



Bayerisches Ärzteblatt

11

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

52. Jahrgang / November 1997

- **Berichte vom 50. Bayerischen Ärztetag in München**
- **Stamm: Freiheit, Bindung und Verantwortung**
- **Online-Vernetzung der Ärzte via Internet**

48. Nürnberger Fortbildungskongreß der Bayerischen Landesärztekammer

AiP-geeignet

vom 5. bis 7. Dezember 1997 in der Meistersingerhalle

mit XIII. Sonographie-Symposium
und 27. Fortbildungskurs für ärztliches Assistenzpersonal
sowie 1. Seminar für Arzthelferinnen

Kongreßthemen:

- Freitag:**
- Recht und Medizin**
 - Organtransplantation
 - Leichenschau
 - Codein-Substitution
 - Berufsordnung
 - Das aktuelle Thema**
 - Hepatitis A – der aktuelle Stand
 - Der Mißbrauch von Antibiotika
 - Aktuelles zu Ecstasy
 - Impfen – aktueller denn je!**
- Samstag:**
- Depressive Störungen in der ärztlichen Praxis**
 - Diabetes mellitus im Aufwind**
- Sonntag:**
- Phytotherapie – eine sinnvolle Alternative?**

Fortbildung für Praxisangestellte

Die Kurse finden jeweils samstags von 9.30 bis 12.30 Uhr und von 13 bis 16 Uhr statt. Die einzelnen Blöcke sind zugleich Teil der Fortbildung zur Arztfachhelferin.

Termine fortlaufend, Änderungen vorbehalten.

Kursort München

Walner-Schulen, Landsberger Straße 68-76, 80339 München, Telefon (089) 5 40 95 50, Anmeldungen bei der Schule

Block V

Praxisorganisation, 40 Stunden, 200,- DM
10., 17., 24., 31. Januar, 7. Februar 1998

Block IV

Abrechnungswesen, 32 Stunden, 160,- DM
14., 28. Februar, 7., 14. März 1998

Teil 2.2 Arbeitsschutz, Arbeitshygiene, Umweltschutz

20 Stunden, 160,- DM
24., 31. Januar, 7. Februar 1998

Teil 1.2 Arzthelferinnen-Ausbildung

40 Stunden, 320,- DM
25. April, 9., 16., 23. Mai, 20. Juni 1998

Teil 1.3 Arbeitsrecht, Arztrecht, Sozialversicherungsrecht

32 Stunden, 256,- DM
27. Juni, 4., 11., 18. Juli 1998

Teil 2.1 Notfallmedizin

24 Stunden, 192,- DM
12., 19., 26. September 1998

Teil 3 Verwaltung - Praxisorganisation

48 Stunden, 384,- DM
12., 19., 26. September, 10., 17., 24. Oktober 1998

Teil 2.2 Arbeitsschutz, Arbeitshygiene, Umweltschutz

20 Stunden, 160,- DM
10., 17., 24. Oktober 1998

Teil 2.3 Medizin, Gesundheitserziehung

132 Stunden, 1056,- DM
14., 21., 28. November, 5., 12., 19. Dezember 1998,
9., 16., 23., 30. Januar, 6., 20., 27. Februar, 6., 13., 20.,
27. März 1999

Kursort Nürnberg

BRK-Kreisverband, Nuppenbeckstraße 43, 90489 Nürnberg

Staatliche Berufsschule, Raigeringer Straße 27, 92224 Amberg (nur Block VI EDV)

Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, Frau Hedtkamp, Telefon (0 89) 41 47-286

Block III

Arbeitsrecht, Arztrecht, Sozialversicherungsrecht,
32 Stunden, 160,- DM

17., 24., 31. Januar, 7. Februar 1998

Block V

Praxisorganisation, 40 Stunden, 200,- DM
14., 21., 28. Februar, 7., 14. März 1998

Block IV

Abrechnungswesen, 32 Stunden, 160,- DM
21., 28. März, 4., 25. April 1998

Teil 2.3 Medizin, Gesundheitserziehung

132 Stunden, 1056,- DM
9., 16., 23., 30. Mai, 20., 27. Juni, 4., 11., 18., 25. Juli,
12., 19., 26. September, 10., 17., 24., 31. Oktober 1998

Teil 2.1 Notfallmedizin

24 Stunden, 192,- DM
14., 21., 28. November 1998

Teil 1.1 Kommunikation

32 Stunden, 256,- DM
7. Nov., 5., 12., 19. Dezember 1998

Teil 1.2 Arzthelferinnen-Ausbildung

40 Stunden, 320,- DM
9., 16., 23., 30. Januar, 6. Februar 1999

Teil 2.2 Arbeitsschutz, Arbeitshygiene, Umweltschutz

20 Stunden, 160,- DM
13., 20., 27. Februar 1999

Teil 1.3 Arbeits-, Arzt-, Sozialversicherungsrecht

32 Stunden, 256,- DM
6., 13., 20., 27. März 1999

In der Mitte herausnehmbar:**Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 12. Oktober 1997****Inhalt**

Wittek: GKV – Faß ohne Boden oder Faß ohne Inhalt? 339

50. Bayerischer Ärztetag in München

– Arbeit statt Jubel 340

– von Römer: Patienten und Ärzte sind in hohem Maße verunsichert 342

– Lorenz: Die Stadt München unterstützt die praktische Ausbildung am Krankenbett 346

– Vilmar: Den ärztlichen Sachverstand verstärkt in die Politik einbringen 347

– Stamm: Selbstverwaltung – das bedeutet Freiheit, aber auch Bindung und Verantwortung 350

– Hege: Es muß erhalten bleiben, was erhalten werden muß, aber in Gefahr ist: das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt 356

– Koch: Von der Deregulierung der Weiterbildung bis zum Auftritt im Internet 364

– Ottmann: Qualitätssicherung: Eigenständiger bayerischer Weg 369

– Weitere Tagesordnungspunkte 376

– **Entschließungen** 378**Bayerische Landesärztekammer**

– Adventlesung 385

– Kurzbericht über die Vorstandssitzung 386

– Seminare: Training für ärztliche Dozentinnen und Dozenten 392

– Nutzen von Qualitätsmanagement-Kursen 393

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns:

– 41 163 Widersprüche in 1996 355

– Lehrgänge zur Einführung in die vertragsärztliche Tätigkeit 386

– Der Winter kommt – und mit ihm die nächste mögliche Grippewelle: Eine frühzeitige Impfung ist die beste Vorsorge! 389

– Aus Sicherstellungsgründen zu besetzende Vertragsarztsitze in Bayern 390

Amtliches:

– Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 12. Oktober 1997 385

Bischoff: Mein Patient mit chronischen Schmerzen 387

Personalia

– Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft für Bernhard Müller und Dr. jur. Gerhard Till 388

Arzt und Wirtschaft 391

Kongresse:

– Kurse zum Erwerb der Fachkunde „Rettungsdienst“ 338

– Kurse im Rahmen der Weiterbildung zum Allgemeinarzt 362

– Fortbildungsveranstaltungen 394

– Fortbildung zu medizinischen und ethischen Aspekten des Schwangerschaftsabbruchs 397

– Fortbildung für Praxisangestellte 2. Umschlagseite

Bücherschau 386

Schnell informiert 402

Kurse zum Erwerb der Fachkunde im StrahlenschutzGSF-Forschungszentrum
Institut Strahlenschutz
Ingolstädter Landstraße 185758 Oberschleißheim Telefon (0 89) 31 87 40-40
oder 42, 43, 44Klinikum Nürnberg-Nord
Institut für Medizinische Physik
Flurstraße 17

90419 Nürnberg Telefon (09 11) 3 98-26 69

Klinikum Bamberg
Radiologisches Zentrum
Buger Straße 80

96049 Bamberg nur schriftlich

Klinikum Fürth
Radiologisches Institut
Jakob-Henle-Straße 1

92666 Fürth Telefon (0 91 89) 8 17

Universitätsklinik Würzburg
Strahlenschutzstelle
Versbacher Straße 597078 Würzburg Telefon (09 31) 20 13-8 46
oder 8 49Ingenieurbüro „MIOS“,
Halle Telefon (03 45) 2 02 64 69Veranstaltungsorte: Kreiskrankenhaus Starnberg und
Klinikum Bayreuth

Kurse zum Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ 1997/98

1997:

München	Termin	Stufe
Ärztehaus Bayern	14.11.	D/1
Ärztehaus Bayern	15.11.	D/2

Bereits ausgebuchte Kurse werden nicht mehr veröffentlicht!

1998:

Erlangen	Termin	Stufe
Friedrich-Alexander-Universität	5.3.	A/1
Friedrich-Alexander-Universität	6.3.	A/2
Friedrich-Alexander-Universität	7.3.	B/1
Friedrich-Alexander-Universität	8.3.	B/2
Friedrich-Alexander-Universität	23.4.	C/1
Friedrich-Alexander-Universität	24.4.	C/2
Friedrich-Alexander-Universität	25.4.	D/1
Friedrich-Alexander-Universität	26.4.	D/2

Berchtesgaden

Kompaktkurs „Notfallmedizin“ – Stufen A bis D vom 7. bis 14. Februar 1998 im Kur- und Kongreßhaus

München

Kompaktkurs „Notfallmedizin“ – Stufen A bis D vom 20. bis 27. Juni 1998 im Ärztehaus Bayern

Anspruch genommen werden. Eine Überweisung der Kursgebühren für die Stufen A/2 und B/2 ist für AiPs somit nicht erforderlich.

Anmeldemodalitäten:

Ihre formlose Anmeldung richten Sie bitte – **ausschließlich schriftlich** – an:

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Landesgeschäftsstelle – Abteilung Sicherstellung, Herr Hofmann – Postfach 81 05 60, 81905 München, Telefax (0 89) 9 20 96-4 43

Die Vergabe der Kursplätze richtet sich nach dem Datum des Posteingangs. Nur **komplette** Anmeldungen und eine rechtzeitige Überweisung der Kursgebühr (nach Erhalt der Einladung – **spätestens vier Wochen vor Veranstaltungsbeginn**) können berücksichtigt werden.

Sollte es nicht möglich sein, zum Zeitpunkt der Anmeldung die geforderten Bestätigungen vorzuweisen (**bitte entsprechend darauf hinweisen**), müssen diese jedoch **spätestens zum Zahlungstermin** nachgereicht werden. In Abhängigkeit vom Zahlungseingang erfolgt eine Zertifizierung am Kurstag.

Wichtig!

Grundsätzlich ist eine Anmeldung für **nur eine (komplette) Kurssequenz** von A/1 bis D/2 möglich, um Doppelbuchungen aus Fairneßgründen zu vermeiden. Eine verbindliche Kursplatzzusicherung kann nur bei vollständiger Absolvierung der vorangegangenen Kursteile erfolgen.

Für eventuelle Rückfragen zu o. g. Anmeldemodalitäten steht Ihnen Herr Hofmann unter der Telefonnummer (0 89) 9 20 96-4 44 zur Verfügung.

Organisatorisches:

In den Kursen sind **2 Thoraxpunktionen** am Modell inkludiert. Diese entsprechen als Minimalvoraussetzung im Zuständigkeitsbereich der Bayerischen Landesärztekammer den Anforderungen des Curriculums zum Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ (herausgegeben von der Bundesärztekammer 1994) hinsichtlich dieser interventionellen Technik.

Kolleginnen und Kollegen, die bis 31. Dezember 1995 die Kursteile C/1 und C/2 absolviert haben, benötigen ab 1996 nur noch die Stufe D/2.

NB: Für Kolleginnen/Kollegen, die mit den jeweiligen Kursen bis zum 31. Dezember 1995 begonnen haben bzw. bei denen ein Kurselaß aufgrund nachgewiesener fachlicher Qualifikationen erfolgte, treffen die, bis zum oben genannten Zeitpunkt gültigen Regularien, für den Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“ zu.

Für eventuelle Rückfragen zum Erwerb des **Fachkundenachweises „Rettungsdienst“** sowie **Kursplanung und -inhalten** stehen Ihnen Frau Lutz und Frau Wolf von der Bayerischen Landesärztekammer, Abteilung Fortbildung, unter den Telefonnummern (0 89) 41 47-2 88 oder 7 57 zur Verfügung.

Teilnahme-Voraussetzung:

- Approbation oder Erlaubnis nach § 10 Abs. 4 BÄO sowie
- **einjährige klinische Tätigkeit** *möglichst* im Akutkrankenhaus (mit Einsatz auf einer Intensiv- und/oder Notaufnahmestation oder in der klinischen Anästhesiologie). Dieser Tätigkeitsabschnitt muß bis zum **ersten Kurstag** absolviert sein; ein geeigneter Nachweis **in Kopie** hierüber ist **spätestens zum Zahlungstermin** (vier Wochen vor Veranstaltungsbeginn) zu erbringen.

Kursgebühren:

Kurse A/1, B/1, C/1, C/2, D/1 sowie D/2 jeweils 120,- DM; für A/2: 150,- DM; für B/2: 130,- DM; Kompaktkurs: 950,- DM

Für Mitglieder der Bayerischen Landesärztekammer, die als **Ärztinnen und Ärzte im Praktikum** sowie als **approbierte, zum Kurszeitpunkt beschäftigungslose Ärztinnen und Ärzte** gemeldet sind, werden laut Vorstandssitzung vom 21. Juni 1997 die **Kosten der Kurse A/2 und B/2** von der Bayerischen Landesärztekammer **übernommen** – sofern es sich um Kurse handelt, die von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und Bayerischer Landesärztekammer veranstaltet werden. Diese Vergünstigung kann pro Teilnehmer nur **einmal** in



GKV – Faß ohne Boden oder Faß ohne Inhalt?

Das Klischee von der angeblichen „Kostenexplosion“ im Gesundheitswesen ist so alt, daß man es nicht mehr in den Mund nehmen mag, zudem ist es falsch. Die immer wiederkehrende Beteuerung, das Gesundheitswesen sei kein konsumtiver Bereich unserer Volkswirtschaft, in dem wertvolle Ressourcen versickern, sondern es sei innovativ und obendrein beschäftigungsfördernd, ist wahr und wurde nach vielen, vielen Wiederholungen letztlich auch von der Politik akzeptiert.

Mit den Neuordnungsgesetzen hat die Regierungskoalition einen zusätzlichen Finanzbedarf in der Krankenversicherung anerkannt. Eine erhöhte Selbstbeteiligung soll ihn ohne Belastung der Lohnnebenkosten finanzieren. Doch neue Hiobsbotschaften gefährden das Konzept und führen zu den altbekannten Antworten: Sparen und Budgetierung. Die Bilanz der GKV-Ausgaben des ersten Halbjahres 1997 hat die Probleme aufgedeckt: Erstmals mußte trotz sinkendem Ausgabenvolumen in der GKV ein Defizit hingenommen werden – weil die Einnahmen noch stärker rückläufig waren als die Ausgaben.

Eine langfristig absehbare Entwicklung hat damit ihren vorläufigen Tiefpunkt erreicht. Doch Tiefpunkt heißt nicht Wendepunkt; die verursachenden Faktoren wirken nämlich weiter. Zu lange haben wir tatenlos zugehört. Sparen, sparen, sparen und dann rationalisieren vor rationieren – dies waren die immer wiederkehrenden Schlagworte, mit denen Lösungen vertagt wurden.

Dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer ist zuzustimmen, wenn er in seiner Eröffnungsansprache zum 50. Bayerischen Ärztetag die Bereiche benannte, über die man im Rahmen einer Grundversorgung diskutieren kann und auch muß. Selbst „heilige Kühe“ ärztlicher Tätigkeit wurden dabei nicht verschont. Doch IVF hin oder her – am Ende müssen wir davon ausgehen, daß der weitaus größte Teil unseres Leistungsangebotes tatsächlich notwendig ist, gerade in der Zukunft. Deshalb müssen wir uns stärker als bisher mit den strukturellen Umwälzungen beschäftigen, weil sie die Struktur unserer gesamten Sozialversicherung von Jahr zu Jahr mehr verändern.

Sehen wir uns die Faktoren im einzelnen an. Was Arbeitslosigkeit unserem Sozialsystem an Schaden zufügt, können wir täglich sehen. Die akute Finanzkrise der gesetzlichen Krankenversicherung in den neuen Bundesländern stellt dabei einen vorläufigen Höhepunkt dar. Denn die 10 % oder im Osten 15 % Arbeitslosen beziehen sich eben nicht auf alle GKV-Versicherten, sondern nur auf die knappe Hälfte, die als Pflicht- und freiwillig Versicherte 80 % des gesamten Beitragsaufkommens sichern. Damit ist die Last aber schon doppelt so hoch. Zudem ist davon auszugehen, daß trotz aller Appelle der hohe Sockel der Arbeitslosigkeit bis weit ins nächste Jahrzehnt erhalten bleibt.

Kontinuierlicher Abbau von traditionellen Beschäftigungsverhältnissen durch steigende Produktivität und neue Formen der Arbeitsorganisation sind die Ursache. Automaten erledigen immer mehr qualifizierte Arbeit, und aus mancher Abteilung eines Unternehmens ist längst eine Gruppe von Scheinselbständigen geworden. Alles zusammen führt zu dramatischen Einnahmeausfällen für die gesamte Krankenversicherung.

Die bayerische Gesundheitsministerin, Barbara Stamm, hat vor dem 50. Bayerischen Ärztetag erstmals erklärt, daß sie eine Lösung in einer Verbreiterung der GKV-Finanzbasis durch Einbeziehung neuer, nicht lohnbezogener Finanzquellen sieht, womit sie ihre ablehnende Haltung vom Frühjahr 1997 aufgegeben hat. Der Bayerische Ärztetag hat diese Äußerung aufgegriffen und in einer Resolution seine Mitwirkung bei der

Erstellung entsprechender Konzepte und Initiativen angeboten. Wir werden die Entwicklung aufmerksam verfolgen.

Auffällig zurück hält sich in dieser Diskussion die Krankenversicherung. Ist hier die Furcht vor Imageverlusten und Wettbewerbsnachteilen stärker als die Einsicht in die Notwendigkeit einer Lösung der Strukturprobleme? Die Diagnose selbst ist jedoch nur ein erster Schritt. Wie im Leben werden die meisten Patienten erst dadurch gesund, daß man ihnen eine geeignete Therapie anbietet.

Hier sehe ich drei Maßnahmen:

1. Für Arbeitnehmer ist der Lohnbezug sinnvoll, er hat sich bewährt.
2. Unternehmen müssen weiter ihren Beitrag zur solidarischen Finanzierung der GKV aufbringen. Dazu ist allerdings ein System notwendig, bei dem nicht länger die personalintensive Produktion von Gütern oder Dienstleistungen gegenüber anderen Arbeitsformen benachteiligt wird.
3. Für Selbständige, die ihren Versicherungsbedarf allein und aus versteuertem Einkommen finanzieren müssen, sollte der Ertragsbezug zur Grundlage werden.

Jede wirksame Therapie hat Nebenwirkungen. Dies steht außer Frage, das Risiko von Fehlsteuerungen ist inbegriffen. Nicht akzeptabel aber ist die Eröffnung neuer Verschiebebahnhöfe, wie sie derzeit als Lösung der Probleme in den neuen Bundesländern diskutiert wird. Denn wer dies mit Beitragsstabilität verbindet, gefährdet den Therapieerfolg und entzieht dem System weiter notwendige Finanzmittel. Arbeitsplatzabbau ist die sichere Konsequenz. Die Ärzte können das Problem nicht allein stemmen, aber wir dürfen an diesem Punkt nicht mehr locker lassen.

Dr. med. Lothar Witteck

Arbeit statt Jubel

Zu seinem 50. Jubiläum kehrte der Bayerische Ärztetag an seinen Gründungsort zurück: Am 25. und 26. Januar 1947 trat nämlich der 1. Bayerische Ärztetag im kleinen Rathaussaal zu München zusammen. Der 50. Bayerische Ärztetag erlebte seine Eröffnungsveranstaltung im festlichen Rahmen des Cuvilliés-Theaters am 10. Oktober in München.

Die Jubiläumsveranstaltung geriet keineswegs zur Jubelfeier. Angesichts der ökonomischen Zwickmühle, in der sich die Ärzteschaft (nicht nur in Bayern) befindet, sah man dazu keinen Anlaß. Schwerpunkt der Eröffnungsfeier wie auch der Arbeitstagung am 11. und 12. Oktober war vielmehr ein Themenkomplex, der um die Frage kreiste: Wie kann eine gute medizinische Versorgung angesichts der ökonomischen Zwänge gesichert werden? Oder noch anders: Wie kann der Arzt seinen Patienten nach bestem Wissen und Gewissen behandeln, ohne dauernd auf die Bezahlbarkeit seiner ärztlichen Leistungen achten zu müssen?

So bedrückend wie zu den Anfangszeiten ist die Lage heute freilich nicht. Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hans Hege, machte mehrfach, so auch vor der Presse, darauf aufmerksam, daß wir hier in Deutschland nach wie vor in einem wohlhabenden Lande leben. 1947 war das wahrlich ganz anders; da hat man auch in Bayern ganz unten anfangen müssen. Die Zeit war von Hunger, Not und – zur Zeit des ersten Ärztetages – von Kälte geprägt. Und zudem gab es eine erste „Ärztenschwemme“. Fast 11 000 Ärzte wurden 1946/47 in Bayern gezählt, verglichen mit den rund 56 000 von heute erscheint das zwar wenig, gemessen an den knapp 5000 der Vorkriegszeit aber gewaltig.

Mit seinem Ärztegesetz vom 25. Mai 1946 war Bayern ein Vorreiter im Nachkriegs-Deutschland. Doch was danach kam, war gleichfalls einmalig. Kurze Zeit nach dem Ärztegesetz und nach der ersten Etablierung der ärztlichen Selbstverwaltung wurde das

Gesetz nämlich ausgesetzt, die Niederlassungsfreiheit eingeschränkt, ein Staatskommissar eingesetzt. Proteste und Widerstand aus der Ärzteschaft, insbesondere der (kommissarischen) Kreisverbandsvorsitzenden, erreichten schließlich die Umkehr zu demokratischen Verhältnissen. Eine Wahlordnung wurde erlassen, vom 27. bis zum 31. September 1946 wurden in gleicher unmittelbarer und geheimer Abstimmung die Berufsvertretungen gewählt. Der damals demokratische Neuanfang kulminierte schließlich im ersten Bayerischen Ärztetag. Näheres findet sich in einer lesenswerten historischen Darstellung, die die Landesärztekammer anlässlich des 50. Ärztetages herausgebracht hat.

An die Entstehungsgeschichte erinnerte der 1. Vorsitzende des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München, Dr. Wolf von Römer in einem umfassenden Grußwort bei der Eröffnung im Cuvilliés-Theater. Er stellte sodann München als eines der größten ärztlichen Ballungszentren (nicht nur Bayerns) vor, nach seinen Worten ein Brennpunkt, in dem sich die gesundheitspolitischen Kalamitäten dieser Tage offenbaren (siehe Seite 342 ff.).

Die ließ auch der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. Karsten Vilmar, in seinem Grußwort anklängen. Nach seiner Auffassung sind die politischen Fehlentwicklungen von heute Folgen unterlassener oder fahrlässiger politischer Entscheidungen der sechziger und siebziger Jahre. Vilmar bewertete die jüngsten Reformen im Gesundheitswesen insgesamt positiv und forderte, die ärztliche Selbstverwaltung, die mit den Neuordnungsgesetzen gestärkt worden sei, sollten ihre Chancen nutzen (siehe Seite 347 ff.).

Der Meinung war auch die bayerische Staatsministerin Barbara Stamm, deren Ressort neben vielen anderen auch für Gesundheit zuständig ist. Frau Stamm ließ erkennen, daß sie und ihr Haus zur Zeit keinerlei Handlungsbedarf erkennen, sich in innerärztliche Verteilungsprobleme klärend einzumischen. Das solle die Selbstverwaltung selbst besorgen. Sie mahnte bei der Selbstverwaltung zudem ein Konzept zur Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor an. Die Staatsministerin mahnte allerdings nicht nur, sie war auch voll des Lobes über die gute Kooperation mit der Bayerischen Landesärztekammer (siehe Seite 350 ff.).

Ein Schwerpunkt in der Ansprache des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hege, war die Finanzierung der medizinischen Grundversorgung. Hege setzte sich dafür ein,



Vernetzung der ärztlichen Selbstverwaltung im Visier – Vizepräsident Dr. H. Hellmut Koch, Hauptgeschäftsführer Dr. Horst Frenzel, Vizepräsident Dr. Klaus Ottmann und Kfm. Geschäftsführer Dieter Jürgens (von rechts)



Handlungsspielraum wächst und wächst – Hauptgeschäftsführer Dr. Enzo Amarotico, Gabriele Flurschütz, Präsident Dr. Hans Hege (von rechts)

auf jeden Fall die medizinisch-ärztliche Grundversorgung des Kranken und Leidenden sicherzustellen, ohne Rücksicht auf ökonomische Zwänge. Wörtlich: „Eine Regelversorgung, die die Heilungschancen erkrankter Kassenpatienten reduziert, können die Ärzte nicht mittragen.“ Falls die finanziellen Mittel nicht reichten, um über eine solche Regelversorgung hinaus weitere Leistungen via gesetzlicher Krankenversicherung anzubieten, müsse man sie anders finanzieren. Hege stellte in Frage, ob zum Beispiel die künstliche Befruchtung von der Solidargemeinschaft mitfinanziert werden müsse. Er scheute sich nicht, auch zwei „heiße Eisen“ anzutippen: Die Prävention im Sinne eines Screenings, das auch die Gesunden umfasse, und gewisse Indikationen der Psychotherapie. Hege differenzierte allerdings sorgfältig, das mag in seiner auf Seite 356 ff. wiedergegebenen Rede nachgelesen werden.

Die Arbeitstagung am 11. und 12. Oktober im Ärztehaus Bayern hatte ihren Schwerpunkt bei Qualitätssicherung im weitesten Sinne. Drei namhafte Fachleute behandelten das Thema „Leitlinien, Richtlinien, Standards – Risiko oder Chance für Arzt und Patient?“. Dieses zur Zeit landauf landab heftig diskutierte Thema wird in den nächsten Heften des Bayerischen Ärzteblattes behandelt.

Vizepräsident Dr. Hans Hellmut Koch setzte sich in seinem Bericht für Regulierung in der Weiterbildungsordnung ein. Beim Thema Fortbildung griff auch er ein „heiße Eisen“ auf: Das Fortbildungszertifikat auf freiwilliger Basis. Damit könne der Arzt, der sich verantwortungsvoll und ausreichend

fortbilde nachweisen, daß er dieser Berufspflicht nachgekommen sei. Ein ganz anderer Arbeitsbereich des Vizepräsidenten: Die Kommunikationstechnik. Die Online-Vernetzung der ärztlichen Selbstverwaltung sowie der in Kürze realisierte Internet-Auftritt der Bayerischen Landesärztekammer wurden erläutert und demonstriert (näheres dazu ab Seite 364 ff.).

Vizepräsident Dr. Klaus Ottmann behandelte die Qualitätssicherung im eigentlichen Sinne. Er wies auf die erweiterten Kompetenzen der Ärzteschaft nach dem 2. NOG hin und beschrieb sodann eingehend den bayerischen Weg, der sich durch eine vertrauensvolle Kooperation von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung auszeichnet. Zwei weitere Themen aus Ottmanns Tätigkeitsbereich: Arzthelferinnen und Rettungswesen. Bei den Arzthelferinnen ist ein neuer Tarifvertrag vereinbart worden,

der gekennzeichnet ist von den verschlechterten ökonomischen Bedingungen. Im Rettungswesen gibt es ein neues Gesetz. Ottmann erläuterte die Auswirkungen insbesondere auf den Notarzdienst (siehe Seite 369 ff.).

Der Handlungsspielraum für die ärztliche Selbstverwaltung ist, das ergibt sich aus den Berichten vor dem 50. Bayerischen Ärztetag relativ weit und neuerdings noch gewachsen. Die Beratungen des Ärztetages machten auch deutlich, daß die Ärzteschaft in Bayern diesen Handlungsspielraum nutzen will. Das schlägt sich in einer Fülle von Beschlüssen zu großen und kleinen Einzelfragen nieder, die in diesem Heft dokumentiert werden. Der gewichtigste Beschluß betrifft die Berufsordnung. Der Ärztetag setzte die vom 100. Deutschen Ärztetag in Eisenach verabschiedete Musterberufsordnung in bayerisches Recht um.

Selbstverwaltung in ärztlichen Angelegenheiten? Die bayerischen Ärzte ziehen die ärztlichen Angelegenheiten sehr weit – bis hin ins musische. Den Klavierpart in Beethovens Klavierkonzert C-Dur, dargeboten bei der Eröffnung im Cuvilliés-Theater, hatte Dr. Gerd Guido Hofmann übernommen, ein Vorstandsmitglied der Kammer. Und ein Sketch beim Ludwig-Thoma-Abend wurde geprägt von Professor Dr. Dr. Dieter Adam, gleichfalls Mitglied des Vorstandes. Man sieht, die Bayerische Landesärztekammer ist nahezu autark. NJ

Fotos (22): A. Kriedel, München



Leitlinien, Richtlinien, Standards – als Experten gefragt Professor Klaus Ulsenheimer, Professor Hartwig Bauer und Professor Eberhard Buchborn (von links)

Patienten und Ärzte sind in hohem Maße verunsichert

München – „Brennglas“ der Gesundheitspolitik

Grußwort des 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München
Dr. med. Wolf von Römer

Vorhang auf für den 50. Bayerischen Ärztetag in München: In diesem feierlich-festlichen Rahmen und nach den wunderbaren Klängen von Beethoven ist es mir als 1. Vorsitzenden des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München gleichermaßen eine große Ehre und Freude, Sie im Namen meiner knapp 14 000 Kolleginnen und Kollegen zu diesem runden Jubiläum herzlich begrüßen zu dürfen.

Zum 50. Geburtstag unserer Standesvertretung sei zunächst ein kleiner Seitenblick auf die Zahl 50 erlaubt. „Und plötzlich bist Du Fünfzig“ lautet der Titel eines aktuellen Sachbuchs des Wirtschaftspublizisten J. Michael Baerwald; „Männer zwischen Aufbruch und Resignation“ lautet der Untertitel, der uns immerhin auch eine hoffnungsvolle Perspektive bietet. Und ein Blick in Helmut Werners „Lexikon der Numerologie“ lehrt uns: „Da die 49 die Vollendung symbolisiert, steht die 50 für den Neubeginn.“

Aufbruch und Neubeginn – da lassen sich schnell historische Bezüge zu unserem traditionsreichen Tagungsort knüpfen. Denn München steht für beides, fand doch der erste Bayerische Ärztetag nach dem Krieg hier ebenso statt wie seine 20., 30. und 40. Ausgabe.

Zugleich blicken wir auf die „Geburtsstunde“ unserer Organisationsform zurück, denn vor 70 Jahren – genau am 1. Juli 1927 – verabschiedete der Bayerische Landtag das „Gesetz über die Berufsvertretung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker“, mit dem die Landesärztekammer errichtet und die länger bestehenden Bezirksvereine Körperschaften des öffentlichen Rechts wurden.

Bevor ich mich der heutigen Lage der Münchner Ärzteschaft zuwende, sei



mir zunächst ein kurzer, eher anekdotischer Rückblick auf den 1. Bayerischen Ärztetag gestattet. Im fensterlosen und eiskalten kleinen Münchner Rathaussaal – so der Chronist – traten am 25. und 26. Januar 1947 nach langen Jahren politischen Zwangs 153 Vertreter der bayerischen Ärzteschaft zur ersten Vollversammlung zusammen, die aus freien Wahlen der Bezirksvereine hervorgegangen waren.

Die schwierigen Anfangszeiten

Die mitten im Aufbau befindliche ärztliche Berufsvertretung sah sich seinerzeit vielfältigen Herausforderungen gegenüber. Die Auflösung von Armeen sowie der starke Zustrom vertriebener Ärzte führte zu einer regelrechten Ärzteschwemme mit 11 000 Medizinern in Bayern, heute sind es rund 56 000. „Ihre Existenz und die ihrer Familien waren bedroht. Wer seine Praxis ausübte, hatte meist weder Auto noch Benzin. Ja, selbst die Kohlen für das ärztliche Sprechzimmer waren kaum zu beschaffen. Auf allen Gebieten versuchten die Kollegen zu

helfen, so gut es ging.“ So beschrieb Präsident Professor Dr. Hans J. Sewering 1967 auf dem 20. Bayerischen Ärztetag die schwierigen Anfangszeiten.

Abgesehen von dieser miserablen materiellen Lage, sah sich die Selbstverwaltung der Ärzteschaft ständigen Versuchen staatlicher Einflußnahme ausgesetzt. Zwar schuf die Bayerische Staatsregierung mit dem Erlaß des Bayerischen Ärztegesetzes am 25. Mai 1946 rasch die neue Rechtsgrundlage für die ärztliche Berufsvertretung, wenig später wurde jedoch die Landesärztekammer aufgelöst und unter die Aufsicht eines Staatskommissars gestellt.

Mit der am 6. Juli 1946 erlassenen Verordnung Nr. 66 wäre die Niederlassungsfreiheit der Ärzte beziehungsweise die freie Arztwahl der Patienten eingeschränkt worden, hätten sich nicht die Kreisverbandsvorsitzenden und später die Landesärztekammer standhaft dagegen gewehrt. So konnten auch die ersten Wahlen zur Landesärztekammer am 26. Januar 1947 nur stattfinden, weil sich die Vorsitzenden der Bezirks- und Kreisverbände ihrer Absetzung durch den Staatskommissar widersetzen und dieser die Maßnahme rückgängig machen mußte. So wählten die Delegierten den Münchner Arzt Dr. Berthold zum ersten Präsidenten und verabschiedeten eine Resolution zur Neuordnung der Sozialversicherung.

München – eines der größten ärztlichen Ballungszentren

Soweit die historische Reminiszenz. Heute ist München als eines der größten ärztlichen Ballungszentren in der Bundesrepublik wie kaum eine andere Metropole geeignet, um die Befind-

lichkeit der Ärzteschaft quasi wie durch ein Brennglas zu fokussieren – ihre Erfolge, ihre Fortschritte, aber vor allem auch ihre Probleme. Es ist mir ein persönliches Anliegen, im folgenden die Schwierigkeiten in unserer täglichen Arbeit anzusprechen, die eben in der Landeshauptstadt besonders deutlich werden. Zu Ihrer Orientierung darf ich Sie zunächst kurz mit den wichtigsten Zahlen und Fakten der Münchner Medizin vertraut machen.

Der Ärztliche Kreis- und Bezirksverband München zählt rund 13 700 Ärzte und damit ein Drittel mehr als noch vor zehn Jahren. Rund 3600 Kolleginnen und Kollegen sind in eigener Praxis niedergelassen, während die stationäre Versorgung von etwa 5300 Krankenhaus- und Hochschulärzten geleistet wird. Sie werden unterstützt von derzeit 1300 Ärzten im Praktikum. Hinzu kommen 330 Medizinalbeamte und 100 Bundeswehrärzte, 370 in sonstiger abhängiger Stellung tätige sowie 200 berufsfremd tätige Kollegen. Mehr als 1600 Ärzte genießen im Raum München ihren wohlverdienten Ruhestand, während 500 Kolleginnen und Kollegen – und das ist der Wermutstropfen in dieser Statistik – arbeitslos gemeldet sind.

Der Ruf Münchens als Hochburg der Medizin begründet sich aber weniger auf quantitative denn auf qualitative Aspekte. Dazu trugen nicht nur große Namen der Medizingeschichte bei. Stellvertretend nenne ich hier den Hygieniker Max von Pettenkofer, den Chirurgen Ferdinand Sauerbruch oder den Internisten Friedrich von Müller. Auch die zahlreichen Vertreter der beiden medizinischen Fakultäten sowie die Wissenschaftler der bedeutenden Forschungszentren haben eine große Tradition begründet und gehören auch heute oft zur Spitze ihres Fachs.

Nicht zuletzt tragen zahlreiche ärztliche Organisationen und Dienststellen des öffentlichen Gesundheitswesens entscheidend dazu bei, daß es sich mit München nach wie vor um ein Medizinzentrum par excellence in Deutschland handelt.

In diesem Mikrokosmos sind die Auswirkungen gesundheitspolitischer Entscheidungen besonders schnell und di-

rekt spürbar, prallen unterschiedliche Interessenlagen häufig aufeinander. So ringen wir Repräsentanten auf Münchner und Landesebene tagtäglich mit unseren Partnern um den tragfähigen Kompromiß.

Vor einer Richtungsentscheidung im Gesundheitswesen

In diesem Geist haben die ärztlichen Selbstverwaltungsorgane in den vergangenen 50 Jahren entscheidend dazu beigetragen, daß unser Gesundheitssystem ein international vorbildliches Versorgungsniveau erreichen konnte. Heute wie in naher Zukunft geht es um die Antwort auf die Kernfrage, ob und wie wir diesen Spitzenstandard der Gesellschaft erhalten können. Oder ob wir uns auf den Weg in eine medizinische Mehrklassengesellschaft begeben sollen.

Diese Richtungsentscheidungen haben alle Beteiligten des Gesundheitswesens intensiv zu diskutieren. Sicher keine leichte Aufgabe angesichts der explosionsartigen Vervielfältigung des medizinischen Wissens, der Innovationserfolge in der Medizintechnik sowie der pharmazeutischen Industrie und – als Folge davon – der Kostenexplosion bei gleichzeitig immer knapper werdenden Mitteln – unter anderem, wie Sie wissen, wegen der Einnahmeproblematik aufgrund der wachsenden Zahl von Arbeitslosen.

Selbst Gesundheitsminister Seehofer bescheinigt einen Rückgang bei den Leistungsausgaben von 1 % im ersten Halbjahr 1997, beklagt aber zugleich stagnierende beitragspflichtige Einnahmen. Wenn auf der Ausgabeenseite eindeutige Sparerfolge sichtbar werden, auf der Einnahmeseite die Quellen jedoch versiegen, dann zeigt dies, daß man es nicht allein mit einer Krise des Gesundheitswesens zu tun hat, sondern mit den Folgen der allgemeinen wirtschaftlichen Lage.

Alle diese Entwicklungen haben zu neuen Belastungen im Gesundheitswesen geführt, die wir im Ballungszentrum häufig zuerst erfahren. Die Patienten sind in hohem Maße verunsichert: Neben der Sorge um den Arbeitsplatz und um eine sichere Rente plagen die meisten die immer höher werdenden Belastungen für ihre Gesundheit. Vor allem die alten und sehr alten Menschen leiden unter dieser Misere. Die Probleme in Alten- und Pflegeheimen – in erster Linie verursacht durch Personalmangel – wurden in den letzten Monaten sowohl in der Öffentlichkeit, wie auch in der Münchner Ärzteschaft sehr ernsthaft diskutiert.

Hat nicht aber gerade diese Generation, die unter den Weltkriegen litt und in mühevoller Aufbauarbeit den Grundstein für unseren heutigen Wohlstand gelegt hat, eine bessere Behandlung verdient? Diese alten Men-



Ein international vorbildliches Versorgungsniveau – Präsident Dr. Hans Hege, Staatsministerin Barbara Stamm, Vizepräsident Dr. H. Hellmut Koch, Dr. Thomas Zimmermann (MdL) – von rechts



Neue Belastungen des Gesundheitswesens – BÄK-Präsident Dr. Karsten Vilmar, Regierungspräsident Werner-Hans Böhm, Vizepräsident Dr. Klaus Ottmann, Anne Hirschmann (MdL), Senator Heribert Thallmair, Professor Dr. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering, Dr. Lothar Wittek (von rechts)

schen haben häufig nur den Hausarzt als letzten Vertrauten und Ratgeber. Selbstverständlich haben wir Ärzte uns dieser Fürsorge stets angenommen und tun dies auch heute. Andererseits werden uns diese Leistungen aber kaum mehr honoriert. Auch deshalb steht in München eine große Zahl von Arztpraxen vor dem wirtschaftlichen Ruin. Werden aber die verbleibenden Großpraxen weiterhin eine so individuelle und gründliche Behandlung der Bevölkerung, vor allem aber eben dieser alten Menschen gewährleisten können?

Die Zukunftsperspektive fehlt

Nicht weniger kritisch stellt sich die Situation im Krankenhaus dar. Den Kolleginnen und Kollegen bieten sich wegen der Niederlassungssperre keinerlei Zukunftsperspektiven mehr, Aufstieg oder Wechsel sind kaum möglich. Die Folgen sind Demotivation und Frustration. Langfristig wird dies zu einem Mangel an qualifizierten Fachärzten führen, da die jungen Kollegen durch die fehlende Fluktuation im Krankenhaus kaum noch Stellen bekommen und die Krankenhausgesellschaften weniger an der Spezialisierung der nachrückenden Generation interessiert sind, als an fertigen Fachärzten, die mehr Geld erwirtschaften.

Aber ist es nicht eine falsche, von uns Ärzten seit langem beklagte Ausbildungsentwicklung, wenn bei 80 Millionen Einwohnern jährlich 11 000 Mediziner ihr Studium abschließen, von denen weniger als 9000 gebraucht werden und jeder einzelne etwa 500 000 DM Ausbildungskosten verursacht? Zum Vergleich: In den USA gibt es bei 260 Millionen Einwohnern gerade 16 000 Jungärzte im Jahr.

Zulassungsbegrenzungen, wie sie bereits in einigen Ländern der Europäischen Union erfolgreich funktionieren, sollten von der Politik dringend in Angriff genommen werden – wie von der Ärzteschaft seit Jahren gefordert.

Das seit Januar 1996 gültige Arbeitszeitgesetz ist sowohl aus juristischer Sicht, als auch aus ärztlicher Sicht umstritten. Es wird der besonderen Situation der Krankenhäuser nicht gerecht und geht entweder zu Lasten der Ärzte oder auf Kosten der Qualität und Sicherheit der Arbeit im Krankenhaus. Das Krankenhaus-Finanzierungsrecht und die knappen Ressourcen verhindern die Erhöhung der notwendigen Planstellen, die das Arbeitszeitgesetz erfordert. Die durch wirtschaftlichen Zwang hervorgerufenen kurzen Liegezeiten im Krankenhaus führen zu einer enormen Zunahme der Belastungen

einerseits der Patienten und andererseits des ärztlichen und pflegerischen Personals.

Wir Ärzte in Klinik und Praxis sind enttäuscht und traurig, für die Misere im Gesundheitswesen immer wieder verantwortlich gemacht zu werden – obgleich gerade wir unter hohem Einsatz an Zeit und eigener Gesundheit versuchen, trotz aller Einschränkungen und Regresse weiterhin eine quantitativ und qualitativ gute Arbeit zu leisten. Mit Sorge beobachten wir, in welche Richtung sich das einst beste Gesundheitswesen der Welt entwickelt. Natürlich wissen wir, daß die Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zwischen 1991 und 1996 um 30 % gestiegen sind. Aber wir fragen uns, wo dieses Geld bleibt, angesichts der sinkenden Ausgaben in der ambulanten Medizin und den großen Sparbemühungen der Krankenhäuser.

Humane Medizin, auch für die sozial schwachen Menschen

Die meisten Ärzte stimmen mit Ihnen, Frau Ministerin Stamm, überein, an dem bewährten Solidarprinzip festzuhalten. Aber wenn wir eine hochleistungsfähige und gleichzeitig humane Medizin für alle, also auch für die sozial schwachen Menschen wollen, erfordert dies auch einen hohen Personalaufwand. Der Dienstleistungssektor Gesundheitswesen könnte viele Arbeitsplätze schaffen und damit auch der hohen Arbeitslosigkeit entgegenwirken.

Von der Vielzahl der vorhandenen Probleme habe ich nur von einigen berichtet, die uns in München am meisten bekümmern. Für diese Probleme Lösungen mit Intelligenz, Engagement und Konfliktfähigkeit zu erarbeiten, ist nicht nur die Ärzteschaft im Krankenhaus, in freier Praxis und in der Verwaltung gefordert, sondern sie sollten eine gemeinsame Aufgabe aller gesundheitspolitischer Partner sein – vor allem im Interesse und zum Wohl unserer Patienten. In diesem Sinne wünsche ich allen engagierte Diskussionen mit konstruktiven Ergebnissen, aber auch ein wenig Zeit am Rande, das Jubiläum in manch' persönlicher Runde und im fröhlichen Ambiente Münchens gebührend zu feiern. □

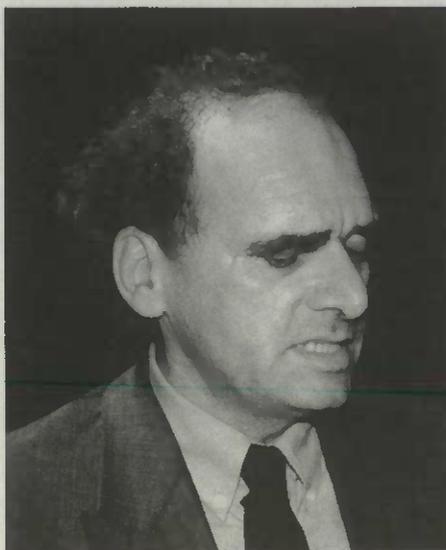
Die Stadt München unterstützt die praktische Ausbildung am Krankenbett

Grußwort des Berufsmäßigen Stadtrats
Joachim Lorenz

Es ist mir eine große Ehre und Freude, Sie als Vertreter der bayerischen Ärzteschaft zur Eröffnung des 50. Bayerischen Ärztetages in unserer Landeshauptstadt in Vertretung unseres Oberbürgermeisters herzlich willkommen zu heißen, und ich gratuliere Ihnen ganz herzlich zu diesem Jubiläum. Ich verbinde mit diesem Willkommensgruß zugleich meinen Dank als der für die Gesundheitspolitik zuständige Referent des größten kommunalen Krankenhausträgers und des größten kommunalen öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland für die gute und aufgeschlossene Zusammenarbeit mit den ärztlichen Landesvertretungen. Nur beispielsweise möchte ich hinweisen auf unser gemeinsames Anliegen, im Interesse unserer Patienten die Kommunikation zwischen den städtischen Kliniken und der Ärzteschaft durch die Zusammenarbeit im Gesundheitsbeirat der Stadt München zu verbessern.

Die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung unserer Bürger hängt im wesentlichen davon ab, daß die Studieninhalte bestmöglich in die Praxis umgesetzt werden. Dabei hat sich für den ärztlichen Nachwuchs insbesondere die praktische Ausbildung am Krankenbett als ein besonders ernstes Problem ergeben. Die Stadt München sieht es als vornehme Aufgabe an, den für die Ausbildung der Studenten verantwortlichen Universitäten Hilfeleistung und Unterstützung zu geben. Hierzu möchte ich darauf hinweisen, daß die vier städtischen Großkrankenhäuser mit Studienplätzen für die Ausbildung nach wie vor zur Verfügung stehen.

Bei den zahlreichen Themen, mit denen Sie als Delegierte des „bayerischen Ärzteparlaments“ sich in den nächsten Tagen befassen werden, stehen neben



der ärztlichen Berufsordnung als zentrale Punkte auch Fragen von Leitlinien, Richtlinien und Standards zur Diskussion.

Es entspricht der Unsicherheit und Skepsis unserer Zeit, daß die „soziale Dimension“ der Medizin, die Stellung des Arztes in der Gesellschaft, das ärztliche Selbstverständnis und der Kernbereich jeglichen ärztlichen Tuns, nämlich das Verhältnis Arzt – Patient, immer mehr in die öffentliche Auseinandersetzung gerückt werden. Die Bereitschaft, sich der Kritik zu stellen, aber auch klare Antworten auf diese Fragen zu suchen, erwartet der Bürger auch von der Ärzteschaft.

„Wo ihr euch nicht einigen könnt ...“

Daß diese Probleme nicht neu sind, sondern auch in vergangenen Zeiten – wenn auch in anderer Dimension – virulent waren, zeigt ein etwas amüsanter Blick auf ein historisches Dokument, nämlich das städtische Eidbuch aus dem Jahre 1488. Ich darf daraus den Eid der Münchner Stadtärzte in gekürzter Fassung zitieren:

„Ihr werdet schwören, daß ihr Arme und Reiche hier treulich beraten und fleißig darauf lesen und studieren wollt, auch die Krankheit nicht verlängern noch großziehen und keine Arznei, die nicht bewährt ist, versuchen und niemand mit dem Lohn beschweren, sondern auch nach Art der Krankheit und des Kranken Vermögen gütlich abfinden wollt. Wo ihr euch aber mit einem oder mehr Kranken und Patienten nicht einigen könnt, alsdann wollest ihr den Rat oder den Bürgermeister allhier entscheiden lassen.“

Ich glaube, heute haben Sie es nicht mehr notwendig, den Gemeinderat oder den Bürgermeister entscheiden zu lassen. Sie haben hier Ihre eigenen Regelungen und Möglichkeiten gefunden und ich hoffe auch in unser aller Interesse.

Heute wird Medizin nicht mehr nur als Heilkunde für seelische und körperliche Leiden und Gebrechen angesehen, sondern sie ist wesentlicher Bestandteil einer absoluten Glückserwartung – und nicht selten zumindest – bis hin in den sozialen Bereich geworden; mit anderen Worten: Ein probates Mittel eines Lebens ohne Risiko. Mit dieser persönlichen Sicherheitssucht korrespondiert die Verwechslung von Gesundheit mit ärztlicher Versorgung. Bezeichnend ist dafür die zunehmende Hochrüstung in der Medizintechnik. Die Frage nach der ethischen Vertretbarkeit der medizinischen Mittel stellt sich immer mehr.

Konfliktlösung – nicht durch Konfrontation

Auf der anderen Seite ist die Finanzierbarkeit unseres Versorgungssystems in den letzten Jahren immer stärker ins Visier der Politik geraten. Ob die gesetzlich eingeleiteten und weiter zu er-

Den ärztlichen Sachverstand verstärkt in die Politik einbringen

– Weitere Reformen im Gesundheitswesen sind notwendig

Grußwort des Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages
Dr. med. Karsten Vilmar

Es ist mir eine große Ehre und Freude, allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern des 50. Bayerischen Ärztetages die Grüße der Bundesärztekammer zu überbringen, der Bayerischen Landesärztekammer zu diesem Jubiläum zu gratulieren und allen in der Bayerischen Landesärztekammer Tätigen – sei es ehrenamtlich oder hauptamtlich –, vor allem aber allen Mitgliedern der Bayerischen Landesärztekammer, die als Ärztinnen und Ärzte eine gute Versorgung der Patienten in Bayern gesichert haben, herzlich zu danken für das, was sie in den vergangenen fünf Jahrzehnten geleistet haben!

Es waren schwierige Aufbaujahre. Ein solches Jubiläum kann Anlaß zur Besinnung, zur Rückschau sein; es soll



aber auch Standortbestimmung für die Zukunft sein.

(Fortsetzung von Seite 346)

wartenden Kostendämpfungsmaßnahmen sich als tragfähig erweisen werden, muß so lange bezweifelt werden, bis die zentrale Ursache, nämlich der Einnahmenschwund der gesetzlichen Krankenversicherung, zum Fokus der Diskussion wird. Deshalb ist bei allen im Gesundheitswesen Verantwortlichen – seien es Ärzte, Krankenhaus-träger, Kostenträger, aber auch Politiker – die Einsicht erforderlich, daß Konfliktlösungen nicht durch Konfrontation erfolgen können. Die heute in weiten Bereichen üblich gewordenen Verteilungskämpfe werden geführt nach Art des blinden Krokodils, das bemüht ist, sich vom Schwanz her aufzufressen und sich dann wundert, warum die Brocken immer dicker und größer werden.

Fairneß bei allem harten sachlichen Ringen und ein partnerschaftliches Zueinanderfinden der Beteiligten wird

allein die Grundlage sein müssen für eine erfolgreiche Gesundheitspolitik. Für Ihre Beratungen bei diesem Ärztetag wünsche ich Ihnen auch in diesem Sinn viel Erfolg und ein positives Echo.

Zugleich darf ich die auswärtigen Gäste einladen zu einer Begegnung mit unserer Stadt. Ich hoffe, daß Sie neben Ihrer intensiven Tagungsarbeit auch Zeit und Gelegenheit finden werden, ein wenig von der kulturellen Vielfalt und Lebensfreude in München – auch wenn das Oktoberfest schon vorbei ist – zu genießen.

Möge die Zeit in unserer Stadt für Sie also nicht nur in beruflicher Hinsicht gewinnbringend sein, sondern auch viele – oder wenigstens einige – unbeschwerte Stunden beinhalten, die Ihnen zum Sammeln neuer Kräfte verhelfen; denn in einem Ärzteblatt habe ich unlängst gelesen: „Müßiggang ist aller Ideen Anfang!“ □

50 Jahre beispiellose Fortschritte der Medizin

Wenn wir die Medizin betrachten, so stellen wir fest, daß wir in den vergangenen 50 Jahren Fortschritte erzielt haben, wie in keinem anderen vergleichbaren Zeitraum zuvor. Mit einer beispiellosen qualitativen Verbesserung und quantitativen Erweiterung des Leistungsspektrums der modernen Medizin ist eine erhebliche Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung verbunden. Die Menschen früherer Zeiten dürften viele der Probleme, die uns heute aus wirtschaftlichen Gründen bedrängen, überhaupt nicht verstehen oder sie als geringfügig betrachten. Galt es doch noch bis in unsere Zeit als inhuman, im Zusammenhang mit Krankheit und Tod finanzielle Überlegungen anzustellen. Und trotz der zweifellos heute bestehenden Probleme müssen wir uns immer wieder klar machen, daß wir die Folgen der Erfüllung großer Sehnsüchte der Menschen bewältigen müssen: Stets wollten Menschen länger leben. Dies ist durch die Fortschritte der Medizin möglich geworden, häufig allerdings um den Preis der Dauerbehandlungsbedürftigkeit, verbunden mit einer zunehmenden Multimorbidität. Daraus folgt: je leistungsfähiger die Medizin wird, um so mehr Menschen wird es geben, die erfolgreich behandelt werden können und damit steigen unausweichlich auch die Kosten.

Diese Entwicklung der Medizin war mit Spezialisierung und Differenzierung verbunden. Wir haben es in Klinik und Praxis bemerkt: Die Vielzahl der Fachgebiete, Schwerpunkte, Zusatzbezeichnungen, Fachkunden usw. sind ein Zeugnis dafür. Diese Entwicklung der Medizin hat aber auch Auswirkungen auf die Arzttahentwick-

lung gehabt, nicht nur in bezug auf die reine Kopfzahl, sondern auch auf die Verteilung der Ärzte zwischen den einzelnen Spezialitäten und den hausärztlich tätigen Ärzten, zwischen Klinik und Praxis. Die Entwicklung der Medizin hat aber auch die Demographie unserer Bevölkerung nachhaltig verändert.

Folgen politischer Fehlentwicklungen

Wir haben heute aber auch mit Folgen unterlassener oder fahrlässiger politischer Entscheidungen der sechziger oder siebziger Jahre zu tun: Ich erinnere an die Bildungspolitik, die Mobilisierung der Bildungsreserven, die uns diese Vielzahl von Studenten – und Hochschulabsolventen auch in der Medizin – beschert hat; die zunehmende Reglementierung durch in immer schnellerer Folge verabschiedete „Jahrhundertgesetze“; aber auch den „Verschiebepark“ innerhalb der sozialen Sicherungssysteme; von Aufgaben, die eigentlich Aufgaben des Steuerzahlers wären hin zur Bezahlung durch die Beitragszahler.

