

Bayerisches Ärzteblatt

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

12

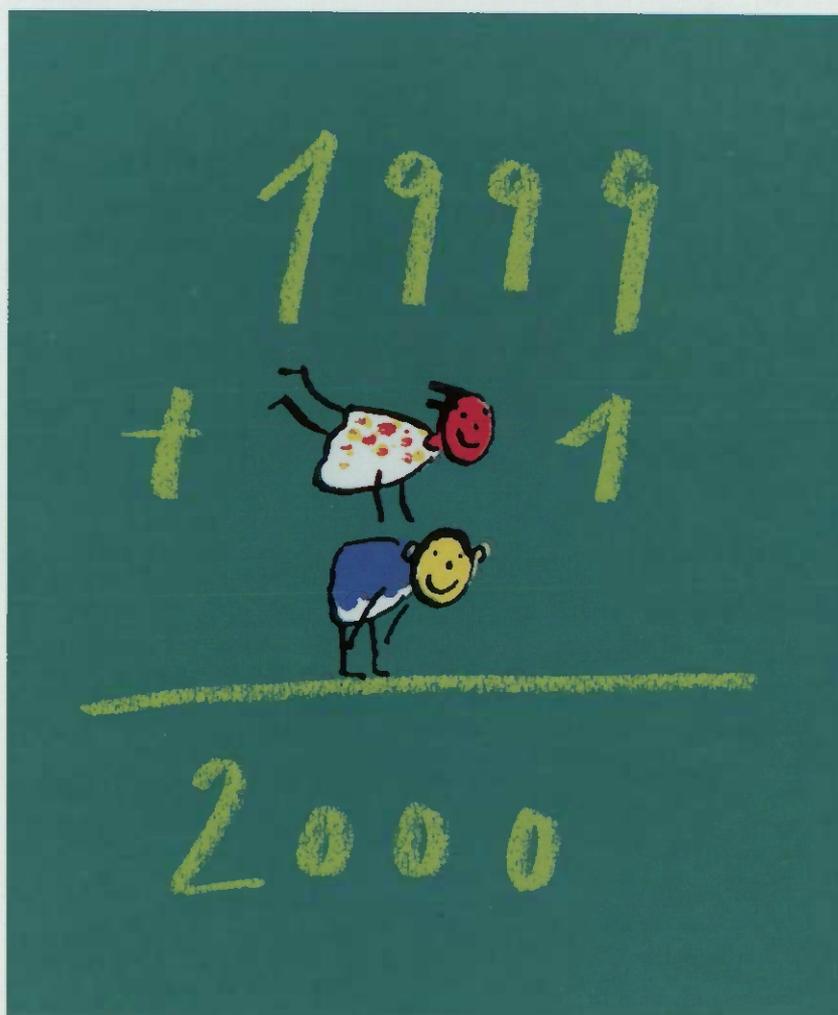
Editorial: Zum
Jahreswechsel

Gastkommentar:
Horst Seehofer, MdB

„Blickpunkt
IT-Kooperation“

Serie: Ärzte und
ihre Realitäten

Bayerische
Ärzteversorgung



Evidenzbasierte Medizin



54. Jahrgang/Dezember 1999

Mittelteil:
Arbeitstagung
52. Bayerischer Ärztetag

Weihnachtsaufruf

Das nahende Weihnachtsfest ist auch in diesem Jahr wieder Anlaß für den Hilfsfonds der Bayerischen Landesärztekammer, die Kolleginnen und Kollegen aufzurufen, mit einer Geldspende den Ärmsten unter uns zu helfen. Es sind überwiegend Ärzte oder deren Witwen, die nach dem Krieg ohne Absicherung für das Alter waren und die deshalb auch nicht mehr in die Bayerische Ärzteversorgung aufgenommen werden konnten.

Mit einer kleinen Spende können Sie diesen Mitgliedern unserer bayerischen „Ärztefamilie“ eine große Freude machen. Mancher kann sich durch die Unterstützung des Hilfsfonds einen lang gehegten Wunsch erfüllen, für den das eigene Einkommen nicht reicht, oder sich einfach notwendige Dinge kaufen, für die er sonst kein Geld hat.

Wir hoffen auf Ihr Verständnis und bitten Sie, Ihre Spende auf das

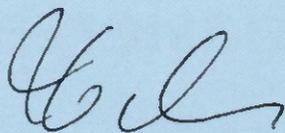
Konto der Bayerischen Landesärztekammer bei der Deutschen Apotheker- und Ärztebank München Nr. 0 101 298 208 (BLZ 700 906 06)

Verwendungszweck: Weihnachtsspende

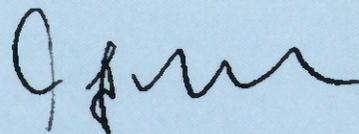
zu überweisen. Sie werden dann von uns eine Spendenquittung zur Vorlage beim Finanzamt erhalten.

Mit den besten kollegialen Wünschen und Grüßen
zum bevorstehenden Weihnachtsfest 1999

Ihre



Dr. H. Hellmut Koch
Präsident
der Bayerischen
Landesärztekammer



Dr. Eduard Gilliar
Vorsitzender des
Hilfsausschusses
der Bayerischen
Landesärztekammer

Zum Jahreswechsel

Liebe Leserin, lieber Leser,

wieder liegt ein ereignisreiches Jahr hinter uns: Das erste Jahr der neuen Regierung in Bonn/Berlin, der Startschuß – mit dem Umzug der Bundesregierung – zur „Berliner Republik“, zehn Jahre Mauerfall, die Bundespräsidentenwahl sowie die Ärztepräsidenten-Wahlen bei der Bundesärztekammer und bei uns in der Bayerischen Landesärztekammer.

Die Sozial- und Gesundheitspolitik beschäftigte im vergangenen Jahr die gesamte Nation und natürlich uns – als maßgeblich Beteiligte dieses Systems – in besonderem Maße. Denn das Reformkonzept der rot-grünen Koalition versuchte zunächst mit seinem Vorschaltgesetz, dem Solidaritätsstärkungsgesetz, und bald darauf mit dem Gesetzentwurf zum „Strukturgesetz für die gesetzliche Krankenversicherung im Jahr 2000“ gleich zu Beginn ihrer Amtsperiode all das zu realisieren, was sich zahlreiche Macher der Gesundheitspolitik in den vergangenen Jahrzehnten vorgenommen hatten, und an dem etliche von ihnen scheiterten – eine grundlegende Strukturreform des Gesundheitswesens. Eine Strukturreform, deren Fundament die Orientierung am Grundsatz der Beitragssatzstabilität, die sich wie ein roter Faden durch die praktizierte Gesundheitspolitik zieht, darstellt.

Die „K-Gesetze“, von 1977 bis in die frühen 80er, bedienten sich zweier auch heute noch gern genutzter Instrumente: dem „Rasenmäherprinzip“ und der „Verschiebebahnhoftolitik“. Nach dem „Rasenmäherprinzip“ wurden die GKV-Ausgaben in allen Bereichen gleichmäßig in ihren Zuwächsen beschränkt, wobei die Einnahmeentwicklung der Krankenkassen die Richtschnur war. Die „Verschiebebahnhoftolitik“ stopfte Löcher in den Kassen der Renten- oder Arbeitslosenversicherung auf Kosten der GKV, um den dafür im Obligo stehenden Bundeshaushalt zu entlasten. 1977 kürzte die so-



Dr. H. Hellmut Koch



Dr. Lothar Wittek



Dr. Maria E. Fick



Dr. Klaus Ottmann

zialliberale Koalition zum Beispiel den GKV-Beitrag der Rentenversicherung von kostendeckenden 17 % auf 11,8 %. CDU-Sozialminister Norbert Blüm senkte nach demselben Muster den GKV-Beitrag der Arbeitslosenversicherung um 20 %. Diesen Trick wollte schließlich sein Amtsnachfolger Walter Riestler im Zusammenhang mit den Sparvorgaben seines Finanzministers auch für die GKV ausbauen, scheiterte damit aber. Blüms Gesundheits-Reformgesetz (GRG) von 1988/89 führte zwar die Arzneimittel-Festbeträge ein, beschränkte sich aber ansonsten auf eine Verfeinerung der „K-Gesetze“: Eigenbeteiligung der Patienten durch erhöhte Zuzahlungen und Leistungskürzungen, Drehen an der Preisschraube und Verschärfung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Von einer Strukturreform konnte keine Rede sein.

Das am 1. Januar 1993 in Kraft getretene Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) war das Gemeinschaftswerk von Bundesregierung und Opposition in dieser Hinsicht eine Ausnahme. Es stellte mit einer GKV-Organisationsreform (freie Kassenwahl und Risikostukturausgleich) die Weichen in Richtung Wettbewerb und verdiente sich schon dadurch den Namen „Strukturreform“. Die Versorgungsstrukturen selbst und deren Finanzierung wurden nicht substantiell verändert. Insbesondere die Reform der Krankenhausfinanzierung blieb in den Anfängen stecken. Mit seinen beiden GKV-Neuordnungsgesetzen von 1997 (1. und 2. NOG) vollzog der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer eine politische Kehrtwende. Ging es bis dahin zumindest verbal immer um die Nutzung von Rationalisierungspotentialen im Gesundheitswesen, hieß es nun „die Spazitronne sei ausgequetscht“, und es müsse mehr Geld ins System.

Die neue Bundesregierung plante nun die Einführung eines Globalbudgets, die monistische Krankenhausfinanzierung, die Stärkung der Hausärzte, die Förderung von Selbsthilfegruppen und Patientenberatungsstellen

sowie von neuen Versorgungsformen, die Einführung einer Positivliste sowie eine systematische Qualitätssicherung.

Auf diesen Entwurf hat die übergroße Mehrheit der deutschen Ärztinnen und Ärzte mit Empörung und Enttäuschung reagiert. Die beiden Kernpunkte der Kritik – Globalbudget und überbordender Bürokratismus – haben Ärztinnen und Ärzte vor allem in der zweiten Jahreshälfte in unzähligen Gesprächsrunden, Debatten und Protestmärschen vorgebracht. Gesprächs- oder gar Kompromißbereitschaft gegenüber den Standesorganisationen der Ärzte hat die Bundesregierung nicht gezeigt, dafür jedoch reihenweise handwerkliche Fehler, „Zick-Zack-Strategie“ und Widersprüche.

Herausgekommen dabei ist vielmehr ein Gesetzentwurf, der, sollte er tatsächlich zum 1. Januar so in Kraft treten, unserem Gesundheitswesen ab dem Jahr 2000 Rationierung, Leistungseinschränkungen und Zuteilungsmedizin, Überwachungsmechanismen sowie Planwirtschaft und Arbeitsplatzabbau beschern wird. Wenn er denn kommt. Denn derzeit, zur Drucklegung dieses Heftes, sieht es ganz danach aus, als ob sich die Koalition daranmacht, Teile der Gesundheitsreform auszugliedern und als zustimmungsfreie Gesetze am Bundesrat vorbeizuschleusen. Das „Reformenwerk 2000“ wäre somit gescheitert und zumindest „Auffanggesetze“ müssten geschaffen werden.

Die nächste Runde im Ring „Gesundheitspolitik“ wäre damit eingeläutet. Ein neues Jahr, in dem es zu einer wirklichen Diskussion um eine Gesundheitsreform und zu einem ehrlichen Ringen um das „Wie in der Sozialpolitik“ kommt, könnte beginnen.

Bis dahin wünschen wir Ihnen ein paar stille Tage, ein frohes Weihnachtsfest und ein erfolgreiches, gesundes und glückliches Jahr 2000!

