöchste Zeit, daß sich die Ärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung intensiver einschalten und Pläne und Anweisungen für das sinnvolle Zusammenwirken aller in Frege kommenden Helfer (Sozialstationen, ambulante Krankenpflegestationen, Krankengymnasten, Logopäden, Hilfspersonal der niedergelassenen Ärzte usw.) unter Führung des Hausarztes vorschlagen und aufbauen.

Der 43. Bayerische Ärztetag ersucht den Vorstand, unter Einbezug der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und unter Mitwirkung einer Expertenkommission möglichst bald das Konzept einer flächendeckenden geriatrischen

Versorgung unter Zugrundelegung demographischer Daten und der heutigen Versorgungsstruktur im ambulanten Bereich für Bayern zu erarbeiten und festzulegen.

Fort- und Weiterbildung – vor allem der Hausärzte – und Verbesserung der geriatrischen Ausbildung an den Universitäten müssen dazu die nötigen Voraussetzungen schaffen. „Was wir noch lernen müssen, ist die Reaktivierung der alten Patienten.“ (Professor Dr. Dr. h. c. H. J. Sewering im „Bayerischen Ärzteblatt“, Mai 1990.)

#### Ambulante Versorgung der Pflegebedürftigen

Der Bayerische Ärztetag ersucht das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, zu prüfen, wie weit zum Helfen bereite Männer und Frauen, die eventuell schon in Nachbarschaftshilfen tätig waren, nach einer Kurzausbildung in Altenpflegekursen als Ganz- oder Teilzeitkräfte in der ambulanten Pflege als „Altenpflegehilfskraft“ eingesetzt werden können.

Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus wird ersucht, zur Heranbildung von hilfsbereiten Angehörigen und zur Werbung für den Pflegeberuf nicht nur in den Berufsschulen, sondern auch in allen Schulgattungen „Häusliche Krankenpflege“ in den Unterrichtspflan aufzunehmen.

#### Vorstationäre Diagnostik und nachstationäre Behandlung in Krankenhäusern

Der 43. Bayerische Ärztetag bekennt sich zum bewährten, dualen System getrennter ambulanten und stationärer medizinischer Versorgung.

Für die Erfüllung der gemeinsamen Aufgabe, kranken Menschen zu helfen, ist jedoch eine enge Zusammenarbeit der Ärzte in Praxis und Klinik unerlässlich.

Dabei bejaht der Bayerische Ärztetag die Forderungen, daß vor einer stationären Einweisung die Möglichkeiten in der ambulanten Diagnostik voll ausgenützt und bei einer erforderlichen Einweisung die dabei erhobenen Befunde dem Krankenhausarzt zugeleitet und von diesem anerkannt werden.

Der Bayerische Ärztetag ist der Auffassung, daß

- eine nachhaltige Förderung des kooperativen Belegarztwesens entsprechend den heutigen medizinischen Bedürfnissen,

- vermehrte und gezielte Ermächtigung von Ärzten im Krankenhaus nach differenzierter und den tatsächlichen Bedürfnissen angepaßter Bedarfsprüfung

in der Lage sind, die wünschenswerte Zusammenarbeit zwischen Praxis und Krankenhaus zu sichern und damit unnötige Einweisungen zu vermeiden, die Krankenhausverweildauer zu senken und Kosten zu reduzieren.

Unter den derzeitigen räumlichen, strukturellen und personellen Gegebenheiten sind die Krankenhäuser jedoch nicht in der Lage, die Aufgaben, wie sie der § 15 SGB V zur vor- und nachstationären Diagnostik und Behandlung vorsieht, zu erfüllen. Dies gilt insbesondere, da bislang keine Einigung hinsichtlich des Personalbedarfes im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser zu erzielen war.

#### Überschneidung und Abgrenzung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten im Krankenhaus

Der Versuch des Pflegepersonals, sich von pflegefremden Tätigkeiten zu befreien, ist bei der heutigen Personalsituation sinnvoll und wird von der Ärzteschaft seit langem unterstützt. In den letzten Jahren werden immer häufiger verschiedene Tätigkeiten als „nicht-pflegerische Tätigkeiten“ definiert und deren Ausführung abgelehnt. In Deutschland gibt es inzwischen Auflistungen über pflegerische bzw. nicht-pflegerische Tätigkeiten aus den Reihen der Politiker, von Berufsverbänden und von den Pflegekräften selbst. Die sogenannten nicht-pflegerischen Tätigkeiten werden dabei häufig auf die Ärzte ebgewälzt.

Zur Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung sind Regelungen erforderlich, die uns Ärzte von nicht-ärztlichen Tätigkeiten befreien.

Die Arbeitsbereiche aller im Gesundheitsdienst tätigen Berufsgruppen überschneiden sich. Der gemeinsame Arbeitsbereich von Ärzten und Pflegepersonal im Krankenhaus ist nur ein Beispiel von vielen.

Die Tätigkeitsmerkmale jeder dieser Berufsgruppen, aber auch der gemeinsame Bereich sich überschneidender Aufgaben, sind in erster Linie durch die jeweiligen Ausbildungs- und Weiterbildungsziele und -inhalte vorgegeben. Eine Diskussion über Aufgabengebiete (Tätigkeitsmerkmale) innerhalb der einzelnen Berufsgruppen sollte sich in er-

**NIFEDIPIN** **retard**

**klein + teilbar**

**Nifical-Tropfen**  
**Nifical-10-Tablinen**

**Nifedipin**  
**bei Hypertonie und**  
**Angina pectoris**  
**ZL-geprüfte**  
**Bioverfügbarkeit**  
(pharm. Ztg. Wiss., Nr. 12/134/89)

**immer unter**  
**FESTBETRAG**

**SANORANIA**  
Dr. G. Strohscheer Nachf. 1 Berlin 28

Zusammensetzung: Nifical-10-Tablinen: 1 Kapsel enthält Nifedipin 10 mg, Nifical-Tablinen retard: 1 Tablette enthält Nifedipin 20 mg, Nifical-Tropfen: 1 ml Lösung enthält Nifedipin 20 mg (1 Tropfen = 1 mg Nifedipin). Anwendungsgebiete: Koronare Herzkrankheit, Hypertonie. Gegenanzeigen: Überempfindlichkeit gegen Nifedipin, Herz-Kreislauf-Schock, in den ersten Tagen nach akutem Myokardinfarkt, Schwangerschaft; Nifedipin geht in die Muttermilch über. Ob eine pharmakologische Wirkung beim Säugling auftreten kann, ist bisher nicht bekannt geworden; dennoch wird aus Vorsichtsgründen empfohlen abzustillen. Vorsicht bei schwerer Hypotonie < 90 mm Hg syst. Nebenwirkungen: Kopfschmerzen, Flush, Wärmegerühl, Übelkeit, Schwindel, Müdigkeit, Schläfrigkeit, Peristaltikstörungen, Parästhesien, hypotone Reaktionen, Palpitationen, Erhöhung der Pulsfrequenz, Beinödeme, die Glukosetoleranz kann vermindert werden, Gingiva-Hyperplasie, äußert sich nach der Einnahme retroorbitale Schmerzen. Vorsicht bei Dyspnoe-Patienten mit mäßiger Hypertonie (deutlicher Blutdruckabfall). Wechselwirkungen: Andere blutdrucksenkende Pharmaka, Betarezeptorenblocker (evtl. Ausbildung einer Herzinsuffizienz), Cimetidin (verstärkte Blutdrucksenkung). Hinweis: Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens möglich, bes. bei Behandlungsbeginn. Präparateschmelze, Alkoholgehalt Nifical-Tablinen retard: N1 20 Tabletten 13,85; N2 50 Tabletten 29,80; N3 100 Tabletten 49,83. Nifical-10-Tablinen: N1 20 Kapseln 9,95; N2 50 Kapseln 21,80; N3 100 Kapseln 34,95. Nifical-Tropfen: 30 ml Lösung 20,95.

ster Linie in den Inhalten von Aus- und Weiterbildung der verschiedenen Berufe orientieren.

Die Belastung des ärztlichen und pflegerischen Dienstes am Krankenhaus durch zunehmende administrative Aufgaben, die für beide Berufsgruppen als arbeitsfremd anzusehen sind, muß so schnell wie möglich abgebaut werden.

Der 43. Bayerische Ärztetag legt deshalb den für die Krankenhäuser in Bayern verantwortlichen Institutionen folgendes Konzept vor:

1. Generell müssen Regelungen zur Entlastung der einzelnen Berufsgruppen getroffen werden. Das Anliegen des Pflegepersonals wird hervorragend und erfolgreich von den entsprechenden Berufsverbänden, Pflegekräften und Politikern verwaltet. Dieselben Rechte (Entlastung von berufs-fremden Tätigkeiten) müssen auch für Ärzte gelten und z. B. durch Einstellung von Stationssekretärinnen oder Arzthalferinnen gelöst werden.
2. Es muß darauf geachtet werden, daß jeder im Krankenhaus Tätige entsprechend seiner Aus- und Weiterbildung eingesetzt wird und keine berufs-fremden Tätigkeiten übernehmen muß. Alle Tätigkeiten sollen sich grundsätzlich an den Bedürfnissen der Patientenversorgung orientieren und erfordern eine partnerschaftliche Zusammenarbeit aller Berufsgruppen.
3. Es müssen konkrete Anhaltzahlen für Stationssekretärinnen als neu zu schaffende Berufsgruppe am Krankenhaus erarbeitet werden, wobei eine Anrechnung auf die Anhaltzahlen des ärztlichen Dienstes oder des Pflegedienstes nicht erfolgen darf.

#### **Gemeinsame psychosoziale Fortbildung von Ärzteschaft und Pflegepersonal**

Der Bayerische Ärztetag hält es für erforderlich, die gemeinsame Fortbildung von Ärzten und Pflegepersonal zur psychosozialen Führung von Patienten zu intensivieren und bittet den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, sich bei der Planung und Durchführung derartiger Veranstaltungen stärker zu engagieren.

#### **Ärztinnen - Leitende Stellung**

Der 43. Bayerische Ärztetag appelliert an die Medizinischen Fakultäten, an die

Klinikdirektoren und Chefärzte, bei der Einstellung von Ärzten und bei der Besetzung von leitenden Positionen den *Ärztinnen mehr Gerechtigkeit* zukommen zu lassen.

#### **Unbezahlte Überstunden von Krankenhausärzten**

Der Bayerische Ärztetag appelliert an alle Leitenden Krankenhausärzte Bayerns, die unbezahlten Überstunden ihrer ärztlichen Mitarbeiter möglichst lückenlos zu erfassen und deren Abgeltung (in Form von Freizeitausgleich oder Bezahlung) beim jeweiligen Krankenhaus-träger durchzusetzen.

#### **Ermittlung von Personalanhaltzahlen an Krankenhäusern**

Der Bayerische Ärztetag vertritt die Ansicht, daß das von den Spitzenverbänden der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung vorgelegte „empirische Konzept zur Ermittlung von Personalanhaltzahlen“ den Anforderungen moderner Medizin in keiner Weise gerecht wird. Demgegenüber begrüßt er das von der Deutschen Krankenhausgesellschaft eingebrachte „Konzept für ein analytisches Verfahren zur Ermittlung des Personalbedarfs im ärztlichen Dienst der Krankenhäuser“. Dieses Berechnungsverfahren berücksichtigt die durch den medizinischen Fortschritt und durch immer kürzere Patienten-Liegezeiten bedingte Zunahme von arbeitsintensiven ärztlichen Leistungen.

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer wird gebeten, diesen Standpunkt bei jeder sich bietenden Gelegenheit nachdrücklich zu vertreten, insbesondere gegenüber den Spitzenverbänden der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung in Bayern.

#### **Stationssekretäre/innen**

Der Bayerische Ärztetag empfiehlt die Schaffung von ausreichend vielen Planstellen von *Stationssekretären/innen* an Krankenhäusern, um sowohl Pflegepersonal als auch Ärzteschaft von berufs-fremden administrativen Tätigkeiten zu entlasten. Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer wird gebeten, im Rahmen der konzertierten Aktion „Pflege in Bayern“ des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung oder auch andernorts darauf hinzuwirken, daß ein derartiges Berufsbild (Tätigkeitsmerkmale, Ausbildungsziele und -inhalte, Ausbildungsdauer, Ausbildungsträger, tarifliche Eingliederung usw.) möglichst umge-

hend entwickelt wird und „Anheilszehlen“ für diesen neuen Berufsstand konzipiert werden, die nicht zu Lasten des ärztlichen oder pflegerischen Dienstes gehen dürfen.

#### **Versorgung AIDS-Kranker**

*Sicherung der ambulanten medizinischen Versorgung von AIDS-Kranken*

Die medizinische Versorgung von AIDS-Kranken ruht heute auf mehreren Säulen unseres Gesundheitssystems.

Bei der stationären Versorgung, bei der Betreuung in Spezialambulanzen und bei kompetenten niedergelassenen Ärzten konnte im wesentlichen bisher auf bereits bestehende Strukturen zurückgegriffen werden.

In den Mittelpunkt rückt zunehmend die pflegerische Betreuung, die in den Bereichen der Grund- und Behandlungspflege und der psychosozialen Betreuung, die derzeit noch nicht vergütet wird, den Umfang der bisherigen ambulanten Pflege in vielen Fällen bei weitem übersteigt. Diese Aufgabenfelder werden zur Zeit von hochmotivierten und qualifizierten Pflegekräften, oft in beispielhafter enger Kooperation mit Kliniken, Ambulanzen und Hausärzten, durchgeführt.

Für einige Zentren läßt sich heute bereits uneingeschränkt sagen, daß infolge der Entwicklung der Patientenzahlen eine ordnungsgemäße Patientenversorgung nicht mehr zu sichern wäre, wenn nicht auf diese ambulanten Pflegekräfte zurückgegriffen werden könnten.

Ein Teil dieser ambulanten AIDS-Pflegedienste wird bis heute als Modellprojekte durch Bund und Länder gefördert. Die dennoch entstehenden finanziellen Defizite werden durch Trägerorganisationen ausgeglichen. Freiberuflich tätige Pflegekräfte sind heute in hohem Maße auf Spenden angewiesen, da die Kostenerstattung durch die Krankenkassen die anfallenden Kosten derzeit bei weitem nicht deckt. Die Finanzierung durch Bund und Länder endet im Herbst 1991, ein Ende der AIDS-Epidemie ist zu diesem Zeitpunkt aber nicht zu erwarten!

*Der Bayerische Ärztetag fordert:*

- die *organisatorische und finanzielle Sicherstellung dieser Modellprojekte* zur ambulanten AIDS-Pflege über den Herbst 1991 hinaus und die volle Übernahme der Kosten durch die gesetzlichen Kostenträger,
- eine *adäquate Vergütung* der Grund-

und hochspezialisierten Behandlungspflege durch die Krankenkassen, so daß auch freiberuflich tätigen Pflegekräften die Möglichkeit einer eigenen Existenzgründung gegeben ist,

- die Entwicklung eines Konzeptes zur besseren rechtlichen Absicherung der Pflegekräfte gerade in der Behandlungspflege.

Der 43. Bayerische Ärztetag beauftragt den Vorstand der Landesärztekammer, in diesem Bereich umgehend Initiativ zu werden und Lösungsvorschläge unter Einbeziehung aller Beteiligten (Kassenärzte, Kliniken, ambulante Pflegeorganisationen, freiberufliche Pflegekräfte) zu erarbeiten. Die Delegierten des Bayerischen Ärztetages warnen davor, durch übertriebene Sparmaßnahmen am falschen Ort, ähnlich wie in den Krankenhäusern, Pflegekräfte auch für die ambulante Pflege zu demotivieren und damit den Pflegenotstand auch im ambulanten Bereich zusätzlich zu verschärfen.

#### Errichtung weiterer Immunambulanzen in Bayern dringend erforderlich

Die ambulante Versorgung HIV-Infizierter und AIDS-Kranker im Freistaat Bayern wird im wesentlichen von niedergelassenen Ärzten und von wenigen Spezialambulanzen in München und Erlangen-Nürnberg in Zusammenarbeit mit ambulanten Pflegediensten sichergestellt.

Nach bisherigen Erfahrungen ist die Zusammenarbeit zwischen Ambulanzen und niedergelassenen Ärzten nahezu konfliktfrei, sie dient über die Patientenversorgung hinaus wesentlich auch dem Erfahrungsaustausch. Das Prinzip „soviel ambulant wie möglich“ kommt

gerade hier den vitalen Interessen der Patienten entgegen. Gerade in den Stadien der Erkrankung, in denen den Betroffenen das Aufsuchen von niedergelassenen Ärzten verschiedener Fachrichtungen nicht mehr zumutbar ist, können spezielle Fragestellungen, die mehrere Fachdisziplinen umfassen, in den Spezialambulanzen oft schneller und besser beantwortet werden.

Die epidemiologische Entwicklung der HIV-Infektion, die Zunahme von Infizierten außerhalb der Ballungszentren, das verlängerte Überleben der AIDS-Kranken und das damit verbundene häufigere Auftreten schwerer, bisher unbekannter Komplikationen machen gerade in einem Flächenstaat eine patientennahe Versorgung notwendig.

Die Notwendigkeit, auch künftig Spezialambulanzen einzurichten, kann nicht durch Zahlen abgestritten werden, die erwartungsgemäß schnell überholt sind und die Einzugsbereiche größerer Zentren völlig unberücksichtigt lassen.

Der Einzugsbereich der Münchener Immunambulanz reicht weit über den engeren Bereich Münchens hinaus. Die Einrichtung einer Spezialambulanz in Augsburg kann zur Verbesserung der Patientenversorgung und zur Entlastung wesentlich beitragen.

Der Bayerische Ärztetag fordert daher umgehend die Einrichtung weiterer Spezialambulanzen zur Versorgung HIV-Infizierter und AIDS-Kranker dort, wo bereits zentrale Versorgungseinrichtungen mit mehreren Fachdisziplinen bestehen.

#### Krebsregister

Die Delegierten des Bayerischen Ärztetages fordern den Gesetzgeber in

Bayern auf, möglichst bald eine Rechtsgrundlage zur Errichtung eines regionalen Krebsregisters zur Ermittlung epidemiologischer Daten zu schaffen. Erst diese Daten ermöglichen die Erforschung der Ursachen von Krebserkrankungen und wirksame Langzeittherapien.

#### Tumornachsorge

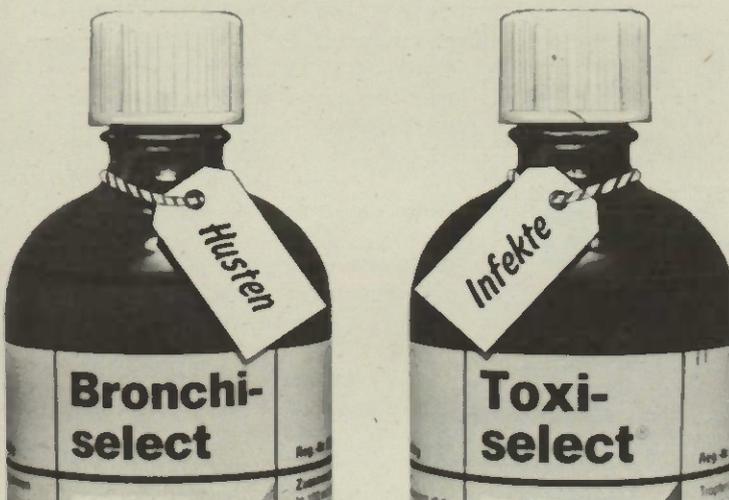
Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer wird gebeten, die zur Zeit gültigen Nachsorgepläne zu aktualisieren – entsprechend den neuen medizinischen Erkenntnissen und auch entsprechend den Erfahrungen mit den bisherigen Nachsorgeplänen.

#### Prävention

Nach den bisherigen Ergebnissen wird von der seit 1. Oktober 1989 bestehenden gesetzlichen Möglichkeit einer ärztlichen Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung von Krankheiten ab dem 35. Lebensjahr (§ 25 SGB V/1) viel zu wenig Gebrauch gemacht.

Neben Kassenärztlicher Vereinigung und Ärztekammer werden deshalb insbesondere die Krankenkassen wegen ihres gesetzlich zugesprochenen Präventionsauftrages (§ 20 SGB V/1) aufgefordert, die Versicherten intensiver auf diese Möglichkeiten hinzuweisen und grundsätzlich den Versicherten über 35 Jahre mit Ausgabe des Krankenscheinfestes einen Gesundheitsvorsorgeberechtigungschein beizufügen, um die heutigen Möglichkeiten der Prävention vermehrt zu nutzen.

Auch die zuständigen Gesundheitsbehörden und Ministerien werden um nachhaltige öffentlichkeitswirksame Maßnahmen gebeten.



**Bronchiselect. Zusammensetzung:** 100 ml enthalten: Drosera O<sub>3</sub> dil. 20 ml, Bryonie D<sub>4</sub> dil. 20 ml, Tartarus stibiatus O<sub>4</sub> dil. 20 ml, Spongia D<sub>6</sub> dil. 20 ml, Ipecacuanha D<sub>4</sub> dil. 20 ml. Enthält 45 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Schleimhautkatarrhe der Luftwege, leichte Bronchitis, Bronchopneumonie, Asthma im Intervall, Silicose, Rippenfellentzündung, Bruststiche. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, 3- bis 4mal täglich 10 bis 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml DM 10,55, 100 ml DM 26,30, Klinikpackungen.

**Toxiselect. Zusammensetzung:** 100 ml enthalten: Echinacea O 40 ml, Lacheals O<sub>3</sub> dil. 20 ml, Sulfur D<sub>10</sub> dil. 10 ml, Bryonie O<sub>4</sub> dil. 20 ml, Apis mellifica O<sub>3</sub> dil. 10 ml. Enthält 60 Vol.-% Alkohol. **Indikationen:** Anfälligkeit gegen eitrige Infektionen aller Art, septische Prozesse, schlecht heilende Wunden, Phlegmonen, Erkältungen, insbesondere Schleimhautkatarrhe und grippeartige Infekte. **Kontraindikationen:** Nicht bekannt. **Dosierung:** Wenn nicht anders verordnet, am ersten Tag 3- bis 4mal täglich 20 bis 30 Tropfen, dann 3mal täglich 20 Tropfen in etwas Wasser einnehmen. **Handelsformen und Preise:** Tropfflasche mit 30 ml DM 10,55, 100 ml DM 26,30, Klinikpackungen.



## Förderung der Eigenbluttransfusion

Der Bayerische Ärztetag 1990 hält einen weiteren Ausbau der Möglichkeiten der Eigenbluttransfusion vor elektiven operativen Eingriffen für dringend notwendig. Die bayerische Ärzteschaft, Blutspendedienste, Krankenhausträger, Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung werden aufgefordert, bisher noch bestehende organisatorische Hindernisse gemeinsam im Interesse unserer Patienten zu beseitigen. Es sollte bei den Blutspendediensten und Krankenhäusern die Voraussetzung geschaffen werden, daß die Tiefgefrierkonservierung des entnommenen Eigenblutes gewährleistet ist. Die nicht benötigten Eigenblutkonserven werden bisher vernichtet. Wir bitten, die rechtlichen Voraussetzungen zu schaffen, diese Konserven, die voll durchgeprüft und brauchbar sind, zur Verbesserung der Mangelsituation bei den Blutbanken verwenden zu können und dies durchzuführen. Die Richtlinien der Bundesärztekammer zur Bluttransfusion sollen in der Richtung präzisiert werden, daß die Durchführung der Eigenblutspende erleichtert wird.

## Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin

Der 43. Bayerische Ärztetag appelliert

1. an die Medizinische Fakultät der Technischen Universität München (TUM), endlich einen Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin zu bestellen,
2. an das Bayerische Staatsministerium für Wissenschaft und Kunst, im Rahmen seiner Aufsichtspflicht die Medizinische Fakultät der TUM anzuhalten, einen Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin zu bestellen,
3. an die bayerischen Medizinischen Fakultäten
  - a) für die Position der Lehrbeauftragten eine Alternative zum Lehrstuhl zu finden, die eine Mitarbeit in allen Gremien der Fakultäten ermöglicht,
  - b) eine ausreichend finanzielle, personelle und räumliche Ausstattung für das Lehrfach Allgemeinmedizin sicherzustellen.

## Notdienst

Die Vorstandschaft wird aufgefordert, auf die Verwirklichung der Beschlüsse der Bayerischen Ärztetage hinzuwirken,

insbesondere des im Vorjahr beschlossenen Antrages, die Leitstellen zur Beziehung der diensthabenden Kassenärzte im Wochenenddienst zu verpflichten.

## Fortbildung

Im Bereich der Fortbildung ist das Angebot an Kursen für Echokardiographie völlig unzureichend; es stehen zur Zeit keine Termine oder erst in ein bis zwei Jahren zur Verfügung.

Der Vorstand wird gebeten, darauf hinzuwirken, daß dieses grundlegende Untersuchungsverfahren in ausreichendem Maße in das Fortbildungsangebot aufgenommen wird.

## Arztshelferinnen - Beruf

Vor allem in Großstädten wird es zunehmend schwierig, Arztshelferinnen und Auszubildende für diesen Beruf zu bekommen, insbesondere wegen der „ungünstigen Arbeitszeiten“. Ärztekammer und die entsprechenden Stellen werden deshalb zu werbewirksamen Maßnahmen aufgefordert.

## Lehrkräfte an Arztshelferinnenschulen

Der Bayerische Ärztetag fordert den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer auf, beim Kultusministerium darauf hinzuwirken, den Lehrkräften künftig unbefristete Verträge zu geben.

Da nach dem Bundesangestelltentarif (BAT), der seit 1. September 1989 Grundlage der Entschädigung ist, keine Wegegelder erstattet werden, ist die Erstattung nach den Sätzen des öffentlichen Dienstes zu übernehmen.

# 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

## Medizinische Assistenzberufe

Der Bayerische Ärztetag möchte, daß die in der Ausbildung stehenden Arztshelferinnen im letzten Ausbildungsjahr auf Wunsch die gesetzlichen geforderten Grundlagen des Strahlenschutzes nach den neuen Richtlinien der Röntgenverordnung vermittelt bekommen.

## Vergütung von Befundberichten

Der Bayerische Ärztetag wendet sich mit Nachdruck an die Bundesregierung (insbesondere das Justizministerium), die Befundberichte an die Gerichte, Behörden, Versorgungsämter und Rentenversicherungsanstalten endlich angemessen und leistungsgerecht zu honorieren durch eine Regelung der Vergütung über Stundensätze.

## Ethik-Kommission

Der Bayerische Ärztetag begrüßt die Veröffentlichung des Wortlautes der „Verfahrensgrundsätze“ der Ethik-Kommission der Bayerischen Landesärztekammer („Bayerisches Ärzteblatt“, 7/90).

Er empfiehlt, den letzten Absatz (III. 4.) der „Deklaration von Helsinki“ sinngemäß in die „Verfahrensgrundsätze“ aufzunehmen, und zwischen Satz 2 und Satz 3 in Absatz 2 § 1 einzufügen.

## Dauerassistenten in der Kassenpraxis

Der 43. Bayerische Ärztetag hält die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beabsichtigte Möglichkeit der Beschäftigung von Dauerassistenten in der Kassenpraxis nicht mit den Grundsätzen der freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit vereinbar. Der Bayerische Ärztetag stellt fest, daß mit einer derartigen Änderung die „Einzelkassenpraxis“ gefährdet ist und zu einer grundlegenden Veränderung in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung führt.

## Tätigkeitsberichte

Die Tätigkeitsberichte der Ausschüsse und Kommissionen sowie der Akademie sollen in Zukunft vor dem Ärztetag schriftlich vorgelegt und publiziert werden und auf dem Ärztetag nur noch eine Diskussion zu den einzelnen Berichten erfolgen, die sich an die Aussprache über den Tätigkeitsbericht des Präsidenten anschließt.

# Bericht über die Vorstandssitzung der Bayerischen Landesärztekammer

vom 22. September 1990

In seinem Bericht informierte Professor Dr. Dr. h.c. Sewering den Vorstand über die sehr intensive Zusammenarbeit zwischen der Bayerischen Landesärztekammer und der im Aufbau befindlichen Sächsischen Landesärztekammer. Neben organisatorischer Hilfe wurden auch bereits erhebliche Sachleistungen, wie Büromaschinen, zur Verfügung gestellt, an deren Finanzierung sich der bayerische Sozialminister erfreulich beteiligte. Daneben wurden in großer Zahl schriftliche und mündliche Informationen und Ratschläge an Kollegen aus der bisherigen DDR gegeben. Man könne wohl davon ausgehen, daß bis zum 94. Deutschen Ärztetag 1991 in Hamburg die fünf Landesärztekammern des Gebietes der bisherigen DDR Mitglieder der Bundesärztekammer seien, wobei noch geringfügige Änderungen der Satzung der Bundesärztekammer beschlossen werden müssen. Dies bedeutet, daß – bei weiterhin insgesamt 250 Delegierten zum Deutschen Ärztetag – auf die einzelnen Landesärztekammern weniger Sitze als bisher entfallen. Sobald dies absehbar ist, erhalten die Bezirksverbände die Zahl der auf sie endgültig entfallenden Delegierten, so daß die Wahl der Delegierten zum Deutschen Ärztetag auf der Konstituierenden Sitzung der Bayerischen Landesärztekammer im Januar 1991 erfolgen kann.

Sodann berichtete Professor Sewering, daß in der bisherigen DDR ausgestellte „Facharzturkunden“ ab dem 3. Oktober im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer nach folgender Maßgabe anerkannt werden:

Im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer dürfen nur solche Bezeichnungen geführt werden, die auch in der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns enthalten sind, und zwar in der dort vorgeschriebenen Form (das heißt „Arzt für ...“ oder als Kurzbezeichnung, zum Beispiel „Internist“). Facharztbezeichnungen, die im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer nicht existieren (zum Beispiel „Facharzt für Anatomie“), dürfen hier nicht geführt werden.

Der Präsident gab seiner Erwartung Ausdruck, daß im Zuge der Novellierung unserer Weiterbildungsordnung, die dem 94. Deutschen Ärztetag vorgelegt werden soll – zunächst aber in Verbindung mit einer inzwischen erarbeiteten Übergangswweiterbildungsordnung, die im Bereich der bisherigen DDR von den dortigen Kammern beschlossen werden muß –, eine weitgehende Angleichung von Weiterbildungsgängen und Arztbezeichnungen erfolgt.

Der Vorstand nahm Kenntnis von dem Antrag des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München auf Änderung der Wahlordnung und beschloß, diesen direkt dem Bayerischen Ärztetag vorzulegen. (Der 43. Bayerische Ärztetag hat inzwischen die Behandlung dieses Antrages vertagt.)

Der Vorstand verabschiedete eine Reihe von Entschließungsanträgen für Wunsiedel, die den Delegierten vorab zusammen mit dem Antrag des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München übermittelt wurden.

Zur Thematik „Angelegenheiten der ärztlichen Weiterbildung“ – Listen weiterbildungsermächtigter Ärzte in Bayern – lagen insgesamt 92 Anträge vor.

63 Anträge wurden positiv entschieden (davon vier Anträge auf Vermittlung der medizinischen Fachkunde im Strahlenschutz),

27 Anträge wurden negativ entschieden,

2 Weiterbildungsermächtigungen wurden reduziert.

Ferner konnte der Vorstand vier Überprüfungen der Weiterbildungsermächtigungen im Gebiet der Radiologischen Diagnostik sowie eine Überprüfung der Weiterbildungsermächtigung im Gebiet der Strahlentherapie (nach Umstellung des Gebietes Radiologie auf die Gebiete Radiologische Diagnostik und Strahlentherapie) bestätigen.

Von 28 vorgelegten Überprüfungen der Weiterbildungsermächtigungen in den Bereichen der Zusatzbezeichnungen bestätigte der Vorstand 22; sechs Ermächtigungen mußten reduziert werden.

Der Kammervorstand gab außerdem seine Zustimmung zu vier Ermächtigungen im Bereich Medizinische Informatik. Gerade diese Zusatzbezeichnung gewinnt zunehmend an Bedeutung, jedoch wird deren Erwerb dadurch erschwert, daß es im gesamten Bundesgebiet kaum Weiterbildungsmöglichkeiten für den Bereich Medizinische Informatik gibt. Die erteilten Ermächtigungen stellen somit einen wichtigen Schritt dar, dem Einzug der Informatik in die ärztliche Arbeit Rechnung zu tragen, sie zu fördern und die „Medizinische Informatik“ als ärztliches Arbeitsfeld zu besetzen.

# Benzoderm®

Neu  
jetzt auch  
als  
Pumpspray

## Standardtherapie bei Dermatomykosen

- penetriert gut
- hat eine lange Verweildauer in der Haut
- befreit das befallene Gebiet von Pilzen
- wirkt zuverlässig
- ist ausgezeichnet verträglich

Eine Mykotherapie, die  und  hat.

**Zusammensetzung:** 1 Benzoderm Lösung 100 g (= 112 ml) enth.: Undecylensäure 3 g, Salicylsäure 0,3 g; 100 g Benzoderm-Salbe, -Creme, -Puder enth.: Undecylensäure 4,3 g, Zinkoxid 1,0 g; Benzoderm-Selle 100 g enth.: Undecylensäure 1 g.

**Anwendungsgebiete:** Dermatomykosen, insbesondere interdigitale Epidermophyten, Mikrosporie, Mischinfektionen der Haut, juckende Dermatosen, trockene und nässende Ekzeme.

**Packung und Preise:** Benzoderm-Lösung, 45 ml DM 11,95; 90 ml DM 17,80; Benzoderm-Lösung als Pumpspray, 50 ml DM 13,00, 100 ml DM 18,90; Benzoderm-Puder, 35 g DM 8,14; Benzoderm-Salbe, 45 g DM 12,90; Benzoderm-Creme, 45 g DM 13,20; Benzoderm-Selle 100 g DM 7,50.

**athenstaedt** arzneimittel · 2800 Bremen 45



## Arzt und Heilpraktiker

Vor einigen Monaten erregte ein Urteil des Verwaltungsgerichtes Kassel Aufsehen. Nach der Meinung einiger Kommentatoren in öffentlichen Medien hätte dieses Urteil den Weg dafür freigemacht, daß approbierte Ärzte sich ohne Verlust der Approbation als Heilpraktiker niederlassen dürfen, wenn sie die staatlich vorgeschriebene Erlaubnis für Heilpraktiker besitzen. Auch Ärzte haben sich dazu geäußert, meistens empört. Einige allerdings sahen eine Chance heraufdämmern, sich dem Reglementierungseifer zu entziehen, der sich über die Kassenärzte ergießt. Kassenarzt und Heilpraktiker auf dem Praxisschild: Das gäbe doch die Möglichkeit, alles, was man im kassenärztlichen Spielraum nicht unterbringen kann, als Heilpraktiker zu tun.

Die veröffentlichten Meinungen zu diesem Urteil schließen allerdings weit übers Ziel hinaus. Die Kasseler Richter hatten zu entscheiden, ob einem mit der behördlichen Erlaubnis versehenen Heilpraktiker, der ein Medizinstudium erfolgreich und sicher nicht ohne Grund absolvierte, nach erfolgter Approbation die erteilte Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde nach dem Heilpraktikergesetz entzogen werden darf. Keineswegs hatten sie darüber zu befinden, ob der zum Dr. med. gewordene Heilpraktiker nun etwa beide Bezeichnungen auf seinem Praxisschild führen darf. Denn das war nicht Gegenstand der Beschwerde.