An versicherungsfremden Leistungen sind im letzten Jahr von den Sozialsystemen rund 200 Milliarden DM bezahlt worden, davon hat nur ein Drittel der Staat refinanziert.

Jetzt ist Vorfahrt für die Selbstverwaltung das neue Motto. Zweifellos hat der Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer mit der Vorfahrt für die Selbstverwaltung eine Zäsur in der Gesundheitspolitik eingeleitet. Daß nicht alles so realisiert werden konnte, wie es mit den vielen Beteiligten in langen Gesprächen vereinbart war, liegt an der politischen Blockade zwischen Bundesrat und Bundestag. Dennoch ist das, was der Bundesgesetzgeber erledigen

konnte, mit dem Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der Gesetzlichen Krankenversicherung jetzt gemacht, das ja immer nur in der Kurzfassung „2. GKV NOG“ zitiert wird und von dem behauptet wird, daß es ein reines Zuzahlungsgesetz sei. Dieses stimmt jedoch nicht, denn vor allem der Handlungsraum der Selbstverwaltung ist erweitert worden, sei es der Krankenkassen, sei es der Ärzteschaft und ihrer Selbstverwaltungskörperschaften.

Die ärztliche Selbstverwaltung sollte ihre Chance nutzen

Weitere Reformen sind allerdings notwendig! Hier ist aber ein Zusammenwirken von Bund und Ländern gefragt. Die Länder sind insbesondere deshalb aufgerufen, weil das Gesundheitswesen nach den Kompetenzregelungen des Grundgesetzes weitgehend Ländersache ist. Dennoch sollten wir in der ärztlichen Selbstverwaltung die uns eingeräumten Möglichkeiten jetzt nutzen. Es ist nunmehr endlich möglich, die Qualitätssicherung ärztlicher Tätigkeit auch von der Ärzteschaft mit zu beeinflussen und zu verhindern, daß das, was bislang unter der Überschrift „Qualitätssicherung“ von Krankenkassen und Deutscher Krankenhausgesellschaft auf den Weg gebracht worden ist, unverändert weitergeführt wird, weil dies einfach eine Qualitätskontrolle, ein Abfragen erbrachter Leistungen war und zu „Datenfriedhöfen“ geführt hat, von denen bis heute keiner weiß, wie sie ausgewertet werden sollen und welche Konsequenzen das haben wird.

In § 137 a Absatz 1 und 2 des SGB V hat jetzt die Ärzteschaft eine Legitimation bekommen, Qualitätssicherung inhaltlich zu definieren. Wir werden das gemeinsam mit den Kas-

senärztlichen Vereinigungen machen müssen, aber auch gemeinsam zwischen Bundesärztekammer und Landesärztekammern, wenn die Sache Erfolg haben soll.

Weitere Aufgaben kommen aus anderen Gesetzen auf uns zu: aus dem Transplantationsgesetz zum Beispiel, wo die Bundesärztekammer vom Gesetzgeber aufgerufen ist, gemeinsam mit Krankenkassen und DKG eine Koordinationsstelle zu bilden, aber auch andere Gremien, die sich zur Allokation zu äußern haben und zu den Todeskriterien; ähnliches ist im Entwurf eines Transfusionsgesetzes vorgesehen.

Bei der Qualitätssicherung werden wir uns vor allem um Effektivität und Effizienz ärztlichen Handelns bemühen müssen. Zu diesem Zweck werden Leitlinien und Empfehlungen in engem Zusammenwirken mit den Körperschaften der verfaßten Ärzteschaft und der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlich-medizinischer Fachgesellschaften erarbeitet werden. Mit den wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften haben wir in eingehenden Gesprächen gemeinsam mit dem Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion kürzlich im Bundesministerium für Gesundheit Übereinstimmung erzielt, daß es erforderlich ist, zu unterteilen, was „notwendig“, was „nützlich“, was „wünschenswert“ und was „überflüssig“ ist; was obsolet ist, braucht in Leitlinien nicht mehr enthalten zu sein.

Leitlinien: Überschneidung von Sozial- und Haftungsrecht

Es stellt sich mit den Leitlinien dennoch die Frage, welches Restrisiko dem einzelnen Patienten und der Gesellschaft zugemutet werden kann und von ihnen jeweils getragen werden muß. Es gibt aufgrund der Leitlinien Überschneidungen zwischen Sozialrecht und Haftungsrecht des Arztes. Auch um diese Probleme werden wir uns kümmern müssen. Ferner sind nicht nur nosologisch aufgebaute Leitlinien zu entwickeln, sondern – gerade für die hausärztliche Versorgung – auch symptomatologisch gegliederte Leitlinien, damit man den anderen Anforderungen dort gerecht wird – andere Anfor-

Therapie-Symposium '97

am 3. Dezember 1997 in Köln

Veranstalter: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft

Auskunft:

Dr. K.-H. Munter, Geschäftsstelle der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Aachener Straße 233-237, 50931 Köln, Telefon (02 21) 40 04-525 oder 528, Telefax (02 21) 40 04-5 39

derungen zwar wegen der Art der Tätigkeit, aber dennoch müssen wir gleiche Tatbestände nach gleichen Kriterien beurteilen. Es kann keinen Unterschied in der Qualität der Versorgung zwischen Klinik und Praxis geben: eine sektorale Betrachtung wäre hier völlig fehl am Platz.

Natürlich müssen die Körperschaften die Legitimation haben, derartige Empfehlungen, Leitlinien und Richtlinien zu veröffentlichen und durchzusetzen. Bei den Arzneimittel-Empfehlungen geht es vor allem um die Legitimation der Körperschaften, derartige Empfehlungen abgeben zu können, ohne sofort mit einstweiligen Verfügungen bedroht oder überzogen zu werden, weil das Wettbewerbsrecht für die erkennenden Richter offenbar Vorrang vor dem Sozialrecht hat.

Bei der Diskussion um die dauerhafte Sicherung von Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit müssen wir uns aber auch fragen, wo die Grenzen des Sozialstaates gezogen werden. Was soll künftig noch von der Solidargemeinschaft bezahlt und was muß von den

Steuerzahlern bezahlt werden und was schließlich muß man in die Eigeninitiative und Eigenverantwortung geben? Durch Rückbesinnung auf Eigeninitiative und Eigenverantwortung kann die Solidarität nur gestärkt werden mit dem Ziel, den wirklich Bedürftigen auch künftig helfen zu können.

Die Selbstverwaltung ist keine staatliche Auftragsverwaltung

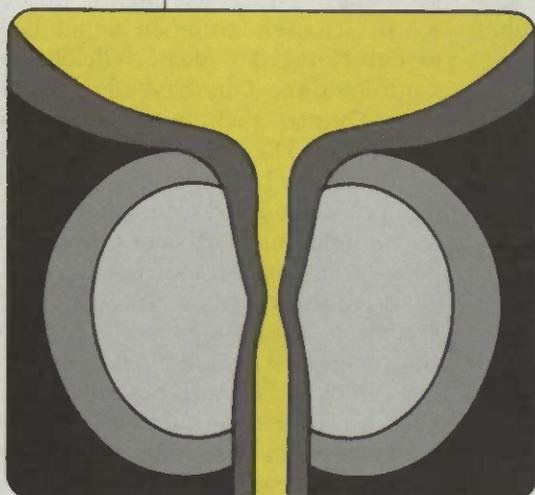
„Vorfahrt für die Selbstverwaltung“, so lautet das Motto: Der Staat darf allerdings Selbstverwaltung nicht als staatliche Auftragsverwaltung und erst recht nicht für die Regelung von unlösbaren Problemen heranziehen und mißbrauchen, für die es nach objektiven Kriterien entweder gar keine Lösung gibt oder aber für deren Lösung den verantwortlichen Politikern Einsicht, politischer Wille oder Mut – vielleicht auch alles zusammen – fehlen. Ärzte und ärztliche Selbstverwaltung müssen unter Rückstellung zwar manchmal verständlicher Partikularinteressen ihren aus medizinisch-wissen-

schaftlichen Erkenntnissen und aus der täglichen ärztlichen Erfahrung gewonnenen Sachverstand in einer die großen Bereiche ambulante und stationäre Versorgung sektorübergreifenden Betrachtungsweise zur Lösung der vielfältigen Probleme verstärkt in die Politik einbringen. Nur so wird es möglich sein, sachgerechte Lösungen zu bewirken und Regelungen zu verhindern, die mehr aus Unkenntnis der Zusammenhänge oder aus rein populistischen Gründen mit Blick auf Wahltermine formuliert werden.

Zur Sicherung unseres freiheitlichen Gesundheitssystems und der beruflichen Unabhängigkeit und Entscheidungsfreiheit sowie der Freiberuflichkeit der Ärzte als wichtigste Voraussetzungen für eine individuelle ärztliche Versorgung der Patienten wünsche ich der Bayerischen Landesärztekammer in guter Partnerschaft mit allen anderen Ärztekammern Deutschlands auch in den kommenden Jahrzehnten eine erfolgreiche Arbeit zur Sicherung von Frieden und Freiheit sowie sozialer Sicherheit in Deutschland und in Europa! □

PROSTAMED®

**Prostatasyndrom mit Harnverhaltung,
Miktionsbeschwerden und Restharn, Reizblase,
auch bei Frauen**



Zusammensetzung: 1 Tablette Prostamed enthält: Kürbisglobulin 0,1 g, Kürbismehl 0,2 g, Kakao 0,05 g, Extr. fl. Herb. Solidag. 0,04 g, Extr. fl. Fol. Popul. trem. 0,06 g, Sacch. lact. ad. 0,5 g.

Anwendungsgebiete: Prostata-Adenom Stadium I und beginnendes Stadium II mit Miktionsbeschwerden, Reizblase.

Dosierung: 3x täglich 2-4 Tabletten einnehmen.

Handelsformen und Preise: Prostamed-Tabletten:

60 St. (N1) DM 9,38; 120 St. (N2) DM 16,34;

200 St. (N3) DM 24,32; 360 St. DM 38,73.



Dr. Gustav Klein, Arzneipflanzenforschung,
77732 Zell-Harmersbach/Schwarzwald

Selbstverwaltung – das bedeutet Freiheit, aber auch Bindung und Verantwortung

- Die Ärzteschaft sollte ihre Handlungsspielräume nutzen
- Neue Möglichkeiten durch „Strukturverträge“
- Arbeitslosigkeit führt zu Defiziten der Krankenversicherung

Rede von Staatsministerin Barbara Stamm

Zunächst habe ich die Ehre, aber auch die Freude, Ihnen – auch in Vertretung des Herrn Ministerpräsidenten – die besten Grüße und Wünsche der Bayerischen Staatsregierung zu überbringen. Sehr gern bin ich Ihrer Einladung zur Auftaktveranstaltung des 50. Bayerischen Ärztetages gefolgt. Dies selbstverständlich nicht wegen des heute kurzen Wegs, sondern wegen der Bedeutung Ihrer heutigen Jubiläumsveranstaltung.

Sie haben für Ihre „Geburtstagsfeier“ den Geburtsort des Ärztetages gewählt. In bitterer Kälte und im unbeschreiblichen Elend der Nachkriegszeit ist am 25. und 26. Januar 1947 der Ärztetag erstmals im Münchner Rathaus zusammengetreten. Dieser Ort machte damals den Zusammenhang mit der Wiederentstehung der deutschen Länder und damit auch des Freistaats Bayern nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges deutlich. Mit der Wiederentstehung des Freistaats Bayern steht die Geschichte des Bayerischen Ärztetages und damit der ärztlichen Berufsvertretung in Bayern auch deshalb in innerem Zusammenhang, weil die Bayerische Staatsregierung mit Genehmigung der US-Militärregierung bereits im Mai 1946 mit dem Gesetz Nr. 25 das Bayerische Ärztegesetz in Kraft gesetzt hat. Auf dessen Grundlage entstand u. a. die körperschaftlich verfaßte ärztliche Berufsvertretung aller Ebenen mit all ihren Organen in Bayern neu.

Die Reaktivierung des Selbstverwaltungsprinzips nach Kriegsende im



kommunalen Bereich, im wirtschaftlichen Bereich und im Bereich der freien und damit auch der Heilberufe hat sich bewährt. Getragen von den Aspekten der Orts-, Bürger- oder Sachnähe paßt es nahtlos in unsere freiheitliche, demokratische, föderalistische und gewaltenteilige Verfassungsordnung. Das Bundesverfassungsgericht hat den Autonomiegedanken gerade im Bereich der berufsständischen Selbstverwaltung in seinem 1972 ergangenen Facharztbeschuß gewürdigt und gerechtfertigt.

Bezieht man die aktuellen Bestrebungen zum „schlanken Staat“ oder zur „Deregulierung“ ein, dann ist der Selbstverwaltungsgedanke als Instrument einer „Entstaatlichung“ sogar

sehr modern. Trotz des gelegentlich pauschalierenden wie polemisierenden Vorwurfs, Berufsvertretungskörperschaften neigten zu „zünftischem“ Verhalten, gibt es zu ihm keine Alternative.

Anerkennung für die Arbeit der Landesärztekammer

Das den ärztlichen Berufskörperschaften eingeräumte Recht der Selbstverwaltung bedeutet einerseits Freiheit, andererseits Bindung und Verantwortung. Darüber hat der Staat in Gestalt der Rechtsaufsicht zu wachen. Da der parlamentarische Gesetzgeber der ärztlichen Berufsvertretung andererseits ein allgemeines gesundheits- und berufspolitisches Mandat eingeräumt hat, kann sie in wesentlichen Lebensbereichen Politik aktiv mitgestalten. Daß es dabei auch zu Meinungsverschiedenheiten und Konflikten zwischen der Politik des Staates und der Körperschaften kommen kann, liegt in der Natur der Sache. Gleichwohl kann ich ohne Übertreibung und vor allen Dingen auch mit Dankbarkeit feststellen: Die Bayerische Landesärztekammer hat es stets verstanden, ihre politischen und rechtlichen Handlungsspielräume effizient, sachbezogen, verantwortungsbewußt und ausgewogen sowohl im Interesse des gesamten Berufsstandes als auch im Interesse der Allgemeinheit zu nutzen. Das möchte ich ganz besonders hervorheben und Ihnen allen ganz herzlich danken, Ihnen besonders Herr Präsident Dr. Hege und all denen, die Ihnen

zur Seite stehen und Sie in Ihrer nicht leichten Aufgabe im engsten Kreis unterstützen, ich möchte auch hier ausdrücklich Herrn Dr. Frenzel mit einbeziehen.

An dieser Stelle möchte ich auch die Persönlichkeit, die die Geschicke der Berufsvertretung, die ärztliche Berufs- und generell die Gesundheitspolitik in Bayern und Deutschland maßgeblich geprägt hat, nicht unerwähnt lassen: Sie, sehr geehrter Herr Professor Dr. Hans Joachim Sewering. Sie waren nicht nur von 1955 bis 1991, also fast 36 Jahre, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, sondern Sie haben in vielen weiteren herausragenden Positionen auf Bundes- und Landesebene zugunsten der Ärzteschaft verantwortlich gehandelt.

Ich möchte es bei diesem kurzen historisch angehauchten Abriß bewenden lassen. Denn diese Veranstaltung ist auch Auftakt für ein ganz normales Arbeitspensum, in dessen Rahmen der Bayerische Ärztetag sich mit aktuellen gesundheitspolitischen Themen und mit wichtigen Satzungsvorlagen befassen soll. Sie erwarten deshalb zu Recht von mir Äußerungen zur aktuellen gesundheits- und berufspolitischen Lage. Zentralthema der Ärzte im niedergelassenen Bereich ist sicherlich zur Zeit deren wirtschaftliche Situation. Hier kann ich gleichzeitig nahtlos an meine Betrachtungen zur Selbstverwaltung anknüpfen.

Im internationalen Vergleich steht die Gesundheitsversorgung in Deutschland an der Spitze. Ob bei der Krankenhausversorgung, bei der ambulanten ärztlichen Betreuung oder bei der Möglichkeit, Heil- oder Hilfsmittel in Anspruch zu nehmen: Nicht nur auf diesen Gebieten ist die Qualität und die Quantität der medizinischen Versorgung der deutschen Bevölkerung hervorragend. Trotz aller Kritik an der Gesundheitspolitik gilt: Die Rahmenbedingungen für eine gute, am medizinischen Fortschritt orientierte Versorgung stimmen. Aber stimmen die Rahmenbedingungen auch für diejenigen, die die medizinische Verantwortung dafür tragen?

„Die Situation der Ärzteschaft ist zunehmend kritischer geworden“

Die öffentlichen Mißmutsäußerungen vieler Arztgruppen im letzten Jahr lassen auf Gegenteiliges schließen: Demonstrationen gegen Arzneimittelbudgets, Punktwertverfall oder unzureichende Praxis-Budgets bestimmten die Schlagzeilen. Unüberhörbar wurde auch die Politik für viele innerärztliche Verteilungsprobleme verantwortlich gemacht.

Tatsächlich haben in der Vergangenheit die Ärzte als eine der wenigen Gruppen in der medizinischen Versorgung ihren Beitrag dazu geleistet, die Ausgaben in der gesetzlichen Kran-

kenversicherung in Schach zu halten. Im Gegensatz zu den durchschnittlichen Ausgabensteigerungen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verzeichneten sie in den letzten Jahren deutlich unterproportionale Ausgabenzuwächse. Der Anteil der ärztlichen Behandlung an den Leistungsausgaben der GKV ist kontinuierlich zurückgegangen. Lag er 1975 noch bei 19,4 %, sank er auf 16,7 % im Jahre 1996. Und das, obwohl die Zahl der Vertragsärzte in diesem Zeitraum von rund 64 000 auf rund 121 900 gestiegen ist. Diese Zahlen zeigen überdeutlich: Die Situation der Ärzteschaft als Schaltstelle der medizinischen Versorgung ist in den letzten Jahren zunehmend kritischer geworden.

Trotzdem kann – und da besteht meines Erachtens Verständnis bei der Ärzteschaft – die Politik schon aus volkswirtschaftlichen Gründen den Ausgabenhahn nicht zugunsten der Ärzte aufdrehen. Durch das 2. NOG haben wir jedoch zumindest die Voraussetzungen dafür geschaffen, den Honorarumsatz für den Vertragsarzt wieder kalkulierbar zu machen. Die neue Form der zu vereinbarenden Gesamtvergütung sichert dem einzelnen Arzt einen festen Punktwert zu, soweit das sogenannte arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumen nicht überschritten wird. Zudem wird das Morbiditätsrisiko gegenüber den aus dem Gesundheits-Reformgesetz heraus entwickelten Kopfpauschalen wieder auf die Krankenkassen zurückverlagert.

Politik will sich in innerärztliche Verteilungsfragen nicht einmischen

Soweit einzelne Fachgruppen innerhalb der Ärzteschaft im letzten Jahr verstärkt die Politik aufgefordert haben, regulierend in innerärztliche Vergütungsfragen einzugreifen, sehe ich hierzu nur sehr begrenzten Handlungsbedarf, in erster Linie jedoch keine Handlungskompetenz. War es nicht die Ärzteschaft selbst, die in besseren Jahren ein Mitreden der Politik zu Honorarverteilungsfragen vehement ablehnt hat? Im übrigen frage ich Sie: Woher soll die Politik, die ja ganz offensichtlich in Vergütungsfragen nicht die der Ärzteschaft zugestandene Sachnähe besitzt, gelungener Lösungsansätze hervorzaubern,



Auf die Rahmenbedingungen kommt es an – Ministerialrat Dr. Friedrich Dünisch, Justitiare Dr. Herbert Schiller und Dr. Gerhard Till (von rechts)

als die vorhandene Kompetenz der Ärzteschaft? Freilich könnte die Politik dann gefordert sein, wenn die Interessen einzelner fachlicher Minoritäten in der Ärzteschaft durch Mehrheitsentscheidungen völlig unberücksichtigt bleiben und dadurch Fehlsteuerungen im System erreicht werden. Ich denke zum Beispiel an die Gefahr des Abschiebens ambulant zu behandelnder Versicherter in stationäre Einrichtungen. Für das Überschreiten dieser Interventionsschwelle gibt es jedoch aktuell noch keine Anzeichen.

Meines Erachtens kann nur durch strukturelle Umverteilungen innerhalb der Gesamtausgaben der GKV auf die Vergütungssituation der Ärzte Einfluß genommen werden. Wenn beispielsweise ärztlich veranlaßte Leistungen, Krankenhauseinweisungen oder Mehrfachbehandlungen auf das medizinisch unbedingt notwendige Maß zurückgeführt werden können, vergrößert sich der Handlungsspielraum der Krankenkassen für andere Bereiche. Nicht nur deshalb stehe ich der Ankündigung einzelner Arztgruppen, aus Vergütungsgesichtspunkten heraus vermehrt Krankenhauseinweisungen vorzunehmen, strikt ablehnend gegenüber. Dadurch wird der enorme Kostenfaktor Krankenhaus weiter belastet statt entlastet, Handlungsspielraum für den ambulanten Bereich verschont.

Verzahnung von ambulant und stationär: es besteht Handlungszwang

Für weitaus erfolgsversprechender halte ich es, wenn Ärzteschaft, Krankenkassen, Bayerische Krankenhausesellschaft und sonstige Leistungserbringer gemeinsam und konstruktiv nach Wegen hin zu einer besseren Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich suchen. Auch die Vernetzungsmöglichkeiten innerhalb der ambulanten Versorgung enthalten zahlreiche Wirtschaftlichkeitsreserven. Nach meinem Dafürhalten werden in diesem für eine wirtschaftliche medizinische Versorgung so grundsätzlichen Bereich viel zu viele Partikularinteressen vertreten.

Um die Verdrossenheit der Bürger mit unseren staatlichen Systemen nicht

weiter zu fördern, appelliere ich an die Selbstverwaltung: Gehen Sie zugunsten des einzelnen Versicherten, aber auch zugunsten der Akzeptanz und der Wirtschaftlichkeit unserer sozialen Sicherungssysteme neue gemeinsame Wege! Hinsichtlich des Handlungszwangs sitzen Sie hier mit der Politik in einem Boot.

Bayern sollte eine Vorreiterrolle übernehmen und „strukturell neue Wege gehen“

Leider, und hier kann ich der Selbstverwaltung Kritik nicht ganz ersparen, liegen uns bislang keine konzeptionellen Vorschläge vor, wie die Frage der besseren Verzahnung in Bayern aktiv und zeitnah vorangetrieben werden kann. Ich bitte die Selbstverwaltung deshalb, dieses Thema nicht nur beschaulich zu bearbeiten, sondern uns baldmöglichst gemeinsam erarbeitete konstruktive Vorschläge zu unterbreiten, die es Bayern ermöglichen, auch in Fragen der Vernetzung eine Vorreiterrolle zu übernehmen. Sie sehen es mir nach, Herr Präsident Vilmar, daß wir da großen Wert darauf legen, was die Vernetzung anbelangt, um eben hier auf der einen Seite den Patienten gerecht zu werden, aber auf der anderen Seite auch alle Wirtschaftlichkeitsreserven zu nutzen, wenn wir hier auch wiederum – wie in vielen anderen Dingen auch in der Vergangenheit – wieder eine Vorreiterrolle hätten.

Die gesetzlichen Voraussetzungen, strukturell neue Wege zu gehen, liegen seit 1. Juli 1997 mit dem 2. GKV-NOG vor. Im Vertragsbereich erhalten Vertragsärzte und Krankenkassen durch sogenannte Strukturverträge die Möglichkeit, neue Versorgungs- und Vergütungsstrukturen durch Hausärzte oder vernetzte Praxen zu vereinbaren. Darüber hinaus haben die Krankenkassen und ihre Verbände zur Verbesserung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung erweiterte Möglichkeiten zur Durchführung von Modellvorhaben erhalten. Im Zusammenwirken mit den Kassenärztlichen Vereinigungen können auch Modellvorhaben für den Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und Maßnahmen zur Vermeidung des „Doctor-hopping“ vereinbart werden.

Es liegt jetzt an der Selbstverwaltung, diese Handlungsspielräume mit Leben zu erfüllen – „Leben“, das nicht nur der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven dient, sondern auch helfen kann, das Vertragsrecht innovativ weiterzuentwickeln. Allerdings möchte ich hier in dieser Stunde auch ganz deutlich sagen: Ich verstehe unter Selbstverwaltung und innovativer Weiterentwicklung nicht unbedingt, sich dem Diktat der Krankenkassen auszusetzen. Ich bin der Meinung: Wir haben auch hier Möglichkeiten geschaffen, wenn ich nur an die Partnerschaftsmodelle in den sogenannten Bereichen der Satzungsleistungen denke. Was heißt denn Partnerschaftsmodell? Partnerschaftsmodell bedeutet, daß hier Ärzteschaft und die Leistungserbringer, ich denke zum Beispiel und vor allen Dingen an den Bereich der Pflege, zusammen mit den Kassen vertraglich die Dinge gestalten. Aber es kann nicht sein, daß hier einseitig von den Krankenkassen bestimmt wird, wie Pflege, etwa im häuslichen Bereich, stattzufinden hat. Das ist nicht nur aus volkswirtschaftlichen Gesichtspunkten, sondern vor allen Dingen auch aus menschlichen und humanitären Gesichtspunkten ganz, ganz wichtig. Selbst wenn Pflegendе zuhause sind, dürfen wir sie nicht überfordern mit dem, was sie zuhause erbringen müssen.

Kostenerstattung hat nichts mit sozialem Abbau zu tun

Eine weitere gesetzliche Neuerung hat in den Sommermonaten für viel vermeidbare Aufregung gesorgt: die Kostenerstattung. Ich darf Ihnen sagen: Ich stehe zur Kostenerstattung. Und darüber kann auch noch so viel geredet und diskutiert werden: Wenn wir wollen, daß die Versicherten mehr Eigenverantwortung für selbstverständlich erachten, dann muß die Transparenz im Gesundheitswesen für den Patienten sichtbarer und deutlicher werden. Das hat nichts mit sozialem Abbau zu tun, wie uns im Zusammenhang mit der Kostenerstattung vorgeworfen wird.

Ein Wahlrecht zwischen Sachleistung und Kostenerstattung, das ausschließlich den Versicherten eingeräumt wurde, entpuppte sich als neues Konfliktpotential zwischen Versicherten,

Die Vereinte garantiert: Vorsorge sofort. Beiträge ab 65 sinkend.

Krankenversicherungs-Beiträge im Alter machen Schlagzeilen:

„... Wer kann sich kranksein im Alter noch leisten?“... „Wird Arztbesuch ab 65 zum Luxus?“... „Mit den letzten Ersparnissen zum Arzt?“... „Prämientlastung für privat Krankenversicherte im Alter gefordert!...“

Soweit die Schlagzeilen aus der Presse.

Sicher muß man solch drastische Aussagen differenziert sehen. Aber: Irgendwann gehen auch Sie in den Ruhestand. Sinkendem Einkommen stehen dann unverändert Beiträge zur Krankenversicherung gegenüber. Um diese möglichst niedrig zu halten, hat die Vereinte spezielle Vorsorgetarife entwickelt. Sie garantieren Ihnen ab dem 65. Lebensjahr eine Beitragssenkung um bis zu 80% Ihres derzeitigen Beitrages. Für nur einen geringen Mehrbetrag monatlich, den wir für Sie gewinnbringend anlegen. Damit Sie im Alter auf nichts verzichten müssen.

Übrigens: Als angestellter Arzt zahlt Ihnen Ihr Arbeitgeber auch zu den Vorsorge-Tarifen einen Zuschuß von 50%.

Wenn Sie Ihren persönlichen Vorsorge-Beitrag wissen möchten – schicken Sie uns ein Fax oder schreiben Sie uns:

Vereinte Krankenversicherung AG, Infozentrale v-hb,
Fritz-Schäffer-Str. 9, 81737 München, Fax 089/6785-3377.

Die Vereinte läßt Sie nicht allein.



Vereinte

Krankenversicherung AG

Ärzten und Krankenkassen. Die Rechtslage ist eindeutig: Jeder Versicherte hat nach dem Sachleistungsprinzip Anspruch auf alle medizinisch notwendigen Leistungen. Ohne dieses Thema hier breiter auswälzen zu wollen: Ein Behandlungsangebot an den Versicherten etwa nach dem Motto: „Wollen Sie gesund werden oder eine Kassenbehandlung als Sachleistung erhalten?“, werde ich rechtsaufsichtlich nicht tolerieren. Ich danke deshalb der Kassenärztlichen Vereinigung sehr für ihre zügigen und unmißverständlichen Klarstellungen zum Thema Kostenerstattung, und wenn dann diese Blätter, die in einzelnen Praxen noch ausgegeben werden, auch noch verschwinden, wäre ich sehr dankbar, damit wir wieder Beruhigung auch an dieser Front bekommen.

Gesundheitspolitik ist schon seit längerem zu einem schwierigen und harten Geschäft geworden. Ich bin das dritte Mal mit dabei; wenn ich das hier noch sagen darf, habe also schon auch bei Blüm die Wege mit beraten. Ich möchte eigentlich kein viertes Mal dabei sein – nicht weil ich amtsmüde bin, sondern weil sich einfach gezeigt hat, daß eben Kostendämpfung uns nicht weiterbringt. Wir müssen vielmehr einfach an die Strukturen mehr herangehen. Das ist schwierig – ein Geschäft, das bisweilen dem nicht lösbar Problem der Quadratur des Kreises nahekommt. Dementsprechend sind schnelle, einfache und alle zufriedenstellende Lösungen nur selten möglich. Ein Beispiel dafür ist auch die ärztliche Ausbildung. Die Diskussion zur ärztlichen Ausbildung ist in Deutschland seit über hundert Jahren ein Dauerthema. Latent wird ihr Theorielastigkeit und unzureichender Praxisbezug bescheinigt.

Die ärztliche Ausbildung neu ordnen – im Interesse des Patienten

Unbestritten ist andererseits, daß die vor allem in Folge des Numerus-Clausus-Urteils des Bundesverfassungsgerichts in den letzten Jahrzehnten auch im Studienfach Medizin exorbitant gewachsenen Studentenzahlen es faktisch unmöglich machen, den Studienabsolventen die erforderliche Berufsbefähigung zu vermitteln. Nicht die inzwischen signifikant schlechten Be-

rufsaussichten für den auf diese Weise laufend produzierten Überschuß an Jungärzten und Jungärztinnen und auch nicht der Schutz der etablierten Ärzteschaft vor Konkurrenz, sondern allein die Pflicht des Staates, die heilungsuchende Bevölkerung vor nicht hinreichend befähigten Ärzten zu schützen, gebieten und rechtfertigen die aktuellen Bestrebungen, die ärztliche Ausbildung wiederum neu zu ordnen.

Vermutlich wären wir diesem Ziel schon einen entscheidenden Schritt näher gekommen, wenn der Medizinische Fakultätentag den Ende 1995 vorgelegten Arbeitsentwurf einer Novelle zur Bundesärzteordnung und zur Approbationsordnung für Ärzte nicht in zentralen Punkten abgelehnt und insoweit mehr oder weniger gegenläufige Vorstellungen vorgelegt hätte. In intensiven und zähen Verhandlungen mit dem Fakultätentag, an denen ja auch unser Ressort tatkräftig und ich meine konstruktiv mitgewirkt hat, zeichnet sich inzwischen eine Kompromißlinie ab, die ich kurz umschreiben darf:

- Anpassung des Ablaufs des Medizinstudiums an die medizinische Entwicklung und die heutigen Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung;
- Verbesserung der berufspraktischen Ausbildung einerseits durch Reduktion der naturwissenschaftlichen Grundlagenfächer auf das medizinisch unbedingt Erforderliche, andererseits Aufnahme von Elementen des fächerübergreifenden Unterrichts;
- Einräumung eines eigenständigen Gestaltungs- und damit auch Verantwortungspielraums der einzelnen Universitäten bei der Gestaltung der Ausbildung, einschließlich studienbegleitender Prüfungen in den klinischen Fächern, und zwar zwischen den künftig nur noch vorgesehenen zwei staatlichen Prüfungsabschnitten nach dem 4. und dem 12. Semester;
- Aufnahme des Fachs Allgemeinmedizin als Wahlfach im praktischen Jahr;
- Einführung einer Modellversuchsklausel;
- möglicher Wegfall der AiP-Praxisphase.

Das Bundesgesundheitsministerium strebt offenbar an, die neue ärztliche Ausbildung bereits bis zum 1. Oktober 1998 ins Werk zu setzen. Allerdings liegt bislang das für die weiteren Entscheidungen unverzichtbare Gutachten der Zentralstelle für die Vergabe von Studienplätzen hinsichtlich der kapazitären Auswirkungen noch nicht vor. Deshalb, aber auch wegen einer Reihe noch klärungsbedürftiger Detailpunkte, denke ich, ist eher Skepsis angezeigt, ob die zeitlichen Vorstellungen des Bundesgesundheitsministeriums realistisch sind.

Weiterbildung zum Allgemeinarzt: Motivations- und Anreizkonzept

Die hoffentlich zu einem guten, wenn gleich möglicherweise nicht zu einem schnellen Abschluß kommenden Verhandlungen zur Neuordnung der ärztlichen Ausbildung stehen in einem engen sachlichen Zusammenhang mit den Absichten, die allgemeinmedizinische Weiterbildung neu zu ordnen und zu fördern, um so die Anforderungen des Sozialgesetzbuches V an die „hausärztliche Versorgung“ mittel- und langfristig zu sichern. Zwischenzeitlich hat im Mai der 100. Deutsche Ärztetag das Konzept einer fünfjährigen Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin beschlossen. Wohlweislich hat er sich wegen der nach wie vor ungelösten Stellenlage im Krankenhausbereich einen endgültigen Beschluß vorbehalten. Eine Voraussicht, die ihm in der Frage der Fortgeltung des Bundesgesetzes über die Befristung von Arbeitsverträgen mit Ärzten in der Weiterbildung über das Jahr 1997 hinaus leider gefehlt hat.

Ohne diese Möglichkeit wäre voraussehbar jede fachärztliche und damit auch die allgemeinärztliche Weiterbildung über kurz oder lang zum Erliegen gekommen. Erfreulicherweise haben sich inzwischen sowohl die übrigen Länder als auch die Bundesregierung der bayerischen Initiative zur Weitergeltung dieses Gesetzes angeschlossen und einen entsprechenden Gesetzentwurf auf den Weg gebracht. In Übereinstimmung mit der Bayerischen Ärztekammer sehe ich Lösungsmöglichkeiten nur im Wege eines Motivations- und Anreizkonzeptes. Ich appelliere deshalb an die Bayerische

Krankenhausgesellschaft und an die Krankenkassen, sich mit der Kammer und den anderen beteiligten Organisationen an einen Tisch zu setzen, um zu entsprechenden zielführenden Vereinbarungen zu kommen. Gleiches sollte auch in den anderen Ländern und auch auf der Ebene der Spitzenorganisationen auf Bundesebene geschehen.

Arbeitslosigkeit beeinträchtigt die sozialen Sicherungssysteme

Gesundheits- und Standespolitik müssen sich fortlaufend vielfältigen gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und medizinisch-technischen oder organisatorischen Fragen stellen und neue Weichenstellungen vornehmen. Und neue Weichenstellung bedeutet natürlich auch für uns, die wir in der Politik Verantwortung haben, daß wir auch nach neuen Wegen und Möglichkeiten suchen müssen, etwa was die Einnahmenseite unserer gesetzlichen und sozialen Sicherungssysteme anbelangt. Ich frage mich, ob es auf Dauer vertretbar ist, daß sich unsere sozialen Sicherungssysteme und damit auch die Krankenversicherung fast ausschließlich am Faktor Arbeit orientieren. Ich meine, daß dies auf Dauer nicht aufrechtzuerhalten ist. Wenn wir uns die hohen Arbeitslosenzahlen anschauen und wenn wir jetzt wiederum Probleme in der gesetzlichen Krankenversicherung haben, was das Defizit anbelangt, dann ist das nicht darauf zurückzuführen, daß die Ausgaben nach oben gegangen sind. Im Gegenteil, sie sind zurückgegangen. Ich möchte jetzt die einzelnen Bereiche nicht aufzählen. Doch das Defizit liegt an der Einnahmen- und Grundlohnsummenentwicklung und vor allen Dingen natürlich an der hohen Arbeitslosigkeit. Immer mehr werden Möglichkeiten genutzt, um diesen sozialen Sicherungssystemen zu entgehen. Wenn ich nur an die große Anzahl der Arbeitsverhältnisse für geringfügig Beschäftigte denke, ich will sie nicht abschaffen, dann müssen wir einfach zu grundsätzlichen Überlegungen kommen.

Ich möchte noch eines sagen, was die Arbeitsplatzsituation, auch im Bereich des Gesundheitswesens, anbelangt: Die Arbeitslosenzahlen sind im September nicht so zurückgegangen, wie

sich das manche von uns in der politischen Verantwortung vorgestellt hatten. Es wurde wiederum deutlich, daß trotz Ansteigen der Konjunktur keine Belebung auf dem Beschäftigungsmarkt zustande kommt, zumindest nicht so, wie wir uns das wünschen. Ich gehe mittlerweile davon aus, ohne allzu pessimistisch zu sein, daß wir froh sein müssen, wenn wir im Jahre 1998 die Verhältnisse stabilisieren können. Das heißt für uns, wir müssen dazu beitragen, daß Menschen trotzdem Arbeit finden, und damit einen Sinn für ihr Leben. Zugleich zahlen sie dann natürlich auch mehr Steuern und mehr Beiträge in die sozialen Sicherungssysteme und tragen dazu bei, daß sich die Dinge wieder stabilisieren. Also auch für uns eine Herausforderung! Wir wissen alle, daß der Weg nicht leicht ist und es sehr schwierig ist, für alle zufriedenstellende Lösungen zu finden.

Wir benötigen in unserer Gesellschaft wieder einen stärkeren sozialpolitischen Konsens. Ich betrachte die zustimmungsfreien Gesetze nicht mit allzu großer Freude, weil dadurch auch sehr viel an Länderkompetenz verloren geht. Sie werden mir das erlauben, Herr Präsident Vilmar, wenn ich das auch ganz deutlich sage, weil mir da zu viel Vereinbarungen auf Bundesebene

festgelegt werden, wo wir dann nicht mehr allzu viel Spielräume auf Länderebene haben. Insofern möchte ich in der Zukunft nicht unbedingt mehr den Weg der zustimmungsfreien Gesetze gehen.

Fortschritt durch partnerschaftliche Zusammenarbeit

Der Blick zurück sollte uns jedoch Mut für die Zukunft geben: So wie in der Vergangenheit konstruktives Miteinander und partnerschaftliche Zusammenarbeit stetigen Fortschritt für alle ermöglichten, werden wir auch in der Zukunft anstehende Probleme meistern. Ich bitte Sie, die vertrauensvolle und konstruktive Zusammenarbeit in bewährter Weise fortzusetzen, um gemeinsam zum Wohle unserer Bevölkerung die gesundheitspolitischen Herausforderungen anzugehen.

Ich danke Ihnen, daß sie mir so lange zugehört haben und wünsche diesem 50. Bayerischen Ärztetag einen harmonischen und guten Verlauf, gute Ergebnisse und ich freue mich auf die weitere Zusammenarbeit mit unserer bayerischen Ärzteschaft. Herzlichen Dank und alles Gute!



KV Bayerns aktuell

41 163 Widersprüche in 1996

Im letzten Jahr sind in ganz Bayern 41 163 Widersprüche gegen die Honorarbescheide eingelegt worden. Das sind in jedem Quartal mehr als die Hälfte aller bayerischen Kassenärzte. Bisher konnten 3387 Einsprüche abgearbeitet werden. Jeder Einspruch wurde bisher von speziell geschulten Mitarbeitern einzeln geprüft und bearbeitet. Um die Verwaltungskosten nicht noch mehr zu steigern und um die Flut der Widersprüche kostengünstiger abzuarbeiten, hat die KVB ein neues Bearbeitungssystem entwickelt, das ab sofort eingesetzt wird.

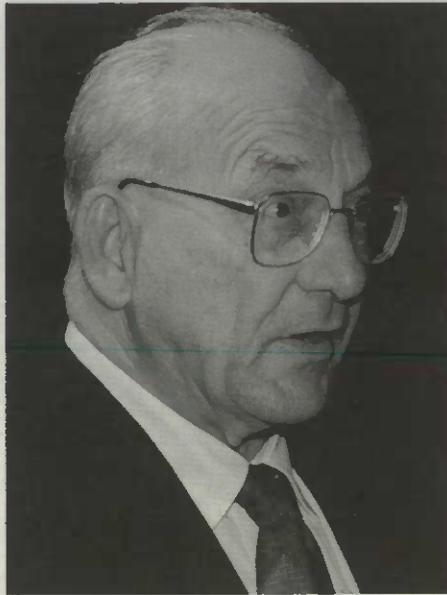
Bezirksstelle	Widersprüche
München Stadt und Land	10 441
Oberbayern	7263
Oberfranken	2608
Mittelfranken	5224
Unterfranken	3493
Oberpfalz	3000
Niederbayern	2951
Schwaben	6183
gesamt	41 163

Es muß erhalten bleiben, was erhalten werden muß, aber in Gefahr ist: das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt

Ansprache des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer
Dr. med. Hans Hege

Ich danke Ihnen, Frau Staatsministerin, für ihre freundlichen Worte; wir Ärzte nehmen Ihre Anerkennung gerne und ohne jede Beschämung zur Kenntnis, nach dem Motto: „Nur die Lumpen sind bescheiden, der Brave freut sich der Tat“. Aber die Grußreden, die zum Teil „Schmerzreden“ waren, haben schon gezeigt, daß wir seit Jahren immer in demselben Brei herumrühren. Und es zeigt sich zum einen, daß unsere Überlegungen wohl tiefer ansetzen müssen, als wir das im Augenblick noch im Blick haben, und zum anderen, daß auch die Wurzeln tiefer liegen als nur in einfachen Irrtümern und daß in der Vergangenheit vielfach Handlungen versäumt wurden, obwohl Entwicklungen voraussehbar waren. Das ist kein isolierter Vorwurf an die Politik, es ist ein Zustand, in dem die meisten Gesellschaften verharren. Das heißt, man handelt erst, wenn es brennt und schon einige Dächer eingestürzt sind. Vorher zu handeln ist dem Menschen offenbar häufig nicht gegeben. Ich habe deshalb beim 50. Bayerischen Ärztetag nicht den Eindruck, daß wir eine Siegesfeier halten, einen Triumph feiern, sondern daß es beim Rückblick manches kritisch zu bedenken gibt, daß aber vor allen Dingen die Gegenwart bedrängend ist und es rechtfertigt, einen Versuch des Eindringens in die tieferen Zusammenhänge dieser Dinge zu machen.

Was das Geschichtliche betrifft, haben wir einen Historiker gebeten, aufzuzeichnen, wie die Bayerische Landesärztekammer vor 50 Jahren zustande kam, und ich darf auf diese Schrift verweisen, die wir bewußt nicht Festschrift genannt haben. Ob das Grundanliegen der Ärzte, durch Errichtung



ihrer Selbstverwaltung bei der Ausübung ihres Berufes von ökonomischer und bürokratischer Fremdsteuerung befreit zu werden und sich allein nach den ethischen Normen ihres Berufes richten zu dürfen – ob dieses Grundanliegen erreicht wurde, ist heute mit einem Fragezeichen zu versehen.

Die Gründung der Bayerischen Landesärztekammer war ein Vertrauensbeweis des Staates gegenüber der Ärzteschaft und umgekehrt, und ist so auch verstanden worden. Und wir verstehen ihn immer noch so.

Wenn man die Wirklichkeit der ärztlichen Versorgung betrachtet, dann ist das Vertrauen in die Ärzte gerechtfertigt. Frau Staatsministerin Stamm hat es ja deutlich gemacht, so daß ich mir den Hinweis darauf sparen kann, wieviel die Ärzte dazu beigetragen haben – sie haben ohne Zweifel Opfer gebracht. Ich möchte nur eines ergänzen:

Der Aufwand für die gesundheitliche Versorgung ist im Verhältnis zur Produktivität nicht ins Maßlose gestiegen. Im Gegenteil: Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttoinlandsprodukt stieg von 1980 bis 1992 im Durchschnitt bei den EU-Ländern um 20%, in Deutschland um 6%, – trotz Umsetzung der Fortschritte der Medizin, trotz einer wachsenden Zahl von Ärzten, ärztlichen Einrichtungen und trotz einer zunehmenden Morbidität. Das ist ein ganz wichtiger Punkt, mit dem ich darauf hinweisen will, daß, wenn es der sozialen Krankenversicherung zur Zeit finanziell schlecht geht, dies in einem deutlichen Gegensatz zu der Prosperität und Produktivität der Gesellschaft steht.

Das solidarische Gefühl ist überschattet von zunehmender Verunsicherung

Viele Jahre galt das Wort, die Kammer sei für die Ethik, die KV für die Monetik zuständig. Und viele Jahre harmonisierte das, weil niemand den Vorrang der Ethik vor der Monetik in Zweifel zog. 25 Jahre lang war der Kammerpräsident Professor Dr. Dr. h. c. Sewering zugleich KV-Vorsitzender und verfocht dabei energisch den Vorrang des Berufsrechts vor dem Sozialrecht. Dahinter stand das solidarische Gefühl der Ärzte: bevor einer angestellt, niedergelassen, beamtet oder Angehöriger einer Fachgruppe ist, ist er zunächst und vor allem Arzt.

Auch heute ist dieses Gefühl lebendig, aber überschattet von Verunsicherung und den zentrifugalen Kräften, die sich unter dem Druck der Verhältnisse entwickelt haben.

Dieser Druck wäre heute weit geringer, hätte die Politik rechtzeitig auf die Mahnungen der Ärzte und der Gesundheitssystemforscher reagiert. Das ist gewiß, aber darüber mögen sich Historiker den Kopf zerbrechen. Bekanntlich ist nichts unveränderlicher als die Vergangenheit.

Unsere Sorge gilt der Gegenwart und der Zukunft. Fast alles, was uns gegenwärtig in Schwierigkeiten bringt, ist Frucht eines Zeitgeistes, an dem wir auch als Ärzte nicht nur passiv beteiligt sind. Der bequeme Standpunkt, man habe seine Bürgerpflicht erfüllt, wenn man das ausdrücklich Verbotene meidet – wenigstens dort, wo man erwischt werden kann – und dürfe im übrigen seinem Eigennutz folgen – hat zu einer anwachsenden Flut von Reglementierungen geführt, die inzwischen nicht nur Unbehagen erzeugen, sondern auch zu einer Entfremdung zwischen der Ordnungsebene und dem Bürger zu führen drohen.

Eine freie Gesellschaft ist ohne einen allgemein akzeptierten moralischen Grundkonsens über das Verhältnis von Menschenrechten und Menschenpflichten nicht möglich. Wenn immer mehr diesen Konsens verletzen und ihn in Feiertagsreden verbannen, entwickelt sich allgemeiner Zynismus, der den Grundkonsens zum Märchen für Dumme oder zur fixen Idee unverbesserlicher Idealisten erklärt und damit solange lächerlich macht, bis er zerstört ist. Das gilt auch für uns Ärzte.

Ist das Arztbild noch zeitgemäß, von dem die Berufsordnung ausgeht? Die einen halten die Fragestellung für falsch, weil sie dieses Arztbild für zeitlos halten, und berufen sich dabei nicht ganz zu Unrecht auf eine 2500 Jahre alte, wenn auch mit Unterbrechung versehene Tradition. Die anderen verneinen die Frage und sehen es als überlebte metaphysische Überhöhung des Arztstandes an, die angesichts der Übereinstimmung unserer Gesellschaft über die Werte der Menschlichkeit, der Humanität und der Menschenrechte und -pflichten entbehrlich ist. Zwischen diesen beiden Extremen gibt es viele Zwischenstufen, wie der alte Wein in neue Schläuche zu gießen sei. Und ich habe den Eindruck, der Dissens geht dann sehr häufig nur darum, was ist Wein und was ist Schlauch.

Die Berufsordnung basiert auf unseren ethischen und sozialen Grundnormen

Was wir in der Berufsordnung formulieren, ist im Grunde die Anwendung der ethischen und sozialen Grundnormen unserer Gesellschaft auf die Besonderheiten und die besonderen Versuchungen des ärztlichen Berufes. Wir stellen allerdings die Einhaltung dieser Grundnormen unter die besondere Aufsicht und Sanktionsgewalt der Gemeinschaft der Ärzte, indem wir sie in einer Berufsordnung ausgestalten, deren umfassende Novellierung eine der Aufgaben dieses 50. Bayerischen Ärztetages sein wird.

Die Erwartung des Patienten erschöpft sich nicht in dem, was wir von einem kundigen Handwerker und Techniker verlangen. Die Einheit von Geist, Seele und Leib, als die wir in der Welt sind, verletzlich und sterblich, fordert im Arzt auch den, der die Ganzheit der leib-seelischen Person zu seinem Objekt macht und nicht nur ihre ja auch objekthaft erlebbaren Teile.

Aber ich möchte nicht in den Verdacht der heute so beliebten Ganzheitschwärmerei kommen, die sich bei jeder Grippe berufen fühlt, auch die Ganzheit gleich mitzubehandeln. Die Ganzheit ist gegeben; was sie zusammenhält, hat Aristoteles Entelechie genannt. Heute bezeichnet man es in zeittypischer Verkürzung gerne mit „Immunsystem“.

Paracelsus sprach vom inneren Arzt, ohne den der äußere machtlos ist, ein Bild, das ich für besonders glücklich halte. Denn das Kommunizieren des inneren und des äußeren Arztes läuft über die Brücke des Vertrauens und ist ein unerläßlicher Faktor der Therapie, ausgenommen dort, wo der innere Arzt den äußeren gar nicht braucht. Das große Gewicht, das die Ärzte schon immer auf die Bewahrung dieses Vertrauens gelegt haben, begründet sich aus der Eigenart der menschlichen Natur. Deshalb sind die, welche das hier vorhandene Mißbrauchspotential zur kollektiven Verdächtigung der Ärzte benutzen, so ganz besonders unvernünftig.

Die Kritik an der Reparaturmedizin hat ihre Berechtigung. Nicht weil wir

nicht dankbar sind, daß es sie gibt, sondern weil eine seit Jahrzehnten eingeschlossene Gebührenordnung den Eindruck erweckte, der Arzt werde vorwiegend für seine Handgriffe und seine technischen Investitionen bezahlt und nicht für seine geistige Leistung.

Das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und das berufliche Gewissen des Arztes

Soweit ich sehen kann, besteht allgemein Übereinstimmung darin, daß das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ein Wert ist, der nicht beschädigt werden darf! Das Recht des Patienten auf freie Arztwahl und das Recht des Arztes, bei fehlendem Vertrauen des Patienten eine Behandlung abzulehnen, sind Ausfluß dieses Grundkonsenses und spiegeln die Wechselseitigkeit dieses Verhältnisses wider. Die Erwartung des Patienten, daß der Arzt nach bestem Wissen und Gewissen im Rahmen des Möglichen seinem gesundheitlichen Wohl dient, und die Bereitschaft des Arztes, diese Erwartung zu erfüllen, sind der Inhalt dieses Vertrauensverhältnisses, das sich nur einstellt und nur solange besteht, als das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und das berufliche Gewissen des Arztes sich amalgamieren. Daß dies noch immer die Regel ist, wird durch das unverändert hohe Ansehen des ärztlichen Berufes belegt.

Man hat sich nach etlichen Versuchen der rein ökonomischen Steuerung und nach dem jetzt noch anhaltenden Versuch, die Strukturprobleme in den Griff zu kriegen, inzwischen doch unter vielen Verrenkungen der Einsicht genähert, daß die Wurzel aller Strukturprobleme ein utopisches Verständnis der Solidargemeinschaft ist.

Die Deutschen Ärztetage haben seit vielen Jahren die Anerkennung des komplementären Verhältnisses von Subsidiarität und Solidarität gefordert. Einiges davon hat sich im 2. NOG niedergeschlagen, aber sozusagen unter der Decke der weiterhin festgehaltenen utopischen Grundstruktur des Gesetzes, was den Seligmachern der Nation ein willkommener Anlaß zum Vorwurf der Widersprüchlichkeit und Scheinheiligkeit ist. Und den Gerich-

ten trägt es den meistens unberechtigten Vorwurf ein, sie konterkarierten die Sparbemühungen der am Gesundheitswesen Beteiligten. Gerichte sollen das Gesetz auslegen und nicht verändern. Und wenn Gerichte, ohne die Gesetze zu verändern, Entscheidungen treffen, die das Gesundheitswesen belasten, muß man eben die Gesetze ändern.

Unlogik im § 2 SGB V: wissenschaftliche Erkenntnisse und besondere Therapiemethoden

Ich habe zum Beispiel immer wieder auf die Unlogik des § 2 SGB V hingewiesen, der den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zum Maßstab der Leistungspflicht macht, gleichwohl aber die besonderen Therapiemethoden ausdrücklich einschließt, deren Charakteristikum ja gerade ist, daß sie *nicht* allgemein anerkannt sind.

Die Neufassung des § 135, die ja vielerorts die Furcht ausgelöst hat, nun sei auch der letzte Damm gegen Scharlatanerie und Therapiebetrug eingerissen worden, ist hier hilfreich. Diese Neufassung macht den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung zum Maßstab, und das setzt voraus, daß es in der jeweiligen Therapierichtung überhaupt wissenschaftliche Erkenntnisse gibt. Daß der Binnenkonsens einer Therapeutengruppe nicht gleichbedeutend mit wissenschaftlicher Erkenntnis ist, und schon gar nicht mit wissenschaftlichen Aussagen über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen einer neuen Methode, wird gerne übersehen. Um so unverständlicher ist die Entscheidung eines Bundessozialgerichts, das anscheinend eine Behandlungsmethode schon dann für erstattungspflichtig hält, wenn sie von mehreren Ärzten angewandt wird. Das widerspricht dem neuen Wortlaut des § 135 eindeutig, der ausdrücklich auch die besonderen Therapiemethoden unter das Erfordernis einer wissenschaftlichen Erkenntnis stellt. Ein Theoriengebäude anthropologischer oder philosophischer Natur, soviel ästhetischen Reiz es haben mag, ist ebensowenig eine wissenschaftliche Erkenntnis, wie die bloße Behauptung von Wirksamkeit durch einige Leute.

Die Solidargemeinschaft hat ein Anrecht darauf, vor der Ausbeutung durch Therapeuten geschützt zu werden, die die Vertrauensseligkeit notleidender Patienten ausnutzen. Und der Bundesausschuß hat auch die Aufgabe, diesen Schutz zu gewährleisten. Daß er sich dabei auf das zeitgenössisch verfügbare Wissen stützen muß, einschließlich seiner Unvollkommenheiten, muß dabei hingenommen werden.

Eine gesetzliche Krankenversicherung, deren Finanzmittel, aus welchen Gründen auch immer, limitiert werden, muß dem Versicherten Beschränkungen und sozialverträgliche Belastungen als Preis für die Risikoabsicherung zumuten dürfen, die sie gewährt. Und wir Ärzte müssen vor allem darauf bestehen, daß dies so geschieht, daß das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt nicht leidet.