MITTELTEIL:	
52. Bayerischer Ärztetag – Arbeitstagung	(1 mit 32)
EDITORIAL	
Koch/Wittek/Fick/Ottmann: Zum Jahreswechsel	637
TITELTHEMA	
Eitel: Evidenzbasierte Medizin	639
GLOSSE	
Health Chaos Band	645
SICHERER VERORDNEN – 11. FOLGE	
646	
GASTKOMMENTAR	
Seehofer: Eine soziale Krankenversicherung mit weniger staatlicher Reglementierung und mehr Eigenverantwortung für alle Beteiligten	647
KVB AKTUELL	
Roth: Bündnis für Gesundheit Bayern	648
BLÄK/KVB: Neue Aktion „Rezepthülle“	649
Die Freiheit des Arztes ist auch die Freiheit des Patienten – Leitantrag des Vorstandes	649
Ulrich: Gesundheit für alle – der Weg der gesetzlichen Krankenversicherung ins nächste Jahrtausend	650
Laschet: „Blickpunkt IT-Kooperation“	652
KVB AMTLICHES	
Richtlinien des Vorstandes der KVB zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte – Änderung der Bereitschaftsdienstordnung (BDO-KVB)	654
ARZT UND WIRTSCHAFT	656
ÄRZTE UND IHRE REALITÄTEN	
Nedbal: Alltag in der Altöttinger Chirurgie	657
BAYERISCHE ÄRZTEVERSORGUNG	
Dehler: Das Befreiungsrecht auf Dauer sichern	660
LEXIKON	
Bayerische Ärzteversorgung	664
RECHTSFRAGEN	
Kalb: „Arzt und Öffentlichkeit“	665
BLÄK AMTLICHES	
Vollzug des Berufsbildungsgesetzes (Änderung der „Prüfungsordnung für Arztfachhelferinnen/Arztfachhelfer“ – Änderung der „Richtlinien für die Fortbildung zur Arztfachhelferin/zum Arztfachhelfer“)	667
Fortbildungscurriculum „gastroenterologische Endoskopie“ für Arzthelferinnen	668
BLÄK INFORMIERT	
Weihnachtsaufruf für den Hilfsfonds der BLÄK	2. Umschlagseite
Qualitätssicherung Schlaganfallpatienten	671
KONGRESSE	
Kurse zum Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“	672
Fortbildungsveranstaltungen	673
Suchtmedizinische Grundversorgung	681
Fortbildung für Fachkräfte in Arztpraxen	682
Kurskonzept „Leitender Notarzt“	683
BÜCHERSCHAU	683
PERSONALIA	684
SCHNELL INFORMIERT	
Arzthelferinnen (Ausbildung der Ausbilder – Termine 2000)	685

„Bayerisches Ärzteblatt“

Inhaber und Verleger: Bayerische Landesärztekammer (Körperschaft des öffentlichen Rechts); Präsident: Dr. med. H. Hellmut Koch

Herausgeber: Dr. med. H. Hellmut Koch, Bayerische Landesärztekammer (BLÄK) und Dr. med. Lothar Wittek, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB)

Redaktion: Dagmar Nedbal (BLÄK – verantwortlich); Dr. med. Enzo Amarotico (BLÄK), Dr. rer. biol. hum. Christian Thieme und Monja Laschet (beide KVB)

CvD: Marianne Zadach (BLÄK)

Redaktionsbüro und Pressestelle der BLÄK: Mühlbauerstraße 16, 81677 München, Telefon (0 89) 41 47-2 74, Fax (0 89) 41 47-2 02

E-Mail: aerzteblatt@blaek.de

Pressestelle der KVB: Arabellastraße 30, 81925 München, Telefon (0 89) 9 20 96-1 92, Fax (0 89) 9 20 96-1 95; E-Mail: presse@kvb.de

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis monatlich DM 5,- einschließlich Postzeitungsgebühr und Mehrwertsteuer. Postbank Nr. 5252-802, BLZ 700 100 80, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Anzeigenverwaltung: Kirchheim Verlag + Co. GmbH, Kaiserstraße 41, 55116 Mainz, Telefon (0 61 31) 9 60 70-34, Telefax (0 61 31) 9 60 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.

Das „Bayerische Ärzteblatt“ wird auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

ISSN 0005-7126

Titelbild:
UNICEF, Nr. 9 B 53
„Sprung ins neue Jahrtausend“

Abdruck mit freundlicher Genehmigung

Evidenzbasierte Medizin

von Professor Dr. med. Dr. med. habil. Florian H. Eitel

Chirurgische Klinik (Direktor: Professor Dr. W. Mutschler), Klinikum Innenstadt, Ludwig-Maximilians-Universität München

Zusammenfassung

EBM kann nicht nur abrechnungstechnische Bedeutung haben, sondern auch das Akronym für Evidenzbasierte Medizin sein. Ob Evidenzbasierte Medizin (EBM) dieselbe Bedeutung erlangen wird wie der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) mag dahingestellt bleiben, aber Evidenzbasierte Medizin ist eine interessante und zunehmend prävalente Denk- und Arbeitsrichtung für ein Gesundheitssystem im Umbruch. Nicht zuletzt auch wegen der zunehmenden Europäisierung der Medizin ist es im deutschen Sprachraum angebracht, sich mit „Evidence-based Medicine“ auseinanderzusetzen und damit einem Nachholbedarf Rechnung zu tragen.

EBM wendet bei der medizinischen Entscheidungsfindung zur Versorgung des oder der einzelnen Patienten/in, – gewissenhaft und rückhaltlos –, aktuelles, kritisch überprüftes Wissen zweckmäßig an. Ärztliche Berufsausübung kann sich auf das gut abgesicherte technisch hoch entwickelte Methodenarsenal von EBM stützen, ihre Qualität damit an einwandfreien formalen Kriterien messen lassen und sich dementsprechend orientieren.

EBM unterstützt den ethischen Anspruch ärztlichen Verhaltens. EBM bietet eine gut lehrbare Methodik, um verantwortungsvolle, rückhaltlos selbstkritische Ärzte/Ärztinnen auszubilden.

Entscheidungsprozesse werden – wie am Beispiel der Risikoberechnung gezeigt – mit EBM vergleichsweise strukturierter. Die zweckrationale Komponente medizinischer Entscheidungsfindung wird durch EBM effektiv gestaltet. Damit bietet sich die Chance, Gesundheitsversorgung besser als vorher zu regeln, auch in Bezug auf die Ziele des ärztlichen Handelns.

Effizienzgewinne in Bezug auf die Pflege ärztlicher Kompetenz sind nachgewiesen. Evidenzbasierte Leitlinien und Klinische Algorithmen eignen sich zur Qualitätsverbesserung von Aus-, Weiter- und Fortbildung. Hier ist eine Entwicklung im Gang, die durch EBM unterstützt wird und auch ihrer Zielsetzung entspricht.

Die Frage nach der Evidenz der Evidenzbasierten Medizin läßt sich im Rahmen dieses Artikels nicht erschöpfend beantworten, ist bei dem gegenwärtigen Entwicklungsstand von EBM wohl auch (noch) nicht umfassend zu lösen. Evidenz für EBM, also die Meta-Evidenz, ist ein interessanter Gegenstand der Gesundheitssystemforschung.

In Ihrer Allgemeinpraxis stellt sich ein 42-jähriger Einzelhandelskaufmann mit Kreuzschmerzen vor, die während eines Fußballspiels bei einer Drehbewegung plötzlich aufgetreten sind, beim Vorneüberbeugen zunehmen und von ihm als ziemlich stark bezeichnet werden. Sie erheben eine ausführliche Anamnese unter Berücksichtigung der umfangreichen Differentialdiagnose des Kreuzschmerzes und finden bei der körperlichen Untersuchung eine Bewegungssperre der Lendenwirbelsäule sowie eine Fehllage mit Abflachung der Lendenlordose und Hartspann der Rückenstreckmuskulatur sowie Druckschmerzpunkte über L4/L5 ohne Ausstrahlung. Die weitere Untersuchung ergibt keinen pathologischen Befund. Sie stellen die Diagnose einer Lumbalgie und besprechen mit dem



Professor
Dr. Florian H. Eitel

Patienten die Verordnung: lokale Wärmeanwendung, Einnahme eines leichtes Schmerzmittels sowie zweitägige Bettruhe und danach Rücksprache bezüglich Besserung oder Verschlechterung, bei Verschlimmerung sofort. Dabei gibt der Patient aber zu erkennen, daß er sich Bettruhe nicht leisten könne, da er selbstständig sei und sein Geschäft nicht allein lassen könne. Er fragt, ob eine Verschlechterung eintreten könne, wenn er unter Schonung weiter arbeite. Sie wissen aus Ihrem Studium, daß der Therapiestandard für Lumbago eine zwei- bis sieben-tägige Bettruhe ist, haben aber selbst die Erfahrung gemacht, daß Patienten, die aus fehlender Compliance keine Bettruhe einhalten, sich aber schonen, keine schlechteren Ergebnisse aufweisen. Aufgrund dieser Erfahrung ändern Sie

wunschgemäß den Therapieplan und beschließen, der Frage der Bettruhe bei Lumbago noch einmal nachzugehen.

Am Abend um 20 Uhr finden Sie Zeit, der Frage, welchen Effekt Bettruhe bei Lumbago hat, mit Hilfe Ihres Computer-Literaturprogramms nachzugehen. Da Sie nicht genau wissen, wie Bettruhe ins Englische übersetzt wird, schlagen Sie in Ihrem englischen Medizinlexikon nach und finden dort „bed rest“. Nun gehen Sie in den Thesaurus (Schlagwort-Verzeichnis) Ihres Literatursuche-Programms, geben dort bed rest ein und finden es tatsächlich als in MedLine geführtes Schlüsselwort. Sie übernehmen es dann als Suchbegriff in Ihr Programm und fügen „Lumbago“ aus dem Thesaurus hinzu. Sie haben eine CD-ROM Ihres Literatursuchprogrammes eingelegt und finden für Jahrgang 1997 bis 1998 insgesamt acht Arbeiten zum Thema, darunter eine systematische Übersichtsarbeit über insgesamt 18 randomisierte kontrollierte klinischen Studien zu Ihrem Problem (Wadell 1997). Im Ergebnisteil des Abstracts finden Sie die Feststellung, daß in den Studien übereinstimmend Bettruhe als *nicht* effektiv in der Behandlung der Lumbago beurteilt wird, vielmehr die Wiederherstellung des Patienten verzögern kann. Unter Schonung weiter zu arbeiten führt nach dieser Studie zu einer schnelleren Wiederherstellung, das Risiko der Chronifizierung der Beschwerden ist niedriger. Ihr auf Ihrer Vorerfahrung beruhender Ratschlag an den Patienten, weiter unter Schonung aktiv zu bleiben, entsprach also dem neuesten Stand des Wissens, Sie konnten somit berechtigterweise dem Wunsch

des Patienten in Ihre Überlegungen integrieren, Ihre Verordnung hat im Vergleich zur Behandlung mit Bettruhe sicherlich Kosten eingespart. Dieses Ergebnis ist für Sie überraschend. Sie beschließen, per Knopfdruck über Ihr Literaturprogramm online den Volltext dieser Arbeit bei DIMDI in Köln zu bestellen, um deren methodische Qualität zu überprüfen. Da sie einen Kurs über Evidenzbasierte Medizin mitgemacht haben, wird Ihnen die geplante kritische Literaturbewertung keinerlei Schwierigkeiten bereiten. Zufrieden machen Sie um 20.10 Uhr Ihren Computer aus. Eine Woche später finden Sie wiederum Zeit, sich mit dem inzwischen verfügbaren Artikel zu beschäftigen. Sie schauen in den Methodenteil und finden, daß die methodische Qualität der zugrundeliegenden, randomisierten kontrollierten Studien mit einem validierten Scoresystem eingeschätzt wurde. Die Endpunkte der Studien erscheinen Ihnen vernünftig, Ihr Patient paßt in die in den Studien untersuchte Population. Das Ergebnis der verschiedenen Studien geht immer in die gleiche Richtung, ist also konsistent. Die Studien selbst zeigen keine übermäßigen Varianzen. Insgesamt liegt also Homogenität vor. Nach zehnmütigem kritischem Studium der Arbeit sind Sie von deren Qualität überzeugt. Mit dieser Information können Sie nun Ihre Entscheidung rechtfertigen, und beschließen, Ihr erlerntes, bisheriges Behandlungsregime dahingehend abzuändern, daß Sie keine Bettruhe mehr bei Lumbago verordnen. Sie nehmen sich auch vor, den Verlauf bei diesem Patienten, – gegebenenfalls durch Nachfrage, falls er nicht wiederkommt –, und bei zukünftigen Fällen zu dokumentieren und weiter zu verfolgen, da es sich hierbei um eine häufige Entscheidungssituation bezüglich Ihrer Klientel handelt.

Was hat unser Doktor gemacht? Er hat gewissenhaft und vorurteilslos eine von ihm aufgrund seiner Erfahrung gefällte Entscheidung nach dem Kriterium

- 1. Schritt:** Ein Problem so analysieren, daß sich daraus (empirisch) beantwortbare Fragen ergeben. Hilfreich dabei ist, das Problem in Form eines Konzeptdiagramms (concept map, Eitel et al. 1999) zu visualisieren, das heißt strukturiert darzustellen (vgl. Abbildung 1).
- 2. Schritt:** Die veröffentlichte Evidenz möglichst umfassend aufspüren: systematische Literatursuche.
- 3. Schritt:** Die gefundene, evidente Information kritisch auf ihre Gültigkeit und Bedeutung für die medizinische Versorgung überprüfen (Kritische Literaturbewertung, Critical Appraisal).
- 4. Schritt:** Mit dem Patienten entscheiden, wie die Evidenz am besten in der Praxis angewandt bzw. umgesetzt wird.
- 5. Schritt:** Überprüfung, wie und ob die Evidenzanwendung zu dem beabsichtigten Erfolg geführt hat.
- 6. Schritt:** Wiederholung dieses Vorgehens bei neuen Problemen

der Zweckmäßigkeit unter Einbeziehung der Patientenpräferenz anhand des aktuellen Wissensstandes überprüft. Er hat Evidenzbasierte Medizin (EBM) ausgeübt (Tabelle 1). Denn EBM bedeutet, bei der Entscheidungsfindung (Abbildung 1) zur medizinischen Versorgung des oder der einzelnen Patienten/in, – gewissenhaft und rückhaltlos – aktuelles, kritisch überprüftes Wissen zweckentsprechend anzuwenden.

Unser Doktor hat aufgrund seiner Fortbildung in EBM Primärliteratur in Form von randomisierten kontrollierten Studien gesucht und ist dabei auf Tertiärliteratur in Form einer Meta-Analyse gestoßen, welche die Literatur insgesamt mit statistischen Methoden aufarbeitet. Mittlerweile gibt es zu EBM auch Sekundärliteratur, welche die Primärliteratur nach strengen Kriterien zusammenfassend aufarbeitet, so zum Beispiel die deutsche Ausgabe des Journals „Evidence-Based Medicine“, die in einem strengen Reviewverfahren evidente Primärliteratur zusammenfaßt.

Tabelle 1:
Vorgehen bei
Evidenzbasierter
Medizin (nach
Sackett et al. 1999)

Wenn unser Doktor Abonnent dieses Organs wäre, hätte er dort die Übersichtsarbeit zu Lumbago (Wadell et al. 1998) mitsamt einem Kommentar gefunden und damit sein Behandlungsregime nach etwa neun Minuten Studium validierten Wissens ändern können.