Die Kasseler Richter haben allerdings in der Urteilsbegründung Erwägungen angestellt, die über die zu entscheidende Frage hinausreichen. Und wenn auch Urteilsbegründungen nicht die Rechtsqualität von Urteilen haben, so muß den dort vorgestellten Erwägungen doch deutlich widersprochen werden. Im Grunde genommen läuft diese Meinung darauf hinaus, daß jedem Arzt eigentlich auf Antrag auch die Erlaubnis als Heilpraktiker erteilt werden müßte. Ob das den Heilpraktikern gefällt, darf bezweifelt werden. Es wäre sicherlich nicht in ihrem Sinne, wenn jeder Arzt auf sein Schild auch Heilpraktiker schreiben dürfte. Ihr ganzes Renommee wäre dahin. Zum Glück für die Heilpraktiker darf er es nicht. Die

ärztliche Berufsordnung läßt es nicht zu.

Dies letztere ist den Kasseler Richtern völlig entgangen. In der Berufsordnung stünde kein Wort darüber, daß ein Arzt die Bezeichnung Heilpraktiker nicht führen dürfe. Dem Verwaltungsgericht war offensichtlich nicht bekannt, daß die Berufsordnung die ankündigungsfähigen Bezeichnungen abschließend auführt, und damit alle Bezeichnungen, die sie nicht auführt, auch nicht zulässig sind.

Die Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde als Heilpraktiker ist weder ein akademischer Grad, noch ein Zeugnis über eine bestandene Prüfung, sondern die Erlaubnis zur Ausübung eines Gewerbes. Dem approbierten Arzt ist die Ausübung dieses Gewerbes untersagt. Er hat die Erlaubnis, die Heilkunde als Arzt auszuüben. Die eine Erlaubnis schließt deshalb die andere aus und nicht etwa ein, wie man in Kassel meinte.

Allerdings stellt das Gericht in seiner Urteilsbegründung auch fest, daß „allgemein bekannt ist, daß Heilpraktiker keine gesetzlich geregelte und qualifizierte Ausbildung durchlaufen müssen, während der Erwerb der oben genannten Berufsbezeichnung (gemeint ist die Berufsbezeichnung als Arzt für Naturheilverfahren) als besondere, nach langjährigem Studium und praktischer Tätigkeit erworbene Qualifikation angesehen wird, die mit dem Titel 'Heilpraktiker' nicht einmal angedeutet werden kann.“ Dem kann man zustimmen.

*Dr. Hege, Vizepräsident*

### 44. Bayerischer Ärztetag

vom

11. bis 13. Oktober 1991

in Bad Kissingen

## Personalia

### Dr. Lothar Sluka 75 Jahre

Am 25. Oktober 1990 vollendete der Hauptgeschäftsführer a. D. der Bayerischen Landesärztekammer, Kollege Dr. med. Lothar Sluka, Iltisstraße 22, 8000 München 82, sein 75. Lebensjahr. Kollege Sluka hat über drei Jahrzehnte – von 1946 bis 1980 – auf allen Ebenen der Geschäftsführung der Bayerischen Landesärztekammer in treuer Pflichterfüllung die Belange der bayerischen Ärzte vertreten. Der Aufbau der Ausbildung der Arzthelferinnen in Bayern, die Weiterentwicklung der Walner-Schulen sowie der Schulen für Orthoptistinnen in München und Erlangen, der Berufsfachschule für Zytologie-Assistenten, und die Betreuung der beiden Tumornachsorgekliniken in Bayern, umreißen nur stichwortartig den Umfang seiner Tätigkeit.

In der Geschäftsführung der Bayerischen Landesärztekammer war seine wohlthuende ruhige Art und sein ausgeglichenes Wesen allseits geschätzt und wir erinnern uns seiner als liebenswerten Kollegen, der nunmehr zehn Jahre seinen wohlverdienten Ruhestand genießt.

Mögen ihm im Kreise seiner Familie weiterhin in körperlicher und geistiger Gesundheit noch viele Jahre beschieden sein.

Dr. med. Enzo Amarotico, Internist und Arbeitsmediziner, Stellvertreter der Hauptgeschäftsführer der Bayerischen Landesärztekammer, wurde vom Bayerischen Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung für vier Jahre als Mitglied in das Präsidium der Bayerischen Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin berufen.

Dr. med. Otto Schloßer, 1. Vorsitzender der Bezirksstelle Oberbayern der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer, Salinstraße 10, 8200 Rosenheim, wurde vom Bezirkstagspräsidenten von Oberbayern die Verdienstmedaille für besondere Verdienste um den Bezirk Oberbayern in Silber verliehen.

## Bundesverdienstkreuz am Bande

Privatdozent Dr. med. Hans-Jochen Medau, Leitender Oberarzt am Landkrankenhaus Coburg, Ketschendorfer Straße 33, B630 Coburg, wurde das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

## Staatsmedaille für soziale Verdienste

Die Staatsmedaille für soziale Verdienste des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung wurde an folgende Ärzte verliehen:

Dr. med. Alois Gaßner, Chefarzt i. R., Lindenweg 2, 8313 Vilsbiburg

Professor Dr. med. Dr. h. c. Theodor Hellbrügge, em. Ordinarius für Sozialpädiatrie der Universität München, Leiter des Kinderzentrums München, Helglhoferstraße 63, 8000 München 70

Professor Dr. med. Dr. h. c. Werner Klinner, ehem. Direktor der Herzchirurgischen Klinik der Universität München, Ammerseestraße 81, 8027 Neuried

Dr. med. Dietrich Abeck und Privatdozent Dr. med. Hans Christian Korting, Dermatologische Klinik der Universität München, Frauenlobstraße 9-11, 8000 München 2, wurde (gemeinsam mit Dr. med. Michael Dieter Kramer, Heidelberg) von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft der Paul-Gerson-Unna-Preis verliehen.

Professor Dr. med. Dr. h. c. mult. Otto Braun-Falco, Direktor der Dermatologischen Klinik der Universität München, Frauenlobstraße 9-11, 8000 München 2, wurde von der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft die Karl-Herxheimer-Plakette verliehen.

Dr. med. Wolfgang Caselmann, Medizinische Klinik II der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, und Alexander Kekule, Max-Planck-Institut für Biochemie, Am Klopferspitz 18c, 8033 Martinsried, wurde vom Verein zur Förderung der Krebsforschung der Karl-Heinrich-Bauer-Gedächtnispreis verliehen.

Dr. med. Michael Dellijs, Institut für Chirurgische Forschung der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, wurde der Walter-Brendel-Preis verliehen.

Professor Dr. med. Hans J. Gurland, Leiter der Nephrologischen Abteilung an der Medizinischen Klinik I der Universität München, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, wurde zum Präsidenten der International Society for Artificial Organs gewählt.

Dr. med. Claus Kori-Lindner, Heumann Pharma GmbH & Co., Heidehoffstraße 18-28, 8500 Nürnberg 1, wurde zum Bundesvorsitzenden der Fachgesellschaft der Ärzte in der Pharmazeutischen Industrie gewählt.

Professor Dr. med. Bernhard Neundörfer, Direktor der Neurologischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, wurde in das Kuratorium der Internationalen PULAer Symposien gewählt.

Dr. med. Werner Paulus, Institut für Pathologie der Universität Würzburg, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie der Parkinson-Preis Frosst Pharma 1990 verliehen.

Dr. med. Heinz Richter, Allgemeinarzt, Schwürbitzer Straße 17, 8621 Marktzeuln, wurde anlässlich der Hauptversammlung des Hartmannbundes die Hartmann-Thieding-Plakette verliehen.

Professor Dr. med. Jörg Rüdiger Siewert, Ordinarius für Chirurgie der Technischen Universität München und Ärztlicher Direktor des Klinikums rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, wurde von der Japanischen Sektion des „International College of Surgeons“ und der Serbischen Akademie für Medizin in Belgrad zum Ehrenmitglied ernannt.

Privatdozent Dr. med. Detlev Schindler, Institut für Humangenetik der Universität Würzburg, Koellikerstraße 2, 8700 Würzburg, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Neurologie der Heinrich-Pette-Preis verliehen; ferner erhielt er (gemeinsam mit Dr. S. Zierz, Bonn) von der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Muskelkrankheiten den Myopathie-Preis 1990.

Professor Dr. med. Ingolf Joppich (bisher Universität Heidelberg) wurde zum Direktor der Kinderchirurgischen Klinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der Universität München, Lindwurmstraße 4, 8000 München 2, berufen (Nachfolge Professor Dr. W. Ch. Hecker); gleichzeitig wurde er für die Amtszeit von 1991 bis 1994 zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie gewählt.

Professor Dr. med. Adolf Windorfer, em. Ordinarius für Kinderheilkunde der Universität Erlangen-Nürnberg, Gustav-Specht-Straße 10, 8520 Erlangen, wurde von der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie die Albert-B.-Sabin-Medaille verliehen.

## Amtliches

Der 43. Bayerische Ärztetag hat am 14. Oktober 1990 in Wunsiedel folgende Änderung der „Berufsordnung für die Ärzte Bayerns“ beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat den Änderungsbeschluss mit Schreiben vom 26. Oktober 1990, Nr. IE8-5012-5/10/89, genehmigt.

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

(BayÄBl. 1977, Sondernummer Dezember, S. 22 ff.) in der Fassung des Beschlusses des 42. Bayerischen Ärztetages 1989 (BayÄBl. 1989, Dezember, S. 589)

I. § 1 Abs. 6 wird wie folgt ergänzt:

„Bei durchzuführenden Beratungen nach den Absätzen (4) und (5) ist die Deklaration des Weltärztebundes von 1964 (Helsinki) in der revidierten Fassung von 1975 (Tokio), von 1983 (Venedig) und von 1989 (Hong Kong) zugrunde zu legen.“

II. Die Ergänzung der Berufsordnung tritt am 1. Januar 1991 in Kraft.

Wunsiedel, 14. Oktober 1990

gez.

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

## Zu besetzende Kassenarztsitze in Bayern

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

### Oberbayern

**Landkreis Neuburg-Schrobenhausen:**  
1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberbayern der KVB, Eisenheimerstraße 39, 8000 München 21, Telefon (089) 57093-134 (Herr Huber).

### Oberfranken

**Rödental, Lkr. Coburg:**

1 HNO-Arzt

**Hof/Saale:**

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberfranken der KVB, Brandenburger Straße 4, 8580 Bayreuth, Telefon (0921) 292-225 (Fr. Kielmann) und 292-224 (Herr Meyer).

### Mittelfranken

**Landkreis Erlangen-Höchstadt:**

1 Allgemein-/praktischer Arzt  
(Praxisübernahmemöglichkeit)

**Landkreis Nürnberger Land:**

1 Allgemein-/praktischer Arzt  
(Praxisübernahmemöglichkeit)

1 Allgemein-/praktischer Arzt  
(Gemeinschaftspraxis)

**Nürnberg:**

1 Augenarzt

(Gemeinschaftspraxis)

**Nürnberg:**

1 Frauenarzt

(Gemeinschaftspraxis)

**Landkreis Ansbach:**

1 Internist

**Landkreis Nürnberger Land:**

1 Internist

(Gemeinschaftspraxis)

**Landkreis Roth:**

1 Kinderarzt

(Praxisübernahmemöglichkeit)

**Nürnberg:**

1 Orthopäde

(Praxisgemeinschaft)

**Landkreis Weißenburg-Gunzenhausen:**

1 Arzt - Psychotherapie

(Praxisübernahmemöglichkeit)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Mittelfranken der KVB, Vogelsgarten 6, 8500 Nürnberg 1, Telefon (0911) 4627-308 (Frau Gresens/Herr Hubatschek).

### Unterfranken

**Obernburg-Eisenbach, Lkr. Miltenberg:**

1 Allgemein-/praktischer Arzt

**Schwebheim, Lkr. Schweinfurt:**

1 Allgemein-/praktischer Arzt

**Ebern/Eltmann-Ebelsbach/Haßfurt,**

**Lkr. Haßberge:**

2 Augenärzte

**Hösbach, Lkr. Aschaffenburg:**

1 Augenarzt

**Alzenau, Lkr. Aschaffenburg:**

1 HNO-Arzt

**Marktheidenfeld, Lkr. Main-Spessart:**

1 Internist

**Planungsbereich Kitzingen,**

**Lkr. Kitzingen:**

1 Kinderarzt

**Ebern, Lkr. Haßberge:**

1 Kinderarzt

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

### Oberpfalz

**Dieterskirchen, Lkr. Schwandorf:**

1 Allgemein-/praktischer Arzt

**Sulzbach-Rosenberg,**

**Lkr. Amberg-Sulzbach:**

1 Augenarzt

**Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:**

1 Augenarzt

**Tirschenreuth:**

1 Augenarzt

**Kemnath, Lkr. Tirschenreuth:**

1 Augenarzt

**Waldmünchen, Lkr. Cham:**

1 Frauenarzt

**Landkreis Amberg-Sulzbach:**

1 HNO-Arzt

**Landkreis Cham:**

1 HNO-Arzt

**Stadt Weiden:**

1 Hautarzt

**Landkreis Tirschenreuth:**

1 Hautarzt

**Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:**

1 Internist

**Eschenbach, Lkr. Neustadt/WN:**

1 Kinderarzt

**Vohenstrauß, Lkr. Neustadt/WN:**

1 Kinderarzt

**Planungsbereich Tirschenreuth:**

1 Kinderarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Oberpfalz der KVB, Yorckstraße 15/17, 8400 Regensburg 1, Telefon (0941) 3782-142 (Herr Riedl).

### Niederbayern

**Simbach am Inn, Lkr. Rottal-Inn:**

1 HNO-Arzt

**Rottenburg a. d. Laaber, Lkr. Landshut:**

1 Kinderarzt

**Waldkirchen, Lkr. Freyung-Grafenau:**

1 Kinderarzt

**Deggendorf:**

1 Radiologe

(Praxisübernahme)

**Stadt Straubing:**

1 Radiologe

(Praxisübernahme)

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle

Niederbayern der KVB, Lilienstraße 5-9, 8440 Straubing, Telefon (09421) 8009-55 (Herr Hauer).

### Schwaben

**Nördlingen, Lkr. Donau-Ries:**

1 Augenarzt

1 HNO-Arzt

**Dillingen oder Wertingen, Lkr. Dillingen:**

1 Hautarzt

Bewerbungen bitte an die Bezirksstelle Schwaben der KVB, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (0821) 3256-129 (Herr Mayr) und 3256-127 (Herr Schneck).

### „Talsole“ der Sozialversicherung in den neuen Bundesländern

Norbert Blüms „troubelshooter“ und „troublemaker“ Karl Jung hat der ersten Honorarvereinbarung für die Kassenärzte in der bisherigen DDR seinen Segen gegeben. Vor dem Sozialausschuß des Bundestages, wo ihn die Abgeordneten öffentlich befragten, ließ Jung nicht erkennen, ob ihm die Zustimmung zu dem mühsam ausgehandelten Ergebnis leicht- oder schwergefallen ist. Am Ende ging es wohl nur darum, gute Miene zu einem Verhandlungsergebnis zu machen, das sowohl aus der Sicht der Kassenärzte als auch der Kassen notfalls nach einem Quartal zu korrigieren wäre. Der Honorarvertrag sei „der erste Testfall für die Verschärfung des Grundsatzes der Beitragsstabilität“ gewesen. Im großen und ganzen könne man damit zufrieden sein, meinte Jung, und verströmte eine bei ihm ungewohnte Bonhomie. Der Punktwert von 6,1 Pfennigen rechtfertigt die Annahme, daß der von Blüm anvisierte „Einstiegswinkel“ von 45 Prozent auch erreicht werde.

Einstiegswinkel, das ist eine neue Schöpfung aus dem Wortschatz der Sozialpolitiker, der den Experten die Möglichkeit sichert, für Normalbürger weiterhin unverständlich zu sprechen. Einstiegswinkel, das klingt eher positiv, weil das die Vorstellung eines Aufstiegs suggeriert. Tatsächlich geht es um eine höchst problematische Sache. Weil die Grundlöhne in der bisherigen DDR 45 Prozent des westdeutschen Niveaus entsprechen, sollen vom 1. Januar an in den neuen Bundesländern auch die Preise und Honorare der Leistungsanbieter nur 45 Prozent der vergleichbaren westdeutschen Vergütungen betragen. Inzwischen weiß man nicht so recht, ob die Vergleichszahl 45 überhaupt noch stimmt, denn es hat ja recht üppige Lohn- und Gehaltszuschläge gegeben; es ließe sich jetzt wohl auch ein Einstiegswinkel von 50 anvisieren. Aber davor steht Jung, dessen Renommee bei den Politikern davon abhängt, daß die Kassen im nächsten Jahr mit den Einnahmen aus dem gesetzlich vorgegebenen Beitrag von 12,8 Prozent ihre Ausgaben bezahlen können.

Jung ließ vor den Abgeordneten erkennen, daß er von Anfang an eine Anschubfinanzierung auch für die Krankenversicherung für notwendig gehalten habe. Doch die Politik sei ihm nicht gefolgt. Genauer gesagt: Bundesfinanzminister Theo Waigel, der schon für die Defizite in der Arbeitslosenversicherung zu haften hat und der Rentenversicherung sowohl hüben als auch drüben mit hohen Zuschüssen helfen muß, wollte nicht auch noch bei der Krankenversicherung ins finanzielle Obligo kommen.

Wer daran denkt, daß auch hierzulande viele Krankenkassen nicht mit einem Beitragssatz von 12,8 Prozent auskommen, muß dafür Verständnis haben. Niemand kann ein Interesse daran haben, daß die Krankenversicherung zu einer staatlich mitfinanzierten Sozialinstitution wird. Wer zahlt, schafft an, so heißt es im Volksmund. Wenn der Bund die Krankenversicherung subventioniert, wird er auch bestimmen wollen, wofür das Geld ausgegeben wird. Waigel hat freilich sein Ziel nicht erreicht. Das Defizit, das in der Krankenversicherung-Ost in diesem Jahr entsteht, muß er nun doch ausgleichen. In den dritten Nachtragshaushalt 1990 sind dafür 3 Milliarden DM eingestellt worden.

Ursprünglich hatte die Bundesregierung die Einnahmen der Krankenversicherung für das zweite Halbjahr 1990 auf 9,225 Milliarden DM geschätzt, die Ausgaben auf 9,208 Milliarden DM. Diese Rechnung hat sich als zu optimistisch erwiesen. Statt der anvisierten Einnahmen DM gingen nur etwa 1 bis 1,2 Milliarden DM ein. Die Ausgaben überstiegen das vorgegebene Soll dagegen kräftig. Um die Zahlungsfähigkeit der Krankenversicherung zu sichern, hat der Bund bis einschließlich Oktober mit Betriebsmittelkrediten von 2,6 Milliarden DM helfen müssen. Für das zweite Halbjahr macht Jung nun folgende Rechnung auf: Einnahmen 8,2 Milliarden DM – Ausgaben 11,5 Milliarden DM.

Das Defizit wird nun also auf annähernd 3,3 Milliarden DM geschätzt. Es ist vor allem auf den nach wie vor schleppenden Beitragseingang zurückzuführen. Die Krankenkassen und die Rentenversicherung sind bemüht, den Beitragsfluß zu beschleunigen. Viele Fachleute aus dem Westen gehen in den östlichen Ländern in die Betriebe und in die Finanzämter, die noch bis zum Jahresende für den Beitragseinzug zuständig sind. Auch werden die Kreditinstitute gedrängt, den Zahlungsverkehr schneller abzuwickeln. Auch könnte es gelingen, einen Teil der Beitragsrückstände doch noch einzutreiben. Bis alles ordnungsgemäß klappt, wird aber noch viel Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit geleistet werden müssen. Noch gibt es viel Sand im Getriebe. Aber Jung ist zuversichtlich, das Defizit noch unter 3 Milliarden DM drücken zu können. Dabei hilft ihm, daß offensichtlich die Leistungen der Krankenversicherung vorerst sehr zurückhaltend in Anspruch genommen werden. Darauf hat jedenfalls vor dem Sozialausschuß der Hauptgeschäftsführer des AOK-Bundesverbandes, Oldiges, hingewiesen.

Als das größte Risiko dürfte sich der Krankenhausbereich erweisen. Hier sind Pflegesätze vereinbart oder festgesetzt worden, die sich nicht an Blüms Richtzahl 45 orientieren. Dies dürfte kaum zu korrigieren sein. Das ist jedenfalls die Ansicht der zuständigen Ministerialbeamten. Hinzu kommt, daß die Krankenhäuser in den neuen Ländern, so wie die Krankenhäuser im bisherigen Bundesgebiet, Anspruch auf Erstattung der Selbstkosten haben. Darauf haben vor dem Sozialausschuß jedenfalls die Innungskrankenkassen hingewiesen. Dies sei kaum mit der Budgetierung auf 45 Prozent zu vereinbaren. Auch sei es schwierig, Vergleichsmaßstäbe zu finden, die den „Einstiegswinkel“ trafen. Vorsorglich weisen die Kassenverbände aber schon darauf hin, daß es nicht möglich sein werde, Preise und Honorare weiter zu drücken, wenn in anderen Bereichen Defizite entstünden. Dann müßte eben wieder der Bund antreten.

Damit wird aber nicht zu rechnen sein. Nach den für die künftige Politik so bedeutsamen Wahlen wird sich kein Finanzminister mehr über den Tisch ziehen lassen und für die Krankenversicherung die Defizithaftung übernehmen. Dazu „Originalton“ Jung: „Eine staatliche Defizitfinanzierung für die Krankenversicherung im Gebiet der bisherigen DDR steht nicht zur Verfügung.“ Da weder die Beitragszahler in den neuen Bundesländern, noch über einen Finanzverbund die westdeutschen Beitragszahler zusätzlich belastet werden sollen, bleibt nur „der Weg über die Anpassung der Praxise und Vergütungen an das zur Verfügung stehende Grundlohniveau, um Einnahmen und Ausgaben in der Krankenversicherung im Einklang zu halten“, so Jung. Damit ist eine neue Kostendämpfungsrunde für das nächste Jahr programmiert. Sie wäre nur dann zu vermeiden, wenn die Versicherten in der bisherigen DDR große Zurückhaltung bei der Inanspruchnahme von Leistungen üben und die Grundlöhne weiterhin kräftig steigen würden.

Einen forcierten Lohnanstieg kann niemand wünschen, denn das müßte die Chancen des Investitionsstandorts „Ex-DDR“ verschlechtern. Löhne, die nicht der Produktivität entsprechen, fördern Arbeitslosigkeit. Die Zahl der Arbeitslosen und der Kurzarbeiter ist in den letzten Wochen stärker als erwartet gestiegen. Rund 2,25 Millionen Leistungsempfänger gibt es jetzt. Das ist eine Riesenlast. Aber es führt kein Weg daran vorbei, die verkrusteten Strukturen aufzubrechen. Die Betriebe müssen schneller Arbeitskräfte entlassen, als neue Arbeitsplätze geschaffen werden können. Die „Talsole“ könnte bis Mitte 1991 durchschritten sein. Erst dann wird es auch für die Krankenversicherung eine bessere Perspektive geben.

bonn-mot

### Plädoyer für besseres Petitionswesen

Rund 15 000 bayerische Bürger haben in den vergangenen vier Jahren von einem ihnen grundgesetzlich und verfassungsrechtlich verbrieften Recht Gebrauch gemacht und sich schriftlich mit einer Bitte oder Beschwerde an den Landtag gewandt. Damit wollten sie entweder das Parlament auffordern, bestimmte gesetzliche Regelungen zu treffen, oder aber – und dies ist die Mehrzahl – behördliche Entscheidungen und Verwaltungsakte überprüfen und gegebenenfalls revidieren zu lassen, weil sie von den Petenten als ungerecht empfunden wurden: Immer mehr Bürger nehmen dieses Recht inzwischen wahr, denn in der vergangenen Legislaturperiode stieg die Zahl der Eingaben und Beschwerden um rund zehn Prozent, wobei drei Themenkomplexe im Vordergrund stehen: das Bauwesen, der Strafvollzug und Ausländerfragen.

Ein knappes Drittel aller Petitionen war nach der parlamentarischen Behandlung durch die verschiedenen Fachausschüsse des Landtags, vor allem aber durch den Ausschuss für Eingaben und Beschwerden erfolgreich. Zwölf Jahre lang hatte ihn der SPD-Abgeordnete Dr. Josef Klasen, der jetzt in den parlamentarischen Ruhestand tritt, als Vorsitzender geleitet. Sein turnusmäßiger Rechenschaftsbericht über die geleistete Ausschussarbeit zum Ende der Legislaturperiode geriet deshalb zu einer Abschiedsadresse mit kritischer Bilanz und vor allem zu einem engagierten Plädoyer für ein verbessertes Petitionswesen für den oft hilflosen Bürger, der sich im Behördendschungel ungerecht behandelt fühlt.

Hinter der ständig wachsenden Zahl von Eingaben und Beschwerden weltweit, wie auch in Bayern, obwohl in vielen Industriestaaten eine lückenlose Rechtswegegarantie zu den Gerichten existiert, sieht Klasen, der übrigens über das Thema Petitionswesen promoviert hatte, folgendes Phänomen: „Recht haben und recht bekommen sind leider allenthalben nicht dasselbe. Gerichte funktionieren letztlich nur, wenn Chancengleichheit bei den Prozeßparteien vorliegt. Dies ist leider nur selten der Fall. Mangelndes finanzielles Durchhaltevermögen und unzureichende Prozessualkenntnisse bringen nur zu häufig ungerechte Ergebnisse. Vor allem die Tatsache, daß Gerichte das Verwaltungsermessen nicht nachprüfen kön-

nen, schmälert die Chancen bei Anfechtungsklagen vor dem Verwaltungsgericht.“

Als eine Antwort zur Hilfe für die Schwächeren seien weltweit nach skandinavischem Vorbild „Ombudsmann-Systeme“ eingeführt worden, so beispielsweise 1957 der „Wehrbeauftragte“ des Bundestags, 1967 der „Commissioner“ in Großbritannien, 1973 der „Mediateur“ in Frankreich, 1977 die „Volksanwaltschaft“ in Österreich oder die „Difensore civici“ in Italien, um nur einige zu nennen. Auch in einigen Ostblockländern wird seit zwei Jahren die Institution eines „Bürgerbeauftragten“ eingeführt. Im Gegensatz dazu entschied man sich in der Bundesrepublik Anfang der sechziger Jahre nicht für die Einführung von Ombudsmännern, sondern für einen Ausbau des Petitionsrechts in den Parlamenten, weil dieses auf eine mehr als 100 Jahre alte Tradition zurückblicken konnte und zu einem individuellen Grundrecht mit hoher Akzeptanz in der Bevölkerung ausgebaut wurde.

Durch Verfassungsänderungen erhielten die Petitionsausschüsse im Rahmen ihrer Kontrollfunktion das Recht zur Akteneinsicht, zur Behördenkontrolle und zur Zeugeneinvernahme. Diese Reform wurde in allen Bundesländern bzw. wird derzeit noch durchgeführt. Lediglich Bayern bildet eine Ausnahme. Schon der erste Bayerische Landtag habe im Jahre 1948 eine solche Reform verlangt, berichtete Klasen, doch alle Anläufe der Opposition hierzu seien bislang vergeblich gewesen: „Wir werden bald das einzige Bundesland sein, das in einem so sensiblen Rechtsbereich wie dem Verhältnis Parlament-Staatsregierung/Verwaltung bei der Behandlung von Eingaben nichts hat außer einer Art verfassungsmäßigem Gewohnheitsrecht. Damit hängt die Abhaltung jedes Ortstermins doch eigentlich verfassungsrechtlich in der Luft.“ Gerade die Vorgänge, die zur Einsetzung des Untersuchungsausschusses „Justizvollzugsanstalt Straubing“ geführt haben, zeigten deutlich die Notwendigkeit einer rechtlichen Verankerung des erweiterten Petitionsrechts, meinte Klasen und rief dem neuen Landtag, die Reform unverzüglich in Angriff zu nehmen. Sollte das nicht geschehen, so könnten die Bürger dies mit Hilfe eines Volksbegehrens selbst in die Hand nehmen.

Verbesserungswürdig sei auch die Ansprechbarkeit für die Petenten: Gerade für die im Lande, die sich am wenigsten wehren können und deshalb am meisten Hilfe benötigen, sei das vorgeschriebene Erfordernis der Schriftform bei Petitionen eine nur schwer zu überwindende Hemmschwelle. Dies bestätigen die Erfahrungen aller Ombudsleute. In Österreich werden beispielsweise weit über die Hälfte aller Beschwerden in Sprechstunden oder per Telefon mündlich vorgebracht, wobei die Volksanwaltschaft im ganzen Lande zum Ortstarif 24 Stunden täglich erreichbar ist. Erkennbar müßten alle Landtagsabgeordneten als Ombudsleute vor Ort ihren Mitbürgern zur Verfügung stehen, forderte Sepp Klasen, womit auch das Ansehen von Politikern und Parlament gehoben werden könnte.

Auch die parlamentarische Behandlung der Petition ist nach Klasens Ansicht verbesserungswürdig. Im Gegensatz zu den übrigen deutschen Parlamenten sind in Bayern auch die Fachausschüsse für Petitionen zuständig. Um immer wieder auftretende Kompetenzkonflikte zu vermeiden und um darüber hinaus eine schnellere Bearbeitung der Eingaben zu ermöglichen, verlangte er eine exklusive Zuständigkeit des Petitionsausschusses, wie er sich in anderen Landtagen und im Bundestag bewährt habe, zumal eine parteipolitische Polarisierung in diesen Gremien kaum stattfindet. Eine solche Regelung bedeute nicht, daß der Sachverstand der Fachausschüsse nicht berücksichtigt werden solle, doch sollte der Eingabenausschuß die Abschlußinstanz darstellen. Das schließe nicht aus, daß jeder Abgeordnete das Recht haben müsse, auch über Petitionsentscheidungen abzustimmen und sich an Beratungen darüber zu beteiligen.

Engagiert setzte sich Klasen auch für Petitionen in der Form von Bitten an das Parlament ein, die es ernst zu nehmen gelte: „Aus dem Bewußtsein heraus ‚Wir sind das Volk‘ wollen sich auch bei uns immer mehr engagierte Bürger zwischen den Wehlen in das politische Geschehen einmischen. Dies stellt ein Stück unmittelbare Demokratie dar; der nächste Schritt ist dann das Volksbegehren.“ Diese Eingaben seien eine Art Überdruckventil, durch das Dampf entweichen könne. Insgesamt sei die Petitionsarbeit im wahrsten Sinne des Wortes ein Stück „Basisarbeit“, mit dem ein ganzes Stück an Staats- und Politikerverdrossenheit, von der allenthalben die Rede sei, wieder abgetragen werden könne.

Michael Gscheidle

# Blaulichtärzte – Fortbildung für Notärzte in Bayern – 1990/91

Orte: Augsburg, München, Nürnberg und Würzburg

Die „Einheitliche Fortbildung für Notärzte in Bayern“ soll einer möglichst großen Zahl von Kolleginnen und Kollegen Kenntnisse in der Notfallmedizin vermitteln sowie den aktiv tätigen Notärzten den Erwerb der Fachkunde „Rettungsdienst“ 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 sind Bescheinigungen über die jeweils geforderten Teilnahmevoraussetzungen beizufügen.

Anmeldungen können nur dann bearbeitet werden, wenn alle erforderlichen Nachweise beigefügt sind.

Teilnahmebescheinigung nur nach vollständig besuchtem Kurs.

Bereits ausgebuchte Kurse werden nicht mehr veröffentlicht.

### **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.

– Fortsetzung Rückseite –

Veranstaltungsorte:	Termine:	Stufe:	Auskunft und <u>schriftliche</u> Anmeldung (Anmeldungsmodalitäten siehe vorhergehende Seite) nur bei:
<b>Augsburg</b> Ärztehaus Schwaben	<b>1991:</b> 16. 3. 13. 4. 6. 7.	II/1 II/2 III	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Schwaben, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg Frau Ihrcke, Telefon (08 21) 32 56-131
<b>München</b> Ärztehaus Oberbayern	<b>1991:</b> 13. 7. 27. 7.	I/3 I/4	Bayerische Landesärztekammer Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288
<b>Nürnberg</b> Universität Erlangen-Nürnberg  Meistersingerhalle	<b>1990:</b> 8. 12. * 9. 12.	II/1  II/2	Bayerische Landesärztekammer Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80 Fräulein Wolf, Telefon (0 89) 41 47-288  * Sonntag
<b>Würzburg</b> Mensa am Hubland der Universität Würzburg  Ärztehaus Unterfranken  Mensa am Hubland der Universität Würzburg	<b>1991:</b> 2. 3. 16. 3.  20. 4.  22. 6. 6. 7.	I/3 I/4  III  II/1 II/2	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 8700 Würzburg Frau Schneider, Telefon (09 31) 3 07-230



## DAS RICHTIGE AMBIENTE FÜR EINE ENTSPANNTE GESPRÄCHSATMOSPHÄRE

Variable Gestaltungsmöglichkeiten erlauben individuelle Raum-  
lösungen. Funktionalität und Design dokumentieren Anspruch und  
Kompetenz. Exklusivität im Sprechzimmer „Foresta-eccentro“, die  
der Persönlichkeit des Arztes gerecht wird.

Fordern Sie unsere 88-seitige Broschüre „Die Praxis im Puls der  
Zeit“ noch heute an.

**MEDICA 90**  
Halle 9, Stand E 22  
Düsseldorf 21.-24. 11. 90

*Der ideale Partner*

**PRAXIS**  
*Design*

R. Willert  
Sanddomstraße 21  
8070 Ingolstadt-Gerolfing  
Tel. (08 41) 8 73 21

**COUPON**

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

## Kongresse: Allgemeine Fortbildung

### 41. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

vom 7. bis 9. Dezember 1990 in der Meistersingerhalle, Großer Saal, Nürnberg  
Wissenschaftliche Leitung: Professor Dr. H. Sessner, Nürnberg

AiP-geeignet

#### Freitag, 7. Dezember 1990

9.00 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Einleitung

10.20 bis 13.00 Uhr:

#### Umwelt und Krankheit

Umweltauswirkungen von Abfallentsorgungsanlagen

Dr. J. Vogl, München

Hygiene und Umweltschutz in Klinik und Praxis

Privatdozent Dr. H. M. Just, Nürnberg

Chronisch-obstruktive Bronchitis und Asthma als Folgen von Umweltbelastung

Professor Dr. W. M. Schilling, Berlin-Buch

Ionisierende Strahlung und ihre Risiken

Professor Dr. Th. Schmidt, Nürnberg

Diskussion des Auditoriums mit den Referenten des Vormittages

Leitung: Professor Dr. W. M. Schilling

14 bis 17.50 Uhr:

#### Neues aus Diagnostik und Therapie

Film „Reizmagen“

(Janssen, Neuss)

Differentialdiagnose und Therapie der chronischen Hepatitiden und der biliären Zirrhose

Professor Dr. M. Manns, Mainz

Operative Behandlungsmöglichkeiten der Trigeminalneuralgie

Professor Dr. A. Kühner, Nürnberg

Derzeitiger Stand der Behandlungsmöglichkeiten von Wachstumsstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Professor Dr. H. U. Tietze, Nürnberg

3-dimensionale Bildgebung in der Radiologie

Dr. M. Ernsting, Nürnberg

Nichtsteroidale Antirheumatika und Niere

Professor Dr. J. Mann, Nürnberg

Auge und Straßenverkehr

Professor Dr. W. Buschmann, Würzburg

- Nach jedem Vortrag Diskussion -

#### Samstag, 8. Dezember 1990

9 bis 14.30 Uhr:

#### Symptomatologie und Therapie entzündlich-rheumatischer Erkrankungen

Klinische Befunderhebung bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen

Dr. Th. Stolzenburg, Würzburg

Den Berichtsband über diesen 41. Nürnberger Fortbildungskongreß aus der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer erhalten alle berufstätigen Ärzte in Bayern im Laufe des nächsten Jahres kostenlos von der Bayerischen Landesärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zugesandt.