Ich habe eben den Inhalt des Vertrauensverhältnisses auf das Mögliche eingeschränkt. Jeder normale Mensch weiß, daß der Arzt nicht über dem Schicksal steht. Und wenn der Fortschritt des Wissens auch vieles, was früher Schicksal war, in die Verfügbarkeit des Menschen gezogen hat, bleibt das Unverfügbare dennoch die alles umgreifende Bedingung menschlicher Existenz, und damit sind Ärzte durch die Besonderheit ihres Berufes täglich und unausweichlich befaßt.

Eine besondere Begrenzung des Möglichen entspringt nicht der Begrenztheit ärztlichen Wissens und Könnens, sondern den notwendigen Folgen einer kollektiven Absicherung des Krankheitsrisikos und macht Probleme, die Sie alle kennen. Der Versuch ihrer Bewältigung scheint in das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient einzugreifen, weil es die Freiheit des Arztes bei der Verfügung über die Mittel der Solidargemeinschaft beschränkt. Ich meine, hier werden die Kategorien verwechselt. Die Therapiefreiheit im Sinne einer Angebotsfreiheit ist etwas grundsätzlich anderes als die Zuweisungsfreiheit aus einem beschränkten Mengen- und Leistungskatalog der Versichertengemeinschaft.

Das Vertrauen des Patienten beruht nicht darauf, daß der Arzt die Macht hat, das Unmögliche möglich zu

machen. Auch wenn ökonomisch gesetzte Grenzen die Freiheit des Arztes heutzutage der Verfügung über die Mittel der Versichertengemeinschaft beschränken, wird das Vertrauensverhältnis nur dann beschädigt, wenn solche Begrenzungen nicht offen ausgewiesen, sondern mit Orwellschem „Schönsprech“ zugedeckt werden.

Die Therapiefreiheit steht jedenfalls für Ärzte nicht im Feuer. Wie sollte sie auch, da sie ja die Heilpraktiker auch besitzen. Die Therapiefreiheit findet ihre selbstverständliche Grenze dort, wo betrogen oder Not oder Vertrauensseligkeit des Patienten ausgenutzt wird.

Die Verfügungsfreiheit über die Mittel einer Solidargemeinschaft dagegen ist dem Grunde nach einschränkbar und auch immer eingeschränkt worden. Und darum dreht sich die Diskussion. Wenn der Arzt nämlich unter vorgegebenen Einschränkungen in Gewissenskonflikt kommt, weil er die Versorgungszusage der Versicherung einerseits einzulösen verpflichtet ist, andererseits aber mit den zur Verfügung gestellten Ressourcen nicht einlösen kann, dann freilich wird das Vertrauensverhältnis beschädigt.

In Praxis und Krankenhaus droht Übergewicht des Ökonomischen über das Ärztliche

Das ist nicht nur eine Sorge niedergelassener Ärzte. Budgetierung und Privatisierung schaffen auch in Krankenhäusern ein Übergewicht des Ökonomischen über den ärztlichen Auftrag, was mit zunehmendem Umfang des Versorgungsauftrages auch den Krankenhausarzt in Gewissensnot bringen kann. Je mehr sich in Krankenhäusern die schwierigen, schweren und aufwendigen Versorgungsaufgaben konzentrieren, um so mehr muß das Ökonomische vor dem ärztlich Notwendigen zurücktreten.

Bis vor wenigen Jahren hat sieh kaum ein Arzt in dieser moralischen Zwickmühle befunden. Das hat sich zunehmend geändert. Deshalb ist es dringlich, den Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung mit den verfügbaren Mitteln dadurch in Einklang zu bringen, daß anstatt einer

einnahmeorientierten Ausgabenpolitik eine einnahmeorientierte Leistungspolitik entwickelt wird.

Die Begriffe „ausreichend – wirtschaftlich – zweckmäßig – notwendig“, die uns über Jahrzehnte geleitet haben, sind angesichts der Fortschritte der Medizin, der Ausweitung des Krankheitsbegriffs und der gewandelten Epidemiologie der Leidenslandschaften ungenügend. Für die Begriffe „Heilung von Krankheit“ und „Besserung von Leiden“ gilt das gleiche.

Gewiß ist es berechtigt und auch notwendig, nach Möglichkeiten zu suchen, wie die für die Krankenversorgung benötigten Mittel vermehrt werden können. Die Entlastung der Krankenversicherung von versicherungsfremden Leistungen, die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze, die Einbeziehung anderer steuerpflichtiger Einnahmen in die Beitragspflicht werden diskutiert und haben alle ihre spezifischen Probleme.

Ich will das hier nicht im einzelnen ausbreiten. Allen diesen Rezepten ist gemeinsam, daß sie das Kernproblem verschieben, weil sie nur eine einmalige Stufe bewirken, aber den insgesamt vorhandenen Trend gar nicht beeinflussen. Denn die Finanzierung ist immer ökonomisch und politisch begrenzt, – wenn man von Ölscheitern absieht.

Dagegen ist die Verminderung der Abhängigkeit der Finanzmittel der gesetzlichen Krankenversicherung von der Beschäftigungskonjunktur, welche die Frau Staatsministerin angesprochen hat und die gerade jetzt fühlbar wird, dringlich und kann nicht unbegrenzt durch Belastung der Erkrankten erreicht werden. Die Franzosen haben in den letzten acht Jahren den steuerähnlich finanzierten Anteil der gesetzlichen Krankenversicherungskosten von ca. 10 % auf jetzt ca. 90 % angehoben, weil auch hier die Konjunkturabhängigkeit der Einnahmen der Krankenversicherung erkannt wurde. Von dieser Abhängigkeit mußte man auch bei uns von vornherein wissen, und es ist nur dem erstaunlichen Optimismus früherer Zeiten zu verdanken, daß niemand für möglich gehalten hat, es könnte eine Konjunktur auch einmal einbrechen. Das Kernpro-

blem bleibt die sich immer weiter öffnende Schere zwischen den verfügbaren Mitteln und der Zunahme des Machbaren bei notwendig steigender Morbidität.

Leistungspflicht so begrenzen, daß sie mit den aufbringbaren Mitteln ehrlich zu erfüllen ist

Damit bin ich bei der Forderung, die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung so zu beschränken, daß sie mit den aufbringbaren Mitteln auf ehrliche Weise zu erfüllen ist, das heißt, bei der Forderung, eine Grundversorgung zu definieren und politisch zu verantworten.

Ich habe noch von niemandem gehört, daß eine solche Grundversorgung nicht ausreichend zu sein hätte. Was aber ist ausreichend? Wer entscheidet darüber? Die Antwort sollte lauten: der gewissenhaft und kundig behandelnde Arzt.

Es ist nicht zu übersehen, daß diese Antwort heute nicht befriedigt. Daß sie einmal die unausgesprochene Grundlage der Reichsversicherungsordnung war, mag verdeutlichen, wie sehr sich seitdem die Zeiten gewandelt haben.

So wenig wir darauf verzichten dürfen, daß dort, wo die Solidargemeinschaft leistungspflichtig ist, die Leistung auch ausreichend sein muß, so sehr ist es dringlich, die auslösenden Tatbestände für solche Leistungspflicht zu überdenken. Und die Indikation der Leistung auch an Gefährdungsgrad, Leidensgewicht und Erfolgchancen zu orientieren anstatt an einfach auf geduldigem Papier transportierbaren Diagnosen allein.

Das betrifft auch die pflegerischen Leistungen. Gerade hier gilt es, den Grad der individuellen Not zu wägen und sich nicht auf Aktenlage und Paragraphen zurückzuziehen, um ökonomische Zielvorgaben einzustellen.

Medas

Kompetent • kundenorientiert • korrekt

- ◆ Spezialisten für jede Fachrichtung
- ◆ Individuelle Betreuung

Privatärztliche Abrechnung

- ◆ 17 Jahre Abrechnungserfahrung
- ◆ Erstklassige Referenzen
- ◆ Vorfinanzierung
- ◆ 3 Monate Null-Risiko-Test

Schriftliche Unterlagen einfach per Telefon oder Fax anfordern. Frau Roscher freut sich auf Ihren Anruf.

TELEFON (089) 143 10-108
Telefax (089) 143 10-200

Medas GmbH • Privatärztliche Abrechnungsgesellschaft mbH
Messerschmittstraße 4 • 80992 München

Grund- oder Regelversorgung präzise abgrenzen und ihre objektive ärztliche Qualität sichern

Wenn man diese Kriterien mit einbezieht, so erscheint es mir nicht aussichtslos, eine Grundversorgung, die ich lieber *Regelversorgung* nennen würde, so präzise abzugrenzen, daß zwischen Arzt und Patient keine Diskussion darüber entsteht, was dazu gehört und was nicht, und dennoch die objektive ärztliche Qualität der Versorgung des Kassenpatienten nicht anders ist als die des Privatpatienten. Eine Regelversorgung, die die Heilungschancen erkrankter Kassenpatienten reduziert, könnten wir als Ärzte nicht mittragen. Ich denke, auch keine Krankenkasse kann das. Es wäre der Offenbarungseid der sozialen Krankenversicherung.

Aber es ist gewiß nicht notwendig, bei allen Beschwerden, die den Patienten zum Arzt führen, sofort das geballte Arsenal der modernen Diagnostik einzusetzen. Es geht auch nicht darum, möglichst viele Koronarsysteme darzustellen und durchzuputzen, mit strahlender oder nicht strahlender Technik ohne akuten Anlaß jeden Winkel des Körpers auf Befunde zu durchsuchen und jeden möglichen Eingriff durchzuführen, weil er dank der Fortschritte der Technik risikoarm geworden ist.

In der Regelversorgung geht es meiner Ansicht nach darum, einzugreifen, wo Not ist oder ihr Eintreten im Einzelfall absehbar ist. Dann aber mit allen verfügbaren sinnvollen Mitteln! Und es ist notwendig, in einer solchen Regelversorgung ausreichende Mittel für die Primärversorgung vorzusehen. Anamnese und körperliche Untersuchung, sorgfältige Beurteilung der Patientenbefindlichkeit und Verlaufsbeobachtung sind die traditionellen Mittel, mit denen der Arzt den rationalen Einsatz weiterführender Diagnostik und Therapie steuern kann.

Hier liegt ein wichtiger Schwerpunkt der hausärztlichen Aufgabe. Die hierfür erforderlichen Mittel müssen verfügbar bleiben und dürfen nicht zugunsten der Spitzenmedizin vermindert werden. Eine kompetente hausärztliche Versorgung ist ein ganz wesentlicher Schlüssel zur Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Arbeitsteilung.

Erlauben Sie mir in diesem Zusammenhang einige Bemerkungen zum Beschluß des 100. Deutschen Ärztetages zur fünfjährigen Weiterbildung in Allgemeinmedizin. Ich halte ihn für wichtig. Er wird allerdings Papier bleiben, wenn die vom Deutschen Ärztetag eingeforderten flankierenden Maßnahmen nicht ergriffen werden.

Unabdingbar: Flankierende Maßnahmen zur fünfjährigen Weiterbildung in Allgemeinmedizin

Wir haben mit Ihrem Hause, Frau Staatsministerin, hierüber intensive Gespräche geführt, wir haben auch einige Ideen entwickelt und ich bin ganz einig mit Ihnen, daß es nun an der Zeit ist, mit den anderen Beteiligten sich zusammenzusetzen, wobei ich nicht übersehe, daß auch die Ärzteschaft mit ihrem Beschluß noch nicht alle Möglichkeiten erschöpft hat.

Der Rechtsstandpunkt zum Beispiel, daß die Weiterbildung ein Nebeneffekt der ärztlichen Tätigkeit sei und damit keiner zusätzlicher Mittel bedürfe, muß neu überdacht werden. Das wird gegenwärtig an der Allgemeinmedizin deutlich. Es ist aber, und darauf hat der Präsident der Bundesärztekammer hingewiesen, vor auszusehen, daß auch in anderen Fachgebieten angesichts der hohen Anforderungen an die Weiterbilder, die aus Gründen der Strukturqualität gestellt werden müssen, und angesichts der Anforderungen, die aus Gründen der Prozeß- und Ergebnisqualität gestellt werden, die Weiterbildungskapazität abnehmen wird. Wenn hier nicht vorausschauend geplant und gehandelt wird, dann werden wir in längstens zehn Jahren zwar einen Überschuß an approbierten und arbeitslosen Ärzten haben, aber einen empfindlichen Mangel an weitergebildeten.

Zugegeben, wenn wir die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin jetzt nicht auf den Weg bringen und der Nachwuchs an Allgemeinärzten immer spärlicher wird, dann werden die Internisten das hausärztliche Feld besetzen. Das wäre an sich, wenn es dann genug Internisten gäbe, keine Katastrophe. Aber es wird sie nicht geben. Der Mangel an Weiterbildungsstellen in der inneren Medizin wird dafür sor-

gen. Auch das Problem der Abgrenzung hausärztlicher und spezialisierter Tätigkeit wird damit nicht verschwinden, sondern dann allein im Rahmen der inneren Medizin ausgeglichen werden müssen und damit noch schwieriger zu lösen sein.

Kurz, warum sollen wir also nicht gleich in diese Realisierung gehen, die der Deutsche Ärztetag vorgeschrieben hat? Dabei muß ich darauf hinweisen, daß die Ermöglichung einer fünfjährigen Weiterbildung in Allgemeinmedizin noch nicht automatisch ein Differenzierungsmodell bedeutet, wonach zu einem fernen Zeitpunkt nur noch Allgemeinärzte zur hausärztlichen Versorgung zugelassen werden sollen. Erst müssen genügend „fünfjährige“ da sein, bevor es verwirklicht werden kann. Und bis dahin wird sehr viel Zeit vergehen. Ich hoffe, die Zeit wird reichen, daß alle Beteiligten, Allgemeinärzte wie hausärztliche Internisten, zu der Einsicht kommen, welch ein trauriges Schauspiel es ist, wenn die Konkurrenz um den hausärztlichen Patienten durch standespolitischen Machtkampf entschieden wird anstatt so, wie es sein sollte: im interkollegialen Respekt vor der Freiheit des Patienten, den Hausarzt seines Vertrauens unter den Arztgruppen des § 73 SGB V selbst zu wählen.

Definition von Grund- oder Regelleistungen: „ganz“ (also ausreichend) oder „gar nicht“

Ich kehre zum Thema Grundversorgung zurück. Die Definition einer Grund- oder Regelversorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung kann also nicht heißen: Minimalversorgung, sondern muß dem Prinzip des „ganz“ oder „gar nicht“ folgen. Und „ganz“ heißt „ausreichend“.

Was unter das „gar nicht“ fällt, entscheidet nach dem Willen des Gesetzgebers der Bundesausschuß auf der Grundlage des § 135, dessen Neufassung zu Unrecht Angst ausgelöst hat. Wenn wir anerkennen, daß Wissenschaft die Empirie als Fundament hat und nicht erst bei Doppelblindversuch und Theorienbildung beginnt, dann ist es vernünftig, die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auf

wissenschaftlich begründete Verfahren zu begrenzen und damit hinzunehmen – das gehört zur Ehrlichkeit –, daß dabei unter Umständen Verfahren nicht zugelassen werden, die zwar wirksam sein mögen, aber die den empirischen Beweis dafür nicht oder noch nicht vorgelegt haben.

Diese Situation ist unausweichlich, wenn wir einen geregelten Versorgungsanspruch formulieren wollen. Denn es würde zu absurden Konsequenzen führen, wollten wir die Beweislast umkehren und alles zulassen, wofür der wissenschaftliche Beweis der Unwirksamkeit nicht geführt ist.

Ein weiteres zur Diskussion stehendes Instrument zur Formulierung einer Grund- und Regelversorgung ist die Entwicklung von Standards, Richtlinien und Leitlinien. Wir haben dieses Thema für so wichtig gehalten und auch für so aktuell, daß wir drei angesehenen Persönlichkeiten gebeten haben, es zum Beginn unserer Arbeitstagung von verschiedenen Standpunkten aus zu beleuchten. Dies nicht zuletzt deshalb, weil es auch mit den Grundlagen des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient zu tun hat.

Man kann nämlich das Instrumentarium, welches mit diesen Begriffen bezeichnet wird, zu außerordentlich unterschiedlichen Zwecken einsetzen, zum Beispiel zur Beschreibung der Grenzen der Leistungspflicht der Solidargemeinschaft, als Meßplatte rationaler Indikationsstellung, man kann sie zur Verhinderung unnötiger Leistungen oder gegen das Unterlassen notwendiger Leistungen ausrichten. Man kann sie als Checklisten einer bundeseinheitlichen Kontrollbürokratie oder operationale Darstellung des Ergebnisses von Konsensuskonferenzen ausgestalten.

Die Bundesärztekammer hat inzwischen Leitlinien zur Qualitätssicherung von Leitlinien entwickelt, bezüglich deren Umsetzbarkeit ich erheb-

liche Skepsis habe. Sie erinnern mich irgendwie an die Sicherheitsvorschriften beim Umgang mit hochgiftigen Arbeitsstoffen.

Qualitätssicherung stützt sich auf das Interesse der Ärzte und gehört in ihre Hand!

In diesem Zusammenhang ein Wort zur „Qualitätssicherung“. Sie gehört in ärztliche Hand, aber sie erfordert nicht unerhebliche Geldmittel und kann daher nicht über den Kopf derer, die bei der Finanzierung beteiligt werden, verordnet werden. Sinnvolle Qualitätssicherung stützt sich immer auf das Interesse der Ärzte selbst, durch Methoden- und Ergebnisvergleich und Informationsaustausch ihre eigene Tätigkeit kritisch zu bewerten und zu verbessern. Eine Qualitätssicherung, die sich auf diese Voraussetzung nicht stützt, wird immer nur Scheinprodukte hervorbringen.

Das kann ich versichern: Bei allem, was wir bisher in der Qualitätssicherung auf den Weg gebracht haben, ist das Interesse der Ärzte an dieser selbstkritischen Form der Information über ihre eigene Tätigkeit außerordentlich groß. Mein Petitionum heißt: wer die Qualitätssicherung zu einem *Zwangsinstrument* macht, der schafft ebenfalls ein „Schönsprech“ und ein Scheingebilde, unter dem sich die Wirklichkeit verbirgt, aber nicht verschwindet.

Die Bayerische Landesärztekammer jedenfalls tut viel in diesem Zusammenhang und unterstützt mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zusammen ärztliche Qualitätszirkel. Gemeinsam mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft und den bayerischen Krankenkassen haben wir bereits Mitte 1995 die „BAQ“ (Bayerische Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung) gegründet und verfolgen dabei gemeinsam die Grundsätze der

Sachbezogenheit, der Beschränkung auf das vernünftige Machbare und der Freiwilligkeit der Projektteilnehmer. Zu würdigen ist vor allen Dingen die Bereitschaft aller drei Partner, im Ganzen zu denken und nicht zu versuchen, jeweils den anderen über einen imaginären Tisch zu ziehen.

Grenzbestimmung: Künstliche Befruchtung, Psychotherapie, Vorbeugung und Früherkennung

Zur Grenzbestimmung einer Regelversorgung gebe ich noch etwas weiteres zu bedenken: Ich kann zum Beispiel nicht einsehen, daß die Methoden der künstlichen Befruchtung unter den Bedingungen beschränkter Mittel zur Regelversorgung gehören müssen. Aber da heißt es wieder, ist Unfruchtbarkeit eine Krankheit und fällt sie damit unter die Leistungspflicht der Krankenkassen? Oder ist sie keine? Auf das endlose Thema des Krankheitsbegriffs will ich mich hier nicht einlassen, sondern darauf hinweisen, daß eine *politische* Entscheidung gefordert ist, denn, ich zitiere Karl Jaspers: „Was aber als Krankheit gilt und was nicht, ist letztlich eine Konvention der jeweiligen Gesellschaft“.

Das gilt auch für die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen die Psychotherapie zur Grundversorgung gehört. Die Frage ist angesichts des vor der Tür stehenden Psychologischen Psychotherapeuten-Gesetzes dringlich.

Es gibt gute Gründe, den psychologischen Psychotherapeuten den Status eines selbständigen Heilberufes zuzusprechen. Vor allem den, daß sie ihn de facto schon seit geraumer Zeit besitzen. Aber welchen Sinn macht es in einer Zeit, in der die Geldmittel vorne und hinten nicht ausreichen, die freie Therapeutenwahl auch auf die psychologischen Psychotherapeuten auszuweiten und durch großzügige Übergangsbestimmungen im Verein mit Niederlassungsfreiheit ihre Anzahl ohne jede Begrenzung zu lassen?

Und schließlich: welcher Patient, der einer Psychotherapie zu bedürfen meint, wird auf einen Psychotherapeuten stoßen, der meint, daß er keine braucht?

51. Bayerischer Ärztetag 1998

vom 9. bis 11. Oktober 1998 in Bayreuth

Es wird sich also unausweichlich die Frage stellen, in welchem Umfang Psychotherapie zur von der Solidargemeinschaft zu tragenden Grund- oder Regelversorgung gehört. Und diese Frage muß beantwortet werden.

Ich weiß und bin mir dessen bewußt, daß psychologische Psychotherapeuten viel Hilfe leisten können in Lebenssituationen, in Notsituationen des einzelnen, in Situationen, in denen man früher Ältere, Verwandte, Freunde, kurz: das soziale Umfeld in Anspruch nehmen konnte. Aber das gehört nicht zur Regelversorgung.

Eine strenge Indikationsstellung und Erfolgskontrolle ist jedenfalls unerlässlich. Die Selbstbeteiligung an den Kosten – als Prüfstein für den Leidensdruck gedacht – kann das deshalb nicht ersetzen, weil sie die sogenannten Besserverdienenden bevorzugt und Psychotherapie zu einem Luxus werden läßt, den sich nicht jeder leisten kann. Wer diese Art der Selbstbeteiligung als ausreichendes Steuerungsinstrument ansieht, der hält sie für entbehrlich und müßte die Psychotherapie aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung herausnehmen – gleichgültig, ob es um 25 oder 50% Selbstbeteiligung geht. Großzügigerweise wird eine ärztliche Untersuchung zum Ausschluß körperlicher Erkrankungen zur Pflicht gemacht. Die Erfinder dieser Bestimmung haben sich leider keine Gedanken darüber gemacht, was der Ausschluß körperlicher Erkrankung bei einer Neurose kosten kann und wie unzureichend eine somatische oder psychiatrische Eingangsuntersuchung angesichts der langen Laufzeit einer Psychotherapie ist.

Es muß auch gefragt werden, in welchem Umfang Vorbeugung und Früherkennung zur Grundversorgung zu rechnen sind bei Versicherten, die keinerlei Beschwerden haben. Ich weiß, daß ich hier unter Umständen Empörung ernte.

„Mit unseren Diagnostika erfahren Sie, ob Sie krank sind, bevor Sie etwas davon merken“, sagt der Slogan eines Diagnostika-Herstellers – und es ist ja auch nicht falsch. Nicht daß Vorbeugung und Früherkennung nach Gießkannenprinzip bei subjektiv und klinisch Gesunden keine ärztlich sinnvolle Maßnahme sein könnten, aber gehören sie zur Regelversorgung? Bedenken wir, was mit wenigen Ausnahmen in der Medizin ganz allgemein gilt, aber womit sich niemand so recht befassen mag, nämlich: Mit der linearen Steigerung der prädiktiven Sicherheit in Diagnostik und Therapie ist eine exponentielle Steigerung des Mittelaufwandes verbunden, und die können wir uns nicht leisten.

Die Steigerung der prädiktiven Sicherheit kostet Geld. Und wenn die Mittel begrenzt werden, so folgt daraus, daß dem Sozialversicherten bei irgendeiner Grenze zugemutet werden muß, das restierende Risiko entweder selbst zu tragen oder durch eine Zusatzversicherung abzudecken.

Man will ja nicht bezweifeln, daß Früherkennung hohe Folgekosten in späteren Jahren für eine bestimmte Krankheit vermeidet und die Mortalität an dieser Krankheit senkt. Ob damit die Gesamtmorbidität gesenkt wird, ist dann immer noch eine Frage. Aber in jedem Fall erfordert das eine

Investition *zusätzlich* zu den Mitteln, die man für die Versorgung der hier und jetzt Kranken benötigt.

Wenn die Spekulationen über die Ersparnisse, die sich nach zehn bis dreißig Jahren ergeben würden, realistisch wären, dann bräuchte man eigentlich bloß eine Anleihe aufzunehmen und sie in dreißig Jahren zurückzuzahlen aus den Ersparnissen. Ich habe nicht das Gefühl, daß jemand bereit ist, dieses Risiko einzugehen.

Ich kann diese Überlegungen hier nicht weiter ausspinnen, aber ich meine, daß wir uns auf den Gedanken einlassen müssen, daß ungezielte Vorsorge- und Früherkennungsleistungen zu den Ausschlußkandidaten aus einer Regelversorgung gehören, wenn denn der Mangel an Mitteln zum Einschränken der Leistungen zwingt. Der Kernbereich der gesetzlichen Krankenversicherung ist die Versorgung der Kranken und Leidenden, und an ihm darf nichts abgestrichen werden.

Probleme in Stichworten: Gruppenverträge, Gruppenzwang, Gruppenkonkurrenz

Erlauben Sie, daß ich mich einem weiteren Thema zuwende: Es ist sicher richtig, daß Ärzte sich zusammenschließen können, um Kosten zu reduzieren oder die Patientenversorgung zu verbessern, ohne deshalb unter einem Dach wohnen zu müssen. Wenn sie einen Teil des Gewinns investieren, um ihre Leistungsfähigkeit zu verbessern, ist auch dagegen nichts einzuwenden. Aber, und hier komme ich auf die Gruppenverträge und auf die vernetzten Praxen: Wenn Gruppenverträge mit Krankenkassen geschlossen werden, entsteht ein ökonomisch unterlegter Gruppenzwang, und wenn mehrere Gruppen miteinander konkurrieren, auch eine ökonomisch dominierte Gruppenkonkurrenz, die die Unabhängigkeit des einzelnen Arztes beschädigen kann. Der letztlich Leidtragende könnte der alte, multi-morbide und kostenträchtige Patient sein.

Mit den Modellversuchsöffnungen hat der Gesetzgeber eine Spielwiese für kreative Geister der Selbstverwaltung eröffnet und Vorschläge des Sachverständigenrates aufgegriffen, die im

Kurse im Rahmen der Weiterbildung zum Allgemeinarzt

Die Bayerische Landesärztekammer veranstaltet auch 1998 wieder Kurse im Rahmen der Weiterbildung zum Allgemeinarzt. Die Themenblöcke 1 mit 20 werden insgesamt viermal angeboten. Teilnahmevoraussetzungen sind die Approbation als Ärztin oder Arzt bzw. die Vorlage der Berufserlaubnis nach § 10 Abs. 4 oder Abs. 1 Bundesärzterordnung.

Nähere Informationen über: Bayerische Landesärztekammer, Frau S. Ryska, Mühlbauerstraße 16, 81677 München – Rückfragen bitte unter Telefon (0 89) 41 47-7 41, Telefax (0 89) 41 47-8 31

Grunde auf der Idee beruhen, die gegenwärtige Regelungsdichte und Kontrollbürokratie durch freien Wettbewerb zu ersetzen.

Nun geht es hier nicht um den freien Wettbewerb zwischen Einzelpersonen, sondern um den Wettbewerb zwischen Gruppen, die Marktmacht erstreben, um ihren Gewinn zu erhöhen. Und dies in einem durch ökonomische Vorgaben beschränkten Volumen bei einer aus existentiellen Gründen nicht beliebig reduzierbaren Nachfrage.

Gewinnmaximierung im Wettbewerb als einziges Ordnungsprinzip führt sich selbst ad absurdum. Wäre dem nicht so, bräuchten wir kein Kartellamt und kein Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG). In der freien Wirtschaft führt Verschärfung des Wettbewerbs zu Ausweichreaktionen in Form von Konzentration, Marktaufteilung und Preisabsprachen.

Im Gesundheitswesen die Versorgung allein dem Wettbewerb konkurrierender Arztgruppen und Krankenhäuser und Krankenkassen zu überlassen, kann nicht funktionieren.

Der Unternehmer, der in einem überbesetzten und durch externe Vorgaben beschränkten Markt um seine wirtschaftliche Existenz kämpft, der greift zu unheiligen Mitteln, bevor er das Handtuch wirft. Und dies gilt auch für einen Markt, in dem der Kunde „Patient“ heißt und weder auf Nachfrage verzichten, noch – seien wir doch ehrlich – die Qualität der Leistung objektiv beurteilen kann. Krankenkassen wurden wegen ihrer Selbsterhaltungsstrategie bereits zur Ordnung gerufen und sinnen über solidarischen Wettbewerb nach.

PR-Unternehmen und Management-Unternehmen sind auf dem Markt und preisen Methoden an, wie Ärzte ihren Patienten Leistungen vermitteln können, welche die Krankenkasse nicht bezahlt, und wie man Bedarf wecken kann bei denen, die Geld haben.

Ich habe nichts dagegen, daß jemand, der Geld hat, es für Überflüssiges ausgibt oder in der Lotterie unerfüllbarer Heilserwartungen mitspielt. Aber wenn wir Ärzte zuließen, daß in dieser Wettbewerbslandschaft die Armen, die

Schwachen und die kostenträchtigen Multimorbiden an den Rand gedrängt werden, dann hätten wir den Sinn unserer Berufsordnung verraten und sie zu einer Maske gemacht.

Mich macht es äußerst bedenklich, daß keines der bisher behandelten Modelle die Gefahr der Ausgrenzung teurer, das Gemeinschaftsergebnis belastender Patienten auch nur in den Blick nimmt.

Andererseits – ich bin gerne bereit, dies zuzugeben – bieten solche Gruppen, wenn sie die Erfüllung des Sinnes der Berufsordnung *über den merkantilen Erfolg* stellen, die Chance, die Anonymität zu bekämpfen, die so manchen Mißbrauch unter dem Mantel der Massenstatistiken verschwinden läßt und so manchem rechten Gebrauch mit Hilfe statistischer Abstraktionen die Anerkennung versagt.

Die Berufsordnung als wohlverstandene Aufgabe der ärztlichen Selbstverwaltung

Ärztliche Erfahrung, ärztlicher Einsatzwillen für das Wohl der Patienten und ärztliches Können erwachsen aus der Substanz an Gesinnung, Gewissen und Erfahrung des einzelnen; diese Substanz kann nicht erzeugt werden, sie muß vorhanden sein, und sie ist vorhanden. Aber sie kann erdrückt werden. Deshalb ist das formalisierte Mißtrauen keine Grundlage für die Ordnung des Verhältnisses zwischen Ärzten und der Gesellschaft; es beleidigt und verscheucht die Anständigen und begünstigt die bloß Cleveren.

Ordnungssysteme, die auf Kontrolle, detaillierte Handlungsanweisungen, Gruppenzwang und Datenfriedhöfe setzen, vergiften die Wurzeln eines Arzttums, das sich doch alle als wirkmächtiges Ideal wünschen. Die ersten Spuren zeigen sich deutlich. Die Anhänger der zynischen Vernunft, die öffentlich Wasser predigen und heimlich Wein trinken, die moralbeflügelten Mißtrauensapostel, die anderen unterstellen, was sie sich so gerne selbst erlauben würden, haben den Glauben an die mitmenschliche Substanz und an die Möglichkeit einer freien Ordnung verloren und sind darum sehr schlechte Ratgeber.

Es ist die Aufgabe der Selbstverwaltung, jenes Maß an Ordnung zu bewachen, dessen der ärztliche Berufsstand bedarf, um seine Vertrauenswürdigkeit zu erhalten.

Es ist die Aufgabe der Körperschaften, jenen Ärzten in die Parade zu fahren, die die Tabuzone des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient als Tarnkappe benutzen.

Aber es ist nicht Aufgabe der ärztlichen Körperschaften, Handlanger und Herdentreiber für diejenigen zu sein, für die Vertrauen ein Synonym für Fahrlässigkeit bedeutet, Aladins Wunderlampe ein normaler Bestandteil der Praxisausrüstung ist und die dort, wohin der Buchstabe von Gesetzen und Verordnungen nicht hinreicht, nur Chaos und Unrat wittern.

Die überwiegende Mehrheit der Ärzte verdient das Vertrauen, das sie in der Bevölkerung genießt! Und wenn vermeintliche und wirkliche Skandale durch die Presse laufen, so schmerzt daran nur, wenn sie zu Kollektivurteilen verdichtet werden. Wenn Ärzte über Geld reden in der gesundheitspolitischen Auseinandersetzung, so ist das ihr gutes Recht und soweit es um die Gefährdung ihrer Leistungsfähigkeit geht, sogar ihre Pflicht.

Die innerärztliche Auseinandersetzung um Honorarverteilung, um Arbeitsbedingungen, um Zuständigkeitsabgrenzungen mögen doch niemandem den Blick dafür trüben, daß ein Höchstmaß an Einigkeit über die ärztliche Berufsordnung und das in ihr formulierte Bild ärztlicher Gesinnungs- und Verhaltensethik besteht. Ein *Höchstmaß an Einigkeit* – der jüngste Deutsche Ärztetag hat das eindrucksvoll bewiesen.

Der 50. Bayerische Ärztetag ist Anlaß für Rückblick auf eine Geschichte, die die bayerische Ärzteschaft zu verbergen keinen Anlaß hat. Aber er ist auch Anlaß, voraus zu schauen, von Utopien und Egoismen Abschied zu nehmen und gemeinschaftlich die Realität einer schwierigen Zeit so zu bewältigen, daß erhalten bleibt, was erhalten bleiben muß, aber in Gefahr ist: das Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt!

□

Von der Deregulierung der Weiterbildung bis zum Auftritt im Internet

- Aktivitäten zugunsten einer praxisnahen Weiterbildung
- Modellversuch „Fortbildungszertifikat“
- Online-Vernetzung und Informationen via Internet

Bericht des Vizepräsidenten Dr. med. Hans Hellmut Koch

Ich möchte Ihnen einen Bericht aus meinen wichtigsten Tätigkeitsfeldern – Weiterbildungsordnung, Fortbildung, Personalwesen und, was mir ganz besonders am Herzen liegt, Kommunikation zwischen den Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbänden und der Bayerischen Landesärztekammer – geben. Ich gehe nunmehr auf einige Punkte ein, die wir letztes Jahr schon diskutiert haben und gebe Ihnen einen aktuellen Sachstandsbericht zu diesen Themen. Dies entspricht auch einem Auftrag des Bayerischen Ärztetages 1996, wo Sie eine Resolution in diesem Sinne gefaßt haben. Ganz am Schluß meines Vortrags habe ich noch anläßlich des 50. Bayerischen Ärztetages eine kleine Überraschung für Sie, die ich Ihnen dann präsentieren möchte.

Deregulierung der Weiterbildungsordnung

Kommen wir zuerst zum Thema Weiterbildungsordnung: Ich hatte vor einem Jahr das Stichwort „Deregulierung“ in die Diskussion geworfen. Noch einmal kurz zur Rekapitulation, was man unter Deregulierung verstehen kann:

Erstens einmal, die Weiterbildungsordnung zu vereinfachen und übersichtlicher zu gestalten. Zweitens sollten in der Weiterbildungsordnung Freiräume und Ermessensspielräume geschaffen werden.

Dann müssen wir, drittens, die Inhalte der Weiterbildungsordnung überprüfen, um sie den Bedürfnissen der Praxis und den geänderten Weiterbil-



dungsbedingungen anzupassen und schließlich viertens, der wichtigste Punkt, alle diese Maßnahmen dürfen keinesfalls zu einer Verminderung der Qualität der Weiterbildung führen, ganz im Gegenteil: sie sollen eine Qualitätsverbesserung der Weiterbildung bringen.

Wir haben im letzten Jahr intensive Gespräche mit der Bundesärztekammer geführt, insbesondere mit Herrn Professor Hoppe, dem Vizepräsidenten der Bundesärztekammer und Vorsitzenden der Weiterbildungs-gremien auf Bundesebene, und wir konnten eine Annäherung unserer anfänglich verschiedenen Standpunkte erreichen und auch Verständnis für unsere Position finden. Allerdings gab und gibt es noch unterschiedliche verschiedene Auffassungen zwischen Bayerischer Landesärztekammer und Bundesärztekammer zur Definition der Gebiets-

grenzen; aber auch dies, denke ich, kann man einvernehmlich klären.

Mein ganz besonderer Dank gilt unserem 1. Hauptgeschäftsführer, Herrn Dr. Amarotico, der mit sehr viel Energie und Fachwissen in diese Gespräche hineingegangen ist, sowie Herrn Kollegen Schellhase, der in unendlicher Arbeit Positions- und Grundlagen-papiere erarbeitet hat.

Umgestaltung auf Bundesebene

Die Weiterbildungs-gremien bei der Bundesärztekammer wurden vor kurzem umgestaltet, um mehr Transparenz und Konsens bei den Landesärztekammern zu gewährleisten. Es gibt nun die „Ständige Konferenz Ärztliche Weiterbildung“ als Beschluß-gremium, das Vorschläge für den Vorstand der Bundesärztekammer erarbeitet, sowie einen Arbeitsausschuß aus acht Mitgliedern – darunter Dr. Amarotico –, der der Ständigen Konferenz zuarbeitet. Die konstituierende Sitzung im September hat meines Erachtens gezeigt, daß die Umgestaltung der Weiterbildungsordnung auch von den anderen Landesärztekammern und der Bundesärztekammer angestrebt wird.

Bei meiner Rede vor einem Jahr auf dem Bayerischen Ärztetag hat gerade der Begriff „Deregulierung“ sehr viel Beachtung gefunden. Das hat dazu geführt, daß wir in zahlreichen Diskussionen das Problembewußtsein verbessern konnten. Eines will ich hier aber ausdrücklich klarstellen: Wir wollen mit dieser Diskussion nicht die Grundstruktur der Weiterbildungsordnung



Niederbayerische Delegierte

beseitigen – das würde ja noch viel mehr Unruhe schaffen, als wir sie momentan schon haben –, sondern wir wollen sie im obigen Sinne weiterentwickeln. Hierzu wird derzeit ganz intensiv in den entsprechenden Gremien diskutiert; es geht aktuell um Reduzierung oder Neuordnung von Gebieten, Schwerpunkten, Zusatzbezeichnungen, fakultativen Weiterbildungen und Fachkunden. Die Begriffe müssen so definiert werden, daß sie allgemein verständlich und unverwechselbar sind.

Das Ziel: einheitliche Weiterbildung in Deutschland bewahren

Wir müssen erreichen, daß wir innerhalb Deutschlands eine möglichst einheitliche Weiterbildungsordnung bewahren.

Die Weiterbildungsordnung wird eines der Hauptthemen am Deutschen Ärztetag 1998 in Köln darstellen. Lieber wäre mir gewesen, wir hätten dies wegen der Komplexität der Probleme um ein Jahr verschieben können. Es gibt aber einen früheren Beschluß, daß der Ärztetag 1998 sich mit Weiterbildung befassen muß. Trotz der intensiven Diskussion, die nun glücklicherweise in allen Ebenen stattfindet, können wir sicher nicht alle Punkte bereits im Jahr 1998 durchsetzen. Wichtig ist jedoch, daß die Beschlüsse in die richtige Richtung gehen, also Verein-

fachung bei verbesserter Qualität. Es wird insgesamt sicher noch einige Jahre dauern, bis wir die Weiterbildungsordnung an die echten Bedürfnisse in Praxis und Klinik angepaßt haben werden.

Schwieriger wird in den nächsten Jahren wohl die Diskussion durch das EU-Recht werden, das auch im Weiterbildungsbereich greift. Wir müssen die Weiterbildungsordnung auch dem EU-Recht entsprechend weiterentwickeln.

Weiterbildung in Kursen, Anerkennung mittels Diplom?

Wir hatten im letzten Jahr auch über den Schnittpunkt zwischen Weiterbildung und Fortbildung diskutiert: Stichwort „Ärztammerdiplom“. Auch hier haben wir eine Weiterentwicklung betrieben, sowohl hier in Bayern als auch auf Bundesebene.

Sie wissen ja, daß wir erhebliche Probleme mit den Weiterbildungsmöglichkeiten in Klinik und Praxis haben, insbesondere auch, weil einerseits die Kolleginnen und Kollegen sich nach Abschluß der Facharztweiterbildung nicht mehr niederlassen können, andererseits manche Kliniken dazu übergehen, nur mehr Fachärzte einzustellen, und schließlich hinsichtlich der Erbringbarkeit von nachzuweisenden Weiterbildungsinhalten und Leistungszahlen. Auch hierüber haben wir schon ausführlich diskutiert. Wir müssen deshalb – ganz im Sinne der Deregulierung – zusätzliche Qualifikationsmöglichkeiten neben der Weiterbildungsordnung schaffen, auch aus Gründen des Qualitätsmanagements. Gedacht ist beispielsweise an die Anrechnung von Kursen auf die Weiterbildung. Aber gerade im Interesse der Qualität muß dann bei flexibleren Qualifikationsmöglichkeiten neben der Weiterbildungsordnung der Stellenwert der Prüfung deutlich erhöht werden. Der



Oberbayerische Delegierte

Deutsche Ärztetag 1998 wird sich voraussichtlich mit dem Problem eines solchen „Ärztammerdiploms“ befassen, so daß auch wir beim nächsten Bayerischen Ärztetag ausführlich darüber diskutieren werden.

Noch zwei Sätze zur Qualitätssicherung der Weiterbildung: Sie haben einen Widerspruchsausschuß eingerichtet und der Vorstand der Kammer hat diesen beauftragt, sich mit der Qualität der Weiterbildung zu befassen. Es hat eine interessante Diskussion und Stoffsammlung stattgefunden und die Liste der Möglichkeiten, die Weiterbildung zu verbessern, ist lang. Allerdings ist einiges davon nicht durch das Kammergesetz abgedeckt, so daß deshalb noch intensive Gespräche sowohl mit der Aufsichtsbehörde als auch intern bezüglich der Umsetzbarkeit dieser Vorschläge geführt werden müssen.

Fortbildung per CD-ROM

Lassen Sie mich nun zu dem zweiten Kapitel, zur Fortbildung, kommen. Ich hatte vor einem Jahr hier zwei CD-Roms demonstriert, die im Auftrag der Kammer produziert worden sind: eine CD-ROM über „Ernährung und Gesundheit“ und die zweite CD-ROM zum Thema „Impfen“. Wir konnten inzwischen für den Vertrieb den Verlag „Ullstein und Mosby“ gewinnen. Im neuesten Verlagsverzeichnis (IV. Quartal 1997) sind diese beiden CD-Roms bereits aufgeführt. Wir können nunmehr neue CD-Roms mit aktuellen Themen in Auftrag geben. Erste Besprechungen in Zeitschriften sind sehr positiv; und ich denke, wir können schon etwas stolz darauf sein, daß wir uns mit unseren Produkten auch vor der professionellen CD-Rom-Welt nicht zu verstecken brauchen – gerade auch in Hinblick auf echte Interaktivität!

Die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung hat im vergangenen Jahr wieder hervorragende Arbeit geleistet. Hierzu darf ich auf den Bericht ihres Vorsitzenden, Kollegen Stöckle, verweisen, dem ich sehr herzlich für seine Arbeit danke.

Die Diskussion in der Akademie hat unter anderem gezeigt, daß Defizite bei der Auffrischung von Notfallmedizini-

schem Wissen bestehen. Die Akademie hat hierfür zusätzliche Refresherkurse empfohlen; ein entsprechender Entschließungsantrag liegt Ihnen vor.

Noch ein Wort zum Nürnberger Fortbildungskongreß, der ja direkt von der Bayerischen Landesärztekammer durchgeführt wird. Er war auch im letzten Jahr mit etwa 4000 Teilnehmern an den drei Tagen sehr erfolgreich. Das Kongreßprogramm für dieses Jahr – der Kongreß findet im Dezember statt – liegt Ihnen vor, und ich lade Sie dazu – auch als wissenschaftlicher Leiter dieses Kongresses – sehr herzlich ein!

Gute Gründe für einen Fortbildungsnachweis

Lassen Sie mich nun zu einem ganz wichtigen und immer dringender werdenden Problem kommen: dem Fortbildungsnachweis.

Zur Einstimmung einige Schlaglichter:

- Im November 1996 faßte die Gesundheitsministerkonferenz der Länder in Cottbus einen einstimmigen Beschluß, in dem sie einen – ich benutze jetzt ein Schlagwort – „Facharzt auf Zeit“ forderte. Bundesärztekammer und Bundesministerium für Gesundheit sollten darüber nachdenken und Vorschläge unterbreiten. „Facharzt auf Zeit“ soll heißen, ich behalte meine Facharztanerkennung nur dann, wenn ich in einem bestimmten Zeitraum eine bestimmte Anzahl von Fortbildungen meines Fachgebietes nachweisen kann. So sehr weit hergeholt ist diese Diskussion leider gar nicht, denn in anderen EU-Ländern ist dies schon Realität.

- Vor wenigen Wochen erhielt der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung einen Brief des Bundesgesundheitsministeriums mit der Nachfrage, wie weit die Diskussionen auf Ebene des Deutschen Senats und der Bundesärztekammer zum Fortbildungszertifikat gediehen sei.

- Der Vorstand der Bundesärztekammer hat sich in seiner August-Sitzung kürzlich ebenfalls mit dieser Problematik befaßt, die Problemstellung eines Fortbildungsnachweises zustimmend zur Kenntnis genommen und es

für sinnvoll gehalten, entsprechende Modellprojekte weiter zu verfolgen und eine zertifizierte Fortbildung auf freiwilliger Basis anzubieten.

- Die Landesärztekammer Thüringen hat ein solches Zertifikat bereits vor längerer Zeit eingeführt. In einigen anderen Landesärztekammern wird dies diskutiert.

- In vielen Ländern Europas sind solche Fortbildungsnachweise ebenfalls schon eingeführt.

Daß der immer wieder gemachte Vorwurf, wir machten eine hervorragende Fortbildung, aber niemand gehe hin, so nicht stimmt, das zeigt allein schon unser Geschäftsbericht.

Natürlich kann so eine Statistik nicht aussagen, wer sich tatsächlich wie oft fortbildet. Wir sollten aber unsere hohen Fortbildungsaktivitäten nachweisen, bevor die Politik ernsthaft über Zwangsfortbildung nachdenkt, aber nicht nur der Politik, sondern auch unseren Patientinnen und Patienten zuliebe! Denn wenn wir diesen Nachweis erbringen, dann werden Umfragen, wie sie verschiedene Zeitschriften durchführen, relativiert und überflüssig.

Modellprojekt „Fortbildungszertifikat“, zunächst für zwei Jahre

Es liegt Ihnen deshalb ein Entschließungsantrag zu einem Modellprojekt „Fortbildungszertifikat“ vor. Es soll auf zwei Jahre befristet sein. Bevor wir uns endgültig eine Meinung über ein solches Fortbildungszertifikat bilden, sollten wir erst in einem solchen Modellversuch überprüfen, was sich realisieren läßt. Nach zwei bis drei Jahren können wir auch einen Vergleich mit den Ergebnissen aus den Modellprojekten anderer Landesärztekammern ziehen.

Aber daran müssen wir festhalten: Fortbildung muß freiwillig sein! Jeder von uns muß die Möglichkeit haben, die Fortbildung, die er für sein Spezialgebiet und für seinen Tätigkeitsschwerpunkt benötigt, selbst herauszusuchen zu können. Und auf dieser Maxime der Freiwilligkeit beruht auch mein Vorschlag des Fortbildungszertifikates.

Unbedingt herauszustellen ist bei diesem Vorhaben auch, daß dieses Fortbildungszertifikat nur *einen* Sektor der ärztlichen Fortbildung belegt und es daneben einen breiten Raum zur Wahrnehmung ärztlicher Fortbildung gibt, der hiervon nicht erfaßt wird. Es ist deshalb nur die positive Aussage möglich, daß eine standardisierte Fortbildung „mit der Meßlatte des Fortbildungszertifikates der Bayerischen Landesärztekammer“ nachgewiesen wurde. Dies darf jedoch nicht bedeuten, daß andere Ärzte, die dies nicht nachweisen können, nicht ausreichend fortgebildet sind.

Nun zu einem weiteren Kapitel, das mir sehr am Herzen liegt: zur Kommunikation zwischen Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbänden, zwischen den Ärztinnen und Ärzten in Bayern und ihrer Landesärztekammer.

Online-Anbindung der Kreis- und Bezirksverbände

Ich habe vor einem Jahr angekündigt, daß wir eine Online-Anbindung an die Kreis- und Bezirksverbände schaffen wollen, um die Mitgliederverwaltung zu vereinfachen. Wir haben im Herbst 1996 bereits den ersten Schritt getan, so daß man mit Disketten diese Mitglieder-daten austauschen konnte. Inzwischen ist der Abruf der Mitglieder-daten online von der Kammer an die Kreis- und Bezirksverbände möglich. Dieses System wurde in einer Sitzung der Vorsitzenden der Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände im Juli vorgestellt und in Betrieb genommen.

Als nächster Schritt ist geplant, daß Veränderungsmeldungen ebenfalls online an die Kammer übermittelt werden können.

Pressearbeit „vor Ort“...

Zum Thema „Serviceverbesserung“ gehört aber natürlich auch die Pressearbeit. Auch hierüber haben wir vor einem Jahr ausführlich diskutiert. Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat eine Arbeitsgruppe eingerichtet, die sich mit dem Problem befassen sollte. Diese Arbeitsgruppe hat verschiedenste Informationen eingeholt und sich ausführlich beraten las-

sen. Dabei hat sich herausgestellt, daß die Pressearbeit vor Ort, also bei den Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbänden, unverzichtbar ist. Wir haben deshalb bereits begonnen, Presseseminare für Kolleginnen und Kollegen durchzuführen, wo in verschiedenen Stufen die Kolleginnen und Kollegen bei den Kreis- und Bezirksverbänden in die Lage versetzt werden sollen, etwas journalistisch zu denken und auch Diskussionen mit Journalisten zu führen und Statements abzugeben. Dies muß weiter intensiviert und ausgebaut werden. Wir haben deshalb auch im Dezember schon wieder entsprechende Presseseminare für die mit der Pressearbeit beauftragten Kolleginnen und Kollegen bei den Kreis- und Bezirksverbänden angesetzt.

... und bei der Landesärztekammer

Die Diskussionen zeigten allerdings auch, daß auf der Ebene der Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände nicht alle Probleme lösbar sind. Denken Sie an die Beantwortung heikler berufspolitischer Fragen, an die oftmalige Notwendigkeit der schnellen Reaktion – fast über Nacht – und denken Sie daran, daß wir als Körperschaften des öffentlichen Rechts gerade bei Äußerungen zu hoheitlichen Aufgaben eine bayern-einheitliche Abstimmung unbedingt benötigen. Das heißt: wir

benötigen eine schnelle zentrale Aufarbeitung der Problematik mit entsprechenden – und das ist das ganz Wesentliche dabei – journalistischen Beziehungen zu den relevanten Medien, die nur durch eine kontinuierliche Pressearbeit aufgebaut werden können.

Die Arbeitsgruppe kam deshalb zu dem Schluß, daß zur Unterstützung der regionalen Pressebeauftragten eine Pressereferentin oder ein Pressereferent bei der Bayerischen Landesärztekammer unbedingt erforderlich ist.

Nach eingehender Diskussion sieht dies der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer mit Mehrheit genau so; er hat deshalb dazu einen Antrag eingebracht, der sowohl den Kreis- und Bezirksverbänden, als auch den hoheitlichen Problemen Rechnung trägt und die ärztliche Pressearbeit in Bayern damit deutlich voranbringen wird.

DGN – es besteht noch Abstimmungsbedarf

Um die Kommunikation zwischen Kreis- und Bezirksverbänden und den Ärztinnen und Ärzten mit ihrer Kammer zu verbessern, sollte man natürlich alle Medien, die es gibt, nutzen. Ein weiteres Medium, das von einigen ver-



Oberfränkische Delegierte

teufelt und dann wieder überschwenglich gelobt wird, ist das Internet. Sie wissen, daß die Bundesärztekammer und die Kassenärztliche Bundesvereinigung ein Netz geschaffen haben, das DGN-Deutsches Gesundheitsnetz, das für die Ärzte in Deutschland zur Verfügung stehen soll. Natürlich möchte auch die Bayerische Landesärztekammer hierbei präsent sein, das heißt, wir werden es versuchen. Es besteht allerdings noch ein gewisser Abstimmungsbedarf. Das Deutsche Gesundheitsnetz tritt praktisch auch als Provider auf, ist also mit AOL, CompuServe, T-Online zu vergleichen. Sie können also auch über das DGN ins Internet kommen.

Lassen Sie mich eines ganz klar sagen: Aus meiner Sicht können wir bayerische Ärztinnen und Ärzte nicht auf *einen* Provider verpflichten. Wir müssen es ermöglichen, daß jeder sich den Provider herausuchen kann, den er für sinnvoll und richtig hält. Wir brauchen deshalb von seiten der Kammer in Bayern auch einen direkten Internet-Zugang. Diesen haben wir geschaffen. Das ist kein Affront gegen das DGN, ganz im Gegenteil, beide sind eine sinnvolle Ergänzung. Ich darf Ihnen die Internetseiten der Bayerischen Landesärztekammer heute zum 50. Bayerischen Ärztetag vorstellen. Fast ab sofort können Sie also Ihre Kammer ganz modern online über das Internet erreichen!

Datensicherheit im Internet?

Im Internet stehen natürlich nur solche Dinge, die allgemein zugänglich sein können, somit keine geschützten Daten. Das ist derzeit noch nicht möglich, weil wir noch kein Sicherungssystem im Internet haben. Sie wissen vielleicht, daß wir zusammen mit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ein Forschungsprojekt in Sachen Sicherheitsprotokoll von der Bayerischen Staatsregierung genehmigt bekommen haben. Dieses ist aber noch nicht abgeschlossen. Solange die Datensicherheit in den Netzen nicht gewährleistet ist, können wir nur allgemeingültige Informationen einstellen.

Die Internet-Adresse wird sein: <http://www.blaek.de>, also ganz einprägsam. Sie ist ab Mitte des Monats, spätestens am 1. November 1997, freigeschaltet.



Im festlichen Rahmen des Cuvilliés-Theaters, einem der schönsten Rokoko-Theater Deutschlands, eröffnete der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. med. Hans Hege, am Abend des 10. Oktober 1997 bei einem Festakt den 50. Bayerischen Ärztetag vor den Delegierten und zahlreichen Gästen. Sein besonderer Dank galt dem Ärztlichen Kreis- und Bezirksverband München mit dessen erstem Vorsitzenden Dr. med. Wolf von Römer für die Ausrichtung dieses Jubiläums-Ärztetages. Seinen Dank bekundete er auch dem Akademischen Sinfonie-Orchester München unter der Leitung seines Dirigenten Heinz Große-Boymann sowie dem Solisten, dem Münchner Kollegen und Ärztetags-Delegierten Dr. med. Gerd Guido Hofmann, für die musikalische Umrahmung.