Generell gesehen kann also durch evidenzbasierte Sekundärliteratur Zeit bei Literaturstudien eingespart werden. Schon alleine dieser Nutzen macht EBM für die Gesundheitsversorgung interessant und rechtfertigt die weitere Beschäftigung mit diesem Thema.

Die Definition von Evidence-based Medicine (EBM), dient als Gliederung für die folgende Darstellung von EBM, wobei die angegebenen Numerierungen den Kapitelüberschriften entsprechen: „Evidence based medicine is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about the care of individual patients“ (Sackett et al. 1996), was frei übersetzt bedeutet:

1. EBM ist die
2. gewissenhafte,
3. rückhaltlose und
4. zweckentsprechende Anwendung von
5. aktuellem, kritisch überprüfem Wissen
6. bei der Entscheidungsfindung
7. über die Medizinische Versorgung des oder der einzelnen Patienten/in.

In einem abschließenden Kapitel soll Evidenz kritisch hinterfragt werden nach dem Motto: Gibt es Evidenz für Evidenzbasierte Medizin?

Ziel dieses Artikels ist, aktuell über EBM zu informieren.

1. Was ist „Evidence“?

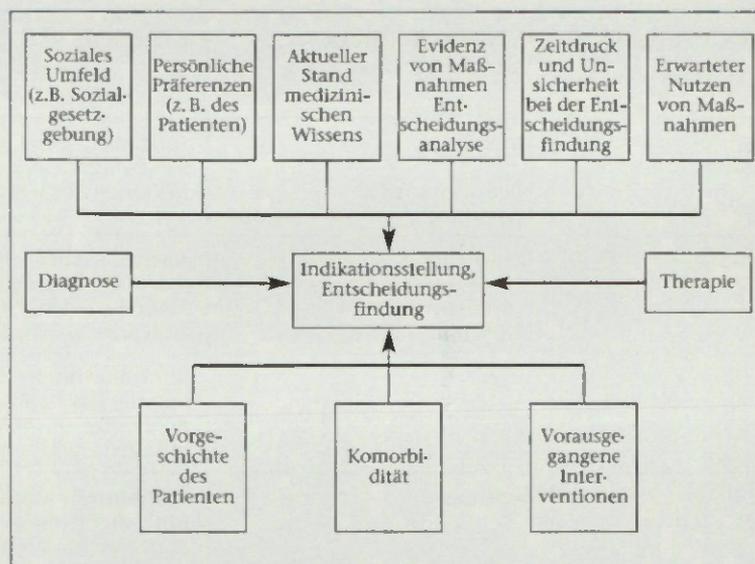
Eine prägnante Definition von EBM geben Clarke und Sampaio (1997): „Evidence-based medicine is the process of systematically finding, appraising, and applying contemporaneous re-

search findings as the basis for clinical decisions." Die Erwähnung des englischen Originalzitats bzw. im folgenden der englischen Synonyme von EBM-Begriffen ist angemessen, um Leser/innen die Orientierung im englischen Schrifttum zu erleichtern. Die Entwicklung der empirischen Methodik ist englisches Kulturgut seit Francis Bacon und dort dementsprechend fortgeschritten und elaboriert, so daß die Übersetzung ins Deutsche wegen hierzulande fehlender Begriffsentwicklung gelegentlich auf Schwierigkeiten stößt. Aus der in den europäischen Sprachen unterschiedlichen Bedeutung des Begriffes „evidence“ könnten leicht Mißverständnisse über den Wert von EBM entstehen. „Evidenz“ bedeutet im deutschen Sprachgebrauch Augenscheinlichkeit, Gewißheit, und beschreibt einen offensichtlichen Tatbestand, der keines weiteren Beweises, keiner weiteren Überprüfung bedarf. Im Englischen bedeutet „evidence“ hingegen: Beweis durch empirische, wissenschaftliche Überprüfung und somit in anderen Worten „wahrscheinliche Richtigkeit“.

Dementsprechend werden unterschiedliche Härtegrade der Evidenz unterschieden, je nach der methodischen Strenge, mit der die empirische Überprüfung von Tatsachen vorgenommen wurde (Tabelle 2). Wenn im folgenden von Evidenz gesprochen wird, so ist damit der englische Begriffsinhalt gemeint: „Es ist mit empirischer Methodik nachweisbar, daß... (dies oder das) der Fall ist“. Dieser Nachweis beruht auf Anwendung wissenschaftstheoretischer Gütekriterien:

- Objektivität (Verzerrungsfreiheit, das heißt Nachvollziehbarkeit von Methode und Ergebnis zu jeder Zeit an jedem Ort, engl. objectivity),
- Reliabilität (Zuverlässigkeit, das heißt es lassen sich gleiche Ergebnisse bei wiederholter Anwendung der Methode gewinnen, engl. reliability),

Abbildung 1: Konzeptdiagramm von Einflußgrößen bei der Medizinischen Entscheidungsfindung (hier am Beispiel der Indikationsstellung für eine Therapiemaßnahme, nach Porzolt et al., 1999, modifiziert).



Der erwartete Nutzen einer Entscheidung wird je nach Situation in wechselndem Ausmaß von zahlreichen Einflußgrößen bestimmt. Der erwartete Nutzen einer Behandlung kann als Produkt aus Eintrittswahrscheinlichkeit der Behandlungseffekte und Nutzwert der Behandlung bestimmt werden. Der Nutzwert einer Maßnahme - beispielsweise als qualitätsgleiche Lebensjahre gemessen (QUALYs, vgl. Leidl 1999) - setzt sich zusammen aus dem Verhältnis der Behandlungseffekte zu den in Kauf zu nehmenden Risiken, etwa den Nebenwirkungen, bzw. der Patientenbelastung, und/oder finanziellen Kosten. Die Kästchen in der Abbildung repräsentieren Variablen (Einfluß- oder Erfolgsvariablen), die Pfeile: „wirkt auf“ (Wirkungen oder Korrelationen).

Evidenz ist nur eine, wenngleich wichtige (siehe Kapitel 4), Einflußgröße. Die Abwägung sämtlicher, zweckrationaler und nicht-rationaler, entscheidungsrelevanter Einflußvariablen wird als Entscheidungsfindung bezeichnet. Die zweckrationale Komponente der Entscheidungsfindung wird als Entscheidungsanalyse (decision analysis) bezeichnet und kann methodisch gesehen in Form einer Kosten-Nutzwert-Analyse durchgeführt werden.

- Validität [Gültigkeit, engl. validity, das heißt Methode mißt tatsächlich das, was sie zu messen vorgibt, ergibt richtige Ergebnisse, ist somit beweiskräftig und eindeutig. Die Zahl der Attribute weist daraufhin, daß es mehrere Validitätsformen (unter anderem Inhalts-, Kriterien-, Konstruktvalidität) gibt, auf die näher einzugehen den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde] und schließlich

- Generalisierbarkeit (Übertragbarkeit der Ergebnisse in andere Umgebungen und Zusammenhänge, engl. generalizability, gelegentlich auch als externe Validität bezeichnet).

Nicht zuletzt wegen der zunehmenden Europäisierung der Medizin ist es im deutschen Sprachraum angebracht, sich mit „Evidence“ auseinanderzusetzen und damit einem Nachholbedarf Rechnung zu tragen.

2. Gewissenhafte Berufsausübung

Daß EBM einen ethischen Hintergrund hat, ergibt sich schon daraus, daß EBM die Anwendung des am besten gesicherten Wissens verfolgt. Effektivität und Effizienz der Gesundheitsversorgung sind Größen, deren Verwirklichung EBM zum Nutzen des Patienten anstrebt. Nun ist aber das „Salus aegroti suprema lex“ nichts Neues. Wohl mit diesem Argument im Hinterkopf wird EBM vorgeworfen, sie sei nur alter Wein in neuen Schläuchen. Man muß allerdings sehen, daß die Berufsausübung auf ethischer Grundlage mit EBM nachvollziehbarer, weniger intuitiv, und auch sicherer geworden ist, wenngleich technischer und damit komplizierter. Nutzen kann heute im Gegensatz zu früher gemessen werden: Die Güte diagnostischer Tests wird zum Beispiel mit re-

Evidenzgrad (Strength of Evidence)	Wissenschaftliche Kategorisierung	Kriterien	Beispiel
0	Urteil. Nicht-empirische Hypothese	Sprachlich korrekte, logische Äußerung. Deduktive Reflexion in Form als Konzept.	Essay, Editorial, Expertenmeinung.
1	Beobachtung Empirische Hypothese.	Nachvollziehbarkeit an jedem Ort zu jeder Zeit, Reproduzierbarkeit durch andere Beobachter.	Deskriptive Studie, Fallstudie, systematischer Expertenkonsens, unsystematische Literaturübersicht.
2	Vergleich	Kontrolle durch Gruppeneinteilung, Beschreibung gruppendifferenzierender, qualitativer Variablen mit nicht-metrischer Skalierung.	Fall-Kontroll-Studie, Qualitative Datenanalyse, Kohortenstudien mit nominalen oder ordinalen Daten.
3	Messung	Nicht-interventionelle Beobachtungsstudie mit quantitativen Variablen metrischer Skalierung	Prospektive Kohortenstudie, quantitative kontrollierte Studie
4	(Kausal-)Analyse	Intervention: Prospektivgeplante, kontrollierte-Variation metrischer Variablen	Experiment, Quasi-Experiment
5	Verzerrungskontrollierte-Analyse	Verzerrungskontrolle (Reliabilitätsprüfung): Beschreibung von a) Varianzmaßen b) Randomisierung c) Verblindung	Kontrollierte klinische Studie (randomized Controlled trial)
6	Meta-Analyse	a) Zusammenfassung von Effekten aus verzerrungskontrollierten Analysen: Bestimmung der Einzeleffektstärken und inferenzstatistische Bestimmung der Gesamteffektstärke	Systematische Übersichtsarbeit, Meta-Analyse

ceiver-operating-characteristic-Kurven oder Likelihood Quotienten untersucht (Lange 1999). Die Angemessenheit von Entscheidungen wird mit Methoden der decision analysis unterlegt (Heimpel et al. 1999). Die Effektstärken von Therapien werden durch randomisierte kontrollierte Studien oder meta-analytisch (Bucher 1998, Prozoit et al. 1998) abgesichert. Gewissenhaftigkeit in der Berufsausübung kann sich auf ein gut abgesichertes technisch hoch entwickeltes Methodenarsenal von EBM stützen, die Qualität des Handelns kann sich damit an einwandfreien formalen Kriterien messen lassen, Berufsausübung kann sich dementsprechend orientieren.

3. Rückhaltlosigkeit des Vorgehens

Im Folgenden wird der Terminus „explicit“ der gegebenen englischen Definition von EBM nicht mit dessen im Deutschen erster

Bedeutung „ausdrücklich, klar“ übersetzt, sondern mit dessen zweiter Bedeutung „rückhaltlos“, um die Haltung, die hinter EBM steht und von Sackett wohl auch in seiner Definition mitgemeint war, zu betonen: Wesentlicher Nährboden für EBM war die Entwicklung der klinischen Epidemiologie und der damit verbundene Aufschwung der klinischen Forschung, die sich mehr und mehr der randomisierten Vergleichsstudien bediente. Die randomisierte, kontrollierte, verblindete Studie (randomized controlled trial, RCT) ist heute Goldstandard der klinischen Forschung. Der RCT gewährleistet Inhaltsgültigkeit (content validity), wenn er sachgerecht ausgeführt wird. Inhaltsgültigkeit ist notwendige, Voraussetzung für Verfahrenssicherheit in der Anwendung medizinischer Maßnahmen. Das Ziel dieses rigorosen, methodischen Ansatzes ist es, die naturgegebenen Verzerrungsmöglich-

Tabelle 2: Härtegrade der Evidenz. Die Graduierung läßt sich nicht in allen Fällen eindeutig vornehmen, denn in einer Arbeit können mehrere Kriterien unterschiedlich zugrunde liegen. Diese Einteilung gibt jedoch Anhaltspunkte zur groben und schnellen Beurteilung der Evidenz einer Studie. Zum Beispiel hat die hier vorliegende Arbeit den Evidenzgrad 1 bis 0, da sie lediglich den "Fall" EBM beschreibt und reflektiert

keiten (systematische Fehler) wenn nicht auszuschalten, so doch so gering als machbar zu halten. Durch große Untersuchungszahlen (Populationsorientierung) soll der zufällige Fehler minimiert werden.

EBM-Anhänger fühlen sich diesen Standards, die sich aus der rigorosen Anwendung wissenschaftlicher Methoden ergeben, und der gnadenlosen Bewertung nach rationalen Kriterien verpflichtet. Dieser Rigorismus von EBM hat viel Widerstand erzeugt. Der mildeste Ausdruck diesbezüglicher Vorbehalte ist, daß EBM schon immer angewandt worden sei, daß hier nur mit neuen Vokabeln alte Praxis benannt werde. Auch unser obiges Beispiel scheint dies bei oberflächlicher Betrachtung zu bestätigen. Sicher ist es richtig, daß seit der Renaissance die (Schul-)Medizin sich rückhaltlos der Wissenschaftlichkeit verpflichtet hat und daß Aus-, Weiter- und Fortbildung Rationalität

und Wissenschaftlichkeit als Grundwerte anerkennen und verfolgen. Auch die selbstkritische Einstellung unseres Doktors in obigem Beispiel unterscheidet sich nicht von seinen Vorgängern. Was aber neu ist, ist die Methodik, mit der er vorgeht, mit der EBM diese alten Ziele verfolgt: RCTs gibt es seit den zwanziger Jahren dieses Jahrhunderts, Klinische Forschung seit den dreißigern, Klinische Epidemiologie seit den sechzigern, Metaanalysen seit den siebzigern, PCs seit den achtzigern. Auf diesen Voraussetzungen entwickelt sich EBM seit den neunzigern (Evidence-based Medicine Working Group 1992). An der Ethik des ärztlichen Verhaltens hat sich nichts geändert, es ist nicht besser oder schlechter denn je, aber der Weg dazu verändert sich durch EBM. EBM bietet eine gut lehrbare Methodik, um verantwortungsvolle, rückhaltlos selbstkritische Ärzte/Ärztinnen auszubilden (Eitel 1998).