Notfalltherapie bei Thoraxverletzungen  
Professor Dr. H. Bauer, Altötting

Notfalltherapie bei Extremitäten- und Abdominalverletzungen

Professor Dr. L. Schweiberer, München

Notfalltherapie bei akutem Abdomen und gastrointestinalen Blutungen

Professor Dr. H. Bauer

Gynäkologische und geburtshilfliche Notfälle

Professor Dr. D. Kranzfelder, Würzburg

Notfalltherapie bei Polytrauma

Professor Dr. P. Seifrin, Würzburg

Notfalltherapie von Intoxikationen

Professor Dr. M. von Clarmann, München

- Nach jedem Vortrag Diskussion -

#### Öffentliche Veranstaltung:

##### Allergie heute

10 bis 12 Uhr (Kleiner Saal):

Einführung in das Thema

Professor Dr. H. Sessner

Allergie: Entstehung, Bedeutung und Einfluß der Umwelt

Professor Dr. G. Forck

Allergische Erkrankungen der Haut

Professor Dr. E. Paul

Allergische Erkrankungen der Atmungsorgane, Vorbeugen - Erkennen - Aufklären - Behandeln

Dr. P. Bölskei, Nürnberg

Beruf und allergische Erkrankungen

Professor Dr. Dr. h. c. G. Lehnert, Erlangen

Fachleute stellen sich: Diskussion des Auditoriums mit den Referenten

Fachleute stellen sich: Diskussion des Auditoriums mit den Referenten

#### Parallelveranstaltung:

##### VI. Sonographia-Symposium am 7./8. Dezember 1990

Thema: Praxisrelevante Ultraschalldiagnostik (Normalbefunde im Sonogramm - Pathologische Organbefunde im Sonogramm - Endosonographie)

Leitung: Dr. W. Zimmermann, München

Ort: Meistersingerhalle, Kleiner Saal

Begrenzte Teilnehmerzahl, Teilnahme nur nach Bestätigung möglich.

Teilnehmergebühr: DM 100,- (Kongreßbesuch eingeschlossen)

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, Fortbildungsreferat, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 2 32

Pharmazeutische Ausstellung (täglich 8.45 bis zum Ende der Vorträge, Sonntag bis 13 Uhr)

Pharmazeutische Ausstellung (täglich 8.45 bis zum Ende der Vorträge, Sonntag bis 13 Uhr)

Den Berichtsband über diesen 41. Nürnberger Fortbildungskongreß aus der Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer erhalten alle berufstätigen Ärzte in Bayern im Laufe des nächsten Jahres kostenlos von der Bayerischen Landesärztekammer bzw. der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zugesandt.

## 20. Fortbildungskurs für ärztliches Assistenzpersonal

während des 41. Nürnberger Fortbildungskongresses  
der Bayerischen Landesärztekammer  
am 7./8. Dezember 1990

<b>Teil 1: Röntgendiagnostik</b> Erziehungswissenschaftliche Fakultät der Universität Erlangen- Nürnberg	<b>Teil 2: Strahlentherapie</b> Klinikum Nürnberg Hörsaal Frauenklinik	<b>Teil 3: Nuklearmedizin</b> Erziehungswissenschaftliche Fakultät der Universität Erlangen- Nürnberg
Assistenzpersonal mit Röntgenerfahrung  Freitag, 7.12., 13 Uhr bis Samstag, 8.12., 16.45 Uhr	MTA/MTR und erfahrenes Assistenzpersonal in der Strahlentherapie  Freitag, 7.12., 12 Uhr bis Samstag, 8.12., 16 Uhr	Freitag, 7.12., 13.45 Uhr bis Samstag, 8.12., 17 Uhr
Erzeugung des Strahlenbildes – Er- zeugung der Röntgenaufnahmen und deren Weiterverarbeitung – Konsequenzen aus den Vorschlägen der Ärztlichen Stellen – Schwerpunkt Wirbelsäule: Röntgenanatomie der Wirbelsäule – Einstelltechnik und Funktionsaufnahmen bei der Hals- und Brustwirbelsäule – Einstell- technik in der Kinderradiologie – Gesichtsschädelaufnahmen bei Schwerverletzten in nichtüblicher Lagerungstechnik – Abrechnungssy- steme für die ärztliche Praxis – Einstelltechnik und Funktionsauf- nahmen bei der Lendenwirbelsäule und Sakrum – Spezielle orthopädi- sche Fragestellungen – Computerto- mographische Untersuchungstech- niken  <b>Praktika</b> Aufnahmetechnische Praktika in al- len Gebieten der Medizin – Filmver- arbeitung und Aufnahmefehler – Qualitätskontrolle an Aufnahmear- beitsplätzen – Abrechnungssysteme	Kolorektale Karzinome: Pathologie kolorektaler Tumoren – Chirurgische Therapie – Internistische Therapie – Strahlentherapeutische Techniken und Ergebnisse  Palliative Therapie: Biologische Be- sonderheiten der palliativen Strah- lentherapie – Qualitätskontrolle in der Strahlentherapie – Quantität und Qualität des Lebens – Über die Freu- de  <b>Praktika</b> Simulatortechnik beim Rektumkarzi- nom – Afterloading-Psychoonkologi- sches Seminar	Aktuelle nuklearmedizinische Funk- tionsdiagnostik: technischer Auf- wand, Durchführung und Aussage- kraft am Beispiel von Schilddrüse, Lunge, Skelett und den Schnittbild- verfahren SPECT und PET – Schild- drüsen- und Lungendiagnostik: szin- tigraphische Funktionsdiagnostik bei Erkrankungen der Schilddrüse – So- nographie und andere bildgebende Verfahren in der Schilddrüsendi- agnostik – Nuklearmedizinische La- bordiagnostik bei Schilddrüsener- krankungen – Nuklearmedizinische Therapie von Schilddrüsenerkran- kungen – Perfusionsszintigraphie, Ventilations- und inhalationsszinti- graphie der Lunge – Nuklearmediz- nische Skelettdiagnostik: bei tra- umatischen und entzündlichen Läsio- nen, bei malignen Prozessen, bei me- tabolischen und systemischen Ske- lettaffektionen einschließlich Photo- nenabsorptiometrie – SPECT, haupt- sächliche klinische Anwendungen – PET, gegenwärtiger Stand  <b>Praktika</b> Zum Hauptthema
Anmeldeschluß: 20. November 1990 – Begrenzte Teilnehmerzahl		
<b>Auskunft und Anmeldung:</b> Bayerische Landesärztekammer, Fortbildungsreferat, Mühlbauerstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-232 Teilnahme nur nach Bestätigung möglich		
Teilnahmegebühr: DM 70,-	Teilnahmegebühr: DM 70,-	Teilnahmegebühr: DM 70,-
Teilnahmebescheinigung nur am Ende des vollständig besuchten Kurses. Ausführliche Programme senden wir Ihnen gerne auf Wunsch zu!		

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

Röntgendiagnostik: 60 Stunden

Teilnahmevoraussetzung:

Zweijährige Tätigkeit in der Röntgendiagnostik

Termine und Kursorte:

14. bis 25. Januar 1991

15. bis 26. April 1991

Augsburg, Zentralklinikum

23. November bis 15. Dezember 1990

(jeweils Freitag und Samstag)

Hof, Klinikum

22. bis 30. November 1990

Ingolstadt, Klinikum

Regelmäßige Kurse

Termine auf Anfrage

München, Walner-Schulen

3. bis 12. Dezember 1990

Regensburg, Krankenhaus der Barmherzigen Brüder

30. November bis 21. Dezember 1990

(jeweils Freitag und Samstag)

Weiden, Städtisches Krankenhaus

Röntgendiagnostik: 120 Stunden

Teilnahmevoraussetzung: keine

Termine und Kursorte auf Anfrage

Strahlentherapie: 40 Stunden

Teilnahmevoraussetzung:

Zweijährige Tätigkeit in der Strahlentherapie

Termin und Kursort:

3. bis 7. Dezember 1990

Passau, Klinikum

Strahlentherapie: 80 Stunden

Teilnahmevoraussetzung: keine

Termin und Kursort:

26. November bis 7. Dezember 1990

Passau, Klinikum

Auskunft und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 2 84 bis 2 86

Für Kursort München:

Walner-Schulen, Landsberger Straße 68-76, 8000 München 2, Telefon (0 89) 50 70 33

## 5. Tagung des Münchner Collegiums für Therapieforschung

am 1. Dezember 1990 in München

AIP-geeignet

Thema: Allergische Atemwegs- und Lungenkrankheiten

Beginn: 9 Uhr - Ende: 17.45 Uhr

Ort: Klinikum Großhadern, Hörsaal III, Marchioninistraße 15, München 70

Auskunft:

Professor Dr. G. Fruhmann, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95 - 30 71 oder 30 78

## Arbeitsmedizinische Fortbildung am 28. November 1990 in Erlangen

Veranstalter: Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e.V. in Zusammenarbeit mit dem Institut für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg

Thema: Teratogenität und Arbeitsplatz  
Zeit und Ort: 18 Uhr c. t. - Bildungszentrum der Siemens AG, Zeppelinstraße 10, Erlangen

Auskunft:

Dr. P. Jahn, Fischbachstraße 16, 8505 Röthenbach, Telefon (09 11) 5 09 - 26 66

## Tagung der European Society of Organ Transplantation

vom 11. bis 14. Dezember 1990 in München

AIP-geeignet

Thema: Ethik, Rechtsprechung und Handel bei der Organtransplantationstherapie

Ort: Sheraton Hotel, Arabellastraße 6, München 81

Auskunft und Anmeldung:

Transplantationszentrum im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95 - 27 07

## Veranstaltungen der Vereinigung Praktischer und Allgemeinärzte Bayerns

Termine:

Diabetes und Hypertonie - was bewirken ACE-Hemmer? (14. 11. Augsburg)

Neue Aspekte in der Therapie des Mammakarzinoms (14. 11. Geretsried-Gelting)

Selenmangel als Krankheitsursache, Diagnose und Therapie unter besonderer Berücksichtigung maligner Erkrankungen (14. 11. München)

Ist unsere Freiberuflichkeit noch zu retten? (14. 11. Regensburg)

Kinderorthopädie (17. 11. Bayreuth)

Landesmitgliederversammlung (24. 11. Augsburg)

EDV-Seminar: Ist die Kassenabrechnung noch beherrschbar? - Ist der Praxiscomputer eine Hilfe? (5. 12. Mühlhof)

Therapeutische Lokalanästhesie: Lendenwirbelsäule (15. 12. Würzburg)

Bei Terminänderungen können nur über das Sekretariat der Vereinigung angemeldete Teilnehmer benachrichtigt werden.

Auskunft und Anmeldung:

Vereinigung der Praktischen und Allgemeinärzte Bayerns, Ludmillastraße 13/III, 8000 München 90, Telefon (0 89) 65 55 05 (von 9 bis 12.30 Uhr)

## Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns veranstaltet am

**24. November 1990**

in der Mühlbaurstraße 16 (Ärztehaus Bayern), München 80, einen Einführungslehrgang für die kassenärztliche Tätigkeit.

Beginn: 8.45 Uhr - Ende: 16.30 Uhr

Anmeldungen sind an die KVB-Landesgeschäftsstelle, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 47 - 356, Frau Klockow, bis 16. November 1990 zu richten.

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

## Tagung „Müll in der Arztpraxis“ am 17. November 1990 in Augsburg

AIP-geeignet

Veranstalter: Ärztlicher Kreisverband Augsburg und Arbeitsgemeinschaft Ärzte gegen Müllverbrennung in Bayern

Beginn: 10 Uhr - Ende: 16 Uhr

Ort: Ärztehaus Schwaben, Frohsinnstraße 2, Augsburg

Teilnehmergebühr: DM 40,- (einschließlich Mittagessen)

Auskunft und Anmeldung:

Ärztlicher Kreisverband Augsburg, Frohsinnstraße 2, 8900 Augsburg, Telefon (08 21) 32 56 - 2 00

## EDV-Seminar

am 24. November 1990 in München

Veranstalter: Hartmannbund, Landesverband Bayern

Das Seminar ist gedacht für niederlassungswillige und bereits niedergelassene Ärzte aller Gebiete, die sich für EDV in der eigenen Praxis interessieren. Es dient zur Beratung und zum Kennenlernen von verschiedenen Systemen.

Beginn: 8.30 Uhr - Ende: 17 Uhr

Ort: Hotel Holiday-Inn, Leopoldstraße 194, München 40

Teilnehmergebühr: DM 150,- für Nichtmitglieder; DM 75,- für Mitglieder

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Landesverband Bayern des Hartmannbundes, Mühlbaurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (0 89) 4 70 60 85

# Klinische Fortbildung in Bayern 1990/91

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

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

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

## Ärztinnen/Ärzte im Praktikum

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

Besonders empfohlen wird die Teilnahme an zwei berufskundlichen Veranstaltungen, die von der Bayerischen Landesärztekammer, an einem Tag zusammengefaßt, durchgeführt werden. Der nächste Termin ist Nürnberg 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

### 28. November in München

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

Leitung: Professor Dr. Dr. S. Borelli, Professor Dr. J. Rakoski

Tagung der Münchner Allergie-Gesellschaft: „Berufsdermatologische Fortbildung“

Themen: Aktuelles zur Bedeutung berufsbedingter Hauterkrankungen – Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes-G 24 – Atople: ein berufsdermatologisches Risiko? – Berufserkrankungen bei Bäckern – Berufserkrankungen bei Köchen – Gummiallergie als Berufserkrankung – Therapeutisches Vorgehen bei dermatologischen Berufserkrankungen

Beginn: 15.15 Uhr c. t.

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

Auskunft und Anmeldung:

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

## Arbeitsmedizin

### 6. Dezember in München

Institut und Poliklinik für Arbeitsmedizin der Universität München (Vorstand:

Professor Dr. G. Fruhmann) gemeinsam mit dem Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. Landesverband Südbayern (Leiter: Dr. R. E. Tiller)

100. Kolloquium (Festkolloquium)

Thema: Gesundheit und Krankheit an den Arbeitsplätzen der Zukunft

Beginn: 17 Uhr c. t.

Ort: Carl-Friedrich-von-Siemens-Stiftung, Südliches Schloßbrändell 23, München 19

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat des Instituts und der Poliklinik für Arbeitsmedizin, Ziemssenstraße 1, 8000 München 2, Telefon (0 89) 51 60-24 70

## Augenheilkunde

### 8. Dezember in Erlangen

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

„59. Erlanger Augenärztliche Fortbildung“

Thema: Sinnesphysiologische Untersuchungsmethoden in der Augenheilkunde (Kurzvorträge und Patientendemonstrationen)

Beginn: 9.30 Uhr

Ort: Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. J. Jonas, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-44 91

## November 1990

- 15. Onkologie - Oberaudorf
- 16. Notfallmedizin - Passau
- 16./17. Sonographie - Nürnberg und Erlangen
- 16.–18. Sonographie - München
- 17. Frauen - Nürnberg
- 17. Innere - Bad Wörishofen
- 17. Nuklearmedizin - Erlangen
- 17. Unfallchirurgie - Regensburg
- 19.–23. Radiologische Diagnostik - München
- 20. Labor - München
- 24. Kinder - München
- 24. Lungen - Ebenfeld/Ofr.
- 24. Onkologie - Plattling
- 24. Psychiatrie - München
- 28. Allergologie - München
- 28. Innere - Ingolstadt
- 28. Sonographie - Würzburg

## Dezember 1990

- 1. Neurologie - Herzogenaurach
- 5. Kinder- und Jugendpsychiatrie - Würzburg
- 6. Arbeitsmedizin - München
- 6. Onkologie - Oberaudorf
- 6.–8. Orthopädie - Nürnberg
- 8. Augen - Erlangen
- 8. Lungen - München
- 8./9. Gefäßchirurgie - München
- 10.–12. Sonographie - Erlangen
- 14./15. Haut - Nürnberg

## Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### 17. November in Nürnberg

Frauenklinik I (Leiter: Professor Dr. V. Terruhn) und Frauenklinik II (Leiter: Professor Dr. A. Felge) in Zusammenarbeit mit der Kinderklinik (Leiter: Professor Dr. H. Gröbe) im Klinikum Nürnberg

„3. Nürnberger Perinatologisches Symposium“

Themen: Der Einsatz von Prostaglandinen in der Geburtshilfe, Pharmakologische und klinische Ergebnisse – Fetale Hypoxie, Hirnblutungsrisiko – Die Hirnblutung beim Neugeborenen: Ursachen, Therapie, Prävention – Zystennieren, Genetik pathologischer Anatomie, klinisches Erscheinungsbild und pränatale Diagnostik – Diagnose angeborener Fehlbildungen der Niere und ableitenden Harnwege – Klinische Bedeutung prä- und postnatal diagnostizierter Fehlbildungen der Harnwege

Zeit: 9 bis ca. 13 Uhr

Ort: Arvena-Hotel am Frankenzentrum, Görlicher Straße 51, Nürnberg-Langwasser

Auskunft und Anmeldung:

Frauenklinik II: Frau Ferstl, Flurstraße 7–9, Telefon (09 11) 3 98-28 03; Kinderklinik: Frau Heuser, Kirchenweg 48, Telefon (09 11) 3 98-22 76, 8500 Nürnberg

## Gefäßchirurgie

8./9. Dezember in München

Abteilung für Gefäßchirurgie (Vorstand: Professor Dr. P. C. Maurer) der Chirurgischen Klinik der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar

„11. Münchner Gefäßchirurgisches Gespräch“

Thema: Gefäßchirurgie im Fortschritt (Neuentwicklungen, Kontroversen, Grenzen, Perspektiven)

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

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. P. C. Maurer, Frau Stehbeck, Ismaninger Straße 22, 8000 München 80, Telefon (0 89) 41 40-21 65

## Haut- und Geschlechtskrankheiten

14./15. Dezember in Nürnberg

Hautklinik (Leitender Arzt: Professor Dr. E. Paul), Klinikum Nürnberg, in Zusammenarbeit mit dem Verein Mittelfränkischer Dermatologen

„Wintertagung“

*Mykologie (Fortschritte in Pathogenese, Diagnostik und Therapie):* Pathomechanismen der mykotischen Infektion – Ungewöhnliche Erscheinungsbilder der Dermatomykosen – Mykologische Diagnostik in der dermatologischen Praxis – Moderne Behandlungsverfahren bei Onychomykosen

*Ekzeme (Neue Aspekte zur Pathogenese, Diagnostik und Therapie):* Pathogenese des allergischen Kontaktekzems – Klinische und diagnostische Aspekte des Kontaktekzems – Seborrhoide und papulo-follikuläre Dermatitis bei HIV-Infektion – Neurodermitis (ein neues Konzept zur Pathogenese und Therapie) – Erfahrungen mit der Linolensäure (Therapie in der Praxis)

*Aktuelles aus der Klinik für die Praxis:* Das maligne Melanom der Haut (der ideale Vorsorgetumor) – Immunmodulation im positiven Sinne (Grundlagen, Indikationen und Anwendung in der Dermatologie) – Dermatologie und HIV – Die sogenannte Lichtalterung der Haut – Therapie des Ulcus cruris venosum unter Berücksichtigung neuerer pathogenetischer Gesichtspunkte – Neue Medikamente und neue Therapieverfahren (Ausblick)

Zeit: 14. Dezember, 14 bis ca. 17.30 Uhr; 15. Dezember, 9 bis 17.45 Uhr

Ort: Klinikum Nürnberg, Flurstraße 17, Nürnberg

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Hautklinik, Flurstraße 17, 8500 Nürnberg 90, Telefon (09 11) 3 98-24 60

# Festbetrag?

## Sie als Arzt wollen:

1. nachgewiesene Qualität
2. »Alles-aus-einer-Hand-Therapie«
3. Verordnung weit unter Festbetrag

## dann gibt es nur eine Alternative: Arzneimittel von ct!

### zum Beispiel:

nife 10 von ct  
OP 100/N3  
DM 34,10

**30%**  
unter Festbetrag

nife 20 ret. von ct  
OP 100/N3  
DM 43,34

**35%**  
unter Festbetrag

## Nutzen Sie diese Verordnungsreserve\*

\*gegenüber der Verordnung zum Festbetrag



*Ein Berliner Unternehmen!*  
**ct-Arzneimittel**  
**Chemische Tempelhof GmbH**  
Oberlandstr. 65, Postfach 42 03 31  
1000 Berlin 42, Tel. 0 30-7 51 80 61

**Wirksame Bestandteile:** 1 Kapsel nife 10 von ct enthält 10 mg Nifedipin. 1 Retardkapsel nife 20 ret. von ct enthält 20 mg Nifedipin. **Anwendungsgebiete:** Therapie der koronaren Herzkrankheit, Therapie der Hypertonie. **Gegenanzeigen:** Herz-Kreislaufschock, Überempfindlichkeit, Schwangerschaft und Stillzeit, Vorsicht bei ausgeprägter Hypotonie sowie dekompensierter Herzinsuffizienz. **Nebenwirkungen:** Kopfschmerzen, Flush und Wärmegefühl. Gelegentlich Unterschenkelödeme; vereinzelt Übelkeit, Durchfall, Verstopfung, Schwindel, Müdigkeit, Hautreaktionen, Prästhesien, hypotone Kreislaufdysregulation, Palpitationen, Tachykardie; Blutbildveränderungen sind beschrieben worden. Außerst selten reversible Gingiva-Hyperplasie, Leberfunktionsstörungen, Gynäkomastie; bei Angina pectoris-artigen Beschwerden unverzüglich Arzt informieren, bei Dialysepatienten u.U. unerwünscht starker Blutdruckabfall; nach plötzlichem Absetzen »Rebound«, Reaktionsvermögen. **Dosierung:** Zur Behandlung der Hypertonie: 3 x täglich 1 Kapsel nife 10 von ct bzw. 2 x täglich 1 Retardkapsel nife 20 ret. von ct. Stand 9/90

## Innere Medizin

### 17. November in Bad Wörishofen

Herz-Kreislauf-Klinik der LVA Schwaben, Bad Wörishofen (Chefarzt: Professor Dr. E. Volger)

XXV. Ärztliche Vortragsreihe „Neue Aspekte in der Behandlung der chronischen Herzinsuffizienz“

Themen: Zur Pathophysiologie der Herzinsuffizienz – Nutzen und Risiken einer Digitalis- und Diuretikabehandlung bei chronischer Herzinsuffizienz – Neuere Ergebnisse der Behandlung der Herzinsuffizienz mit ACE-Hemmer und Vasodilatoren – Der Stellenwert der Beta-Blocker-Behandlung und neuer positiv-inotroper Substanzen bei chronischer Herzinsuffizienz

Zeit: 9 bis 12 Uhr

Ort: Herz-Kreislaufklinik der LVA, Am Tannenbaum 2, Bad Wörishofen

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. E. Volger, Am Tannenbaum 2, 8939 Bad Wörishofen, Telefon (0 82 47) 357-102

### 28. November in Ingolstadt

Medizinische Klinik I (Chefarzt: Professor Dr. A. Wirtzfeld), Klinikum Ingolstadt in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Kreisverband Ingolstadt-Eichstätt

„Klinische Demonstration ausgewählter Krankheitsbilder“

Beginn: 18 Uhr s. t.

Ort: Veranstaltungsaal im Klinikum Ingolstadt, Krumenauerstraße 25, Ingolstadt

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. P. Maubach, Krumenauerstraße 25, 8070 Ingolstadt, Telefon (08 41) 880-0

## Kinderheilkunde

### 24. November in München

Kinderklinik und -poliklinik der Technischen Universität München im Städtischen Krankenhaus München-Schwabing (Direktor: Professor Dr. P. Emmrich)

„12. Wochenendseminar“

Themen: Jugendmedizin (Pathologisches Eßverhalten im Jugendalter, Drogenmißbrauch im Jugendalter, Mukoviszidose beim Adoleszenten und Erwachsenen, Befreiung vom Schulsport aus internistischer und traumatologischer Sicht, Haltungsanomalien beim Jugendlichen) – Der pädiatrische Notfall (Reanimation: Notfallsausrüstung für die Praxis, Pulmonologische und allergologische Notfallsituation, Der [akute] Bewußtseinsverlust, Pädiatri-

scher Notfall aus kinderchirurgischer Sicht)

Zeit: 9 bis 17 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. P. Emmrich, Kölner Platz 1, 8000 München 40, Telefon (0 89) 30 68-260

## Kinder- und Jugendpsychiatrie

### 5. Dezember in Würzburg

Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg (Direktor: Professor Professor h. c. [Madrid] Dr. G. Nissen)

„Würzburger kinder- und jugendpsychiatrischer Nachmittag“

Zeit: 16 Uhr s. t. bis 18.30 Uhr

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

Anmeldung nicht erforderlich

Auskunft:

Kongreßsekretariat Professor Professor h. c. (Madrid) Dr. G. Nissen, Fuchsleinstraße 15, 8700 Würzburg, Telefon (09 31) 2 03-3 09

## Laboratoriumsmedizin

### 20. November in München

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

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

98. Kolloquium

Thema: Lp(a) – Bindeglied zwischen Fettstoffwechsel und Gerinnung?

Beginn: 18 Uhr s. t.

Ort: Hörsaal V im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 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

### 24. November in Ebensfeld/Ofr.

Klinik für Erkrankungen der Atmungsorgane (Chefarzt: Dr. G. Habich), Bezirksklinikum Kutzenberg

„Lungenfunktionskurs“

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Bezirksklinikum Kutzenberg, Ebensfeld/Ofr.

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 15. November

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat der Klinik, 8629 Ebensfeld, Telefon (095 47) 81-25 43 oder 25 42

### 8. Dezember in München

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

Leitung: Professor Dr. W. Dellus, Dr. S. Gallenberger

„Seminar: Lungenfunktionsdiagnostik“  
Spirometrie, Flußvolumenkurve, Bronchospasmodolyse und Provokation, Bodyplethysmographie, Diffusionskapazität, klinische Falldemonstrationen

Zeit: 9 bis 13 Uhr

Ort: Städtisches Krankenhaus München-Bogenhausen, Engelschalkinger Straße 77, München 81

Teilnehmergebühr: DM 50,- (für AiPs: DM 25,-)

Begrenzte Teilnehmerzahl

Letzter Anmeldetermin: 1. Dezember

Auskunft und Anmeldung (schriftlich):

Dr. S. Gallenberger, Engelschalkinger Straße 77, 8000 München 81, Telefon (0 89) 92 70-22 57

## Neurologie

### 1. Dezember in Herzogenaurach

Neurologische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg (Direktor: Professor Dr. B. Neundörfer)

Leitung: Professor Dr. B. Neundörfer, Professor Dr. H. Stefan

„7. Epilepsie-Praxis-Seminar“

Themen: Sport und Epilepsie – Fallbesprechungen mit Video-EEG-Dokumentation – Prolaktin bei Epilepsie – Schula und Epilepsia

Beginn: 10 Uhr s. t.

Ort: Adidas-Sporthotel, Herzogenaurach

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. H. Stefan, Schwabachanlage 6, 8520 Erlangen, Telefon (0 91 31) 85-45 41

## Notfallmedizin

### 16. November 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

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

Thema: Akute kardiopulmonale Notfälle in der präklinischen Versorgung

Beginn: 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

## Nuklearmedizin

### 17. November in Erlangen

Nuklearmedizinische Klinik mit Poliklinik (Direktor: Professor Dr. F. Wolf) der Universität Erlangen-Nürnberg

„Aktuelle Schilddrüsendiagnostik“

Themen: In-vitro-Diagnostik - Sonographie - Szintigraphie - Jodprophylaxe

Beginn: 9 Uhr

Ort: Kleiner Hörsaal, Medizinische Klinik I, Krankenhausstraße 12, Erlangen

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. W. Becker, Krankenhausstraße 12, 8520 Erlangen, Telefon (091 31) 85 - 34 11

## Onkologie

### 15. November und 6. Dezember 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 - 2 85 (nach Anmeldung besteht die Möglichkeit der Vorstellung von Problempatienten teilnehmender Ärzte)

### 24. November in Plattling

Kreiskrankenhaus Plattling, Abteilung für Innere Medizin (Chefarzt: Dr. O. Bartenstein), in Zusammenarbeit mit der 5. Medizinischen Klinik und dem Institut für Medizinische Onkologie und Hämatologie im Klinikum Nürnberg und dem Ärztlichen Kreisverband

Leitung: Dr. O. Bartenstein, Dr. M. Demandt

„Onkologische Fortbildung“

Themen: Tumormedizin nach Maß - Aktuelle adjuvante Therapie des Mammakarzinoms - Neuere Aspekte in der Behandlung von Lymphomen und Leukämien - Umgang mit Tumorkranken aus psychoonkologischer Sicht

Zeit: 10 bis 13.30 Uhr

Ort: Bürgerspital, Ludwigsplatz 8, Plattling

Auskunft und Anmeldung:

Dr. M. Demandt, Dr.-Kiefl-Straße 12, 8350 Plattling, Telefon (099 31) 500 - 2 72

## Orthopädie

### 6. bis 8. Dezember in Nürnberg

Chirurgisches Zentrum, Abteilung für Unfallchirurgie (Chefarzt: Privatdozent Dr. H.-W. Stedtfeld) im Klinikum Nürnberg

Leitung: Privatdozent Dr. H.-W. Stedtfeld, Dr. H. Tarufts

„IX. Nürnberger Arthroskopiekurs - IX. Nürnberger Gelenksymposium“

Ort: Tagungsgebäude des Messezentrums, Nürnberg 50

Auskunft und Anmeldung:

Medizinische Congressorganisation Nürnberg GmbH, Wielandstraße 6, 8500 Nürnberg 90, Telefon (09 11) 37 40 12

## Psychiatrie

### 24. November in München

Psychiatrische Klinik und Poliklinik (Direktor: Professor Dr. H. Hippus) der Universität München und Psychiatrische Klinik und Poliklinik (Direktor: Professor Dr. H. Lauter) der Technischen Universität München im Klinikum rechts der Isar

7. Münchener Forum „Psychiatrie für die Praxis“

Thema: Körperliche Beschwerden bei psychiatrischen Erkrankungen (Psychovegetative Störungen - „Verspannungszustände“ - Vorgetäuschte Krankheiten - Hypochondrische und Konversionssyndrome - Somatische Beschwerden bei Depressionen - Angst- und Zwangskrankheiten)

Zeit: 9 bis 13 Uhr

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

Anmeldung erwünscht!

Auskunft und Anmeldung:

Privatdozent Dr. W. Greil, Nußbaumstraße 7, 8000 München 2, Telefon (089) 51 60 - 27 66

## Psychosomatik

### 12. Januar 1991 in München

Psychosomatische Beratungsstelle (Leiter: Professor Dr. R. Klußmann) der Medizinischen Poliklinik der Universität München (Vorstand: Professor Dr. N. Zöllner)

Symposium „Die Bedeutung der Psychosomatischen Medizin für den Arzt, seinen Patienten und die Krankheit“ anlässlich des 40jährigen Bestehens der Psychosomatischen Beratungsstelle

Themen: Medizin im Wandel? Die Bedeutung der Psychosomatischen Medizin für die Ausbildung zum Arzt - Innere Medizin und Psychosomatik - Die Medi-

Zusammensetzung: 100 ml enth.: Euphorbium D4, Pulsatilla O2, Luffa operculata O2, Mercurius bijodatus D8, Mucosa nasalis suis D8, Hepar sulfuris O10, Argentum nitricum O10, Sinusitis-Nosode O13 jeweils 1 ml in isotonomischer Natriumchloridlösung, Benzalkoniumchlorid 0,01 %. Anwendungsgebiete: Rhinitis verschiedener Genese (viral, bakteriell, allergisch) und Art, Rhinitis sicca, Rhinitis hyperplastica und atrophicans. Zur unterstützenden Behandlung bei Ozaena. 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 DM 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  
NasentropfenS**

Rhinitiden und Sinusitiden



zinische Poliklinik als Basis für die (psychosomatische) Ausbildung zum Arzt, Denken und Handeln – Die Situation der Fachrichtung Psychosomatik/Psychotherapie an deutschen Universitäten unter besonderer Berücksichtigung stationärer Behandlungseinheiten – Grundlage für das Verständnis des psychosomatisch Kranken: Möglichkeiten und Grenzen psychoanalytischer Ausbildung und Identität – Die Stellung der Psychoanalyse für Theorie und Praxis der Psychosomatischen Medizin – Psychosomatisches Denken und Handeln in der Geriatrie – Bericht aus der Allgemeinpraxis: Läßt unser Medizinbetrieb psychosomatisches Denken und Handeln überhaupt zu? – Der Zugang zum psychosomatisch Kranken über das Verständnis der Familie – Aufgaben der Psychosomatik in einer Kinderpoliklinik – Diskussion

Zeit: 9 bis 17.30 Uhr

Ort: Hörsaal der Medizinischen Poliklinik, Peftenkoferstraße 8a, München 2

Auskunft und Anmeldung:

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

## Radiologische Diagnostik

### 19. bis 23. November in München

Radiologische Klinik und Poliklinik der Universität München im Klinikum Großhadern (Direktor: Professor Dr. Dr. h. c. J. Lissner)

„IX. Radiologische Woche“

Themen: Interventionelle Radiologie – Traumatologie – Retroperitonealraum – Thorax – Datenverarbeitung und Bildübertragung

Strahlentherapieprogramm (zweitägig) mit praktischen Seminaren und Vorträgen:

IORT – Ganzkörperbestrahlung – Kopfhals-Tumoren – Bestrahlungsplanung: MR/CT – Seminome – Non-Hodgkin-Lymphome

Ultraschallkurse

MTRA-Seminar (Montag bis Donnerstag, jeweils vormittags)

Themen: Röntgendiagnostik, Nuklearmedizin und Strahlentherapie

Ort: Radiologische Klinik im Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, München 70

Teilnehmergebühren: Chefarzte und Gleichgestellte DM 500,-, Assistenzärzte DM 300,-, MTRA DM 150,-, Tageskarte DM 100,-

Auskunft und Anmeldung:

Professor Dr. Dr. h. c. J. Lissner, Marchioninistraße 15, 8000 München 70, Telefon (0 89) 70 95 - 27 50

### 16./17. November 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, Professor Dr. D. Claus

„Ultraschall-Doppler-Sonographie der hirnversorgenden Gefäße“

Abschlußkurs nach den Ultraschall-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987

Beginn: 16. November, 9 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, Telefon (0911) 3 98 - 24 94

### 16./17. und 17./18. November 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. Schiftich

16./17. November

Sonographie des Stütz- und Bewegungsapparates – Abschlußkurs

17./18. November

Sonographie der Säuglingshüfte – Abschlußkurs

Beide Abschlußkurse werden nach den Ultraschall-Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 1. Oktober 1987 abgehalten.