Als Vertreterin der Bayerischen Staatsregierung begrüßte Hege die Staatsministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, Barbara Stamm, zahlreiche Ehrengäste darunter den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. med. Karsten Vilmar, sowie für die Landeshauptstadt München den Leiter des Umweltschutzreferats, Berufsm. Stadtrat Joachim Lorenz.

Die Arbeitssitzung des 50. Bayerischen Ärztetages begann am Samstag, den 11. Oktober, im Bayerischen Ärztehaus an der Mühlbaurstraße. Hier konnte der Präsident neben den Ärztetags-Delegierten die Vertreter des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, insbesondere Ministerialrat Dr. jur. Friedrich Dünisch, begrüßen.

Herzlich willkommen war wie in den Jahren zuvor auch in diesem Jahr Bundesärztekammerpräsident Kollege Karsten Vilmar, der traditionell an den Arbeitstagungen der bayerischen Ärzteschaft teilnimmt. Weiter begrüßte Hege die anwesenden Mitglieder des Vorstandes, der Vertreterversammlung und der Geschäftsführung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Das große Interesse an der Thematik „Leitlinien, Richtlinien und Standards“ hatte den Kammervorstand veranlaßt, die Arbeitssitzung mit drei Referaten von Professor Dr. med. Eberhard Buchborn, Professor Dr. med. Hartwig Bauer und Professor Dr. Dr. jur. Klaus Ulsenheimer, Rechtsanwalt, zu eröffnen. Die Vorträge werden in den nächsten Ausgaben des Bayerischen Ärzteblattes im Wortlaut veröffentlicht.

Qualitätssicherung: Eigenständiger bayerischer Weg

- Gemeinsame Kommission von Kammer und Kassenärztlicher Vereinigung
- Gutes Verhältnis zur Bundesebene
- Neuer Tarifvertrag für Arzthelferinnen
- Änderung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes

Bericht des Vizepräsidenten Dr. med. Klaus Ottmann

Erneut, wie beim Bayerischen Ärztetag letztes Jahr in Füssen, liegt auch heute der Schwerpunkt meines Berichtes auf den gemeinsamen Qualitätssicherungsaktivitäten der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns.

Ich konnte Ihnen vor einem Jahr mit gewissem Stolz berichten, daß es uns gelungen ist, als eigenständigen bayerischen Weg eine gemeinsame Qualitätssicherungskommission von Kammer und Kassenärztlicher Vereinigung zu errichten. Das ist keinesfalls selbstverständlich, denn in den meisten Bundesländern existiert kein derartiges Gremium. Ich persönlich habe immer eine derartige Kooperation favorisiert, da es einfach keinen Sinn gibt, unterschiedliche Qualitätsstandards für gleiche Leistungen im ambulanten oder stationären Bereich einfordern zu wollen oder überhaupt zuzulassen.

Seit dem letzten Bayerischen Ärztetag hat unsere gemeinsame „Kommission Qualitätssicherung“ dreimal getagt, wobei in allen Sitzungen gewisse Schwerpunkte als Problembereiche immer wieder auftauchten. Dies betraf die Qualitätszirkelarbeit und die Qualitätssicherung im stationären Bereich bei Fallpauschalen und Sonderentgelten.

Kein unnötiger bürokratischer Aufwand!

Wir, die wir in der Verantwortung für die Qualitätssicherung stehen, sehen es



als unsere Aufgabe an, sowohl niedergelassene Ärzte als auch die Krankenhäuser unbedingt vor einem unnötigen bürokratischen Aufwand zu schützen; andererseits aber, wo durchaus Handlungsbedarf gesehen wird, Maßnahmen zu ergreifen. Keinesfalls kann ich dem Präsidenten der Landesärztekammer Baden-Württemberg zustimmen, der die Qualitätssicherung in Deutschland derzeit noch als „Scherbenhaut“ ansieht. Das Qualitätsmanagement ist bei uns insgesamt im Vergleich zu anderen Ländern einerseits als defizitär anzusehen, andererseits liegen aber auch die Schwerpunkte anders. Dies ist aufgrund der Struktur unseres Gesundheitswesens nachvollziehbar.

Ärztliche Position durch das 2. NOG eindeutig verbessert

Zunächst zu den gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Diese haben sich durch das 2. Neuordnungsgesetz seit 1. Juli 1997 deutlich geändert. Auf intensives Drängen der Ärzteschaft, insbesondere der Bundesärztekammer, besonders von Ihnen, Herr Präsident Vilmar, wurden die §§ 137 a und 137 b neu in das SGB V aufgenommen. Die Position der Ärzteschaft wurde eindeutig verbessert. Der generalisierende Charakter des bisherigen § 137 wird jetzt deutlich differenzierter, indem die Bundesärztekammer, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft in Empfehlungen die ärztlichen Leistungen festlegen müssen, für die dann besondere Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung und ihres Ergebnisses unter Berücksichtigung der ärztlichen Qualifikation vorgesehen sind. Dies besagt für mich eindeutig, daß nicht, wie ursprünglich vorgesehen, sämtliche ärztlichen Leistungen im Krankenhaus bei Fallpauschalen und Sonderentgelten automatisch qualitätssichernden Maßnahmen unterzogen werden müssen, sondern daß diese Leistungen eben einvernehmlich dreiseitig festgelegt werden können.

Ganz wesentlich ist, daß für die Anforderungen zu entsprechenden Qualitätssicherungsmaßnahmen die Bundesärztekammer die Leitlinien bzw. die Standards vorgeben soll. Die Spitzen-

verbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft können dabei Stellungnahmen abgeben, die in die Entscheidungen einzu beziehen sind; das besagt aber, daß die ärztliche Seite jetzt eindeutig die Entscheidungen prägen kann und auch muß. Wir waren immer der Meinung, daß die Qualitätssicherung ärztlicher Leistung eine originäre Aufgabe der Ärzteschaft ist. Wir hatten große Probleme mit der ursprünglich paritätischen Besetzung bezüglich aller Entscheidungen der Qualitätssicherung im stationären Bereich.

Genau an diesem Punkt setzten auch in den letzten Monaten unsere bayerischen Aktivitäten an; indem ich in Übereinstimmung mit dem Kuratorium der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ) immer wieder klar machen konnte, daß die statistische Erfassung sämtlicher Patientendaten, für die Fallpauschalen und Sonderentgelte derzeit bestehen, an allen Krankenhäusern – und das natürlich nicht nur in Bayern, sondern im ganzen Bundesgebiet – für uns absolut indiskutabel ist. In der Zwischenzeit hat auch auf Bundesebene ein gewisser Umdenkungsprozeß stattgefunden, der unseren Vorstellungen Rechnung trägt.

Im neuen § 137 b wird die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich beauftragt, einheitliche Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen zu erarbeiten. Wir halten auch diese Entwicklung für richtig, da unterschiedliche Qualitätsstandards bei gleichen ärztlichen Maßnahmen in Schleswig-Holstein oder in Bayern sicher nicht akzeptabel sind.

Wenn auch die Bundesärztekammer in den Modifikationen des § 137 jetzt eindeutig ein gewisses Primat eingeräumt erhalten hat, so ist es doch für uns sehr wesentlich, auf die Selbständigkeit der Landesärztekammer immer wieder hinzuweisen. Ohne entsprechende Beschlüsse des Vorstandes der Bayerischen Landesärztekammer oder auch des Bayerischen Ärztetages sollten keinesfalls Entscheidungen der Bundesebene übernommen werden.

Im Konsens mit den Vertragspartnern

Das Kuratorium der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung gemäß § 112 in Verbindung mit § 137 SGB V arbeitet in Bayern im Konsens mit den Vertragspartnern Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft relativ leise, aber meines Erachtens dafür um so glaubwürdiger. Unser Präsident, Herr Dr. Hege, der derzeit Vorsitzender dieses Kuratoriums ist, wie auch ich sind uns völlig einig, daß wir alle Qualitätsmanagement-Maßnahmen lieber langsam und harmonisch im Konsensus mit den Betroffenen wachsen lassen sollten.

Unserer Meinung nach ist weniger in diesem Bereich eindeutig mehr. Wir halten auch eine Aufkündigung der bisherigen Vertragsbindungen, in denen die Bayerische Landesärztekammer paritätisch in die Entscheidungsebenen eingebunden ist, für nicht notwendig, wenn auch in außerbayerischen Bereichen derartige Bestrebungen derzeit forciert werden. Falls es sich jedoch zeigen sollte, daß die Projekt-Geschäftsstelle – die bei der Bayerischen Krankenhausgesellschaft angesiedelt ist – ihre Qualitätssicherungsaktivitäten im stationären Bereich zu sehr von den Trägerinteressen der Krankenhäuser dominieren ließe, werden wir nicht zögern, hier entsprechende Vertragsänderungen herbeizuführen. Derzeit, und das möchte ich ausdrücklich sagen, insbesondere auch dem anwesenden Herrn Dr. Hermanek, bestehen keine Dissonanzen bezüglich dieser ursprünglich außerordentlich umstrittenen Entscheidung, wo die Projekt-Geschäftsstelle für den stationären Bereich angesiedelt werden sollte. Wir stehen zu unserem Wort, gemeinsam mit den Vertragspartnern hier Qualitätssicherung gestalten zu wollen.

Zunächst vier stationäre Projekte

In Bayern konnten inzwischen vier stationäre Qualitätssicherungsprojekte von der Projekt-Geschäftsstelle teils übernommen, teils auch neu eingeführt werden. Es handelt sich um die chirurgischen Tracer-Diagnosen (Cholezystolithiasis, Inguinalhernie und Schen-

kelhalsfraktur), die Karotis-Chirurgie und Unfallchirurgie und die gynäkologischen Operationen entsprechend den Vorgaben der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und des entsprechenden Berufsverbandes.

Einige dieser Konzepte, zum Beispiel die chirurgischen Tracer-Diagnosen, wurden in einigen Krankenhäusern Bayerns bereits durchgeführt, aber außerhalb Bayerns statistisch ausgewertet. Wir haben die Berichte, die außerbayerisch bisher bearbeitet wurden, zurückgeholt in unsere Projekt-Geschäftsstelle, ich halte dies auch für sinnvoll. Für diese Projekte haben die Krankenkassen die Finanzierung pro Falldokumentation übernommen. Weil es dabei noch Finanzierungsprobleme gibt, nehmen zwar bis jetzt nur ungefähr 40 Krankenhäuser – freiwillig – teil; wir halten dies keinesfalls für nachteilig, sondern glauben, daß wir durch diesen zahlenmäßig begrenzten Einstieg zunächst Erfahrungen sammeln können, die dann für weitere Projekte als Grundlage genommen werden können. Gleichzeitig sind dann natürlich auch andere Krankenhäuser eine Zielgruppe, die sich bisher bei derartigen Dokumentationen nicht beteiligt haben. Des weiteren wird die Organisation der Bayerischen Peri-/Neonatal-Erhebung auf die Projekt-Geschäftsstelle ab 1998 überführt werden. Personell konnte dabei eine Kontinuität der bisherigen Arbeit erreicht werden.

Außerdem kann ich Ihnen mitteilen, daß entsprechend den Beschlüssen der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ab dem dritten Quartal als Qualitätssicherungsmaßnahme Stichprobenprüfungen ambulanter arthroskopischer Operationen durchgeführt werden. Diese Maßnahmen sind bereits angelaufen. Wir erhoffen uns, durch die Bewertung der Videodokumentation oder der Printbilder, der laufenden Berichte, gegebenenfalls Histologiebefunde gewisse Auskünfte auch über die Indikation dieser Eingriffe zu erhalten. Die bewertende Kommission ist sehr sachkundig besetzt, so daß eine faire Beurteilung zu erwarten ist. Schön wäre es natürlich, wenn bald auch der klinische Bereich in derartige Projekte integriert werden könnte.

Entwicklung der Notarzteinsetzungszahlen in Bayern
von 1986 bis 1996



Abbildung 1

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat des weiteren beschlossen, in den Bereichen der In-vitro-Fertilisation und der Linksherzkatheteruntersuchung mit Koronardilatation qualitätssichernde Maßnahmen einzuführen. In einzelnen Bundesländern sind derartige Projekte bereits konzipiert, so daß wir auf Erfahrungen zurückgreifen können. Diese beiden Arbeitsbereiche wurden ganz bewußt ausgewählt, da dort immer wieder in der Öffentlichkeit und auch insbesondere von den Vertragspartnern Fragen der Qualität und Indikation diskutiert werden. Wir werden uns bemühen, Transparenz zu erreichen, ob dies gelingt, kann ich Ihnen natürlich heute noch nicht sagen.

In diesem Zusammenhang darf ich auch noch einmal vehement betonen: nur, wenn Qualitätssicherungsmaßnahmen als Bestandteil eines internen Qualitätsmanagements von der Ärzteschaft verstanden werden, ist in Zukunft mit mehr Akzeptanz zu rechnen. Wir müssen die Sinnhaftigkeit derartiger Maßnahmen glaubhaft erklären können, dann ist auch ein gewisser bürokratischer Aufwand akzeptierbar. Die Dokumentationen sollten zielgerichtet sein, sie müssen möglichst einfach als EDV-Auswertungen zur Verfügung stehen, da ansonsten der personelle Aufwand nicht zu verantworten ist.

Notarztprotokolle: Erfassung zunächst ausgesetzt

In diesem Zusammenhang, da ich gerade über den großen bürokratischen Aufwand gesprochen habe, kann ich gleich auf die Auswertung des Notarzteinsetzprotokolles kommen. Wir haben bisher 240 000 Notarztprotokolle in Bayern erfaßt. Der Aufwand in den KVB-Bezirksstellen war extrem und bei den zu erwartenden Ergebnissen keinesfalls weiter zu verantworten.

Aus diesem Grunde mußte leider – so muß ich sagen – der Vorstand der KVB die weitere Erfassung zunächst aussetzen. Die Notarztprotokolle bleiben jedoch weiter in Verwendung, und zwar insbesondere zur persönlichen Dokumentation und Information der übernehmenden stationären Einheit. Des weiteren ist eine Überarbeitung des Protokolles vorgesehen, so daß auch dann die Datenflut hoffentlich reduziert werden kann. Unser Ziel ist es, daß die Notärzte ihre Einsätze direkt über entsprechende Geräte, zum Beispiel „Laptop“, dokumentieren können, so daß sich dann eine Auswertung einfacher erfassen läßt (Abbildung 1, 2, 3 und 4).

Auf Abbildung 1 ist die ständig wachsende Zahl der Notarzteinsetze zu sehen, wir sind jetzt bei über 230 000 pro Jahr. Das kann als absolute Zahl noch hingenommen werden, aber niemand kann erklären, warum sich in zehn Jahren die Zahl der Notarzteinsetze verdoppelt hat. Das hat nichts mehr mit Morbidität zu tun. Wir sind gerade in einer Phase der Analyse und haben die Schwachstellen natürlich längst erkannt. Ca. 30% der Notarzteinsetze sind nicht indiziert, auch Professor Sefrin vertritt diese Meinung. Aber Sie sehen, wir wollen natürlich die Auswertung der Qualitätssicherung der Notarzteinsetze weiter beibehalten.

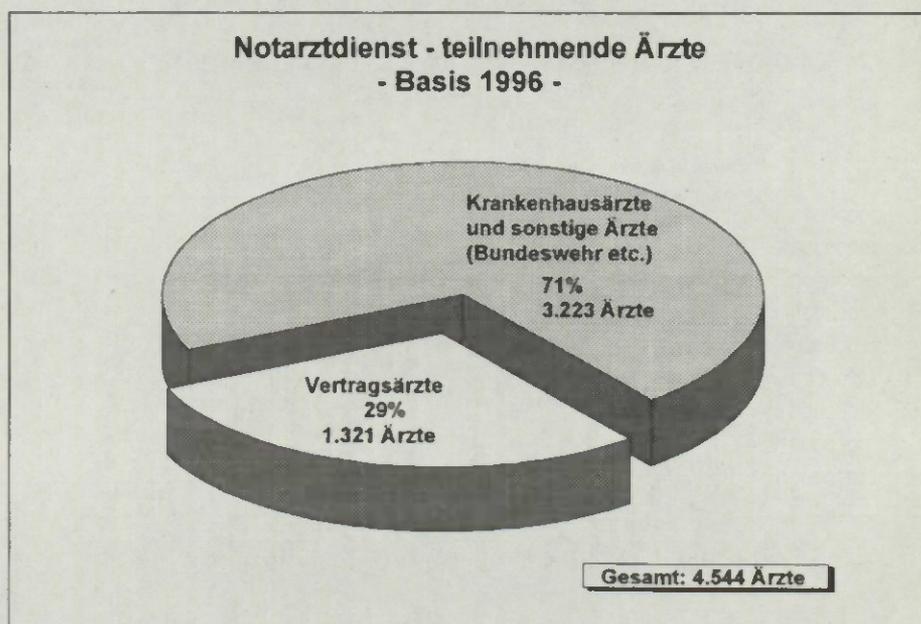


Abbildung 2

**jährliche Kosten der Notärzte
- insgesamt ca 41 Mio. DM -**

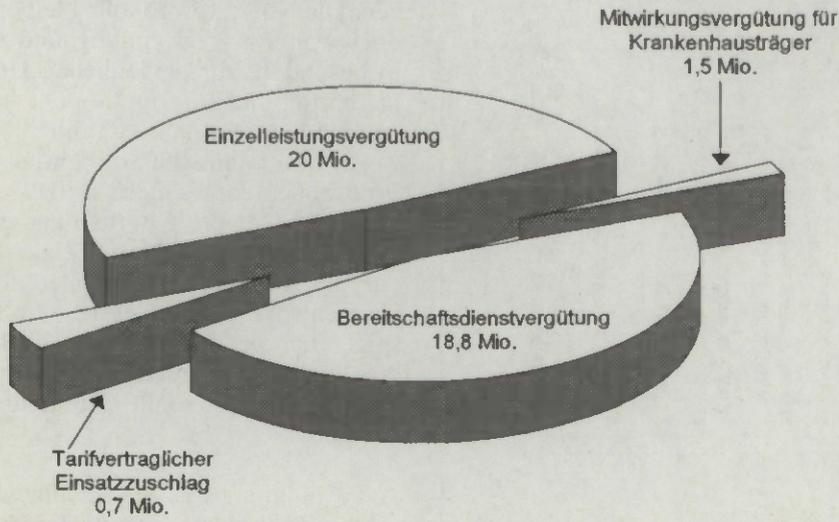


Abbildung 3

Ambulantes Operieren

Vor ähnlichen Problemen stehen wir bei der Dokumentationsauswertung der ambulanten Operationen, die sowohl für die Krankenhäuser als auch die niedergelassenen Ärzte identisch einheitlich im ganzen Bundesgebiet durchgeführt werden müssen. Dies ist kein Vertrag, der auf bayerischer Ebene modifiziert werden kann, wenn gleich – und dies ist ein Zeichen der Entscheidungsfreudigkeit unserer Kommission für Qualitätssicherung

bei ambulanten Operationen (das ist ein dreiseitiges Gremium zwischen Krankenhausgesellschaft, Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung) –, diese bereit war, auf die Dokumentation der kleinen operativen Eingriffe mit den Zuschlägen nach der EBM Nr. 80 zu verzichten. In Bayern werden zur Zeit durchschnittlich 160 000 ambulante Operationen pro Quartal erbracht, so können Sie sich ausrechnen, welche Datenmengen zustande kommen. Die Hälfte aller ambulanten Operationen betrifft Ein-

griffe der kleinen Chirurgie, wobei jetzt eben diese Dokumentation unterbleiben kann.

Dokumentation ambulanter Operationen: Minimalkonsens

Über den Dokumentationsbogen kann man trefflich streiten, er war aber – und die Beteiligten wissen das sicher noch sehr genau – erst als kleinster gemeinsamer Nenner auf Bundesebene durch ministeriellen Druck zustande gekommen. Dieser Kompromiß, der damals notwendig wurde, steht heute heftig in der Kritik, da für viele operative Eingriffe die eigentlichen interessanten Fragestellungen auf diesem Dokumentationsbogen keinen Raum haben. Es handelt sich eben um einen Minimalkonsens, der nur ein Einstieg in die Qualitätssicherungsdokumentation ambulanter Operationen sein sollte. Inzwischen wurde von mir eine entsprechende Sitzung mit den dreiseitigen Vertragspartnern auf Bundesebene eingefordert, ein Termin ist bereits vereinbart. Ziel ist es, ähnlich wie bei den arthroskopischen Operationen oder im stationären Bereich, für einzelne Operationen, dort wo durchaus auch von den Fachgesellschaften Bedarf gesehen wird, Dokumentationsbögen einzuführen, die den entsprechenden Fragestellungen genügen. Das heißt, die Erweiterung des Dokumentationsbogens auf fachgebietsspezifische Dokumentationen ist unser Ziel. Aber dann selbstverständlich nicht mehr für jeden Eingriff, sondern nur selektiv, und das könnte durchaus im Bundesgebiet regionalisiert werden, so daß verschiedene Operationen in verschiedenen Bereichen der Länder-KVen dann ausgewertet werden könnten.

Entwicklung der Bereitschaftsvergütung in Bayern von 1986 bis 1996



Abbildung 4

Qualitätszirkel: bisher leider ohne Klinikärzte

Der zweite wesentliche Bereich unserer Qualitätssicherungsaktivitäten sind die Qualitätszirkel (Abbildung 5). Besonderen Wert haben wir auf unsere bayerische Konzeption gelegt, daß der stationäre und ambulante Bereich Zugang zu den Qualitätszirkeln hat. Leider – und das kann man heute eindeutig feststellen – haben die in der Klinik tätigen Ärzte sich bisher nicht wesentlich beteiligt.



Bayerisches Ärzteblatt

Mühlbauerstraße 16 – 81677 München – Telefon (089) 4147-1

Amtliches

Berufsordnung für die Ärzte Bayerns

vom 12. Oktober 1997

Inhaltsübersicht

A. Präambel

B. Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

- § 1 Aufgaben des Arztes
- § 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten
- § 3 Unvereinbarkeiten
- § 4 Fortbildung
- § 5 Qualitätssicherung
- § 6 Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

II. Pflichten gegenüber Patienten

- § 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln
- § 8 Aufklärungspflicht
- § 9 Schweigepflicht
- § 10 Dokumentationspflichten
- § 11 Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden
- § 12 Honorar und Vergütungsabsprachen

III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung

- § 13 Besondere medizinische Verfahren
- § 14 Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch
- § 15 Forschung
- § 16 Beistand für den Sterbenden

IV. Berufliches Verhalten

1. Berufsausübung

- § 17 Niederlassung und Ausübung der Praxis
- § 18 Zweigpraxis, ausgelagerte Praxisräume
- § 19 Beschäftigung angestellter Praxisärzte
- § 20 Vertreter
- § 21 Haftpflichtversicherung
- § 22 Gemeinsame Berufsausübung
- § 23 Ärzte im Beschäftigungsverhältnis
- § 24 Verträge über ärztliche Tätigkeit
- § 25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse
- § 26 Ärztlicher Notfalldienst

2. Berufliche Kommunikation

- § 27 Unerlaubte Werbung, erlaubte sachliche Information über die berufliche Tätigkeit
- § 28 Öffentliches Wirken und Medientätigkeit

3. Berufliche Zusammenarbeit von Ärzten

- § 29 Kollegiale Zusammenarbeit

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

- § 30 Zusammenarbeit des Arztes mit Dritten
- § 31 Unerlaubte Zuweisung von Patienten gegen Entgelt

- § 32 Annahme von Geschenken und anderen Vorteilen
- § 33 Arzt und Industrie
- § 34 Verordnungen, Empfehlungen und Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln
- § 35 Fortbildungsveranstaltungen und Sponsoring

C. Verhaltensregeln (Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung)

- Nr. 1 Umgang mit Patienten
- Nr. 2 Behandlungsgrundsätze
- Nr. 3 Umgang mit nichtärztlichen Mitarbeitern

D. Ergänzende Bestimmungen zu einzelnen ärztlichen Berufspflichten

I. Regeln der beruflichen Kommunikation, insbesondere zulässiger Inhalt und Umfang sachlicher Informationen über die berufliche Tätigkeit

- Nr. 1 Information anderer Ärzte
- Nr. 2 Praxisschilder
- Nr. 3 Anzeigen und Verzeichnisse
- Nr. 4 Ankündigungen auf Briefbögen, Rezeptvordrucken, Stempeln und im sonstigen beruflichen Schriftverkehr
- Nr. 5 Patienteninformation in den Praxisräumen
- Nr. 6 Öffentlich abrufbare Arztinformationen in Computerkommunikationsnetzen

II. Formen der Zusammenarbeit (Gemeinschaftspraxis, Partnerschaft, Medizinische Kooperationsgemeinschaft, Praxisverbund)

- Nr. 7 Berufsrechtsvorbehalt
- Nr. 8 Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten
- Nr. 9 Kooperative Berufsausübung zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe
- Nr. 10 Beteiligung von Ärzten an sonstigen Partnerschaften
- Nr. 11 Praxisverbund

III. Pflichten bei grenzüberschreitender ärztlicher Tätigkeit

- Nr. 12 Zweigpraxen deutscher Ärzte in anderen EU-Mitgliedstaaten
- Nr. 13 Grenzüberschreitende ärztliche Tätigkeit von Ärzten aus anderen EU-Mitgliedstaaten

IV. Pflichten in besonderen medizinischen Situationen

- Nr. 14 Schutz des menschlichen Embryos
- Nr. 15 In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer

E. Inkrafttreten

Berufsordnung für die Ärzte Bayerns

vom 12. Oktober 1997

Gelöbnis

Für jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis:

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

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

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

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

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

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

A. Präambel

Die auf der Grundlage des Heilberufe-Kammergesetzes beschlossene Berufsordnung stellt die Überzeugung der bayerischen Ärzteschaft zum Verhalten von Ärzten gegenüber den Patienten, den Kollegen, den anderen Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar. Dafür geben sich die bayerischen Ärztinnen und Ärzte die nachstehende Berufsordnung, in deren Text die Berufsbezeichnung „Arzt“ („Ärzte“) einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet wird. Mit der Festlegung von Berufspflichten der Ärzte dient die Berufsordnung zugleich dem Ziel,

– das Vertrauen zwischen Arzt und Patient zu erhalten und zu fördern;

– die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen;

– die Freiheit und das Ansehen des Arztberufes zu wahren;

– berufswürdiges Verhalten zu fördern und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern.

(4)

B. Regeln zur Berufsausübung

I. Grundsätze

§ 1

Aufgaben des Arztes

(1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.

(2) Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.

§ 2

Allgemeine ärztliche Berufspflichten

(1) Der Arzt übt seinen Beruf nach seinem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind oder deren Befolgung er nicht verantworten kann.

(2) Der Arzt hat seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihm bei seiner Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Er darf dabei weder sein eigenes noch das Interesse Dritter über das Wohl des Patienten stellen.

(3) Zur gewissenhaften Berufsausübung gehören auch die Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung in Kapitel C.

(4) Der Arzt darf hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.

(5) Der Arzt ist verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften unterrichtet zu halten.

(6) Unbeschadet der in den nachfolgenden Vorschriften geregelten besonderen Auskunfts- und Anzeigepflichten hat der Arzt auf Anfragen der ärztlichen Berufsvertretungskörperschaften, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben bei der Berufsaufsicht an den Arzt richten, in angemessener Frist zu antworten.

§ 3

Unvereinbarkeiten

(1) Der Arzt hat auch bei der Ausübung einer anderen Tätigkeit die ethischen Grundsätze des ärztlichen Berufes zu beachten. Dem Arzt ist es verboten, seinen Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke herzugeben. Ebensovienig darf er zulassen, daß von seinem Namen oder vom beruflichen Ansehen des Arztes in solcher Weise Gebrauch gemacht wird.

(2) Dem Arzt ist untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter seiner Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheiten notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind.

§ 4

Fortbildung

(1) Der Arzt, der seinen Beruf ausübt, ist verpflichtet, sich in dem Umfange beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu seiner Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.

(2) Der Arzt muß seine Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Kammer in geeigneter Form nachweisen können.

§ 5

Qualitätssicherung

Der Arzt ist verpflichtet, an den von der Kammer eingeführten Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen. Der Kammer sind die hierzu erforderlichen Auskünfte nicht patientenbezogener Art zu erteilen.

§ 6

Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Der Arzt ist verpflichtet, die ihm aus seiner ärztlichen Behandlungstätigkeit bekanntwerdenden unerwünschten Arzneimittelwirkungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft mitzuteilen (Fachausschuß der Bundesärztekammer).

II. Pflichten gegenüber Patienten

§ 7

Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

(1) Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des

Willens und der Rechte des Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen.

(2) Der Arzt achtet das Recht seiner Patienten, den Arzt frei zu wählen oder zu wechseln. Andererseits ist - von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen - auch der Arzt frei, eine Behandlung abzulehnen. Den begründeten Wunsch des Patienten, einen weiteren Arzt zuzuziehen oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.

(3) Der Arzt darf individuelle ärztliche Behandlung, insbesondere auch Beratung, weder ausschließlich brieflich noch in Zeitungen oder Zeitschriften noch ausschließlich über Kommunikationsmedien oder Computerkommunikationsnetze durchführen.

§ 8

Aufklärungspflicht

Zur Behandlung bedarf der Arzt der Einwilligung des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch voranzugehen.

§ 9

Schweigepflicht

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

(2) Der Arzt ist zur Offenbarung befugt, soweit er von der Schweigepflicht entbunden worden ist oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht des Arztes einschränken, soll der Arzt den Patienten darüber unterrichten.

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

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

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

§ 10

Dokumentationspflicht

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

(2) Der Arzt hat dem Patienten auf dessen Verlangen grundsätzlich in die ihn betreffenden Krankenunterlagen Einsicht zu gewähren; ausgenommen sind diejenigen Teile, welche subjektive Eindrücke oder Wahrnehmungen des Arztes enthalten. Auf Verlangen sind dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.

(3) Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluß der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.

(4) Nach Aufgabe der ärztlichen Praxis hat der Arzt seine ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbefunde gemäß Absatz 3 aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, daß sie in gehörige Obhut gegeben werden. Der Arzt, dem bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patienten in Obhut gegeben werden, muß diese Aufzeichnungen unter Verschuß halten und darf sie nur mit Einwilligung des Patienten einsehen oder weitergeben.

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

§ 11

Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

(1) Mit Übernahme der Behandlung verpflichtet sich der Arzt dem Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versorgung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

(2) Der ärztliche Berufsauftrag verbietet es, diagnostische oder therapeutische Methoden unter mißbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patienten anzuwenden. Unzulässig ist es auch, Heilerfolge, insbesondere bei nicht heilbaren Krankheiten, als gewiß zuzusichern.

§ 12

Honorar und Vergütungsabsprachen

(1) Die Honorarforderung muß angemessen sein. Für die Bemessung ist die Amtliche Gebührenordnung (GOÄ) die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungs-

(6)

regelungen gelten. Der Arzt darf die Sätze der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschreiten. Bei Abschluß einer Honorarvereinbarung hat der Arzt auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.

(2) Der Arzt kann Verwandten, Kollegen, deren Angehörigen und im Einzelfall auch unbemittelten Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.

III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung

§ 13

Besondere medizinische Verfahren

(1) Bei speziellen medizinischen Maßnahmen oder Verfahren, die ethische Probleme aufwerfen und zu denen die Kammer Empfehlungen zur Indikationsstellung und zur Ausführung festgelegt hat, hat der Arzt die Empfehlungen zu beachten.

(2) Soweit es die Kammer verlangt, hat der Arzt die Anwendung solcher Maßnahmen oder Verfahren der Kammer anzuzeigen.

(3) Vor Aufnahme entsprechender Tätigkeiten hat der Arzt auf Verlangen der Kammer den Nachweis zu führen, daß die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen entsprechend den Empfehlungen erfüllt werden.

§ 14

Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch

(1) Der Arzt ist grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. Der Arzt kann nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen.

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

§ 15

Forschung

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

Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe.

(2) Bei durchzuführenden Beratungen nach Absatz 1 ist die Deklaration des Weltärztebundes von 1964 (Helsinki) in der revidierten Fassung von 1975 (Tokio), 1983 (Venedig), 1989 (Hongkong) und 1996 (Somerset West) zugrunde zu legen.

(3) Zum Zwecke der wissenschaftlichen Forschung und Lehre dürfen der Schweigepflicht unterliegende Tatsachen und Befunde grundsätzlich nur soweit offenbart werden, als dabei die Anonymität des Patienten gesichert ist oder der Patient dem ausdrücklich zugestimmt hat.

(4) Bei Auftragsforschung sind in den Publikationen der Ergebnisse die Auftraggeber zu nennen.

§ 16

Beistand für den Sterbenden

Der Arzt darf – unter Vorrang des Willens des Patienten – auf lebensverlängernde Maßnahmen nur verzichten und sich auf die Linderung der Beschwerden beschränken, wenn ein Hinausschieben des unvermeidbaren Todes für die sterbende Person lediglich eine unzumutbare Verlängerung des Leidens bedeuten würde. Der Arzt darf das Leben des Sterbenden nicht aktiv verkürzen.

IV. Berufliches Verhalten

1. Berufsausübung

§ 17

Niederlassung und Ausübung der Praxis

(1) Die Ausübung des ärztlichen Berufes in eigener Praxis ist an die Niederlassung gebunden.

(2) Der Arzt darf seinen Beruf nicht im Umherziehen ausüben. Auf Antrag kann der ärztliche Kreisverband aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung Ausnahmen zulassen.

(3) Die Niederlassung ist durch ein Praxisschild kenntlich zu machen. Das Nähere zur Ausgestaltung des Schildes regelt Kapitel D Nr. 2. Hierbei ist der Arzt berechtigt, seine Sprechstunde nach den örtlichen und fachlichen Gegebenheiten seiner Praxis festzusetzen, und verpflichtet, die Sprechstunden auf dem Praxisschild bekanntzugeben. Ärzte, welche am Ort ihrer Niederlassung nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden, können von der Ankündigung ihrer Niederlassung durch ein Praxisschild absehen, wenn sie dies dem ärztlichen Kreisverband anzeigen. Ärzte, die das 65. Lebensjahr vollendet haben, kann der ärztliche Kreisverband bei Vorliegen eines berechtigten Interesses von der Verpflichtung nach Satz 1 befreien.

(4) Ort und Zeitpunkt der Niederlassung sowie jede Veränderung hat der Arzt dem ärztlichen Kreisverband unverzüglich mitzuteilen.

§ 18

Zweigpraxis, ausgelagerte Praxisräume

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

(2) Der Arzt darf in räumlicher Nähe zum Ort seiner Niederlassung Untersuchungs- und Behandlungsräume ausschließlich für spezielle Untersuchungs- oder Behandlungszwecke (z. B. Operationen, medizinisch-technische Leistungen) unterhalten, in denen er seine Patienten nach Aufsuchen seiner Praxis versorgt (ausgelagerte Praxisräume). Dasselbe gilt für eine gemeinschaftlich mit anderen Ärzten organisierte Notfallpraxis.

§ 19

Beschäftigung angestellter Praxisärzte

Der Arzt muß seine Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung eines ärztlichen Mitarbeiters in der Praxis (angestellter Praxisarzt) setzt die Leitung der Praxis durch den niedergelassenen Arzt voraus. Der Arzt hat die Beschäftigung des ärztlichen Mitarbeiters dem ärztlichen Kreisverband anzuzeigen.

§ 20

Vertreter

(1) Niedergelassene Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein; übernommene Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurückzuüberweisen. Der Arzt darf sich grundsätzlich nur durch einen Facharzt desselben Fachgebiets vertreten lassen.

(2) Die Beschäftigung eines Vertreters in der Praxis ist dem ärztlichen Kreisverband anzuzeigen, wenn die Vertretung in der Praxisausübung insgesamt länger als drei Monate innerhalb von zwölf Monaten dauert.

(3) Die Praxis eines verstorbenen Arztes kann zugunsten des überlebenden Ehegatten oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von drei Monaten nach dem Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Tod eingetreten ist, durch einen anderen Arzt fortgeführt werden.

§ 21

Haftpflichtversicherung

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

§ 22

Gemeinsame Berufsausübung

Zur gemeinsamen Berufsausübung sind die in Kapitel D Nrn. 7 bis 11 geregelten Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten (Gemeinschaftspraxis, Ärztepartnerschaft), Organisationsgemeinschaften unter Ärzten (z. B. Praxisgemeinschaften, Apparategemeinschaften) und die medizinischen Kooperationsgemeinschaften sowie der Praxisverbund zugelassen.

§ 23

Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

(1) Die Regeln dieser Berufsordnung gelten auch für Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses ausüben.

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

(3) Auch in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis darf ein Arzt keine Vereinbarungen treffen, die geeignet sind, ihn in der Unabhängigkeit seiner ärztlichen Entscheidungen zu beeinträchtigen.

§ 24

Verträge über ärztliche Tätigkeit

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

§ 25

Ärztliche Gutachten und Zeugnisse

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen. Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung der Arzt verpflichtet ist oder die auszustellen er übernommen hat, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben. Zeugnisse über Mitarbeiter und Ärzte in Weiterbildung müssen grundsätzlich innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung, bei Ausscheiden unverzüglich, ausgestellt werden.

§ 26

Ärztlicher Notfalldienst

(1) Der niedergelassene Arzt ist verpflichtet, am Notfalldienst teilzunehmen. Auf Antrag eines Arztes kann aus schwerwiegenden Gründen eine Befreiung vom Notfalldienst ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden. Dies gilt insbesondere:

– wenn er wegen körperlicher Behinderung hierzu nicht in der Lage ist,

(8)

– wenn ihm aufgrund besonders belastender familiärer Pflichten die Teilnahme nicht zuzumuten ist,

– wenn er an einem klinischen Bereitschaftsdienst mit Notfallversorgung teilnimmt,

– für Ärztinnen ab Bekanntgabe der Schwangerschaft bis 24 Monate nach der Entbindung,

– für Ärzte über 65 Jahre.

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

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

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

2. Berufliche Kommunikation

§ 27

Unerlaubte Werbung, erlaubte sachliche Information über die berufliche Tätigkeit

(1) Der Arzt darf für seine berufliche Tätigkeit oder die berufliche Tätigkeit anderer Ärzte nicht werben. Sachliche Informationen sind in Form, Inhalt und Umfang gemäß den Grundsätzen des Kapitels D Nrn. 1-6 zulässig.

(2) Der Arzt darf eine ihm verbotene Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. Dies gilt auch für die anpreisende Herausstellung von Ärzten in Ankündigungen von Sanatorien, Kliniken, Institutionen oder anderen Unternehmen. Der Arzt darf nicht dulden, daß Berichte oder Bildberichte mit werbender Herausstellung seiner ärztlichen Tätigkeit unter Verwendung seines Namens, Bildes oder seiner Anschrift veröffentlicht werden.

§ 28

Öffentliches Wirken und Medientätigkeit

Veröffentlichungen medizinischen Inhalts oder die Mitwirkung des Arztes an aufklärenden Veröffentlichungen in den Medien sind zulässig, soweit die Veröffentlichung und die Mitwirkung des Arztes auf sachliche Information begrenzt und die Person sowie das Handeln des Arztes nicht werbend herausgestellt werden. Dabei ist der Arzt zu verantwortungsbewußter Objektivität verpflichtet. Dies gilt auch für öffentliche Vorträge medizinischen Inhalts.

3. Berufliche Zusammenarbeit von Ärzten

§ 29

Kollegiale Zusammenarbeit

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

(2) Es ist berufsunwürdig, einen Kollegen aus seiner Behandlungstätigkeit oder als Mitbewerber um eine berufliche Tätigkeit durch unlautere Handlungen zu verdrängen. Es ist insbesondere berufsunwürdig, wenn ein Arzt sich innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr ohne Zustimmung des Praxisinhabers im Einzugsbereich derjenigen Praxis niederläßt, in welcher er in der Aus- oder Weiterbildung mindestens drei Monate tätig war. Ebenso ist es berufsunwürdig, in unlauterer Weise einen Kollegen ohne angemessene Vergütung zu beschäftigen oder eine solche Beschäftigung zu bewirken.

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

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

(5) Der zur Weiterbildung befugte Arzt hat im Rahmen der gegebenen Möglichkeiten einen ärztlichen Mitarbeiter unbeschadet dessen Pflicht, sich selbst um eine Weiterbildung zu bemühen, in dem gewählten Weiterbildungsgang nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung weiterzubilden.

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

§ 30

Zusammenarbeit des Arztes mit Dritten

(1) Dem Arzt ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärzte sind noch zu seinen berufsmäßig tätigen Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Dies gilt nicht für Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem medizinischen Assistenzberuf befinden. Angehörige von Patienten und andere Personen dürfen bei der Untersuchung und Behandlung an-

wesend sein, wenn der verantwortliche Arzt und der Patient zustimmen.

(2) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Gesundheitsberufe ist zulässig, wenn die Verantwortungsgebiete des Arztes und des Angehörigen des Gesundheitsberufs klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

§ 31

Unerlaubte Zuweisung von Patienten gegen Entgelt

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

§ 32

Annahme von Geschenken und anderen Vorteilen

Es ist unzulässig, sich von Patienten oder von Dritten Geschenke oder andere Vorteile, welche das übliche Maß kleiner Anerkennungen übersteigen, versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt werden kann, daß der Arzt in seiner ärztlichen Entscheidung beeinflußt sein könnte.

§ 33

Arzt und Industrie

Soweit Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei-, Heil-, Hilfsmitteln oder medizinisch-technischen Geräten erbringen (zum Beispiel bei der Entwicklung, Erprobung und Begutachtung), muß die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen. Die Annahme von Werbegaben oder von Vorteilen für den Besuch von Informationsveranstaltungen der Hersteller ist untersagt, sofern der Wert nicht geringfügig ist. Dasselbe gilt für die Annahme unzulässiger Vorteile von Herstellern oder Händlern aus dem Bezug der in Satz 1 genannten Produkte.

§ 34

Verordnungen, Empfehlungen und Begutachtung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

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

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

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

(4) Der Arzt hat die Pflicht, im Rahmen seiner Möglichkeiten dem Arzneimittelmisbrauch entgegenzuwirken und der mißbräuchlichen Anwendung von Arzneimitteln keinen Vorschuh zu leisten.

(5) Dem Arzt ist nicht gestattet, Patienten ohne hinreichenden Grund an bestimmte Apotheken, Geschäfte oder Anbieter von gesundheitlichen Leistungen zu verweisen.

§ 35

Fortbildungsveranstaltungen und Sponsoring

Werden Art, Inhalt und Präsentation von Fortbildungsveranstaltungen allein von einem ärztlichen Veranstalter bestimmt, so ist die Annahme von Beiträgen Dritter (Sponsoring) für Veranstaltungskosten in angemessenem Umfang erlaubt. Der Sponsor ist bei der Ankündigung und Durchführung zu benennen.

C. Verhaltensregeln (Grundsätze korrekter ärztlicher Berufsausübung)

Nr. 1

Umgang mit Patienten

Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt, daß der Arzt beim Umgang mit Patienten

- ihre Würde und ihr Selbstbestimmungsrecht respektiert,
- ihre Privatsphäre achtet,
- über die beabsichtigte Diagnostik und Therapie, ggf. über ihre Alternativen und über seine Beurteilung des Gesundheitszustandes in für den Patienten verständlicher und angemessener Weise informiert und insbesondere auch das Recht, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, respektiert,
- Rücksicht auf die Situation des Patienten nimmt,
- auch bei Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt bleibt,
- den Mitteilungen des Patienten gehörende Aufmerksamkeit entgegenbringt und einer Patientenkritik sachlich begegnet.

Nr. 2

Behandlungsgrundsätze

Übernahme und Durchführung der Behandlung erfordern die gewissenhafte Ausführung der gebotenen medizinischen Maßnahmen nach den Regeln der ärztlichen Kunst. Dazu gehört auch

- rechtzeitig andere Ärzte hinzuziehen, wenn die eigene Kompetenz zur Lösung der diagnostischen und therapeutischen Aufgabe nicht ausreicht,

- rechtzeitig den Patienten an andere Ärzte zur Fortsetzung der Behandlung zu überweisen,

- dem Wunsch von Patienten nach Einholung einer Zweitmeinung sich nicht zu widersetzen,

- für die mit- oder weiterbehandelnden Ärzte die erforderlichen Patientenberichte zeitgerecht zu erstellen und, falls darüber hinaus notwendig, die eigene Dokumentation zur Einsicht zu überlassen.

Nr. 3

Umgang mit nichtärztlichen Mitarbeitern

Eine korrekte ärztliche Berufsausübung verlangt auch, daß sich der Arzt zu seinen nichtärztlichen Mitarbeitern korrekt verhält und insbesondere die arbeitsrechtlichen Bestimmungen beachtet.

D. Ergänzende Bestimmungen zu einzelnen ärztlichen Berufspflichten

I. Regeln der beruflichen Kommunikation, insbesondere zulässiger Inhalt und Umfang sachlicher Informationen über die berufliche Tätigkeit

Nr. 1

Information anderer Ärzte

Ärzte dürfen andere Ärzte über ihr Leistungsangebot informieren. Die Information darf sich auch auf die Mitteilung von solchen Qualifikationen erstrecken, die nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht erworben worden sind, jedoch als Bezeichnungen nicht geführt werden dürfen (fakultative Weiterbildung, Fachkunde). Bei der Information ist jede werbende Herausstellung der eigenen Tätigkeit untersagt.

Nr. 2

Praxisschilder

(1) Der Arzt hat auf seinem Praxisschild seinen Namen und die Bezeichnung als Arzt oder eine führbare Arztbezeichnung nach der Weiterbildungsordnung (Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung) anzugeben und Sprechstunden anzukündigen. Eine erworbene Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnung darf nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form und nur dann geführt werden, wenn der Arzt im entsprechenden Fachgebiet, Schwerpunkt oder Bereich nicht nur gelegentlich tätig ist.

(2) Das Praxisschild darf über die Angaben nach Absatz 1 hinaus Zusätze über medizinische akademische Grade, ärztliche Titel, Privatwohnung und Telefonnummern enthalten. Andere akademische Grade dürfen nur in Verbindung mit der Fakultätsbezeichnung genannt werden.

(3) Folgende weitere Angaben dürfen, soweit zutreffend, auf dem Praxisschild genannt werden:

- a) Zulassung zu Krankenkassen
- b) Durchgangsarzt

(4) Ein Arzt, der Belegarzt ist, darf auf seine belegärztliche Tätigkeit durch den Zusatz „Belegarzt“ auf dem Praxisschild hinweisen; außerdem darf er den Namen des Krankenhauses, in dem er die belegärztliche Tätigkeit ausübt, hinzufügen.

(5) Ein Arzt, der ambulante Operationen ausführt, darf dies mit dem Hinweis „Ambulante Operationen“ oder „Ambulantes Operieren“ auf dem Praxisschild ankündigen, wenn er ambulante Operationen, die über kleine chirurgische Eingriffe hinausgehen, ausführt und die Bedingungen der von der Kammer eingeführten Qualitätssicherungsmaßnahmen erfüllt.

(6) Ein Arzt darf mit der Bezeichnung „Praxisklinik“ eine besondere Versorgungsweise und besondere Praxisausstattung auf seinem Praxisschild ankündigen, wenn er

a) im Rahmen der Versorgung seiner ambulanten Patienten eine ärztliche und pflegerische Betreuung bei Bedarf auch über Nacht gewährleistet,

b) neben den für die ärztlichen Maßnahmen notwendigen Voraussetzungen auch die nach den anerkannten Qualitätssicherungsregeln erforderlichen apparativen, personellen und organisatorischen Vorkehrungen für eine Notfallintervention erfüllt und

c) auch die Nachbetreuung des entlassenen Patienten sicherstellt.

(7) Der Arzt hat der Kammer vor Ankündigung der Bezeichnungen nach den Absätzen 4 bis 6 diese Absicht unter Vorlage der Unterlagen anzuzeigen, aus denen sich die Erfüllung der Voraussetzungen für die Ankündigung der Bezeichnungen ergeben. Die Kammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.

(8) Die Bezeichnung „Professor“ darf geführt werden, wenn sie auf Vorschlag der medizinischen Fakultät (Fachbereich) durch die Hochschule oder das zuständige Landesministerium verliehen worden ist. Dasselbe gilt für die von einer medizinischen Fakultät einer ausländischen wissenschaftlichen Hochschule verliehene Bezeichnung, wenn sie nach Beurteilung durch die Kammer der deutschen Bezeichnung „Professor“ gleichwertig ist. Die Bezeichnung „Professor“ muß in den Fällen des Satzes 2 mit einem auf die Herkunft hinweisenden Zusatz sowie mit etwaigen Zusätzen nach Maßgabe der Verleihungsurkunde geführt werden.

(9) Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten (Gemeinschaftspraxis, Ärztepartnerschaft, Kapitel D Nr. 9) sind – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft – die Namen und Arztbezeichnungen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Ärzte anzuzeigen. Der Zusammenschluß ist ferner entsprechend der Rechtsform mit dem Zusatz „Gemeinschaftspraxis“ oder „Partnerschaft“ anzukündigen. Die Fortführung des Namens eines nicht mehr berufstätigen, eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partners ist – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft – unzulässig. Hat eine ärztliche Gemeinschaftspraxis oder Partnerschaft gemäß Kapitel D Nr. 9 mehrere Praxissitze, so ist für jeden Partner zusätzlich der Praxissitz anzugeben.

(10) Bei Berufsausübungsgemeinschaften zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts darf der Name des Arztes in ein gemeinsames Praxisschild mit den Kooperationspartnern und dem Zusatz „Kooperationsgemeinschaft“ aufgenommen werden. Bei Partnerschaften gemäß Kapitel D Nr. 10 darf der Arzt, wenn die Angabe seiner Berufsbezeichnung vorgesehen ist, nur gestatten, daß die Bezeichnung Arzt oder eine andere führungsfähige Bezeichnung angegeben wird.

(11) Zusammenschlüsse zu Organisationsgemeinschaften dürfen nicht angekündigt werden.

(12) Das Führen von Zusätzen, die nicht gemäß den vorstehenden Vorschriften erlaubt sind, ist untersagt.

(13) Für Form und Anbringung der Praxisschilder gelten folgende Regeln:

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

b) Bei Vorliegen besonderer Umstände, zum Beispiel bei versteckt liegenden Praxiseingängen, darf der Arzt mit Zustimmung des ärztlichen Kreisverbandes weitere Arzt-schilder anbringen.

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

(14) Mit Genehmigung des ärztlichen Kreisverbandes darf der Arzt ausgelagerte Praxisräume gemäß § 18 erforderlichenfalls mit einem Hinweisschild kennzeichnen, welches seinen Namen, seine Arztbezeichnung und den Hinweis „Untersuchungsräume“ oder „Behandlungsräume“ ohne weitere Zusätze enthält.

Nr. 3

Anzeigen und Verzeichnisse

(1) Anzeigen über die Niederlassung oder Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung dürfen nur in Zeitungen erfol-

gen. Sie dürfen außer der Anschrift der Praxis nur die für die Schilder des Arztes gestatteten Angaben enthalten und nur dreimal in der gleichen Zeitung innerhalb eines Zeitraumes von drei Monaten zur Bekanntgabe der Niederlassung oder der Aufnahme der Vertragsarztpraxis veröffentlicht werden.

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

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

(4) Ärzte dürfen sich in für die Öffentlichkeit bestimmte Informationsmedien eintragen lassen, wenn diese folgenden Anforderungen gerecht werden:

- a) Sie müssen allen Ärzten zu denselben Bedingungen gleichermaßen mit einem kostenfreien Grundeintrag offenstehen,
- b) die Eintragungen müssen sich auf ankündigungsfähige Angaben gemäß Kapitel D Nr. 2 beschränken.

Soll das Verzeichnis weitere Angaben enthalten, darf sich der Arzt eintragen lassen, wenn sich die Angaben im Rahmen der Bestimmungen nach Nr. 5 Abs. 3 halten und die Systematik sowie die Art der Angaben vom Verleger des Verzeichnisses vor der Veröffentlichung mit der Kammer abgestimmt worden sind.

Nr. 4

Ankündigungen auf Briefbögen, Rezeptvordrucken, Stempeln und im sonstigen beruflichen Schriftverkehr

Für sonstige Ankündigungen in Schriftform gelten die Bestimmungen der Nr. 2 sinngemäß. Ärztliche Dienstbezeichnungen dürfen im Schriftverkehr angegehen werden; das gleiche gilt auch für Bezeichnungen, die nach der Weiterbildungsordnung nur am Ort der Tätigkeit geführt werden dürfen.

Nr. 5

Patienteninformation in den Praxisräumen

(1) Sachliche Informationen medizinischen Inhalts (Abs. 2) und organisatorische Hinweise zur Patientenbehandlung (Abs. 3) sind in den Praxisräumen des Arztes zur Unterrichtung der Patienten zulässig, wenn eine werbende Herausstellung des Arztes und seiner Leistungen unterbleibt.

(2) Sachliche Informationen medizinischen Inhalts sind Beschreibungen bestimmter Vorgehensweisen, die in der Praxis des Arztes zur Vorbereitung des Patienten auf spezielle Untersuchungen oder Behandlungsmaßnahmen für zweckmäßig erachtet werden, oder Hinweise auf einzelne beson-

(12)

dere Untersuchungs- und Behandlungsverfahren des Arztes im Rahmen seines Fachgebietes, die nicht den Kern der Weiterbildung ausmachen.

(3) Bei praxisorganisatorischen Hinweisen handelt es sich um Hinweise, welche die „Organisation“ der Inanspruchnahme des Arztes durch Patienten in seinen Praxisräumen sowie den organisatorischen Ablauf in der Praxis selbst betreffen. Hinweise auf Sprechstundenzeiten, Sondersprechstunden, Telefonnummern, Erreichbarkeit außerhalb der Sprechstunde, Praxislage im Bezug auf öffentliche Verkehrsmittel (Straßenplan), Angabe über Parkplätze, besondere Einrichtungen für Behinderte können Gegenstand von praxisorganisatorischen Hinweisen sein.

Nr. 6

Öffentlich abrufbare Arztinformationen in Computerkommunikationsnetzen

Für öffentlich abrufbare Arztinformationen in Computerkommunikationsnetzen, insbesondere für Praxisinformationen („virtuelle Schaufenster“) gelten die Vorschriften der §§ 27 und 28 sowie des Kapitels D Nrn. 1, 2 und 3 entsprechend. Die Veröffentlichung von nur für die Patienteninformation in Praxisräumen zugelassenen Mitteilungen (Kapitel D Nr. 5) ist in Computerkommunikationsnetzen gestattet, wenn technisch sichergestellt ist, daß der Nutzer beim Suchprozeß zunächst nur Zugang zu einer Homepage des Arztes erhält, welche ausschließlich die für das Praxischild zugelassenen Angaben enthält und erst nach einer weiteren Nutzerabfrage die Praxisinformationen zugänglich gemacht werden.

II. Formen der Zusammenarbeit (Gemeinschaftspraxis, Partnerschaft, Medizinische Kooperationsgemeinschaft, Praxisverbund)

Nr. 7

Berufsrechtsvorbehalt

Soweit Vorschriften dieser Berufsordnung Regelungen des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes (Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe [PartGG] vom 25.7.1994 – BGBl. I S. 1744) einschränken, sind sie vorrangig aufgrund von § 1 Abs. 3 PartGG.