4. Zweckentsprechende Anwendung von Wissen

EBM gibt Mittel an die Hand, um beantwortbare Fragen zu stellen (Antes 1997). Um eine Fragestellung zu entwickeln, wird der individuelle Patient in ein kategoriales Schema eingeordnet (zum Beispiel Risikogruppe Hypercholesterinämie), es werden dann Behandlungsalternativen formuliert (Lipidsenker vs. keine Intervention) und schließlich das erwartete Behandlungsergebnis, bzw. die wahrscheinliche Risikominderung festgelegt (geringere KHK-Morbidität bzw. Inzidenz oder Mortalität). Ist diese Problemformulierung geschafft, kann das zur Problemlösung notwendige Wissen im Schrifttum aufgesucht werden. Das gewonnene Wissen wird im nächsten Schritt kritisch geprüft, validiert (siehe Kapitel 5). Validiertes Wissen wird dann in der Praxis auf seine Praktikabilität, seine Übertragbarkeit in die spezifische Umgebung und seinen lokalen Nutzwert untersucht.



Literatur auf CD-ROMs

(Foto: E. J. Wodicka, Thening/Österreich)

Die Wissensanwendung wird evaluiert. Hierfür eignen sich über EBM hinausgehend Qualitätsmanagement-Techniken (Eitel 1996, Eitel et al. 1998) und als Vorgehensweise die Qualitätszirkel (Kosek 1994, Eitel et al. 1995, Perleth et al. 1996, Eitel 1998).

Neu ist die Frage, die EBM an die Gesundheitsversorgung richtet: Wieviele Patienten müssen, zum Beispiel mit Betablockern nach Myokardinfarkt, über eine bestimmte Zeit behandelt werden, um bei einem Patienten das unerwünschte Ereignis der Arrhythmie zu verhindern? (vgl. Porzolt et al. 1998). Hierfür stellt EBM die Berechnungsgrundlage zur Verfügung in Form der sogenannten Number Needed to Treat (NNT): Sie wird berechnet aus der Häufigkeit der unerwünschten Ereignisse pro alle Patienten in der Kontrollgruppe minus derjenigen aller Patienten der Behandlungsgruppe. Diese Differenz wird als absolute Risikoreduktion (ARR) bezeichnet. Die Number Needed to Treat ist dann der Kehrwert der absoluten Risikoreduktion: $NNT = 1/ARR$. Die Number Needed to Harm (NNH) bezieht sich auf die Nebenwirkungsraten analog zu NNT.

Mit diesen Maßzahlen kann das Risiko-Nutzenverhältnis quantitativ erfaßt werden. Nimmt man dann noch die Kosten der medizinischen Maßnahmen sowie die Lebensqualität der Patienten unter und nach der Intervention in die Betrachtung hinein (Kosten-Nutzwert-Analyse, vgl. Leidl 1999), so hat man die rationalen Komponenten der Entscheidungsfindung (Abbildung 1) größtenteils berücksichtigt und kann dementsprechend auf zweckrationaler Grundlage entscheiden. Das heißt nicht, daß unbeeinflussbare Entscheidungskomponenten wie persönliche Präferenzen (Patientenwille) oder Sozialgesetzgebung in der Entscheidungsfindung nicht zu berücksichtigen wären.

Entscheidungsprozesse werden – wie am Beispiel der Risikoberechnung gezeigt – mit EBM ver-

gleichsweise strukturierter. Damit bietet sich die Chance, Gesundheitsversorgung besser als vorher zu regeln, auch in Bezug auf die Ziele des ärztlichen Handelns.

5. Aktuell kritische Wissensüberprüfung: Kritische Literaturbewertung (Critical Appraisal)

Auch die kritische Literaturbewertung stellt ein innovatives Moment dar, daß durch EBM erstmals in systematischer Form in die Praxis eingeführt wurde. Sie dient der Minimierung systematischer Fehler. Allerdings wird argumentiert, daß dieses Verfahren umständlich und zeitraubend sei. Dem ist entgegenzuhalten, daß ein Praktiker, um auf dem neuesten Stand des Wissens zu bleiben, pro Tag 17 Zeitschriftenartikel lesen müßte. Die Lesezeit beträgt nach verschiedenen Erhebungen zwischen 0 (AiP) bis 45 min (Chefärzte)/Tag. Dieses Zeitbudget durch EBM ändern zu wollen ist wohl utopisch. Deshalb muß EBM hier effiziente Lösungen anbieten. Dies geschieht zum Beispiel in Form von Sekundärliteratur (Cochrane Library, die Journale „ACP Journal Club“, „Best Evidence“, „Evidence-based Medicine“), die beispielsweise 6000 Originalarbeiten auf 300 einseitige Publikationen durch critical appraisal reduziert, so daß die Belastung für den einzelnen signifikant sinkt. Eine weitere kritisch bewertete Sekundärliteraturquelle ist POEMs (Patient-oriented Evidence that Matters), die als JFP (Journal of Family Practice) Journal Club publiziert werden. Originalarbeiten aus über 80 Journalen werden darin kritisch bewertet hinsichtlich der Relevanz für die Allgemeinpraxis, patienten-orientierter Ergebnisse bzw. Zielgrößen und hinsichtlich Änderung der bisherigen Praxis. Die Fokussierung auf POEMs soll dem Allgemeinpraktiker das Studium von 98 % der publizierten Literatur ersparen können (Ebell et al. 1999).

Erfahrungsgemäß erstreckt sich eine kritische Literaturbewertung mit elektronischen Medien über eine Zeitspanne von wenigen Minuten, wie in unserem Beispiel, bis etwa 1,5 Stunden beim Erfahrenen, bei Anfängern oder sehr schwierigen Problemen, für die möglicherweise nur wenig Evidenz vorhanden ist, kann es auch Tage oder Wochen dauern, bis man neben der täglichen Arbeit zu einem Ergebnis gekommen ist.

In Oxford am Centre for Evidence Based Medicine wurde ein „Evidenz-Wagen“ bei Visiten mit an das Krankenbett geschoben. Er transportiert ein notebook mit CDs (APC Journal Club, Evidence-based Medicine, Cochrane Library und MedLine) sowie eine Sammlung von 149 CATs (Critically Appraised Topics), eine jeweils einseitige Zusammenfassung eines kritisch bewerteten Themas. Für das jeweilig zu lösende Problem relevante CATs ließen sich dort in 12 sec finden, in Best Evidence betrug die Zugriffszeit bis zu 23 sec, was als die Toleranzgrenze bezeichnet wird (Straus 1999). Die MedLine Recherche erwies sich mit 90 sec Zugriffszeit als für diesen Zweck zu langsam, die Cochrane Recherche war zu unhandlich. In 48 % der Fälle kam es durch die kritisch bewertete Literatur zu einer Änderung der Vorgehensweise. Mittlerweile ist der sperrige Evidenzwagen durch Palmtops mit Funkzugang zum Krankenhausnetz ersetzt (Straus 1999). Weitere technische Verbesserungen, vor allem

bezüglich der Übertragungsgeschwindigkeit, werden entwickelt.

Effizienzgewinne in Bezug auf die Pflege ärztlicher Kompetenz sind nachgewiesen.

6. Medizinische Entscheidungsfindung

Die Abwägung sämtlicher, zweckrationaler und nicht-rationaler, entscheidungsrelevanter Einflußvariablen wird als Entscheidungsfindung bezeichnet. Die zweckrationale Komponente der Entscheidungsfindung wird Entscheidungsanalyse (decision analysis, Abbildung 1) genannt und kann methodisch gesehen in Form einer Kosten-Nutzwert-Analyse (vgl. Leidl 1999) durchgeführt werden.

7. Medizinische Versorgung des oder der einzelnen Patienten/in

Die wissenschaftliche Entwicklung erzeugt ständig neue Evidenz. Die tägliche Routine richtet sich bekanntlich nicht danach. Obgleich diese Evidenz zur Patientenversorgung benötigt würde, steht sie bislang nicht in hinreichenden Umfang zur Verfügung. Empirische Befunde zeigen, daß trotz Fortbildung die aktuellen medizinischen Kenntnisse und die klinische Leistung mit der Zeit veralten (Sackett et al. 1999).

Hier kann die Ausübung von EBM Qualitätsverbesserungen bringen.

Eine sorgfältig zu verfolgende Entwicklung in der Gesundheitsversorgung sind die sogenannten Evidenzbasierten Leitlinien. EBM und Leitlinien können als effizientes Rüstzeug für ein umfassendes Qualitätsmanagement der Gesundheitsversorgung dienen. Empirische Untersuchungen hierzu sind im Gang.

Der Einsatz von evidenzbasierten Leitlinien und Klinischen Algorithmen in der Lehre wird vor dem Hintergrund einer Qualitätsverbesserung von Aus-, Weiter- und Fortbildung untersucht (Eitel 1994, Eitel et al. 1999) und zeitigt erste Erfolge. Hier ist eine Entwicklung im Gang, die durch EBM unterstützt wird und auch ihrer Zielsetzung entspricht.

8. Evidenz der Evidenz?

Evidenz immunisiert sich selbstreferentiell in gewisser Hinsicht gegen Einwände, weil sie von sich aus kaum Ansätze zu ihrer Widerlegung anbietet. Deshalb ist ihr schwer beizukommen. Es bleiben im Prinzip nur zwei Ansätze, um sie kritisch zu überprüfen:

a) Liefert EBM Beweise für ihre Verzerrungsfreiheit (objectivity), Zuverlässigkeit (reliability), Gültigkeit (validity) und Verallgemeinerbarkeit (generalizability)? Mit anderen Worten: Wendet EBM das, was sie predigt, auf sich selbst an? Führt sie ein Falsifizierungsprogramm?

Objektivität ist durch die Definition von EBM als nachvollziehbarer Methodologie, ihre Beschreibung in Lehrbüchern (deutsch: Sackett et al. 1999) und ihre Präsenz im Internet gegeben (<http://cebmljr2.ox.ac.uk/> und <http://mailbase.ac.uk/docs/user s.html>).

Reliabilität wird untersucht und durch die Entwicklung von Leit-



Literatur auf CD-ROMs

(Foto: E. J. Wodicka, Thening/Österreich)

Liebe Leserinnen und Leser,

seit August dieses Jahres hat die deutsche Presselandschaft auf die Regeln der neuen deutschen Rechtschreibung umgestellt.

Das Bayerische Ärzteblatt wird diesen Schritt zum Jahresbeginn 2000 vollziehen. Daher bitten wir Sie, falls Sie Beiträge oder Leserbriefe an die Redaktion senden, die neuen Schreibregeln anzuwenden.

Vielen Dank!

Ihr Redaktions-Team

linen für die Durchführung der EBM-Methodik (Jadad et al. 1998) qualitativ abgesichert.

Validität kann angenommen werden, wenn EBM zu einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung führt. Die zu untersuchende Hypothese wäre demnach: „Ärzte, deren Handeln auf einem Verständnis der zugrunde liegenden Evidenz basiert, betreuen ihre Patienten besser“ (Evidence-based Medicine Working Group 1992). Dieser Nachweis dürfte – wie Köbberling (1999) kritisch ausführt – schwer zu führen sein. Dennoch existieren für Komponenten von EBM wie zum Beispiel Critical Appraisal bereits Effizienz-nachweise. Natürlich befindet sich EBM noch im Anfangsstadium, so daß noch Geduld bezüglich der Validitätsnachweise geübt werden muß, da die dem Evidenznachweis vorausgehende Implementierung erst im Gange ist.

Generalisierbarkeit der EBM-Konzepts ist gegeben, wenn man sich die weltweite Verbreitung dieses Ansatzes, zum Beispiel im Internet anschaut.

b) Treten bei Anwendung des EBM-Konzepts Widersprüche

Korrespondenz-Adresse:

**Professor Dr. med.
Dr. med. habil.
Florian H. Eitel,
Chirurgische Klinik,
Klinikum Innenstadt, LMU München,
Nußbaumstraße 20,
80336 München,
Telefax 0 89/51 60-44 93,
E-Mail: eitel@lrz.uni-muenchen.de,
<http://www.gma.mwn.de/orgeitel.html>**

auf? Das heißt: Finden sich gegenläufige Ergebnisse bei der Anwendung von evidenzbasierter Medizin (heterogeneity)?

Diese sehr komplexe Fragestellung ist Gegenstand erster Untersuchungen und muß weiter verfolgt werden, Ergebnisse liegen hier noch nicht vor, wenngleich dieses Problem bei einer Komponente von EBM, der Meta-Analyse intensiv untersucht ist und wird.

Insgesamt gesehen sieht es nicht so aus, als würde EBM ihrer kritischen Hinterfragung ausweichen, vielmehr finden kritische Auseinandersetzungen statt (Köbberling 1999).