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

## Sonographie

### 28. November in Würzburg

Kinderklinik und Kinderpoliklinik der Universität Würzburg (Direktor: Professor Dr. H. Barteis), Kinderradiologie

Leitung: Dr. A. E. Horwitz

„Pädiatrischer Ultraschall – Refresher-Kurs“

Mit theoretischem wie auch praktischem Teil (Material zu Problemfällen aus der eigenen Praxis kann mitgebracht werden)

Zeit: 16.15 Uhr bis ca. 17 Uhr

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

Auskunft und Anmeldung:

Dr. A. E. Horwitz, Josef-Schneider-Straße 2, 8700 Würzburg, Telefon (0931) 2 01 - 37 13

### 10. bis 12. Dezember 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. Heyder

„Ultraschall-Abschlußkurs“

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

Beginn: 10. Dezember, 9 Uhr; Ende: 12. Dezember, 13 Uhr

Ort: Ultraschall-Abteilung der Medizinischen Klinik I, Krankenhausstraße 12, Erlangen

Teilnehmergebühr: DM 450,-

Begrenzte Teilnehmerzahl

Auskunft und Anmeldung:

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

## Unfallchirurgie

### 17. November in Regensburg

Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Abteilung für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie, Sportmedizin (Chefarzt: Professor Dr. R. Neugebauer)

„2. Unfallchirurgisches Symposium Regensburg“

Themen: Azetabulum- und Schenkelhalsfraktur – Pertrochantäre und subtrochantäre Fraktur – Pathologische Fraktur – Qualitätssicherung bei Schenkelhalsfraktur – Totalendoprothese der Hüfte zementiert – Totalendoprothese der Hüfte zementfrei – TEP-Wechsel – TEP-Wechsel zementfrei – Therapie der Protheseninfektion einzeitig und zweizeitig – Physikalische Therapie und Rehabilitation

Zeit: 9 bis 12.45 Uhr

Ort: Hörsaal H2, Universität, Universitätsstraße 31, Regensburg

Auskunft und Anmeldung:

Sekretariat Professor Dr. Neugebauer, Prüfeninger Straße 86, 8400 Regensburg, Telefon (0941) 3 69 - 4 21



**Fortbildung in Stichwörtern nach Leitsymptomen**

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

# Leitsymptom: Psychischer/Physischer Ausnahmezustand

## Der Notfall: Alkoholdelir

bearbeitet von Dr. M. Gawlitzka und Dr. M. Karst, beide Sulzbach/Saar

### Symptomatik:

psychopathologisch:

- Zeitliche, örtliche und situative Desorientiertheit.
- Halluzinationen vorwiegend auf optischem Sinnesgebiet mit Tendenz zur Kleinheit, Vielheit und Bewegtheit der Erscheinungen (krabbelnde Tiere, sich bewegende Fäden).
- Traumähnliches Erleben, in dem sich häufig szenische Halluzinationen und illusorische Verknüpfung kombinieren, gegenseitig ergänzen und über Zwischenstufen ineinander übergeben. Die Inhalte kreisen nicht selten um alkoholische Getränke, deren Umfeld oder um die Arbeitswelt.
- Fahrige Unruhe mit Beschäftigungsdrang: typisch: Nesteln, Zupfen, Fädenziehen, Herumsuchen und -kramen.
- Suggestibilität (Hantieren mit suggerierten Fäden, Ablesen vom weißen Blatt).
- Abrupte Stimmungswechsel zwischen gehetzter Angst, Euphorie oder mißtrauisch-ge reizter Grundhaltung sind möglich.

körperlich/neurologisch:

- Tremor
- Tachykardie, Hypertonie, Hyperhidrosis, Hyperthermie
- Flächenhafte Hämatome infolge vorausgegangener Stürze durch Alkoholintoxikation oder Krampfanfälle in Verbindung mit den häufigen Gerinnungsstörungen.

### Anamnese:

Voraussetzung für den Ausbruch eines Delirs ist meistens ein langjähriger Alkoholmißbrauch. Allerdings entwickeln nur 5–15% aller Alkoholiker ein- oder mehrmals im Leben ein Delirium tremens. Auslöser ist oft ein absoluter oder relativer Alkoholentzug, nicht selten durch „Gelegenheitsursachen“ wie Urlaubsreisen, Kuraufenthalte, interkurrente Erkrankungen sowie alkoholbedingte Komplikationen (Knochenbrüche oder Magenblutung).

Auch Alkoholexzesse können auslösend wirken (Mechanismus vermutlich ähnlich wie bei alkoholinduzierten Krampfanfällen: relativer Entzug nach dem Exzeß).

Bei den „Kontinuitätsdelirien“ genügen nach langjähriger Adaption des ZNS offenbar die unvermeidlichen tageszeitlichen Schwankungen des Alkoholspiegels als Auslöser. Vorauslaufende Symptome sind oft:

- Morgendlicher Tremor, Schwitzen, Übelkeit und Erbrechen infolge relativen Alkoholentzugs über Nacht.
- Schon Wochen bis Monate zuvor rudimentäre Vorboten des Delirs in Form traumartiger, optisch-halluzinatorischer Episoden vorwiegend nachts.

Nicht selten einzelne zerebrale Krampfanfälle unmittelbar vor Ausbruch des Delirs.

### Sofortdiagnostik:

Das Vollbild des Delirium tremens mit der Kombination aus organisch-psychotischer und vegetativer Symptomatik ist kaum zu verkennen.

Schwierigkeiten können bei weniger dramatischen Verlaufsformen auftreten.

**Therapeutische  
Sofort-  
maßnahmen:**

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

**Zusätzliche  
Maßnahmen  
bzw. Anordnungen:**

**Differential-  
diagnostische  
und andere  
Erörterungen:**

**Diagnostische Hilfen:**

Spezielle Prüfung der Orientierung und der Wahrnehmung des situativen Kontextes.  
Prüfung der Suggestibilität („Fadentest“).

Allgemeine alkoholtoxische Erscheinungen: Hepatomegalie, Spider naevi, Hämatome, Muskelatrophie.

**Hinweise in der Umgebung:**

herumliegende Flaschen, häufig Verwahrlosung.

Fremdanamnese durch Angehörige, Nachbarn usw.

**Beim Prädelir und beginnenden Delir:**

— 2–3 Kps. Clomethiazol (Distraneurin®) oder entsprechend 10–15 ml Clomethiazol-Mixtur; besonders rascher Wirkungseintritt innerhalb 10–15 min. bei Mixtur, bei Kps. etwas langsamer; Clomethiazol Filmtabletten sind wegen der erheblich langsameren Resorption nicht zu empfehlen.

Beim voll ausgeprägten Delir wird außerhalb der Klinik eine ausreichende Sedierung mit vertretbarem Risiko kaum zu erreichen sein. Sollte eine Anbehandlung vor dem obligatorischen Transport in die Klinik unumgänglich sein, so empfiehlt sich die Kombination einer antipsychotisch wirksamen mit einer antikonvulsiv-sedierend wirkenden Substanz, z. B. 5–10 mg Haloperidol plus 10 mg Diazepam i. v. (Achtung: nicht in einer Spritze mischen!)

Das Delirium tremens ist eine vital bedrohliche Erkrankung v. a. durch die schwere vegetative Entgleisung (Herz-Kreislaufbelastung), aber auch durch die nicht seltenen Krampfanfälle und unberechenbares Verhalten der Betroffenen.

Die Letalität lag vor Einführung des Clomethiazol (Distraneurin®) und der umfassenden Intensivbehandlung bei 15–30%. Daher gilt:

— Beim manifesten Delir sofortige Einweisung in eine Neurologisch-Psychiatrische Klinik oder ersatzweise in die nächstgelegene Klinik mit Intensivabteilung und entsprechender Therapieerfahrung.

— Kontrolle der Einweisung.

— Ärztliche Überwachung auf dem Transport.

Auch beim Prädelir ist wegen der drohenden Komplikationen die umgehende stationäre Behandlung anzustreben. Eine über wenige Tage hinausgehende ambulante Verordnung von Medikamenten mit eigenem Suchtpotential (Distraneurin®, Tranquilizer) ist nicht vertretbar.

Beim Volldelir ist die Einweisung aufgrund des weitgehend fehlenden Realitätskontaktes und der Suggestibilität der Erkrankten meistens komplikationslos.

Bei Aggressivität oder konsequenter Verweigerung des deliranten Patienten:

— Hinzuziehung der Polizei wegen der unmittelbaren und konkreten Gefahr für Leben und Gesundheit des Betroffenen!

Weitere Maßnahmen — z. B. Einweisung nach den Unterbringungsgesetzen der Länder — sind ggf. von der Klinik zu treffen. Bei blenden Delirien — nicht selten schon mit Übergang zur Wernecke-Enzephalopathie — ist die Situation mitunter schwieriger, da die gleichermaßen gegebene Gefährdung nicht für jedermann offensichtlich ist. In diesen Fällen:

— Hinzuziehen des Amtsarztes oder

— Einleitung der Zwangseinweisung nach dem im jeweiligen Bundesland geltenden Unterbringungsgesetz oder im Rahmen einer zu errichtenden Pflugschaft nach § 1910 BGB über das zuständige Amtsgericht.

Beim einfachen Prädelir ohne bisher darüber hinausgehende Komplikationen sollte man versuchen, den Patienten und auch die Angehörigen von der dringenden Notwendigkeit einer stationären Behandlung zu überzeugen.

Außer im Rahmen der Alkoholkrankheit kommen Delirien und Entzugskrämpfe bei Medikamentenabhängigkeit vor, wobei die Diagnose durch das Fehlen allgemeiner alkoholtoxischer Symptome und die meist bessere soziale Integration der Betroffenen erschwert wird. Der Verlauf ist oft weniger stürmisch, mehr protrahiert und fluktuierend mit über Wochen und Monate persistierenden, nicht selten äußerst quälenden Beschwerden.

**Weitere Differentialdiagnosen:**

Medikamentös bedingte delirante Zustände, hervorgerufen v. a. durch Antiparkinson-Medikamente oder Psychopharmaka mit stärkerer anticholinergischer Begleitwirkung (tricyklische Antidepressiva, stark sedierende Neuroleptika).

Delirante Zustandsbilder im Rahmen zerebraler Abbauprozesse (nicht selten Antiparkinson-Medikation oder interkurrente Erkrankungen/Exsikkose als Kofaktor).

Delirant gefärbte Durchgangssyndrome nach Schädel-Hirn-Traumen oder schweren operativen Eingriffen (nicht immer eindeutig von echten Alkoholdelirien abzugrenzen).

In diesen Fällen ist die medikamentöse Soforttherapie je nach Allgemeinzustand besonders vorsichtig zu handhaben. Für die Indikation zur Klinikeinweisung gilt das oben Gesagte.

## Arzt und Autor – Bücher für jedermann (I)

*Die literarische Kreativität der deutschen Schriftstellerärzte versetzt einen immer wieder in Erstaunen und man ist überrascht über die Vielfalt der Formen, die sich da auf-tun. Reizvoll ist vor allem die individuelle Differenziertheit der Aussagen unserer schreibenden Kollegen, wie sie sich wiederum aus den im zweiten Halbjahr bisher eingegangenen Veröffentlichungen ergibt. Um allen Wünschen gerecht zu werden, beginnen wir jetzt schon im November die Buchbesprechungen und werden sie im Dezember und Januar fortsetzen.*

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

### Psycho-Lieder

Verfasser: G. Struck, 82 S., Grafiken von M. Struck, brosch., DM 12,80, Verlag Stippak, Aachen.

Überraschend diese Lyrik: Vielfalt und Originalität sind hier echt verbündet. Das Ganze wirkt harmonisch und – was selten geworden ist: „ordentlich“ – nicht „geschludert“, wie das heutzutage die Norm ist. Die Titel der Gedichte sind überst ansprechend. Die Form: absolut zufriedenstellend... es fließt alles, wirkt nicht gebastelt; ein großer Vorteil. Vom Inhalt her läßt sich der Psychiater/Psychologe unschwer erkennen, was ja auch beabsichtigt und im Buchtitel betont ist. Die einzelnen Zyklen sind überschrieben mit „psycho-lieder – gesänge der nacht – natürlich – sentimental – traurig – kalte welt – zärtlich“. Am meisten sprechen wohl die Gedichte aus dem Zyklus „sentimental“ an. Auch von der Aufmachung her gefällt das Buch. Gewiß sind auch die zart-filigranen Grafiken surrealistischer Thematik bereichernd.

Heinz Gotenbruck

**Drei Bayreuther in Kärnten** – Eine Urlaubsfahrt vom Ich

Verfasser: E. Weihs, 80 S., Paperback, DM 12,80, Verlag Frieling, Berlin.

Drei Bayreuther Freunde suchen, einer spontanen Eingebung folgend, Entspannung, Abwechslung, Erholung im schönen Kärnten. Sie genießen das Land an der Drau und rund um die Kärntner Seen als eine Urlaubsfahrt

vom Ich. Zwei Frauen und ein Mann (der Autor!) lassen sich einlach hineinfallen in den Tag, was er denn so alles ohne viel vorherige Planung, so rein zulällig, mit sich bringt. Und das erzählt Erich Weihs ein bisserl salopp-heiter, ein bisserl locker-nonchalant, ein bisserl komödiantenhaft, gar wenn er gleich anfangs eine ausgemachte „adlige“ Flunkerei aufischt, die sich noch zweimal ohne großes Dazutun als handieste „Münchhausiade“ wiederholt. Es liest sich amüsant dahinplätschernd, ob der Autor jetzt eine angstgeladene Durchwanderung der Tscheppaschlucht schildert, ob er selbstironisch die Negativerlebnisse aus Korn nimmt, als zwei von den dreien auszogen, das Gruseln, respektive Surfen auf dem Wörther See bei nicht mehr ganz jugendlichem Alter lernen zu wollen oder ob er gar kulturgeschichtliche Einfluchtungen über die „drei“ Hauptstädte Kärntens zum besten gibt. Keineswegs belehrend, keineswegs trocken historisierend. Humorvoll wird da von Klagenfurt, der echten, von St. Veit, der alten, und von Villach, der heimlichen Hauptstadt erzählt, deren Flair und Ambiente näher gebracht. Alles in allem eine Liebeserklärung an Land und Leute. Ein Büchlein, das durchaus den Leser anregen könnte, sofern er Velden, Pörtschach und das ganze Kärnten noch nicht kennt, doch dort einmal Urlaub vom Ich zu machen, um vielleicht zu seinem „Selbst“ zu lindern.

ASch

### Clinericks

Verfasser: N. Simon, 43 S., brosch., DM 19,-, Verlag Reinhard Steinmaßl – Sonnenreiter Publikationen, Schnaitsee.

Clinericks? Ja gewiß, sprachlich eine Anlehnung an Limericks, nach dem Kehrreim „will you come up to Limerick“ benannte Nonsensverse grotesk-komischen Inhalts. Schwieriger dürfte es schon sein, „Clinericks“ zu delinieren. Offenbar sprachliche Neubildung eines kritischen Geistes, der obendrein Arzt ist. Wir können nur rätseln über die Herkunft: Von „kliné“ etwa, das Lager, Bett, Nest; oder gar von „clinch“, im Clinch sein mit der Welt und mit sich selbst? Weniger Grotesk-Unsinniges ist auszumachen. Hinter diesen Versen verstecken sich eher sarkastisch-satirische bis zynische Selbsterkenntnisse des modernen Menschen. Eine Sammlung gewagter Poeme ohne Titel, widerborstigen, intern revolutionierenden Gedankeninhalts, Kuriositäten, Absurditäten, Mißstände vorwiegend, aber nicht nur, im medizinisch-psychologischen Bereich anprangernd. Eine lesenswerte, den Nagel auf den Kopf treffende Kritik in köstlichen Kalauern und Sprachverdrehungen. Wieder einmal erweist sich Nik Simon als scharfsinniger Satiriker, der mit Wortgewalt und poetischem Talent eine makabre Kost schmackhaft anzubieten weiß.

ASch

### Almanach 1990 der Schweizer Schriftstellerärzte

Herausgeber: Professor B. Luban-Plozza / Dr. G. Gschwend / Dr. E. Kloter, 68 S., Paperback, sFr 10,-, Verlag Gschwend, Luzern.

Geschichten, die das Leben schreibt – in Prosa und verdichteter Lyrik, Geschichten aus Kopf und Hand von Schreibern, Beschreibern, Träumern, Gedankenspekulanten, Phantasten und Spinnern, allesamt zusammengefaßt unter dem Begriff „ärztliche Schriftsteller und Schriftstellerinnen“... mit solchen einleitenden Worten gibt der Schweizer Kollege Eduard Kloter, Moderator dieses Almanachs, einen handfesten Hinweis, was an Interessantem den Leser erwartet. Und was wäre interessanter als das Leben? Mit steigender Neugier und zunehmender Faszination erfährt man wieder einmal das vielseitige, traditionelle und moderne literarische Engagement aus der Feder unserer Schweizer Freunde und Kollegen. Die Autoren dieser bemerkenswerten dreisprachigen Anthologie: Kurt Biener, Reto Caslano, Nino Enderlin, Jean-Michel Junod, René Kaech (†), Kurt Kipler, Eduard Kloter, Alex Koller, Boris Luban-Plozza, Sergio Marengo, Hilde Shmerling, N. Rao Vege, Robert Vieli.

ASch

### Almanach deutscher Schriftstellerärzte

Die Ausgabe 1991 des Almanachs deutscher Schriftstellerärzte, herausgegeben von Dr. Jürgen Schwalm, Lübeck, ist im Th. Breit-Verlag, 8215 Marquardtstein, soeben erschienen. Der Band kostet DM 24,- und ist über den Verlag oder den Buchhandel zu beziehen.

Herausgeber Schwalm bittet die Schriftstellerärzte, die sich am Almanach 1992 beteiligen möchten, eine selbstkritische Auswahl von Lyrik- bzw. Prosa-beiträgen druckfertig (Maschinenschrift auf DIN-A-4-Seiten in doppelter Ausfertigung; nachträgliche Textänderungen bzw. -erweiterungen sind nicht möglich!) sowie eine Biographie mit einer Liste der bisherigen Publikationen bis zum 31. Januar 1991 zu senden an: Dr. Jürgen Schwalm, Sandstraße 16, 2400 Lübeck 1

# Die Marken bei Erkältungskrankheiten der Atemwege

Gegenanzeigen: Tumarol-Balsam und Tumarol-Balsam eine menthola sollen nicht auf geschädigter Haut (z. B. bei Verbrennungen), bei Überempfindlichkeit gegenüber ätherischen Ölen und als Inhalation bei akuten Entzündungen der Atmungsorgane sowie Tumarol-Balsam eine menthola bei Asthma und Keuchhusten verwendet werden.

30 g Tube 6,25 DM  
100 g Tube 15,25 DM

Perkutanes Expektorans  
zum Einreiben und Inhalieren

## Tumarol®-Balsam

Zusammensetzung: 100 g enthalten Campher 5,0 g, Menthol 2,7 g, gereinigtes Terpenöl 5,0 g, Zedernblätteröl 0,7 g, Eucalyptusöl 1,8 g, Thymol 0,2 g.

Indikationen: Erkältungskrankheiten der Atemwege mit Husten, Schnupfen, Luftföhrren-, Rachen- und Bronchialkatarrhen.




20 g Tube 4,80 DM

Perkutanes Expektorans  
für Säuglinge und Kinder

## Tumarol®-Balsam

ohne menthola

Zusammensetzung: 100 g enthalten Campher 5,0 g, Eucalyptusöl 1,8 g, Zedernblätteröl 0,7 g, Thymol 0,2 g, gereinigtes Terpenöl 5,0 g, Latschenkieferöl 3,0 g.

Indikationen: Erkältungskrankheiten der Atemwege mit Husten, Schnupfen, Luftföhrren-, Rachen- und Bronchialkatarrhen.



ROBUGEN GMBH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK · ESSLINGEN/W

## Schnell informiert

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 24. September 1990 (Nr. IE 3-5281/7-3/90)

### Öffentlich empfohlene Schutzimpfungen (§ 14 Abs.3 Bundes-Seuchengesetz)

Aufgrund des § 14 Abs. 3 des Bundes-Seuchengesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 18. Dezember 1979 (BGBl I S. 2262), zuletzt geändert durch Gesetz vom 26. Juni 1990 (BGBl I S. 1211), i. V. mit § 2 Abs. 1 der Verordnung zur Ausführung des Bundes-Seuchengesetzes vom 21. Mai 1980 (BayRS 2126-1-I), geändert durch Verordnung vom 25. Februar 1986 (GVBl S. 13), werden öffentlich empfohlen die aktiven Schutzimpfungen gegen

1. Diphtherie
2. Virusgrippe (Influenza)
3. Keuchhusten
4. Poliomyelitis (übertragbare Kinderlähmung)
5. Masern
6. Mumps
7. Röteln
8. Tollwut
9. Tuberkulose
10. Wundstarrkrampf
11. Frühsommer-Meningoenzephalitis
12. Virushepatitis B
13. Haemophilus-influenzae-B-Erkrankungen

Die Schutzimpfungen gelten auch bei Verwendung von Mehrfachimpfstoffen als öffentlich empfohlen.

Für die Schutzimpfungen dürfen nur Impfstoffe verwendet werden, die vom Bundesamt für Sera und Impfstoffe (Paul-Ehrlich-Institut) zugelassen und deren Chargen von dieser Behörde freigegeben sind. Die Impfungen sind dem Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechend durchzuführen: insbesondere wird auf die Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Bundesgesundheitsamtes hingewiesen.

Wer durch eine Impfung, die nach dieser Bekanntmachung öffentlich empfohlen und in Bayern vorgenommen worden ist, einen Impfschaden erleidet, erhält auf Antrag Versorgung (§ 51 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 Bundes-Seuchengesetz). Der Entscheidungsantrag ist jeweils beim Versorgungsamt zu stellen.

Diese Bekanntmachung tritt am 10. Oktober 1990 in Kraft. Gleichzeitig wird die Bekanntmachung vom 30. Januar 1981 (MABl S. 89), geändert durch Bekanntmachung vom 17. August 1982 (MABl S. 516), aufgehoben.

### Veranstaltung der Medizinischen Poliklinik am 28. November 1990 in München

Thema: Das bunte Bild poliklinischer Krankheiten (Teil I)  
Zeit und Ort: 17 Uhr c. t. - Hörsaal der Medizinischen Poliklinik, Pettenkoferstraße 8a, München 2

- Teil II findet im Februar 1991 statt. -

Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 26. September 1990 (Nr. IZ4-5135-1/12/90)

## Beamtenstellen im gerichtsärztlichen Dienst in Bayern

Im gerichtsärztlichen Dienst des Freistaates Bayern sind an folgenden Dienstorten Stellen für beamtete Ärzte/Ärztinnen zu besetzen: München, Augsburg, Ingolstadt, Regensburg, Deggendorf, Würzburg

Der gerichtsärztliche Dienst bietet eine interessante und vielseitige Tätigkeit als Sachverständiger für die ordentlichen Gerichte und Staatsanwaltschaften in der forensischen Psychiatrie (insbesondere Begutachtung der Schuldfähigkeit bei Straftatbeständen), der Rechtsmedizin (z. B. Auswirkung von Alkohol, Medikamenten und Drogen auf die Fahrtüchtigkeit) und der Allgemeinmedizin (z. B. Verhandlungs- und Haftunfähigkeit von Angeklagten).

Die Gebietsanerkennung als Psychiater oder Nervenarzt ist für die Einstellung Voraussetzung. Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung bevorzugt. Beamte können in dieser Rechtsstellung übernommen werden. Alle anderen Bewerber werden zunächst für die Dauer der tarifvertraglichen Probezeit als Angestellte beschäftigt. Für die Übernahme in das Beamtenverhältnis gilt eine Altersgrenze von 45 Jahren. Die Laufbahn reicht vom Medizinalrat (A 13) bis zum Leitenden Medizinaldirektor (A 16).

Alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes werden gewährt. Die Fortbildung wird durch die Teilnahme an Fachtagungen und sonstigen wissenschaftlichen Veranstaltungen gefördert.

Bewerbungen sind zu richten an: Bayerisches Staatsministerium des Innern, Odeonsplatz 3, 8000 München 22, Telefon (089) 21 92 - 66 55

## Franz-Koelsch-Preis

Der Preis wird an arbeitsmedizinisch tätige Ärzte für neue hervorragende wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin verliehen. Die Arbeiten müssen in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1989/90 veröffentlicht worden sein. Er kann auch an Ärzte mit sonstigen besonderen Leistungen auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin verliehen werden. Der Franz-Koelsch-Preis ist mit DM 5000 dotiert und wird durch den Bayerischen Staatsminister für Arbeit und Sozialordnung verliehen.

Die Arbeiten sind in dreifacher Ausfertigung an die Bayerische Akademie für Arbeits- und Sozialmedizin, Dr. E. Fischer, Pfarrstraße 3, W-8000 München 22, zu senden. - Einsendeschluß: 1. März 1991 (Datum des Poststempels)

## APO-Bank in den neuen Bundesländern

Die Deutsche Apotheker- und Ärztebank hat in den neuen Bundesländern im Zuge der Währungsunion Filialen mit vollem Bankservice errichtet, und zwar:

**Berlin** - Hotel „Metropol“, Friedrichstraße 150-153

**Chemnitz** - Otto-Grotzwohl-Straße 22

**Dresden** - Straße der Befreiung 36

**Erfurt** - Elisabethstraße 10

**Leipzig** - Hotel „Astoria“, Platz der Republik 2

**Magdeburg** - Zielitzer Straße 53

**Potsdam** (ab 7. Januar 1991) - Hermann-Efflein-Straße 18

**Rostock** - Eickboomweg 21 b (0-2510 Schutow, Post Rostock 5)

**Schwerin** - Hotel „Niederländischer Hof“, Karl-Marx-Straße 12-13

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hens Joachim Sewering. Schriftleitung: Professor Dr. med. Dr. h. c. Hens Joachim Sewering, Dr. med. Klaus Oehler, Dr. med. Kurt Stordeur - verantwortlich für den redaktionellen Inhalt; Rita Horn. Gemeinsame Anschrift: Mühlbeurstraße 16, 8000 München 80, Telefon (089) 41 47-1

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH, Postfach, Sonnenstraße 29, 8000 München 2, Telefon (089) 5 51 77 - 0, Fernschreiber: 523 662, Telegremadresse: atlaspress. Christine Peiß, Anzeigenstruktur und -entwicklung, Peter Schechtl, Anzeigenverkaufsleitung, Alexander Wisatzke (verantwortlich) Anzeigenleitung.

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

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

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

ISSN 0005-7126

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft Leseranalyse medizinischer Zeitschriften e. V.

IA-MED

## Landkreis Günzburg

Für die

**Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses Krumbach (Schwaben)**

wird zum nächstmöglichen Zeitpunkt

## 1 Frauenärztin 1 Frauenarzt

als Belegärztin/Belegerzt gesucht. Auch die Zulassung eines Ehepartners ist möglich.

Die Gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung des Kreiskrankenhauses Krumbach verfügt derzeit über 20 Betten. Eine Ausweitung wird mit der Inbetriebnahme des neuen Bettenrektes im November möglich. Das Kreiskrankenhaus verfügt über drei Operationssäle und zwei Kreissäle. Die Abteilung wird derzeit von zwei Frauenärzten kooperativ belegärztlich versorgt. Wegen des Ausscheidens eines Belegarztes wird die Nachbesetzung notwendig.

Die Bewerber müssen zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen sein und sollten die Zulassung für Mammographieleistungen haben.

Die Stadt Krumbach hat 12 000 Einwohner - liegt im Alpenvorland und besitzt einen hohen Freizeitwert. Über die Autobahn sind sowohl München wie Stuttgart in einer Stunde erreichbar. Alle weiterführenden Schulen sind am Ort.

Bewerbungen erbiten wir mit den üblichen Unterlagen bis **15. November 1990** an

**Landratsamt Günzburg**

- Sachgebiet Krankenhauswesen -

**An der Kapuzinermauer 1, 8870 Günzburg**

Für Rückfragen steht der Krankenhausreferent, Herr Leng, Telefon (082 21) 9 52 74, zur Verfügung.

Am **Helmut-G.-Welther-Kreiskrankenhaus Lichtenfels** ist ab sofort die Stelle eines/r

## Assistenzarztes/ärztin

für die **Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung**

zu besetzen.

Bewerbungen werden innerhalb von acht Tagen nach Erscheinen dieser Anzeige erbeten an

**Helmut-G.-Welther-Kreiskrankenhaus - Verwaltung -  
Professor-Arneth-Straße 2, 8820 Lichtenfels.**

## Promovierte Ärztin

31 Jahre, deutsch, drei Jahre Anästhesieerfahrung, sucht Mitarbeit bei einem niedergelassenen praktischen Arzt oder Allgemeinarzt zwecks späterer Übernahme oder Sozialität in München und näherer Umgebung.

Anfragen unter Chiffre 2064/1648 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

# KREISKRANKENHAUS FÜRSTENFELDBRUCK



Das Kreis Krankenhaus Fürstfeldbruck  
sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt

## 1 Ärztin/Arzt

für die **Anästhesieabteilung**  
in **Teilzeitbeschäftigung**

Geboten wird Bezahlung nach BAT sowie alle Sozialleistungen des öffentlichen Dienstes.

BewerberInnen bzw. Bewerber bitten wir, Ihre Unterlagen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisabschriften) schnellstmöglich an die

**Verwaltung des  
Kreiskrankenhauses Fürstfeldbruck,  
Dachauer Straße 33, 8080 Fürstfeldbruck**  
zu übersenden.

Das **Max v. Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie** der Universität München sucht zur Mitarbeit im Institutssekretariat ab sofort eine

## Sekretärin

Englischkenntnisse sind erforderlich, Erfahrung mit Textverarbeitungs-system erwünscht, aber nicht Bedingung.

Wir bieten eine Vergütung nach BAT.

Bitte richten Sie Ihre Bewerbung an **Herrn Professor Dr. F. Deinhardt, Max v. Pettenkofer-Institut, Pettenkoferstraße 9 e, 8000 München 2.**

Am Kreis Krankenhaus Mellersdorf, Landkreis Straubing-Bogen (Nieder-bayern) ist ab 1. Januar 1991 die Stelle eines

## Oberarztes/chirurgische Abteilung

zu besetzen (Chefarzt Dr. Wittke).

Das Kreis Krankenhaus der Versorgungsstufe II hat 212 Planbetten (78 Chirurgie- und drei Intensivbetten).

Bewerbungen bitte an Verwaltung beim Kreis Krankenhaus Mellersdorf, 8304 Mellersdorf, Krankenhausstraße 6, Telefon (0 87 72) 5 04 19.

## Ärztin

mit Praxiserfahrung oder Weiterbildung (zum Beispiel innere, Allgemein, Sonographie) für **Vertretungen und Teilzeitbeschäftigung** in Allgemein-praxis Raum Kelheim-Regensburg gesucht, langfristige Zusammenarbeit angestrebt. Kurze Bewerbung erbeten.

Anfragen unter Chiffre 2064/1649 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

## Chirurg-Gefäßchirurgie

sucht neuen Wirkungskreis zum Wiedereinstieg in die Chirurgie, im Krankenhaus oder in Praxis. Unfallchirurgische und orthopädische Erfahrungen vorhanden.

Anfragen unter Chiffre 2064/1659 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

## Raum RH / SC / WUG

Ärztin für Allgemeinmedizin, promoviert, sucht **Mitarbeit in Praxis**, 11 Jahre Berufserfahrung - innere, Radiologie-Onkologie, Chirurgie, Sonographie (Abg.ki. II, III, V), Chirurgische Röntgen - KV-Vorbereitungszeit erfüllt.  
**Telefon (0 91 72) 20 20**

## Erfahrener Allgemeinarzt

Zusatzbezeichnung Sport- und Betriebsmedizin, sucht **Mitarbeit** in (über-großer) **Allgemein-/Internistischer Praxis** zur Entlastung des Praxisinhabers, Raum Nürnberg/Nürnberger Land. Auch Beteiligung oder Einstieg in beab-sichtigte Gemeinschaftspraxis wegen Überlastung interessiert.

Telefon (09 11) 57 88 87

**Radiologe**, 35 Jahre, promoviert, langjährige CT-Erfahrung, CT-Fachkunde und Arzt-Rg.-Eintrag vorhanden, sucht MR/WB-Stelle im bayerischen Raum.

Anfragen unter Chiffre 2064/1656 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

## Arzt für Allgemeinmedizin

**Chirotherapie, Notarztausbildung**, sucht Mitarbeit in Gemeinschaftspraxis (Time-Sharing), Assoziation oder Praxisübernahme im Raum München/Obb. Anfragen unter Chiffre 2064/1658 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

**Arzt im Praktikum**, Jordanier, 28 Jahre, sucht ab November Stelle in Praxis oder Klinik (Erding/Umgebung).

Anfragen unter Chiffre 2064/1647 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

**Mitarbeiterin** für große **Allgemeinpraxis** in Kleinstadt im Raum 8480 ab II./1991 gesucht. Spätere Assoziation möglich.

Anfragen unter Chiffre 2064/1640 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

**Kinderärztin** sucht Teilzeitarbeit im Raum München, besonderes Interesse Sozialpädiatrie, Jugendärztlicher Dienst.

Anfragen unter Chiffre 2064/1646 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

**Augenarzt/ärztin** zur Mitarbeit an zwei Tagen/Woche ab sofort gesucht. Weiterbildungsermächtigung vorhanden.

Dr. D. Klaas, Behnhofstraße 5, 8904 Friedberg, Telefon (08 21) 60 31 61

**Hautärztin** mit Zusatzbezeichnung für Allergologie sucht möglichst bald **Tätigkeit in Versicherung, Behörde, privater Klinik.** Bisher niedergelassen.

Anfragen unter Chiffre 2064/1670 an Atlas Verlag, Sonnenstr. 29, 8000 München 2

**AiP** sucht Stelle in Praxis für Allgemeinmedizin im Großraum Augsburg. Anfragen unter Chiffre 2064/1641 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2

**AiP oder Assistenzärztin** ge-sucht für Kurklinik Bad Wörishofen.  
**Telefon (0 82 47) 30 20**

## VERSCHIEDENES

### Juwel in Regensburg

Innerer Westen, Nähe Hedwigs-Klinik



Gründerzeit, voll saniert, von privat. EG + 1 mit je 112 qm, Gartenterasse. DG mit 2 Appartements 42 + 63 qm, Einbauküche. Großgarage für 4 Pkw (evtl. Wohnung), Grund 800 qm mit altem Baumbestand. VB DM 1,55 Mio.

**Immobilien (09 41) 2 27 67**  
Provisionsfreier Verkauf.

**Anzeigenschluß**

**für die Ausgabe**

**Dezember 1990**

**ist der**

**9. November 1990**

### Ile d'Oléron - La Lumineuse

Ferienhaus, drei Doppelzimmer, drei Bäder, Einbauküche, Kamin, Atlantik-seite, eingewachsenes Dünengrundstück, nur 100 m zum Ozean, klein-kindgeeignet. Planché à ville Voilà! Saison mindestens drei Wochen, DM 1000,-/Woche pauschal. Jetzt reservieren für 1991!

Anfragen unter Chiffre 2064/1671 an Atlas Verlag, Sonnenstraße 29, 8000 München 2



## Zum Jahresende

Das gesundheitliche Versorgungssystem der Bundesrepublik Deutschland war im zu Ende gehenden Jahr erheblichen Belastungen ausgesetzt. Alle Beteiligten waren gleichermaßen davon betroffen. Die Versicherten zahlten zum Teil zwar geringere Beiträge, bemerkten aber, sobald sie Patienten wurden, deutliche Mehrbelastungen durch die Restriktionen des Sozialgesetzbuches V. In den Krankenhäusern führte der Mangel an Pflegekräften zu erheblichen Erschwernissen bei der Aufrechterhaltung der Krankenversorgung, teilweise mußten Stationen geschlossen, sogar Intensivbetten stillgelegt werden. Die Auseinandersetzung um einen zeitgemäßen Schlüssel für eine ausreichende Zahl von Arztstellen führte noch zu keinem Ergebnis. Überstunden und Freizeitverzicht der Ärzte sind die Folge.