Nr. 8

Berufsausübungsgemeinschaften von Ärzten

(1) Für die Berufsausübungsgemeinschaft dürfen Ärzte nur Gesellschaftsformen wählen, welche die eigenverantwortliche und freiberufliche Berufsausübung wahren. Solche Gesellschaftsformen sind die Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (§§ 705 ff. BGB) für die Gemeinschaftspraxis und die Partnerschaftsgesellschaft für die Ärztepartnerschaft. Es dürfen sich nur Ärzte zusammenschließen, welche ihren Beruf ausüben. Sie dürfen nur einer Berufsausübungsgemeinschaft

meinschaft angehören; ausgenommen ist nur die Kooperation mit einem Krankenhaus oder vergleichbaren Einrichtungen.

(2) Die Berufsausübungsgemeinschaft ist nur zulässig an einem gemeinsamen Praxissitz. Ärzte, die ihrem typischen Fachgebietsinbalt nach regelmäßig nicht unmittelbar patientenbezogen ärztlich tätig sind, dürfen sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft auch derart zusammenschließen, daß jeder der Gemeinschaftspartner seine ärztliche Tätigkeit an einem Praxissitz ausübt, der den Mittelpunkt seiner Berufstätigkeit bildet. Ein eigener Praxissitz ist auch zulässig für einen Arzt, der die Voraussetzungen des Satzes 2 erfüllt, wenn er sich mit einem Arzt oder Ärzten, für die Satz 1 gilt, zusammenschließt.

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

(4) Der Zusammenschluß zu Berufsausübungsgemeinschaften und zu Organisationsgemeinschaften ist von den beteiligten Ärzten ihrer Kammer anzuzeigen. Sind für die beteiligten Ärzte mehrere Kammern zuständig, so ist jeder Arzt verpflichtet, die für ihn zuständige Kammer auf alle am Zusammenschluß beteiligten Ärzte hinzuweisen.

Nr. 9

Kooperative Berufsausübung zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe

(1) Ärzte können sich auch mit selbständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen der Berufe nach Absatz 2 zur kooperativen Berufsausübung zusammenschließen (medizinische Kooperationsgemeinschaft). Die Kooperation ist nur in der Form einer Partnerschaftsgesellschaft nach dem PartGG oder aufgrund eines schriftlichen Vertrages über die Bildung einer Kooperationsgemeinschaft in der Rechtsform einer Gesellschaft hürgerlichen Rechts gestattet. Dem Arzt ist ein solcher Zusammenschluß im einzelnen nur mit solchen anderen Berufsangehörigen und in der Weise erlaubt, daß diese in ihrer Verbindung mit dem Arzt einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung, auch auf dem Gebiete der Prävention und Rehabilitation, durch räumlich nahes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen erfüllen können. Darüber hinaus muß der Kooperationsvertrag gewährleisten, daß

- a) die eigenverantwortliche und selbständige Berufsausübung des Arztes gewahrt ist;
- b) die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patienten getrennt hleiben;
- c) medizinische Entscheidungen, insbesondere über Diagnostik und Therapie, ausschließlich der Arzt trifft, sofern nicht der Arzt nach seinem Berufsrecht den in der Gemeinschaft selbständig tätigen Berufsangehörigen eines anderen Fachberufs solche Entscheidungen überlassen darf;

- d) der Grundsatz der freien Arztwahl gewahrt bleibt;
- e) der behandelnde Arzt zur Unterstützung in seinen diagnostischen Maßnahmen oder zur Therapie auch andere als die in der Gemeinschaft kooperierenden Berufsangehörigen hinzuziehen kann;
- f) die Einhaltung der herufsrechtlichen Bestimmungen der Ärzte, insbesondere das grundsätzliche Verbot der Errichtung einer Zweigpraxis, die Pflicht zur Dokumentation, das Verbot der Werbung und die Regeln zur Erstellung einer Honorarforderung, von den übrigen Partnern beachtet wird;
- g) sich die medizinische Kooperationsgemeinschaft verpflichtet, im Rechtsverkehr die Namen aller Partner und ihre Berufsbezeichnungen anzugeben und, sofern es sich um eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft handelt, den Zusatz „Partnerschaft“ zu führen, sofern es sich um eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts handelt, den Zusatz „Kooperationsgemeinschaft“ zu führen.

(2) Ärzte können sich unter Berücksichtigung des Gebots nach Absatz 1 Satz 3 nur mit einem oder mehreren Angehörigen folgender Berufe im Gesundheitswesen zu einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft zusammenschließen:

- a) Zahnärzte
- b) Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Diplompsychologen
- c) Klinische Chemiker, Ernährungswissenschaftler und andere Naturwissenschaftler
- d) Diplom-Sozialpädagogen, Diplom-Heilpädagogen
- e) Hebammen
- f) Logopäden und Angehörige gleichgestellter sprachtherapeutischer Berufe
- g) Ergotherapeuten
- h) Angehörige der Berufe in der Physiotherapie
- i) Medizinisch-technische Assistenten
- j) Angehörige staatlich anerkannter Pflegeberufe
- k) Diätassistenten

Die für die Mitwirkung des Arztes zulässige herufliche Zusammensetzung der Kooperation im einzelnen richtet sich nach dem Gebot des Absatzes 1 Satz 3; es ist erfüllt, wenn Angehörige aus solchen der vorgenannten Berufsgruppen kooperieren, die mit dem Arzt entsprechend seinem Fachgebiet einen gemeinschaftlich erreichbaren medizinischen Zweck nach der Art ihrer beruflichen Kompetenz zielhezogen erfüllen können.

(3) Angestellte Ärzte einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft dürfen nur der Weisungsbefugnis der ärztlichen Partner unterstellt sein.

(4) Der Arzt darf sich nur einer einzigen medizinischen Kooperationsgemeinschaft anschließen.

(5) Die Mitwirkung des Arztes in einer medizinischen Kooperationsgemeinschaft bedarf der Genehmigung der Kammer. Der Kammer ist der Kooperations- oder Partnerschaftsvertrag vorzulegen. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die vorgenannten Voraussetzungen für den Arzt erfüllt sind. Auf Anforderung sind ergänzende Auskünfte zu erteilen.

Nr. 10 Beteiligung von Ärzten an sonstigen Partnerschaften

Einem Arzt ist es gestattet, in Partnerschaften gemäß § 1 Abs. 1 und Abs. 2 PartGG mit Angehörigen anderer Berufe als den vorstehend in Kapitel D Nr. 9 genannten zusammenzuarbeiten, wenn er in der Partnerschaft nicht die Heilkunde am Menschen ausübt. Der Vertrag über diese Partnerschaftsgesellschaft ist der Kammer vorzulegen, damit geprüft werden kann, ob die beruflichen Belange des Arztes gewahrt sind. Auf Anforderung sind ergänzende Auskünfte zu erteilen.

Nr. 11 Praxisverbund

Ärzte dürfen sich, ohne eine Berufsausübungsgemeinschaft oder Organisationsgemeinschaft zu bilden, unter Beihehaltung ihrer selbständigen Berufsausübung und ihrer Praxisstätte durch schriftlichen Vertrag, der der Vorlage an die Kammer bedarf, zu einem Praxisverbund zusammenschließen, wenn der Zusammenschluß durch ein gemeinsames Versorgungsziel im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aufgrund von Maßnahmen der Kassenärztlichen Vereinigung begründet ist, und die Mitgliedschaft in einem Praxisverbund allen dazu bereiten Ärzten offensteht. Soll die Möglichkeit zur Mitgliedschaft beschränkt werden (z. B. durch räumliche oder qualitative Kriterien), müssen die dafür maßgeblichen Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht-diskriminierend sein und der Kammer gegenüber offengelegt werden. Ärzte in einem zulässigen Praxisverbund dürfen die medizinisch gebotene oder vom Patienten gewünschte Überweisung an nicht dem Praxisverbund zugehörige Ärzte nicht behindern.

III. Pflichten bei grenzüberschreitender ärztlicher Tätigkeit

Nr. 12 Praxen deutscher Ärzte in anderen EU-Mitgliedstaaten

Führt ein Arzt neben seiner Niederlassung oder neben seiner ärztlichen Berufstätigkeit im Geltungsbereich dieser Be-

rufsordnung in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union eine Praxis oder übt er dort eine weitere ärztliche Berufstätigkeit aus, so hat er dies dem ärztlichen Kreisverband anzuzeigen. Der Arzt hat Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße Versorgung seiner Patienten am Ort seiner Berufsausübung im Geltungsbereich dieser Berufsordnung während seiner Tätigkeit in den anderen Mitgliedstaaten zu treffen. Der ärztliche Kreisverband kann verlangen, daß der Arzt die Zulässigkeit der Eröffnung der weiteren Praxis nach dem Recht des betreffenden Mitgliedstaats der Europäischen Union nachweist.

Nr. 13 Grenzüberschreitende ärztliche Tätigkeit von Ärzten aus anderen EU-Mitgliedstaaten

Wird ein Arzt, der in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union niedergelassen ist oder dort seine berufliche Tätigkeit entfaltet, vorübergehend im Geltungsbereich dieser Berufsordnung grenzüberschreitend ärztlich tätig, ohne eine Niederlassung zu begründen, so hat er die Vorschriften dieser Berufsordnung zu beachten. Dies gilt auch, wenn der Arzt sich darauf beschränken will, im Geltungsbereich dieser Berufsordnung auf seine Tätigkeit aufmerksam zu machen; die Ankündigung seiner Tätigkeit ist ihm nur in dem Umfang gestattet, als sie nach dieser Berufsordnung erlaubt ist.

IV. Pflichten in besonderen medizinischen Situationen

Nr. 14 Schutz des menschlichen Embryos

Die Erzeugung von menschlichen Embryonen zu Forschungszwecken sowie der Gentransfer in Embryonen und die Forschung an menschlichen Embryonen und totipotenten Zellen sind verboten. Verboten sind diagnostische Maßnahmen an Embryonen und totipotenten Zellen vor dem Transfer in die weiblichen Organe.

Nr. 15 In-vitro-Fertilisation, Embryotransfer

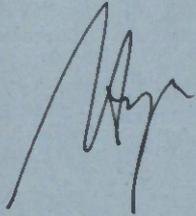
(1) Die künstliche Befruchtung einer Eizelle außerhalb des Mutterleibes und die anschließende Einführung des Embryos in die Gebärmutter oder die Einbringung von Gameten oder Embryonen in den Eileiter der genetischen Mutter sind als Maßnahme zur Behandlung der Sterilität ärztliche Tätigkeiten und nur nach Maßgabe des § 13 zulässig. Die Verwendung fremder Eizellen (Eizellenspende) ist bei Einsatz dieser Verfahren verboten.

(2) Ein Arzt kann nicht verpflichtet werden, an einer In-vitro-Fertilisation oder einem Embryotransfer mitzuwirken.

E. Inkrafttreten

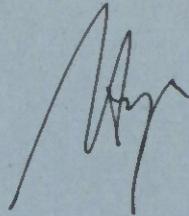
Diese Berufsordnung tritt am 1. Januar 1998 in Kraft. Gleichzeitig tritt die Berufsordnung in der Fassung vom 1. Januar 1994, zuletzt geändert am 13. Oktober 1996, außer Kraft.

München, den 13. Oktober 1997



Dr. med. Hans Hege
Präsident

Ausgefertigt, München, den 27. Oktober 1997



Dr. med. Hans Hege
Präsident

Die amtliche Bekanntmachung des ausgefertigten Beschlusses erfolgt unter Rubrik „Amtliches“ im „Bayerischen Ärzteblatt“ Heft 11/1997.

Qualitätszirkelarbeit der BLÄK und KVB

1. Grundsätze

- Freiwilligkeit der Teilnahme
- QZ sind Grundlage einer *internen* Qualitätssicherung der Ärzteschaft
- Teilnehmerkreis: Niedergelassene Ärzte und Krenkenhsusärzte
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit über Fachgebiete hinaus
- Kooperation zwischen BLÄK und KVB
- Finanzielle und logistische Unterstützung der Qualitätszirkel durch BLÄK/KVB

2. Überblick

- Förderung von Qualitätszirkeln und Durchführung von Moderatorenschulungen erfolgen im Bereich der KVB seit 1994
- Anzshl der gemeldeten Qualitätszirkel in Bayern (1996) 276 *
- Anzshl der Qualitätszirkelsitzungen in Bsyern (1996) 826
- Durchschnittliche Teilnehmerzshl pro Qualitätszirkel (1996) 11
- Durchschnittliche jährliche Anzahl der Sitzungen pro QZ (1996) 4
- Durchschnittliche Dauer der QZ - Sitzungen 2 h

* Hierin sind 39 Qualitätszirkel enthalten, die nicht gefördert werden

3. Die QZ-Arbeit der Bezirksstellen der KVB (1996)

	München	Ober- bayern	Ober- franken	Mittel- franken	Unter- franken	Ober- pfalz	Nieder- bayern	Schwa- ben
Anzahl der QZ	30	35	33	71	27	22	25	33
Tagungs- frequenz	alle 2 Wochen	1	-	-	-	-	-	-
	alle 4 Wochen	11	8	9	12	2	1	9
	alle 2 Monate	13	14	12	18	4	4	8
	alle 3 Monate	5	12	12	27	15	12	17
	alle 4 Monate	-	2	1	-	-	4	2
	alle 6 Monate	-	1	2	-	8	2	1
jährlich	-	-	-	-	-	-	4	1
keine Angabe	-	-	-	7	-	-	-	-
Teilnehmer- zahl	bis 10	10	21	21	22	10	10	16
	bis 15	10	9	11	18	7	4	14
	über 15	10	5	1	11	10	8	5
	keine Angabe	-	-	-	8	-	-	-

4. Themenkreise der Qualitätszirkel

- Interdisziplinär 43%
- Psychiatrie / Neurologie / Psychotherapie 13%
- Allgemeinmedizin 10%
- Innere Medizin 10%
- Pädiatrie 8%
- Sonstige (z.B. Chirurgie / Orthopädie / Gynäkologie) 16%

5. Moderatorentaining

- Moderatorenschulungen werden durch die KVB seit 1994 durchgeführt
- Die Moderatorenschulung besteht derzeit aus einem Grund- und Aufbausekurs (Dauer: Grundkurs 1,5 Tage / Aufbausekurs 1 Tsg)
- Flächendeckendes Angebot: Im Bereich jeder KVB-Bezirksstelle werden Moderatorenschulungen angeboten
- Auch Krankenhaussärzte können am Moderatorentaining teilnehmen
- Geschulte Moderatoren: 237 (1996) ca. 240 (1997)

6. Ausblick

- Für bereits tätige Moderatoren soll ein *Supervisionskurs* zur Vertiefung der Kenntnisse angeboten werden
- Verbesserung der Dokumentation der Sitzungen der Qualitätszirkel
→ dies soll eine aussagekräftige Evaluation der einzelnen Qualitätszirkel ermöglichen
- Ausweitung der Anzshl der Ärzte, die an einem Qualitätszirkel teilnehmen
- weitere Stärkung der *internen* Qualitätssicherung

Abbildung 5

Eine ganz andere Frage war die Evaluation unserer Qualitätszirkel. Sie alle, die sich mit der Materie beschäftigt haben, wissen, daß es Qualitätszirkel mit sehr hohem Niveau gibt, in denen die Ärzte außerordentlich engagiert mitarbeiten und wirklich auch substantielle Bereicherungen für ihre ärztliche Arbeit erlangen können. Auf der anderen Seite haben wir aber auch Qualitätszirkel, und das muß offen eingeräumt werden, die nicht unbedingt dem Begriff genügen. Wir haben daher ein Evaluationskonzept ent-

wickelt. Dies ist schon deswegen notwendig, damit wir ungefähr feststellen können, ob die aufgebrachten finanziellen Mittel zur Förderung dieser Qualitätszirkel auch einigermaßen gerechtfertigt sind. Die Evaluation unterscheidet nach eingehender Beratung in der Qualitätssicherungskommission, zwischen permanenten Qualitätszirkeln und Qualitätszirkeln, die sich einzelnen Fragestellungen widmen, und die dann, wenn dieses Problem abgearbeitet ist, sich auch wieder auflösen sollten.

Evaluation obligatorisch

Diese Evaluation der Qualitätszirkelarbeit ist in allen Regionen obligat und hat nichts mit irgendwelchen Kontrollmechanismen der Kassenärztlichen Vereinigung zu tun, wie uns immer wieder unterstellt wird. Wir müssen klären, ob die von Ihnen aufgebrachten Beitragsgelder auch gerechtfertigt eingesetzt werden.

Die Qualitätszirkelarbeit wird weiter intensiviert werden. Wir haben jetzt in Bayern insgesamt 276 aktive Qua-

litätszirkel. Eine kontinuierliche Betreuung durch die KVB-Bezirksstellen ist gewährleistet. In allen Regionen gibt es sehr engagierte und kompetente Ärzte, die als Qualitätszirkelbeauftragte fungieren. Ich meine, trotz aller kritischen Stimmen, daß wir hier weiterhin auf dem richtigen Weg sind. Gewisse Regularien, aber auch Korrekturen müssen dennoch erlaubt sein.

Mit oder ohne Pharmaindustrie?

Eine interessante Frage hat sich in den letzten Monaten immer häufiger ergeben, inwieweit wir die relativ strikte Ablehnung einer Zusammenarbeit mit der Pharmaindustrie aufrechterhalten sollten. Es gibt inzwischen mehrere sehr gute Moderatorenschulungen, die von einzelnen engagierten Pharmafirmen finanziert und auch organisiert werden. Wenn wir diese Programme mit unseren Moderatorenschulungen vergleichen, so ergibt sich durchaus ein ähnlicher Standort, so daß unsere bisherige ablehnende Position einer Akzeptanz hinterfragt werden muß. Damit komme ich generell zur Frage der Unterstützung unserer Qualitätszirkelarbeit durch die Pharmaindustrie. Sie wissen, daß wir hier bisher sehr kategorisch Subventionen abgelehnt haben. Ein gewisses Überdenken dieser apodiktischen Positionen ist wahrscheinlich durchaus angebracht, meines Erachtens sollte jedoch die Ablehnung der direkten Mitarbeit von Pharmafirmen in Qualitätszirkeln weiterhin aufrecht erhalten bleiben.

Zum Thema Qualitätsmanagement darf ich abschließend auf unser jüngstes Projekt kommen. Wir führen in Bayern jetzt Qualitätsmanagementkurse für bayerische Ärztinnen und Ärzte unter der bewährten Ägide von Herrn Kollegen Dr. Weidringer durch. Die Finanzierung des dazu notwendigen Moderatorentrainings wird ebenfalls gemeinsam von Bayerischer Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung getragen.

Diese Kurse basieren auf dem Curriculum der Bundesärztekammer und ein erster Kurs ist in Würzburg bereits realisiert worden. Mehr als 100 Kursteilnehmer haben inzwischen dort teilgenommen und es haben sich weitere 100 gemeldet für das nächste Jahr. Sie

sehen, daß ein Bedarf in der Ärzteschaft ist, sich hier Kenntnisse zu erwerben. Nicht zuletzt können solche Qualifikationen natürlich auch in einem enger werdenden beruflichen Szenario durchaus den Ausschlag geben bei einer Stellenbewerbung. Ich denke, daß dies in Zukunft auch eine Motivation für einen Arbeitgeber sein wird, wenn derartige Kenntnisse mit eingebracht werden. Auf Qualitätsmanagementkenntnisse, das dürfte wohl allen klar sein, wird in Zukunft jeder Arzt in der Klinik und auch jeder niedergelassene Arzt kaum verzichten können.

Tarifvertrag für Arzthelferinnen: geänderte ökonomische Verhältnisse

An dieser Stelle muß ich jetzt einen massiven Sprung in meinem Bericht machen und komme zum Thema der Arzthelferinnen.

Die Vergütungsverträge waren längst gekündigt. Grund ist die dramatische Verschlechterung der Einkommenssituation der niedergelassenen Ärzte. In vielen Verhandlungsrunden ist es jetzt gelungen, für die rund 500 000 Arzthelferinnen in der Bundesrepublik einen neuen Tarifvertrag vereinbaren zu können. Ich möchte auf die Einzelheiten dieses Tarifvertrages nicht eingehen, jedoch besteht gar kein Zweifel, daß im Manteltarifvertrag die geänderten ökonomischen Verhältnisse angepaßt werden mußten. Die neuen Tarifverträge sollen zum 1. November diesen Jahres in Kraft treten.

Ärzte, die Arzthelferinnen bisher für ihre Tätigkeit dringend benötigt haben und deren Wert ihnen durchaus bewußt ist, waren gezwungen, die verschlechterten ökonomischen Bedingungen zunächst durch eine Reduktion des Personals aufzufangen. Dies ist außerordentlich bedauerlich, jedoch nachvollziehbar. Besonders problematisch erscheint mir die derzeitige Situation der Ausbildungsplätze für die nachfolgende Arzthelferinnengeneration. Die gemeldeten Ausbildungsplätze bei der Bayerischen Landesärztekammer haben rapide abgenommen und auch die jetzt ihr Examen absolvierenden Helferinnen haben nicht einmal zu 50% einen Arbeitsplatz erhalten.

Ein entsprechender Resolutionsantrag, der vehement auf die Notwendigkeit weiterer Ausbildungsplätze hinweist, wurde von mir eingebracht. Es ist sicher kurzsichtig, zu glauben, auf hochqualifizierte Arzthelferinnen verzichten zu können. Für viele Arztpraxen sind Helferinnen geradezu ihr Kapital.

Reduzierung der Berufsschule

Verschiedene deutliche Verbesserungen zugunsten des Arbeitgebers konnten erreicht werden. Der Samstag kann zum Beispiel unter Durchführung einer Fünftagewoche als regulärer Arbeitstag vereinbart werden. Wesentlich ist das Zugeständnis des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht, Kultus und Wissenschaft, daß die Zahl der Unterrichtsstunden an der Berufsschule reduziert werden kann. Mittlerweile liegt eine Zusage des Ministeriums vor, ab dem kommenden Schuljahr den zweitägigen Besuch der Berufsschule im ersten Ausbildungsjahr auf eineinhalb Tage zu reduzieren. Diese Dinge sind alle nicht selbstverständlich, waren aber erreichbar, da im Ministerium der offensichtliche wirtschaftliche Druck in den Arztpraxen erkannt wurde. Mehr als appellieren an unsere Verantwortung, qualifiziertes Personal für Arztpraxen, aber auch Krankenhausambulanzen weiter auszubilden, ist gegenwärtig nicht möglich.

Aufgrund verschiedener vertraglicher Bundesvorgaben hat es die Bayerische Landesärztekammer als notwendig angesehen, eine zunehmende Qualifizierung der Arzthelferinnen durch Fortbildung zu Arztfachhelferinnen zu ermöglichen. Wie aus Abbildung 6 zu entnehmen ist, gibt es inzwischen sechs

Zusatzqualifikationen für Arzthelferinnen

- Onkologiehelferin
- Helferin ambulantes Operieren
- Laborhelferin
- Helferin Betriebsmedizin
- Röntgenhelferin
- Helferin Pneumologie

Abbildung 6

Zusatzqualifikationen. Entsprechende Veranstaltungen mit Seminarcharakter wurden organisatorisch konzipiert und finden bereits statt. Es besteht ein großes Interesse unserer Arzthelferinnen, sich diesen zusätzlichen Qualifikationen zu unterziehen, nicht zuletzt sicherlich auch, da damit eine Verbesserung ihrer Vergütung zu erwarten ist.

Mein Bericht über besondere Schwerpunkt-Aktivitäten im Bereich der Landesärztekammer kann selbstverständlich nur Teilbereiche enthalten. So kann ich heute die Probleme der Privatgebührenordnung, inklusive der Kostenerstattungsproblematik bei GKV-Patienten, nicht weiter erörtern. Auch das Thema „Job-Sharing“, die Ausgestaltung des § 101 SGB V ist für Krankenhausärzte sicher sehr wesentlich, Details können aber heute noch nicht diskutiert werden.

Organisation des Notarztdienstes

Abschließend muß ich aber auf einen wesentlichen Punkt, der uns in Bayern speziell betrifft, zu sprechen kommen, und zwar die Änderung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes. Auf die organisatorischen Änderungen der Zuständigkeiten für Krankentransport und Notfallrettung möchte ich jetzt nicht eingehen, sondern mich ausschließlich auf die uns Ärzte besonders betreffenden Passagen beziehen. Im Artikel 21 enthält der Absatz 1 die Gewährleistungsverpflichtung zur Organisation des Notarztdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und des Rettungszweckverbandes. Dies bedeutet, daß die Kassenärztliche Vereinigung und ausdrücklich der Rettungszweckverband für die organisatorische Absicherung des Notarztdienstes haften. Somit besteht weiterhin das derzeitige Problem, daß die Kassenärztliche Vereinigung keine Regelungskompetenzen hat bzw. verpflichtende Maßnahmen gegenüber den Notärzten durchführen kann, aber trotzdem in der Haftung bleibt. Wir hoffen, bei lokalen Besetzungsschwierigkeiten, und die haben wir laufend in einigen Regionen Bayerns, aufgrund des neuen Gesetzes und einer eindeutigeren Formulierung, die Rettungszweckverbände, in denen ja Kran-

kenhaustäger Mitglieder sind, dann vermehrt auf ihre Verpflichtung hinweisen zu können und somit auch organisatorisch Verantwortung übernehmen zu müssen.

Vergütung aus dem Honoraropf der Vertragsärzte

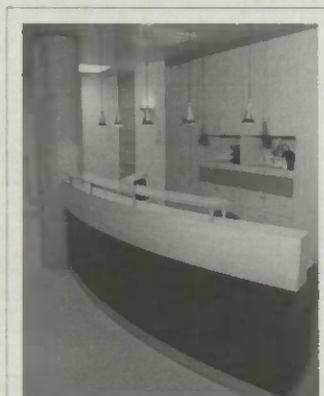
Sehr positiv muß vermerkt werden, daß der Leitende Notarzt jetzt durch das neue Rettungsdienstgesetz definitiv Bestandteil der Struktur ist. Die Vergütung ist nach wie vor nicht geregelt. Entsprechende Verhandlungen mit den Krankenkassen wurden bereits aufgenommen, wobei insgesamt die Bereitschaftsdienstvergütung der Notärzte neu gestaltet werden muß. Die Vergütung der ärztlichen Leistungen der Notärzte erfolgt weiterhin aus dem Honoraropf der Vertragsärzte, trotz Verdoppelung der Einsatzzahlen haben die Krankenkassen keine Mark zusätzlich bis heute bezahlt. Die Finanzierung der Bereitschaftsdienstvergütung erfolgt wie bisher über die Benutzungsentgelte im Rettungsdienst. Dies entspricht dem Artikel 24. Wir überlegen, eine gestaffelte Bereitschaftsdienstvergütungsstruktur einzuführen, das heißt, daß wir in den Notarztbereichen, bei denen nur sehr wenig Einsätze täglich anfallen, eventuell einen Anreiz zur Beteiligung durch eine höhere Bereitschaftsdienstvergütung schaffen können, natürlich dann zu Lasten der Notarztbereiche,

die hohe Einsatzfrequenzen mit guten Erträgen haben. Dies bedarf aber noch weiterer Diskussion.

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst (ÄLRD): Die Ärztekammer muß zuständig sein!

Im Prinzip können wir mit den meisten neuen Regelungen des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes ganz gut leben. Es ergibt sich aus der Sicht der Bayerischen Landesärztekammer jedoch noch ein Bereich, der keinesfalls von uns in dem bisherigen Entwurf akzeptiert werden kann. Es handelt sich um die Erprobung des „Ärztlichen Leiters Rettungsdienst“. Seit langem besteht von ärztlicher Seite die Forderung, eine Stärkung des ärztlichen Elements im Rettungsdienst durch die Einführung eines ÄLRD zu ermöglichen. Wir begrüßen also grundsätzlich diese Neueinführung, da damit eine Weiterentwicklung und qualitative Verbesserung der Notfallmedizin zu erwarten ist. Leider, zumindest sieht es bis heute so aus, hat das Bayerische Staatsministerium des Innern einen Modellversuch zur Erprobung dieses Ärztlichen Leiters Rettungsdienst zwar veranlaßt, die Durchführung erfolgt jedoch ohne Mitwirkung der Bayerischen Landesärztekammer bzw. Kassenärztlichen Vereinigung. Da es sich eindeutig um eine ärztliche Qualifikation im Rahmen einer Fortbildung handelt, ist unserer Meinung nach die Bayerische Landesärztekammer sowohl fachlich als auch organisatorisch dafür zuständig.

Unsere Positionen wurden dem Innenministerium gegenüber eingebracht. Ein erneuter Gesprächstermin zur Wahrung der ärztlichen Interessen, vertreten durch die Bayerische Landesärztekammer, ist in der übernächsten Woche bereits vereinbart. Es liegt ein Resolutionsentwurf von Herrn Professor Sefrin vor, der von mir absolut unterstützt wird. Es kann keinesfalls akzeptiert werden, daß der jahrelang von der Ärzteschaft geforderte Ärztliche Leiter Rettungsdienst seine Qualifikation ohne Mitwirkung der Bayerischen Landesärztekammer erhalten kann. Es gibt ein Curriculum der Bundesärztekammer für diese zusätzliche Qualifikation, das der Fortbildung zu-



Der individuelle-innovative Partner für Ihre Gesamtkonzeption mit CAD-Visualisierung, Ausführung und Koordination aller Gewerke.

Bergbauer

OBJEKTDISEIGN

Waldschmidtstraße 5 • 94234 VIECHTACH

Telefon 09942/902807 • Telefax 09942/902808

Weitere Tagesordnungspunkte

grunde gelegt werden muß. Prinzipiell kann von unserer Position nicht abgewichen werden, daß jegliche Form der ärztlichen Fortbildung unter der Verantwortung der Landesärztekammer stattfinden muß.

In meinem Bericht vor einem Jahr war ein Schwerpunkt die Kooperation zwischen ambulanten und stationären Strukturen. In diesem Bereich gab es, und das bedauere ich, keine wesentliche Weiterentwicklung bis auf den Bereich der Notfallambulanzen, die weniger in Bayern, aber im übrigen Bundesgebiet zunehmend an Krankenhäusern errichtet werden. Generell ist die Etablierung von Notfallambulanzen sicher ein zukunftsweisender Weg, eine qualitativ hochwertige Notfallversorgung der Bevölkerung zu erreichen, zumal, wenn hausärztliche und fachärztliche Versorgungsstrukturen miteinander koordiniert werden. In diesem Bereich wird die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns durch eine Überarbeitung der Notfalldienstordnung in den nächsten Wochen neue Akzente setzen. In diesem Zusammenhang werden neue Aufgaben auf die Landesärztekammer als Fortbildungsinstitution zukommen, da wir dringend Handlungsbedarf sehen, die notfallmedizinische Fortbildung zu intensivieren, wobei dies dann natürlich in den entsprechenden Regionen Bayerns dezentral erfolgen sollte.

Auch hier: Konstruktive Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung

Ich glaube, daß durch meinen Bericht jedoch ein wesentliches Merkmal zum Ausdruck kommt, daß die bisherige Zusammenarbeit zwischen Bayerischer Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung vertrauensvoll und konstruktiv ist, sie muß es unter allen Umständen auch in Zukunft bleiben. Die inzwischen durchgeführte räumliche Trennung der beiden Körperschaften war leider aus organisatorischen Gründen notwendig. Dies darf auch in Zukunft, so hoffe ich, eine vertrauensvolle Zusammenarbeit nicht belasten, denn nur gemeinsam können wir die Interessen der bayerischen Ärzteschaft erfolgreich vertreten.

□

TOP 1: „Leitlinien – Richtlinien – Standards“ Risiko oder Chance für Arzt und Patient

Der aktuelle Stand der Diskussion zu dieser Thematik wurde von drei Referenten unter verschiedenen Aspekten beleuchtet: dem Internisten Professor Dr. Eberhard Buchborn, emeritierter Direktor der Medizinischen Universitätsklinik Innenstadt der Ludwig-Maximilians-Universität München, dem Chirurgen Professor Dr. Hartwig Bauer, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung am Kreiskrankenhaus Alt-/Neuötting, und dem Juristen Professor Dr. Dr. Klaus Ulsenheimer, Rechtsanwalt, Professor für Strafrecht und Strafprozeßrecht an der Ludwig-Maximilians-Universität München.

Diese Vorträge werden in den nächsten Ausgaben des Bayerischen Ärzteblattes veröffentlicht.

TOP 2: Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

2.1: Bericht des Präsidenten

Präsident Dr. Hege beschränkte seinen Bericht unter Hinweis auf den vorliegenden Geschäftsbericht der Bayerischen Landesärztekammer und seine Ausführungen in der Eröffnungsrede des Vorabends (siehe Seite 356 ff.) auf einleitende Worte zur Neufassung der Berufsordnung, zur weiteren Ausgestaltung der Weiterbildungsordnung und zur „Tele-Medizin“.

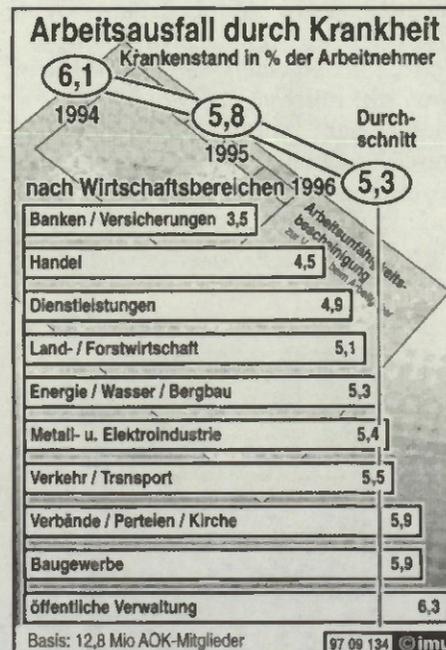
2.2: Bericht des 1. Vizepräsidenten Dr. H. Hellmut Koch (siehe Seite 364)
Bericht des 2. Vizepräsidenten Dr. Klaus Ottmann (siehe Seite 369)

TOP 3: Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (Beschluß des 100. Deutschen Ärztetages 1997 in Eisenach)

Nach eingehender Diskussion beschloß der 50. Bayerische Ärztetag mit einigen wenigen Änderungen den vom Vorstand vorgelegten Entwurf der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns (siehe Amtliches Seite 385). Die am 1. Januar 1998 in Kraft tretende Berufsordnung ist in dieser Ausgabe als herausnehmbarer Mittelteil veröffentlicht.

TOP 4: Geschäfts- und Verfahrensordnung der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Bayerischen Landesärztekammer

Der 50. Bayerische Ärztetag hat eine neue Geschäfts- und Verfahrensordnung der „Gutachter- und Schlichtungsstelle der Bayerischen Landesärztekammer“ beschlossen. Er hat damit der bisherigen Schlichtungsstelle der Kammer, die im Jahre 1975 als erste Schlichtungsstelle für Haftpflichtstreitigkeiten errichtet wurde, eine weitere Aufgabe zugewiesen. Um den Vorwurf einer kunstfehlerhaften



Der Krankenstand in Deutschland ist rückläufig. Wie die AOK nach Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ihrer Mitglieder feststellte, waren 1996 nur noch 5,3% der Arbeitnehmer im Durchschnitt krank geschrieben.

Behandlung zu klären, war es bisher erforderlich, den Sachverhalt der Haftpflichtversicherung des Arztes vorzutragen. Erst bei einer Ablehnung eines entsprechenden Anspruchs konnte die Schlichtungsstelle der Bayerischen Landesärztekammer tätig werden.

Nunmehr soll bei Streitigkeiten zwischen Patient und Arzt durch eine fachliche Begutachtung festgestellt werden, ob die behauptete fehlerhafte Behandlung einen gesundheitlichen Schaden des Patienten verursacht hat. Die „Gutachter- und Schlichtungsstelle der Bayerischen Landesärztekammer“ gibt zukünftig auf schriftlichen Antrag eine Stellungnahme ab; sie trifft damit keine die gerichtliche Nachprüfung ausschließende Entscheidung. Das Verfahren ist kein Schiedsverfahren im Sinne der Zivilprozeßordnung.

Die Bayerische Landesärztekammer möchte damit das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient stärken, indem die Möglichkeit geschaffen wird, Vorwürfe objektiv zu prüfen bzw. durch die Begutachtung ärztlichen Handelns den Patienten die Durchsetzung begründeter Ansprüche zu erleichtern, die Ärzte aber auch vor unberechtigten unbegründeten Vorwürfen zu schützen.

Die „Geschäfts- und Verfahrensordnung der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Bayerischen Landesärztekammer“ wird im amtlichen Teil der Dezember-Ausgabe des Bayerischen Ärzteblattes veröffentlicht und tritt damit am 1. Januar 1998 in Kraft.

TOP 5: Finanzen der Bayerischen Landesärztekammer

5.1: Rechnungsabschluß 1996

Der 50. Bayerische Ärztetag billigte den Rechnungsabschluß 1996 einstimmig.

5.2: Entlastung des Vorstandes 1996

Der 50. Bayerische Ärztetag entlastete den Vorstand ohne Gegenstimmen mit

einigen Enthaltungen von Vorstandsmitgliedern.

5.3: Wahl des Abschlußprüfers für 1997

Der 50. Bayerische Ärztetag stimmte der Beauftragung von Herrn Dipl.-Kfm. Heinkelmann, Treuhand AG für Handel und Industrie, Wirtschaftsprüfungs- und Steuerberatungsgesellschaft, München, auch für das Jahr 1997 ohne Gegenstimmen zu.

5.4: Haushaltsplan 1998

Der Haushaltsplan 1998 und der Investitionshaushalt 1998 wurden vom 50. Bayerischen Ärztetag ohne Gegenstimmen angenommen.

TOP 6: Wahl der Abgeordneten und Ersatzabgeordneten zum 101. Deutschen Ärztetag 1998 in Köln

Der 50. Bayerische Ärztetag wählte die Abgeordneten und Ersatzabgeordneten zum 101. Deutschen Ärztetag 1998 in Köln.

TOP 7: Nachwahl in den Ausschuß für Hochschulfragen

Als Nachfolger für Professor Dr. med. Friedrich Wolf, Erlangen, wurde Professor Dr. med. Bernhard Neundörfer, Erlangen, und für Frau Professor Dr. med. Ursula Gresser, Würzburg, wurde Dr. med. Walter Burghardt, Würzburg, in den Ausschuß für Hochschulfragen gewählt.

TOP 8: Bekanntgabe des Termins für den 51. Bayerischen Ärztetag 1998 in Bayreuth

Die Vollversammlung beschloß, den 51. Bayerischen Ärztetag 1998 vom 9. bis 11. Oktober 1998 in Bayreuth durchzuführen.

TOP 9: Wahl des Tagungsortes des 52. Bayerischen Ärztetages 1999

Die Vollversammlung beschloß, den 52. Bayerischen Ärztetag 1999 in Aschaffenburg durchzuführen.

TESTEN IST GUT - VERGLEICHEN IST BESSER !

Ultraschall-Geräte
fast aller namhafter Hersteller
im Direktvergleich
bundesweit in
14 Sonotheken

Sonoring Deutschland
 Die Ultraschall-Spezialisten.
 Ganz in Ihrer Nähe, bundesweit.

Der Sonoring Deutschland stellt aus:
 MEDICA, Düsseldorf 19. - 22.11.1997
 Halle 7, Stand C 09

Ihr Vorteilspaket

- große Auswahl in ständiger Ausstellung
- fachkompetente und neutrale Beratung
- enorme Preisvorteile durch Sonoring-Zentraleinkauf
- attraktive Finanzierungsmodelle
- Gerätebesichtigung jederzeit nach Terminvereinbarung

SCHMITT-HAVERKAMP
 Mitglied im SONORING DEUTSCHLAND

SONOTHEK Penzberg bei München
 82377 Penzberg · Ruhe am Bach 5
 Tel (08856) 9277-0 · Fax (08856) 9277-77

Entschließungen des 50. Bayerischen Ärztetages

Förderung der Integration von psychotherapeutischer und psychosomatischer Medizin

Der 50. Bayerische Ärztetag beschließt, daß der Integrationsprozeß der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin in die ambulante und stationäre Medizin gefördert wird. Bis zur Jahrtausendwende sollte die bayerische Ärzteschaft einen wesentlichen Schritt in der Integration psychosomatischen Denkens und Handelns vorangekommen sein und kann damit auch einen wichtigen gesellschaftlichen Beitrag zur Entwicklung eines zeitgemäßen Menschenbildes leisten.

Psychiatrie – Personalverordnung

Der 50. Bayerische Ärztetag spricht die Notwendigkeit aus und empfiehlt den Kostenträgern, daß die Psychiatrie-Personalverordnung, die 1990 von der Bundesregierung verabschiedet wurde – nach Psychiatrie-Enquete 1975 und Empfehlungen der Expertenkommission 1988 – erhalten bleibt und damit auch der Trend zur Gleichstellung der psychisch Kranken mit den somatisch Kranken.

„Überleben als Rechenexempel“

Der 50. Bayerische Ärztetag wendet sich schon im Vorfeld absolut dagegen, daß durch „Rationalisierungs“maßnahmen im Gesundheitssystem bestimmte Personengruppen von medizinisch notwendigen Leistungen ausgeschlossen werden, zum Beispiel Ältere von Operationen oder Schwerstkranke oder Behinderte von lebensverlängernden Maßnahmen.

Akutversorgung von Schlaganfällen

Die Mehrzahl der Schlaganfallpatienten wird derzeit in Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung, vornehmlich in internistischen Abteilungen dieser Häuser, behandelt. Diese Versorgung ist zu optimieren. Die hierzu nötigen Maßnahmen (jederzeit verfügbare CT-Diagnostik, neurologische Konsiliardienste, Ausbau der physikalischen Therapie) sind durch Staatsregierung und Krankenkassen zu fördern.

In der Bevölkerung darf der jetzt schon vorherrschende Eindruck nicht noch weiter verstärkt werden, daß diese Krankenhäuser zu

einer fachgerechten Akutversorgung von Schlaganfällen nicht in der Lage seien. Vielmehr ist darauf hinzuweisen, daß nur eine Minderheit von Schlaganfallpatienten aus medizinischen und logistischen Gründen von den spezifischen Behandlungsmöglichkeiten einer Stroke unit profitiert, während die Mehrheit von ihnen an den Krankenhäusern der Grund- und Regelversorgung dem gesicherten medizinischen Standard entsprechend versorgt werden kann.

Dessen ungeachtet ist die Einrichtung sogenannter Stroke units bedarfsgerecht an geeigneten Krankenhäusern der Versorgungstufen drei und vier zu fördern.

Flächendeckende Laborversorgung als ärztliche Leistung

Die bayerische Ärzteschaft fordert, die flächendeckende Laborversorgung in Bayern zu erhalten und diese als ärztliche Leistung zu belassen.

Dabei richten sich keine Einwände gegen eine eventuelle Trennung in technische Durchführung und Auswertung – jedoch gegen Bestrebungen, das Labor als industrielle Leistung aus dem ärztlichen Leistungsspektrum herauszulösen.

Neue Formen ärztlicher Kooperation

Die Delegierten begrüßen grundsätzlich neue ärztliche Kooperationsmodelle, wie sie auch vernetzte Praxen darstellen. Sie fordern jedoch:

1. daß die freie Arztwahl für den Patienten weiterhin gewährleistet bleibt,
2. die innerhalb eines Praxisnetzes nicht abgedeckten Fachgebiete durch ein unbehindertes Überweisungsverfahren einzubinden,
3. daß das Netzmanagement nicht in den Händen der Kassen, sondern bei der Ärzteschaft bzw. bei der KV liegt,
4. daß die Einhaltung der Berufsordnung, insbesondere bezüglich Datenschutz und Werbung, gewährleistet ist.

Häusliche Krankenpflege (§ 37 SGB V)

Der 50. Bayerische Ärztetag sieht mit Besorgnis die Praxis von Genehmigungen von

häuslicher Krankenpflege durch Krankenkassen und deren Medizinischem Dienst. Notwendige Leistungen, gerade bei chronisch kranken, schwerkranken und zu Hause zu pflegenden und zu betreuenden Patienten werden nicht mehr in dem notwendigen Umfang möglich sein.

Der 50. Bayerische Ärztetag appelliert an die Kostenträger, den Kranken einerseits notwendige Leistungen nicht mehr vorzuenthalten, andererseits Ärzten und Pflegenden nicht noch mehr zeit- und kraftraubende Büroarbeit aufzubürden.

Patientenversorgung – Richtlinien zur Begutachtung von Anträgen zur Rehabilitation

Die Delegierten des 50. Bayerischen Ärztetages bitten den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, die neuentwickelten Richtlinien des Medizinischen Dienstes bekanntzumachen und zu erläutern.

Praxisnetze

Der 50. Bayerische Ärztetag begrüßt, daß mit der schnell anwachsenden Bildung von Praxisnetzen die immer wieder erhobene Forderung des Bayerischen Ärztetages nach Kooperation und Gruppenbildung in der niedergelassenen Ärzteschaft in Erfüllung geht.

Der Bayerische Ärztetag appelliert jedoch an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und alle Basisinitiativen, bei der Planung von Praxisnetzen auch die lokalen Krankenhäuser zu berücksichtigen und in ihre Überlegungen bei der Gestaltung von Kooperationsnetzen einzubeziehen.

Die Gruppenbildung niedergelassener Ärzte allein kann genausowenig wie die bisherige Vielzahl nicht koordinierter Einzelpraxen das bestehende Defizit an der Schnittstelle von ambulanter und stationärer Versorgung beheben.

Dazu sind weiterreichende, gemeinsame Strukturen – unter bestimmten Voraussetzungen, zum Beispiel im notärztlichen Bereich, auch integrierte Strukturen von niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern nötig.

Psychotherapeutische Versorgung

Der 50. Bayerische Ärztetag unterstützt Bemühungen, die die Rahmenbedingungen für den 1992 geschaffenen Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, entsprechend

seinem besonderen Versorgungsauftrag, in der ambulanten und stationären Versorgung verbessern.

Fortbildungszertifikat

Der 50. Bayerische Ärztetag beschließt die Einführung eines Fortbildungszertifikates als Modellprojekt für den Zeitraum von zwei Jahren.

Es wird damit die Möglichkeit geschaffen, auf freiwilliger Basis die Teilnahme an von der Bayerischen Landesärztekammer und den Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbänden anerkannten Fortbildungsveranstaltungen einwandfrei zu dokumentieren. Damit soll auch nach außen hin demonstriert werden, in welchem Umfang allein dieser zertifizierbare Teil der ärztlichen Fortbildung in Anspruch genommen wird.

Im Rahmen des Modellprojektes wird das Zertifikat von der Bayerischen Landesärztekammer aufgrund des Nachweises von einer noch festzulegenden Zahl von „Fortbildungspunkten“ pro Jahr ausgestellt.

Qualitätszirkel sowie anerkannte außerbayerische Fortbildungsveranstaltungen können auf Antrag nach den gleichen Kriterien bewertet und anerkannt werden.

Eine Erfassung der Fortbildung durch ärztliche Fachliteratur oder interaktive Medien ist derzeit mit einem vertretbarem Verwaltungsaufwand nicht möglich; für das Modellprojekt werden diese beiden Medien nicht berücksichtigt.

Das Fortbildungszertifikat wird von der Kammer im Rahmen des Modellprojektes auf Antrag bei Nachweis der erforderlichen Punktzahl ausgestellt.

Das Modellprojekt wird durch den Vorstand und die Geschäftsführung mit geeigneten Mitteln begleitet und ausgewertet, um die Praktikabilität des Verfahrens bei den einzelnen Teilnehmerinnen/Teilnehmern zu ermitteln. Die Ergebnisse werden dem 52. und dem 53. Bayerischen Ärztetag dargelegt, damit dieser über eine endgültige Einführung eines Fortbildungszertifikates entscheiden kann.

Unbedingt herauszustellen ist bei diesem Vorhaben allerdings, daß dieses Fortbildungszertifikat nur einen Sektor der ärztlichen Fortbildung belegt und es daneben einen breiten Raum zur Wahrnehmung ärztlicher Fortbildung gibt, der hiervon nicht erfaßt wird. Es ist deshalb nur die positive Aussage möglich, daß „eine standardisierte Fortbildung mit der Meßlatte des Fortbildungszertifikates der Bayerischen Lan-

desärztekammer nachgewiesen wurde“. Dies darf jedoch nicht bedeuten, daß andere Ärzte, die dies nicht nachweisen können, nicht ausreichend fortgebildet sind.

Vertiefung der notfallmedizinischen Versorgung

Der 50. Bayerische Ärztetag beauftragt den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, ein Konzept zur Vertiefung der notfallmedizinischen Versorgung zu erstellen und einzuführen (Refreshér-Kurse), das vordergründig die Maßnahmen der Erstversorgung der verschiedenen Notfälle beinhaltet. Dabei soll besonderer Wert auf praktische Übungen gelegt werden.

Palliativmedizin

Ungeachtet der spezifischen Aufgaben von Zentren für Palliativmedizin oder Schmerztherapie gehört die palliativmedizinische Betreuung terminal erkrankter Patienten zu den essentiellen Aufgaben allgemeiner ärztlicher Tätigkeit. Sie ist an keine spezielle Fachrichtung (Facharztgruppe) gebunden. Um einen möglichst hohen Standard palliativmedizinischen Handelns flächendeckend zu gewährleisten, wird allerdings eine Intensivierung von Fort- und Weiterbildungsangeboten – möglichst auf Kreisverbandsebene – gefordert.

Förderung der Prävention

Der Prävention kommt zur Vermeidung bzw. frühzeitigen Erkennung und Behandlung wichtiger Erkrankungen wesentliche Bedeutung zu, sie ist ureigene ärztliche Aufgabe.

Insbesondere auf dem Sektor der kardiovaskulären Erkrankungen (1995 knapp 430000 Todesfälle an Herzinfarkt und Schlaganfall in Deutschland) ist durch rechtzeitige Einflußnahme auf das individuelle Risikoprofil wie Bewegungsmangel, Rauchen, hoher Blutdruck, Übergewicht und falsche Ernährung ein positiver Einfluß mit Rückgang der Morbidität und Mortalität zu erwarten.

Ebenso sollte die Motivation zur vermehrten Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennung, der Impfprophylaxe und anderer Präventionsmaßnahmen gefördert und gleichzeitig die Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Krankenkassen, Selbsthilfegruppen usw. zur notwendigen Intensivierung der Präventionsmaßnahmen verbessert werden. Gleichzeitig ist die Öffentlichkeit in diese Maßnahmen vermehrt einzubeziehen.

Die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung wird deshalb um die Ausarbeitung geeigneter Fortbildungsmaßnahmen gebeten.

Organisation der ärztlichen Fortbildung

Zur Verbesserung der Effizienz der ärztlichen Fortbildung werden die Ärztlichen Kreisverbände gebeten, die Fortbildungsveranstaltungen besser zu koordinieren.

Weiterbildungsordnung

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer auf, im Widerspruchsausschuß stichprobenartig untersuchen zu lassen, inwieweit die Weiterbildungsbefugten die in den Weiterbildungsrichtlinien vorgegebenen Mindestzahlen erfüllen können. Über das Ergebnis, insbesondere eine möglicherweise bestehende Diskrepanz zwischen Inhalt und Weiterbildungsordnung und den aufgrund tatsächlicher Gegebenheiten vermittelbaren Inhalten, ist auf dem kommenden Bayerischen Ärztetag zu berichten.

Weiterbildung

Die Bayerische Landesärztekammer wird aufgefordert, Vorschläge zu erarbeiten, wie in Zukunft eine ausreichende Finanzierung der Weiter- und Fortbildung bereitgestellt werden kann.

Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die bayerischen Ärzte fordern die verantwortlichen Politiker und Kassenvertreter eindringlich auf, die Voraussetzungen für die Umsetzung der fünfjährigen Weiterbildung Allgemeinmedizin umgehend zu schaffen; dies bedeutet, es ist eine ausreichende Zahl an Weiterbildungsstellen zur Verfügung zu stellen und für eine angemessene Finanzierung außerhalb der Gesamtvergütung zu sorgen.

Allgemeinmedizinische Weiterbildung im stationären Bereich

Die Gesundheitsminister des Bundes und der Länder werden gebeten, darauf hinzuwirken, daß Regelungen im Krankenhausfinanzierungsrecht geschaffen werden, die geeignet sind, die allgemeinmedizinische Weiterbildung im stationären Bereich nachhaltig zu fördern.



Oberpfälzische Delegierte

Die Bundesärztekammer wird gebeten, sich ebenfalls für dieses Anliegen einzusetzen.

Allgemeinmedizin

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert Kassen, KVen, Kliniken und niedergelassene Ärzte dazu auf, daß zur Umsetzung des im Mai 1997 in Eisenach beschlossenen fünfjährigen Weiterbildungscurriculums im Fach Allgemeinmedizin neben den darin geforderten flankierenden finanziellen und strukturellen Maßnahmen insbesondere eine ausreichende Zahl von pädiatrischen Weiterbildungsstellen in Klinik und Praxis zur Verfügung gestellt wird.

Arbeitslosigkeit

Die Delegierten des 50. Bayerischen Ärztetages fordern die Tarifpartner auf, die Priorität bei den Verhandlungen auf die Schaffung neuer Arbeitsplätze zu setzen.

Arbeitszeitgesetz

Der 50. Bayerische Ärztetag mahnt zum wiederholten Male, wie schon andere Gremien vor ihm, beim Gesetzgeber die tatsächliche Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes an. Nach fester Überzeugung der Delegierten ist eine effektive Umsetzung, die der Intention des Gesetzes gerecht wird – der Schutz der Beschäftigten auch in den Krankenhäusern – nur durch eine Stellenmehrung zu erreichen.

Der 50. Bayerische Ärztetag stellt fest, daß das Gesetz, wenn überhaupt, derzeit nur for-

mal umgesetzt ist, daß Arbeitszeitregelungen, wenn überhaupt, nur formal bestehen, und daß deren tatsächlicher Vollzug zu einer nicht hinnehmbaren Qualitätsminderung in der Patientenversorgung führen würde oder Arbeitsbedingungen entstünden, die der Absicht des Gesetzgebers Hohn sprechen würden.

Tarifvertrag öffentlicher Dienst

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert die Tarifpartner dringend auf, bei den bevorstehenden Tarifverhandlungen für den öffentlichen Dienst auch über neue Modelle der Arbeitszeitregelung zu verhandeln und solche umzusetzen, wie zum Beispiel Altersteilzeit, Arbeitszeitkonten, Abschaffung von Überstunden zugunsten neu zu schaffender Stellen.

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert dies auch aus seiner Verantwortung für die kommende ärztliche Generation, die andernfalls kaum Chancen für eine qualifizierte Weiterbildung und Fortbildung hat.

Arbeitszeitgesetz

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert die Tarifpartner dringend auf, bei den bevorstehenden Tarifverhandlungen für die Beschäftigten in den Krankenhäusern auch die Möglichkeiten des Arbeitszeitgesetzes auszuschöpfen.

Über die Öffnungsklauseln dieses Gesetzes müssen praktikable Arbeitszeitregelungen geschaffen werden, die den Bedürfnissen einer vernünftigen Patientenversorgung an-

gepaßt sind und die Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten in den Krankenhäusern nicht noch weiter verschlechtern.