Die Frage nach der Evidenz der Evidenzbasierten Medizin läßt sich im Rahmen dieses Artikels nicht erschöpfend beantworten, ist bei dem gegenwärtigen Entwicklungsstand von EBM wohl auch (noch) nicht umfassend zu lösen, jedoch finden sich Befunde, welche die gegenwärtige Situation kennzeichnen und zeigen, daß die Evidenz für EBM, also die Meta-Evidenz, ein interessanter Gegenstand der Gesundheitssystemforschung ist.

Literatur beim Verfasser

Health Chaos Band

Eine neue Band macht in der Bundeshauptstadt Karriere: die HCB- die Health Chaos Band. Ihr Dirigent: Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer. Fischer-Chöre sind in der Unterhaltungsmusik längst ein Begriff. Die Berliner Chaos Band wird aber noch viel üben müssen. Die Generalprobe jedenfalls ging gründlich daneben. Der Lärm ist gesundheitsschädlich – so das Urteil der Fachwelt.

In Berlin – bei der Bundestagsdebatte zur Gesundheitsreform – spielt die Health Chaos Band, doch Dissonanzen dominieren. Den ansonsten so fündigen Medien ist der originellste Druckfehler in der Bundestags-Drucksache zum Gesundheitsstrukturgesetz offensichtlich entgangen: maoistische statt monistische Krankenhausfinanzierung! Wen stört, es klingt doch fast gleich. Chinesische, maoistische Verhältnisse in Berlin? Nein: nur Laienschauspieler auf der (gesundheits)politischen Bühne.

TOP-Flop Nummer zwei: 24 Seiten haben in der Gesetzes-Druckvorlage im Bundestag gefehlt. Natürlich, Frau Fischer, eine rein technische Panne, kein Fehler der Politiker!

24 fehlende Seiten – was solls?

Wer bietet mehr (Chaos)?

Wer bietet weniger (fehlende Seiten)?

Papier ist geduldig.

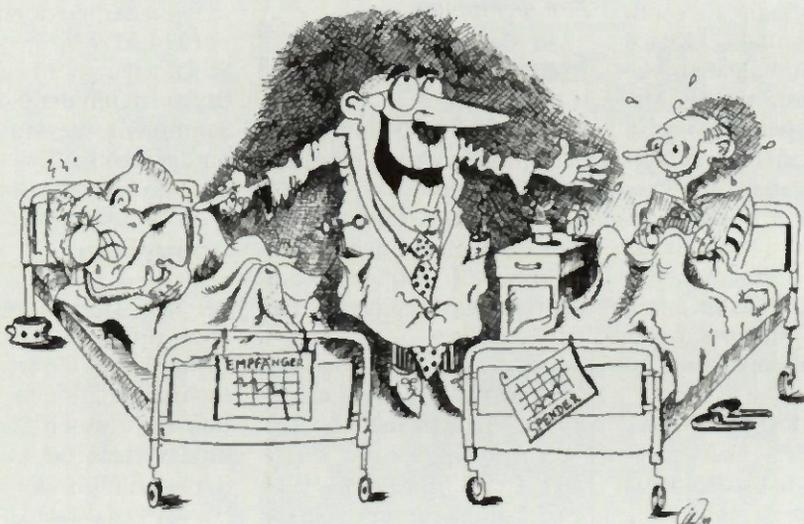
Der Patient nicht!

Gesundheit! wünscht

Ihr MediKuss

(Zeichnung: Dr. M. Oberhauser, Egling)

Was ist Evidence - Based Medicine ?



Die wissenschaftliche Erkenntnis, dass die Transplantation von Gallensteinen beim Empfänger zu kolikartigen Schmerzen führt.

Astemizol**„Ausverkauf“**

Der Hersteller des Antihistaminikums Hismanal® (Astemizol) hat sein Präparat weltweit freiwillig zurückgezogen – aus „geschäftlichen“ Gründen, wie ein Sprecher von Janssen Pharmaceutica im Brit. Med. Journal zitiert wird. Bestehende Vorräte in Apotheken sollen noch „ausverkauft“ werden. Die amerikanische Überwachungsbehörde FDA hat 1998 warnend hervorgehoben, daß Astemizol schwerwiegende Arrhythmien verursachen kann, wenn es in höherer Dosis oder mit anderen Arzneimitteln eingenommen wird.

Anmerkungen:

Bereits 1992 wies die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft auf eine proarrhythmische Wirkung von Astemizol hin, insbesondere in Kombination u. a. mit Makroliden oder Azol-Antimykotika. Da das freiverkäufliche Präparat je nach der Vorrathaltung in einzelnen Apotheken eine unbestimmte „Laufzeit“ hat, sollte z. B. bei bekannten Allergikern vor einer Verordnung von QT-Zeit-beeinflussenden Medikamenten noch nach der Einnahme von Hismanal® gefragt werden.

Quelle: Brit. Med. J. 1999; 319: 7

UAW**Intrahepatische Cholestase**

Mehr als 30 verschiedene Arzneistoffe werden in Zusammenhang gebracht mit einer Destruktion intrahepatischer Gallenkanälchen mit nachfolgender langandauernder Cholestase. Eine chronische Cholestase, oft verbunden mit Gelbsucht, hoher alkalischer Phosphatase und α -Glutamyltranspeptidase kann noch mehr als ein Jahr nach Absetzen der Medikamente be-

stehen. Mehrere Berichte über diese unerwünschte Arzneimittelwirkung existieren bei folgenden, auch in Deutschland eingesetzten Arzneistoffen: Carbamazepin, Chlorpromazin, Co-amoxycylin (Amoxycillin + Clavulansäure), Co-trimoxazol, Erythromycinester, Flucloxacillin, Methyltestosteron, Phenytoin, Prajmalium.

Anmerkungen:

Auch z. B. bei H₂-Blockern und Kalziumkanalblockern vom Nifedipintyp, bei Azathioprin, Furosemid, Mercaptopurin und Rifampicin kann eine intrahepatische Cholestase auftreten.

Quelle: Brit. Med. J. 1999; 318: 1259

UAW**Pflanzliche Arzneimittel**

Nachfolgend eine Übersicht über Pflanzen, die als Inhaltsstoffe in Arzneimitteln schwere unerwünschte Wirkungen hervorrufen können:

Hepatitis/Lebertoxizität

Gemeiner Beinwell (*Symphytum officinale*), echter Gamander (*Teucrium chamaedrys*), Geisklee (*Crotalaria retusa*), Gummidistel (*Atractylis gummifera*), Kreosoth (*Larrea tridentata*), Kreuzkraut (*Senecio vulgaris*), Ma-huang (*Ephedra sinica*), Mate-Tee (*Ilex paraguayensis*), Orangenwurzel (*Hydrastis canadensis*), Paternostererbse (*Abrus precatorius*), kriechende Scheinbeere (*Gaultheria procumbens*), Sonnenwende (*Hellotropium peruvianum*), südafrikan. Ox Eye Daisy (*Callilepis laureola*)

Nierentoxizität/-insuffizienz

Guang Fang Ji (*Aristolochia fanchi*), Hou-Po (*Magnolia officinalis*), Spritzgurke (*Eco-balium elaterium*), südafrikan. Ox Eye Daisy (*Callilepis laureola*)

ZNS-Störungen wie Konvulsionen, Konfusionen
Eukalyptus (*Eucalyptus globus*), Muskatnuß (*Myristica fragrans*), Orangenwurzel (*Hydrastis canadensis*)

Kardiovaskuläre Störungen
Ma-huang (*Ephedra sinica*), Oleander (*Nerium oleander*)

Muskuläre Störungen
Gefleckter Schierling (*Conium maculatum*)

Anmerkungen:

Auch z. B. Schöllkraut (*Chelidonium majus*), Honigklee (*Melilotus officinalis*), Süßholz (*Glycyrrhiza glabra*) und Roßkastanie (*Aeculus hippocastanum*) können hepatotoxisch wirken. Zusätzlich sollte bei einer Verordnung oder Empfehlung von pflanzlichen Arzneimitteln, insbesondere von Pflanzendrogen, auf Qualität und Reinheit geachtet werden. In der Vergangenheit wurde bereits mehrfach z. B. auf nicht deklarierte Zusätze stark wirkender Arzneistoffe wie Glukokortikoide in pflanzlichen Asthmapräparaten oder auf mangelnde Reinheit/Qualität von Teepräparaten hingewiesen.

Quelle: pharma-kritik 1998; 20: 67

Fluorochinolone**Hepatotoxizität**

Der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft liegen zu Fluorochinolonen über 200 Berichte über Leber- und Gallenstörungen vor, darunter 90 Hinweise auf schwere Reaktionen wie z. B.

Leberversagen. Die AkdÄ betont, daß Störungen der Leberzellfunktionen grundsätzlich bei allen Fluorochinolonen auftreten können, wenn auch unterschiedlich in Häufigkeit und Schweregrad.

Anmerkungen:

Die Nebenwirkungsangaben in den Fachinformationen der Hersteller unterschiedlicher Fluorochinolone reichen von keinen Hinweisen (Sparfloxacin, Zagam®) bis hin zu Leberversagen (Ciprofloxacin, Ciprobay® und Ofloxacin, Tarivid®). Es ist bemerkenswert, daß unter toxikologischen Eigenschaften von Sparfloxacin jedoch multifokale Lebernekrosen erwähnt werden.

Quelle: Dt. Ärztebl. 1999; 96 (Heft 28-29): C-1408

Pramipexol**Plötzliches Einschlafen**

Der Hersteller von Sifrol® (Pramipexol) warnt vor der Möglichkeit plötzlichen Einschlafens bei Alltagsaktivitäten, zum Teil ohne Warnzeichen bei Parkinsonpatienten, die das Präparat in Kombination mit Levodopa einnehmen. Gleichzeitige Einnahme von sedierenden Arzneimitteln, das Vorliegen eines Schlafdefizits o. ä. begünstigen das Auftreten der plötzlichen Somnolenz, die eine Reduktion der Dosis oder ein Absetzen von Sifrol® erfordert.

Anmerkung:

Bei den Dopaminagonisten Ropirinol (Requip®) und Pergolid (Parkotil®) wird in den Fachinformationen auf das Auftreten einer Somnolenz hingewiesen, bei Cabergolin (Cabaseril®) findet sich kein Hinweis zu dieser UAW.

Quelle: Pharm. Ztg. 1999; 144: 2312

Nachdruck aus „Rheinisches Ärzteblatt“, 9/1999

Ihr Ansprechpartner bei Rückfragen

Dr. Günter Hopf,
ÄK Nordrhein,
Tersteegenstraße 31,
40474 Düsseldorf,
Tel. 02 11/43 02-5 87

Eine soziale Krankenversicherung mit weniger staatlicher Reglementierung und mehr Eigenverantwortung für alle Beteiligten

Horst Seehofer, MdB

Ein Jahr ist Horst Seehofer nun nicht mehr im Amt des Gesundheitsministers und ziemlich genau ein Jahr lang hat er sich auch aus der Sozial- und Gesundheitspolitik herausgehalten. Seit Ende September gilt seine selbstaufgelegte „Schweigepflicht“ jedoch nicht mehr. Auf die Frage „Was läuft schief in der deutschen Gesundheitspolitik?“ antwortete der Ex-Minister dem Bayerischen Ärzteblatt:

Seit einigen Monaten krankt das deutsche Gesundheitswesen. Innerhalb kürzester Zeit ist es durch das Hin und Her der rot-grünen Koalition auf einen Weg gesteuert worden, der von Budgetierung, Reglementierung, Bürokratisierung und drohenden Defiziten geprägt ist. Die freiheitlichen Elemente der gesetzlichen Krankenversicherung werden eliminiert. Unausweichlich führt dies zu einer Verschlechterung der medizinischen Versorgung, da dauerhafte Budgetierung, das zeigt die Erfahrung, zu Rationierung und damit in die Zwei-Klassen-Medizin mündet. Budgetierung lähmt die Innovationskraft, führt zu Fehlentwicklungen und ist aus medizinischen und gesundheitspolitischen Gründen keine dauerhafte Antwort auf die Herausforderungen des Gesundheitswesens. Wer patientenorientiert denkt, kann nicht bereits heute durch schematische Budgets festlegen, was die Bevölkerung in Zukunft an medizinischen Leistungen benötigt. Maßgeblich für die Gesundheitspolitik muß die Besinnung darauf sein, was zur Sicherung einer medizinischen Versorgung notwendig ist. Im Mittelpunkt muß die richtige und gute Behandlung von kranken Menschen stehen und nicht die Glückserfüllung mancher Funktionäre durch mehr oder weniger Paragraphen.

Die Vergangenheit hat gezeigt, daß mit Budgets die Zukunft nicht gestaltet werden kann. Die Herausforderungen wie demographische Entwicklung, medizinischer Fortschritt und steigende Erwartungshaltung der Bevölkerung an die Leistungsfähigkeit des Gesundheitswesens können nicht mit Paragraphen gemeistert werden. Die Frage, die an einen Gesundheitspolitiker zu stellen ist und nicht an die Beteiligten im Gesundheitswesen ist die, ob die Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen nicht derartig falsch sind, daß sie grundlegend geändert werden müßten.

Das Gesundheitswesen in Deutschland hat eine hohe Qualität – freilich mit Fehlern – doch wir haben eine hohe flächendeckende Versorgungssicherheit, rund um die Uhr. Das Problem ist die Finanzierung.