Die Absolventen der letzten Examensjahrgänge konnten als „Ärzte im Praktikum“ überwiegend ohne nennenswerte Wartezeit untergebracht werden, aber zu welchen Bedingungen! Die tariflichen Vergütungen entsprechen bei weitem nicht den notwendigen Aufwendungen zur Bestreitung des Lebensunterhaltes. Arbeitslosigkeit bedroht die jungen Ärztinnen und Ärzte, weil immer noch doppelt so viele an der Universität ausgebildet werden, als Arbeitsplätze vorhanden sind.

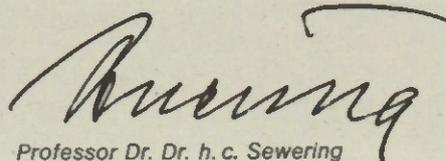
Auch in der freien Praxis haben die Sorgen weiter zugenommen. Die laufenden Betriebskosten steigen permanent, die Personalkosten werden spätestens mit Beginn des neuen Jahres einen Sprung nach oben machen, vor allem dort, wo die Umsätze am niedrigsten sind, die Personalknappheit aber am größten, also in den Ballungszentren und ihrem Umkreis.

Die Zahl der Kassenärzte steigt von Quartal zu Quartal. Die entsprechend einer relativ günstigen Grundlohnentwicklung wachsende Gesamtvergütung verteilt sich damit auf immer mehr Teilnehmer an der kassenärztlichen Versorgung. Der auf den einzelnen entfallende Anteil kompensiert die Inflationsrate nicht mehr. Existenzsorgen und Unzufriedenheit verbreiten sich. Von den politischen Entscheidungsträgern gesetzte Fakten, deren Folgen sich keine gesellschaftliche Gruppe entziehen kann, zeigen ihre Wirkung.

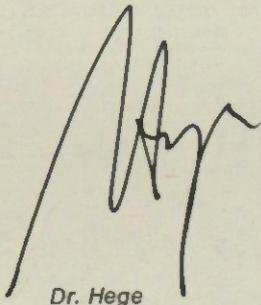
Widerstreitende Gruppeninteressen innerhalb der Ärzteschaft dürfen gerade jetzt weniger denn je dazu führen, die gemeinsamen Anliegen aller Ärzte in Klinik und Praxis hintanzustellen. Wir müssen zusammenstehen, denn nur in gemeinsamer Anstrengung können wir den schwierigen Verhältnissen das Bestmögliche abringen. Die letzte Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns gab dafür ein gutes Beispiel.

Die Zuversicht, daß Standhaftigkeit und zielbewußtes Handeln uns wieder in bessere Zeiten führen werden, dürfen wir uns nicht nehmen lassen.

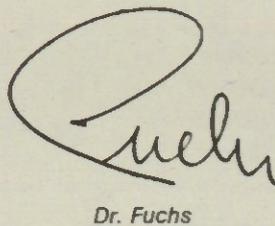
Wir wünschen allen unseren Kolleginnen und Kollegen ruhige Weihnachtstage und ein gutes 1991!



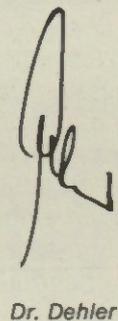
Professor Dr. Dr. h. c. Sewering



Dr. Hege



Dr. Fuchs



Dr. Dehler

# Zur Kenntnis genommen:

## Schmerzhafte Nachwehen eines korrupten Systems

Man übertreibt sicher nicht, wenn man sagt, daß das bedeutendste Jahr unserer Nachkriegsgeschichte zu Ende geht. Die „Deutsche Demokratische Republik“ wurde den Geschichtsschreibern übergeben. Zur Bundesrepublik Deutschland gehören fünf neue Bundesländer.

Die Bevölkerung wählte die Landtage, Landesregierungen wurden gebildet. Der Aufbau eines geordneten, freiheitlichen und demokratischen Staatswesens hat seinen Anfang genommen. Damit ist freilich nur der erste Schritt getan. Die Wirtschaft in der ehemaligen DDR befindet sich in einem desolaten Zustand, die wirtschaftliche Lage unserer Landsleute ist dementsprechend schlecht. Es wird viel Mühe machen, Geld kosten, Mut und Geduld erfordern, bis die Angleichung an die alte Bundesrepublik erreicht sein wird.

Auch die soziale Sicherung muß völlig neu aufgebaut werden. Das System der Staatsrenten mit völlig undurchschaubaren und vielfach willkürlichen Rentenzusagen muß geordnet werden. Der einzelne Bürger hat einen Anspruch, zu wissen, was ihm zusteht, wie hoch seine spätere Rentenerwartung sein wird, wie die Angleichung an die Lohn- und Preisentwicklung erfolgt.

Gesetzliche Krankenkassen müssen errichtet, der Beitragseinzug organisiert werden. Ab Anfang nächsten Jahres wird es unsere gegliederte Krankenversicherung auch „drüben“ geben.

Unsere Kolleginnen und Kollegen in den neuen Bundesländern sind – wie könnte es anders sein – erheblich verunsichert. Die Jungen bangen um ihre Weiterbildungsstellen, die Älteren um ihre Existenz. Natürlich sind sie glücklich darüber, von der ständigen Bedrohung durch die kommunistische Diktatur befreit zu sein. Aber der Systemwandel „über Nacht“ muß erst verkraftet werden. Der frisch Examinierte bekam in der DDR einen Ausbildungsvertrag für eine „Facharztweiterbildung“ in Allgemeinmedizin oder einem Fachgebiet. Die Vollapprobation wurde erst nach Abschluß dieser Pflichtweiterbildung erteilt. Der approbierte Arzt konnte dann eine Stelle in einer Klinik, Poliklinik oder Ambulanz erwarten, bekam ein bescheidenes Gehalt auf die Hand, ohne genau zu wissen, was eigentlich der Unterschied zwischen „Brutto“

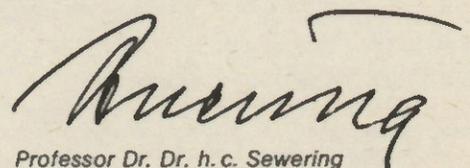
und „Netto“ ist. Jetzt müssen sich die Jungen erst einen Arbeitsplatz suchen, denn angestellt wird man von einem Krankenhaus nicht zum Zwecke der Weiterbildung, sondern zur ärztlichen Arbeitsleistung, also zur Versorgung der Patienten. Die Weiterbildung ist „Nebenprodukt“ ärztlicher Arbeit! Dazu kommt, daß die Polikliniken und Ambulanzen, die bisher einfach mit Staatsgeld wirtschafteten, in Zukunft mit den Pauschalen pro Patient auskommen müssen. Stelleneinsparungen sind damit zu befürchten.

Den älteren, vollapprobierten Ärztinnen und Ärzten wurde empfohlen, sich niederzulassen. Die damit verbundene Sorge vor den Risiken der freien Praxis ist verständlich, Hemmnisse, wie kaum aufzutreibende sündteure Praxisräume oder die Schwierigkeit, einen Kredit zu bekommen und zu finanzieren, sind schwer überwindbar.

Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen werden zügig aufgebaut. Wir helfen dabei, so gut wir können. Eine leistungsfähige ärztliche Selbstverwaltung ist für die Wahrung der Belange der Ärzteschaft dringend erforderlich.

Unsere Kolleginnen und Kollegen in den neuen Bundesländern sollen wissen, daß wir glücklich sind, mit ihnen und allen Landsleuten wieder vereint zu sein. Dies auszudrücken, darf sich nicht in Worten erschöpfen. Es müssen Taten folgen. Die Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer und die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sind sich darin mit ihren Vorständen einig. Nur gemeinsam werden wir die Zukunft bewältigen.

In diesem Sinne gilt auch unseren Kolleginnen und Kollegen in den neuen Bundesländern ein herzlicher Gruß zum Jahresende, verbunden mit dem Versprechen ideeller und materieller Unterstützung und allen guten Wünschen für 1991!

  
Professor Dr. Dr. h. c. Sewering

# Vollversammlung des 43. Bayerischen Ärztetages

Punkt 1 der Tagesordnung:

**Professor Dr. Dr. h. c. Wolfgang Spann,**  
em. Ordinarius für Rechtsmedizin der Universität München:

## Arzt und Drogenmißbrauch

Es ist typisch für unsere Zeit, in der einerseits der Journalismus von maßlosen Übertreibungen lebt, andererseits jedoch die Gesellschaft bedrohende Vorgänge, wie die Sucht, nicht so gerne beim Namen genannt werden. So hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wegen der angeblich diskriminierenden Bedeutung des Wortes Sucht den Begriff „Drogenabhängigkeit“ vorgeschlagen.

Unter Drogen versteht man Substanzen mit pharmakologischer Wirkung auf das zentrale Nervensystem, die zu einer allein psychischen oder physischen und psychischen Abhängigkeit führen. Der negativ wertende Begriff „Mißbrauch“ bezieht sich auf die Folgen der Anwendung, die häufig zu einem psychischen und physischen Verfall des Individuums führen.

Die psychische Abhängigkeit ist nach der WHO-Definition ein unbezwingbares gieriges seelisches Verlangen, mit der Einnahme der Drogen fortzufahren und das Bedürfnis, sich die Drogen um jeden Preis zu beschaffen. Die körperliche Abhängigkeit ist durch Entzugerscheinungen nach Absetzen bestimmter Drogen gekennzeichnet. Typische Entzugerscheinungen sind Unruhe, Schweißausbruch, Zittern, Kopfschmerzen, Krampfanfälle, Depressionen, Wahnvorstellungen u. a. Bei Wiedereinnahme der Droge verschwinden die Entzugerscheinungen spontan. Um die Wirkung zu erzielen, muß der Süchtige immer größere Mengen der Substanz einnehmen und diese schließlich durch Injektion dem Körper zuführen. Ein Teil der Substanzen dient nach Indikation und ärztlicher Verordnung als Arzneimittel, vor allem zur Schmerzbekämpfung und

Beruhigung, aber auch zur Therapie psychiatrischer Krankheitsbilder.

Die Grenzlinie zwischen Heilmittel und Mißbrauch wird durch die Indikation bestimmt. Die Diagnose des Mißbrauchs kann – vorausgesetzt wahrer Angaben bei der Exploration – allein aus der Anamnese zuverlässig gestellt werden. Da der Versuch der Verschleierung der Sucht durch nichtwahrheitsgemäße Angaben geradezu typisch für das Suchtgeschehen ist, kann die Verdachtsdiagnose der Sucht häufig erst durch das Ergebnis einer Blut- oder Urinuntersuchung bestätigt werden.

### Flucht aus dem Alltag, Flucht vor Problemen

Drogen haben in allen Kulturen zur Flucht aus dem Alltag und zur vermeintlichen Bewältigung psychosozialer Probleme Anwendung gefunden.

Ganz allgemein kann man die Drogen aus heutiger Sicht in drei Gruppen einteilen:

① Beruhigende Mittel und Schlafmittel: Zu dieser Gruppe gehören Tranquilizer, Schlafmittel, Opiate wie Morphin, Codein, Dolantin, Heroin.

② Anregende Mittel:

a) Genußmittel: Alkohol, Coffein, Nikotin.

b) Aufputschende Mittel: Amphetamin, Weckamine, Preludin, Cocain.

c) Schnüffelstoffe, wie zum Beispiel Verdünnung oder Patex.

③ Bewußtseinsverändernde Mittel oder Halluzinogene: LSD (Lysergsäurediäthylamid), Meskalin (mexi-

kanische Kaktee), Psilozybin (mexikanischer Pilz), Marihuana, Haschisch (Hanf).

Die Darstellung zeigt, daß aus dem großen Spektrum von Arzneimitteln nur wenige dazu geeignet sind, eine Sucht auszulösen. In der Gruppe der anregenden Mittel finden sich auch die weit verbreiteten Genußmittel Alkohol, Nikotin und Coffein. Im Gegensatz zu allen anderen Substanzen sind Alkohol, Nikotin und Coffein im freien Handel für jedermann in jeder beliebigen Menge zugänglich. Während Nikotin und Coffein in aller Regel nicht zu kriminellen Handlungen führen, ist dies nach Genuß von Alkohol in vielen Fällen nicht nur bei Abhängigen geradezu typisch. Bei den nicht frei erhältlichen Substanzen steht die Beschaffungskriminalität, das heißt kriminelles Handeln ausschließlich zur Beschaffung der Droge, im Vordergrund.

Die Bekämpfung des Drogenmißbrauches ist als solche zumindest in ihrer Komplexität keine primär ärztliche Aufgabe, sie fällt in den Zuständigkeitsbereich des Staates und seiner Organe. Staatliche Organe können jedoch ohne fachliche Beratung und Unterstützung durch die Medizin – selbstverständlich auch anderer Berufsgruppen – allein ihrer Aufgabe nicht gerecht werden. Diese Verpflichtung des Arztes zur Mitwirkung bei der Bekämpfung des Drogenmißbrauches ergibt sich für die illegalen Drogen nicht zuletzt auch aus der Schlüsselstellung des Arztes für den Zugang zu den Suchtmitteln. Nach dem Grundsatz „Vorbeugen ist besser denn Heilen“ muß der Arzt, der im Rahmen seiner Behandlung stark wirkende Medikamente, insbesondere Schmerzmittel, verord-

net, ein mögliches Suchtpotential im Auge haben. Die Tatsache, daß der Genuß von Tabakwaren ein Risikofaktor für schwere und schwerste Gefäßerkrankungen ist und zu einer deutlichen Erhöhung des Krebsrisikos führt, verpflichtet den Arzt, unabhängig davon, ob er selbst nikotinabhängig ist oder nicht, im Rahmen der Beratung seinen Patienten darüber objektiv aufzuklären. Im besonderen Maße trifft dies bei Frauen, die zugleich Ovulationshemmer nehmen, zu, da hier manches für eine Erhöhung des Thromboserisikos spricht.

### **Der Süchtige ist krank und bedarf ärztlicher Hilfe**

Der, der Mißbrauch betreibt, der Abhängige oder Süchtige, ist ein Kranker, der ärztlicher Hilfe bedarf. Die in Laienkreisen weit verbreitete Auffassung, daß der Süchtige für seinen Zustand selbst die Verantwortung zu tragen habe und deshalb zusehen solle, wie er ohne fremde Hilfe damit fertig werde, läßt sich mit dem ärztlichen Heilauftrag nicht vereinbaren. Der Arzt hat auch dem zu helfen, der selbstverschuldet in Not geraten ist. Es kann und darf nicht ärztliche Aufgabe sein, Überlegungen in Richtung einer Schuld vor einer Entscheidung zur Übernahme der Behandlung anzustellen. Dies gilt in besonderem Maß für den Alkoholkranken. Wollte man anders vorgehen, so müßte nicht nur der Alkoholabhängige seinem Schicksal überlassen werden, sondern auch der, der sich durch Nikotinabusus ein Lungenkarzinom oder ein Gefäßleiden durch Selbstverschulden zugezogen hat.

Es kann und darf nicht die Aufgabe des einzelnen niedergelassenen Arztes sein, der der Bevölkerung zur Behandlung von Krankheiten zur Verfügung steht, aktiv bei der Bekämpfung des Drogenmißbrauches im Sinne von Ermittlungen und Überprüfungen tätig zu werden. Aufgaben dieser Art kommen dem Amtsarzt zu, der dafür eine spezielle Ausbildung hat. Diese Arbeitsteilung zwischen dem niedergelassenen Arzt und dem Amtsarzt mit öffentlichen Aufgaben ist aus pragmatischen Gründen erforderlich. Das Handeln beider verfolgt das gleiche Ziel der Eindämmung des Drogenmißbrauches, jedoch sind die Wege für die Erreichung des gemeinsamen Zieles unterschiedlich.

Auch der niedergelassene Arzt sollte erkennen und anerkennen, daß bei der verantwortungsvollen Aufgabe der Bekämpfung des Drogenmißbrauches dem Amtsarzt eine wichtige Rolle zukommt. Allerdings gibt der Amtsarzt, der im Interesse der Gesellschaft aktiv an der Drogenfront Hand in Hand mit den staatlichen Organen gegen den Mißbrauch vorzugehen hat, zumindest einen Teil seiner neutralen Stellung auf, was zweifellos zu einem gewissen Vertrauensverlust führt. Der Vertrauensverlust kann vom Amtsarzt, der die Interessen der Allgemeinheit zu vertreten hat, deshalb leichter in Kauf genommen werden, weil der Drogensüchtige in aller Regel nicht den Amtsarzt als Therapeuten aufsucht.

### **Einige Zahlen ...**

Folgt man den bekannten statistischen Angaben, so wird der Mißbrauch von illegalen Drogen von etwa 60 000 bis 80 000 Personen in der ehemaligen Bundesrepublik betrieben, was etwa 1 bis 1,3 Promille der Gesamtbevölkerung entspricht.

Dazu kommen die Personen, die von Medikamenten abhängig sind. Ihre Zahl wird auf 150 000 bis 750 000 geschätzt, was je nach Annahme die 1-Prozent-Grenze erreicht oder gar noch überschreitet.

Die nächste noch größere Gruppe betrifft die der Alkoholabhängigen. Die Sonderstellung dieses Suchtmittels beruht in erster Linie darauf, daß nur ein relativ geringer Teil aus dem Gesamtkollektiv der Alkoholkonsumenten eine Krankheitswert besitzende Abhängigkeit erreicht. Dies darf allerdings nicht über die Bedrohlichkeit der absoluten Zahlen hinwegtäuschen. Schließlich handelt es sich bei dem krankmachenden Agens um eine Substanz, die überall im Lande in jeder Menge frei im Handel erhältlich ist und von weiten Kreisen der Bevölkerung als Genußmittel, häufig täglich zum Teil in beachtlichen Mengen, genossen wird. Neben der Menge und der Frequenz der Alkoholaufnahme müssen weitere Faktoren bestehen, die im Einzelfall zur Abhängigkeit führen. Derzeit wird auch eine genetische Disposition diskutiert.

Die Zahl der behandlungsbedürftigen Alkoholiker wird auf zwei bis

drei Prozent der Gesamtbevölkerung geschätzt, was 1,2 bis 1,8 Millionen Personen entspricht. Allein diese Zahl läßt den Schluß zu, daß von allen Suchtmitteln dem Alkohol volkswirtschaftlich die größte Bedeutung zukommt. Nur ungern wird von Politikern zur Kenntnis genommen, daß sich unter den Alkoholabhängigen ein beachtlicher Teil unserer Arbeitslosen verbergen muß, der entweder nicht mehr arbeiten will oder gar nicht mehr arbeiten kann. Ein weltweites Problem, das Länder mit verschiedenen Gesellschaftsstrukturen nur mit geringen Unterschieden betrifft.

### **... doch die Dunkelziffer ist hoch**

Die genannten Zahlen sind sicher mit beachtlichen Dunkelziffern behaftet, was besonders für den Alkohol gelten dürfte, weil hier aufgrund des weit verbreiteten Genusses und des Fehlens einer exakten Grenze „gesund/krank“ viele bereits Betroffene noch in der Gesellschaft, auch im Arbeitsleben mehr oder weniger stabil integriert sind.

Niemand kann sagen, ob mit den genannten prozentualen Anteilen an der Gesamtbevölkerung eine Sättigung erreicht ist, oder ob die Zahlen in Zukunft noch steigen werden.

Jedem Arzt, der beruflich mit der Szene befaßt ist, muß während der letzten Jahre aufgefallen sein, daß der Anteil der Frauen am Gesamtkollektiv deutlich zugenommen hat. Weiterhin fällt auf, daß die Zahl derer, die Kombinationen der verschiedenen Suchtstoffe zu sich nehmen, während der letzten Jahre deutlich gestiegen ist. Auch hier besteht eine beachtliche Dunkelziffer.

Von den genannten Gruppen Drogen, Medikamente, Alkohol und Nikotin führen Drogen und Medikamente in einem hohen Prozentsatz relativ rasch als Folge der psychischen Abhängigkeit zum sozialen Abstieg. Auch beim Alkoholsüchtigen kommt es zu einer psychischen und physischen Abhängigkeit, die in vielen Fällen zu schweren und schwersten Körperschäden führt, zu deren temporärer Linderung in meist aussichtslosen Fällen zum Erreichen meist nur kurzzeitiger Remissionen enorme Mittel im Rahmen der Krankenversorgung aufgewandt werden müssen. Auch dies muß klar angesprochen werden. Die



Medizinische Fakultäten (von links nach rechts):

Professor Dr. Dr. h. c. Spann, Professor Dr. Dr. h. c. Lissner und Professor Dr. Wolf

Fotos (14): R. Weinzierl, München

Nikotinabhängigkeit unterscheidet sich dadurch von den bisher genannten Abhängigkeiten, daß sie als solche nicht zu psychischen Veränderungen führt, die einen sozialen Abstieg zur Folge hätten.

#### Generelles Alkoholverbot nicht durchsetzbar

Alkoholische Getränke sind heute aus der Gesellschaft der meisten Länder nicht hinwegzudenken. Nur dort, wo im Bereich des Islam der Genuß alkoholischer Getränke aufgrund religiöser Vorschriften verboten ist, ist die Situation anders. Das Problem des Versuches einer alkoholfreien Gesellschaft läßt sich an der amerikanischen Prohibition von 1919 bis 1933 studieren. Das Verbot, Alkohol zu produzieren und in Handel zu bringen, wurde seinerzeit gegen das Veto von Präsident Wilson als 18. Verfassungszusatz beschlossen. Trotz weiterer Verschärfungen in den Jahren 1921 und 1929 konnte der Alkoholgenuß durch diese Maßnahme nicht unterbunden werden. Die Prohibition führte durch geheime Produktion von Alkohol und dessen Vertrieb zu unerträglichen Mißständen, die in den USA zum Teil bis heute nachwirken. Nach der Aufhebung wurde es Sache der einzelnen Bundesstaaten, den Alkoholmißbrauch einzuschränken. Der seinerzeitige Versuch der amerikanischen Regierung, alkoholische Getränke zu verbieten, muß rückblickend als gescheitert beurteilt werden.

In unserer Zeit sollte man trotz der zahlreichen Probleme, die der Alkoholgenuß für die Gesellschaft mit

sich bringt, versuchen, das Phänomen Alkohol und Gesellschaft unter Abwägung aller Für und Wider unter dem Aspekt sehen, daß ein generelles Alkoholverbot derzeit nicht durchsetzbar wäre. Als Zielvorstellung muß gelten, die Zahl der Abhängigen so gering wie möglich zu halten. Diese Forderung kann zumindest theoretisch dadurch erreicht werden, daß sowohl die Zunahme der Zahl der Alkoholiker so gering wie möglich gehalten wird und von den bereits Abhängigen möglichst viele entwöhnt und resozialisiert werden. Dies ist zweifellos leichter gesagt als getan.

Die Alkoholabhängigkeit führt in erster Linie zum sogenannten Kontrollverlust, das heißt zum Verlust der Steuerungsfähigkeit für die Trinkmenge. Die Beeinträchtigung der Steuerungsfähigkeit im Hinblick auf das weitere Trinkverhalten ist auch für den sogenannten „sozial angepaßten“ Alkoholkonsumenten von Bedeutung. So wird zum Beispiel der Entschluß zum Genuß eines weiteren Glases eines alkoholischen Getränkes in einer anderen psychischen Ausgangslage gefaßt als die Entscheidung zum ersten Glas. Das zunehmende Schwinden der Kritikfähigkeit mit steigender Alkoholbeeinflussung gehört mit zu den wesentlichen Alkoholwirkungen auf das zentrale Nervensystem.

Nach heutiger Auffassung hat die Abhängigkeit von Alkohol Krankheitswert, so daß der Abhängige mit Recht als alkoholkrank bezeichnet wird. Der Alkoholkranke ist nicht selten wegen der zumindest vermeintlichen Aussichtslosigkeit eines Therapieversuches vielfach für

den Arzt ein wenig erfolgversprechender, meist auch lästiger Patient, als der er leider vielfach auch behandelt wird.

#### Entscheidend ist die Motivation

Die Zahl der Abhängigen in der ehemaligen Bundesrepublik wird bis zu zwei Millionen und darüber geschätzt. Zahlen in diesem Bereich werden immer Schätzungen bleiben, insbesondere deshalb, weil fließende Übergänge vom gewohnheitsmäßigen Trinken in größeren Mengen zur Alkoholabhängigkeit bestehen. Darüber hinaus gibt es eine nicht unbeachtliche Zahl von Personen, die alkoholabhängig ist und trotzdem im Berufsleben steht und dort noch zurechtkommt. In der Öffentlichkeit ist nur wenig bekannt, daß ein Alkoholkranker sein Leben lang alkoholkrank bleibt, er kann lediglich entweder zeitweise oder auch, allerdings in einem sehr geringen Prozentsatz, sein Leben lang „trocken“, das heißt frei von Alkohol, bleiben. Entscheidend für die Therapie ist die Motivation, das heißt der Wille des Betroffenen selbst, trocken zu werden. Fehlt der Wille, so ist jeder Therapieversuch von vorneherein zum Scheitern verurteilt. Bei der Bekämpfung der Alkoholabhängigkeit kommt Selbsthilfegruppen, wie zum Beispiel den Anonymen Alkoholikern, die größte praktische Bedeutung zu. In diesem Zusammenhang wird gerne vergessen, daß es sich beim Alkoholproblem um einen wirtschaftlichen Faktor ersten Ranges handelt. Der Umsatz alkoholischer Getränke in der ehemaligen Bundesrepublik lag in der Regel etwa in der Höhe des Etats der Bundeswehr.

Soweit zur Situation, deren genaue Kenntnis Voraussetzung ist für alle Fragen im Zusammenhang mit der ärztlichen Mitwirkung bei der Eindämmung des Mißbrauches.

#### „Freigabe“ aller Suchtmittel?

Suchtverhalten und Probleme beim Entzug stimmen bei Alkohol, Drogen und Medikamenten mit Ausnahme der freien Beschaffungsmöglichkeit für Alkohol und Nikotin in allen wesentlichen Punkten überein. Mit der freien Zugänglichkeit zu Alkohol und Nikotin wird die Forderung nach Freigabe des Erwerbs aller Suchtmittel für den Süchtigen heute

gerne begründet. Die Frage der Freigabe aller Suchtmittel, die unter verschiedenen Modalitäten von völliger unkontrollierter Freigabe bis zur rezeptpflichtigen Freigabe vorstellbar ist, sollten wir Ärzte eine irraet studio unter Berücksichtigung „was spricht dafür?“, „was spricht dagegen?“ behandeln. Vor allem sollten wir unseren Überlegungen ausschließlich medizinische Fakten zugrunde legen unter Außerachtlassung politischer oder gar ideologischer Gesichtspunkte.

Was spricht für eine Freigabe?

① Die Unterbindung des illegalen Handelns mit allen seinen negativen Einflüssen für die Gesellschaft. Es ist die Frage, ob die schlechten Erfahrungen mit der Prohibition in USA mit unserer Situation vergleichbar sind. Voraussetzung für mögliche Erfolge wäre die Einigung einer möglichst großen Zahl von Ländern auf ein solches Vorgehen.

② Der sicher zu erwartende Rückgang der Beschaffungskriminalität.

③ Aus ethisch-moralischer Sicht vielleicht die Gleichstellung mit anderen Suchtmitteln, wie Alkohol und Nikotin.

Was spricht gegen eine Freigabe?

① Die Befürchtung einer weiteren Ausbreitung der Sucht mit bisher illegalen, nach Freigabe legalen Drogen.

② Moralsch-ethische Bedenken gegen die Legalisierung weiterer Substanzen mit Suchtpotential.

Von sehr seltenen medizinisch indizierten Ausnahmen abgesehen gilt der Grundsatz: Keine Mithilfe des Arztes bei der Beschaffung von Drogen zur Aufrechterhaltung der Sucht, so steht es auch im Gesetz. Einigkeit besteht zumindest in Ärztkreisen darüber, daß die Behandlung Suchtkranker in den Zuständigkeitsbereich des Arztes fällt.

„Nicht jeder Arzt darf Drogensüchtige behandeln“

Einigkeit muß in Zukunft darüber erzielt werden, daß nicht jeder Arzt, sondern nur der, der sich durch entsprechende Weiterbildung die erforderlichen speziellen Kenntnisse

angeeignet hat, Drogensüchtige behandeln darf.

Dieser Forderung steht die Therapiefreiheit nicht entgegen. Diese Forderung muß durchgesetzt werden, obwohl nach wie vor der Grundsatz gilt: Jeder approbierte Arzt ist berechtigt, jede Art der Behandlung, einschließlich operativer Eingriffe, also auch die Behandlung Suchtkranker, durchzuführen. Ebenso gilt nach wie vor der Satz, daß der Arzt die Kenntnisse, gegebenenfalls die manuellen Fähigkeiten und ausreichende Erfahrungen für das jeweilige therapeutische Vorgehen besitzen muß. Dieser Grundsatz gilt sicher nicht nur für operative Eingriffe, sondern auch für Beratung und Verordnung, also auch für die Therapie bei Drogensüchtigen. So kann allein in der Übernahme einer Behandlung bei nicht ausreichenden Kenntnissen und fehlenden Erfahrungen bei negativen Folgen für den Patienten ein sogenanntes Übernahmeverschulden liegen, für das der Arzt straf- und zivilrechtlich einzustehen hat.

Dieser Grundsatz gilt selbstverständlich auch für die Behandlung Drogen-, Medikamenten- und Alkoholabhängiger. Somit hat auch die Therapiefreiheit ihre von jedem Arzt zu respektierenden Grenzen.

Überall dort, wo exakte wissenschaftliche und nicht politische oder gar ideologische allgemein anerkannte Regeln der Therapie entwickelt wurden, kommt diesen je nach dem Grad der allgemeinen Anerkennung eine mehr oder weniger große Verbindlichkeit zu. Dies schließt nicht aus, daß der Arzt im Rahmen der Therapiefreiheit von den anerkannten Regeln im Einzelfall abweichen darf. Dies ist gut so, denn nur dadurch ist der weitere Fortschritt in der Medizin gewährleistet. Allerdings gelten für den Arzt, der abweichende Wege geht, strenge Regeln für die objektive Aufklärung

des Patienten, insbesondere über die Gründe des Abweichens und vor allem über unterschiedliche Risiken. Ärztliches Handeln im Zusammenhang mit Drogenmißbrauch kann im therapeutischen Bereich doch nur das Ziel des Freiwerdens von Abhängigkeit haben. Über diese Zielsetzung dürfte im wesentlichen Einigkeit bestehen.

Die Ziele lauten:

● Totale Abstinenz im Hinblick auf illegale Drogen.

● Selbstkontrollierter Umgang mit legalen Suchtmitteln wie Alkohol und Nikotin.

● Bestimmungsgemäßer Gebrauch von Medikamenten.

Erste Voraussetzung für die Erreichung des Zieles ist für alle drei Gruppen die Entgiftung, die für sich allein in aller Regel keinen Dauererfolg verspricht, wenn nicht anschließend eine nahtlose psychosoziale Betreuung des Patienten erfolgt. Der Arzt in unserer heutigen Situation wird schon aus zeitlichen Gründen nicht dazu in der Lage sein, die psycho-soziale Betreuung persönlich zu übernehmen. Dies ist auch nicht seine Aufgabe. Da auch der Hochmotivierte nicht ohne diese Betreuung zurechtkommt, muß sie gewährleistet sein. Eine große Gefahr in der ersten Phase des Entzugs ist das verständnislose Verhalten der den Patienten vor allem am Arbeitsplatz umgebenden Mitmenschen. Nach meiner Erfahrung hat die größte Chance der unter ärztlicher Aufsicht Entgiftete, der von einem erfahrenen Arzt weiter begleitend betreut wird und in eine Selbsthilfegruppe, wie zum Beispiel den Anonymen Alkoholikern, integriert wird.

**Substitutionstherapie umstritten**

Keine Einigkeit besteht über den Einsatz einer Substitutionstherapie mit Anwendung von Ersatzdrogen, insbesondere Methadon. Die herrschende Lehre geht dahin, daß eine Substitution mit Methadon unter Inkaufnahme einer zumindest temporären Abhängigkeit von einem anderen Suchtmittel, dessen Entzug zumindest nicht leichter ist, nur in Einzelfällen, wenn überhaupt, und hier in der Hand des Erfahrenen, gerechtfertigt ist. Für diese wenigen zur Substitutionstherapie geeigne-

## 44. Bayerischer Ärztetag

vom

11. bis 13. Oktober 1991

in Bad Kissingen



# REZIDIVRATEN SENKEN DURCH REZIDIVSCHUTZ MIT

## Zantic®

IHRE ENTSCHEIDUNG FÜR DEN ERFOLG.