Umsetzung des Arbeitszeitgesetzes

Der 50. Bayerische Ärztetag begrüßt es, daß die Bayerische Staatsregierung seinem letztjährigen Beschluß folgte und unter Federführung des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit eine Arbeitsgruppe einrichtete, die einen Leitfaden für die Überprüfung der Anwendung des Arbeitszeitgesetzes erarbeitet. Der 50. Bayerische Ärztetag sieht sich dennoch veranlaßt, die Krankenhausträger mit Nachdruck aufzufordern, das Arbeitszeitgesetz unverzüglich umzusetzen, da es in vielen Krankenhäusern immer noch mißachtet wird. Der 50. Bayerische Ärztetag fordert gleichermaßen die Krankenkassen auf, die hierfür nötigen Personalmittel bereitzustellen.

Die folgenden Zahlen beweisen, daß die Arbeitsbelastung der Krankenhausärztinnen/-ärzte in den letzten Jahren ein Ausmaß erreicht hat, das nicht nur deren Gesundheit gefährdet, sondern auch ein zunehmendes Risiko an Qualitätsverlust in der Patientenversorgung birgt. Betrug die Krankenhaushäufigkeit 1975 in Bayern, bezogen auf 1000 Einwohner, noch 136,4, so stieg sie bis zum Jahr 1996 auf 190. Dies entspricht einer Zunahme von rund 40%. Gleichzeitig verringerte sich im genannten Zeitraum die Verweildauer von 16,6 Tagen um ebenfalls rund 40% auf 9,6 Tage. Noch deutlicher wird die Überbeanspruchung der Krankenhausärztinnen/-ärzte, wenn man die geringere Bettenzahl, die in diesem Zeitraum um wöchentlich 1,5 Stunden verkürzte Arbeitszeit, die höhere Lebenserwartung und die damit verbundene Multimorbidität mit häufig schwierigsten Krankheitsbildern berücksichtigt. An der daraus folgenden Arbeitsüberlastung vermag auch der im genannten Zeitraum zu verzeichnende Personalzuwachs nichts zu ändern.

Qualitätssicherung im Krankenhaus

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert die Krankenhausträger auf, Maßnahmen zur Qualitätssicherung in den Kliniken nicht nur organisatorisch und ideell, sondern auch finanziell zu unterstützen.

Arztabhängiger Arbeitsmarkt

Die Bayerische Landesärztekammer wird aufgefordert, einen „Arbeitsmarktbericht“ zu erstellen, der jährlich fortgeschrieben

wird. Dieser Bericht sollte in Form einer Stichtagserhebung erfolgen und die Zahl der selbständigen, angestellten und beamteten Ärztinnen und Ärzte, des medizinischen Assistenzpersonals und die Lehrstellensituation analysieren.

Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit

Die Delegierten des 50. Bayerischen Ärztetages fordern die schon wiederholt angeordnete Verbesserung der ärztlichen Öffentlichkeitsarbeit. Zur Stärkung dieses alle Ärzte angehenden Problems wird ein dezentrales Vorgehen, das heißt eine Intensivierung auf Kreisverbandsebene bevorzugt.

Verstärkung der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Landesärztekammer und der Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände

Der 50. Bayerische Ärztetag beschließt, zur Intensivierung der Öffentlichkeitsarbeit und zur Unterstützung der regionalen Pressebeauftragten der Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände eine Halbtags- bis Vollzeitstelle für eine(n) hauptamtliche(n) Pressereferentin/en in der Pressestelle der Bayerischen Landesärztekammer einzurichten.

Die Presse-seminare für regionale Pressebeauftragte sollen weiter intensiviert werden.

Ansübung der Heilkunde durch Apotheker

Der 50. Bayerische Ärztetag stellt mit Sorge fest, daß in einem Teil der Apotheken zunehmend Patienten unter Umgehung der Ärzte therapiert werden und hierfür auch noch geworben wird.

Er fordert die Apothekerkammer auf, dafür zu sorgen, daß sich die Apotheker auf ihr gesetzlich definiertes Aufgabengebiet beschränken. Die Ausübung der Heilkunde gehört hierzu nicht.

Hospizinitiative in Bayern

Die Delegierten des 50. Bayerischen Ärztetages beschließen, die Adressen aller stationären Hospize und ambulant tätigen Hospizinitiativen in Bayern erneut im Bayerischen Ärzteblatt zu veröffentlichen.



Schwäbische Delegierte

Patientenverfügungen, Betreuungs-Vollmachten

Die Delegierten des 50. Bayerischen Ärztetages halten die Erstellung eines bundesweit gültigen Formulars der Ärzteschaft für Betreuungs-Vollmachten und Patientenverfügungen für notwendig und beauftragen den Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer, entsprechende Vorschläge bis zum Deutschen Ärztetag 1998 in Köln zu erarbeiten oder beim Vorstand der Bundesärztekammer eine entsprechende Initiative nachdrücklich anzuregen.

Entwurf der Richtlinie der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Die endgültigen Richtlinien zur ärztlichen Sterbebegleitung und den Grenzen der zumutbaren Behandlung sollen einem größeren Kreis der Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden.

60. Jahrestag – Entzug der Approbation der jüdischen Ärzte

1998 ist der 60. Jahrestag des Entzugs der Approbation der jüdischen Ärzte. Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer wird deshalb gebeten, anläßlich dieses Jahrestages eine Dokumentation – ähnlich der Dokumentation „Die Wiedereinrichtung der ärztlichen Standesvertretung in Bayern nach dem zweiten Weltkrieg“ – zum Schicksal der jüdischen Ärzte in Bayern vorzulegen. Interessierte Kollegen sollen bei der Erstellung dieser Dokumentation beteiligt werden.

Aufnahme von Ärzten in Listen der Privaten Krankenversicherung (PKV)

Der 50. Bayerische Ärztetag beauftragt den Vorstand zur rechtlichen Überprüfung und den notwendigen Schritten gegenüber Organisationen, die Patientengruppen bzw. Versicherten einzelne Ärzte auch auf Anfrage besonders empfehlen.

Finanzierungsbasis der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

Der 50. Bayerische Ärztetag begrüßt die Bereitschaft der Bayerischen Staatsregierung, erklärt durch Frau Staatsministerin Stamm bei der Eröffnung des 50. Bayerischen Ärztetages, die schwindende Beitragsbasis der GKV durch Einbeziehung anderer, nicht lohnbezogener Finanzierungsquellen zu verbreitern. Der 50. Bayerische Ärztetag sieht hierin den einzig gangbaren Weg, um auch in Zukunft die drohende Rationierung gesundheitsnotwendiger Leistungen in der GKV-Regelversorgung zu verhindern.

Das bestehende Finanzierungssystem war zwar in über 100jähriger Kontinuität geeignet, der GKV die notwendigen Finanzmittel zur Verfügung zu stellen. In der jüngeren Vergangenheit aber ist eine Entwicklung in Gang gekommen, die hier zum Umdenken zwingt. Maßgebend ist die fortschreitende Umstrukturierung der Produktionsprozesse, verbunden mit zunehmender Umschichtung bei der abhängigen Beschäftigung (Scheinselbständige, Geringverdiener) unabhängig von den konjunkturellen Schwankungen, die das Problem derzeit noch verschärfen.



Unterfränkische Delegierte

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert die Bayerische Staatsregierung auf, der politischen Absichtserklärung nun rasch konkrete Konzepte und Initiativen folgen zu lassen und bietet seine aktive Mitwirkung an.

Fahrtenbuch bei Hausbesuchen

Die bayerische Ärzteschaft wendet sich mit aller Entschiedenheit gegen die Forderungen der Finanzbehörden, ab 1. Januar 1998 fahrtenbuchführende Ärzte zu zwingen, bei Hausbesuchen aufgesuchte Patienten namentlich zu nennen. Somit fordert das Finanzministerium von den Ärzten einen Verstoß gegen die Berufsordnung und darüber hinaus auch das Begehen einer Straftat nach §§ 203 ff. StGB. Dies bedeutet einen eklatanten Eingriff in die Privatsphäre des Patienten und verletzt massiv die Pflicht zur Verschwiegenheit des Arztes. Dieser Willkürakt gegenüber Patienten und Ärzten ist nicht durch die freiheitlich-demokratische Grundordnung gedeckt.

Die bayerische Ärzteschaft fordert, pragmatische Lösungen zur Ermittlung des tatsächlichen Aufwands bei der beruflichen Nutzung des PKWs einzuführen, um die völlig überzogene bürokratische Belastung zu lockern.

Chipkarten aus PVC

Die Krankenkassen und andere Chipkarten-Hersteller werden aufgefordert, Karten aus PVC nicht mehr in Verkehr zu bringen.

Lauschangriff – Ende des Arztgeheimnisses

Der 50. Bayerische Ärztetag registriert mit Sorge die sich abzeichnende Aushöhlung des Arztgeheimnisses durch den sogenannten „Großen Lauschangriff“.

Er bittet die Bayerische Staatsregierung, dringend auf eine Modifikation der bestehenden Entwürfe mit dem Ziel der Wiederherstellung des Arztgeheimnisses bei der ärztlichen Betreuung von Beschuldigten hinzuwirken.

Der 50. Bayerische Ärztetag erkennt die Analogie zu anderen Berufsgeheimnissen (Anwalt, Priester, Journalist), die im Zuge des Großen Lauschangriffs ebenfalls in Frage gestellt werden, und empfiehlt, auch diese in der notwendigen Modifikation zu berücksichtigen.

Grenzwert für Stickoxide

Der Gesetzgeber wird aufgefordert, die Grenzwerte für die Belastung mit Stickoxiden neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen anzupassen.

Ozongrenzwert

Zum Schutz von Umwelt und Gesundheit vor Ozon sollten die Grenzwerte soweit herabgesetzt werden, daß insbesondere der Schutz von Risikogruppen vor Ozonspitzenbelastungen erreicht wird. Dazu sollte die Effizienz der bestehenden Maßnahmen durch

eine Änderung der §§ 40 a bis 40 e und 62 a, die im Juni 1995 ins Bundes-Immissionschutzgesetz eingefügt wurden, erhöht werden.

Bericht über „Umwelt und Gesundheit“ in Bayern

Die Bayerische Staatsregierung wird aufgefordert, regelmäßig einen Bericht „Umwelt und Gesundheit in Bayern“ vorzulegen.

Gesundheitskosten durch verkehrsbedingte Luftverschmutzung

Die Ärzteschaft nimmt mit Sorge zur Kenntnis, daß Krankheitskosten, die durch den motorisierten Verkehr entstehen, die Sozialversicherung erheblich belasten. Nach einer Studie des UPI-Instituts Heidelberg, basierend auf einer epidemiologischen Untersuchung des Eidgenössischen Energie- und Wirtschaftsdepartements der Schweiz, beziffern sich die Kosten der Gesundheitsfolgen der verkehrsbedingten Luftverschmutzung in der Bundesrepublik auf einen Betrag von mehr als 20 Milliarden DM.

Um diesen Aspekt ins Bewußtsein der Öffentlichkeit und der Ärzteschaft zu bringen, fordert der 50. Bayerische Ärztetag eine öffentliche Diskussion dieser Ergebnisse (z. B. durch eine Veröffentlichung im Bayerischen Ärzteblatt).

Schutz vor Verkehrslärm

Der 50. Bayerische Ärztetag begrüßt die Ergebnisse der Kommission Umwelt und Gesundheit des Bayerischen Umweltministeriums zur Lärmbelastung und fordert, die Verkehrslärmschutzverordnung (16. BImSchV vom 12. Juni 1990) im Lichte neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse fortzuschreiben. Eine Anpassung an die Maßgaben der Planungsrichtlinien der DIN 18005 aus dem Jahr 1987 sollte erfolgen, die um bis 9 dB (A) niedrigere Werte für Wohngebiete ausweist. Eine weitere Absenkung der Grenzwerte ist in Verbindung mit einem realitätsnahen Prüfverfahren für die Antriebs- und Rollgeräusche (Reifen- und Fahrbahngeräusche) zu erreichen.

Dazu sind im einzelnen folgende Maßnahmen vorzusehen:

- Primär Erstellung eines kommunalen Lärmkatasters mit entsprechenden Lärmschutzprogrammen
- Lärmbilanzen für Verkehrskonzepte und -netze

- Emissionsminderung an den Fahrzeugen nach Stand der Technik (Motorkapselung, schmälere Reifen, Drehzahlbegrenzung u. v. m.)

- Emissionsminderung durch verstärkten Einsatz lärmindernder Straßendecken

- Minimierung und Bündelung des Verkehrs mit regional- und bauleitplanerischen Mitteln

- Festlegung weiterer Ruhegebiete (Tempo 30-Zonen) vor allem im Rahmen integrierter Lärminderungskonzepte

- Geschwindigkeitsbegrenzung auf überörtlichen Straßen im Einzugsgebiet von Siedlungen

- Einschränkung und Kontrolle der Benutzung von Martinshorn und Blaulicht innerörtlich bei Tag und Nacht

Schutz vor Hörstörungen

Zur Abwehr von Freizeitlärm müssen dringend Maßnahmen getroffen werden, um Gehörschäden zu vermeiden. Nach Angaben des Umweltbundesamtes in Berlin hat jeder vierte männliche Jugendliche bereits Hörschäden durch zu laute Musik.

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert deshalb:

- Europaweite Regelung der Normung automatischer Schallpegelbegrenzung bei transportablen und stationären Musikwiedergabegeräten, sowie als erste Schritte dazu

- Einbau von Schallpegelbegrenzungen bei Musikwiedergabegeräten durch die Hersteller auf freiwilliger Basis auf 85 dB (A)

- Freiwillige Selbstbeschränkung der Veranstalter von Musikveranstaltungen, insbesondere durch Senkung der Schallspitzenwerte

- Verstärkte Aufklärungsmaßnahmen im Rahmen der Gesundheitserziehung

- Verstärkte präventive Maßnahmen der Ärzte und Krankenkassen

Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung seuchenrechtlicher Vorschriften vom 7. Juli 1997 (Infektionsschutzgesetz)

Die Bayerische Staatsregierung wird aufgefordert, darauf hinzuwirken, daß bei dem in Vorbereitung befindlichen Infektionsschutzgesetz der Bundesregierung der Freistaat Bayern als notwendige flankierende Maß-

nahme die Meldewege für Infektionskrankheiten strafft und bei gebotener wirtschaftlicher Betrachtungsweise existierende Strukturen nicht auflöst, ohne in Landeseinrichtungen nach den örtlichen Gegebenheiten auch unter Einbindung der zuständigen Einrichtungen von Landesuniversitäten leistungsfähige regionale Meldezentren zu etablieren. Diese müssen gewährleisten, daß die epidemiologischen Erkenntnisse unverzüglich bewertet und transportiert werden. Auch die Vernetzung von niedergelassenen Praxen mit dem öffentlichen Gesundheitswesen sollte gefördert werden.

Überlebenshilfe für Drogenkranke

Der 50. Bayerische Ärztetag appelliert an die Bayerische Staatsregierung und den Bayerischen Landtag, die Ärzteschaft zur Überwindung der sich immer weiter ausbreitenden Drogensucht durch flankierende Maßnahmen zu unterstützen.

Hierfür ist es über ein weitgefächertes Therapieangebot hinaus dringend erforderlich, für in ihrer Willenserklärung weitgehend eingeschränkte schwerstgeschädigte Drogenkranke, die ärztlicher Hilfe noch nicht zugänglich sind, Hilfs- und Rückzugsräume zur Verfügung zu stellen.

Dies ist ordnungspolitisch aber nur umzusetzen, wenn die gesetzlichen und verwaltungsmäßigen Voraussetzungen geschaffen werden, damit in den Kommunen soziale Dienste, Polizei, Staatsanwälte und Rechtsaufsicht bei der Supervision eng zusammenarbeiten können.

Hilfseinrichtung für Drogenkranke

Der 50. Bayerische Ärztetag unterstützt die Initiative des Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbandes München, für die Landeshauptstadt München die Einrichtung sogenannter Fixerstuben für Drogenkranke zu fordern. Die Erfahrungen anderer Städte (Frankfurt, Zürich) haben gezeigt, daß diese Hilfseinrichtungen neben anderen Hilfen den Zugang zu den schwerkranken Drogenabhängigen erleichtern. Die Diskussion über die Einrichtungen dieser Fixerstuben muß frei von politischer Polemik geführt werden.

Behandlung von Drogenabhängigen

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns auf, für die Qualitätssicherung in der Behandlung Drogenabhängiger Sorge zu tragen.

Er fordert die Bayerische Landesärztekammer auf, gegebenenfalls vorhandene Leitlinien und Standards zur Verfügung zu stellen.

Akutbetten für Drogen- und Suchtkranke

Der 50. Bayerische Ärztetag unterstützt die Bereitstellung von Akutbetten für Drogen- und Suchtkranke. Dies ist möglich durch Erhöhung der Auslastung von vorhandenen Akutbetten, zum Beispiel an psychiatrischen Krankenhäusern. Diese Notwendigkeit ergibt sich auch vor dem Hintergrund der jetzt diskutierten „Zwangsbehandlungen“ für Drogenabhängige.



Mittelfränkische Delegierte

Infektionsschutzgesetz

Die Bayerische Staatsregierung wird aufgefordert, darauf hinzuweisen, daß in dem in Vorbereitung befindlichen Infektionsschutzgesetz der Bundesregierung Möglichkeiten geschaffen werden, Erkrankungen zu erfassen, denen durch aktive Impfungen vorgebeugt werden kann.

Erprobung des Ärztlichen Leiters Rettungsdienst (ÄLRD)

Die Novellierung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes (BayRDG) sieht in Art. 32 die Neueinführung eines ÄLRD vor, dessen Aufgabe „die Weiterentwicklung und qualitative Verbesserung der Notfallmedizin“ ist. Der 50. Bayerische Ärztetag begrüßt die Institution eines ÄLRD, der geplant ist, in vier Pilotregionen erprobt zu werden.

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert das Bayerische Staatsministerium des Innern auf, bei der Erprobung die ärztliche Kompetenz durch die Einbeziehung der Bayerischen Landesärztekammer und der Vertretung der Notärzte (agbn) in die Festlegung der Erprobungsziele und in die Modellbegleitung für die notwendige medizinische Qualitätssicherung Sorge zu tragen. Da Organisation und Durchführung des Rettungswesens vornehmlich staatliche Aufgabenstellung darstellt, ist für eine Finanzierung aus Steuermitteln Sorge zu tragen.

Qualitätssicherung in Rettungszentralen

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert dringlich, qualitätssichernde Maßnahmen in die Arbeit der Rettungszentralen einzuführen.

Dokumentation im Notarztdienst

Der Artikel 27 der novellierten Fassung des Bayerischen Rettungsdienstgesetzes sieht die verpflichtende Einführung einer landesweiten Dokumentation in der Notfallrettung vor. Der 50. Bayerische Ärztetag fordert hierzu die Verwendung des bisher eingesetzten sogenannten „DIVI-Notarzteinsatz-Protokolls“ in modifizierter Form unter Verwendung EDV-gestützter Erfassungsmöglichkeiten (z. B. Notepad).

Vertragsärztliche Notfallversorgung

Der Ärztliche Notfalldienst soll umbenannt werden in „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“. Der 50. Bayerische Ärztetag fordert, die Vor-



Münchener Delegierte

aussetzungen für diese Umbenennung zu schaffen.

Ausbildung Arzthelferinnen

Nach den gegenwärtig vorliegenden Zahlen werden 1997 ca. 20% weniger Ausbildungsverträge abgeschlossen als 1995, das heißt, in den letzten beiden Jahren ist in Bayern jeder fünfte Ausbildungsplatz für Arzthelferinnen weggefallen. Gleichzeitig ist die Zahl der Schulabgängerinnen, die einen Ausbildungsplatz suchen, in diesem Zeitraum deutlich angestiegen.

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert die verantwortlichen Politiker und Kassenvertreter eindringlich auf, den finanziellen Spielraum der Vertragsärzte nicht weiter einzuengen, da dies zwangsläufig die Massenarbeitslosigkeit durch einen weiteren Wegfall zahlreicher Arbeitsplätze von Arzthelferinnen sowie Ausbildungsplätze für Arzthelferinnen erhöht. Der 50. Bayerische Ärztetag appelliert trotz der schwierigen wirtschaftlichen Situation an alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sowie an die Krankenhäuser, sich ihrer gesellschaftlichen Verantwortung nicht zu entziehen und genügend Ausbildungsplätze für Arzthelferinnen anzubieten. Er ist zudem der Auffassung, daß eine notwendige mittelfristige Personalplanung nicht kurzfristigen wirtschaftlichen Überlegungen geopfert werden darf, zumal abzusehen ist, daß die gegenwärtige Ausbildungsquote nicht ausreichen wird, um auch in Zukunft den Bedarf an qualifizierten

Arzthelferinnen in Bayern zu decken. Sein Appell richtet sich vor allem auch an die mehr als 50% der Arztpraxen und Krankenhäuser, die bisher nicht ausgebildet haben.

Soweit hier lediglich Unsicherheit in Ausbildungsfragen Ursache für die Nichteinstellung von Auszubildenden ist, sei auf die eintägigen kostenlosen Einführungskurse der Bayerischen Landesärztekammer verwiesen. Diese hat ihrerseits alles getan zur Verbesserung der Rahmenbedingungen. So konnte beim Bayerischen Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst erreicht werden, daß ab dem kommenden Schuljahr der Unterricht im ersten Ausbildungsjahr auf 1 1/2 Tage reduziert wurde; die Auszubildenden stehen den Praxen damit einen zusätzlichen halben Tag zur Verfügung. Ferner wurden in den Tarifverhandlungen die Ausbildungsvergütungen eingefroren und die Tariföffnungsklauseln umfassend genutzt, so daß nun ein wesentlich flexiblerer Einsatz der Auszubildenden möglich ist.

Häusliche Pflege

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert Krankenkassen und Medizinische Dienste der Krankenkassen auf, Leistungen bei häuslicher Krankenpflege individuell zu prüfen und entsprechend den haus- oder krankenhausesärztlichen Anordnungen zu genehmigen. Dabei ist in vielen Fällen zu berück-

sichtigen, daß Medikamentenabgabe und Pflege von Fachpersonal sichergestellt werden müssen. Nicht in jedem Fall sind diese Aufgaben von Angehörigen zu übernehmen. Den Anordnungen des Hausarztes oder Klinikarztes kommt dabei besonderes Gewicht zu.

Ambulante Pflege

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert eine Kooperation von ärztlicher Tätigkeit und ambulanter Pflege auf der Grundlage gegenseitiger partnerschaftlicher Respektierung. Einerseits kann dadurch der Sachverstand und die Erfahrung der Pflegenden zum Wohl der Patienten besser genutzt werden, andererseits könnte dem Mißbrauch überflüssiger pflegerischer Maßnahmen vorgebeugt werden.

Einrichtung von unfallchirurgischen Lehrstühlen an allen Universitätskliniken Bayerns

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert die Bayerische Staatsregierung auf, an allen bayerischen Universitätskliniken Lehrstühle für Unfallchirurgie einzurichten.

Approbationsordnung

Der 50. Bayerische Ärztetag fordert die Vorstände der Bayerischen Landesärztekammer und der Bundesärztekammer auf, bei der im Vorstand der Bundesärztekammer anstehenden Diskussion und Entscheidung über die Novellierung der Approbationsordnung die hierzu auf den letzten Bayerischen und Deutschen Ärztetagen gefaßten Beschlüsse durchzusetzen.

Der 50. Bayerische Ärztetag erinnert den Bundesgesundheitsminister insbesondere an den einstimmig gefaßten Beschluß des diesjährigen 100. Deutschen Ärztetages, in dem die wesentlichen inhaltlichen Eckpunkte einer Approbationsordnung formuliert sind.

Die im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens zur 3. Stufe der Gesundheitsreform wiederholt geäußerte Zusage des Bundesgesundheitsministers, künftig keine Gesetze oder Verordnungen gegen den Willen der ärztlichen Selbstverwaltungskörperschaften einzubringen, muß insbesondere auch für den Erlass einer neuen Approbationsordnung gelten. Die Qualität der ärztlichen Versorgung in Deutschland wird entscheidend durch die in der Approbationsordnung zu regelnde Ausbildung des ärztlichen Nachwuchses bestimmt.

Einstweilige Verfügung zum Erscheinen des „Arzneiverordnungs-Reports 97“

Der 50. Bayerische Ärztetag verurteilt aufschärfste die von der Pharmaindustrie erwirkte einstweilige Verfügung, daß der „Arzneiverordnungs-Report 97“ nicht erscheinen kann.

Der Arzneiverordnungs-Report (Herausgeber Schwabe/Pfaffrath) ist inzwischen zwölfmal erschienen und bietet ein hervorragendes Zahlenmaterial über das Arzneimittelverordnungsverhalten der Ärzte. Namhafte Autoren kommentieren darin seit Jahren die Entwicklung der in Deutschland verordneten Medikamente kritisch und unabhängig von der Pharmaindustrie. Der Vorsitzende der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft hat diese einstweilige Verfügung als einen Angriff auf die Wissenschaftsfreiheit bezeichnet.

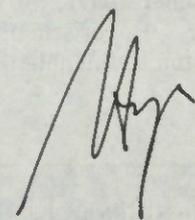
Amtliches

Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 12. Oktober 1997

Der 50. Bayerische Ärztetag hat am 12. Oktober 1997 in München die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns neu beschlossen. Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit, hat mit Bescheid vom 24. Oktober 1997 – Nr. VII 2/8502/7/97 – die Berufsordnung genehmigt.

Die am 1. Januar 1998 in Kraft tretende Berufsordnung für die Ärzte Bayerns ist in dieser Ausgabe als herausnehmbarer Mittelteil (nach Seite 372) veröffentlicht.

Ausgefertigt, München, den 27. Oktober 1997



Dr. med. Hans Hege
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Adventlesung

veranstaltet von der **Landesgruppe Bayern des Bundesverbandes Deutscher Schriftstellerärzte** in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

am Mittwoch, 17. Dezember 1997, 16 Uhr, im **Ärztelhaus Bayern**, Mühlbauerstraße 16, München

Bayerische Schriftstellerärzte lesen in Lyrik und Prosa aus eigenen Werken unter dem Motto

„Gute und bittere Schlüsselerlebnisse“

Anmeldungen der Zuhörer mit der Angabe der Teilnehmerzahl erbeten an Bayerische Landesärztekammer, Dr. E. Amarotico, Mühlbauerstraße 16, 81677 München, unter dem Stichwort „Adventlesung“.

Kurzbericht über die Vorstandssitzung der Bayerischen Landesärztekammer

am 20. September 1997

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hans Hege, berichtete zunächst aus der Arbeit im Vorstand der Bundesärztekammer und erläuterte das Ergebnis der Tarifverhandlungen für die Arzthelferinnen, das zwar bei der Nichttarifgebundenheit der meisten Arzthelferinnen und nur einzelner Ärzte keine verpflichtende Wirkung entwickelt, aber als Richtschnur für entsprechende Streitigkeiten Bedeutung hat. Vizepräsident Dr. Hans Hellmut Koch legte in seinem Bericht Möglichkeiten zur Schaffung eines Fortbildungszertifikates auf freiwilliger Basis dar. Der Kammervorstand sprach sich einstimmig dafür aus, dem 50. Bayerischen Ärztetag eine zweijährige Erprobungsphase für einen zertifizierten Fortbildungsnachweis der Kammer vorzuschlagen.

Der Kammervorstand beschäftigte sich sodann mit der Benennung der Vertreter der bayerischen Ärzte im Landesauschuß der Bayerischen Ärzteversorgung. Breiten Raum nahm

die Vorbereitung des 50. Bayerischen Ärztetages 1997 in München ein, hier insbesondere die vorgesehene Novellierung der Berufsordnung auf der Grundlage der (Muster-)Berufsordnung des Deutschen Ärztetages 1997. Einstimmig stimmte der Vorstand einer Vorlage zu einer neuen Geschäfts- und Verfahrensordnung der Gutachter- und Schlichtungsstelle zu. Ausführlich befaßte sich der Vorstand sodann mit einer Resolution zur Verbesserung der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Landesärztekammer.

Zur Thematik „Angelegenheiten der ärztlichen Weiterbildung“ lagen insgesamt 218 Anträge auf Erteilung einer Weiterbildungsbefugnis vor, von denen 159 positiv und 57 negativ entschieden wurden, zwei Anträge wurden zurückgestellt.

Drei Beschwerden gegen von Ärztlichen Kreisverbänden erteilte Rügen wurden vom Vorstand einstimmig zurückgewiesen. □

Lehrgänge zur Einführung in die vertragsärztliche Tätigkeit gemäß § 17 Ärzte-ZV

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns führt folgende Einführungslehrgänge durch:

17. Januar 1998 – Ärztehaus Unterfranken
Hofstraße 5, 97070 Würzburg
Beginn: 9 Uhr – Ende: ca. 15 Uhr

9. Mai 1998 – Ärztehaus Oberpfalz
Yorckstraße 15, 93049 Regensburg
Beginn: 9 Uhr – Ende: ca. 15 Uhr

Schriftliche Anmeldungen an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns – Landesgeschäftsstelle – Postfach 810560, 81905 München, Telefon (0 89) 9 20 96-4 45, Telefax (0 89) 9 20 96-4 43 (Frau Zschischang).

Die Teilnahmegebühr in Höhe von 50 DM ist nach Erhalt der schriftlichen Bestätigung zu entrichten.

Bücherschau

Presse-Taschenbuch Gesundheit neu

Das bekannte Presse-Taschenbuch für Naturwissenschaft + Medizin (früher herausgegeben von Boehringer Mannheim) ist nun neu als „Bayer Presse-Taschenbuch Gesundheit“ mit der Ausgabe 1998/99 erschienen. Die Publikation hat sich zu einem unentbehrlichen Ratgeber für wichtige Daten und Adressen aus dem naturwissenschaftlichen und medizinischen Bereich entwickelt. Sie enthält mehr als 11 000 Eintragungen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz. Dazu zählen Medizin- und Wissenschaftsjournalisten, medizinische und pharmazeutische Fachzeitschriften, Redaktionen von Zeitungen und Zeitschriften, Nachrichtendienste, Funk- und Fernsehanstalten, Pressestellen, Universitäten und Behörden sowie über 1700 Verbände und Organisationen des Gesundheitswesens.

Presse-Taschenbuch Gesundheit 1998/99, Hrsg. Bayer AG, Leverkusen. 560 Seiten, 48,00 DM. Kroll-Verlag, Seefeld/Obb., 1997

Seelisches Erleben prä- und perinatal

In den letzten 30 Jahren wurde durch intrauterine Filmaufnahmen und Ultraschallbilder das Kind vor der Geburt sichtbar und konnte so in seinen Verhaltensweisen unmittelbar beobachtet und untersucht werden. Das gab weitere Impulse zur Erforschung der lebensgeschichtlichen Relevanz vorgeburtlicher und geburtlicher Erfahrung, deren Ergebnisse auch bereits auf Geburtsvorbereitung, Geburtshilfe und Psychotherapie zurückzuwirken beginnen. Das Buch „Seelisches Erleben vor und während der Geburt“ stellt wesentliche Befunde der pränatalen und perinatalen Psychologie und Medizin in Beiträgen von namhaften Vertretern dieses Wissenschaftsbereiches vor. Es gliedert sich in die Kapitel: Schwangerschaft, Psychosoziale Unterstützung in der Schwangerschaft, Geburt, Wiedererleben in der Psychotherapie, Lebensanfang und Kunst.

Janus, L. / Haibach, S. (Hrsg.): Seelisches Erleben vor und während der Geburt. 298 Seiten, broschiert, 49,90 DM. LinguaMed Verlags-GmbH, Neu-Isenburg, 1997

Mein Patient mit chronischen Schmerzen

Interaktive Seminarfortbildung – Ein neues Konzept

Mit dem Titel „Interaktive Seminarfortbildung“ hat die Bayerische Landesärztekammer ein neuartiges Fortbildungskonzept^{*)} ins Leben gerufen. Schwerpunkt ist weniger die frontale Information, als vielmehr die interaktive Erarbeitung praxisrelevanter Themen in kleinen Gruppen. Die erste Veranstaltung war der Therapie chronischer Schmerzen gewidmet – ein Bereich, der besonders hohe Anforderungen an den niedergelassenen Arzt stellt. Chronische Schmerzsyndrome sind nur dann erfolgreich und auch kostengünstig behandelbar, wenn eine feste Arztbindung entsteht.

Neue Erkenntnisse der Schmerzphysiologie zeigen, daß es entscheidend darauf ankommt, den nozizeptiven Impulsstrom frühzeitig zu unterdrücken. Werden Schmerzen nicht rechtzeitig und adäquat behandelt, werden vor allem im Rückenmark Sensibilisierungsprozesse initiiert, die zu einer Verschlimmerung und Chronifizierung der Schmerzen führen. Berücksichtigen muß der Schmerztherapeut auch, daß um so mehr psychische, soziale und gesellschaftliche Faktoren das Schmerzempfinden bestimmen, je länger ein Schmerzsyndrom schon besteht, erklärte Dr. Reinhard Sittl, Schmerzambulanz der Universität Erlangen-Nürnberg. Wenn diese Faktoren in der Therapie nicht berücksichtigt werden, kann sie nicht zum Erfolg führen.

Mit wenigen Substanzen arbeiten

Die Schmerztherapie ruht auf drei Säulen: Medikamente, physikalische und psychologische Maßnahmen. Das Stufenschema der WHO bildet die Grundlage für die medikamentöse Schmerztherapie. Man beginnt in der Regel mit nicht-opioiden Analgetika (Stufe I). Wenn die Schmerzen damit nicht kontrollierbar sind, geht man auf eine Kombination mit schwachen Opioiden über (Stufe II) und schließlich auf eine Kombination mit starken Opioiden (Stufe III).



Dr. Reinhard Sittl, Erlangen

(Foto: Dr. A. Bischoff, Gräfelting)

Sittl legte den Teilnehmern ans Herz, nur Monopräparate zu verwenden und sich in jeder Stufe auf eine kleine Anzahl von Substanzen zu beschränken. Ibuprofen (bei entzündlicher Schmerzkomponente), Metamizol (bei spastischer Komponente) und Flupirtin (bei muskulärer Komponente) sieht er als Mittel der Wahl auf Stufe I an. Tramadol als schwaches Opioid und retardiertes Morphin als starkes Opioid ergänzen das Spektrum (s. Tabelle).

Umgang mit Opioiden

Für wesentlich erachtet Sittl, nur reine Opiatrezeptor-Agonisten zu verwenden. Gemischte Agonisten-Antagonisten wie Nalbuphin oder Pentozocin können unter Umständen schwere Opiat-Entzugssyndrome provozieren, zum Beispiel wenn sie bei Patienten

gegeben werden, die auf reine Agonisten eingestellt sind. Die antagonistische Wirkung am Opiatrezeptor durch das zugesetzte Naloxon kann bei Tilidin-N dazu führen, daß das Medikament in sehr hohen Dosen seinen eigenen Effekt antagonisiert. Alle Analgetika und vor allem Opioide müssen nach einem festen Zeitschema eingesetzt werden, damit der Wirkspiegel konstant bleibt und der Schmerz nicht durchbrechen kann.

Unter Morphin entwickeln die meisten Patienten eine Obstipation. Darauf sollte man gar nicht erst warten, sondern jedem Morphin-Patienten prophylaktisch Laxantien verordnen. Entsprechendes gilt für die Übelkeit, die bei 30 % der Patienten initial zu erwarten ist.

Schmerz ist nicht gleich Schmerz

Nicht jeder Schmerz wird gleich behandelt. Bei Tumorpatienten sollte man die Schmerztherapie nicht unbedingt auf der Stufe I beginnen, da dies fast nie ausreichen wird. Auch mit dem Wechsel von Stufe II auf III sollte man nicht zu lange zögern. Wenn zum Beispiel eine Dosis von 600 mg Tramadol pro Tag nicht ausreicht, muß der Patient ein starkes Opioid erhalten. Während man den Gebrauch von starken Opioiden bei Tumorpatienten großzügig handhabt, ist bei chronischen gutartigen Schmerzen starke Zurückhaltung angebracht.

Auch bei neuropathischen Schmerzen sollten starke Opioide nur gegeben

Nicht-Opioide	Opioide	Koanalgetika
Ibuprofen	Tramadol	Amitriptylin
Metamizol	Morphin	Carbamazepin
Flupirtin	–	Bisphosphonate
(Paracetamol)	–	Kortikosteroide

Tabelle: Spektrum der medikamentösen Therapie

werden, wenn sich schon eine niedrige Dosis als wirksam und gut verträglich erweist. Die systemische Therapie steht bei neuropathischen Schmerzen ohnehin erst an dritter Stelle nach kausaler Therapie (möglich z. B. bei Neuroborreliose) und lokaler Therapie (z. B. Sympathikusblockade).

Begleitmedikation

Die pathophysiologische Schmerzursache bestimmt auch die Art der Begleitmedikation: Bei neuropathischen Schmerzen haben sich Antidepressiva wie Amitriptylin (brennende Schmerzen) bzw. Antikonvulsiva wie Carbamazepin (einschießende Schmerzen) bewährt. Diese Substanzen können für sich schon so gut wirksam sein, daß eigentliche Analgetika verzichtbar werden. Es lohnt sich deshalb bei neuropathischen Schmerzen in jedem Fall, eine probatorische Therapie über vier Wochen mit einem Antidepressivum oder Antikonvulsivum durchzuführen, bevor man Analgetika einsetzt.

Wichtig

- akute Schmerzen konsequent therapieren
- psychische und soziale Einflußfaktoren berücksichtigen
- nichtmedikamentöse Therapie optimieren
- medikamentöse Therapie hinterfragen

Schmerzen aufgrund von Knochenmetastasen sprechen oft gut auf eine Komedikation mit Bisphosphonaten an. Bei Lebermetastasen können Kortikoide helfen.

Dr. med. A. Bischoff

^{*)} Die Seminarfortbildung wurde unterstützt von den Firmen ASTA, Medica/Arzneimittelwerk Dresden, Merck KGaA, MSD Sharp & Dohme, Novartis Pharma GmbH, Grünenthal GmbH

In einer der nächsten Ausgaben folgt ein Kurzbericht über die Interaktive Fortbildungsveranstaltung in Nürnberg zum Thema „Mein Patient mit Hypertonie“.

Personalia

Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft für Bernhard Müller

Bernhard Müller trat am 1. Juli 1970 als kaufmännischer Geschäftsführer der Bezirksstelle Unterfranken in den Dienst der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Nach zweieinhalb Jahren übernahm er als Geschäftsführer der Zentralen-EDV der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in München den Aufbau der elektronischen Datenverarbeitung mit Schwerpunkt zunächst im Abrechnungswesen.

Seit 1976 entwickelte er bis heute weitere Arbeitsgebiete wie Arztregister, Buchhaltung, Gehaltsabrechnung, Informationssystem und Bürokommunikation, deren jetziger Standard wirtschaftliche und effiziente Verwaltungsabläufe gewährleistet.

Darüber hinaus übernahm er 1980/81 die Verantwortung für den Aufbau der EDV der Kassenärztlichen Vereinigung Südwürttemberg und 1990/91 den Aufbau der EDV der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen. Die Entwicklung der bayerischen Perinatalerhebung (EDV-Organisation, Finanzierung und Geschäftsführung der Kommission) seit 1974 hat Impulse auch in vielen anderen Bereichen gesetzt. Seine engagierte Mitarbeit beim Forschungsprojekt zum Bayern-Vertrag, das vom ZI sowie vom Medis Institut durchgeführt wurde, sowie beim Pilotprojekt Praxiscomputer sind weitere Beispiele seiner umfassenden Fachkompetenz.

Federführend hat Bernhard Müller auch bei der Entwicklung des Datenschutzes und der ersten Datenschutz-Richtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns mitgewirkt. Mehrere Jahre hatte er die Geschäftsführung der Datenschutzkommission inne. Dank seinem uneingeschränkten Einsatz in einer verantwortungsvollen Aufgabenstellung ist die Zentrale EDV für die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns Garant einer effektiven und effizienten Verwaltung geworden.

Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft für Dr. jur. Gerhard Till

Dr. jur. Gerhard Till trat am 1. Juli 1977 als stellvertretender Leiter der Rechtsabteilung in der Landesgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns seinen Dienst an. Aufgrund seines großen Engagements, gepaart mit hohem juristischen Sachverstand, wurde er mit Wirkung zum 1. August 1984 zum Justitiar der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns berufen. Am 1. Februar 1989 übernahm Dr. Till die Leitung der Rechtsabteilung, die er zu einem leistungsfähigen Organisationsbereich weiterentwickelte.

Verantwortungsbewußt und zielstrebig setzte er sich für die Belange der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns im allgemeinen und der bayerischen Vertragsärzte im besonderen ein. Seine Fähigkeit, das Mögliche zu verwirklichen und sich mit dem Unvermeidlichen zu arrangieren, brachte ihm in der Vertretung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vor den Sozialgerichten aller Instanzen große Wertschätzung, Achtung und Anerkennung ein. Seit mehr als einem Jahrzehnt ist Dr. Till Mitglied in der Verhandlungskommission Gesamtvertrag und Prüfungsvereinbarung/Richtgrößen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und eine wesentliche Stütze in den Verhandlungen mit den Vertragspartnern.

Für den Vorstand und die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist er stets ein kompetenter und konstruktiver Berater, der Dank seines umfassenden Wissens und analytischen Denkens Richtungen und Wege aufzeigte, die über den Tellerrand des Tagesgeschehens hinausgehen.

Neben der Tätigkeit in der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns ist Dr. Till seit 1980 auch bei der Bayerischen Landesärztekammer als juristischer Berater tätig.

Der Winter kommt – und mit ihm die nächste mögliche Grippewelle:

Eine frühzeitige Impfung ist die beste Vorsorge!

So lautete das Motto der diesjährigen gemeinsamen Pressekonferenz der Deutschen Gesundheitshilfe e.V., der Bayerischen Gesellschaft für Immun-, Tropenmedizin und Impfwesen e.V. und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Auch in diesem Jahr empfehlen die Vertreter aus Medizin, Gesundheitspolitik und öffentlichem Gesundheitswesen der Bevölkerung eine frühzeitige und alljährliche Impfung gegen die Virusgrippe.

Die KVB hat sich in den vergangenen Jahren immer wieder für den Bereich der flächendeckenden Vorsorge-schutzimpfung als unverzichtbare Maßnahme stark gemacht. Auch in diesem Jahr sind bereits alle Vertragsärzte aufgefordert, ihre Patienten frühzeitig über die Erkrankung aufzuklären und Vorsorgemaßnahmen zu empfehlen. Jeder Arzt hat ein Plakat erhalten und alle Ärzte, die Impfungen in großem Umfang vornehmen, haben zusätzliches Informationsmaterial für ihre Patienten bekommen. Viele Ärzte haben bereits Informationsbroschüren nachbestellt.

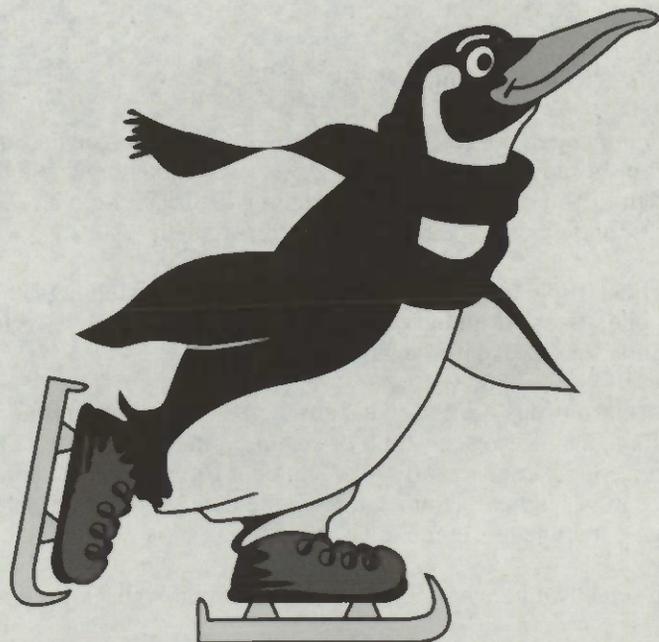
Die Grippeimpfung gehört zu den wichtigsten präventiven Maßnahmen und sollte bereits jetzt durchgeführt werden, damit der Impfschutz rechtzeitig vor Beginn der Ausbreitung gewährleistet ist. Gegen diese Viren muß jährlich mit einem aktualisierten Impfstoff geimpft werden. Die Schutzimpfung gegen Virusgrippe wird allen Erwachsenen und Kindern empfohlen, besonders älteren Menschen, Personen mit ungenügender körpereigener Abwehr und chronisch Kranken (z. B. Diabetikern) sowie medizinischem Personal und Berufsgruppen, die überdurchschnittlich häufigen Kontakt zu Mitmenschen haben.

Leider zeigen die Erfahrungen der Vergangenheit, daß viele Versicherte von

dem umfassenden und vor allem kostenfreien Angebot der Schutzimpfungen nicht ausreichend Gebrauch machen. In Bayern wurden letztes Jahr im 4. Quartal nur insgesamt 479 577 Grippeimpfungen von überwiegend Allgemeinärzten, Internisten und Kinderärzten vorgenommen. Das sind bei ca. 12 Millionen Einwohnern in Bayern nur knapp 4 % der Bevölkerung. Diese Zahlen zeigen, daß die Gefährlichkeit der Virusgrippe immer noch unterschätzt wird. Nach Aussagen der

Arbeitsgemeinschaft Influenza haben letztes Jahr über fünf Millionen Deutsche wegen einer Grippe einen Arzt aufgesucht. Überwiegend betroffen waren ältere Personen, aber auch Kinder bis zu vier Jahren. Die letzte Grippewelle verursachte bundesweit zusätzliche Kosten von ca. 890 Millionen DM für Arzt- und Krankenhausbehandlung. Diese Kosten könnten durch eine rechtzeitige Impfung vermieden werden. Denn: **Eine frühzeitige Impfung ist die beste Vorsorge.**

Grippeschutzimpfung.
Damit Sie ohne Probleme durch
den Winter kommen.



Eine Information Ihrer Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

Aus Sicherstellungsgründen zu besetzende Vertragsarztsitze in Bayern

Wichtige Hinweise:

1. Der Bewerbung um einen zu besetzenden Vertragsarztsitz sind beizufügen:

- ein Zulassungsantrag

mit folgenden, in § 18 Ärzte-ZV genannten, Unterlagen:

- ein Auszug aus dem Arztregister,
- Bescheinigungen über die seit der Approbation ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten,
- eine Bescheinigung über die Teilnahme an einem Einführungslehrgang (§ 17 Ärzte-ZV),
- ein Lebenslauf,
- ein polizeiliches Führungszeugnis
- Bescheinigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, in deren Bereich der Arzt bisher niedergelassen oder zur Kassenpraxis zugelassen war, aus denen sich Ort und Dauer der bisherigen Niederlassung oder Zulassung und der Grund einer etwaigen Beendigung ergeben,
- eine Erklärung über den Zeitpunkt der Antragstellung bestehende Dienst- oder Beschäftigungsverhältnisse unter Angabe des frühestmöglichen Endes des Beschäftigungsverhältnisses,
- eine Erklärung des Arztes, ob er rauschgiftsüchtig ist oder innerhalb der letzten fünf Jahre gewesen ist, ob er sich innerhalb der letzten fünf Jahre einer Entziehungskur wegen Trunksucht oder Rauschgiftsucht unterzogen hat und daß gesetzliche Hinderungsgründe der Ausübung des ärztlichen Berufes nicht entgegenstehen.

Anstelle von Urkunden können amtlich beglaubigte Abschriften beigelegt werden.

2. Die Bewerbung um einen zu besetzenden Vertragsarztsitz ist auch dann erforderlich, wenn bereits eine Eintragung in die Warteliste erfolgt ist.

Bezirksstelle Unterfranken

Planungsbereich Aschaffenburg, Stadt
1 Kinder- und Jugendpsychiater

Planungsbereich Aschaffenburg,
Landkreis
1 HNO-Arzt

Bewerbungen einschließlich der notwendigen Unterlagen (siehe „wichtige Hinweise“) bitten wir an die KVB-Bezirksstelle Unterfranken, Hofstraße 5, 97070 Würzburg, zu senden.

Ansprechpartner ist Herr Heiligenthal,
Telefon (09 31) 3 07-1 31.

Praxiswertgutachten

G.+O. Frielingsdorf und Partner GbR

G. Frielingsdorf, Betriebswirt:
**Öffentlich bestellter und
vereidigter Sachverständiger**
f. d. Bewertung von Arzt-
und Zahnarztpraxen
(bestellt von der IHK zu Köln)
Kaiser-Wilhelm-Ring 38
50672 Köln

Telefon 02 21 / 13 37 13-14
Fax 13 37 34

Kontaktbüros:

Berlin 0 30 / 8 14 15 73
Hamburg 0 40 / 58 37 79
Wiesbaden 06 11 / 52 52 04
München 0 89 / 36 50 25
Freiburg in Vorbereitung

Leitfaden PRAXISWERT anfordern
Beratung nach Vereinbarung

Praxis-Check-Ups

Die Pharmabranche aus der Perspektive des Kapitalanlegers

Detaillierte Kenntnisse der wichtigsten Pharmazeutika, ihrer Wirkungen und Einsatzmöglichkeiten, gehören zum professionellen Alltag des Arztes. Die Namen der bedeutendsten Anbieter sind unter diesem Blickwinkel vertraut. Es mag daher besonders interessieren, die weltweite Pharmabranche einmal aus der Perspektive des Finanzanalysten bzw. des Kapitalanlegers zu betrachten.

Im Spannungsfeld von Innovations- und Kostendruck

Das Gesundheitswesen befindet sich nahezu weltweit in einem Prozeß tiefgreifenden Wandels. Die treibende Kraft sind steigende Gesundheitskosten, für die verschiedene Ursachen genannt werden: alternde Bevölkerung, steigende Erwartungen und Forderungen bezüglich Quantität, Qualität und Verfügbarkeit der Gesundheitsdienstleistungen. Aber auch die neuen Entwicklungen in der Gen- und Biotechnologie sind zu nennen. Damit verbunden sind erhöhte Anforderungen an die Pharmaindustrie bezüglich angebotener Produkte und Dienstleistungen, effizienter Verteilorganisationen sowie insbesondere bei der Erhaltung und Förderung des Innovationspotentials.

Diese Herausforderungen können längerfristig nur jene Unternehmen meistern, die über aufwendige Forschungs- und Entwicklungskapazitäten, die Möglichkeiten für eine globale Vermarktung ihrer Produkte und die entsprechenden finanziellen Mittel verfügen. Dabei ist, sofern sich ein Unternehmen nicht als erfolgreicher Nischenanbieter profilieren kann, eine bestimmte minimale Unternehmensgröße nicht nur von Vorteil, sondern eine dringende Notwendigkeit.

Die meisten führenden Pharmakonzerne haben sich einer Strategie des Wachstums aus eigener Kraft ver-

schrieben. Ebenso waren aber in den letzten Jahren auch Akquisitionen, Fusionen oder strategische Allianzen in Forschung, Produktion oder Vertrieb zu beobachten. Und andererseits wurde durch Auslagerung von Unternehmensteilen das finanzielle Polster verstärkt und die Schlagkraft gesteigert. Gesamthaft hat ein Konzentrationsprozeß auf internationaler Ebene stattgefunden. Heute wird der Weltmarkt-Anteil der zehn größten Pharmakonzerne auf etwa ein Drittel geschätzt, wobei sich innerhalb dieser Spitzengruppe die Rangpositionen teilweise deutlich verschoben haben. Auf dem 1. Platz liegt Glaxo Wellcome, gefolgt von Novartis, Hoechst, Merck (USA) und Roche.

Weltmarktführer und ihre Produkte

Umsatzgröße alleine ist allerdings keine ausreichende Basis für die längerfristigen Erfolgsperspektiven der Pharmakonzerne. Essentiell ist die Innovationskapazität, die einerseits mit den Aufwendungen für Forschung und Entwicklung gemessen, andererseits mit der Qualität und dem Absatzpotential der Produkte-Pipeline beurteilt wird.

Im Durchschnitt geben die führenden Pharmakonzerne 15 % des Umsatzes für Forschung und Entwicklung aus. Die Arbeiten konzentrieren sich auf innovative und wirksame Produkte, die „lebensrettend“ sind, die Lebensqualität erhalten bzw. steigern sowie die Arzt- und Krankenhauskosten reduzieren. Im Rahmen dieser Gesamtzielsetzung spielt der Ersatz für Produkte, deren Patentschutz abläuft, eine zentrale Rolle.

Für den externen Finanzanalysten ist die Beurteilung der Pharmaentwicklungen und auch die Zuordnung auf die einzelnen Therapiegebiete eine extrem schwierige Aufgabe. Immerhin lassen sich Schwerpunkte erkennen. Der Herz/Kreislauf-Sektor nimmt bei No-

vartis, Hoechst, Merck, Bristol-Myers Squibb und Pfizer eine relativ große Bedeutung ein. Bei den überdurchschnittlich wachsenden Nervensystem-Indikationen sind vor allem Roche und Novartis engagiert, während bei Atemweg-Krankheiten Glaxo Wellcome eine prominente Stellung besitzt.

Konkret zeigt sich, daß zur Zeit Novartis, American Home Products und Glaxo Wellcome jeweils über 60 Produkte in den drei letzten Entwicklungsphasen haben, verschiedene andere Gesellschaften mehr als 40 Produkte. Innerhalb der Phase III (in Registrierung) weist Novartis mit 37 Nennungen die stärkste Position auf.

Branchenfavorit Novartis

Die strategischen Qualitätsmerkmale für eine erfolgreiche zukünftige Entwicklung sind gemäß der Analyse unseres Pharmaspezialisten in besonderem Maße bei Novartis gegeben, dem Branchenfavoriten auf unserer Empfehlungsliste für Schweizer Aktien.

Der kürzlich publizierte Zwischenbericht für das 1. Semester 1997 wies in der Pharma-Division dank gutem Wachstum bestehender Produkte und beträchtlich gesteigerten Verkäufen mehrerer neuer Präparate einen Umsatzzuwachs in Lokalwährungen von 14% auf, was wesentlich über dem Branchendurchschnitt liegt. Auch die Steigerungen im Betriebsergebnis und Nettogewinn sind klare Indizien für eine deutliche Rentabilitätsverbesserung im ersten Jahr nach der spektakulären Fusion von Sandoz und Ciba-Geigy. Die angekündigten Synergiegewinne können plangemäß realisiert werden.

Aufgrund dieser Basis, durch die Lancierung von jährlich sechs bis sieben neuen Pharma-Präparaten sowie die weiter verbesserten Ertragsperspektiven in den anderen Konzernsparten wird in den nächsten drei bis vier Jahren eine durchschnittliche Gewinnsteigerung von 24% p.a. erwartet. Mit diesen Aussichten ist die Börsenbewertung der Novartis-Aktie keineswegs übertrieben, auch nicht im internationalen Branchenvergleich.