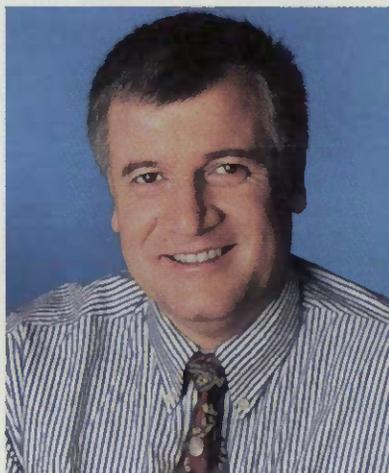
Die gesetzliche Krankenversicherung wird den Herausforderungen mit neuen Wegen und Mitteln zur Stabilität der sozialen Krankenversicherung bei einem qualitativ hochwertigen Versorgungsniveau entgegentreten. Der Weg muß eine wett-

bewerbliche Ordnung sein, die den sozialen Bezügen der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung trägt. Dabei kann sich das Gesundheitssystem natürlich nicht auf eine völlige Liberalisierung der Beziehungen wie im Wirtschaftssystem einlassen. Die Besonderheit des Gutes Gesundheit als kollektives Gut ist dabei in Rechnung zu stellen, so daß dabei auf breitem Konsens basierende solidarische Absicherung von Krankheitsrisiken erforderlich ist. Nur dann können Solidarfunktionen der gesetzlichen Krankenversicherung gewährleistet sein und gleichzeitig die effizienzsteigernden Wirkungen gefördert werden. Zwei sich im Prinzip entgegenstehende Begriffe Solidarität und Wettbewerb können im Gesundheitssystem zu solidarischem Wettbewerb konvergieren.

Nur die Schaffung eines Gleichgewichts zwischen Solidarität gebündelt mit Subsidiarität und Eigenverantwortung macht eine Gesundheitspolitik finanzierbar, bei der an erster Stelle der medizinische Versorgungsbedarf der Bevölkerung steht. Dies wäre im Interesse aller Beteiligten. Eine moderate Zuzahlung bei bestimmten Risiken und gleichzeitige solidarische Absicherung einer hochwertigen medizinischen Versorgung der großen Risiken ist einer Vollversorgung auf niedrigem Niveau mit Leistungsausgrenzungen und Reduzierung der medizinischen Versorgung allemal vorzuziehen. Solidarität mit jenen Menschen,

die sich wegen Krankheit, Arbeitslosigkeit, Behinderung oder Pflegebedürftigkeit nicht selbst helfen können ist nur zu leisten, wenn auf der anderen Seite Eigenverantwortung dort eingefordert wird, wo man sie dem einzelnen Menschen zumuten kann. Dies bedeutet für Krankenhäuser, Krankenkassen, Ärzte und Krankenhausmanager allerdings auch, daß diese innerhalb bestimmter Rahmenbedingungen, die der Staat zu setzen hat, in eigener Verantwortung versuchen, das Beste für ihre Patienten umzusetzen.

Gesundheit ist keine Ware. Die Aufgabe der Politik besteht also darin, eine Balance herzustellen, Richtgrößen zur Orientierung zu geben. Es wird keine Stabilität im Gesundheitswesen ohne Konsens zwischen den Beteiligten geben. Notwendig ist ein völlig neuer Ansatz: eine soziale Krankenversicherung mit weniger staatlicher Reglementierung und mehr Eigenverantwortung für alle Beteiligten.



Horst Seehofer, MdB,
Stv. Vorsitzender der
CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Bündnis für Gesundheit Bayern – eine erfolgreiche Bilanz

Aktion „Rezepthülle“ läuft im Dezember an



Eindrucksvolles Finale: 10 000 Teilnehmer beim Aktionstag Nürnberg am 27. Oktober

Die von der Bundesregierung eingeleitete Gesundheitsreform – das „Vorschaltgesetz“ ebenso wie die Debatte um das Gesundheitsstrukturgesetz – war Anlaß für die Gründung des Bündnisses für Gesundheit Bayern im Frühjahr 1999. Seitdem haben sich in fast allen anderen Ländern und auf Bundesebene (Bündnis für Gesundheit 2000) ähnliche Bündnisse als Zusammenschlüsse der ver-

schiedenen Heilberufe gebildet. Das Bündnis für Gesundheit Bayern hat sich zum Ziel gesetzt, Öffentlichkeit und Patienten über die zu erwartenden Auswirkungen der geplanten Gesundheitsreform zu informieren und einen Beitrag zum Erhalt und Ausbau unseres hochentwickelten Gesundheitswesens zu leisten.

Eine Erfolgsbilanz: bisher 50 000 Teilnehmer

Die Jahreswende gibt Anlaß, für das Bündnis Bilanz zu ziehen: Mit allen Aktionstagen und Informationsveranstaltungen hat das Bündnis für Gesundheit Bayern seit seiner Gründung im Frühjahr 1999 insgesamt rund 50 000 Teilnehmer erreicht.

Das Logo des Bündnisses, die Plakate, die Flyer in den Wartezimmern mit dem Slogan „Das passt nicht!“ – „Frau

Bundesgesundheitsministerin, bitte sparen Sie nicht an der Gesundheit unserer Mitbürger“ – das Bündnis selbst und seine Aktionen sind inzwischen in ganz Bayern zum Begriff geworden. Ebenso wie die Aktionstage, die bayernweit jede Woche – mit Ausnahme der Sommerferien – von Ende Juni bis Ende Oktober mit eindrucksvoller Beteiligung vom Bündnis organisiert wurden: in Kaufbeuren mit gut 1000 Teilnehmern, in Bad Füssing mit 1200 Teilnehmern, und am 14. Juli als Höhepunkt in München beim zentralen Aktionstag mit 20 000 Teilnehmern, in Bayreuth mit 4000 Teilnehmern, in Deggendorf mit 1000 Teilnehmern, in Würzburg mit 5000 Teilnehmern, in Augsburg mit ebenfalls 5000 Teilnehmern und als Abschluß der regionalen Aktionstage in Nürnberg mit etwa 10 000 Teilnehmern als eindrucksvolles Finale. Noch nie hat es unter den Heilberufen eine solche Solidarität gegeben.

Dazu kommen noch zahlreiche regionale Informationsveranstaltungen in ganz Bayern: ein Informationsabend zur aktuellen Gesundheitspolitik in Regensburg, ein Informationsabend in Kronach (mit Horst Seehofer) und über einige Tage hinweg Messe-Informationsstände auf Regionalmessen in Weilheim und Traunstein sowie Informationsstände in Straubing.

Flächendeckende Information über Gesundheitsreform

Das Bündnis für Gesundheit Bayern hat die Öffentlichkeit, die Patienten und die Medien mit rund 42 000 Plakaten und über 1,2 Millionen Flyern nicht nur intensiv und flächendeckend über die Auswirkungen der geplanten Gesundheitsreform informiert, es hat auch politisch Druck gemacht. Bereits beim Aktionstag im Dezember 1998



Das passt nicht!

„Frau Bundesgesundheitsministerin, bitte sparen Sie nicht an der Gesundheit unserer Mitbürger.“



Bündnis für Gesundheit Bayern



Für Erhalt des Versorgungsniveaus

hatte die KVB – damals gab es das Bündnis noch nicht – über 200 000 Patientenunterschriften gegen das Vorschaltgesetz gesammelt, vom Bündnis selbst wurden in den Praxen und bei den Aktionstagen weitere 100 000 Protest-Unterschriften („Rote Karte gegen Rot-Grün“) von Patienten und Bürgern zusammengetragen. Dazu

kommt die erfolgreiche bundesweite „Knöllchen-Aktion“ der Zahnärzte.

Das Bündnis für Gesundheit Bayern bestätigt die Richtigkeit einer alten Weisheit von Henry Ford: „zusammenkommen ist der Anfang, zusammenarbeiten der Erfolg“.

Hans-Georg, Roth, KVB

Neue Aktion „Rezepthülle“

Die Abschaffung der budgetablösenden Richtgrößen und die Wiedereinführung von Budgets für Arznei- und Heilmittelverordnungen war einer der Kernpunkte des Vorschaltgesetzes. Spätestens seit Mitte des Jahres ist klar, daß diese Budgets in vielen Regionen nicht ausreichen werden. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Spitzenverbände der Krankenkassen und Bundesregierung haben im Herbst gemeinsam ein Aktionsprogramm gestartet, um die erwarteten Überschreitungen wenigstens zu dämpfen. Zu diesem Zeitpunkt stand für einige Regionen bereits fest, daß eine Einhaltung des Budgets nicht mehr möglich ist. In allen übrigen Regionen führt die verzögerte Datenlieferung dazu, daß bis zuletzt Ungewißheit über die tatsächliche Ausschöpfung besteht.

Um diese Maßnahme den betroffenen Patienten zu erklären und ihnen gleichzeitig die Gelegenheit zu einer eigenen Meinungsäußerung zu geben, hat das Bündnis für Gesundheit für den Dezember die Aktion „Rezepthülle“ aufgelegt. Wie läuft diese Aktion ab? Der Arzt übergibt dem Patienten das Rezept in einer bedruckten Hülle. Das Bündnis informiert damit den Patienten über die durch das Budget drohenden Einschränkungen bei Arznei- und Heilmitteln und über die akute Maßnahme im Monat Dezember. Der Patient kann sich mit seiner Unterschrift gegen das Budget aussprechen. Die Unterschriften werden Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer übergeben. Abgegeben werden kann der Protestbrief beim Arzt, beim Apotheker, beim Masseur oder Krankengymnasten.

Bis zum letzten Tag des Jahres werden die bayerischen Vertragsärzte dafür sorgen, daß das Notwendige verordnet wird. Dies gilt für Arzneimittel ebenso wie für den Heilmittelbereich. Es wird auch dafür gesorgt, daß diese Aktion zu keiner zusätzlichen Verunsicherung der Patienten führt. Im Gegenteil: bei allen bisherigen Maßnahmen des Bündnisses für Gesundheit wurde darauf geachtet, daß die durch den Gesetzgeber induzierte Unsicherheit nicht unnötig verstärkt wird. Allerdings wird deutlich, daß eine solche Budgetierungspolitik auf Dauer keine Basis für ein funktionierendes Gesundheitswesen sein kann.

Dies zeigt: das Bündnis für Gesundheit Bayern ist weit mehr als eine Interessenvertretung der Heilberufe. Es setzt sich für die berechtigten Interessen der Patienten im Sinne einer medizinischen Versorgung auf hohem Niveau ein. Wie immer die Politik über die Gesundheitsreform entscheidet: Das Bündnis für Gesundheit Bayern wird weiterarbeiten.

In dieser Situation empfiehlt die KVB allen Vertragsärzten in Bayern, ihre Arzneimittelverordnung zum jeweils geeigneten Zeitpunkt auf N2- und später auf N1-Packungen umzustellen. Damit wird für das Jahr 1999 das Budget nur noch mit der Packungsgröße belastet, die den Bedarf bis zum Jahresende deckt.

Die KVB hat bereits ein Empfehlungsschreiben zur Arznei- und Heilmittelverordnung und zur Aktion „Rezepthülle“ an alle Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Bayern versandt. Weitere detaillierte Informationen sind bei der Landesgeschäftsstelle der KVB erhältlich.

BLÄK und KVB

Die Freiheit des Arztes ist auch die Freiheit des Patienten

Die Vertreterversammlung der KVB hat am 20. November 1999 folgenden Leitantrag des Vorstandes beschlossen

Das abgelaufene Jahr war geprägt von einer in dieser Form noch nie dagewesenen Richtungsdiskussion über die Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens.

Die rot-grüne Regierungskoalition setzt dabei auf Budgets, Dirigismus und Bürokratie. Die Individualität und Einzigartigkeit der Arzt-Patienten-Beziehung wird überlagert durch Regularien und Begrenzungen. Leitlinien sollen in diesem System dazu dienen, unter Budgetbedingungen Leistungen zu erzwingen, die nicht mehr finanziert werden. Sie können auch dazu führen, Patientengruppen von bestimmten Innovationen auszugrenzen, weil gesundheitsökonomische Kosten-Nutzen-Betrachtungen dies nahelegen. Letztlich helfen sie so eine Rationierung zu begründen, die nicht als solche bezeichnet wird.

Die bayerische Ärzteschaft hat – gemeinsam mit den Partnern im Bündnis für Gesundheit – ihre grundsätzlichen Positionen mehrfach dargestellt. Mit dem von der Bundesregierung vorgegebenen Eiltempo seit Herbst 98 war von vornherein klar: Diese Auseinandersetzung wird nicht argumentativ geführt, die Bundesregierung hat sie zur Machtfrage mutieren lassen.

Offen ist heute die existentiell wichtige Frage, auf welche gesetzlichen Regelungen sich die Ärzteschaft kurzfristig zum 1. Januar 2000 einstellen muß. Die Erfahrung, daß berufliche Perspektiven in diesem Bereich nicht mehr planbar ist, verschärft sich damit von Jahr zu Jahr, von Quartal zu Quartal.

Offen ist aber auch die Frage, wie sich der inhaltliche Zielkonflikt im Gesundheitswesen auflöst, wenn die Machtfrage entschieden ist und die Akteure zu einer vernünftigen Gesprächssituation zurückfinden. Auf diese Phase müssen sich jetzt die Bemühungen aller Beteiligten konzentrieren.