Glaxo GmbH · 2060 Bad Oldesloe · Zentic® Filmtabletten · Zentic® 300 Filmtabletten

**Zusammensetzung:** Zantic Filmtabletten: 1 Filmtablette enthält 168 mg Ranitidinhydrochlorid, entsprechend 150 mg Ranitidin. Zantic 300 Filmtabletten: 1 Filmtablette enthält 36 mg Ranitidinhydrochlorid, entsprechend 300 mg Ranitidin. **Anwendungsgebiete:** Zentic Filmtabletten: Zur Therapie von Erkrankungen im oberen Gastrointestinaltrakt, bei denen eine Verringerung der Magensäuresekretion indiziert ist, wie: Duodenalulcera, benignen Magenulcera, Anastomosenulcera, Langzeitbehandlung von Duodenal- und Magenulcera. Die Langzeitbehandlung ist indiziert bei Patienten, aus deren Anamnese bekannt ist, daß sie zu Rezidiven neigen. Reflux-Ösophagitis, Zollinger-Ellison Syndrom. Einmalige Gabe während der Geburt zur Verhütung der Säureaspiration. Fortsetzung der mit Zantic Injektionslösung eingeleiteten Prophylaxe atreibedingter Schleimhautläsionen im oberen Gastrointestinaltrakt sowie Fortsetzung der Prophylaxe von Rezidivulcerationen und der unterstützenden Maßnahmen bei Blutungen aus Erosionen oder Magen- und Duodenalulcerationen. Besondere Hinweise: Bei geringfügigen Magenarm-Beschwerden, z. B. nervöser Magen, sind Zantic Filmtabletten nicht angezeigt. Besonders vor der Behandlung von Magenulcera sollte durch geeignete Maßnahmen eine eventuelle Malignität ausgeschlossen werden. Zantic 300 Filmtabletten: Zur Therapie von Erkrankungen im oberen Gastrointestinaltrakt, bei denen eine Verringerung der Magensäuresekretion indiziert ist, wie: Duodenalulcera, benignen Magenulcera, Reflux-Ösophagitis, Zollinger-Ellison Syndrom. Besondere Hinweise: wie bei Zantic Filmtabletten. **Wegenanzeigen:** Zantic darf nicht angewendet werden bei bekannter Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff Ranitidin. Zantic darf nur bei strengster Indikation während der Schwangerschaft und der Stillzeit verabreicht werden, da bisher nur geringe Erfahrungen im Menschen vorliegen. Tierversuche haben keine Hinweise auf Fruchtbeschädigung ergeben. Der Wirkstoff geht in die Muttermilch über. Kinder und Jugendliche bis zu 4 Jahren sind von der Behandlung auszuschließen, solange keine ausreichenden Erfahrungen über die Anwendung bei Kindern vorliegen. Bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion ist die Dosis zu reduzieren. **Nebenwirkungen:** Gelegentlich kam es unter der Behandlung von Zantic zu Kopfschmerzen, Diarrhoe, Obstipation, Hautausschlag, Müdigkeit, Schwindel oder Übelkeit. In den meisten Fällen besserten sich die Beschwerden unter fortgesetzter Behandlung. Sehr selten wurde über Fälle von Gelenksbeschwer-

den berichtet. Seltene Erhöhungen der Plasmakreatininwerte sind meist gering und normalisieren sich in der Regel unter fortgesetzter Behandlung mit Zantic. Vorübergehende Veränderungen der Leberwerte können auftreten, die sich unter fortgesetzter Behandlung oder nach Beendigung der Therapie zurückbilden. Selten kann unter der Behandlung eine Hepatitis mit oder ohne Gelbsucht auftreten. Über Fälle von Gynäkomastie sowie Libidoverlust und Potenzstörungen wurde berichtet. Der kausale Zusammenhang zwischen der Anwendung von Zantic und diesen Störungen ließ sich bislang nicht nachweisen. Vereinzelt wurde über Verwirrheitszustände und Halluzinationen unter der Behandlung berichtet, die überwiegend bei schwerkranken oder älteren Patienten auftraten, sowie über Schleiersehen. Die Erscheinungen verschwanden nach Absetzen der Behandlung wieder. In extrem seltenen Fällen ist über vermehrten Haarausfall berichtet worden. Akute Überempfindlichkeitsreaktionen (z. B. anaphylaktischer Schock, Urtikaria, Quincke-Ödem, Fieber, Bronchialspasmus, Blutdruckabfall) sind sehr vereinzelt nach Zantic berichtet worden. Vereinzelt wurden unter der Behandlung mit Zantic Veränderungen des Blutbildes berichtet (Thrombozytopenie bzw. Leukozytopenie, die gewöhnlich reversibel sind, sehr seltene Fälle von Agranulozytose, Panzytopenie, manchmal mit Knochenmarkshypoplasie oder -aplasie). Sehr selten kam es zu einer Abnahme der Herzfrequenz und AV-Block.

**Wechselwirkungen mit anderen Mitteln:** Bisher sind keine substanzspezifischen Wechselwirkungen mit anderen Mitteln bekannt. **Hinweis:** Bei gleichzeitiger Einnahme von Arzneimitteln, deren Resorption pH-abhängig ist – wie z. B. Ketoconazol –, sollte die veränderte Resorption dieser Substanzen beachtet werden. **Handelsformen und Preise:** ZANTIC Filmtabletten: Packungen mit 20 Filmtabletten N1 DM 75,06, Packungen mit 50 Filmtabletten N2 DM 171,50, Packungen mit 100 Filmtabletten N3 DM 299,41, Anstaltspackungen. ZANTIC 300 Filmtabletten: Packungen mit 12 Filmtabletten N1 DM 76,79, Packungen mit 30 Filmtabletten DM 182,99, Packungen mit 50 Filmtabletten N2 DM 295,-, Packungen mit 100 Filmtabletten N3 DM 560,- Anstaltspackungen. Apoth.-Verkaufspreise inkl. 14% MwSt.

Stand: April 1990

**Glaxo**

AZP 12/288

ten Fälle wird stationärer Aufenthalt mit strenger Kontrolle sowohl mit Aufsicht über die Einnahme der Ersatzdroge, aber auch regelmäßige Urinkontrollen sowie eine lückenlose Dokumentation verlangt. Derzeit in anderen Bundesländern laufende sogenannte Methadonprogramme versuchen zum Teil unter sonst strengen Bedingungen auf den stationären Aufenthalt während der Umstellung zu verzichten. Zum Teil wird jedoch in der Öffentlichkeit unter politischer Begleitmusik so getan, als wäre der Entzug über Methadon das Mittel der Wahl bei der Bekämpfung des Drogenmißbrauches.

Der Beschluß des Vorstandes der Bundesärztekammer vom 9. Februar 1990 schließt eine ambulante Substitutionstherapie nicht aus, allerdings müssen die genannten Voraussetzungen erfüllt sein. Ferner wird durch diesen Beschluß eine mir fraglich erscheinende berufsrechtliche Aufsicht der Ärztekammern verlangt. Fraglich erscheint mir die Auferlegung einer Aufsichtspflicht deshalb, weil diese in praxi nur dann sinnvoll wäre, wenn mit der Durchführung der Suchttherapie erst nach Genehmigung durch das Aufsichtsgremium begonnen werden dürfte und die Überwachung in der Tat gewährleistet wäre.

Ich fasse zusammen:

- ① Es ist ärztliche Aufgabe, bei der Bekämpfung des Mißbrauches von Drogen mitzuwirken.
- ② Entgiftung und Entzug setzen entsprechende Spezialkenntnisse und Erfahrungen voraus, die in der Regel beim einzelnen niedergelassenen Arzt nicht ohne weiteres gegeben sind.
- ③ Die Entscheidung der Frage der Freigabe von Suchtmitteln zum völlig freien oder auch nur bedingt freien Bezug bedarf grundsätzlicher Überlegungen unter Berücksichtigung aller Für- und Gegenargumente.
- ④ Für die Substitutionstherapie, das heißt den Entzug über die Umstellung auf die andere Droge Methadon, sind nur wenige Fälle geeignet. Keinesfalls handelt es sich hier um ein Verfahren, das dem niedergelassenen Arzt ohne spezielle Kenntnisse und Erfahrung auf diesem Gebiet anvertraut werden kann.

TOP 2 der Tagesordnung:

**Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer**

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

## *Die beiden Seiten des Berufsrechts: Den Rechten stehen Pflichten gegenüber*

**Grundsatzreferat des Präsidenten über Funktion und Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung**

**Struktur der Ärztestatistik – Wiederaufbau des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern – Nachweis der Fortbildung – Reform der Weiterbildungsordnung**

Wie immer wurde Ihnen ein gedruckter Geschäftsbericht übersandt. Ich hoffe, Sie hatten Gelegenheit, auch schon hineinzuschauen und sich ein bißchen mit den Fakten vertraut zu machen. Wir haben uns bemüht, möglichst viele Informationen zu geben, um Ihnen einen Einblick zu ermöglichen in die umfangreiche Arbeit der Bayerischen Landesärztekammer im zu Ende gehenden Berichtsjahr. Hinweisen darf ich Sie vor allem auf die Zahl der bayerischen Ärzte. Ende 1989 waren 43 463 Ärzte gemeldet. Schon Ende September – also nach nur neun Monaten – sind es wiederum über 1000 mehr, und zwar 44 487. Diese Entwicklung geht laufend weiter.

Wir haben auch einmal analysiert, wie sich der Anteil der Kolleginnen entwickelt. Bei den niedergelassenen Allgemeinärzten beträgt der Anteil der Ärztinnen 15 Prozent, bei den praktischen Ärzten 32 Prozent und bei den niedergelassenen Gebietsärzten etwa 19 Prozent. Im Krankenhaus bei den Ärzten mit Gebietsbezeichnung liegt der Anteil der Ärztinnen bei 17 Prozent, bei den Kollegen ohne Gebietsbezeichnung bei 33 Prozent und bei den

Ärzten im Praktikum beträgt der Anteil der Kolleginnen bereits 42 Prozent. Sie sehen also, daß das weibliche Element einen immer größeren Anteil an unserem Beruf hat. In der ehemaligen DDR liegt der Anteil der Kolleginnen ja bereits erheblich über 50 Prozent. Die Relation zur Bevölkerung zeigt uns auch, wie sich die Zahlen im Laufe der Jahre erhöht haben: 1980 kam noch ein Arzt auf 444 Einwohner, 1989 bereits ein Arzt auf 322 Einwohner – also ein ständiger Anstieg, eine beunruhigende Zahl. Die Entwicklung der Arztzahlen ist das eigentliche zentrale Problem unseres Berufsstandes.

Die Anerkennungen für Gebiete, Teilgebiete und Zusatzbezeichnungen haben auch stetig zugenommen: Im Berichtsjahr wurden rund 2000 Anerkennungen erteilt, dabei fanden 1012 Prüfungen statt. Sie sehen also, was allein die Einführung der Prüfung für einen Aufwand verursacht! Wir haben zum Beispiel über 300 Mitglieder in unseren Prüfungsausschüssen.

Wenn wir den ersten gedruckten Geschäftsbericht von 1972 heranziehen, dann betrug damals die Zahl

der Ärzte 21 388. Im Verlaufe von achtzehn Jahren hat sich also die Zahl der Ärzte in Bayern mehr als verdoppelt. Damals wurden im Berichtsjahr 383 Anerkennungen für Gebiete, Teilgebiete und Zusatzbezeichnungen ausgesprochen. Dementsprechend ist natürlich auch die Auflagenhöhe des „Bayerischen Ärzteblattes“ gewachsen. Betrug 1972 die Auflage 21 000, so sind wir jetzt bei 44 000.

#### **Ausländische Ärzte: relativ wenige aus der EG**

Von Interesse für Sie ist sicher auch der Anteil der ausländischen Ärzte insgesamt. Die Zahlen sind auf die bisherige Bundesrepublik bezogen. Hier haben wir rund 10 000 ausländische Ärzte, davon aus den elf anderen EG-Ländern lediglich 2600. Das zeigt also, daß die Fluktuation, die wir seinerzeit doch etwas fürchteten, keineswegs in dem Umfang eingetreten ist, wie man das seinerzeit erwartet hat. Offenbar ist hier die Sprachbarriere wirksam. 2600, das ist auf die Gesamtheit der ausländischen Ärzte bezogen eine erträgliche Zahl, ein Gutteil davon ist in Nordrhein-Westfalen (zum Beispiel wegen der Nachbarschaft zu Holland) tätig. Etwa 1600 der 2600 sind in Krankenhäusern tätig. Aus dem übrigen Europa kommen weitere etwa 5600 Ärzte, aus Afrika nur 450, aber aus Asien 2600, darunter allein rund 1000 aus dem Iran.

Wir haben gerade vor einer Woche im Ständigen Ausschuß der Ärzte der Europäischen Gemeinschaft beschlossen, energisch an die Kommission und an die Mitgliedsländer heranzutreten, sich auf einheitliche Grundsätze für die Zulassung zum Medizinstudium zu einigen, denn die Differenzen sind ungemäin groß. In England, also im Vereinigten Königreich, entfällt ein Studienabsolvent – wir würden sagen, ein approbierter Arzt – auf 15 000 Einwohner, in der Bundesrepublik auf 5000 Einwohner. Im Vereinigten Königreich reguliert sich die Zahl der Studienanfänger immer nach dem Bedarf, während ja bei uns der Bedarf als Grundlage für die Beurteilung aus verfassungsrechtlichen Gründen leider nicht herangezogen werden kann. Es wurde schon darauf hingewiesen, daß man die Zahl der Studienanfänger etwas reduziert hat; mit Beginn des Wintersemesters ist eine Reduzierung

von etwa 20 Prozent wirksam geworden, aber: es sind immer noch etwa 9500 Studienanfänger! Man kann davon ausgehen, daß die Zahl der Studienabsolventen, also derjenigen, die dann auch das Studium beenden, in gleicher Höhe liegt. Nach wie vor müssen wir bedenken, daß eine sehr erhebliche Zahl von deutschen Medizinstudenten auch in anderen Ländern studieren, vor allem in Italien, aber zum Beispiel auch in Ungarn.

Als nächstes noch einige Informationen zu den von uns übernommenen Aufgaben nach der Wiedervereinigung unseres Landes. Ich darf heute zu unserer Arbeitstagung wiederum – so wie schon bei der Eröffnungsveranstaltung – eine ganze Reihe von Kolleginnen und Kollegen aus den neuen Bundesländern willkommen heißen. Wir freuen uns über Ihre Anwesenheit, und hoffen, daß Sie Eindrücke von der Arbeit eines freigewählten Ärzteparlaments gewinnen. Wir wünschen Ihnen, daß Sie bald auch in Ihren Bundesländern freigewählte ärztliche Selbstverwaltungsorgane haben werden. Sie sind bereits auf dem besten Wege dazu!

#### **Respekt vor den Kolleginnen und Kollegen in der früheren DDR**

Ich möchte noch einmal unterstreichen, was ich schon gestern abend bei der Eröffnung des Ärztetages betonte: Je mehr wir über die Situation in der ehemaligen DDR, über die Schwierigkeit der Arbeit wissen, die unsere Kolleginnen und Kollegen leisten mußten, um so mehr steigt unsere Hochachtung! So schwierig ihre Bedingungen waren bei dem Mangel an Geräten, an einfachsten Dingen, wie Einmalspritzen oder sonstigem Material, haben sie dennoch die ärztliche Versorgung in einer so hervorragenden Weise aufrechterhalten. Das verdient unsere hohe Anerkennung und dafür möchten wir ihnen danken!

Wir selbst haben uns bereit erklärt, beim Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung in den neuen Bundesländern mitzuwirken und beim Wiederaufbau des Gesundheitswesens so gut wie möglich zu helfen. Die Situation ist außerordentlich schwierig. Wenn man Krankenhäuser besichtigt, dann ist man erschüttert über den schlechten Bauzustand,

über die Mängel in der Einrichtung. Dort tätig zu sein, das muß für die Kollegen wirklich ungeheuer schwierig sein. Ein Großteil der Krankenhäuser ist dringend sanierungsbedürftig, ein Teil in einem derartig schlechten Zustand, daß eine Sanierung überhaupt nicht mehr möglich ist. Vor allem aber muß so schnell wie möglich geholfen werden bei der Verbesserung der Einrichtung, der Beschaffung von Geräten und Material.

#### **Hindernisse für die Niederlassung**

Im ambulanten Bereich gab es in der ehemaligen DDR nur etwa 400 freipraktizierende Ärzte. Das waren durchwegs Kolleginnen und Kollegen, die die Praxis vom Vater übernehmen konnten. Denn Neuniederlassungen wurden nicht zugelassen. Die ambulante Versorgung war im wesentlichen auf Polikliniken, Ambulanzen und staatliche Arztpraxen konzentriert. Die Schwierigkeiten für die Niederlassung sind ungemäin groß. Es fehlt erstens an Räumen, und wir hören, daß dort, wo Räume zur Verfügung gestellt werden, die Mieten in einer Weise steigen, daß sie fast nicht bezahlbar sind. Die Umsätze der einzelnen Arztpraxis sind außerordentlich gering und die Investitionskosten gleichen auf der anderen Seite denjenigen in der alten früheren Bundesrepublik, weil ja das Material weitestgehend aus unserem Teil des gemeinsamen Landes beschafft werden muß.

Nun hat das Bundesgesundheitsministerium für die GOÄ – also die amtliche Gebührenordnung – angeordnet, daß deren Sätze zu 45 Prozent angewendet werden dürfen. Das spielt wohl noch keine besondere Rolle, weil Privatpatienten kaum vorhanden sind. Die Auswirkungen auf die kassenärztliche Tätigkeit sind erfreulicherweise geringer. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat vor wenigen Tagen mit den Kassenverbänden ein Honorarabkommen unterzeichnen können mit einem Punktwert für die niedergelassenen Kollegen von 6,1 Pfennigen. Das entspricht etwa zwei Dritteln des Grundwertes, der bei uns zur Zeit im allgemeinen zur Auszahlung gelangt. Für die Polikliniken, die ja zunächst noch weiter existieren werden, sollen Fallpauschalen errechnet werden, die sich orientieren an den Fallwerten in unserem Teil



Präsident, Vizepräsident und Geschäftsführung der Bayerischen Landesärztekammer

und die dann zu 45 Prozent ausbezahlt werden.

Man hat sich darauf geeinigt, daß die Aufwendungen für die ambulante ärztliche Versorgung bei etwa 20 Prozent des Umsatzes oder der Beitragseinnahmen der gesetzlichen Krankenversicherung liegen sollen. Die Krankenversicherung ist erst im Aufbau begriffen, es fehlt zum Beispiel in der gesamten ehemaligen DDR ein System des Beitragseinzuges. Es muß also von Anfang an alles erst neu aufgebaut werden, so daß die Beitragseingänge für die gesetzliche Krankenversicherung natürlich nur sehr zäh in Gang kommen und damit also auch keine Mittel zur Verfügung stehen.

#### Was wird aus den Polikliniken?

Die Frage, wie die Polikliniken weitergeführt werden sollen, ist noch offen. Im Gespräch ist die Errichtung von Treuhandgesellschaften. Leider bestehen noch keinerlei Vorstellungen, wie diese Treuhandgesellschaften geführt werden sollen. Vor allem: wer trägt das finanzielle Risiko der Polikliniken, wenn die Einnahmen durch Fallpauschalen die Ausgaben nicht decken? Es wird vor allem auch notwendig werden, Kündigungen in erheblichem Umfang auszusprechen, weil sie durchweg personell überbesetzt sind.

Die Polikliniken arbeiten mit angestellten Ärzten. Dabei muß man bedenken, daß es natürlich auch eine größere Anzahl älterer Ärztinnen und Ärzte gibt, die das Risiko der Niederlassung in der freien Praxis nicht mehr eingehen wollen. Man

muß also Möglichkeiten der langsamen Umstrukturierung prüfen. Man wird versuchen müssen, Polikliniken vielleicht in Gemeinschaftspraxen, in Praxisgemeinschaften, also in Einrichtungen in privater Trägerschaft umzuwandeln. Ich bin der Meinung und habe auch immer wieder den Rat gegeben, diese Veränderungen langsam und sorgfältig durchzuführen. So etwas kann man nicht mit der Brechstange über Nacht machen!

#### Hilfe beim Aufbau der Selbstverwaltung

Wir haben uns auch sehr engagiert beim Aufbau der ärztlichen Selbstverwaltung. Dabei wurde unter den Ärztekammern des bisherigen Bundesgebietes abgesprochen, daß wir uns diese Aufgabe etwas teilen, so daß also für jede neue Landesärztekammer in den fünf neuen Bundesländern eine andere Kammer bei uns zuständig ist. Wir in Bayern haben uns bereit erklärt, beim Aufbau der Landesärztekammer in Sachsen mitzuwirken. Unser Nachbarland Thüringen wird von Hessen betreut. Auch die Kassenärztliche Vereinigung in Sachsen befindet sich im Aufbau. Wir bilden zur Zeit erstes Verwaltungspersonal für diese Kassenärztliche Vereinigung aus. Immerhin mußten wir bereits Finanzmittel in einer Größenordnung von etwa DM 120 000 einsetzen. Die Staatsregierung – das Sozialministerium – hat erhebliche Mittel zur Verfügung gestellt: etwa DM 80 000 sind uns zugeflossen, die wir verwenden konnten für die Beschaffung von Büroeinrichtung, für die Einrichtung eines Bürobetriebes. Wir werden auch für die Schriften-

reihe, vor allem für den Notfallband, einen erheblichen Zuschuß vom Sozialministerium bekommen; es hat sich bereit erklärt, 80 Prozent der Kosten zu übernehmen.

Ein besonders schwieriges Problem in den fünf neuen Bundesländern ist der Aufbau ärztlicher Versorgungswerke. Die Kolleginnen und Kollegen drüben sind in der allgemeinen Sozialversicherung mit erschreckend niedrigen Renten versichert. Es besteht nun die Möglichkeit, im Zusammenhang mit dem Aufbau der Ärztekammern auch Versorgungswerke zu errichten. Aber der Anfang ist natürlich ungemein schwer. Es gab eine ganze Reihe von Problemen zu lösen. Zum Beispiel war lange Zeit fraglich, ob die Wahlmöglichkeit für den ärztlichen Nachwuchs – also die angestellten Ärzte – gegeben sein wird, analog der Regelung in der alten Bundesrepublik. Eine Zeitlang sah es so aus, als würde diese Wahlmöglichkeit unterbunden. Jetzt können wir damit rechnen, daß sich bereits die jungen Ärzte für die Versorgungseinrichtung entscheiden können. Wir sind uns darüber klar, daß die Errichtung eines Versorgungswerkes der Ärzte ohne die Mitgliedschaft der jungen Ärzte von ihrem Berufsbeginn an überhaupt nicht sinnvoll sein könnte; ohne den Nachwuchs fehlt die breite Basis. Das war ja auch 1957 unser Kampf um die Freistellungsmöglichkeit für junge Ärzte; sie ist uns damals in einem dramatischen Akt gelungen.

#### Versorgungswerke: das Problem der alten Last

Inzwischen sind drüben die ersten Arbeiten gelaufen. Die Arbeitsgemeinschaft der berufsständischen Versorgungswerke – unter Vorsitz von Herrn Kollegen Dehler – ist außerordentlich intensiv tätig, und ich hoffe, daß es bald gelingen wird, die Versorgungswerke zu errichten. Dabei bleibt allerdings ein Problem bestehen: es wird nicht möglich sein, die alten Kollegen, vor allem die bereits im Ruhestand befindlichen Kollegen, in den neuen Kammerbereichen in die Versorgungseinrichtung einzubeziehen. Sie würden also, wenn nichts unternommen wird, darauf angewiesen sein, von ihren sehr geringen und für die steigenden Lebenshaltungskosten unzureichenden Renten zu leben. Wir haben das Thema eingehend



**KLEIN.  
STARK.  
NATÜRLICH.  
NEU.**

# Bronchoforton<sup>®</sup> Kapseln

Entsorgung für die Luftwege.

Bronchoforton<sup>®</sup> Kapseln

Zus.: 1 Kapsel enth.: 75 mg Eukalyptusöl (DAB 9), 75 mg Anisöl (DAB 9), 75 mg Pfefferminzöl (DAB 9). Anw.: Katarrhe der Luftwege, wie z.B. Bronchitis, Sinusitis, Pharyngitis und Laryngitis. Gegenanz.: Allergie gegen Anis und Anethol; entzündliche Erkrankungen im Magen-Darm-Bereich und im Bereich der Gallenwege; Verschuß der Gallenwege; schwere Lebererkrankungen. Nebenw.: Gelegentlich allergische Reaktionen der Haut, der Atemwege und des Gastrointestinaltraktes; in seltenen Fällen können Übelkeit, Erbrechen und Durchfall auftreten. Wechselw.: Keine bekannt geworden.

PLANTORGAN GmbH & Co. OHG, 2903 Bad Zwischenahn

Packungsgrößen und Preise: OP mit 20 Kapseln DM 8,70; OP mit 50 Kapseln DM 20,00. Apothekenpflichtig.

Stand: September 1990



besprochen, zunächst Herr Kollege Dehler und ich, dann haben wir es zusammen auf die Bundesebene weitergetragen.

● Wir sind der Überzeugung: wenn die Ärztekammern der Bundesrepublik nicht bereit sind, im Rahmen eines Solidar-Fonds die Renten der alten Ärzte aufzustocken, die nicht mehr in die Ärzteversorgung aufgenommen werden können, dann ist das gesamte System in Gefahr. Wir wurden von politischer Seite darauf hingewiesen, daß wir nicht mit politischer Unterstützung rechnen können, wenn wir nicht auch wirksame Maßnahmen für die alten Kollegen beschließen und in die Wege leiten.

Deshalb sind Herr Kollege Dehler und ich dabei, alle Ärztekammern zu mobilisieren, damit wir positive Beschlüsse zur Errichtung eines solchen Solidar-Fonds bekommen, an dem sich die Bayerische Landesärztekammer natürlich entsprechend zu beteiligen hat. Hier kann nur der Grundsatz gelten, daß wir helfen müssen! Wir müssen gewisse Opfer bringen, die uns gewiß nicht allzu weh tun werden, die aber entscheidend für die Entwicklung in den neuen Bundesländern sind. Unser Vorstand hat einstimmig diesen Gedanken begrüßt, ich hoffe, daß auch Sie, meine Damen und Herren, sich dieser Meinung anschließen. Wir sind in der Lage, hier zu helfen und wir sollten es wirksam tun! Über die Einzelheiten wird dann zu gegebener Zeit noch zu sprechen sein.

Ich möchte diesen Teil meines Berichts über die Errichtung von Versorgungswerken nicht abschließen, ohne ganz besonders den enormen Einsatz des Herrn Kollegen Dehler hier hervorzuheben. Er hat sich mit aller Kraft bei allen Stellen und politischen Instanzen – und wer auch immer hier zuständig war – eingesetzt, und wenn es gelingt, dieses Vorhaben voranzubringen, dann ist dies in erster Linie auch ein Verdienst von Herrn Kollegen Dehler. Ich möchte ihn dazu beglückwünschen und ihm unseren herzlichen Dank aussprechen.

#### **Aufgaben und Pflichten der Selbstverwaltung**

Einige Überlegungen zu dem Problemkreis Arzt und Staat, Arzt und Gesellschaft, möchte ich heute zur Diskussion stellen. Wie ist die Stel-



*Ehrengäste und Juristen*

lung des Arztes in unserer Gesellschaft und wie sind wir eingebunden, wie steht es denn mit der Freiheit des Arztes in seinem Handeln? Dazu gehört natürlich eine kurze Betrachtung der Fragen, die uns vom Staat übertragen sind, etwa die Regelung der Berufs- und Weiterbildungsordnung, aber auch die Erfüllung der Berufspflichten und die Berufsaufsicht. Auf der anderen Seite ist uns durch das Gesetz die Möglichkeit eingeräumt, unsere Belange gegenüber der Öffentlichkeit und dem Staat zu vertreten. Wir haben ja in der Bundesrepublik das föderative System, wir haben eine Teilung der Kompetenzen.

Der Bund hat über Artikel 74 Nr. 19 die Kompetenzen für die Zulassung zum Beruf des Arztes. Die Regelung der Berufsausübung ist Länderrecht. Die Grundlage dafür ist das Kammergesetz, und mit dem Kammergesetz wurden die Kompetenzen festgelegt, die der Staat uns in der Selbstverwaltung übertragen hat. Die Bundesärzteordnung sagt in ihrem Absatz 1: „Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes“ und im Absatz 2: „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe, er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.“ Man fragt natürlich: Warum ist das eigentlich so besonders betont, daß der ärztliche Beruf kein Gewerbe ist? Das ist doch eigentlich eine Selbstverständlichkeit.

#### **Von der Gewerbeordnung zur Ärzteordnung**

Die Bestimmung geht mit Sicherheit auf das Jahr 1935 zurück. Es ist vielen nicht in Erinnerung, daß das

ärztliche Berufsrecht bis 1935 – bis zum Erlass der Reichsärzteordnung – in der Reichsgewerbeordnung geregelt war. Das war die alte Gewerbeordnung des Norddeutschen Bundes von 1869, die dann vom Deutschen Reich übernommen wurde. Wenn man die Geschichte der Deutschen Ärztetage kennt und die Aufzeichnungen darüber liest, dann wurde – man kann ruhig sagen, in jedem Jahr – auch von Deutschen Ärztetagen gefordert, den Arztberuf aus der Gewerbeordnung herauszunehmen. Gelingen ist das erst 1935 durch die Reichsärzteordnung; in einer Zeit, als dann natürlich mit dieser Änderung auch zugleich das sogenannte „Führerprinzip“ eingeführt worden ist. Seit dieser Zeit stand zunächst in der Reichsärzteordnung – und es wurde dann in die Bundesärzteordnung übernommen – der Grundsatz: „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe.“ Man könnte also heute darauf verzichten. Doch besteht immer wieder Grund, zu betonen, daß der Arzt kein Gewerbe ausübt. Sie wissen ja, daß es neuerdings – zumindest was die Gewerbesteuer angeht – schon wieder einige Diskussionen gibt.

#### **Freier Beruf, das heißt frei in den Entscheidungen**

Der andere Satz, „der Arztberuf ist seiner Natur nach ein freier Beruf“, hat ja oft zu Verwirrungen geführt. Der Wille des Gesetzgebers war mit Sicherheit der, daß der Arzt in seinen Entscheidungen und Handlungen, also bei der Erfüllung seiner ärztlichen Aufgaben, nur nach bestem Wissen und Gewissen handeln soll und handeln darf, daß es also keine Einflüsse Dritter geben darf



Gäste aus der Landesärztekammer Sachsen



Gäste aus der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

bei der Entscheidung, die der Arzt trifft für sein ärztliches Handeln. Natürlich bedeutet das nicht, daß nicht etwa erfahrene Ärzte die jungen Ärzte anleiten und ihnen entsprechende Richtlinien geben können – sonst wäre ja auch gar keine Weiterbildung möglich.

Der Arzt ist also frei in seiner Entscheidung, aber wir sind als Ärzte – das liegt auf der Hand – natürlich eingebunden in die allgemeine Rechtsordnung – etwa auch in den Grundsatz der Wirtschaftlichkeit und Notwendigkeit, der in der Sozialgesetzgebung sehr zentrale Bedeutung hat, der aber im Grunde genommen auch außerhalb des Sozialrechtes gilt. Auch dem sogenannten Privatpatienten gegenüber muß der Grundsatz des wirtschaftlichen Handelns beachtet werden.

„... seiner Natur nach ein freier Beruf“ hat nichts zu tun mit der Art und Weise der Berufsausübung! Das, glaube ich, muß man immer wieder einmal betonen. Dieser Begriff ist also auch nicht identisch mit dem Begriff „Freiberuflichkeit“. Das sind zwei grundverschiedene Begriffe. Der Grundsatz „seiner Natur nach ein freier Beruf“ gilt für jede Art der Ausübung des ärztlichen Berufes, ganz gleich, ob in einem Angestellten- oder Beamtenverhältnis oder als Freiberufler in eigener Praxis. Man könnte als Vergleich am besten an den Beruf des Richters denken. Es gibt mit Sicherheit keinen Beruf, der freier sein könnte als der des Richters, der zwar eingebunden ist in unsere Rechtsordnung, der aber seine Entscheidungen allein nach seinem eigenen Wissen und Gewissen trifft. Er ist also seiner Natur nach ein freier Beruf, er ist aber kein Freiberufler. Daran zeigt sich viel-

leicht auch, daß diese Begriffe auseinandergehalten werden müssen. Für uns ist entscheidend, daß der Arztberuf in jeder Position, in der er ausgeführt wird, seiner Natur nach frei bleiben muß, also Einwirkungen Dritter ausgeschaltet werden. Das ist zum Beispiel für unsere Kollegen in den neuen Bundesländern von entscheidender Bedeutung, denn sie standen ja bisher unter einer politischen Pression in ihrer Berufsausübung, die fast unerträglich gewesen ist.

#### Der Freiberufler arbeitet auf eigenes Risiko

Der Begriff „Freiberuflichkeit“ ist ja ein soziologischer Begriff, und auch hier gibt es manchmal unklare Vorstellungen, was alles mit diesem Begriff verbunden ist. Wir sollten ihn zurückführen auf die klassische Definition, und die stellt auf den beruflichen Inhalt des Freiberuflers ab, nämlich die Dienstleistung oder die künstlerische Leistung, also auf eine selbständige Berufsausübung. Der Freiberufler arbeitet auf eigenes, das heißt auf seine Person bezogenes Risiko. Er ist auch der unmittelbare Partner dessen, für den er arbeitet – sei es Mandant, Patient oder wer auch immer. Die Grundlage seiner Dienstleistung ist ein auf die Person des Freiberuflers bezogenes Vertrauensverhältnis, und der Freiberufler – das ist besonders wesentlich in unserer Zeit – trägt völlig allein und persönlich die Haftung für sein Handeln. Die Art und Weise, wie der Freiberufler honoriert wird – ich glaube, das sollte man sich immer wieder vor Augen führen –, hat mit dem Grundsatz der freiberuflichen Tätigkeit nichts zu tun. Man darf also nicht etwa die

Meinung vertreten, mit dem Begriff des freiberuflich tätigen Arztes sei unbedingt nur die Einzelleistungsvergütung, die wir für gut und richtig halten, verbunden. Es gibt die verschiedensten Honorierungsformen in den freien Berufen.

#### Wir Ärzte erfüllen eine öffentliche Aufgabe

Ein anderer Begriff, der, glaube ich, auch manchmal in Vergessenheit gerät, ist die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe. In der Reichsärzteordnung stand das noch wörtlich: der Arzt erfüllt eine öffentliche Aufgabe. Dieser Satz ist in der Bundesärzteordnung entfallen. Meines Erachtens wohl deshalb, weil die Bundesärzteordnung keine Regelungen enthalten kann, die die Berufsausübung als solche betreffen. Aber wenn man die gesetzlichen Vorschriften, die für uns Ärzte maßgeblich sind, im einzelnen betrachtet, dann zeigt sich immer wieder, daß sich an der Tatsache nichts geändert hat, daß wir als Ärzte eine öffentliche Aufgabe erfüllen. Dies gilt sowohl für die Kollegen im Krankenhaus wie in der freien Praxis. Wenn Sie etwa die Landkreisordnung lesen, dann sind die Landkreise verpflichtet, die erforderlichen Krankenhäuser zu errichten und zu unterhalten. Diese Aufgabe können die Landkreise nur erfüllen mit Hilfe der Ärzte, die in den Krankenhäusern tätig sind. Also sind die Krankenhausärzte ohne Zweifel eingebunden in die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe.

Im Bereich der kassenärztlichen Versorgung ist der Sicherstellungsauftrag früher durch die Reichsversicherungsordnung, jetzt durch das

Sozialgesetzbuch, eindeutig festgelegt. Damit ist auch klargestellt, daß der Kassenarzt in die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe eingebunden ist. Das hat das Bundesverfassungsgericht erst vor wenigen Jahren 1985 in einer Grundsatzentscheidung erneut zum Ausdruck gebracht. Das Bundesverfassungsgericht führt aus: „Der Gesetzgeber hat die öffentliche Aufgabe der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der Versicherten Kassenärzten und Beamtenkassen zur gemeinsamen Wahrnehmung übertragen ... und bestimmt, daß die Kassenärzte zur Erfüllung der ihnen durch die Reichsversicherungsordnung übertragenen Aufgaben Kassenärztliche Vereinigungen in der Rechtsform von Körperschaften des öffentlichen Rechts bilden. Diese sind also eigens zur Erfüllung dieser öffentlichen Aufgabe durch Gesetz geschaffene juristische Personen des öffentlichen Rechts.“

● Wir können also gar nicht daran vorbeigehen, festzustellen, daß der Arzt nach wie vor, so wie das früher statuiert wurde, eine öffentliche Aufgabe erfüllt – als der Verantwortliche für die Gesundheit der Bevölkerung und des einzelnen Menschen. Daraus leiten sich dann ab: das Kammergesetz auf Landesebene, die Verkammerung unseres Berufes mit der Konsequenz der Mitgliedschaft kraft Gesetzes.

Nur auf der Grundlage der Pflichtmitgliedschaft in der Ärztekammer – in der ärztlichen Berufsvertretung – konnte der Staat uns öffentliche Aufgaben übertragen, wie etwa den Erlaß der Berufsordnung oder der



Münchener Delegierte

Weiterbildungsordnung, also die Regelung der Berufspflichten. Zugleich wurde uns aber im Gesetz das Recht übertragen, als offizielle ärztliche Berufsvertretung die Wahrung der Belange der Ärzte gegenüber der Öffentlichkeit zu vertreten.