Dr. Georg Sellerberg, Bank Julius Bär
Bahnhofstraße 36, CH-8001 Zürich

Training für ärztliche Dozentinnen und Dozenten

Referenten und Teilnehmer haben hohe Ansprüche an die Qualität der Weiterbildungsveranstaltungen. Die Train-the-Trainer-Seminare geben den Referenten Anregungen für ihr Vorgehen bei Präsentationen. Sie zeigen nicht nur auf, was die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Kommunikation sind. Über praktische Anwendungsbeispiele erhält der Teilnehmer zahlreiche Anregungen für die Planung und Durchführung von Präsentationen.

Die Seminarverfahren sind darüber hinaus für die Kommunikation in der täglichen beruflichen Praxis wie im privaten Bereich nützlich.

Trainings-Methoden

In den „Train-the-Trainer“-Seminaren finden die Methoden Anwendung, die die Teilnehmer selbst auch künftig weiter anwenden sollen. Im Zentrum stehen Unterrichtsübungen mit Videounterstützung. Gegenstand der Übung sind unterschiedliche Schwerpunkte, insbesondere rhetorische Elemente, Umgang mit Teilnehmern und der Einsatz von Medien.

Train-the-Trainer I

Die Teilnehmer sollen Informations- und Bildungsveranstaltungen planen und durchführen können. Dabei sollen sie die vorhandenen Medien sach- und funktionsgerecht benutzen, das heißt sie planen ihre Veranstaltung nach methodischen/didaktischen Gesichtspunkten, kennen die Grundsätze des Lernens und bauen darauf ihr methodisches Vorgehen als Referent auf.

Die Teilnehmer geben ihre Information so weiter, daß die Lernenden gut folgen können und sie sind von der Notwendigkeit überzeugt, Visualisierungshilfen bei der Wissensvermittlung zu verwenden.

Train-the-Trainer II

Die Teilnehmer erleben anhand eigener Präsentationserfahrungen, wie sie mit ihrer Verhaltensweise auf andere Teilnehmer wirken, setzen Visualisierungshilfen, insbesondere Folien und Dias erfolgreich ein, gehen angemessen auf „schwierige“ Teilnehmer ein und versuchen, durch ihren Vortragsstil und ihr methodisches Vorgehen Teilnehmer zu motivieren.

Moderationstraining: Metaplantchnik

Die Teilnehmer planen eine Moderation ergebnisorientiert und gestalten die Moderationsphasen entsprechend dem Moderationsziel. Sie lernen die für den Moderationsprozeß geeigneten Möglichkeiten der Visualisierung, setzen diese im Moderationsablauf ein und sorgen für die Erstellung eines Aktionsplanes.

Moderationstraining: Gesprächsleitung

Die Teilnehmer planen einen Workshop bzw. eine Tagung, sorgen insbe-

sondere für Klarheit hinsichtlich der Ziele und schaffen für Referenten wie für Teilnehmer Klarheit bezüglich des inhaltlichen und zeitlichen Ablaufs. Sie nehmen die Funktion eines Moderators erfolgreich wahr und sorgen u. a. für den geeigneten Rahmen durch situationsgerechte Begrüßung, Anmoderation, Begleitung sowie Abschluß und wenden erfolgreich die Regeln der Diskussionsleitung an mit dem Ziel, für alle Beteiligte zufriedenstellende Ergebnisse zu erzielen.

Organisatorica:

Seminargebühr: DM 450.- je Seminar, inkl. einer Seminarmappe, persönlichem Arbeitsmaterial, Pausengetränken und Mittagessen

Seminarzeiten: Beginn: 1. Tag, 15 Uhr
– Ende: 2. Tag, 18 Uhr

Veranstaltungsort: Bayerische Landesärztekammer, Mühlbaurstraße 16, München

Im Interesse eines effektiven Arbeitens ist die Teilnehmerzahl auf **maximal 14 Teilnehmer** je Seminar limitiert. Die Teilnehmer werden in der Reihenfolge ihrer schriftlichen Anmeldung berücksichtigt.

Programm, Information und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Frau Lutz, Mühlbaurstraße 16, 81677 München, Telefon (0 89) 41 47-2 88, Telefax (0 89) 41 47-8 31

Termine

30./31. Januar 1998

„Train-the-Trainer I“ – Präsentationstechnik für Ärztinnen und Ärzte

9./10. Januar 1998 und

27./28. Februar 1998

„Train-the-Trainer II“ – Präsentationstechnik für Ärztinnen und Ärzte
Anmeldevoraussetzung: Teilnahme am Kurs „Train-the-Trainer I“

13./14. März 1998

Moderationstraining: Metaplantchnik

8./9. Mai 1998

Moderationstraining: Gesprächsleitung

Nutzen von Qualitätsmanagement-Kursen

Vorteile für den ärztlichen Berufsalltag in Klinik und Praxis erkennen und nutzen zu können, ist ein erreichbarer Inhalt eines weiteren Qualitätsmanagement-Kurses (I/II), den die Bayerische Landesärztekammer vom **17. bis 24. Januar 1998** in München anbietet.

Diese Fortbildung soll den Teilnehmern schon während der Kurssequenz einen individuellen Nutzen für den beruflichen wie den privaten Alltag bringen, weitere „sekundäre“ Nutzenaspekte werden im Verlauf des Kurses thematisiert.

Im Rahmen einer vorgeschalteten Fern-Arbeit ist es möglich, Grundkenntnisse des Qualitätsmanagements zu erarbeiten oder neu zu definieren.

Zielgruppe

Ärztinnen und Ärzten mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung, die weitere Fähigkeiten zur selbstverantwortlichen Anwendung und kritischen Beurteilung des Qualitätsmanagements erwerben wollen. Dies beinhaltet auch die Möglichkeit, Aufgaben im ärztlichen Qualitätsmanagement zu übernehmen.

Themen:

Erarbeitet werden Themenbereiche von Kommunikationsmodellen über Methodenauswahl/-anwendung, Problemanalysen/-lösungsmodelle, Zertifizierung, Akkreditierung/Qualitätsmanagement-Darlegungen, Ökonomie, Leitlinien, Richtlinien, Standards bis hin zur Diskussion vorgestellter Praxisbeispiele aus der Sicht von Angehörigen der Berufsgruppen von Pflege, Arzthelferin, Sozialversicherung, Verwaltung, Ärzteschaft.

Aufbauend auf Vorkenntnissen wird während der Kurssequenz verstärkt in Form von Fallbesprechungen in Kleingruppen gearbeitet, Praktika und Demonstrationen nehmen einen großen Raum ein. Eine kontinuierliche Moderation, auch im Interesse einer Abstimmung der Themeninhalte, ist gewährleistet.

Perspektive:

Neben dem zeitnah erzielbaren persönlichen Nutzen erhalten die Teilnehmer bei Kursabschluss eine Bescheinigung seitens der Bayerischen Landesärztekammer.

Falls je nach individuellem Engagement im Qualitätsmanagement der Wunsch nach einem „Fortgeschrittenen-Kurs“ (III) besteht, wird dieser im Hinblick auf die Übernahme von Leitungsverantwortung im Qualitätsmanagement in der Folge angeboten werden („Ärztliche/Ärztlicher Qualitätsmanagerin/Qualitätsmanager“).

Organisatorica:

Der achttägige Kurs Qualitätsmanagement II (inklusive der Absolvierung der Stufe I im Rahmen einer Vorab-Fernarbeit) vom 17. bis 24. Januar 1998 in München kostet DM 2250,-. Dieser Preis schließt die Vorab-Versendung von Kursunterlagen, Themenordner inklusive Fragenkatalog der Fernarbeit, die Ausgabe von Arbeitsmaterialien und Exkursionen während des Kurses ebenso ein, wie Speisen und Getränke während des Kurses.

Die Teilnehmerzahl ist auf 20 Personen begrenzt; die Registrierung der Anmeldung geschieht in der Reihenfolge des Posteingangs.

Die Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer haben die Möglichkeit

eines persönlichen Qualitätsmanagement-Informationsgesprächs mit Tutoren/Moderatoren/Referenten ihrer Wahl während des Kurses; die Namen entnehmen Sie bitte dem Programm-entwurf (s. u.).

Die Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer erhalten auf Wunsch aktuell persönliche Informationen zum jeweiligen Stand der Umsetzung spezifisch qualitätsmanagement-bezogener Qualifikationsnachweise, wie zum Beispiel Ärztekammerdiplom, Zusatzbezeichnung, aber auch weitere Hinweise – entsprechend dem individuellen Informationsbedürfnis.

Die Themen der Vorab-Fernarbeit sowie das Eingangskolloquium entsprechen denen der Stufe I des „Curriculums QS“ der Bundesärztekammer; analoges gilt für den angebotenen Kurs vom 17. bis 24. Januar 1998 bezüglich der Stufe II.

Ein Supervisions-Kurs (III) nach einer Praxisphase wird, wie erwähnt, noch terminiert.

Ort: Mühlbaurstraße 16, München

Programm, Informationen und Anmeldung:

Bayerische Landesärztekammer, Frau Lutz, Telefon (0 89) 41 47-2 88, Telefax (089) 41 47-831, Mühlbaurstraße 16, 81677 München, E-mail: 101575.3170@compuserve.com.

Kurse für Arzthelferinnen zur Diabetes-Assistentin

im Auftrag der Deutschen Diabetes-Gesellschaft und unter Zugrundelegung der Weiterbildungs- und Prüfungsordnung für Diabetes-Assistenten/-innen

Nächster Lehrgang:

1. bis 13. Dezember 1997

Theorieblock I – Praxisphase mit Hausarbeit

26. Januar bis 3. Februar 1998

Theorieblock II

(Dauer insgesamt 184 Stunden)

Auskunft und Anmeldung: Katholische Akademie für Pflegeberufe in Bayern, Ostengasse 27, 93047 Regensburg, Telefon (09 41) 56 96-0, Telefax (09 41) 56 96 38

Fortbildungsveranstaltungen

Ankündigungen von Fortbildungsveranstaltungen an:

Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 81677 München, Frau Eschrich, Telefon 0 89/41 47-248, Fax 0 89/41 47-280 oder -831

Ärztinnen/Ärzte im Praktikum

Fortbildungsveranstaltungen, die als **Ausbildungsveranstaltungen** nach § 34 c der Approbationsordnung empfohlen werden, sind durch das Kürzel **AiP** gekennzeichnet.

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.

Besonders empfohlen wird die Teilnahme an zwei berufskundlichen Veranstaltungen, die von der Bayerischen Landesärztekammer, an einem Tag zusammengefaßt, durchgeführt werden. **Termin: Nürnberg, 4. Dezember 1997.**

Auskunft und Anmeldung (schriftlich erforderlich):

Frau Müller-Petter, Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 81677 München, Telefon (0 89) 41 47-232

Anästhesiologie

November/Dezember 1997 in Würzburg

„Anästhesiologische Kolloquien“ 18.11.: Relaxometrie: Was sind die Indikatoren der neuromuskulären Erholung? 9.12.: Parenterale und enterale Ernährung bei Patienten mit akutem Nierenversagen 16.12.: Anästhesiologische Besonderheiten bei laparoskopischen Eingriffen **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. N. Roewer **Ort:** Großer Hörsaal der Chirurgischen Klinik (Bau 6), Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg **Beginn:** 18 Uhr c. t. **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. N. Roewer, Klinik für Anästhesiologie, Anschrift s. o., Tel. 09 31/2 01-51 22, Fax 09 31/2 01-34 44

22. November 1997 in Aschaffenburg

1. Aschaffener Schmerzsymposium „Rückenschmerzen – von der konservativen Therapie bis zum operativen Eingriff“ **Leitung:** Dr. A. Schmidt, Dr. R. Schwagmeier **Ort:** Klinik am Hofgarten, Hofgartenstr. 6, Aschaffenburg **Zeit:** 10 bis 15 Uhr **Anmeldung (erforderlich):** Anästhesie-

praxis, Bustellstr. 5, 63739 Aschaffenburg, Tel. 0 60 21/30 32 00, Fax 0 60 21/30 32 01

24. November 1997 in Ansbach AiP

„Management von Blutstillungsstörungen – Theorie und Praxis“ **Veranstalter:** Stadt- und Kreis Krankenhaus Ansbach, Abteilung für Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin **Leitung:** Dr. R. Rossi **Ort:** Konferenzraum des Personalwohnheims B, Strüther Berg 7, 91522 Ansbach **Beginn:** 16 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat Dr. R. Rossi, Frau Matijas, Anschrift s. o., Tel. 09 81/4 84-22 60, Fax 09 81/4 84-25 04

November/Dezember 1997 in Murnau

„Anästhesiologische Kolloquien“ 24.11.: Der neurochirurgische Intensivpatient 15.12.: Präklinische und klinische Anwendung von S(+) Ketamin **Veranstalter:** BG-Unfallklinik Murnau, Abteilung für Anästhesie **Leitung:** Dr. J. Büttner **Ort:** Hörsaal der Unfallklinik, Prof.-Küntschers-Str. 8, 82418 Murnau **Beginn:** 19 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Dr. J. Büttner, Anschrift s. o., Tel. 0 88 41/48-23 19

Dezember 1997 in Nürnberg

Symposium „Anästhesie in der Geburtshilfe“ am 13.12. (9 Uhr s. t. bis 13 Uhr) Kolloquien am 2.12.: Scoring-Systeme und das individuelle Risiko 16.12.: Medizinische und ökonomische Betrachtungen zur Durchführung von Regionalanästhesien **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am Klinikum Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. D. Heuser, Dr. P. Zaar **Ort:** Symposium: Arvena-Park-Hotel, Görlitzer Str. 51, Nürnberg; Kolloquien: Hörsaal der Frauenklinik, Klinikum Nürnberg Nord, Flurstr. 17, 90419 Nürnberg **Beginn:** 18 Uhr s. t. **Auskunft:** Klinik für Anästhesiologie, Klinikum Nürnberg Nord, Anschrift s. o., Tel. 09 11/3 98-26 78, Fax 09 11/3 98-27 83

Dezember 1997 in Ingolstadt

3.12.: Komplikationen in der Anästhesie 10.12.: „DIC“ in der Intensivmedizin **Veranstalter:** Klinikum Ingolstadt, Institut für Anästhesie und Intensivmedizin **Leitung:** Prof. Dr. G. Lenz **Ort:** Schulungsraum 2 (6937) im Klinikum **Zeit:** 17 bis 18.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. G. Lenz, Klinikum Krumenauerstr. 25, 85049 Ingolstadt, Tel. 08 41/8 80-23 51

19./20. März 1998 in Erlangen

Kurs „Anästhesiologische Schmerztherapie“ – Postoperative Schmerztherapie – Tumorschmerztherapie **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Dr. R. Sittl, Dr. N. Griebinger **Ort:** Unterrichtsraum der Klinik für Anästhesiologie und Räume der Schmerzambulanz, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen **Beginn:** 19.3., 9 Uhr; **Ende:** 20.3., 18 Uhr Teilnahmegebühr: 400 DM (inkl. Kursunterlagen und Mittagessen); begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung (schriftlich erforderlich):** Klinik für Anästhesiologie, Schmerzambulanz, Herr Märkert, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen, Tel. 0 91 31/85-25 56, Fax 0 91 31/85 69 04

Arbeitsmedizin

8. Dezember 1997 in Erlangen

„Qualitätsmanagement in der Arbeitsmedizin – Wege zu einem integrativen Gesundheitsschutz“ **Veranstalter:** Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. in Zusammenarbeit mit dem Institut für Ar-

beits-, Sozial- und Umweltmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Dr. P. Jahn **Ort:** Hörsaal 0.016 im Kollegienhaus, Universitätsstr. 15, Erlangen **Beginn:** 18 Uhr c. t. **Auskunft:** Dr. P. Jahn, Heinrich-Diehl-Str. 6, 90552 Röthenbach, Tel. 09 11/9 57-26 66

Augenheilkunde

5. Dezember 1997 in München

Symposium Ophthalmogenetik „Genetisch bedingte Augenerkrankungen“ **Veranstalter:** Augenklinik, Klinikum Innenstadt der LMU München **Leitung:** Prof. Dr. A. Kampik, Prof. Dr. K.-P. Boergen, Prof. Dr. J.-D. Murken **Ort:** Hörsaal der Augenklinik, Mathildenstr. 8, 80336 München **Zeit:** 14 Uhr s. t. bis 19 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. K.-P. Boergen, Frau Walkner, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-38 73

6. Dezember 1997 in München

30. Weihnachtssitzung der Münchner Ophthalmologischen Gesellschaft (MOG) **Veranstalter:** Augenklinik, Klinikum Innenstadt der LMU München **Leitung:** Prof. Dr. A. Kampik **Ort:** Hörsaal der Augenklinik, Mathildenstr. 8, 80336 München **Zeit:** 14.30 Uhr bis 18 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. A. Kampik, Frau Mannl, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-38 00, Fax 0 89/51 60-47 78

13. Dezember 1997 in Erlangen AIP

100. Erlanger Augenärztliche Fortbildung: „Differentialdiagnose Intraokulärer Entzündungen“ **Veranstalter:** Augenklinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. G. O. H. Naumann **Ort:** Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen **Beginn:** 9.30 Uhr **Auskunft:** Prof. Dr. J. Jonas, Augenklinik, Anschrift s. o., Tel. 0 91 31/85-43 79

Endokrinologie

6. Dezember 1997 in Rosenheim AIP

4. Rosenheimer Schilddrüsentag: „Interdisziplinäre Fortbildung zur Prophylaxe und Therapie der Rezidivstruma“ **Veranstalter:** Klinikum Rosenheim, Klinik für Allgemein-, Gefäß- und Thoraxchirurgie und Institut für Nuklearmedizin und Strahlentherapie **Leitung:** Prof. Dr. P. K. Wagner, Dr. W. Flögel **Ort:** Stadthalle Rosenheim, Kufsteiner Str. 4, Rosenheim **Zeit:** 9 bis 13 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. P. K. Wagner, Klinikum Rosenheim,

Pettenkofferstr. 10, 83022 Rosenheim, Tel. 0 80 31/36-32 01

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

15. November 1997 in Augsburg AIP

3. Samstagseminar „Das Ovarialkarzinom – Diagnose und Therapie“ **Veranstalter:** Frauenklinik im Zentralklinikum Augsburg **Leitung:** Prof. Dr. A. Wischnik **Ort:** Großer Hörsaal im Zentralklinikum, Stenglinstr., 86156 Augsburg **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 15.30 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. A. Wischnik, Anschrift s. o., Tel. 08 21/4 00-23 31, Fax 08 21/4 00-22 48

20. November 1997 in München AIP

„Ärztliche Aufklärung und Begleitung von Tumorpatienten“ **Veranstalter:** Krankenhaus Dritter Orden, München-Nymphenburg, Geburtshilflich-gynäkologische Abteilung **Leitung:** Dr. F. Graf v. Buquoy **Ort:** Schulungsraum im Krankenhaus Dritter Orden, Menzinger Str. 44, 80638 München **Beginn:** 19.30 Uhr **Auskunft:** Dr. W. Heimrath, Anschrift s. o., Tel. 0 89/17 95-12 11, Fax 0 89/17 95 12 96

Gastroenterologie

29. November 1997 in München AIP

Symposium „Interdisziplinäre Gastroenterologie“ **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Neuperlach, 1. Medizinische Abteilung und 1. Chirurgische Abteilung **Leitung:** Prof. Dr. W. Schmitt **Ort:** Hörsaal des Walther-Straub-Institutes der LMU, Nußbaumstr. 26 (Eingang Schillerstr.), München **Zeit:** 9 bis 13 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. W. Schmitt, Oskaria-Maria-Graf-Ring 51, 81737 München, Tel. 0 89/67 94-3 11

Geriatric

November/Dezember 1997 in Haar

„Internistisch-Gerontopsychiatrische Kolloquien“ 24.11.: Fallvorstellung durch Teilnehmer 1.12.: Akute Erregungszustände bei psychiatrischen Patienten 8.12.: Notfälle in der Gerontopsychiatrie 15.12.: Differentialdiagnosen und Therapie der akuten Dyspnoe **Veranstalter:** Innere Abteilung am Bezirkskrankenhaus Haar **Leitung:** Prof. Dr. H. S. Fießl **Ort:** Großer Hörsaal, Haus 12, BKH Haar, Vockestr. 72, 85540 Haar bei München **Beginn:** 12 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. H. S. Fießl, Anschrift s. o., Tel. 0 89/45 62-31 28

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

6./7. Dezember 1997 in München

48. Tagung der Oto-Rhino-Laryngologischen Gesellschaft zu München e. V. „Neue Aspekte in der Behandlung maligner Neubildungen“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenkranke der LMU München im Klinikum Großhadern **Leitung:** Prof. Dr. E. Kastenbauer, Prof. Dr. W. Arnold **Ort:** Hörsaal III im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 16.30 Uhr **Auskunft:** Prof. Dr. G. Greves, Frau Herzog/Frau Asam, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-38 67 oder 38 73, Fax 0 89/70 95-88 25

Handchirurgie

6. Dezember 1997

in Bad Neustadt/Saale

AIP

Handchirurgischer Samstag „Indikationen zu Operationen an der Hand“ **Veranstalter:** Klinik für Handchirurgie Bad Neustadt **Leitung:** Prof. Dr. U. Lanz, Prof. Dr. B. Landsleitner **Ort:** Klinik für Handchirurgie, Salzburger Leite 1, 97616 Bad Neustadt/Saale **Zeit:** 9 bis 12.30 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. U. Lanz, Anschrift s. o., Tel. 0 97 71/66 28 89, Fax 0 97 71/65 92 01

Haut- und Geschlechtskrankheiten

19. November 1997 in München AIP

Biedersteiner Onkologisches Kolloquium „Neues aus Klinik und Praxis“ Themen: Lymphome – Kaposi-Sarkom – Melanom“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie am Biederstein der TU München **Leitung:** Prof. Dr. Dr. J. Ring, PD. Dr. R. Hein **Ort:** Hörsaal 608, Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Biedersteiner Str. 29, 80802 München **Beginn:** 16 Uhr c. t. **Auskunft:** Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Herr Kremer, Anschrift s. o., Tel. 0 89/41 40-32 16, Fax 0 89/41 40-31 73

Wintersemester 1997/98 in München

„Fortbildungskolloquien“ 19.11.: Humane Herpesviren Typ 8 (HHV 8) und ihre Rolle in der Entstehung des Kaposi-Sarkoms 26.11.: Atopie-Patchtest 3.12.: Yersiniosen und ihre Folgekrankheiten an der Haut 10.12.: Autoantikörper in der Pathogenese der chronischen Urtikaria 17.12.: Pathogenitätsfaktoren bei Kandidainfektionen 14.1.98: Unterschiede in der Pathogenese von rheumatoider Arthritis, reaktiver Arthritis und Lyme-Arthritis 21.1.: B-Zell-Lym-

phome der Haut 28.1.: Fortbildungstagung „Angewandte Allergologie 4.2.: Pathogenese, Klinik und Therapie des Kaposi-Sarkoms 11.2.: Möglichkeiten und Grenzen der photodynamischen Therapie 18.2.: Mechanisms and significance of Th1 and Th2 differentiation in human T-lymphocytes 25.2.: Dia-Klinik **Veranstalter:** Dermatologische Klinik und Poliklinik, Klinikum Innenstadt der LMU **Leitung:** Prof. Dr. B. Przybilla, PD Dr. M. Röcken **Zeit:** 16 Uhr c. t. bis 17 Uhr **Ort:** Kleiner Hörsaal der Dermatologischen Klinik, Frauenlobstr. 9, 80337 München **Auskunft:** Kongresssekretariat der Dermatologischen Klinik, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-46 62

3. Dezember 1997 in Regensburg

11. Regensburger Dermatologentagung „Warum die Haut rot wird“ **Veranstalter:** Dermatologische Klinik und Poliklinik, Klinikum der Universität Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. M. Landthaler, Prof. Dr. W. Stolz **Ort:** Großer Hörsaal im Klinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Beginn:** 16 Uhr **Anmeldung:** Dermatologische Klinik, Frau Komm, Tel. 09 41/9 44-96 03, Fax 09 41/9 44-96 08

Herzchirurgie

26. November 1997 in Regensburg AIP

Symposium „Aktuelle Defibrillatortherapie“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Herz-, Thorax- und herznahe Gefäßchirurgie, Klinikum der Universität Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. D. E. Birnbaum, Dr. A. Liebold **Ort:** Park-Hotel Maximilian, Maximilianstr. 28, Regensburg **Beginn:** 18 Uhr s. t. **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. D. E. Birnbaum, Frau Pecoroni, Tel. 09 41/9 44-98 01, Fax 09 41/9 44-98 02

Innere Medizin

17. November 1997 in Waldsassen AIP

„Diabetesepidemiologie in Deutschland – therapeutische Konsequenzen für das metabolische Syndrom“ **Veranstalter:** Kreiskrankenhaus Waldsassen, Innere Abteilung **Leitung:** Dr. P. Fuchs, Waldsassen; PD Dr. K.-D. Palitzsch, Regensburg **Ort:** Prinzregent Luitpold, Prinzregent-Luitpold-Str. 4, Waldsassen **Beginn:** 20 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat Dr. P. Fuchs, Kreiskrankenhaus, Egerer Str. 30, 95652 Waldsassen, Tel. 0 96 32/87-1 51

19. November 1997 in München AIP

„Großhaderner Diabetes Seminar“ **Veranstalter:** Medizinische Klinik und Poliklinik II der LMU München im Klinikum Großha-

dem **Leitung:** I. Husemeyer, PD Dr. M. Ritter, Prof. Dr. P. Schwandt **Ort:** Hörsaal V im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München **Zeit:** 16 Uhr c. t. bis 18 Uhr **Auskunft:** PD Dr. M. Ritter, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-1, Fax (0 89) 70 95-88 79

22. November 1997 in Erlangen AIP

Symposium „Aktuelle Ernährungsmedizin“ **Veranstalter:** Medizinische Klinik I mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. E. G. Hahn, Prof. Dr. J. Hensen **Ort:** Großer Hörsaal der Medizinischen Kliniken, Östliche Stadtmauerstr. 11, 91054 Erlangen **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis ca. 13 Uhr **Auskunft:** Ernährungsteam der Medizinischen Klinik I, Frau Schmidt, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen, Tel. 0 91 31/85-28 69, Fax 0 91 31/85-28 70

29. November 1997 in Amberg AIP

„Neue Perspektiven der Diabetologie“ **Veranstalter:** Medizinische Klinik II, Klinikum St. Marien Amberg **Leitung:** Prof. Dr. V. Groß, PD Dr. Th. Lingenfelser, Dr. F. Dechant **Ort:** Vortragssaal der Berufsfachschule für Krankenpflege, Wiltmaisterstr. 10, Amberg **Zeit:** 8.30 bis 13 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat der Medizinischen Klinik II, Frau Heigl, Mariahilfbergweg 5-7, 92224 Amberg, Tel. 0 96 21/38-2 89, Fax 0 96 21/38-6 15

29. November 1997 in Erlangen AIP

Jubiläumssymposium „20 Jahre Medizinische Klinik III“ anlässlich des 60. Geburtstages von Prof. Dr. J. R. Kalden **Themen:** Klinische Immunologie – Hämatologie/Oncologie – Rheumatologie **Veranstalter:** Medizinische Klinik III mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Ort:** Großer Hörsaal der Medizinischen Kliniken, Östliche Stadtmauerstr. 11, Erlangen **Zeit:** 8.30 bis 15 Uhr **Auskunft:** Medizinische Klinik III, Frau Seidel, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen, Tel. 0 91 31/ 85-91 33, Fax 0 91 31/85-47 70

Kinderheilkunde

22. November 1997 in Regensburg

3. Regensburger Workshop Neuropädiatrie/Neuroradiologie „Die Bedeutung bildgebender Verfahren für Diagnostik und Therapie kindlicher Epilepsien“ **Veranstalter:** Regensburger Kinderzentrum St. Martin **Leitung:** Dr. B. Ostertag **Ort:** Kleiner Hörsaal im Klinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, Regensburg **Zeit:** 9.30 Uhr bis ca. 13 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Dr. B. Ostertag, Kinderzentrum St. Martin,

Wieshuberstr. 4, 93059 Regensburg, Tel. 09 41/4 65 02-0, Fax 09 41/4 65 02-40

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Wintersemester 1997/98 in Würzburg

„Mittwochs-Kolloquien“ 10.12.: Adipositas – Definition, Ätiologie und Behandlungsansätze 28.1.98: Störungen der Zahlenverarbeitung und des Rechnens in der kindlichen Entwicklung 18.2.: Zerebrale Veränderungen und somatische Komplikationen bei Anorexia nervosa **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. A. Warnke **Ort:** Hörsaal der Nervenambulanz, Fuchsleinstr. 15, 97080 Würzburg **Beginn:** 19 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. A. Warnke, Anschrift s. o., Tel. 09 31/2 03-3 09 oder 3 10; Anmeldung nicht erforderlich

Kinderkardiologie

10. Dezember 1997 in München

Fetale Echokardiographie „Pulmonalatriese mit intaktem Ventrikelseptum“ **Veranstalter:** Arbeitskreis Fetale Echokardiographie der DEGUM, Kinderklinik und Kinderpoliklinik der TU München und Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen im Kindesalter am Deutschen Herzzentrum München **Leitung:** Frau Prof. Dr. R. Oberhoffer **Ort:** Hörsaal im Neubau des Deutschen Herzzentrums, Lazarettstr. 36, München **Beginn:** 17 Uhr c. t. **Anmeldung:** Frau Prof. Dr. R. Oberhoffer, Kinderklinik, Kölner Platz 1, 80804 München, Tel. 0 89/30 68-25 14 oder 22 72, Fax 0 89/ 30 11 33

Laboratoriumsmedizin

9. Dezember 1997 in München

145. Kolloquium „Modulation der Zelladhäsion durch Antioxidantien und Zigarettenrauchen“ **Veranstalter:** Institut für Klinische Chemie der LMU München im Klinikum Großhadern **Leitung:** Prof. Dr. D. Seidel, PD Dr. J. Thiery **Ort:** Hörsaal V, Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München **Beginn:** 18 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat des Institutes, Frau Gebhart, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-32 05

Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie

13. Dezember 1997 in Erlangen AIP

„HIV und AIDS: Neue Perspektiven in Pathogenese, Diagnostik und Therapie“

Veranstalter: Institut für Klinische und Molekulare Virologie und Medizinische Klinik III mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. B. Fleckenstein, Prof. Dr. J. R. Kalden **Ort:** Großer Hörsaal der Medizinischen Kliniken, Östliche Stadtmauerstr., Erlangen **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 13.30 Uhr **Auskunft:** PD Dr. K. Überla, Institut für Klinische und Molekulare Virologie, Schloßgarten 4, 91054 Erlangen, Tel. 0 91 31/85-27 62 oder 40 10, Fax 0 91 31/85 64 85; Anmeldung nicht erforderlich

Nephrologie

24. November 1997 In München AIP

„Nephrologisches Forum München“ **Veranstalter:** Physiologisches Institut München **Leitung:** Prof. Dr. J. Mann **Ort:** Kleiner Hörsaal des Physiologischen Institutes, Pettenkoferstr. 12, 80336 München **Beginn:** 18.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. K. Thurau, Anschrift s. o., Tel. 0 89/59 96-5 28, Fax 0 89/59 96-5 32

Neurochirurgie

November/Dezember 1997 in Murnau

26.11.: Symposium „PLIF bei degenerativer Instabilität der LWS“ 17.12.: Hypothermie beim SHT **Veranstalter:** BG-Unfallklinik Murnau, Neurochirurgische Abteilung **Leitung:** Dr. H.-D. Jaksche **Ort:** 26.11.: Bogenschießanlage der Klinik, 17.12.: Hörsaal der Klinik, Prof.-Küntschers-Str. 8, 82418 Murnau **Beginn:** jeweils 19 Uhr s. t. **Anmeldung:** Sekretariat Dr. H.-D. Jaksche, Anschrift s. o., Tel. 0 88 41/48-28 51

Neurologie

Wintersemester 1997/98 in München

„Bogenhausener Neurologisch-Neurochirurgische Kolloquien“ 18.11.: Thema aus der Neurochirurgie 2.12.: Aktueller Stand in Forschung und Therapie der Multiplen Sklerose 16.12.: Ein Überblick über den heutigen Stand der Neuroendoskopie und der endoskopisch assistierten Mikrochirurgie 13.1.98: Methodik und klinischer Stellenwert der transkranialen Duplexsonographie 27.1.: Stereotaktische Behandlung in der Radiochirurgie aus der Sicht der Strahlentherapeuten 10.2.: Neurologische Krankheitsbilder und ihre Behandlungsmöglichkeiten bei AIDS 24.2.: Neurochirurgische Therapie bei Neugeborenen mit Spina bifida **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus Bogenhausen, Abteilung für Neurologie und Abteilung für Neurochirurgie **Leitung:** Prof. Dr. K. A. Flügge, Prof. Dr. Ch. B. Lumenta **Ort:** Großer Hörsaal, Krankenhaus Bogenhausen, Engelschalkinger

Str. 77, 81925 München **Beginn:** 18 Uhr c. t. **Auskunft:** PD Dr. Dr. H.-H. Fuchs, Abteilung für Neurologie, Anschrift s. o., Tel. 0 89/92 70-0, Fax 0 89/92 70-26 84; Anmeldung nicht erforderlich

Wintersemester 1997/98 in München

„Neuroinfektiologische Kolloquien“ 18.11.: Neuroinfektiologische Falldemonstrationen 9.12.: Pathophysiologische Mechanismen der Blut-Hirn-Schrankenstörung bei bakterieller Meningitis 20.1.98: Transkriptionelle Kontrolle des Chemokin RANTES: Zelltypspezifische Mechanismen in humanen Monozyten 10.2.: Neuroinfektiologische Falldemonstrationen **Veranstalter:** Neurologische Klinik und Poliklinik der LMU München im Klinikum Großhadern **Ort:** Konferenzraum II der Neurologie, Di-

rektionstrakt Flur GH, Klinikum, Marchioninstr. 15, München **Beginn:** 18 Uhr s. t.; Anmeldung nicht erforderlich

Wintersemester 1997/98 in München

„Neurobiologische Kolloquien“ 20.11.: Morphologische Differentialdiagnose hereditärer und entzündlicher Neuropathien 27.11.: Elektrostimulation des Nucleus cochlearis bei beidseitiger erworbener Taubheit 4.12.: Imaging human cognition 11.12.: Precise gyral and sulcal localization of pathology by CT and MRI 15.1.98: Der sensorische und visuelle Kortex des Menschen: Anatomie, Transmitterrezeptoren und funktionelle Bildgebung 22.1.: Vestibular neuritis 29.1.: Chemotherapie inoperabler und rezidivierender Meningeome 5.2.: Therapie kindlicher Him-

Fortbildung zu medizinischen und ethischen Aspekten des Schwangerschaftsabbruchs

Fortbildungsveranstaltung der Bayerischen Landesärztekammer – Akademie für ärztliche Fortbildung in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Frauenärzte e.V., Landesverband Bayern

Veranstaltungsort: Ärztehaus Bayern, Mühlbaurstraße 16, 81677 München

Veranstaltungstag: Samstag, 28. März 1998

Zeit: 9 bis ca. 17.30 Uhr

Programm

9 bis 9.30 Uhr: Begrüßung und Einführung

9.30 bis 10.15 Uhr: Konsequenzen für den Arzt aus dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zum Schwangerenhilfs-Ergänzungsgesetz

10.15 bis 11 Uhr: Psychodynamik von Schwangerschaftskonflikten

11.15 bis 12 Uhr: Ethische Aspekte

13.15 bis 14 Uhr: Medizinische Aspekte des Schwangerschaftsabbruchs

14 bis 14.45 Uhr: Die Situation in Bayern

15 bis 16 Uhr: Beratungsstellen: Möglichkeiten und Grenzen der Vermittlung sozialer Hilfen

ab 16 Uhr: Podiumsdiskussion mit Einbeziehung des Auditoriums

Die Teilnahme an dieser Veranstaltung ist kostenfrei und erfüllt die Anforderungen gemäß Art. 5 Abs. 5 Bay. Schwangerenhilfe-Ergänzungsgesetz

Anmeldung telefonisch oder per Fax erforderlich!

Bayerische Landesärztekammer, Frau Keller,
Mühlbaurstraße 16, 81677 München,
Telefon (0 89) 41 47-209, Telefax (0 89) 41 47-831

stammtumoren 12.2.: Liquordynamik in der MRT: Normale und pathologische Anatomie und Physiologie 19.2.: Mechanisms of migraine 26.2. (Beginn: 14 Uhr s. t., Hörsaal IV): SFB-Symposium: Sensomotorik bei Mensch und Maschine **Veranstalter:** Neurologische Klinik, Institut für Neuropathologie, Neurochirurgische Klinik und Abteilung für Neuroradiologie der LMU München im Klinikum Großhadern **Ort:** Hörsaal 1 im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, München **Beginn:** 18 Uhr s. t.; Anmeldung nicht erforderlich

29. November 1997 in München AIP

„Kopfschmerz-Syndrome: Neue Konzepte und Therapieansätze“ – 1. Gemeinsame Fortbildung der Arbeitsgemeinschaft Kopfschmerz in München **Veranstalter:** Neurologische Klinik und Poliklinik der LMU München im Klinikum Großhadern **Leitung:** Prof. Dr. Th. Brandt, PD Dr. A. Straube **Ort:** Hörsaal VI im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr **Auskunft:** PD Dr. A. Straube, Dr. S. Förderreuther, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-39 01

Wintersemester 1997/98 in München

Seminarreihe „Sinnessysteme und Motorik“ 2.12.: The neck as a „sensory organ“ 13.1.98: Differentielle Modulation der Augenprimärstellung durch Schwerkraftreize und Linearbeschleunigung 3.2.: Cerebellar control of fast single joint movements 17.2.: Understanding the origins of cranial dystonia, blepharospasm **Veranstalter:** Neurologische Klinik und Poliklinik der LMU München im Klinikum Großhadern **Ort:** Konferenzraum I1 der Neurologie, Direktionstrakt Flur GH, Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, München **Zeit:** 18 Uhr s. t. bis 19 Uhr; Anmeldung nicht erforderlich

6. Dezember 1997 in Regensburg AIP

„Regensburger Parkinson-Symposium“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Neurologie der Universität Regensburg im Bezirksklinikum **Leitung:** Prof. Dr. U. Bogdahn **Ort:** Festsaal im Bezirksklinikum, Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg **Zeit:** 9 Uhr bis 13 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. U. Bogdahn, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 41-30 01, Fax 09 41/9 41-30 05

6. Dezember 1997 in Würzburg AIP

Würzburger Schmerzforum 1997 – „Aktuelle Aspekte der Pathogenese und Therapie der Migräne“ **Veranstalter:** Neurologische Klinik und Poliklinik im Kopfklinikum

der Universität Würzburg **Leitung:** PD Dr. G. Ochs, PD Dr. C. Sommer **Ort:** Hörsaal der Neurologischen Klinik, Josef-Schneider-Str. 11, 97080 Würzburg **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 13 Uhr **Anmeldung:** PD Dr. C. Sommer, Anschrift s. o., Tel. 09 31/2 01-57 51, Fax 09 31/2 01-26 97

**13. Dezember 1997
In Bischofswiesen AIP**

„Neue Aspekte und Therapiekonzepte bei degenerativen Erkrankungen der Wirbelsäule unter besonderer Berücksichtigung des engen Spinalkanals bzw. Spondylolisthesis **Veranstalter:** Rehabilitationsklinik Loipl **Leitung:** Dr. S. Kleinert **Ort:** Reha-Klinik Loipl, Thanngasse 15, 83483 Bischofswiesen bei Berchtesgaden **Beginn:** 10.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Dr. S. Kleinert, Anschrift s. o., Tel. 0 86 52/8 90, Fax 0 86 52/89-5 20

13. Dezember 1997 in Freyung AIP

„Rationelle Diagnostik und Therapie des Parkinson-Syndroms mit Einsatz verhaltensmedizinischer Strategien“ **Veranstalter:** Klinik Bavaria Freyung, Neurologische Abteilung **Leitung:** Dr. S. Heidrich **Ort:** Vortragsraum der Klinik Bavaria Freyung, Haus III **Zeit:** 10 Uhr s. t. bis ca. 16 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Dr. S. Heidrich, Solla 19, 94078 Freyung, Tel. 0 85 51/99-37 10, Fax 0 85 51/99-37 09

Neuroorthopädie

**29. November 1997
in Schwarzenbruck AIP**

„Neurologisch-orthopädisch-internistisches Kolloquium“ – Klinische Fallbesprechungen aus den Gebieten der Neurologie, Orthopädie und der Inneren Medizin **Veranstalter:** Krankenhaus Rummelsberg, Neurologische Abteilung, Internistische Abteilung und Orthopädische Klinik **Leitung:** Prof. Dr. F. L. Glötzner **Ort:** Vortragsraum des Wichernhauses, Krankenhaus Rummelsberg, 90592 Schwarzenbruck bei Nürnberg **Zeit:** 9.30 Uhr bis 12 Uhr **Auskunft:** Sekretariat der Neurologischen Abteilung, Frau Koestler, Anschrift s. o., Tel. 0 91 28/50 34 37

Notfallmedizin

Termine 1997/98 in München

24./25.11. und 30.1./1.2.98: Intensivkurs „Streßbearbeitung“ 24./25.1.: Intensivkurs „Streßvermeidungsstrategien“ 7./8.2. und

20.-22.3.: Instruktorlehrgang „Intensivtraining Kardiolpulmonale Reanimation“ (2teiliger Kurs), 17.1.98: Aufbaukurs 13.-15.2.98: Instruktorlehrgang (Kurs für Programmleiter) „Frühdefibrillation“ 14./15.2.: Instruktorlehrgang (Kurs für Instruktoren) „Frühdefibrillation“ 7./8.3.: Intensivkurs „Wirkungsvoll moderieren“ 13.-15.3. und 27.-29.3.: Intensivkurs (2teilig) „Krisenintervention in der Notfallmedizin“ 9./10.5.: Intensivkurs „Notarzteinsatz-Training“ **Veranstalter:** Arbeitskreis Notfallmedizin und Rettungswesen e. V. an der LMU München **Ort:** ANR-Geschäftsstelle, Nußbaumstr. 20, 80336 München; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung (erforderlich):** Geschäftsstelle des ANR, Nußbaumstr. 20, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-49 50, Fax 0 89/51 60-49 52

**5./6. Dezember 1997
in Augsburg**

„Krisenintervention in der Notfallmedizin“ Einführung in die Psychotraumatologie – Suizidalität im Rettungsdienst – Der Umgang mit Angehörigen von Todesopfern – Psychotraumatologie und Streßbearbeitung nach belastenden Einsätzen **Veranstalter:** Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Arbeitskreis Notfallmedizin am Zentralklinikum Augsburg **Leitung:** Prof. Dr. H. Forst, Dr. H. Schulte Steinberg **Ort:** Zentralklinikum, Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg **Zeit:** 5.12., 17 bis 20 Uhr; 6.12., 9 bis 17 Uhr **Teilnahmegebühr:** 135 DM **Anmeldung (erforderlich):** Sekretariat Prof. Dr. H. Forst, Anschrift s. o., Tel. 08 21/4 00-23 71, Fax 08 21/4 00-33 16

**10. Dezember 1997
in Regensburg AIP**

„Gynäkologische Notfälle“ **Veranstalter:** Rettungszentrum Regensburg e. V., Klinikum der Universität **Ort:** Kleiner Hörsaal im Klinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Beginn:** 19 Uhr c. t. **Auskunft:** Dr. J. Schickendantz, Rettungszentrum im Klinikum, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-61 21 oder 78 01, Fax 09 41/9 44-68 54

**13. bis 15. Februar 1998
in Berchtesgaden**

4. Seminarkongreß „Training der Notfallversorgung“ **Veranstalter:** Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte (agbn) **Leitung:** Prof. Dr. P. Sefrin **Ort:** Kur- und Kongreßhaus, Berchtesgaden **Anmeldung:** Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte e. V., Frau Götz, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg, Tel. 09 31/2 01-51 28, Fax 09 31/28 47 46

Nuklearmedizin

10. Dezember 1997 in München

Münchner Nuklearmedizinisches Kolloquium „Interaktive Fallpräsentationen aus der Kardiologie“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Nuklearmedizin der LMU München im Klinikum Großhadern in Zusammenarbeit mit der Nuklearmedizinischen Klinik und Poliklinik der TU München im Klinikum rechts der Isar **Ort:** Hörsaal A im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München **Beginn:** 18 Uhr c. t. **Auskunft:** Prof. Dr. K. Tatsch, Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München, Tel. 0 89/70 95-46 50, und Frau Prof. Dr. R. Senekowitsch-Schmidtke, Klinikum rechts der Isar, Anschrift s. o., Tel. 0 89/41 40-45 50

Onkologie

26. November 1997 in München AIP

Workshop „Supportive Therapie in der Hämatologie/Onkologie – Fortschritte, Indikationen, Trends“ **Veranstalter:** Medizinische Klinik III und Poliklinik der LMU München im Klinikum Großhadern **Leitung:** Prof. Dr. R. Bartl, PD Dr. V. Heinemann **Ort:** Hörsaal III im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München **Zeit:** 13.30 Uhr bis ca. 18.30 Uhr **Auskunft:** PD Dr. V. Heinemann, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-1, Fax 0 89/7 00 44 18; Anmeldung nicht erforderlich

3. Dezember 1997 in Aschaffenburg

AIP

Onkologisches Seminar „Das Schilddrüsenkarzinom“ **Veranstalter:** Klinikum Aschaffenburg, II. Medizinische Klinik in Zusammenarbeit mit dem Onkologischen Arbeitskreis Aschaffenburg **Leitung:** Prof. Dr. W. Fischbach **Ort:** Hörsaal des Pathologischen Institutes am Klinikum, Am Hasenkopf 1, 63739 Aschaffenburg **Zeit:** 18 bis 21 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. W. Fischbach, Frau Rohleder, Anschrift s. o., Tel. 0 60 21/32-30 11, Fax 0 60 21/32-30 31

11. Dezember 1997 in Oberaudorf AIP

Interdisziplinäres Konsilium mit Fallbesprechungen **Veranstalter:** Onkologische Klinik Bad Trissl im Tumorzentrum München an den Medizinischen Fakultäten der LMU München und der TU München **Leitung:** Prof. Dr. Ch. Clemm, Prof. Dr. H. Ehrhart **Ort:** Konferenzraum in der Onkologischen Klinik Bad Trissl, Bad Trissl-Str. 73, 83080 Oberaudorf **Beginn:** 14 Uhr s. t. **Anmeldung:** Sekretariat der Onkologischen

Klinik, Anschrift s. o., Tel. 0 80 33/20 285; nach Anmeldung besteht die Möglichkeit der Vorstellung von Problempatienten teilnehmender Ärzte

Orthopädie

22./23. November 1997 in München

Orthopädische Schmerztherapie „Die Psychologie des Schmerzes“ **Veranstalter:** Gesundheitsforum Regensburg **Ort:** Olympiastützpunkt, Spiridon-Louis-Ring (Südseite des Olympiastadions), München **Zeit:** 22.11., 9 bis 19.30 Uhr; 23.11., 9 bis 15 Uhr **Teilnahmegebühr:** 250 DM **Anmeldung:** Gesundheitsforum Regensburg, Puricellstr. 34, 93049 Regensburg, Fax 09 41/2 92 13

30./31. Januar 1998 in München

Harlachinger Frühjahrssymposium „Hüfte-TEP Wechseleingriffe“ **Veranstalter:** Orthopädische Klinik Harlach **Leitung:** PD Dr. R. Wetzel **Ort:** City Hilton München, Rosenheimer Str. 15, München **Teilnahmegebühr:** 150/100/30 DM **Anmeldung:** Intercongress, Frau Schröder, Krautgartenstr. 30, 65205 Wiesbaden, Tel. 06 11/9 77 16 20, Fax 06 11/9 77 16 16

13./14. März 1998 in München

„Internationaler Kurs und Symposium zur Schulterendoprothetik“ **Veranstalter:** Orthopädische Klinik und Poliklinik der LMU München im Klinikum Großhadern **Leitung:** Prof. Dr. H. J. Refior, Dr. M. Pfahler **Ort:** Hörsaal V im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München **Beginn:** 13.3., 12.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. H. J. Refior, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-37 80, Fax 0 89/70 95-88 81

Pharmakologie und Toxikologie

November/Dezember 1997 in München

AIP

„Klinisch-Pharmakologische Kolloquien“ 17. 11.: Therapie des Diabetes mellitus Typ-I 1.12.: Pharmakotherapie bei Akne vulgaris 15.12.: Kritische Analyse der wissenschaftlichen Basis des sogenannten Placeboeffektes **Veranstalter:** Walther-Straub-Institut für Pharmakologie und Toxikologie der LMU München **Leitung:** PD Dr. K.-G. Eckert, PD Dr. E. Haen **Ort:** Hörsaal des Walther-Straub-Institutes, Nußbaumstr. 26 (Eingang Schillerstr.), 80336 München **Beginn:** 19 Uhr s. t. **Auskunft:** PD Dr. K.-G. Eckert, Anschrift s. o., Tel. 0 89/5 14 52-1, Fax 0 89/5 14 52-2 24 **Anmeldung:** nicht erforderlich

25. November 1997 in Regensburg

Klinisch-Pharmakologisches Kolloquium „Antiepileptika“ **Veranstalter:** Klinische Pharmakologie/Psychopharmakologie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Regensburg **Leitung:** PD Dr. E. Haen **Ort:** Weiterbildungsstätte für psychiatrische Krankenpflege, Bezirksklinikum Regensburg, Universitätsstr. 84 (Direktionsgebäude), 93053 Regensburg **Beginn:** 19 Uhr s. t. **Auskunft:** PD Dr. E. Haen, Bezirksklinikum, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 41-20 58, Fax 09 41/9 41-10 05, **Anmeldung:** nicht erforderlich

Plastische Chirurgie

6./7. Dezember 1997 in München

Symposium „New Developments in Face Lift and Eye Lid Surgery“ – Pro-Contra „Composite Rhytidectomy“ and Orbital Fat Preservation with Arcus Marginalis Release (with Live OP-Demonstration) **Veranstalter:** Abteilung für Plastische und Wiederherstellungschirurgie der TU München im Klinikum rechts der Isar **Leitung:** Prof. Dr. E. Biemer **Ort:** Hörsaal D im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. E. Biemer, Frau Maljarik, Anschrift s. o., Tel. 0 89/41 40-21 69 oder 21 71, Fax 0 89/41 40-48 69

Pneumologie

November 1997 bis Februar 1998 in München

„Interdisziplinäre Schlafmedizin“ 26.11.: Obstruktive Lungenerkrankungen/Obstruktive Schlafapnoe – Pathophysiologie, Differentialdiagnose 10.12.: HNO-ärztliche Aspekte in der Behandlung der obstruktiven Schlafatmungsstörungen 14.1.98: Was ist Vigilanz? – Problematik der Vigilanztestungen 28.1.: Störungen des Schlafes bei neurologischen Erkrankungen 11.2.: Schlaf im Kindesalter: Kindliche Schlafapnoe, Undine-Fluch-Syndrom **Veranstalter:** Medizinische Klinik, Klinikum Innenstadt der LMU München **Leitung:** PD Dr. R. M. Huber **Ort:** Hörsaal der Medizinischen Klinik, Ziemssenstr. 1, 80336 München **Beginn:** 18 Uhr c. t. **Auskunft:** Sekretariat Pneumologie, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-25 90 oder 21 11

**48. Nürnberger
Fortbildungskongreß
der Bayerischen
Landesärztekammer
vom 5. bis 7. Dezember 1997**

Psychiatrie

Wintersemester 1997/98 in München

„Mittwochskolloquien im Wintersemester“ 19.11.: Psychosomatik in der Ophthalmologie – 26.11.: Psychiatrische Aspekte der Chorea Huntington 3.12.: Klinische und molekulargenetische Analyse von Dystonien- und Parkinson-Syndromen 10.12.: Zwangssymptomatik in der Pubertät 17.12.: Neuropsychologie der Schizophrenie 14.1.98: Vom Darwinismus zur Euthanasie: Zur Pathogenese der Nazi-Psychiatrie 21.1.: Möglichkeiten und Grenzen alltagsnaher neuropsychologischer Rehabilitation 28.1.: Schmerz und Schmerzverarbeitung – DD neurogen/psychogen 4.2.: Spiegelbildliche Mitbewegungen – normal oder pathologisch? 11.2.: Psychische Folgen zerebralschädigender Stoffwechselerkrankungen 18.2.: Erfahrungen des psycho-onkologischen Konsildienstes – eine katamnestiche Studie **Veranstalter:** Psychiatrische Klinik und Poliklinik der TU München im Klinikum rechts der Isar **Leitung:** Prof. Dr. H. Förstl **Ort:** Konferenzraum der Psychiatrischen Klinik, Ismaninger Str. 22/IV, München **Beginn:** 15.30 Uhr **Auskunft:** Frau Dr. R. Zimmer, Möhlstr. 26, 81675 München, Tel. 0 89/41 40-42 65, Fax 0 89/41 40-49 23

21./22. November 1997 in Erlangen

Symposium „Psychiatrische Erkrankungen bei Frauen“ **Veranstalter:** Psychiatrische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. A. Barocka, Dr. M. Lanczik **Ort:** Hörsaal 1 im Kopfklinikum, Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen **Beginn:** 21.11., 14 Uhr, **Ende:** 22.11., 13 Uhr **Auskunft:** Psychiatrische Klinik, Anschrift s. o., Tel. 0 91 31/85-41 60, Fax 0 91 31/85-48 62

November/Dezember 1997 in Bayreuth

AiP

Fortbildungsprogramm Wintersemester 1997/98 „Depressive Störungen“ 26.11.: Suizidales Verhalten im Jugendalter 10.12.: Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Oberfranken **Veranstalter:** Nervenkrankenhaus Bayreuth **Leitung:** Prof. Dr. M. Wolfersdorf **Ort:** Alte Wäscherei im Nervenkrankenhaus, Nordring 2, 95445 Bayreuth **Zeit:** 17 Uhr s. t. bis 19 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. M. Wolfersdorf, Anschrift s. o., Tel. 09 21/2 83-3 01

29. November 1997 in München

AiP

14. Münchener Forum „Psychiatrie für die Praxis“. „Somatisierung – Angst – Depression“ **Veranstalter:** Psychiatrische Klinik

und Poliklinik der LMU München und Psychiatrische Klinik und Poliklinik der TU München **Leitung:** Prof. Dr. H.-J. Möller, Prof. Dr. H. Lauter **Ort:** Hörsaal 3 im Klinikum Großhadern, Marchioninistr. 15, München **Zeit:** 9 bis 13 Uhr **Anmeldung (erwünscht):** PD Dr. Dr. H. P. Kapfhammer, Nußbaumstr. 7, 80336 München, Tel. 0 89/51 60-33 54 oder 53 45

Psychiatrie und Psychotherapie

November/Dezember 1997 in Gabersee

18.11.: Führerschein und Epilepsie 2.12.: Depressionsstationen – aktuelle Konzepte, Erfahrungen und Probleme 16.12.: Amyotrophe Lateralsklerose und andere Vorderhornkrankungen – Differentialdiagnose und Therapie **Veranstalter:** Bezirkskrankenhaus Gabersee **Leitung:** Prof. Dr. G. Laux **Ort:** Hörsaal der Krankenpflegeschule, Bezirkskrankenhaus, 83512 Wasserburg/Inn **Beginn:** 18.11.: 18 Uhr; 2. und 16.12.: 17 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. G. Laux, Frau Riedl, Anschrift s. o., Tel. 0 80 71/71-00