Aktuell geht es nun darum, Lösungen für die Probleme zu finden, die durch das Solidaritätsstärkungsgesetz erst geschaffen wurden. Hierfür steht die rot-grüne Koalition in der alleinigen Verantwortung. Sie hat ein GKV-System mit ausgeglichener Bilanz und schwarzen Jahresabschlusszahlen übernommen. Heute, ein Jahr nach dem Wechsel, schreibt die GKV – trotz oder gerade wegen der Neueinführung von Budgets und der Abschaffung liberaler Regelungen wieder rote Zahlen. Hierfür andere Gruppen in die Verantwortung zu nehmen und nach Konzepten zu fragen, ist politisch unehrlich.

In dieser schwierigen Situation appellieren die bayerischen Vertragsärzte an die Vertreter der Länder im Bundesrat, sich durch politisch aufgebaute Drohszenarien in ihrer freien Entscheidung nicht unter Druck setzen zu lassen.

Eine Gesundheitsreform mit dieser Tragweite darf nicht im Hauruckverfahren im Vermittlungsausschuß geregelt werden. Nur eine gemeinsame, auf Konsens mit den Beteiligten ausgerichtete Lösung hat Chancen, die Probleme im Gesundheitswesen zum Wohle unserer Patienten längerfristig zu lösen.

Gesundheit für alle – der Weg der gesetzlichen Krankenversicherung ins nächste Jahrtausend

Fachsymposium der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände Bayern am 27. Oktober 1999

Das Künstlerhaus am Lenbachplatz in München bildete den angemessenen Rahmen des halbtägigen Fachsymposiums der bayerischen Krankenkassen im Rahmen der „Millenniumsfeierlichkeiten“, die der Freistaat Bayern initiiert hat.

Intention der Veranstaltung der bayerischen Krankenkassenverbände war es, in einem wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Diskurs zu Gesundheits- und Versorgungszielen Anregungen und Perspektiven der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) an der Schwelle zum nächsten Jahrtausend aufzuzeigen.

Vor den interessierten Zuhörern aus vielen gesundheitspolitischen und institutionellen Bereichen des bayerischen Gesundheitssystems führte Dr. Rainer Will, Vorsitzender des Verwaltungsrates der AOK Bayern, in das Thema ein. Zentrale Frage sei die Richtung und der Weg, den die GKV im nächsten Jahrtausend einschlagen müsse, um ihre Aufgabe zu erfüllen, und dies vor dem Hintergrund, daß derzeit keiner wisse, wie es mit dem Gesetzesvorhaben der Gesundheitsreform 2000 weitergeht. Will nannte unter anderem die demographische Entwicklung, die Versorgung multimorbider und chronisch Kranker, die Qualität der medizinischen Versorgung, die wachsenden Ansprüche und Anforderungen der Versicher-

ten, die zunehmende Zahl an Behandlern und den engen Finanzrahmen als Kernprobleme der GKV. Dem Postulat der Bundesregierung, der Beitragssatzstabilität seien Grenzen gezogen, wenn alle der GKV zugeordneten Aufgaben erfüllt und Rationierung vermieden werden soll. Will sprach hier auch den „Sprengsatz monistische Finanzierung“ an und plädierte gegen ein zentralistisches Vorgehen und für einen landesspezifischen Weg der gemeinsamen Planung von GKV und bayerischem Staat.

Staatsministerin Barbara Stamm ließ in ihrem Grußwort keine Zweifel daran, wie sie die Gesundheitsreform 2000 einschätzt: sie bedeute Unfreiheit und Entmündigung, sei gekennzeichnet von Mißtrauen gegen die Leistungserbringer und sei planwirtschaftlich. Die Budgets seien der Weg in die Ra-

tionierung und die Zweiklassenmedizin. Ihrer Überzeugung nach müßten folgende Fragen auf den Tisch: die Kopplung der Einnahmen der GKV an das Arbeitsentgelt, die fehlende Flexibilität des Systems für die Versicherten, denen Möglichkeiten wie Kostenerstattung, Wahlleistungen usw. zur eigenverantwortlichen Wahl stehen sollten (Zitat: „Der mündige Bürger wird gefordert, aber es darf ihn nicht geben“), mehr Wettbewerb zwischen den Krankenkassen und dies auch bundeslandspezifisch (Zitat: „Nicht alle Krankenkassen müssen überleben“). Regionale Lösungen müßten gefunden werden für den Risikostrukturausgleich (RSA) und die Beitragssätze der Krankenkassen. Aber auch die Strukturen von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen seien neu zu überdenken. Mit Vehemenz wandte sich die Staatsmini-

sterin gegen Äußerungen der Krankenkassen, daß bei einem Scheitern der Gesundheitsreform 2000 im Bundesrat die Beitragssätze steigen müßten.

Unter der Moderation von Gerhard Schulte, Vorsitzender des Vorstandes, BKK Landesverband Bayern, schlossen sich die Fachvorträge des Symposiums an.

Professor Dr. Eberhard Wille, Universität Mannheim, Stv. Vorsitzender des Sachverständigenrates, nannte in seinem Referat „Die GKV zwischen Ausgabenexpansion und Einnahmenschwäche“ die wichtigsten Determinanten der Ausgabenentwicklung. Auf der Angebotsseite seien dies vor allem die angebotsinduzierte Nachfrage, der technische Fortschritt, Preissteigerungen im dienstleistungsintensiven Gesundheitswesen, die höher seien als in der sonstigen Wirtschaft (Zitat: „Dies gilt auch für Frisöre und die Berliner Philharmoniker“) und ein zunehmender Hang zur sogenannten Defensivmedizin, um potentiellen Regressen vorzubeugen. Auf der Nachfrageseite würde sich vor allem auswirken die demographische Entwicklung hin zu älteren und multimorbiden Patienten, die Zunahme von Single-Haushalten, die mehr externe Hilfe bei Gesundheitsproblemen bedürfen, die Veränderung des Krankheitsspektrums hin zu langwierigen, chronisch-degene-

Gripeschutzimpfung.
Damit Sie ohne Probleme durch
den Winter kommen.



Die Information der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns

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

Plakate und Informationsbroschüren für die Praxis können bei Interesse angefordert werden über die Pressestelle der KVB, Arabellastraße 30, 81925 München, Telefax 0 89/9 20 96-1 9S.

rativen Krankheiten, die gestiegene Anspruchshaltung gegenüber der medizinischen Versorgung und der Anreiz, den nahezu umfassenden Versicherungsschutz übermäßig in Anspruch zu nehmen.

Im Hinblick auf die Einnamenschwäche der GKV stellte Wille fest, daß die Arbeitsentgelte deutlich schwächer stiegen als das Bruttoinlandsprodukt und die Kapitalerträge. Zu dieser schwach wachsenden Finanzierungsbasis müßten andere Finanzierungsmöglichkeiten gefunden werden. Dabei verspricht sich Wille die effektivsten Möglichkeiten von einer Eingrenzung des Leistungskataloges und/oder zusätzlicher Mittelaufbringung durch Änderung der Beitragsgestaltung und einer Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven. Zu letzterem Punkt müsse allerdings in Betracht gezogen werden, daß das Gesundheitswesen ein arbeitsintensiver Bereich sei, in dem schwer zu sparen sei und es neben der viel zitierten „Übersversorgung“ auch Defizite gebe. Auch eine wie auch immer geartete Umstrukturierung des Gesundheitssystems koste Geld.

Im Hinblick auf die Gesundheitsreform 2000 kritisierte Wille die offensichtliche Undurchführbarkeit der Umsetzung des Globalbudgets: die vom Gesetzgeber vorgesehenen Vorschriften führten sich selbst ad absurdum. Weiterhin sei die Europäisierung im Gesetzesentwurf nicht berücksichtigt. Deutschland könne sein eigenes Sozialsystem zwar nach innen hin abschotten, nach außen hin müsse zum Beispiel die Kostenerstattung zugelassen werden.

Dr. Xenia Scheil-Adlung stellte in ihrem Referat „Internationale Gesundheitsreformen: Trends und innovative Ansätze“ fest, daß die Proble-

me des deutschen Gesundheitswesens die gleichen sind, wie in vielen anderen europäischen Ländern und den USA: Finanzierung, Zugang zu den Gesundheitsleistungen, Honorierung der Anbieter, Leistungseinschränkungen, Effizienz im Management und Organisation und die demographische Alterung. Als Gegenstrategie würden derzeit, oft auch sehr kontrovers, die Rollen von Staat versus Markt diskutiert, ebenso die Privatisierung zumindest von Teilen der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung, mehr Wettbewerb und Leistungserbringern und Krankenkassen sowie der Pharmaindustrie und die „Auslagerung“ von Kosten aus dem Gesundheitssystem, wie zum Beispiel die Pflege. Budgetierungen seien zwar einerseits ein Anreiz zum „haushalten“, würden jedoch andererseits die Entwicklung hin zu einer Grundversorgung, zur zeitlichen Verschiebung von Behandlungen, zur vorschnellen Entlassung aus Krankenhäusern und zur Nichtgewährung von Leistungen aus ökonomisch motivierten Gründen begünstigen. Aus der Erfahrung in den USA und einigen europäischen Ländern wie Xenia Scheil-Adlung auf Risiken hin, die Praxisnetzwerke beinhalten könnten: eine geringere Vergütung der Leistungserbringer, Kontrolle der Therapie- und Versorgungspraxis von Ärzten und die Überwachung „kostenintensiver“ Patienten. In den USA hätte sich gezeigt, daß Netzwerke oft kosteneffektiv für die Versicherungen arbeiteten, daß jedoch im Hinblick auf die medizinisch-ethischen Aspekte und die „soziale Differenzierung“ Defizite auftreten könnten.

Professor Dr. Bernhard Badura, Universität Bielefeld, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, stellte zu Anfang seines Referats „Gesundheitsziele, Versorgungsziele und

normative Festlegung des Leistungsangebots“ fest, daß in der derzeitigen Diskussion im Gesundheitswesen die Definition von Zielen fehle. Ohne Zielbestimmung könne keine Erfolgsbewertung und ohne Erfolgsbewertung keine rationale Allokation knapper Ressourcen durchgeführt werden. Badura sieht für eine Neupositionierung des Staates seine Aufgabe im Setzen, Überwachen und Weiterentwickeln der Rahmenbedingungen und Spielregeln. Normativ vom Staat festgelegt werden sollte nach Baduras Meinung sowohl ein Bundesqualitäts- als auch ein Bundesinformationsgesetz.

Zur Weiterentwicklung der GKV setzt Badura auf eine Weiterführung der „Lahnsteiner Linie“ mit einer Stärkung der Krankenkassen im solidarischen Wettbewerb.

In der anschließenden Podiumsdiskussion war vor allem

die Integrationsversorgung und Praxisnetze ein Schwerpunkt, der kontrovers diskutiert wurde. Fazit war, für eine neutrale Beurteilung und Bewertung von Praxisnetzwerken würden verlässliche Daten noch fehlen und in Hinblick auf die Integrationsversorgung sei in der Gesundheitsreform 2000 eine Evaluation gar nicht erst vorgesehen und damit Daten zu einer zukünftigen Bewertung nicht zu erwarten.

Das Schlußwort von Mathias Sehling, Leiter der VdAK/AEV-Landesvertretung Bayern, wurde nach den in die Zukunft weisenden, um Lösungen für die Probleme des Gesundheitswesens bemühten Vorträge und der offenen, oft selbstkritischen Diskussion von vielen Teilnehmern des Symposiums als unerwartet kämpferisch empfunden.

Dr. rer. nat. Gabriele Ulrich, Stabsstelle Strategie, KVB

Gesundheitsschutz für Bildschirmarbeiter

Anfang 2000 gilt die Bildschirmarbeitsverordnung für alle Bildschirmarbeitsplätze

die wichtigsten Regelungen:

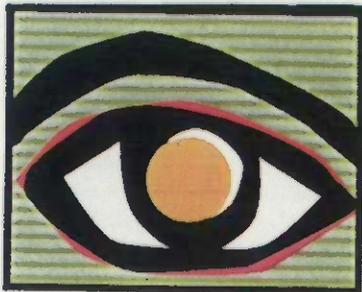
- Tageslichteinfall muß regulierbar sein
- Bildschirme dürfen nicht flimmern
- Bildschirme müssen frei und leicht dreh- und neigbar sein
- regelmäßige Unterbrechung der Arbeit muß ermöglicht werden
- Lärm darf max. 55 dB(A) betragen
- Arbeitgeber müssen über Gesundheitsschutz unterweisen
- bei Bedarf müssen Arbeitgeber Fußstützen anbieten
- Arbeitgeber müssen regelmäßige Augenuntersuchungen ermöglichen, evtl. Sehhilfen zur Verfügung stellen

Quelle: IG Metall

IG Metall 99 05 148

Übergangsfrist läuft ab

Ende 1999 müssen alle Bildschirmarbeitsplätze in Deutschland der Bildschirmarbeitsverordnung (Bildscharb V) genügen, die seit Januar 1997 in Kraft ist. Sie definiert die Pflichten von Arbeitgebern bezüglich der Gestaltung der Arbeitsplätze. Darüber hinaus müssen die Mitarbeiter über Gesundheitsschutz-Notwendigkeiten informiert werden. Für Arbeitsplätze, die vor dem 20. Dezember 1996 eingerichtet wurden, gibt es eine Übergangsfrist – die läuft am 31. Dezember 1999 ab.