Wir haben also eine doppelte Aufgabe zu erfüllen, und es ist keineswegs begründet, zu sagen, die Körperschaft der ärztlichen Selbstverwaltung sei nicht in der Lage, ärztliche Belange zu vertreten, weil sie auf einer gesetzlichen Grundlage errichtet ist. Der Artikel 2 lautet eindeutig: „Die Berufsvertretung hat die Aufgabe, im Rahmen der Gesetze die beruflichen Belange der Ärzte wahrzunehmen“; eine ganz entscheidende Funktion. Aber dann kommen die übertragenen Aufgaben: „die Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten zu überwachen, die ärztliche Fortbildung zu fördern, Wohlfahrtseinrichtungen für Ärzte

und ihre Angehörigen zu schaffen sowie in der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken“ – also ein breites Spektrum der Aufgaben, die uns hier übertragen worden sind.

#### Zu den gesetzlich übertragenen Aufgaben gehört auch die Fortbildung

Sie erinnern sich, daß gerade in Würzburg über eine der Berufspflichten, nämlich über die Fortbildung, sehr lebhaft diskutiert wurde; schon auf den Ärztetagen vorher spielte das Thema „Fortbildung – Fortbildungspflichten“ eine große Rolle. Der Vorstand der Bundesärztekammer wurde ja seinerzeit beauftragt, Grundsätze für den Nachweis der Erfüllung dieser Verpflichtung zu erarbeiten. In Würzburg wurde dann aber mehrheitlich ein solches Konzept abgelehnt.

Wir dürfen jedoch nicht übersehen, daß im Artikel 18 unseres Kammergesetzes ganz konkret ausgeführt wird: „Die Ärzte, die ihren Beruf ausüben, haben insbesondere die Pflicht, sich im fachlichen Rahmen ihrer Berufsausübung beruflich fortzubilden und sind dabei über die für ihre Berufsausübung geltenden Bestimmungen zu unterrichten.“ Das ist die gesetzliche Grundlage für die Bestimmungen in der Berufsordnung, die Ihnen ja zur Genüge bekannt sind. Das heißt also, die Berufsordnung oder die konkrete Bestimmung der Berufsordnung über die Fortbildung schwebt nicht im freien Raum. Sie ist also nicht eine freiwillige Selbstbindung und Entscheidung der Ärzteschaft, sondern sie ist uns gesetzlich auferlegt. Wir haben die Verpflichtung, hier



Münchener Delegierte

Regelungen zu treffen und demgemäß dafür zu sorgen, daß der einzelne Arzt seine Berufspflichten erfüllt. Der Gesetzgeber geht nämlich davon aus, daß uns als öffentliche Aufgabe das höchste Gut der Gesellschaft, nämlich die Gesundheit des einzelnen und des Ganzen, übertragen worden ist.

Wie bedeutungsvoll dieser uns übertragene Auftrag eingestuft wird, zeigt sich auch in dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes von 1972. Es lohnt sich, dieses gelegentlich einmal nachzulesen. Damals hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt, daß der Landesgesetzgeber sich nicht damit begnügen darf, der ärztlichen Berufsvertretung, also den Ärztekammern, den Erlaß einer Berufs- und Weiterbildungsordnung zu übertragen. Der Gesetzgeber muß sehr präzise vorgeben, wie die übertragenen Aufgaben zu regeln sind. Das Gericht spricht hier von den „statusbildenden Normen“, die der Gesetzgeber festlegen muß und demzufolge wurde ja seinerzeit das Kammergesetz novelliert. Sie finden heute im Kammergesetz sehr genaue und präzise Vorgaben, was die Weiterbildungsordnung oder was die Berufsordnung regeln muß. Das sind für uns die Leitlinien, an die wir uns zu halten haben, wenn wir im Rahmen der Selbstverwaltung diese weiteren Regelungen präzisieren und in die Wirklichkeit umsetzen.

Natürlich kann man nun fragen, was sich daraus für den Arzt im einzelnen ergibt. Es wird – aber wir haben Verständnis dafür – die Meinung vertreten, die Öffentlichkeit oder der Staat hätten kein Recht, etwa Fragen nach der ordnungsgemäßen Berufsausübung zu stellen; also Fragen etwa zur Durchführung der Weiterbildung oder der Fortbildung. Es wurde sogar als absurd bezeichnet, daß der Gesetzgeber unter Umständen solche Fragen stellen und nach einer Kontrolle fragen könnte. Ich frage Sie natürlich, wieweit hier ein Liberalitätsbegriff zur Anwendung kommt, der eben mit der Wirklichkeit, mit unserer Einbindung in die Erfüllung einer öffentlichen Aufgabe, noch übereinstimmt. Der Staat anerkennt, daß die ärztliche Fortbildung von der Berufsvertretung qualitativ einwandfrei angeboten wird, aber es ist die andere Frage, mit der wir jederzeit konfrontiert werden können, ob wir auch die Gewähr dafür übernehmen können,

daß der einzelne Arzt seiner Fortbildungspflicht – also einer Berufspflicht, die uns kraft Gesetzes übertragen ist – auch nachkommt.

Solche Überlegungen muß man meines Erachtens berücksichtigen, denn es ist ja keine Selbstverständlichkeit, daß der Staat uns derartige Aufgaben übertragen hat.

### Kassenärztliche Fortbildung?

Man darf hier auch die Bestimmungen im Sozialgesetzbuch zu diesen Fragen nicht außer acht lassen und nicht davon ausgehen, daß sie mit dieser Erfüllung der Berufspflichten nichts zu tun hätten. Im Sozialgesetzbuch, V. Band, ist die Verpflichtung zur Fortbildung sehr deutlich formuliert. Es heißt hier: „Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten über die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit, das Nähere über die Art und Weise der Fortbildung sowie die Teilnahmepflicht.“ Also eine Forderung des Gesetzgebers, die wesentlich härter ist als die uns übertragene Pflicht im allgemeinen Arztrecht.

Es wurde die Meinung vertreten, diese Regelung im Sozialgesetzbuch könne sich nur auf Fortbildung im kassenärztlichen Vertragsrecht beziehen. Das ist, so meine ich, ein Irrtum. Wenn man die Quellen studiert, dann muß man daraus entnehmen, daß diese Regelung als Ausfluß des Sicherstellungsauftrages beurteilt wird und die Verantwortung für die qualitativen Aspekte der kassenärztlichen Tätigkeit einschließt, also auch die fachliche Seite – nicht nur Vertragsfragen – damit gemeint ist. Wir müssen also, so heißt es in einem Kommentar, davon ausgehen, daß auch für die kassenärztliche Tätigkeit medizinischer Wissensstoff im Vordergrund steht.

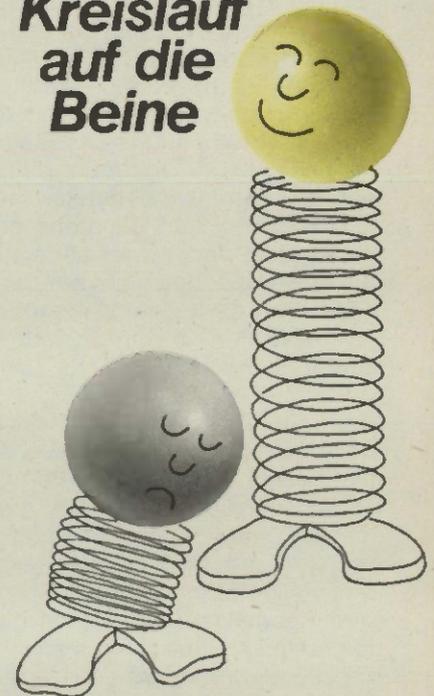
In den Jahresgutachten – vor allem 1989 – des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sind dazu sehr deutliche Aussagen und Forderungen enthalten. Ich beschränke mich auf zwei Kernsätze, die ich zitieren möchte. Der eine lautet: „Das Fortbildungsangebot ist sehr groß, doch fehlt eine Übersicht darüber, welche Ärztinnen und Ärzte wie oft und mit welchem Erfolg an Fortbildungs-

**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:** Seiten Übelkeit, Erbrechen, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen oder allergische Hautreaktionen (Hautödem, 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



Oberbayerische Delegierte

veranstaltungen teilnehmen.“ An anderer Stelle steht: „Jeder Arzt muß gegenüber der zuständigen Landesärztekammer nachweisen, daß er sich innerhalb von drei Jahren 150 Stunden der Fortbildung entsprechend dem Minimalkatalog der Fortbildungsinhalte gewidmet hat.“ Der Sachverständigenrat der Konzentrierten Aktion beschäftigt sich fortlaufend mit diesen Fragen, und das zeigt uns wiederum, daß wir hier sehr sorgfältig bedenken müssen, wieweit wir in der Lage oder auch gewillt sind, zu gewährleisten, daß die Fortbildung nicht nur gut ist – das ist sie ohne Zweifel –, sondern auch, daß der einzelne Arzt davon Gebrauch macht.

Nicht außer acht lassen, darauf möchte ich Sie noch hinweisen, darf man auch Paragraph 135 des Sozialgesetzbuches, der vorschreibt: „Für ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die ihrer Eigenart nach besondere Kenntnisse und Erfahrungen des Arztes voraussetzen, vereinbaren die Vertragspartner der Bundesmantelverträge sowie die Vertragspartner der vertragsärztlichen Versorgung einheitliche Qualifikationserfordernisse für die an der kassenärztlichen und vertragsärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Ärzte. Nur Ärzte, die die Qualifikation erfüllen, dürfen die Leistungen abrechnen.“

Hier hat also der Gesetzgeber sogar noch einen weiteren Schritt getan. Er schaltet damit über das SGB V auch die Vertragspartner in die Regelung von Qualifikationen des Arztes ein und darin sehe ich eine große Gefahr. Ich habe schon auf dem Deutschen Ärztetag in Würzburg

darauf hingewiesen, daß wir diesen Weg verbauen müssen. Wir müssen durch die Möglichkeiten, die uns das Berufsrecht gibt, in alleiniger Zuständigkeit die Qualifikation der Ärzte so sicher regeln, daß im kassenärztlichen Bereich kein Raum mehr für die Einwirkung Dritter bleibt, daß etwa die Einwirkung der Krankenversicherung auf Fragen der Qualifizierung des Arztes mit Sicherheit ausgeschlossen wird. Das muß uns ein Anliegen sein. Deshalb auch müssen wir gerade unsere Verpflichtungen, die sich aus der Fortbildung und der Weiterbildung ergeben, besonders ernst nehmen, weil wir sonst Lücken entstehen lassen, in die sich das Sozialrecht einschleiben, in die der Staat eingreifen kann. Damit würden wir Kompetenzen verlieren, die wir nie mehr zurückbekommen. Deshalb liegt mir sehr daran, immer wieder darauf hinzuweisen, daß wir das ärztliche Berufsrecht in dem Bereich, der uns übertragen ist, so streng handhaben und so ernst nehmen, daß niemals ein Grund gefunden werden kann, uns diese Aufgabe wieder wegzunehmen.

Deswegen sollten wir uns mit diesen Fragen ernsthaft beschäftigen. Wir sollten sie nicht unter mißverstandenen Freiheitsbegriffen beurteilen, die halt einfach in unserer Einbindung in den öffentlichen Auftrag und in den Staat und seine Gesetzgebung keinen Raum finden. Es war mein Anliegen, dies einmal hier auch sehr deutlich zum Ausdruck zu bringen.

● Der Freiheitsbegriff darf auch in einem freiheitlichen Staat nicht mißverstanden werden. Die Freiheit endet dort, wo sie die Freiheit des

anderen tangiert, und Freiheit kann man nur durch äußerste Pflichterfüllung erhalten, denn nur dadurch wird Freiheit überhaupt gerechtfertigt. Wir wollen alles tun, um die Freiheit unseres Berufes zu wahren und dafür zu sorgen, daß der Arztberuf wirklich ein seiner Natur nach freier Beruf bleibt und daß auch die freiberufliche Tätigkeit in unserem Beruf in vollem Umfange erhalten werden kann.

Wenn man diese Fragen studiert oder auch Presseveröffentlichungen dazu liest, dann kann einem nicht entgehen, daß merkwürdigerweise in anderen Fragen, die meiner Meinung nach nichts mit dem Staat und dem Gesetzgeber zu tun haben, nach dem Gesetzgeber gerufen wird. So konnte man in der letzten Zeit lesen, es müßte im Gesetz geregelt oder verboten werden, daß es eine Personalunion zwischen dem Präsidenten der Kammer und dem Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung gäbe. Auch wurde gefordert, es müßte im Gesetz vorgeschrieben werden, daß der Präsident Arzt sein muß, denn sonst könnte dies womöglich ein Betriebswirt oder ein Jurist werden.

Nun, das überrascht mich. Es liegt doch im freien Ermessen der gewählten Delegierten der Ärzteschaft, darüber zu entscheiden, wen sie wählen wollen. Es müßte das Beurteilungsvermögen der Delegierten schon sehr weit geschwunden sein, wenn sie überhaupt auf die Idee kämen, etwa einen anderen als einen Arzt zum Präsidenten zu wählen. Denn es hat sich ja noch keiner für dieses Amt selber ernennen können. Also ich glaube, hier sollte das Selbstvertrauen in unsere eigene Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit maßgeblich sein. Wir sollten nicht den Gesetzgeber als eine Art Vormund anrufen. Wie wollten wir das überhaupt begründen? Wenn ich mir vorstelle, es käme jetzt ein Änderungsantrag zum Kammergesetz in den Bayerischen Senat, dem ich angehöre, und da stünde: „Der Präsident der Ärztekammer muß Arzt sein“, dann würden mich meine Senatskollegen sicher fragen: „Ja, warum wollen Sie denn das ins Gesetz geschrieben haben? Sind Ihre Kollegen nicht mehr fähig, selber zu entscheiden, daß der Kammerpräsident selbstverständlich nur ein Arzt sein kann?“ Ich wäre in einer peinlichen Lage, wenn ich

dann eine solche Forderung erklären müßte. Ich hoffe, sie bleibt mir auch erspart. Wir sollten schon das Zutrauen zu uns selber dort haben, wo der Gesetzgeber keine Eingriffsmöglichkeiten sieht, und wir sollten ihn nicht von uns aus provozieren, sondern in die Urteilsfähigkeit unserer eigenen gewählten Delegierten vertrauen.

### **Auftrag des Deutschen Ärztetages zur Novellierung der Weiterbildungsordnung**

Wir haben vom Deutschen Ärztetag den Auftrag bekommen, die Weiterbildungsordnung fortzuentwickeln, sie anzupassen an die Bedürfnisse der ärztlichen Berufsausübung und an die Erfordernisse der medizinischen Entwicklung. Dieser Aufgabe haben wir uns bereits seit Jahrzehnten immer wieder gestellt, und wir haben die Weiterbildungsordnung mehrfach novelliert. Grundlegende Änderungen, mit denen wir geradezu prägend auf die Entwicklung der ärztlichen Berufsausübung einwirkten, haben wir zum Beispiel im Jahre 1968 vorgenommen.

Ich darf Sie an die Einführung der Teilgebiete erinnern, mit denen wir im Gesamtbereich der Inneren Medizin und der Chirurgie neue Wege aufgezeigt und ganz entscheidende neue medizinische Entwicklungen in diesen Bereichen eingeleitet haben. Wir haben die zeitliche und inhaltliche Gliederung der Weiterbildung verfeinert, und wir haben die Definition für die Gebiete entwickelt, mit denen wir Inhalt und Grenzen der Gebiete beschrieben haben. Ich glaube, gerade, wenn wir immer enger „aufeinander sitzen“, hat das eine hohe Bedeutung, denn die Einhaltung der Gebietsgrenzen ist nun einmal eine der Voraussetzungen für kollegiales und vertrauensvolles Zusammenwirken. Wenn sich der einzelne Kollege nicht darauf verlassen kann, daß der andere, etwa der, an den er überweist, seine Gebietsgrenzen einhält, dann fehlt oder verfällt die Grundlage für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit. Denken Sie etwa, um ein Beispiel zu nehmen, an die prästationäre Diagnostik. Wir können die unnötigen Krankenhauseinweisungen, die Öffnung der Krankenhäuser für den ambulanten Bereich nur verhindern, wenn wir im ambulanten Bereich eng zusammenarbeiten, wenn wir jeden Fall so



*Niederbayerische Delegierte*

weit diagnostizieren, bis Klarheit besteht. Das ist möglich bei dem dichten Netz niedergelassener Ärzte. Die Grundlage aber kann nur Vertrauen sein: es muß sich jeder auf den anderen verlassen können! Das von Dritten geprägte Wort „der Patient kehrt vom Feindflug nicht zurück“ darf nicht Wahrheit werden, es muß von uns widerlegt werden!

Mit den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung haben wir Standards gesetzt für die Qualität der ärztlichen Weiterbildung und damit natürlich auch für die Qualität der ärztlichen Berufsausübung.

Nun haben wir die letzte Novellierung der Weiterbildungsordnung erst vor drei Jahren beim Deutschen Ärztetag 1987 in Karlsruhe beschlossen, und es wird deshalb von manchen vielleicht der Einwand gemacht: warum schon wieder eine Novellierung? Es gibt eine ganze Reihe von maßgeblichen Gründen dafür!

#### **Die Gebiete haben sich weiterentwickelt**

Wir haben Analysen angestellt, die gezeigt haben, daß die Weiterbildung in einer Reihe von Gebieten mit der praktischen Berufsausübung nicht mehr genügend übereinstimmt. Das heißt, daß wir für eine große Zahl von Kollegen eine Weiterbildung mit Weiterbildungsinhalten verlangen, die sie für ihre Berufsausübung nicht benötigen. Hier muß man also neue Wege gehen. Wir müssen Weiterbildung gezielter gestalten und betreiben.

Die Entwicklung hat auch gezeigt, daß einzelne Gebiete sich in der

Zwischenzeit weiterentwickelt haben. Was bisher möglicherweise in einer Zusatzbezeichnung geregelt war, sollte inzwischen – der Bedeutung entsprechend – als Gebiet anerkannt werden. In der Chirurgie hat sich gezeigt, daß wir hier teilweise eine Loslösung von Teilgebieten in Angriff nehmen müssen.

Dazu kommt, daß durch den Zusammenschluß der beiden Teile Deutschlands auch ein Heranführen der Weiterbildung in den neuen Bundesländern notwendig ist. Wir sind in intensiven Gesprächen mit den Kollegen in den fünf neuen Ärztekammern. Mir fiel die Aufgabe zu, als Berater mit den Kollegen in diesen Ländern eine Übergangswweiterbildungsordnung zu gestalten, mit der wir langsam zusammenfinden können. Wenn wir dann die Weiterbildungsordnung novelliert und eine neue Musterweiterbildungsordnung beschlossen haben, kann diese wieder für den gesamten Bereich der neuen Bundesrepublik von allen Landesärztekammern übernommen werden. Aber dieser Übergang muß – ich sagte es schon – gleitend vollzogen werden, vor allem für die Kollegen in der ehemaligen DDR.

#### **Neue Normen, Definitionen und Ziele**

Schließlich haben wir auch die Neufassung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin in Angriff genommen. Auch hier müssen inhaltlich und zeitlich neue Normen gesetzt werden. Ich möchte Ihnen nun einige Erläuterungen geben, worauf es uns ankommt und was wir zur Zeit bearbeiten.

### ... zum Beispiel: Augenheilkunde

Zunächst ein Beispiel für eine Veränderung des Ziels und des Inhalts der Weiterbildung: Wir haben in der Augenheilkunde festgestellt, daß drei Viertel aller Augenärzte reine Sprechstundenpraxis betreiben, also niemals operativ tätig sind. Nur ein Viertel ist also operativ tätig. Wir verlangen aber in der Weiterbildung für alle Augenärzte eine Erfüllung des vollen Operationskataloges, obwohl wir wissen, daß die meisten ihn nie in Anspruch nehmen werden. Hier haben wir die Aufgabe, nunmehr die Weiterbildung an diese Gegebenheiten der Praxis anzupassen. Unser Vorhaben ist es, eine Weiterbildung zum Augenarzt ohne den gesamten Bereich der operativen Augenheilkunde anzubieten und als ergänzende Weiterbildung die operative Augenheilkunde anzuschließen.

Das heißt also, einem Kollegen, der vielleicht selber das Gefühl hat, daß er für diese Art von Operationen gar nicht die Eignung hat – oder auch gar nicht daran interessiert ist, weil er Augenarzt mit Sprechstundentätigkeit sein will –, werden wir eine Weiterbildung „schneidern“, die auf diese Art der Berufsausübung ausgerichtet ist. Wir werden denjenigen, die später einmal operativ tätig sein wollen, eine ergänzende Weiterbildung in der operativen Augenheilkunde anbieten. Auf diese Weise entlasten wir einerseits die Weiterbildung und schaffen für diejenigen, die später operativ tätig sein wollen, mehr Weiterbildungsmöglichkeiten, weil ihnen mehr Chancen für operative Tätigkeit eingeräumt werden. Damit wird dann auch die Zahl der Assistenten gegenüber der Zahl der Operationen wieder in eine vernünftige Relation gebracht.

Gleichermaßen hat sich, wie eingehende Gespräche ergaben, inzwischen die Situation in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, in der Orthopädie und in der Urologie entwickelt.

### ... oder Transfusionsmedizin

Auch die Einführung neuer Gebietsbezeichnungen muß überlegt werden. So haben wir zum Beispiel eine Zusatzbezeichnung „Transfusionsmedizin“. Es hat sich aber inzwischen gezeigt, daß der Transfu-

sionsmedizin weit über den engen Bereich der Transfusion hinaus Aufgaben von großer Bedeutung zugewachsen sind. Damit ist jetzt der Zeitpunkt gekommen, ein Gebiet Transfusionsmedizin anzuerkennen. Es gibt in der Bundesrepublik bereits eine große Zahl von Instituten, und die Aufgaben des Transfusionsmediziners haben sich enorm erweitert – bis zur Herstellung von Präparaten aus Blut für therapeutische Zwecke, also nicht mehr beschränkt auf die reine Transfusion. Wir werden also vorschlagen, ein Gebiet Transfusionsmedizin einzuführen (das es in der ehemaligen DDR bereits gibt).

Auch die Humangenetik hat sich inzwischen so entwickelt, daß wir sie aus der Gruppe der Zusatzbezeichnungen herausnehmen und als Gebiet in die Weiterbildungsordnung überführen wollen; das heißt, wir werden das vorschlagen, der Beschluß muß ja vom Deutschen Ärztetag gefaßt werden.

### Chirurgie – Entwicklungen im Rahmen des „Mutterfachs“

Eine eindrucksvolle Entwicklung zeigt sich auch in der Chirurgie. Wir haben seinerzeit in der Chirurgie die Teilgebiete eingeführt, um dieses Fach beisammenzuhalten und zu vermeiden, daß röhrenförmige Weiterbildungsgänge entstehen. Das hat sich über viele Jahre bewährt. Es hat sich aber inzwischen gezeigt, daß in einigen Teilgebieten der Chirurgie die Entwicklung so weit fortgeschritten ist, daß der bisherige klassische Weg – Weiterbildung zum Chirurgen und dann ergänzende Teilgebietsweiterbildung – nicht mehr sinnvoll erscheint.

Uns liegen Anträge vor – und wir haben darüber auch lange Gespräche geführt mit den Beteiligten –, die Kinderchirurgie, die Plastische Chirurgie und die Kardiochirurgie aus dem Mutterfach herauszulösen und zu eigenständigen Gebieten zu machen. Damit wird also dann der Weg zum Kinderchirurgen nicht mehr über die Anerkennung als Chirurg laufen, sondern man wird einen eigenen Weiterbildungsgang zum Kinderchirurgen, Plastischen Chirurgen oder Kardiochirurgen einrichten. In der Kardiochirurgie allerdings besteht noch ein Streit über die Frage, ob die Lungenchirurgie weiterhin mit der Kardiochirurgie

verbunden bleiben soll. Die Meinungen stehen sich hier konträr gegenüber. Für Bayern kann ich feststellen, daß in unseren Herzzentren keine Lungenchirurgie betrieben wird, also hier die Kardiochirurgie tatsächlich eine reine Chirurgie am Herzen und den herznahen Gefäßen ist. Das spielt natürlich eine Rolle für die Bezeichnung, denn das Teilgebiet heißt ja heute Thorax- und Kardiovaskularchirurgie. Dabei bedeutet „Thorax“ nicht unbedingt, daß am Thorax, sondern vielmehr, daß an der Lunge operiert wird.

### Überleitung der DDR-Weiterbildung

Die Entwicklung in der DDR ist hinsichtlich der unterschiedlichen Arztbezeichnungen nicht so schwierig, wie wir dies zunächst befürchteten. So sind in der Weiterbildungsordnung der DDR eine Vielzahl von Gebieten eingeführt, die auch bei uns als Gebiete anerkannt sind, so daß wir relativ geringe Anpassungsprobleme haben.

Es gibt aber auch einige Gebiete, die wir nicht eingeführt haben, und die wir – jedenfalls nach der bisherigen Meinungsbildung – auch nicht einführen wollen. Wir haben dies im Laufe der Jahre des öfteren diskutiert, aber immer wieder mit dem gleichen Ergebnis. Zum Beispiel gibt es in der ehemaligen DDR einen Facharzt für Anatomie oder einen Facharzt für Physiologie. Wir haben die theoretischen Grundlagenfächer nicht in die Weiterbildungsordnung aufgenommen.

Probleme gibt es aber mit anderen Bezeichnungen: Zum Beispiel dem Facharzt für Sportmedizin. Sport war in der DDR Staatsangelegenheit, und damit hat man natürlich eine relativ große Zahl von hauptamtlichen Sportärzten benötigt und beschäftigt. In unserem System ist der hauptamtliche Sportarzt eine ausgesprochene Rarität. Sportmedizin ist eine Zusatzbezeichnung und die Sportvereine werden von Ärzten beraten, die das nebenberuflich betreiben. Wir werden uns also wohl dahingehend einigen, daß die Bezeichnung Facharzt für Sportmedizin der alten DDR ausläuft und nicht in die Weiterbildungsordnung übernommen wird.

Der grundsätzliche Unterschied bei der Weiterbildung in der bisherigen



Linear- / und Konvexsektor-  
Scanner von PPG HELLIGE  
helfen Ihnen mit zuverlässiger  
Information in der Abdomi-  
nal-Diagnostik. Das gilt für  
den tragbaren SSD 500  
ebenso wie für unseren ab-

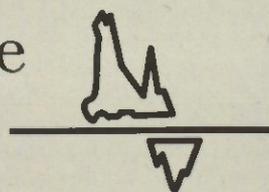
dominellen und peripher vasculären Farbdopp-

ler SSD-680. Eine

Vielzahl von Schall-

köpfen steht zur Auswahl. Wir informieren Sie

gern ausführlich.



Der SSD 500 ermög-  
licht den Einsatz aller  
Linear- und Konvex-  
Sonden der Serie 600  
von PPG HELLIGE/  
Aloka und deckt  
damit ein breites  
Spektrum der Ultra-  
schalldiagnostik ab.

PPG HELLIGE GMBH  
Heinrich-v.-Stephan-Str. 4  
D-7800 Freiburg i. Br.  
Telefon (0761) 4011-0  
Fax (0761) 4011-445  
Telex 772 705 heli d



DDR liegt darin, daß nach DDR-Recht der Mediziner nach Abschluß seines Studiums nur eine Teilapprobation erhalten hat und dann eine Pflichtweiterbildung absolvieren mußte, sei es in Allgemeinmedizin, sei es in einem Fachgebiet. Erst nach Abschluß dieser Weiterbildung besitzt der Arzt die volle Approbation und damit das Recht, den Beruf selbständig auszuüben – also eine Pflichtweiterbildung. Bei uns ist die Weiterbildung ein Angebot. Ich hoffe also, daß es uns gelingt, in Bälde eine praktikable Übergangswweiterbildungsordnung für die fünf neuen Landesärztekammern auf den Tisch zu legen.

Wir werden uns noch einmal treffen, um die letzten offenen Fragen zu besprechen. Die Kollegen sollen sukzessive an unser Weiterbildungsrecht herangeführt werden. Diejenigen, die eine Bezeichnung bereits erworben haben, werden sie im eigenen Kammerbereich weiterführen können. Sofern sie in ein anderes Bundesland verziehen, allerdings mit der Maßgabe, daß Bezeichnungen, die aus der ehemaligen DDR mitgebracht werden, zwar bei uns geführt werden können, aber in der Form, wie sie bei uns vorgeschrieben sind. So gibt es in der bisherigen DDR einen „Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe“. Wenn ein solcher mit seiner Urkunde nach Bayern kommt, dann lautet seine Bezeichnung bei uns „Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe“ oder kurz „Frauenarzt“. Damit sind klare Verhältnisse geschaffen.

Eine offene Frage besteht noch: es gibt in der ehemaligen DDR den sogenannten Diplom-Mediziner. Das war eine Bezeichnung, die ersatzweise verliehen wurde, wenn ein Kollege nicht promoviert war. Die Frage, ob das eine akademische Bezeichnung ist, bedarf noch weiterer Prüfung. Das Ministerium für Wissenschaft und Kunst hat in einer ersten vorläufigen Stellungnahme die Meinung vertreten, es sei ein akademischer Titel. Ich möchte diese Frage im Augenblick noch offen lassen.

### **Drei Jahre Weiterbildung zum Allgemeinarzt, wenn ...**

Noch ein Wort zur Weiterbildung in Allgemeinmedizin. Wir haben ja eine solche Weiterbildung von vier Jahren. Sehr zu Recht hat unter ande-



*Oberpfälzische Delegierte*

rem Herr Kollege Hege in Würzburg darauf hingewiesen, daß eine Verkürzung auf drei Jahre nur dann vertretbar sein würde, wenn sie mit einer entsprechenden Voraussetzung für die Zulassung als Kassenarzt verbunden wird.

Wenn man sich die Zahlen anschaut, dann hatten wir im letzten Berichtsjahr 170 Anerkennungen für Allgemeinärzte, aber 211 Anerkennungen für Internisten und 101 für Chirurgen. Das ist ein Mißverhältnis, es müßte genau umgekehrt sein. Die „Produktion“ – wenn ich dieses banale Wort gebrauchen darf – an Internisten übersteigt jeden vernünftigen Bedarf. Die Folge ist, daß es immer wieder Überschneidungen und Probleme bei der Zusammenarbeit in der hausärztlichen Tätigkeit gibt. Das ist nicht wünschenswert. Aber so ist nun einmal die Situation.

Derzeit verlangt die Zulassungsverordnung für Kassenärzte eine Vorbereitungszeit von zwei Jahren. In Würzburg hat der Deutsche Ärztetag die Forderung erhoben, eine mindestens dreijährige strukturierte Weiterbildung in Allgemeinmedizin als obligatorische Voraussetzung für eine selbständige allgemeinärztliche Berufsausübung einzuführen. Der Vorstand der Bundesärztekammer wurde aufgefordert, dies in die Tat umzusetzen.

Man muß sich natürlich hier immer wieder die Rechtslage vor Augen führen. Dabei stellt man fest, daß das allgemeine Arztrecht, also das im Kammergesetz verankerte Recht, keine Grundlage für eine Pflichtweiterbildung bietet. Wir können nur Weiterbildung anbieten;

das läßt sich auch nach dem allgemeinen Arztrecht nicht ändern.

Die EG-Richtlinie Allgemeinmedizin, die ja auch über das Kammergesetz nostrifiziert wurde, sieht eine ergänzende Ausbildung von zwei Jahren vor. Es wurde die Forderung erhoben, sie auf drei Jahre zu verlängern. Dem folgten die Bundesländer zunächst nicht. Man muß daran erinnern, daß im Kammergesetz bei der Umsetzung der EG-Richtlinie über die Zulassungsvoraussetzungen zur kassenärztlichen Tätigkeit nichts gesagt werden konnte und kann. Es konnte nur geregelt werden, daß, wer diese Zeit absolviert hat, berechtigt ist, die Bezeichnung „Praktischer Arzt“ zu führen. Auch bei einer Verlängerung auf drei Jahre könnte im Kammergesetz nur geregelt werden, daß die Voraussetzung für das Führen dieser Bezeichnung nach drei Jahren erworben wird und nicht nach zwei Jahren. Es wäre also damit noch keine Voraussetzung für die Kassenzulassung festgeschrieben. Deswegen habe ich immer wieder, in Würzburg und auch bei anderen Gelegenheiten, darauf hingewiesen, daß die Realisierung des berechtigten Anliegens einer dreijährigen Weiterbildung in Allgemeinmedizin nur möglich ist über das Sozialrecht, das heißt über das Sozialgesetzbuch und die Zulassungsverordnung.

Nachdem das lange Zeit in Zweifel gezogen wurde, hat man sich dann letzten Endes doch zu dieser Meinung bekannt. Wir sind uns heute einig darüber, daß ein anderer Weg nicht gangbar ist. Die Vorsitzenden des Bundesverbandes der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allge-



Oberfränkische Delegierte

meinmedizin, des Hartmannbundes und des NAV haben in diesem Sinne ein gemeinsames Schreiben an den Bundesarbeitsminister Blüm gerichtet und ihn aufgefordert, nun diesem Anliegen Rechnung zu tragen.

#### Blüm ist jetzt am Zuge, aber er drückt sich

Sie erinnern sich sicher, daß Herr Blüm keine Gelegenheit vorbegehen ließ, immer wieder seine Sympathie für diese Forderung zu bekunden. Er hat wiederholt erklärt: „Das ist ein berechtigtes Anliegen und es muß alles getan werden, um es zum Tragen zu bringen.“ In diesem Sinne haben die drei Bundesvorsitzenden – Herr Kollege Hirschmann sitzt ja hier in unserer Mitte – diesen Brief an Herrn Blüm geschrieben und ihn aufgefordert, nunmehr das, was er so oft als auch seinen Wunsch und sein Ziel bekundet hat, in die Tat umzusetzen.

Das Antwortschreiben von Herrn Blüm an die drei Kollegen – Herrn Thomas, Herrn Hirschmann und Herrn Hoch – möchte ich Ihnen nicht vorenthalten. Er schreibt: „Für Ihr gemeinsames Schreiben vom 20. Juni, in dem Sie sich für eine bessere Qualifikation der Hausärzte als Zugangsvoraussetzung zur kassenärztlichen Tätigkeit einsetzen, danke ich Ihnen. Die Verbesserung der Qualifikation der Hausärzte durch Einführung einer obligatorischen dreijährigen Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin wird auch von mir unterstützt. Wie Sie wissen, besteht jedoch hierzu kein Konsens mit dem für das ärztliche Berufsrecht zuständigen Bun-

desminister für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit sowie mit den für die Weiterbildung zuständigen Bundesländern. Ihr Vorschlag, durch Änderung der Zulassungsverordnung das gemeinsame Ziel zu erreichen, erscheint mir daher gegenwärtig nicht realisierbar.“

Das ist derselbe Herr Blüm, der zuvor erklärt hat, „das muß unter allen Umständen kommen“, der sogar ein Jahr vorher noch an seine Kollegin, Frau Lehr, geschrieben hat, er fordere diese Zulassungsvoraussetzung, selbst wenn das Gesundheitsministerium anderer Meinung sein sollte!