November/Dezember 1997 in Taufkirchen/Vils

19.11.: Begutachtung der Fahrtauglichkeit bei psychiatrischen und neurologischen Erkrankungen 17.12.: Aktuelle Aspekte der Schmerztherapie **Veranstalter:** Bezirkskrankenhaus Taufkirchen/Vils **Leitung:** PD Dr. M. Dose **Ort:** Ärztebibliothek des BKH, Bräuhausstr. 5, 84416 Taufkirchen/Vils **Zeit:** 15 Uhr s. t. bis 16.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat PD Dr. M. Dose, Frau Lechner, Anschrift s. o., Tel. 0 80 84/9342 12; Anmeldung nicht erforderlich

Psychotherapeutische Medizin

Wintersemester 1997/98 in München

„Psychosomatisch - psychotherapeutische Kolloquien“ Thema: Sexualität – 26.11.: Spezifische Aspekte der Psychotherapie mit homosexuellen Männern 10.12.: Analytische Psychotherapie von Perversionen 21.1.98: Der Ödipus-Komplex: Einige interdisziplinäre Aspekte 11.2.: Diagnostik und Therapie sexueller Funktionsstörungen **Veranstalter:** Psychiatrische Klinik und Poliklinik der LMU München, Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik **Leitung:** Prof. Dr. M. Ermann **Ort:** Seminarraum der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik, im Haus der Zahnklinik, Goethestr. 70/II, München **Zeit:** 12 Uhr c. t. bis 13.45 Uhr **Auskunft:** Sekretariat der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik, Nußbaumstr. 7, 80336 München, Tel. 0 89/51 60-33 58

Sonographie

15. November 1997 in München

Ultraschall-Refresher-Kurs VI „Sonographie der Weichteile, des Knochens und der Gelenke inkl. Säuglingshüfte im Säuglings- und Kindesalter“ **Veranstalter:** Kinderklinik im Dr. von Haunerschen Kinderspital der LMU München, Röntgenabteilung **Leitung:** PD Dr. K. Schneider **Ort:** Hörsaal im Dr. von Haunerschen Kinderspital, Lindwurmstr. 4, 80337 München **Beginn:** 9 Uhr s. t. **Teilnahmegebühr:** 175/75 DM **Anmeldung:** Sekretariat PD Dr. K. Schneider, Frau Ernst, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-31 61, Fax 0 89/51 60-44 08

19./20. Dezember 1997 in Landshut

„Pädiatrische Echokardiographie“ Einführungskurs für Pädiater, Neonatologen, Kinderradiologen und Assistenten in Weiterbildung **Veranstalter:** Kinderklinik St. Marien Landshut **Leitung:** Dr. F. Bundscherer, Ravensburg; Prof. Dr. K.-H. Deeg, Bamberg; Dr. R. Herterich, Landshut **Ort:** Hörsaal der Kinderklinik St. Marien, Grillparzerstr. 9, 84036 Landshut **Beginn:** 19.12., 12 Uhr c. t.; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Dr. R. Herterich, Anschrift s. o., Tel. 08 71/8 52-2 21, Fax 08 71/2 12 30

Januar/Februar 1998 in München

„Echokardiographie“ – nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV 21. – 24. Januar: Grundkurs 11. – 14. Februar: Aufbaukurs **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Harlaching, III. Medizinische Abteilung **Leitung:** Dr. C. Kirscheneder, Dr. W. Scheinpflug, PD Dr. W. Zwehl, Dr. E. Reuschel-Janetschek **Ort:** Hörsaal des Krankenhauses für Naturheilweisen (Klinikgelände des Städt. Krankenhauses Harlaching), Sanatoriumsplatz 2, 81545 München; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung (erforderlich):** Sekretariat der III. Medizinischen Abteilung, Anschrift s. o., Tel. 0 89/62 10-273, Fax 0 89/64 27 25-16

Kurse 1998 in München

Abdominelle Ultraschalldiagnostik – nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV 23./24.1.98: Abschlußkurs 5.-8.3.: Aufbaukurs 23.-26.4.: Grundkurs 2.-5.7.: Aufbaukurs 26.-29.11.: Grundkurs **Veranstalter:** Kreiskrankenhaus München-Perlach, Medizinische Abteilung **Leitung:** Dr. M. Bergholtz **Ort:** KKH München-Perlach, Schmidbauerstr. 44, 81737 München **Teilnahmegebühr:** Grund- und Aufbaukurs jeweils 390 DM, Abschlußkurs 250 DM

Anmeldung: Dr. M. Bergholtz, Anschrift s. o., Tel. 0 89/6 78 02-2 44, Fax 0 89/6 70 97 41

Kurse 1998 in Freyung

Freyunger Ultraschallkurse des Haltungs- und Bewegungsapparates – nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV: 24./25.1.: Grundkurs inkl. Säuglingshüfte, 16./17.5.: Aufbaukurs, 14./15.11.: Abschlußkurs (inkl. Grundlagen der ultraschallgesteuerten extrakorporalen Stoßwellentherapie) **Veranstalter:** Klinik Bavaria, Orthopädische Abteilung **Leitung:** Dr. J. Hinzmann, Dr. T. Schricker **Ort:** Klinik Bavaria, Freyung **Anmeldung:** Sekretariat der Orthopädischen Abteilung I, Klinik Bavaria, Frau Kobler, Solla 19, 94078 Freyung, Tel. 0 85 51/99-37 11, Fax 0 85 51/99-37 19

31. Januar bis 1. Februar 1998 in München

Doppler- und Duplexsonographie der Halsgefäße (Arteria carotis und Arteria vertebralis) – Grund-, Aufbau- und Abschlußkurs nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV – Ultraschalldiagnostik in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (A- und B-Scan) – Grund-, Aufbau- und Abschlußkurs nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenkranke der LMU München im Klinikum Großhadern **Leitung:** Prof. Dr. K. Mees **Ort:** HNO-Klinik im Klinikum Großhadern, Marchioninistr. 15, 81377 München **Beginn:** 31.1., 8.30 Uhr, **Ende:** 1.2., 14 Uhr; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** HNO-Klinik im Klinikum Großhadern, Frau Herzog/Frau Asam, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-38 67 oder 38 73, Fax 0 89/70 95-88 25

6. bis 8. März 1998 in München

„Sonographie der Stütz- und Bewegungsorgane (inkl. Säuglingshüfte)“ – Grundkurs nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV; Sonographiekurse der Säuglingshüfte nach Vereinbarung **Veranstalter:** Münchner Arbeitsgruppe orthopädische Sonographie **Leitung:** Dr. N. Hien, Dr. W. Heltzel **Ort:** Forum-Westkreuz, München **Anmeldung:** Frau Völk, Tel. 0 89/8 34 40 25

Interdisziplinär

21./22. November 1997 in Volkach

Schulung zum Laserschutzbeauftragten **Veranstalter:** Akademie für medizinische Fortbildung Volkach **Leitung:** Dr. G. Klose **Ort:** Mainschleifenhalle, Volkach **Anmeldung:** Akademie für medizinische Fort-

bildung Volkach, Frau Kötigle, Schaubmühlstr. 4, 97332 Volkach, Tel. und Fax 0 93 81/7 11 19

22. November 1997 in Erlangen AIP

Symposium „Nieren-Pankreas-Transplantation“ **Veranstalter:** Augenklinik, Chirurgische Klinik, Kinderklinik, Medizinische Kliniken III und IV, Neurologische Klinik, Urologische Klinik mit Polikliniken **Ort:** Großer Hörsaal des Kopfklinikums, Schwabachanlage 6, Erlangen **Beginn:** 9 Uhr s. t. **Auskunft:** Universitätsklinikum Erlangen, Tel. 0 91 31/85-90 02, Fax 0 91 31/85 92 09 oder Transplantationszentrale am Klinikum Nürnberg Süd, Tel. 09 11/80 30 91, Fax 09 11/89 06 47

26. November 1997 in München AIP

„Sport als Möglichkeit der kardiovaskulären Prävention“ **Veranstalter:** Sanitätsakademie der Bundeswehr **Leitung:** Prof. Dr. G. Simon, OFA Dr. Hutsteiner, Warendorf **Ort:** Sanitätsakademie der Bundeswehr, Audimax im Hörsaalgebäude, Neuherbergstr. 11, 80937 München **Zeit:** 15 Uhr s. t. bis 17.30 Uhr **Auskunft:** Frau Dr. Ch. Strobl, SanAK, Anschrift s. o., Tel. 0 89/31 68-33 38, Fax 0 89/31 68-39 38; **Anmeldung nicht erforderlich**

28. November 1997 in Erlangen

Fortbildung Sexualmedizin **Leitung:** Prof. Dr. H. J. Vogt, Prof. Dr. G. Kockott, PD Dr.

T. Mösler, Dipl.-Psych. Dr. A. Rose, Dr. F. Conrad, Dr. G. Haselbacher, Prof. Dr. K. Loewit **Ort:** Psychiatrische Klinik Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage 6 und 10, Erlangen **Zeit:** jeweils Freitag 14 bis 20 Uhr und Samstag 9 bis 18 Uhr an 10 Wochenenden Ende voraus. September 1999 **Auskunft (schriftlich):** PD Dr. T. Mösler, Psychiatrische Universitätsklinik, Schwabachanlage 6 und 10, 91054 Erlangen, Tel. und Fax 09 11/59 95 36

29. November 1997 in Altrach-Mooshausen

Studententag „Töten oder Sterbenlassen?“ **Veranstalter:** Freundeskreis Mooshausen e. V. **Leitung:** Prof. Dr. M. Seitz, Prof. Dr. H.-B. Wuermeling **Ort:** Altes Pfarrhaus, Weiger-Guardini-Str. 9, Altrach-Mooshausen bei Memmingen **Zeit:** 10 bis 17 Uhr **Teilnahmegebühr:** 85/65/45 DM **Anmeldung (schriftlich):** Freundeskreis Mooshausen, Frau Wolf, Griesweg 5, 88319 Altrach, Tel. 0 75 65/63 75

12./13. Dezember 1997 in Bad Kissingen

Psychosomatische Grundversorgung (80 Stunden-Kursus, blockweise an fünf Wochenenden) **Veranstalter:** Rhön-Reha-Klinik **Leitung:** Dr. W. Franke, Dr. R. Doßmann **Ort:** Rhön-Reha-Klinik, Kurhausstr. 20, 97688 Bad Kissingen **Beginn:** 12./13. Dezember **Anmeldung:** Dr. W. Franke, Anschrift s. o., Tel. 09 71/85 21 61, Fax 09 71/9 98 85

Sammeleinkaufsaktion Sonografiegeräte

neueste Technologie, elektronische Convexsonden

TOSHIBA TOSBEE **Leasing mit Monat DM 528,- Anzahlung DM 8.000,-**

KRANZBÜHLER GE Ultraschall **sonofritz** **Leasing mit Monat DM 513,- Anzahlung DM 7.700,-**

KRANZBÜHLER GE Ultraschall **LOGIQ α 100** **Leasing mit Monat DM 289,- Anzahlung DM 4.370,-**

ALOKA **PLEXUS** **Leasing mit Monat DM 455,- Anzahlung DM 6.900,-**

TOSHIBA CAPASEE **Leasing mit Monat DM 417,- Anzahlung DM 6.300,-**

ALOKA **MICRUS** **Leasing mit Monat DM 322,- Anzahlung DM 4.885,-**

Alle Preisangaben netto zzgl. MwSt. incl. 1 Standardlande, Printer optional
 Vollamortisations-Leasing 34 Monate mit Anzahlung (s.o.) + 10% garantierter Restkaufwert bei Übernahme. Null Sicherheitsleistung. Befristung der Sammeleinkaufsaktion: 31.08.1997
 Diese und andere Geräte bzw. Fabrikate können Sie jederzeit nach Terminvereinbarung in einer der bundesweit 14 Schoflexen im Direktvergleich beurteilen.

Für Ihre FAX- & Rückantwort:

SCHMITT-HAVERKAMP
 Mitglied im SONORING DEUTSCHLAND
 Zentrale:
 82377 Penzberg bei München - Ruhe am Bach 5
 Tel (08856) 9277-0 • Fax (08856) 9277-77

Indikationen zur mikrobiologischen Untersuchung auf enterohämorrhagische *E. coli* (EHEC)

Das Bayerische Gesundheitsministerium weist auf zwei Merkblätter hin, die eine Arbeitsgruppe „VTEC/EHEC“ des Robert Koch-Instituts, des Bundesinstituts für gesundheitlichen Verbraucherschutz und Veterinärmedizin sowie der Fachgruppe „Gastrointestinale Infektionen“ der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie verfaßt hat. Danach sollte in folgenden Situationen die Untersuchung einer Stuhlprobe auf EHEC veranlaßt werden:

I. Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS) oder thrombotisch-thrombozytopenische Purpura (TTP)

II. Durchfällige Stühle und eine der folgenden Bedingungen:

- a) wegen Diarrhoe hospitalisierte Kinder bis zum sechsten Lebensjahr
- b) blutig-wässrige Stühle
- c) endoskopisch nachgewiesene hämorrhagische Colitis (HC)
- d) nekrotisierende Enterokolitis

III. Durchfall in der Anamnese (innerhalb der letzten Woche) und eine der folgenden Bedingungen:

- a) hämolytische Anämie
- b) akutes Nierenversagen

IV. Ausbrüche (zwei Personen und mehr):

- a) in Gemeinschaftseinrichtungen
- b) in Wohngemeinschaften

V. Kontaktpersonen von Personen mit nachgewiesener EHEC-Infektion oder HUS

Bei extraintestinalen Komplikationen (HUS, TTP u. a.) sollte zusätzlich eine Serumprobe auf Lipopolysaccharid-Antikörper gegen *E. coli* O 157 untersucht werden.

Weiter weist das Bayerische Gesundheitsministerium darauf hin, daß nach Empfehlung dieser Arbeitsgruppe bei Patienten, bei denen ohnehin eine Obduktion durchgeführt wird, bei Verdacht auf EHEC-Infektion oder mit HUS oder TTP eine Darmgewebeprobe zur Untersuchung auf das Vorliegen von EHEC-spezifischen Genen (Stx 1/2, eaeA) asserviert werden sollte.

Die weiteren Empfehlungen der Arbeitsgruppe zu den Vorgehensweisen beim Toxinnachweis und bei der Erregerisolierung können interessierte Ärzte von der Kammer unter Angabe des Stichwortes „EHEC“ erhalten. – Frau Seidl, Telefon (089) 4147-223, Telefax (089) 4147-750

Neues in der Hochdrucktherapie

Trotz der Vielzahl der auf dem Markt befindlichen Antihypertensiva läßt die Hochdrucktherapie immer noch zu wünschen übrig. Eine in Amerika durchgeführte Untersuchung an 1400 Arbeitnehmern wies bei 409 Personen Bluthochdruck nach. Von diesen 409 wußten 289 Personen, daß sie eine Hypertonie haben, aber nur die Hälfte von ihnen wurde antihypertensiv behandelt. Nur bei 12 % der Hypertoniker war der Blutdruck reguliert (< 140/90 mmHg). Untersuchungen über Langzeittherapie brachten ebenfalls enttäuschende Ergebnisse: Bei ACE-Hemmern haben nach einem Jahr nur 33 % die Therapie konsequent fortgeführt, bei Kalziumantagonisten waren es nur 29 %, bei Betablockern nur 17 % und bei Diuretika nur 5 %. Aus der Praxis ist bekannt, daß meist Verträglichkeitsgründe für den Abbruch bzw. für Medikamentenwechsel verantwortlich waren.

Diese Daten belegen eindrucksvoll, warum immer noch nach neuen Therapiestrategien gesucht wird. Eine wichtige Anforderung an die medikamentöse Therapie besteht darin, daß sie den Blutdruck möglichst auf ein

normotensives Niveau senkt, gut verträglich ist und auch eine Organprotektion bewirkt. Unter diesem Aspekt ist das neue therapeutische Prinzip des Angiotensin II-Rezeptor-Antagonismus eine günstige Option. Substanzen dieser Wirkklasse hemmen selektiv die Effekte von Angiotensin II am AT1-Rezeptor. Aus der Wirkklasse der Angiotensin II-Rezeptor-Antagonisten sind inzwischen drei Substanzen auf dem Markt. Jüngstes Kind unter den Sartanen ist Eprosartan. Aufgrund der relativ langen Halbwertszeit von fünf bis neun Stunden wirkt eine einmal tägliche Gabe über 24 Stunden. Der antihypertensive Effekt von Eprosartan ist dosisabhängig. Eprosartan ist stoffwechsellneutral: Es verändert den Kaliumstoffwechsel nicht, hat keinen Einfluß auf Harnsäure und glomeruläre Filtrationsrate und kann eine Proteinurie zurückführen. Auch die Insulinresistenz wird durch Eprosartan nicht gefördert. Der Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme spielt für die Bioverfügbarkeit keine Rolle.

Inzwischen sind mehr als 3000 Hypertoniker mit Eprosartan behandelt worden. Der Blutdruck sinkt dosisabhängig bis zur derzeit zugelassenen Maximaldosis von 800 mg. Durch die signifikante Senkung des diastolischen und zusätzlich des systolischen Blutdrucks bietet die Substanz insbesondere eine Risikominimierung bei Herzinsuffizienz, Schlaganfall usw.

Die Substanz wird besser vertragen als Plazebo und auch die Abbruchrate liegt unter dem Verum niedriger als unter Plazebo. Eine höhere Dosierung führt nicht zu mehr Nebenwirkungen. Der von vielen Patienten unter einem ACE-Hemmer beklagte Reizhusten ist unter Eprosartan weit seltener. Auch eine weitere Nebenwirkung der ACE-Hemmer – angioneurotische Probleme – sind unter Eprosartan bisher nicht aufgetreten. Durch die effektive antihypertensive Wirkung, die Protektion der Endorgane und die ausgesprochen gute Verträglichkeit dürfte sich durch Teveten® die Compliance der Hypertoniker erhöhen und insgesamt eine bessere Therapie der Hypertonie erreichen lassen. ks

Pressekonferenz „Teveten“, XIX. Congr. of the Europ. Soc. of Card., Stockholm, 26. August 1997

Die Vereinte auf der MEDICA

Über Kundennutzen und Kostensparnis durch aktives Schadenmanagement in der privaten Krankenversicherung wird Götz Reichart, Vorstandsmitglied der Vereinten Krankenversicherung AG, München, im Rahmen einer Vortragsreihe des Unternehmens während der MEDICA 97 am 21. November in Düsseldorf referieren.

Darüber hinaus skizziert am 22. November Dr. Frank Ulrich Montgomery, Vorsitzender des Marburger Bundes, „Die Zukunft der ärztlichen Weiterbildung“. Am 19. November spricht Peter Karle, Direktionsassistent der Vereinten in Berlin, über Erfahrungen „Als Arzt im Praktikum im Ausland“. Über „Ärztliche Tätigkeit und Haftung“ informiert am 20. November der Vorsitzende Richter am OLG München, Professor Dr. Gerhard H. Schlund.

Alle Vorträge beginnen jeweils um 11 Uhr und finden in Halle 6, Raum B, statt.

Verantwortungsvoller Umgang mit Schmerzmittel

Untersuchungen von Professor Hans-Christoph Diener und anderen Autoren zeigen, daß neben ergotaminhaltigen Kopfschmerzpräparaten auch eine ganze Anzahl weiterer Wirkstoffe den sogenannten „medikamenteninduzierten Kopfschmerz“ zusätzlich zur primär vorhandenen Kopfschmerzform hervorrufen. Die vorliegenden Daten zeigen, daß hierfür der übermäßige, nicht bestimmungsgemäße Gebrauch verantwortlich ist, unabhängig davon, ob Mono- oder Kombinationspräparate eingenommen wurden. Es wird geschätzt, daß eine Risikogruppe von ca. 0,5 bis 2 % der Spannungskopfschmerz- bzw. Migräne-Patienten bezogen auf die Gesamtbevölkerung betroffen ist. In speziellen Kopfschmerzkliniken machen diese Patienten allerdings zwischen 10 und 20 % aus. Aus diesem Grunde ist es wichtig, den verantwortungsvollen Umgang mit Schmerzmitteln zu fördern, den nicht bestimmungsgemäßen Gebrauch zu verhindern und betroffenen Patienten Hilfen anzubieten. Hierzu dienen in der Selbstmedikation u. a. Aus- und Fortbildungsprogramme für

Patienten und Apothekenpersonal, die die Botschaft vermitteln: „Kopfschmerzmedikamente, egal ob Mono- oder Kombinationspräparate, nicht länger als drei Tage hintereinander und nicht häufiger als an zehn Tagen pro Monat einnehmen!“ Gemeinsam mit der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) hat die Firma Thomae ab Mitte Oktober eine kostenfreie Telefonhotline eingerichtet, die die Patienten im verantwortungsvollen Umgang mit Kopfschmerzmitteln unterstützen und Hilfe bei Problemfällen anbieten soll. ks

Broschüre über Umweltmedizin

Die Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung Berlin haben im Oktober 1995 einen Arbeitskreis gegründet, um Qualitätsstandards für die umweltmedizinische Diagnostik zu entwickeln und den fachlichen Austausch der umweltmedizinisch tätigen Ärzte zu fördern. Jetzt wurde eine Broschüre vorgelegt, die sich mit der Vorortbegehung, dem Biomonitoring und Innenraummessungen beschäftigt.

Interessierte bayerische Ärzte können die Broschüre gegen Erstattung der Portokosten (3,- DM) direkt anfordern bei: KV Berlin, Abteilung Öffentlichkeitsarbeit/Kommunikation, Bismarckstraße 95/96, 10625 Berlin

Arzneimittel-Informationsdienst per Fax

Der AID-Fax-Informationsdienst der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) informiert zweimonatlich über neue Themen, die im Rahmen von Fax-polling bzw. Fax-on-demand unter den Rufnummern (02 21) 40 04-5 10 oder 5 11 abgerufen werden können. Der AID-Fax-Infoservice der AkdÄ steht rund um die Uhr zur Verfügung. Er ist kostenlos; der Anrufer zahlt lediglich die „normalen“ Telefongebühren.

Für Anregungen, Kritik oder Fragen zum Fax-Infoservice rufen Sie einfach an: (02 21) 40 04-5 19 bzw. 5 25 oder schreiben an: Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, Aachener Straße 233-237, 50931 Köln

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgegeben von der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns. Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Dr. med. Hans Hege. Schriftleitung: Dr. med. Hans Hege, Dr. med. Lothar Wittek, Dr. med. Enzo Amarotico, Wolfgang Ihrk, KVB-Hauptgeschäftsführer - verantwortlich für den redaktionellen Inhalt: Klaus Schmidt. Anschrift der BLÄK: Mühlbaustraße 16, 81677 München, Telefon (0 89) 41 47-1; der KVB: Arabellastraße 30, 81925 München, Telefon (0 89) 9 20 96-0.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

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

Anzeigenverwaltung: Kirchheim Verlag + Co. GmbH, Kaiserstraße 41, 55116 Mainz, Telefon (061 31) 960 70-34, Telefax (061 31) 960 70-80; Ruth Tänni (verantwortlich); Anzeigenleitung: Andreas Görner.

Druck: Zauner Druck und Verlags GmbH, Nikolaus-Otto-Straße 2, 85221 Dachau.

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

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

Für die Herstellung des „Bayerischen Ärzteblattes“ wird ein Recycling-Papier verwendet.

ISSN 0005-7126

Praxisräume für Fachärzte

in Ochsenfurt/Main, Landkreis Würzburg

in zentrumsnaher Lage errichten wir eine Gebäudeanlage mit Büro- und Praxisräumen. Baubeginn ist für Frühjahr 1998 vorgesehen. Niederlassungsmöglichkeit für HNO-, Kinderarzt, Urologe und sonstige Fachärzte. Ausbau und Größe der Praxen nach Ihren Wünschen und Erfordernissen. Die Praxisflächen werden zur Anmietung bzw. Erwerbung angeboten.

Nähere Informationen direkt vom Bauträger.

Mas-Wohnbau GmbH, Marktbreiter Straße 11,
97199 Ochsenfurt, Tel. 09331/5401, Fax 09331/2309

Geschäftsräume für Arztpraxis oder Labor

ca. 100 qm, evtl. mit Wohnung ca. 120 qm, in München-Ost, langfristig zu vermieten. - Chiffre BÄ 650

Stilvolle Arztpraxis

Nürnberg-Zentrum, Nähe Hauptmarkt, ca. 95 qm, 2 Sprechzimmer, 1 Wartezimmer, großer Empfang, Tee-Küche/Labor, Lift, für **Augen- bzw. Nervenarzt**. Kassenzulassung möglich. Ohne Ablösesumme. Tel. 0911/5430424 oder Chiffre BÄ 652

Praxisverkauf Allgemeinanzpraxis in Bamberg, gute Lage, (Sperr-Bezirk) mit Mietvertrag 1998 abzugeben. - Chiffre BÄ 651

Praxisräume für Facharztpraxis

in Günzburg, Marktplatz, absolute Bestlage, zu vermieten.

Die Räume sind modernst ausgestattet und sehr repräsentativ. Bis 200 qm (auch teilbar). Geeignet für Frauen-, Haut-, Kinder-, Nerven-, Orthopädie-, Radiologie-, Urologiefacharzt. Bisher Zahnarztpraxis.

Telefon 08221/3590, Fax 08221/35950

Gutgehende **Gynäkologen-Praxis in Nürnberg** mit großem ambulanten Operationsvolumen wegen Erreichens der Altersgrenze Anfang April 1998 zu guten Konditionen abzugeben. - Chiffre BÄ 648

Nachfolge für 1/3-Anteil an gutgehender, moderner **orthopädischen Gemeinschaftspraxis in München**. Hoher Privatanteil, eigene ambulante OP-Einrichtung für Ende 1998. Wir suchen teamfähige Persönlichkeit mit guten arthroskopischen OP-Kenntnissen sowie Zusatzbezeichnung Chirotherapie/Sonographie/Schmerztherapie. - Chiffre BÄ 649

Landshut - Wohngebiet

Räume gut geeignet für Arztpraxis, 1. und 2. OG jeweils 195 qm, auch getrennt vermietbar. Fahrstuhl, Parkmöglichkeiten, Bushaltestelle, gute Verkehrsanbindung, helle Räume, Apotheke gegenüber, kein Makler, frei ab sofort oder später. Tel. Auskünfte unter 0871/92572-0, Herr Prelsinger

Hinweis:

Herausgeber und Redaktion können keine Gewähr dafür übernehmen, daß die ausgeschriebenen Praxen im Sinne der Bedarfsplanung bedarfsgerecht sind. Interessenten werden gebeten, sich auf jeden Fall mit der zuständigen KVB-Bezirksstelle in Verbindung zu setzen.



Die Stadt Vohenstrauß, Landkreis Neustadt a.d. Waldnaab, sucht

einen **HNO-Arzt**,
einen **Orthopäden** und
einen **Hautarzt**.

Der aktuelle Bedarfsplan für die ärztliche Versorgung in Bayern läßt im Landkreis Neustadt e.d. Waldnaab die vorgenannten Neubesetzungen zu.

Die Stadt Vohenstrauß, Ferienort im Naturpark Nördlicher Oberpfälzer Wald, mit etwa 80 000 Gästeübernachtungen im gesamten Gemeindegebiet, hat derzeit rund 7800 Einwohner bei steigender Tendenz mit entsprechendem Einzugsgebiet aus den Umlandgemeinden von rund 30 000 Einwohnern. Vohenstrauß liegt an der B 14/E 50, der künftigen Autobahn BAB 6, etwa 20 Kilometer vor dem Grenzübergang Waldhaus zur Tschechischen Republik. Die B 22 führt in rund 5 Kilometer Entfernung in Nord-Südrichtung vorbei. Der Anschluß zur Autobahn BAB 93 (München/Berlin) ist knapp 15 Kilometer entfernt. Vohenstrauß ist Standort eines Kreiskrankenhauses sowie eines Altenheimes mit etwa über 100 Plätzen.

Nähere Auskünfte erteilt die **Stadt Vohenstrauß**, 1. Bürgermeister **Josef Zilbeuer**, Marktplatz 9, 92648 Vohenstrauß, Tel. 096 51/92 22 22, Fax 096 51/92 22 41, E-mail: stedt.vohenstrouss@new-wen.beynet.de

Prinz-Karl-Palais

Repräsentative Praxisräume

in einem Büro- und Geschäftshaus, **Augsburg, Schertlinstraße 25**, zu vermieten. 9000 qm Gesamtzuffläche, 170 Stellplätze, Zahnarzt vorhanden.

Kontaktaufnahme:

Tel. 0821/2 59 80-0, Fax 0821/2 59 80-20

Praxisräume in repräsentativem, fast ausschließl. von Ärzten belegtem Anwesen in München-Giesing

zu wirklich attraktiven Konditionen zu vermieten. Ab 1.1.1998 Aufteilung variabel von ca. 100-240 qm möglich, hochw. Ausstattung, auch geeignet für Praxisgemeinschaften. Ab 1.1.2001 stehen weitere Flächen zur Verfügung. Bevorzugt gesucht: Kinderarzt, Kardiologie, Lungenfacharzt, Rheumatologie, Phlebologie, Proktologie, Homöopath u.a.

Kontaktaufnahme unter Tel. 0 89/4 39 21 38

Doppelpraxis Internist / Prakt. Ärztin

langjährig geführt, ausbaufähig, in Toplage Münchens mit besten Verk.-verb., zum 1.4.98 abzugeben. 2 Zulassungen! - Chiffre BÄ 637

Internist sucht Praxis zur Übernahme bzw. Praxisräume in Ingolstadt. Chiffre BÄ 638

Praxisräume in Freising (München) zu vermieten:

bestehende Praxis in der **Stadtmitte Freising**, frei ab 1.1.98, Ortszulassung für Allgemeinarzt, ca. 227 qm Nfl., kostenlose Teil-Einrichtung, Lift, Apotheke im Haus, Miete: DM 3365,- + NK/Hz. + Kautions + Makler.

Thomes Schmitt Immobilien, Tel. 0 81 61/2 25 86, Fax 0 81 61/2 25 87

Dermatologe sucht privatärztliche Kooperation im Raum München oder Augsburg. Entweder freie Mitarbeit oder als Teilhaber gegen Kapitaleinsatz. - Chiffre BÄ 639

Büro- / Praxisräume in 83209 Prien a. Ch.

1a Lage, in einem Haus für Ärzte mit Apotheke
82 qm, 1. OG, Lift, Empfang + 3-4 Zimmer, 2 WCs, Teeküche, uvm.,
helle Räume, Parkett, provisionsfrei. Tel. 0 80 51/50 44

Räumlichkeiten in zentralster Lage in 63906 Erlenbach am Main,

Lkr. Miltenberg bei Aschaffenburg von privat zu vermieten.
Größe: 199 qm auf 2 Ebenen, z.Zt. Großraum, individuell gestaltbar. Kreis-
krankenhaus vor Ort.
Niederlassungsmöglichkeit besteht für folgende Fachrichtungen: **Augen-,
Nerven-, HNO-, Hautarzt, Urologen und Neurologen.** Tel. 0 93 72/48 02

Internistische Praxis,

hausärztlich geführt, München-Land, wegen Krankheit bald-
möglichst abzugeben. - Chiffre BÄ 630

Junger Allgemeinarzt mit Zusatzbez. Sportmedizin / NHV sucht

Einstieg in Gemeinschaftspraxis (Kassensitz wäre vorhanden) oder Praxis-
übernahme im Raum Landshut / Dingolfing / Moosburg. - Chiffre BÄ 634

Radiologie / Nuklearmedizin in Nordbayern

Große GP, zentrale Lage, umsatzstark, alteingeführt. - Chiffre BÄ 635

Angehende Nervenärztin, prakt. Ärztin PT, mit Praxiserfahrung

sucht Möglichkeit, in bestehende Praxis einzusteigen. Bevorzugt Raum
Mfr.-Ostbayern. - Chiffre BÄ 636

Kinderarztpraxis ab sofort abzugeben in München-Schwabing.

Tel. 0 89/36 73 76

Frauenarztpraxis,

ca. 140 qm, alteingeführt, - München-Zentrum - zum 1.4.1998 abzugeben.
Chiffre BÄ 643

Orthopäde sucht Niederlassungsmöglichkeit bzw. Job-Sharing.

Chiffre BÄ 644

Gynäkologische Belegarztpraxis in Schwaben/Kleinstadt

- mit oder ohne vorherige Kooperation - 1998 abzugeben. Günstige Bedin-
gungen. Erwünscht ist eine operativ und geburtshilflich versierte Kollegin /
Kollege. Anfragen unter Chiffre BÄ 645

Radiologe, Nuklearmediziner sucht MR Koopera-

tion mit orthopädischer Klinik oder orthopädischen Praxen im
Münchner Raum. Kassensitz vorhanden. - Chiffre BÄ 656

Augenarztpraxis

Jobsharing-Partner ab sofort gesucht !
Große Praxis im Nürnberger Raum mit
Orthoptik, KL-Anpassung und amb. OP.
Zuschriften erbeten unter Chiffre
BÄ 631

**FA Allg. tauscht KV-Sitz Berlin
gegen München,** ggf. Assoziation.
Tel. 0 30/7 93 55 38, Fax 79 70 01 08

Intern. Praxis München
mit Zulassung, attrakt. Innen-
stadtlage, aus Altersgründen ab-
zugeben. Fa. - Chiffre BÄ 632

Dermatologe in Obb. bletet Praxisgemeinschaft mit Homöopathie/
NHV (nur privatärztlich, da KV-Sperregebiet). - Chiffre BÄ 647

Praktischer Arzt sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine kleine
Praxis bzw. kassenärztliche Zulassung zur Übernahme im Planungsbereich
Augsburg-Stadt. - Chiffre BÄ 629

Prax.-Gem. v. FÄ für Psychoth. Medizin

in München gesucht, gerne auch Interdisziplinär. Tel. 0 17 12 42 42 40

Kinderarztpraxis - in München ab III/98 abzugeben.

Chiffre BÄ 580

Forchheim: 91301

3 x Praxisräume im Gesundheitszentrum ab 120-160 qm ab sofort oder später
zu vermieten. Frei für **HNO, Augenarzt** (Apotheke und versch. Arztpraxen
bereits vorhanden.) Tel. 0 91 91/8 99 33

Niederlassung/Übernahme

Sie suchen / wir haben
Praxen aller Fachrichtungen.
Geprüfte Niederlassungsorte.
Info durch Härtel-Beratung
Tel. 09 41/35288

Toplage Pullach, Nähe S 7, Praxisräume in einem

Haus für Ärzte, Ortszentrum, 92 qm, variable Raumaufteilung, sofort
frei. Preis VHB von Privat. Tel. 0 89/79 36 79 61

Orthopäde sucht Kooperation im Raum Schwaben/Allgäu.

Chiffre BÄ 655

**Zuschriften bei Chiffre-Anzeigen und Aufträge für Kleinanzeigen
senden Sie bitte an:**

Verlagsvertretung Edeltraud Eisenau
Postfach 1323 · 65303 Bad Schwalbach
Telefon (06124) 77972 · Telefax (06124) 77968

Das **KRANKENHAUS NEUWITTELSBACH**
 Fachklinik für Innere Medizin in München (160 Betten)
 sucht für die Röntgen- und Nuklearmedizin im Verbund mit
 unserer **Maria-Theresia-Klinik**, Fachklinik für Chirurgie
 eine/n

Radiologin / Radiologen

ggf. auf Teilzeitbasis.

Ihre Voraussetzungen: Konv. Röntgen, CT, Ultraschall
 mit Farbdoppler, Kenntnisse in
 Nuklearmedizin (Fachkunde).

Ihr Profil: Neben Ihren fachlichen Qualifi-
 kationen sollten Sie eigenver-
 antwortlich, flexibel und team-
 fähig sein.

Die Vergütung erfolgt nach AVR
 mit den im öffentlichen Dienst
 üblichen Zusatzleistungen. Eine
 Poolbeteiligung ist gegeben.

Ihre aussagekräftige Bewerbung senden Sie bitte an:

**Krankenhaus- und Altenheimdirektion der Kongregation
 der Barmh. Schwestern v. hl. Vinzenz von Paul
 Renatastraße 72, 80639 München**

Unternehmerische(r) Arzt/Ärztin

(Internist/-in oder erfahrender Facharzt/-ärztin für Allgemein-Medizin) mit starkem diabetologischem Interesse oder schon Diabetologe DDG als Stellvertreter des leitenden Arztes für **sofort gesucht**.

Arbeitsplatz: Hess. Diabetes-Klinik mit stat., teilstat. und ambul. Angeboten mit differenziertem Schulungsangebot, Fallpauschale Typ I, Fuß-Station und Fuß-Ambulanz mit überregionalem Zustrom. Spätere Assoziation, Teilhaberschaft bzw. Nachfolge möglich. Vertraulichkeit wird gewährleistet.

Anschreiben bzw. Anfragen: Dr. med. Bernd Kampmann, Postfach 1628, Terrassenstraße 8, 61216 Bad Nauheim, Tel. 0 60 32/7 06-0, Fax 0 60 32/7 19 68

Gynäkologe /-in, versierter Operateur, auch in der Mammachirurgie wird von einer kleinen zugelassenen Privatklinik i.R. Allgäu angestellt. Jahresgehalt DM 120000,-. Chiffre BÄ 640

HNO-Ärztin/-Arzt

für Teil-/Vollzeit, evtl. Job-Sharing in vielseitige HNO-Praxis im Großraum München gesucht. Tel. 0 89/41 90 23 61 (ab 21.00 Uhr)

Betriebs-/Arbeitsmediziner für Arbeits- und Gesundheitsschutz, Gesundheitsmanagement und Forschung in Betrieben gesucht.
 IFG GmbH, Plauener Str. 6, 92318 Neumarkt, Tel. 09181/23010, Fax 09181/230117

Allgemeinarzt in Krumbach/Schwaben sucht Dauerassistent.

Bewerbungen unter Chiffre BÄ 653

Städtisches Krankenhaus München-Harlaching

Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität



Wir sind ein Krankenhaus der Maximalversorgung im Süden von München. Zum Januar 1998 werden wir eine neue Belegabteilung der Fachrichtung Augen eröffnen.

Die Abteilung wird eine organisatorische Einheit mit einem stationären Bereich, Funktions- und Operationsräumen bilden. Neben den stationären Leistungen wird das ambulante Operieren einen Schwerpunkt der Versorgung bilden. Für den modern und großzügig ausgestatteten Bereich wollen wir ein engagiertes junges Team aufbauen. Wir suchen daher

Krankenschwestern / -pfleger

Wenn Sie examinierte/r Krankenschwester/-pfleger sind und folgende Voraussetzungen mitbringen:

- Motivation, neue Wege in der Gesundheitsversorgung mitzugehen,
- Interesse am Fachbereich Augen und
- Freude an vielseitigen Einsatzmöglichkeiten,

freuen wir uns auf Ihre Bewerbung.

Für den Einsatz im Augen-OP verfügen Sie idealerweise über Erfahrung in diesem Bereich.

Bei uns finden Sie:

- eine gezielte und umfassende Einarbeitung,
- ein kollegiales Arbeitsklima,
- Fort- und Weiterbildungsangebote,
- Möglichkeiten, eigenverantwortlich und kreativ tätig zu sein.

Die Vergütung richtet sich nach dem BAT-KR, zzgl. Münchenzulage und Wegegeld. Bei Bedarf können wir preisgünstige Wohnungen anbieten.

Für weitere Informationen steht Ihnen der zuständige Abteilungs-Pflegedienstleiter: **Herr W. Janz**, (Telefon: 0 89/6 21 06 58) zur Verfügung. Ihre schriftliche Bewerbung richten Sie bitte an die:

Pflegedirektion des Städtischen Krankenhauses München-Harlaching, Senatoriumsplatz 2, 81545 München

Augenärztin /-arzt gesucht oder Assistentin für Belegarztpraxis mit ambulanten Operationen. Laser, Orthoptik, Sono, auch halbtags. Tel. 081 51/1 22 37, Fax 081 51/1 22 73

Allgemeinarzt gesucht

(Gemeinde Deining, Oberpfalz/Bayern)

Gemeinde mit knapp 4000 Einwohnern, hat ideale Räumlichkeiten für eine Allgemeinarztpraxis im Ortskern (Neubau, Obergeschoß, ca. 130 qm) zu vermieten. Apotheke im gleichen Haus vorhanden. Wohnung im Haus möglich. Kein Sperrgebiet!

Anfragen unter: Gemeinde Deining, 1. Bürgermeister Alois Scherer, Tel. 0 91 84/83 00-0, Fax 0 91 84/83 00-99

Dauerassistent für mind. 1-2 Jahre in Allgemeinpraxis (Landpraxis nördl. Oberpfalz) baldmöglichst gesucht. - Chiffre BÄ 625

Gut eingeführte **Allgemeinpraxis** (Land) in Mfr. sucht Kollegin zur Mitarbeit / Vertretung. Chiffre BÄ 628

WB-Ass. für 1 Jahr in fachübergreif. Praxis mit Belegbetten im bayer. Alpenland gesucht. Chiffre 633

Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin in Obbay. sucht **Weiterbildungsassistent/-in** ab ca. 2/1998 bis zu 18 Monaten. - Chiffre BÄ 624

Augenarztpraxis

Dauer-Assistent für ab sofort gesucht!
 Praxis im Nürnberger Raum mit Orthoptik, KL-Anpassung und amb. OP.
 Zuschriften erbeten unter Chiffre BÄ 641

STELLENGESUCHE

Arzt mit Familie sucht dringend **Dauerassistentenstelle** in orthop. Praxis, Praxis für Allgemeinmed., auch wissenschaftl. Mitarbeiter für klin. Studienphase 1-4. - Chiffre BÄ 627

Fachärztin für Anästhesie, prom., sucht Möglichkeit des Wiedereinstiegs, südlich von München. - Chiffre BÄ 628

WB-Assistentenstelle Allgemeinmedizin von praktischer Ärztin (32 Jahre, 1 1/2 Jahre Chirurgie, 1 1/2 Jahre Innere Medizin, 1/2 Jahr Praxis) gesucht ab Herbst 97 im Großraum München. Tel./Fax 0 89/3 59 97 78

Suche **WB-Stelle Allgemeinmedizin** ab 1.3.1998 für 6 Monate, München-West und Umgebung. Tel. 0 81 41/2 92 65

Allgemeinarzt und Internist sucht Mitarbeit in Praxis. Bevorzugt Nürnberg, Regensburg, Niederbayern bis Passau. - Chiffre BÄ 642

WB-Assistentenstelle, Allgemeinmedizin

In Praxis im Raum Würzburg ab sofort von Ärztin, 30 J., gesucht. 2 1/2 J. Klinik-Erf. in GB, incl. Innere mit Intensiv und Geriatrie, Allgem. Chirurgie, Notfallmed., Infektionskrankheiten und Psychiatrie-Grundkurs, Sono und NHV. Dissert. Psychiatrie. WB-Befugnis NHV erwünscht. Zuschriften erbeten unter Chiffre BÄ 646 oder Tel. 0931/661586

Junger, finanziell unabhängiger Kollege sucht **Weiterbildungsstelle für Allgemeinmedizin** im Raum Würzburg in der Zeit vom 1.4.98 bis 30.9.98. Tel. 030/45606926 oder 06151/375385

HNO-Arzt, 43 J., vertretungserfahren im konservativen wie operativen Bereich bietet im Umkreis von etwa 50 km um Fürstenfeldbruck Entlastung nachmittags oder Urlaubsvertretung halbtags nachmittags an. Tel./Fax 0 81 41/62 05 86 oder Fax 0 23 03/98 33 41

Raum Passau: **Engagierte Allgemeinärztin**, NHV, Akupunktur sucht Praxismitarbeit, 25-30 Stunden/Woche ggf. Assoziation. - Chiffre BÄ 654

VERSCHIEDENES

Wir suchen einen gebrauchten, gut erhaltenen **Wärmeschrank** für Fango. Tel. 0 82 47/30 20

Nach PGM-Auflösung **Anmeldung zu verkaufen**. 3,5 Jahre alt, 1,5 x 1,5 m, unbeschädigt, Preisvorstellung DM 8000,-, Standpunkt: Mü-Großhadern. Tel. 0 89/70 67 25, Fax 0 89/7 00 51 57

Praxissoftware DAVID (ev. Datavital), 2-Platz-System mit gebrauchter Hardware (3 Jahre) sehr preisgünstig abzugeben. (VB). Tel. 0 89/43 36 77

Neueröffnung Psychotherapeutische Praxis Garmisch-Partenkirchen

Dr. med. Ulrike Wichtmann

Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin / Psychoanalyse
Ludwigstraße 90, im Hochland-Haus
privat und alle Kassen
Sprechstunden nach Vereinbarung.

Tel. und Fax: 0 88 21/94 96 38 oder Tel. 0 88 24/9 30 48

Promotion

zum Dr. med., nebenberuflich an dt. staatl. Uni in ca. 1 Jahr. Lege Artis
Tel. 0 17 13 - 32 88 48

**Zuschriften bei Chiffre-Anzeigen und Aufträge für
Kleinanzeigen senden Sie bitte an:**

**Verlagsvertretung Edeltraud Eisenau
Postfach 1323 · 65303 Bad Schwalbach
Telefon (061 24) 77972 · Telefax (061 24) 77968**

Akupunkturkurse der DGfAN am Wochenende mit Prüfung im 10. Kurs und Zertifikat in Bad Griesbach im Jahr 1998/99.

Leitung: Dr. med. O. Perschke, Dr. med. R. Müller

Termine 1998: 17./18.01.98 20./21.06.98
07./08.03.98 18./19.07.98
18./19.04.98 19./20.09.98
16./17.05.98 21./22.11.98

Veranstaltungsort: Klinikum Passauer Wolf, Bad Griesbach

Kursgebühr: DM 350,-, Mitglieder der DGfAN DM 250,-

Auskünfte und Anmeldung: Orthopädisches Sekretariat (Fr. Kalhamer) im Klinikum Passauer Wolf II, Bürgermeister-Hartl-Platz 1, 94086 Bad Griesbach, Tel. 08532/27-4501, Fax 08532/27-4506

Psychotherapie-Wochenendseminare

Nürnberg (Nähe Hauptbahnhof)

- Psychosomat. Grundversorgung
- Balintgruppen für alle Weiterbildungsgänge

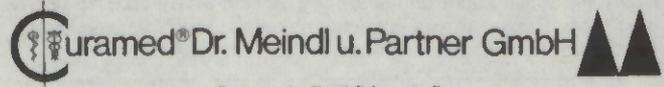
Ulrich Starke, Facharzt f. Psychoth. Medizin, Wespennest 9, 90403 Nürnberg, Fax: 09 11/22 55 73. Zur Weiterbildung ermächtigt durch die LÄK

Würzburg / Chiemsee Wochenendseminare und Workshops

Selbsterfahrungsgruppe-Hypnose-AT-Balint-Supervision-Gruppenpsychotherapie-psycho-somatische Grundversorgung

Anrechenbar für: FA., PT., PA für KI., Jgl. u. Erw. Anerkannt von BLÄK

Auskunft: Dr. R. Dill, Psychotherapie-Psychoanalyse, Am Hölzlein 80, 97076 Würzburg, Tel. 09 31/27 82 26, Fax 27 58 12



Curamed - Fortbildungsreihe

PRAXISABGABE / KOOPERATION

2. NOG

Chancen des 2. NOG bei Kooperation und Praxisübergabe

Nürnberg 26.11.1997

ERFOLGREICH NIEDERLASSEN

Seminar für ärztliche Existenzgründung Chancen des 2. NOG bei Kooperation und Praxisübernahme

Nürnberg 02.12.1997

Anmeldung und Information :

Curamed Dr. Meindl u. Partner GmbH, Beratungsteam Schlierf, Schubert & Popp, Löwenberger Str. 50, 90475 Nürnberg, Tel. 09 11/99 84 3-33 (30), Fax 09 11/99 84 2-10

AKADEMIE FÜR NEURALTHERAPIE / DIAGNOSTISCH-THERAPEUTISCHE-LOKALANÄSTHESIE E.V.

Kurse finden statt in:

ERLANGEN: Kurs A 17./18.01.1998, Kurs B 14./15.02.1998, Kurs C 14./15.03.1998

MÜNCHEN: Kurs A 31.01./01.02.1998, Kurs B 28.02./01.03.1998, Kurs C 25./26.04.1998

Weitere Kurse in: Aachen, Bremen, Hannover, Kiel, Mainz und Speyer.

Informationen und Anmeldung: Sekretariat AKADEMIE FÜR NEURALTHERAPIE E.V., Frau Horch, Postfach 2245, 67332 Speyer, Tel. 0 62 32/7 77 20, Telefax 0 62 32/62 00 50, Mo-Fr 8.30-11.30 Uhr.

NLP-Kurzzeittherapie-Ausbildung für Ärzte (20 Tage)

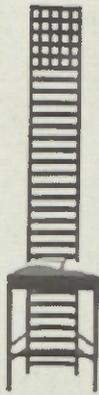
Weitere Kurse: Streßmanagement, Kinesiologie, Kreativität.

Dr. Elmar Hatzelmann. Tel. 0 89/89 34 00 50, Fax 0 89/89 34 00 40

**Zuschriften bei Chiffre-Anzeigen
und Aufträge
für Kleinanzeigen senden Sie bitte an:**

**Verlagsvertretung Edeltraud Elsenau
Postfach 1323 · 65303 Bad Schwalbach
Telefon (061 24) 7 79 72 · Telefax (061 24) 7 79 68**

praxis...wohnen...exclusiv



PRAXISPLANUNG
UND MÖBEL
INTERNATIONALE
WOHNKOLLEKTIONEN
ZU GÜNSTIGEN PREISEN

plan-med
&
design

82275 EMMERING
AUMÜHLE 3
TEL. 0172 5439903
FAX: 0531-400093

MEDIC-Sonderaktion

Gebrauchte Vaginal- und Abdomen-Sono-Geräte in einwandfreiem Zustand, incl. Mits.-Printer, Gerätewagen, Patientenmonitor, mit Garantie und KV-Zulassung.
>> Solange unser Bestand reicht << **DM 9.900.- + MwSt.**

Des weiteren können wir Ihnen neue Sono-, CTG- und EKG-Geräte sowie PC-Archivierungssysteme zu günstigen Konditionen anbieten.



W. Goebel,
Medizintechnik,
Kempten/Allgäu
Tel.: (0831) 91847
Fax: (0831) 91099

Bitte fordern Sie unser kostenloses Informations-Material an, besuchen Sie unsere Ausstellung!

Begleite Ärzte ins Internet I

Ich berate Sie
☑ In Fragen rund ums Internet und zur Änderung der Berufsordnung
Ich erstelle Ihre Homepage
☑ komplette Abwicklung aus einer Hand
Fordern Sie die Schnupperangebote zum Festpreis oder ein individuelles Angebot für Ihre Internetpräsenz an bei:
☑ medi-dato edv-dienstleistungen, Marietta Ranzenberger
Augsburger Str. 41, 86343 Königsbrunn ☎ 08231/3 11 41, ☎ 08231/3 11 51
Beratung, Konzeption, Realisation und Schulung für Internet und Netzwerke.

ARZTPRAXEN · APOTHEKEN GESTALTEN
LABORS · BÜROS · HOTELS PLANEN
BANKEN · WOHNEN · KÜCHEN HERSTELLEN

Raum schaffen



protze
SCHREINEREI

WEITERE INFOS:
FRANKENSTRASSE 4
91088 BUBENREUTH
TELEFON (01301) 13 47 96
TELEFAX (09131) 2076 31

KOMPETENZ

in
SCHIFFSBETEILIGUNGEN

Renditeobjekte mit Steuer-
vorteil; ca. 8-14% p.J. nach
Steuern, kurze Kapitalbin-
dung, begrenzte Laufzeit.

Invest-Konzept Roth
Dipl.-Kfm., Finanzberater
Tel. 0 91 23/8 57 26

Wissenschaftliche Arbeiten

Experten bieten u.a. Statistische Auswertung, Ergebnisdokumentation
Grafische Darstellungen u.s.w.
Dr. med. Hartmut Buhck, Dipl. Betriebsw. Dietmar Schöps,
Bitte vereinbaren Sie einen unverbindlichen Gesprächstermin mit Herrn Schöps
im Großraum München, Nürnberg, Stuttgart. Büro Schöps, Fette Henn 41,
47839 Krefeld, Tel. 0 21 51/73 12 14 Internet: <http://www.buhck.com>

Warum ein neues Sono-Gerät?

Sorgfältig geprüfte preiswerte Ultraschall-Gebrauchtgeräte, technisch und optisch einwandfrei, mit KV-Zulassung und Videoprinter, erfüllen die gleichen diagnostischen Anforderungen.

Ultraschalldiagnostik SDNIMED
Henning L. Spölgan, berat. Ing. für Ultraschalldiagnostik
Kehlweg 14, 83026 Rosenheim
Tel. (08031) 67582, Telefax (08031) 67583

Gebrauchtes Ultraschallgerät zu verkaufen.
Firma SMT, Tel. 0 81 91/94 68-0

Markenfabrikate zu Dauer-Niedrigpreisen
Gratis-Preisliste anfordern,
Charlottenstraße 32
88212 Ravensburg
Telefon 0751/241 14
Telefax 0751/31261
Ravensburger Foto-Video-Versand

Billardtische Info von:
BILLARD
Henzgen
Postf. 62
88264 Vogt • ☎ 0 75 29/15 12 • Fax 34 92

Wolf Kaltlichtcystoskop (nicht gebraucht) günstig abzugeben. Tel. 08161/7242 oder 08161/64282

Zur Praxisgründung

Suche gebrauchte Praxiseinrichtungsgegenstände (Patientenliege, Sessel etc.) und med. Geräte. Tel./Fax 00 43/62 1770 41

Zuschriften bei Chiffre-Anzeigen und Aufträge für Kleinanzeigen senden Sie bitte an:

Verlagsvertretung Edeltraud Eisenau
Postfach 1323 · 65303 Bad Schwalbach
Telefon (061 24) 77972 · Telefax (061 24) 77968

Die BG-GOÄ 1997

Damit können Sie rechnen:

■ Seit 1997 gibt es eine separate Gebührenordnung zur ausschließlichen Abrechnung mit den Berufsgenossenschaften.

■ Erstmals erscheint die BG-GOÄ in einem separaten Band.

■ Stand: 1. Januar 1997

■ Preis: DM 28,- + Versandkosten

■ Mit der BG-GOÄ aus dem Zauner Verlag behandeln Sie Ihre Abrechnung so sorgfältig wie Ihre Patienten!

■ Reservieren Sie Ihre BG-GOÄ noch heute:



Per Post

Zauner Druck- und Verlags GmbH
Nikolaus-Otto-Str. 2 · 85221 Dachau
Postfach 1980 · 85209 Dachau



**Per Fax oder
Telefon**

Fax: 0 81 31/2 56 48
Tel.: 0 81 31/18 59