Blüm schreibt weiter: „Ein gesetzgeberischer Vorstoß des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung hat zur Zeit insbesondere wegen der Haltung der Länder wenig Chancen. Aufgrund dieser Sachlage bin ich der Auffassung, daß eine gesetzgeberische Initiative nur dann Aussicht auf Erfolg hat, wenn sie durch die ärztlichen Organisationen flankierend vorbereitet wird. Angesichts der jetzt im Kreise der Ärzteschaft erzielten gemeinsamen Position halte ich derartige Bemühungen durchaus für erfolgversprechend. Jedoch ist darauf hinzuweisen, daß vor Einführung eines Qualifikationserfordernisses für die Zulassung zur kassenärztlichen Tätigkeit zunächst die Frage der Verkürzung des Medizinstudiums gelöst oder zumindest in Bewegung geraten sein muß. In Anbetracht der bekannten langjährigen Studienzeiten dürfte es innerhalb der Koalition kaum eine Zustimmung zu einer mehrjährigen Pflichtweiterbildung geben. Mit freundlichen Grüßen – Ihr Norbert Blüm.“

#### „Ein trauriger Rückzug“

Das ist nun schwarz auf weiß die Realisierung der Sympathiebekundungen von Herrn Blüm gegenüber den Forderungen, die immer wieder erhoben worden sind. Man kann das Ganze nur als einen traurigen Rückzug betrachten; anders kann man einen solchen Brief beim besten Willen nicht bewerten! Herr Blüm weiß genauso gut wie wir, daß die EG-Behörde in Brüssel schon vor längerer Zeit, als die Forderung nach einer Verkürzung des Medizinstudiums bekannt wurde, erklärt hat, daß damit unter gar keinen Umständen zu rechnen sei. Die ursprüngliche Fassung in der Richtlinie von 1975 – sechs Jahre oder 5500 Stunden – hat sich im Laufe der Zeit dahingehend weiterentwickelt, daß zum Beispiel in der EG-Richtlinie Allgemeinmedizin nur noch von einem sechsjährigen Studium die Rede ist. Es besteht – darauf hat die EG-Behörde hingewiesen – nicht die leiseste Chance, daß man sich in der EG auf eine Verkürzung des Medizinstudiums auf fünf Jahre einigen wird. Man wird also bei den sechs Jahren bleiben müssen.

Die Koalition könnte dennoch jederzeit auf eine dreijährige Vorbereitungszeit für die Zulassung zur Kassenärztlichkeit und damit die Möglichkeit einer entsprechenden Weiterbildung hinarbeiten, wenn sie sich von ihrem Beschluß trennen würde, der da lautet: „Die Gesamtzeit vom Beginn des Studiums bis zur Aufnahme einer kassenärztlichen Tätigkeit darf acht Jahre nicht überschreiten.“ Das ist das eigentliche Hemmnis, und Herr Blüm hätte an sich vor seine Koalitionsfreunde hintreten und ihnen sagen müssen, daß aus den „acht Jahren“ nichts wird.

#### Ein praktikabler Ausweg

Wir müssen diesen Beschluß ändern und müssen ein Jahr zulegen. Dann wäre das Hemmnis beseitigt und wir hätten die Möglichkeit, eine vernünftige Regelung anzustreben. Dann könnte in der Zulassungsverordnung die dreijährige Vorbereitung verlangt werden – im Sinne einer abgeschlossenen Weiterbildung. Dann könnten wir im Weiterbildungsrecht, in der Weiterbildungsordnung, die gegliederte dreijährige Weiterbildung auch an-

bieten. Ich stehe in dieser Sache in sehr engen Kontakten und zahlreichen Gesprächen mit der Spitze des BPA, mit Herrn Hoch, Herrn Adam, Herrn Klotz und anderen Kollegen. Wir sind uns einig darüber. Es ist eine hochehrfreuliche Kooperation, die sich zwischen uns entwickelt hat, und wir überlegen derzeit vorsorglich, wie man eine dreijährige Weiterbildung gliedern könnte, welche Inhalte sie haben muß.

Dabei ist ein interessanter Gedanke von Herrn Hoch geäußert worden: er hätte nämlich gerne in der Weiterbildung auch eine Zeit Seminarweiterbildung. Zunächst war an eine dreimonatige Seminarweiterbildung gedacht. Wir waren uns aber sehr bald einig, daß das nicht realisierbar ist. In dem mir jetzt vorliegenden Vorschlag werden sechs Wochen gefordert. Zur Finanzierung dieser sechs Wochen denkt Herr Hoch an eine Stiftung, in die Gelder der Krankenkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Industrie und des Staates fließen könnten. Nicht nur die Kosten der Seminare, sondern auch der Lebensunterhalt für diejenigen, die daran teilnehmen, soll dadurch finanziert werden. Hier, glaube ich, sind wir noch relativ weit von der Realisierung entfernt. Ich sehe – und darin stimme ich auch mit Kollegen von der Spitze des BPA überein – im Moment noch keine Chance, die dafür notwendigen Mittel zu mobilisieren. Ich würde es aber durchaus für möglich halten, daß etwa Wochenendseminare in die Weiterbildung eingebaut werden. Das wäre eine zumutbare Lösung und würde sicher die Qualität der Weiterbildung verbessern – ein Gedanke, den man durchaus auch in der Weiterbildung anderer Fächer unterbringen könnte.

### **Fakultative und pflichtgemäße Leistungen in der Weiterbildung?**

Neu ist auch die Überlegung, einzelne Leistungen fakultativ anzubieten, also nicht zum Pflichtinhalt der Weiterbildung zu machen. Beispielsweise sei auch hier der Vorschlag des BPA genannt: Die Weiterbildung ist klar zeitlich und inhaltlich geregelt, aber der Erwerb von Kenntnissen in EKG-Diagnostik, in Sonographie, in Prokto-Rektoskopie, um nur drei Beispiele zu nennen, wird fakultativ als Weiterbildung angeboten. Wer bei seiner Weiter-

bildung die Chance hatte, die notwendigen eingehenden Kenntnisse zu erwerben, könnte dann die Prüfung für Allgemeinmedizin nach dem Pflichtinhalt ablegen. Sofern er zusätzlich beantragt, auch in diesen fakultativen Kenntnissen geprüft zu werden, bekäme er zu seiner Urkunde als Allgemeinarzt eine ergänzende Bescheinigung über den Erwerb eingehender Kenntnisse, etwa in der EKG-Diagnostik. Diese kann gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung präsentiert werden, und damit wäre die Abrechnungsfähigkeit gegeben. Damit schaffen wir Qualitätsnormen und beugen vor, daß nach Paragraph 135 des Sozial-

*Nach Abschluß des 43. Bayerischen Ärztetages – und damit am Ende der Legislaturperiode – dankte der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Professor Dr. Dr. h. c. Sewering, allen Delegierten für ihre Mitarbeit in den letzten Jahren, insbesondere den Mitgliedern und Vorsitzenden der Ausschüsse.*

*Mit einem herzlichen Dank an alle Mitarbeiter der Kammer für den guten organisatorischen Ablauf schloß Professor Sewering den 43. Bayerischen Ärztetag.*

gesetzbuches die Vertragspartner, also der Bundesausschuß Ärzte – Krankenkassen, Normen setzen, die wir unter keinen Umständen haben wollen. Der Gedanke, Einzelqualifikationen in die Weiterbildungsordnung einzubauen, ist zwar neu und für manchen etwas ungewöhnlich, aber wir sollten diesen Gedanken unbedingt weiter verfolgen.

### **Niemandem ist ein Weiterbildungsplatz garantiert ...**

Natürlich sind wir uns darüber klar, daß vor all diesen Überlegungen über die Qualifizierung der Weiter-

bildung immer das Problem des Arbeitsplatzes steht. Wir sehen hier ja auch große Probleme für die Kollegen in der ehemaligen DDR. Wenn ein Studienabsolvent dort sein Studium beendet hatte, dann bekam er einen Ausbildungsvertrag; dieser lief solange, wie die Pflichtweiterbildung dauerte. Selbst wenn dabei die Stelle gewechselt werden mußte, blieb dieser Ausbildungsvertrag bestehen. Die einzelnen jungen Kollegen mußten sich also keinen Arbeitsplatz suchen, vor allem keinen neuen Arbeitsplatz, wenn ein Wechsel – etwa durch eine gegliederte Weiterbildung – notwendig wurde.

Die Kollegen – den Eindruck hatte ich bei unseren Gesprächen – waren eigentlich sehr schockiert darüber, daß das nun nicht mehr so sein kann, sondern daß jede junge Ärztin, jeder junge Arzt genötigt ist, sich einen Arbeitsplatz zu suchen, um eine Weiterbildung betreiben zu können. Das setzt natürlich auch für die Gliederung eines Weiterbildungsganges gewisse Grenzen. Denn man kann einem jungen Kollegen nur begrenzt zumuten, den Arbeitsplatz kurzfristig zu wechseln. Möglicherweise hat er ja gar keine Chance, den nächsten Arbeitsplatz überhaupt zu finden.

Bedenken wir – ich habe dies ja gestern abend bei der Eröffnung des Ärztetages nochmals für die Öffentlichkeit wiederholt –, daß wir allein in der Bundesrepublik 12 000 Absolventen des Medizinstudiums haben. Dazu kommen noch die Studienabgänger aus dem Ausland. Die Reduzierung der Studienzugänger um 20 Prozent wird sich ja erst in etwa sieben Jahren auswirken. In den nächsten sechs, sieben Jahren haben wir also noch die hohen Zahlen! Wenn wir dem gegenüberstellen, daß in sämtlichen Krankenhäusern der bisherigen Bundesrepublik zusammengenommen nur gut 5000 bezahlte Arbeitsplätze frei werden, dann zeigt sich das immense Dilemma, in dem wir derzeit stecken, und das schafft auch riesige Probleme für den Erwerb beruflicher Kenntnisse im Rahmen einer Weiterbildung.

### **... und auch eine Arbeitsplatzgarantie gibt es nicht**

Nun wurde in Würzburg von seiten des Marburger Bundes die Forderung erhoben, wenn schon eine sol-

che Pflichtweiterbildung, dann muß eine Arbeitsplatzgarantie geschaffen werden. Dieses Thema wurde bereits diskutiert im Zusammenhang mit der Einführung des Arztes im Praktikum. Als er eingeführt worden ist, dachte man zunächst an zwei Jahre, hat dann aber verkürzt auf eineinhalb Jahre. Damals wurde bereits die Frage gestellt: wie sollen die Arbeitsplätze für diese Pflichtausbildung garantiert werden?

● Von seiten des Staates konnte gar keine andere Antwort gegeben werden, als die, daß eine Arbeitsplatzgarantie in unserer Rechtsordnung nicht möglich ist. Das hat große Unruhe erzeugt, aber es war daran nichts zu ändern. Die Krankenhausträger können vom Bund, der hier gesetzgeberisch zuständig ist, nicht gezwungen werden, Arbeitsplätze bereitzustellen. Doch sie wurden – freiwillig – bereitgestellt! Für die AiPs stehen zu etwa 90 Prozent unmittelbar nach Beendigung ihres Studiums Arbeitsplätze zur Verfügung. Etwa zehn Prozent – die Zahl ist fast über die ganze Zeit gleichgeblieben – geben bei der Meldung beim Kreisverband an, noch keinen Arbeitsplatz zu haben. Sie werden ihn wahrscheinlich finden. Soweit unser Überblick reicht – Herr Kunze wird dazu sicher noch einiges ausführen –, stehen die Arbeitsplätze zur Verfügung.

#### Was wird nach der AiP-Zeit?

Aber ich wiederhole, was ich gestern vor unseren Gästen ausführte: Vergessen wir nicht, unter welchen Bedingungen dieses Ziel erreicht wurde! Wir haben die Assistentenstellen ablösen müssen, im Durchschnitt sitzen auf einer ehemaligen Assistentenstelle zweieinhalb AiPs. Die monatliche Vergütung beträgt DM 1500, das heißt, netto bleiben etwa DM 1000 übrig. Das ist nach neun Jahren Gymnasium und sechs Jahren mühsamen Medizinstudiums eine unmögliche Situation! Aber – sie ist halt immer noch besser als die Arbeitslosigkeit. Denn hätte man den AiP nicht eingeführt, dann wären die Studienabsolventen ja angewiesen gewesen auf die Planstellen für Assistenten und dann würde ein guter Teil arbeitslos sein.

Aber – anders gesehen – das Problem wurde ja nur um eineinhalb Jahre verschoben. Es hat sich am

Grundsätzlichen nichts geändert. Die AiP-Zeit ist gewährleistet, aber was ist nach eineinhalb Jahren? Wie viele finden dann, wenn sie die Approbation erhalten haben, einen Arbeitsplatz? Es geht also – und das werden wir, auch wenn es lästig ist, in der Öffentlichkeit immer wieder betonen – nicht um das dicke Portemonnaie der Kassenärzte, sondern es geht ganz nüchtern darum, daß unsere verfehlte Bildungspolitik doppelt so viele Ärzte heranbildet, wie benötigt werden und als vernünftigerweise in diesem Beruf untergebracht werden können.

Im Augenblick weiß niemand einen Ausweg, wie man dieses Problem lösen kann. Jedenfalls – mit einer Arbeitsplatzgarantie ist nicht zu rechnen. Angst vor dem Flaschenhals, die damit natürlich im Raume steht, ist ohne Zweifel sicherlich auch eines der politischen Motive, warum Herr Blüm jetzt diesen Rückzieher angetreten hat.

#### Die neue Weiterbildungsordnung: Schon beim nächsten Deutschen Ärztetag

Wir wollen die neue Weiterbildungsordnung, wenn es irgendwie zu schaffen ist, auf dem nächsten Deutschen Ärztetag in Hamburg vorlegen. Ich sage ausdrücklich, wenn es irgendwie zu schaffen ist. Es könnte natürlich sein, daß Schwierigkeiten in den Verhandlungen auftreten, die uns zeitlich in Pression bringen und die es uns nicht möglich machen, rechtzeitig mit der Arbeit fertig zu werden. Es sollte auch noch eine Zeitspanne übrigbleiben für die Beratung des Entwurfes in den Landesärztekammern. Das ist die Schwierigkeit, die wir hier haben; wir sind auf jeden Fall intensiv an der Arbeit. Stöße von Stellungnahmen müssen bearbeitet werden, wir sitzen viele Tage beisammen und werden uns bemühen, das Ziel zu erreichen.

Lassen Sie mich zum Schluß zusammenfassend sagen: der Weg, den wir, die Ärzte, derzeit zu durchschreiten haben, ist zweifellos steinig und dornenvoll. Wir haben auch die Talsohle mit Sicherheit noch nicht durchschritten. Aber wenn wir den Mut und die Hoffnung nicht verlieren, dann wird auch für unseren Berufsstand wieder eine bessere Zukunft kommen. Davon bin ich überzeugt.

Reaktion, Palpitationen, Erhöhung der Pulsfrequenz, Beinödeme, die Glukosetoleranz kann vermindert werden, Gingiva-Hypertrophie, äußert selten nach der Einnahme retrosternale Schmerzen. Vorsicht bei Diätze-Patienten mit milder Hypertonie (deutlicher Blutdruckabfall). Wechselwirkungen: Andere blutdrucksenkende Pharmaka, Betarezeptorenblocker (evtl. Ausbildung einer Herzinsuffizienz), Cimetidin, verstärkte Blutdrucksenkung. Hinweis: Beeinträchtigung des Reaktionsvermögens möglich, bes. bei Behandlungsbeginn, Präparatwechsel, Alkoholgenuß! Nifical-Tabletten retard: N1 20 Tabletten 13,85; N2 50 Tabletten 29,80; N3 100 Tabletten 49,85. Nifical-10-Tabletten: N1 20 Kapseln 9,95; N2 50 Kapseln 21,80; N3 100 Kapseln 36,95. Nifical-Tropfen: 30 ml Lösung 20,95.

**Nifedipin**  
bei Hypertonie und  
Angina pectoris  
ZL-geprüfte  
Bioverfügbarkeit  
(pharm. Ztg. Wiss., Nr. 1,2/1347/89)

**Nifical**  
klein + teilbar  
Nifical-Tropfen  
Nifical-10-Tabletten

**TABLETTEN**  
immer unter  
FESTBETRAG

**SANORANIA**  
Dr. G. Strohscheer Nachf. 1 Berlin 28

# Berufsordnung – Arzthelferinnen – Allgemeinmedizin – § 218

Vizepräsident Dr. H. Hege

Lassen Sie mich anschließen an das, was Professor Sewering über den Begriff des Freien Berufes gesagt hat. Es ist sicher richtig, daß sich die Freiheit, die in der ärztlichen Berufsordnung dem Arzt zugesprochen wird, insbesondere auf seine Weisungsfreiheit bezieht. Das heißt, er hat nach seinem Gewissen zu entscheiden, unabhängig von seinem soziologischen Status. Sonst wären ja alle unsere angestellten Kollegen nicht dem freien Beruf „Arzt“ zuzuordnen. Ich schließe an diese Definition der Weisungsfreiheit von Dritten an. Zu diesen Dritten, und das sollten wir auch bedenken, gehört unter Umständen auch die Organisation der Ärzteschaft, das heißt die Kammer, die Kassenärztliche Vereinigung. Sie sind gegenüber dem Arzt, der seinem Gewissen gemäß seinen Beruf ausübt, eben auch potentielle Dritte. Und hier liegt eigentlich meine Sorge und meine Einstellung begründet, die ich kurz so formulieren will: Es ist nicht notwendig, jedes Gebot auf seine Einhaltung zu kontrollieren. Hier stehe ich in grundsätzlichem Gegensatz zu denjenigen, die meinen, man müsse der Nichtbeachtung eines Gebotes durch Kontrolle vorbeugen und dazu entsprechende Reglementierungen einführen.

Ich meine, gerade bei der ärztlichen Fortbildung brauchen wir keine vorbeugende Kontrolle und dürfen darauf vertrauen, daß der Arzt sich aus eigenem Antrieb fortbildet. Wir können uns deshalb mit dem begnügen, was in der Berufsordnung steht.

Das Wort „Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser“, kenne ich seit zwanzig Jahren. Die meisten von Ihnen wissen sicher, von welcher Seite es erstmals in die Diskussion geworfen wurde, als es um die Kontrolle der kassenärztlichen Leistungen ging. Damals hat die Ärzteschaft wütend auf dieses Wort reagiert, weil sich in unserem Beruf sehr vieles – und vor allen Dingen das Wesentliche – nicht kontrollieren läßt. Ich habe nichts gegen Kontrollen, die sinnvoll sind, das heißt, etwas Kontrollierbares erfassen;

aber nicht Kontrollierbares zu kontrollieren, ist nicht nur sinnlos, sondern gefährlich.

Freiheit ist sicherlich nicht nur oder gar ausschließlich und vorwiegend eine Willkürfreiheit. Ich glaube schon, daß man manches Mal, um die Freiheit zu erhalten, Freiheiten, die man um des Erhalts der Freiheit willen nicht benötigt, opfern muß. Nur – hier in diesem speziellen Fall sehe ich nicht die geringste Veranlassung, daß wir als Ärzte etwas einrichten, was dem Wesen unseres Berufes, wie ich ihn verstehe, nicht entspricht.

Als nächstes will ich berichten über das Thema „Arzthelferinnen-Ausbildung“. Auch hier – Sie haben im Geschäftsbericht ja die Einzelheiten lesen können – nur ein Schlaglicht. Wichtig ist, die Ausbildungsverpflichtung ernst zu nehmen. Denn damit schaffen wir nicht nur gute Qualität, das heißt qualifizierte Arzthelferinnen, wir schützen uns auch vor der ständig insbesondere aus dem gewerkschaftlichen Raum auf uns zukommenden Forderung einer eigenen Ausbildereignungsverordnung, die also dann jeden Arzt verpflichten würde, eine besondere Berechtigung zu erwerben, wenn er jemanden ausbilden will. Die Freien Berufe insgesamt und die Ärzteschaft stehen auf dem Standpunkt, daß eine Ausbildereignungsverordnung bei uns nicht erforderlich ist, weil die Ausbildereignung mit der Berufskennntnis und der Berufszulassung als erfüllt angesehen werden kann. Ich bin fest überzeugt, daß jeder Arzt die notwendigen Kenntnisse zur Ausbildung eines Lehrlings hat. Aber achten Sie darauf, daß Sie diese Kenntnisse auch umsetzen. Das gegenwärtige duale Ausbildungssystem entlastet Sie maximal mit der Teilung der systematischen Kenntnissvermittlung in der Schule und der Vermittlung von praktischen Kenntnissen in der Praxis.

In diesem Zusammenhang auch ein Wort über einen neuen Tarifvertrag, der – wie Sie wissen – inzwischen

abgeschlossen worden ist. Der Tarifvertrag ist nur für diejenigen bindend, die dem Tarif angehören und das dürften die wenigsten von ihnen sein. Er sieht eine ganz geringe lineare Aufbesserung, dafür aber Einführung von Qualifikationsstufen für Arzthelferinnen vor. Ich kann das Bedürfnis auf der Seite der Arzthelferinnen-Organisation durchaus verstehen. Es ist sicher für große Betriebe mit vielen Arzthelferinnen umsetzbar, eine Art von „Karriere“ einzuführen. Für die Einzelpraxis ist das sicherlich weder wichtig, noch sehr aktuell. Dennoch mein Hinweis an Sie: wenn eine Helferin aufgrund dieses neuen Tarifvertrages eine Umstufung verlangen sollte, die Sie nicht gewähren wollen, dann müssen Sie damit rechnen, daß vor dem Arbeitsgericht die tarifvertraglichen Bedingungen sehr als Richtschnur genommen werden. Das heißt, in diesem Fall bleibt Ihnen, wenn Sie sich nicht gütlich einigen, fast nichts anderes übrig, als das Anstellungsverhältnis zu beenden. De facto halte ich das Problem nicht für groß, denn soviel ich weiß, sind die meisten Helferinnen so eingestellt, daß die Anwendung des neuen Tarifes nichts Faktisches verändert.

Ein weiteres Problem betrifft die Allgemeinmedizin, die in meine Zuständigkeit fällt. Die Abnahme der Allgemeinärzte im Verhältnis zu den praktischen Ärzten ist weiter fortgeschritten. Wie schon in den letzten Jahren ist der Prozentanteil an Allgemeinärzten in Bayern höher als im Bundesdurchschnitt. Der Trend ist aber genau wie im Bundesdurchschnitt abfallend, wohingegen die praktischen Ärzte deutlich zunehmen. Die Ursachen brauche ich nicht weiter auszuführen, sie sind Ihnen alle bekannt. Es ist einfach ungeheuer schwierig, diesen Hürdenlauf einer Ausbildung zum Allgemeinarzt bei den gegenwärtigen Möglichkeiten hinter sich zu bringen. Der Präsident hat darauf hingewiesen, daß diese Schwierigkeit, auch wenn man eine Verkürzung der Weiterbildungszeit in der Allgemeinmedizin in Betracht zieht, bestehen bleibt. Ich meine, wir sollten auch darüber nachdenken, wie man eine solche Weiterbildung in der Allgemeinmedizin – die, wenn sie sinnvoll sein soll, einen häufigeren Stellenwechsel verlangt – auch im Paket anbieten kann. Das ist sicher etwas, was auch ohne behördliche Anordnung, zum Beispiel in Kliniken, möglich ist, wenn man nur will.

Sehr intensiv über die Chancen einer Novellierung der Weiterbildungsordnung mit dem Ziel einer dreijährigen Weiterbildung zum Allgemeinarzt zu reden, lohnt sich heute wohl nicht. Der Präsident hat zu Recht darauf hingewiesen, daß einstweilen eine große Hürde vor der Verwirklichung steht, das heißt, man kann einer solchen Verkürzung der Weiterbildungszeit für Allgemeinmedizin nur dann überhaupt näher treten, wenn andererseits die Zulassungsverordnung in einem kongruenten Sinne geändert wird. Ich glaube, es wird noch lange dauern, bis es dazu kommt. In der Zwischenzeit sollten wir auch ein bißchen noch die Frage vertiefen, wie die Rolle des Hausarztes – oder des Allgemeinarztes – in der ärztlichen Arbeitsteilung definiert werden soll. Wollen wir hier den „unbewaffneten“ Arzt? Eine Weiterbildung, die von aller Technik chemisch gereinigt ist? Wollen wir andere Formen? Es gibt viele Formen, dies zu regeln, aber sie sollten sich anpassen an die Realitäten, so wie es der Präsident für die anderen Bestrebungen zur Änderung der Weiterbildungsordnung begründet hat. Im Bereich der Allgemeinmedizin müssen wir eben auch die gewachsenen Verhältnisse ansehen, gewachsen letzten Endes durch vorhandene Bedürfnisse. Es wäre betrüblich, wenn sich die ganze Diskussion über die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin letzten Endes auf die Konkurrenzprobleme der Allgemeinärzte und der Internisten reduzieren würde.

Mir liegt noch ein anderes Thema am Herzen, das mit der Berufsordnung zu tun hat, und das ist die gesetzliche Regelung des Schwangerschaftsabbruches. Ich meine, es ist nicht die Aufgabe der Körperschaft – wir betonen ja immer, daß wir nicht eingreifen in die Politik –, dem Gesetzgeber Vorschriften zu der im Einigungsvertrag vorgeschriebenen und in Aussicht genommenen Novellierung des Paragraphen 218 StGB zu machen. Aber es ist doch wohl unsere Pflicht, das zu sagen, was man vom Boden unseres Berufsrechtes und vom Boden ärztlichen Wissens her aussagen kann.

Das Berufsrecht verpflichtet uns Ärzte bei der Ausübung unseres Berufes, dem Leben und seiner Erhaltung zu dienen! Der Präsident hat dazu in seinem letzten Leit-

artikel sehr bedenkenswerte Gedanken vorgetragen, denen ich gerne noch etwas ergänzend hinzufügen möchte.

Wir haben die Unterbrechung der Frühschwangerschaft nicht zu einem relativ gefahrlosen Eingriff gemacht, um Leben zu zerstören, sondern um Leben zu bewahren, wo eine medizinische Indikation besteht – also aus dem gleichen Motiv, aus dem heraus zum Beispiel die erfolgreiche Senkung der perinatalen Sterblichkeit geboren wurde.

Wir können auch aus unserer Erfahrung die statistischen Ergebnisse bestätigen, wonach unter den in Europa herrschenden Verhältnissen strafrechtliche Regelungen keinen erkennbaren Einfluß auf die Häufigkeit von Schwangerschaftsabbrüchen haben. Wohl aber hat das Ausmaß des wirtschaftlichen und sozialen Helfens einen Einfluß, und hier nimmt die Bundesrepublik – gemessen an ihrem Wohlstand – einen international beschämenden Platz ein. Verbote können die tätige Hilfe nicht ersetzen! Wo der Eifer des Verbleibens mehr Energien auf

sich zieht als der Eifer des Helfens, gerät er in den Geruch pharisäischer Scheinmoral. Gesetzliche Bestimmungen sind nötig, um den Unrechtstatbestand zu demonstrieren, für den Schutz werdenden und aufwachsenden Lebens leisten sie nichts. Das, meine ich, darf und kann man auch hier sagen, ohne die Kompetenzen dieses Gremiums zu überschreiten.

Vor allem aber, meine ich, sollte der Gesetzgeber den Mißgriff des § 218 a Absatz 2 Ziffer 3 StGB korrigieren, in dem die Feststellung einer sonstigen Notlage „ärztlicher Erkenntnis“ überantwortet wird. Das Todesurteil über werdendes Leben aus anderen als medizinischen Gründen zu sprechen, ist keine ärztliche Berufsaufgabe! Wo und wie immer der Gesetzgeber des wiedervereinigten Deutschlands über das künftige Recht entscheidet: er möge den ärztlichen Beruf aus dem Spiel lassen, wenn es um Entscheidungen geht, die mit der beruflichen Kompetenz des Arztes nichts zu tun haben und ihn in Konflikt mit den ethischen Grundsätzen seines Berufes bringen!

## Kardiologische Tagesklinik in München – Klinikum rechts der Isar –

*Der zunehmende Mangel an Pflegekräften hat uns gezwungen, zahlreiche Betten im stationären Bereich zu schließen. Um trotzdem auch weiterhin das volle diagnostische und therapeutische Spektrum einer großen Universitätsklinik zur Verfügung stellen zu können, haben wir eine kardiologische Tagesklinik eröffnet. Die Tagesklinik führt folgende spezielle Zusatzuntersuchungen und therapeutische Maßnahmen im Rahmen eines eintägigen stationären Aufenthaltes bei bereits vordiagnostizierten Patienten durch:*

**Kardiologie:** Wechsel und Neuimplantationen von Herzschrittmachern (Ein- und Zweikammersysteme) – Vorhof- und Ventrikelstimulationen – Rhythmusüberwachung und -einstellung – Kardioversionen – Transösophageale Echokardiographien – Rechtsherz-/Einschwemmkatheteruntersuchungen – Linksherzkatheterisationen (mit Einschränkung) – Myokardbiopsien – Sonstige Eingriffe, die mit einer Sedierung oder Kurznarkose verbunden sind

**Pneumologie:** Bronchoskopie, bronchoalveoläre Lavagen – Transbronchiale Lungenbiopsien, Pleurabiopsien – Endobronchiale Lasertherapie, endobronchiales Afterloading – Endobronchiale Allergenprovokationstests

**Angiologie:** Angiographien – Angioplastien – Intravenöse Infusions- oder Hämodilutionstherapie – Kurzlysetherapien

*Die Tagesklinik ist von Montag bis Freitag von 8 bis 20 Uhr geöffnet. Patientenmeldung unter Telefonnummer (089) 41 40-4109*

Professor Dr. H. Blömer  
Direktor der Klinik

Privatdozent Dr. E. Alt  
Leiter der Tagesklinik

## Aus den Ausschüssen

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

### Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung

Dr. E. Thäle

– Wegen Erkrankung wurden die Ausführungen den Delegierten schriftlich vorgelegt –

Wie immer – und heute letztmalig – erlauben Sie mir vor dem deskriptiven Teil des Tätigkeitsberichtes ein paar Vorbemerkungen zu der ärztlichen Fortbildung, dies insbesondere im Rückblick auf den letzten Deutschen Ärztetag in Würzburg, auf dem dieses Thema, hier besonders der sogenannte Fortbildungsnachweis, zur Debatte stand.

Lassen Sie es mich vorwegnehmen: Fortbildung soll auch Freude machen! Dabei sind auch die Fortbildungsmethoden einer ständigen Wandlung unterworfen, und die Kolleginnen und Kollegen sind oft vor die Frage gestellt, welches die geeignetste Form der Fortbildung für sie selbst ist und auf welche Weise und an welchen Plätzen sie sich diese zu verschaffen suchen. Wir – die Bayerische Akademie – haben uns immer für die These der Fortbildungsverpflichtung, nicht jedoch für eine Pflichtfortbildung ausgesprochen.

Andererseits muß der Arzt seine Fortbildung gegenüber der Ärztekammer in geeigneter Form nachweisen können. Wie ein solcher Nachweis gegebenenfalls zu führen ist, läßt aber die Berufsordnung offen. Der 92. Deutsche Ärztetag in Berlin hatte deswegen den Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung und den Vorstand der Bundesärztekammer beauftragt, Vorschläge für Einzelheiten des Nachweises ärztlicher Fortbildung dem nächsten Deutschen Ärztetag 1990 vorzulegen. Diesen Vorschlag hat der Deutsche Ärztetag in Würzburg mit 141 Stimmen gegen 83 Stimmen abgelehnt. Ein Austausch sachlicher Argumente war kaum

möglich, nachdem schon im Vorfeld die Emotionen – mehr oder weniger gegenseitig hochgeschaukelt – festgefahren waren.

Entscheidend dabei war – und wohl von einem großen Teil des Auditoriums nicht wahrgenommen oder man wollte es wohl nicht wahrnehmen (?) –, daß dieses Angebot des Fortbildungsnachweises auf *freiwilliger* Basis beruhen sollte. Jene Kollegen wären zweifelsohne im Vorteil gewesen, die sich nach wie vor regelmäßig der ärztlichen Fortbildung bedienen, und andererseits hätte auch das Bild der Ärzteschaft in den Medien an Ansehen gewinnen können. Ganz offensichtlich will sich die Ärzteschaft wohl nach EBM und Gesundheitsreform nicht weiter reglementieren lassen. Ob das immer rational und auch dem politischen Bereich gegenüber und deshalb in der Wirkung auf die Öffentlichkeit letztlich richtig war, wird die Zukunft erweisen.

Entsprechende Anzeichen sprechen aber dafür, daß dies in der Zukunft mehr zu bedenken ist. Die Anzeichen jedenfalls mehren sich fast wie ein roter Faden in den Jahrgutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sowohl 1988 als auch 1989. Und das GRG vom 20. Dezember 1988 sagt in § 81 Absatz 4 aus: „Die Satzungen der Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Bestimmungen enthalten über die Fortbildung der Ärzte auf dem Gebiet der kassenärztlichen Tätigkeit, das Nähere über die Art und Weise der Fortbildung sowie die Teilnahmepflicht.“

Ich glaube aber, daß die Kontroverse um alle diese grundsätzlichen Problemstellungen auch einen großpolitischen Hintergrund hat: Bisher haben doch Bundestag und auch die Mehrheit der Landesregierungen das Primat der ärztlichen Selbstverwaltung akzeptiert. Ob dies auf die Dauer so bleibt, ist fraglich, wenn zum Beispiel eine Ent-

schlußlosigkeit in der ärztlichen Selbstverwaltung die schon erkennbare Lust fördert, diese bisher gut funktionierende ärztliche Selbstverwaltung durch parlamentsbestimmte Regelungen im Detail zu ersetzen. Letztendlich aber bedeutet das Votum des Deutschen Ärztetages: Wir, die bundesdeutsche Ärzteschaft, bilden uns genügend fort – und damit basta.

Der Arzt ist aber in seinem besonders verantwortlichen Beruf sowohl beim Patienten als auch in der Öffentlichkeit eingebunden in das Recht dieser Öffentlichkeit: wo und wann auch immer das geschieht, einen kompetenten Arzt im Krankheitsfall aufsuchen zu können. Andererseits soll der Arzt nach wie vor die Möglichkeit haben, frei zu entscheiden, welcher Form der Fortbildung er den Vorzug gibt. Diese Fortbildung bleibt meines Erachtens aber auch eine Sozialverpflichtung. Der Nachweis einer Fortbildung ist sicher keine Qualitätskontrolle; ebensowenig, wie auch eine größere abgerechnete Scheinzahl nicht immer eine Qualitätskontrolle der ärztlichen Leistungen bedeutet. Aber Nachweis hin, Nachweis her, Kontrolle hin, Kontrolle her. Wir, die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung, haben den Ihnen allen bekannten „Leporello“ eingeführt, dessen Sie sich freiwillig bedienen können, und wir empfehlen nach wie vor und erneut, sich dessen auch in der Zukunft zu bedienen.

Die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung hat auch in diesem Jahr entsprechend dem Vorstandsbeschluß der Bayerischen Landesärztekammer an dem von der Bundesärztekammer veranstalteten Interdisziplinären Forum für die ärztliche Fortbildung teilgenommen. Eine Sitzung fand dort am 18. Januar statt, die langfristig für den 3. Oktober in München geplante Sitzung mußte wegen des Nationalfeiertages verschoben werden. Über die ausschließlichen Aktivitäten der ärztlichen Fortbildung durch die Berufsvertretung der Ärzte Bayerns ist auch bereits im „Bayerischen Ärzteblatt“ ausführlich informiert worden, so daß ich in diesem Zusammenhang darauf erneut verweisen kann. Wir haben uns in den Sitzungen auch – entsprechend der Anregung des Deutschen Ärztetages in Berlin – immer wieder mit der Frage des Nachweises der durchgeführten ärztlichen Fortbildung