„Blickpunkt IT-Kooperation“

am 27. und 28. Oktober 1999 in Dortmund

Drei KVen ziehen an einem Strang: Bayern, Nordrhein und Westfalen-Lippe. Gemeinsam bilden sie die sogenannte IT-Kooperation. IT steht für Informationstechnologie. In der IT-Kooperation arbeiten Fachexperten, Analytiker und Entwickler aus den drei KVen zusammen. Sie haben sich zum Ziel gesetzt, ihr Know-how im Bereich der EDV zu bündeln. Ziel der koordinierten Arbeitsteilung ist – neben der Kostenersparnis – die Vereinheitlichung der Datenverarbeitung im Kerngeschäft der Kassenärztlichen Vereinigung. Darunter fallen die Bearbeitung der eingehenden Abrechnungen bis hin zur Honorarauszahlung und die Sicherstellung, dort insbesondere die Führung des Arztregisters, die Bedarfsplanung und die Organisation des Bereitschaftsdienstes. Hierfür werden derzeit die Abläufe optimiert, um sie letztendlich den neuen Anforderungen im Gesundheitswesen und des EDV-Marktes anzupassen.



Dr. Rüdiger Balthasar, Hauptgeschäftsführer der KV Westfalen-Lippe (links); Dr. Lothar Wittek, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (rechts)

Die Ergebnisse, Konzepte und Vorgehensweisen wurden jetzt auf der Veranstaltung „Blickpunkt IT-Kooperation“ in Dortmund vorgestellt.

In Vorträgen, Workshops und Fachdiskussionen informierten sich die Experten und Mitarbeiter der Partner-KVen gegenseitig über die gemeinsame Arbeit und die ersten Erfolge.

Entstehung, Organisation und Ziele

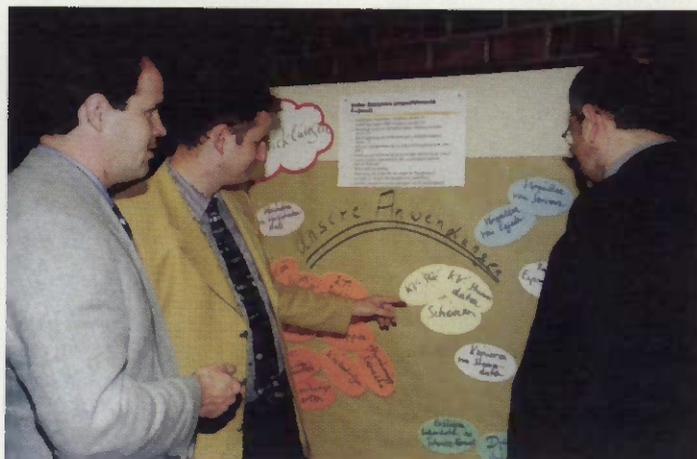
In einem Rückblick stellte Dr. Rüdiger Balthasar, Hauptgeschäftsführer der KV Westfalen-Lippe, die Entstehung, Organisation und Ziele der Kooperation dar. Die Kooperation wurde vor vier Jahren gegründet. Ursprünglich waren elf KVen an diesem Pro-

jekt interessiert. Jetzt wird die Kooperation von den drei größten KVen gebildet, die damit fast die Hälfte der deutschen Kassenärzte repräsentieren. Neben der Nutzung von Synergieeffekten und Einsparung von Kosten hat sich die IT-Kooperation zum Ziel gesetzt, den Kunden – Ärzten und Mitarbeitern – neue verbesserte Dienstleistungen anzubieten, die Informationsversorgung zu verbessern und die Abrechnung sicherer, flexibler und schneller durchzuführen.

Die Kooperation setzt sich zusammen aus dem Lenkungsausschuß, dem Arbeitsausschuß und fünf fachbezogenen Arbeitsgruppen, den sogenannten Kompetenzzentren (CoC) mit zentralen Diensten. Zusätzlich wird das Projekt professionell von einem externen Projektmanager betreut. Um Ressourcen optimal einzusetzen, werden die Kompetenzzentren jeweils federführend von einer KV betreut. Fachexperten,



Blick In das Plenum



Vorstellung der Kompetenzzentren

Entwickler und Systemanalytiker arbeiten gemeinsam an einem Schwerpunkt:

- KV Bayern: CoC Strategische Informationssysteme, CoC Abrechnung I
- KV Nordrhein: CoC Abrechnung II
- KV Westfalen-Lippe: CoC Sicherstellung, CoC Bürokommunikation, Dokumentation und Archivierung

Status der IT-Kooperation

Bernhard Brautmeier, Hauptgeschäftsführer der KV Nordrhein, gab einen Einblick zum aktuellen Stand der IT-Kooperation. Um möglichst kostengünstig, aber flexibel an den Projekten zu arbeiten, mußten zuerst die Entwicklungssysteme, Programmiersprachen und Benutzeroberflächen vereinheitlicht werden. Das ist geschehen. Die Anwendungsentwicklung in allen drei KVen ist einheitlich. Ebenso die benutzten Netzwerke, Datenbanken und Richtlinien für die Hardwarebeschaffung. Hier steht auch wieder das Ziel im Vordergrund, die Arbeitsabläufe des Kerngeschäfts in den KVen, die in allen 23 Körperschaften im Bundesgebiet gleich sind, zu vereinheitlichen. Überall wird es nie gehen, dafür sind insbesondere die einzelnen Honorarverteilungsmaßstäbe zu unterschiedlich.

Zukunfts- perspektiven der IT-Kooperation

Um das Unternehmen „Kassenärztliche Vereinigung“ in der Zukunft wettbewerbsfähig zu halten, fordert der Projektmanager der Kooperation, Dr. Michael Neu-

bauer, Informationstechnologie überall dort einzusetzen, wo wenig Dynamik vorhanden ist (zum Beispiel Abrechnung und Sicherstellung). Damit wird Stabilität geschaffen und so das Massengeschäft vereinfacht. Gleichzeitig soll die Eigenverantwortung der Mitarbeiter in der täglichen Arbeit dort gestärkt werden, wo dynamische Prozesse ablaufen (zum Beispiel Gesetzgebung, EBM und HVM).

Strategische Informationssysteme und Gesundheitsstrukturgesetz

Die Datenverarbeitung hat in der Gesundheitspolitik eine neue Bedeutung bekommen. Dr. Lothar Wittek, Vorsitzender der KVB, verdeutlicht dies am Beispiel der aktuellen Diskussion um das Arzneimittelnbudget. Nur mit fundierten Zahlen können die Ärzte begründen, warum sie Budgets und die derzeit gültige Preisgestaltung ablehnen. Strategische Informationssysteme können hierbei wie auch in der internen Diskussion unter den Ärzten konkrete Entscheidungshilfen aufzeigen. Damit wird deutlich: Informationstechnologie bestimmt immer mehr die Dienstleistung, auch in der KV. Gleichzeitig induziert die EDV allerdings auch den größten Teil der Kosten.

Für den Fall, daß das Gesundheitsstrukturgesetz kommt, sieht Dr. Wittek die Aufgabe der KV darin, sich zu behaupten. Eine gute Datenbasis ist hierbei unerlässlich. Nur so können dynamische Entwicklungen rechtzeitig erkannt werden bzw. weit verbreitete Ammenmärchen widerlegt werden. So läßt sich zum Beispiel widerlegen, daß es die sogenannte Kostenexplosion im Gesundheitswe-

sen nie gegeben hat. Die Zahlen zeigen, daß die Ursache des Defizits in der Krankenversicherung nicht durch einen Anstieg der Ausgaben verursacht wurde, sondern aufgrund der sinkenden Einnahmen der Krankenkassen. Hier sei dringend notwendig, so Dr. Wittek, die Einnahmeflexibilität der Krankenversicherung zu verbreiten.

Zielkonflikt der KVen

Dr. Christian Thieme, Leiter der Stabstelle Strategie der KVB, meint, die KVen sollten in Zukunft nicht nur versuchen, Wege zu finden nicht unterzugehen, sondern stattdessen selbst aktiv zu agieren und die Zähne nach außen

Die Kompetenzzentren Strategische Informationssysteme (KVB)

Ziel eines strategischen Informationssystems ist es, kontinuierlich Informationen zur Verfügung zu stellen, aber auch bestimmte – schnell benötigte – Informationen aufzubereiten. Neben ad hoc-Abfragen sind damit Statistiken und Hochrechnungen zu sämtlichen Fragen der Leistungsabrechnung und Honorierung gemeint. Mit diesem Informationsdienst wird die Flexibilität bei Standardabfragen erhöht und die Entscheidungsgrundlagen der Selbstverwaltung und Verwaltung verbessert.

Kompetenzzentrum Abrechnung I (KVB)

Die Abrechnung Teil 1 beinhaltet den Eingang, die maschinell und manuell vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung und den Vollzug der Begrenzungsmaßnahmen des EBM (zum Beispiel Praxisbudget) bei den eingereichten Abrechnungen von Ärzten, Krankenhäusern, Instituten und nichtärztlichen Therapeuten.

Kompetenzzentrum Abrechnung II

Die Abrechnung Teil 2 beinhaltet zum einen die Rechnungslegung gemäß den Gesamtverträgen und sonstigen vertraglichen Regelungen gegenüber den Kostenträgern und zum anderen die Honorierung der Ärzte gemäß den Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabes.

Kompetenzzentrum Sicherstellung

In diesem Projekt wurden Anwendungen erarbeitet, die die Verwaltung und Pflege von Stammdaten ermöglicht. Damit ist gemeint, daß mehrere Fachabteilungen und einzelne Sachbearbeiter der Verwaltung gleichzeitig Zugriff zu allen relevanten Stammdaten der Vertragsärzte (zum Beispiel Eintrag im Arztregister, Bildungsnachweis, Genehmigungen) haben.

Kompetenzzentrum Bürokommunikation, Dokumentation, Archivierung

In dieser Arbeitsgruppe werden für alle Mitarbeiter der KVen EDV-gestützte Arbeitsmittel erstellt, um die Verarbeitung von Dokumenten und die Kommunikation – intern und extern – zu vereinfachen und zu beschleunigen.

zeigen. Besonders wichtig ist das derzeit beim Gesetzentwurf. Hierbei wird der Zielkonflikt, in dem sich die Körperschaften derzeit befinden, deutlich: Zum einen steigt durch das politische Umfeld die Notwendigkeit, noch stärker die Interessen der Kassenärzte zu vertreten, zum anderen wird von den KVen im Rahmen des Gewährleistungsauftrags verlangt, eine größere Ordnungsfunktion gegenüber ihren Mitgliedern auszuüben. Hierbei sei zwingend notwendig, so Dr. Thieme, im Vorhinein auf die Politik Einfluß zu nehmen und nachher Bilanz zu ziehen. Dafür hat die Informationstechnologie eine Mitverantwortung. So kann die strategische Effizienz gesichert werden. Kritische Sachverhalte können antizipiert werden. Entwicklungen können frühzeitig erkannt und die Glaubwürdigkeit erhöht werden. Je besser die Informationsbasis der KVen ist, um so besser können sie sich als Marktführer behaupten. Mit Information alleine ist das nicht getan, aber sie ist notwendig.

Die Teilnehmer der Veranstaltung planen, sich in einem Jahr wiederzutreffen und die neuen Ergebnisse vorzustellen.

mal

Richtlinien des Vorstandes der KVB zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte

Der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat am 8. Oktober 1999 folgenden Beschluß gefaßt:

1. Die „Richtlinien des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns zur Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte vom 26. März 1999“ werden wie folgt geändert:

1. Ziffer 1 Satz 2 erhält folgenden Wortlaut:

„Die Förderung ist gemäß § 1 der 'Vereinbarung' bundesweit entsprechend dem geschätzten Ersatzbedarf auf 1500 Stellen im Jahre 1999 und auf 3000 Stellen im Jahre 2000 begrenzt. Entsprechend Anlage 1 der 'Vereinbarung'“

entfallen demzufolge im Jahr 1999 263 Förderstellen und im Jahr 2000 526 Förderstellen auf die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns.“

2. Ziffer 2.2 Satz 1 erhält folgenden Wortlaut:

„Im Jahr 1999 werden bis zu 263 Weiterbildungsstellen und im Jahr 2000 bis zu 526 Weiterbildungsstellen gefördert.“

3. Ziffer 2.4 Satz 1 erhält folgenden Wortlaut:

„Durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns werden im Haushaltsjahr 1999 Fördermittel in Höhe von 6 312 000,- DM und im Haushaltsjahr 2000 Fördermittel in Höhe von 12 624 000,- DM für die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung in Praxen niedergelassener Vertragsärzte in den Haushalt eingestellt.“

4. Ziffer 2.6 Satz 3 erhält folgenden Wortlaut:

„In einer Praxis kann eine Weiterbildungsstelle, die mit dem selben Weiterbildungsassistenten besetzt ist, innerhalb des Gültigkeitszeitraumes der 'Vereinbarung' höchstens bis zu 18 Monate, bei Halbtagsbeschäftigung bis zu 24 Monate gefördert werden.“

5. Ziffer 3.5 Satz 1 wird wie folgt geändert:

Die Formulierung „gem. § 4 Satz 3 Ziffer 2 Satz 2 der Vereinbarung“ wird durch die Formulierung „gemäß § 4 Satz 3 Ziffer 1 der Vereinbarung“ ersetzt.

6. Ziffer 3.5 Satz 2 und Anlage 1 werden ersatzlos gestrichen.

II. Die Änderungen treten mit ihrer Bekanntgabe im Bayerischen Ärzteblatt rückwirkend zum 1. Januar 1999 in Kraft.

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat am 20. November 1999 mit Feststellung des Haushaltsplanes 2000 der KVB die erforderlichen Fördermittel beschlossen.

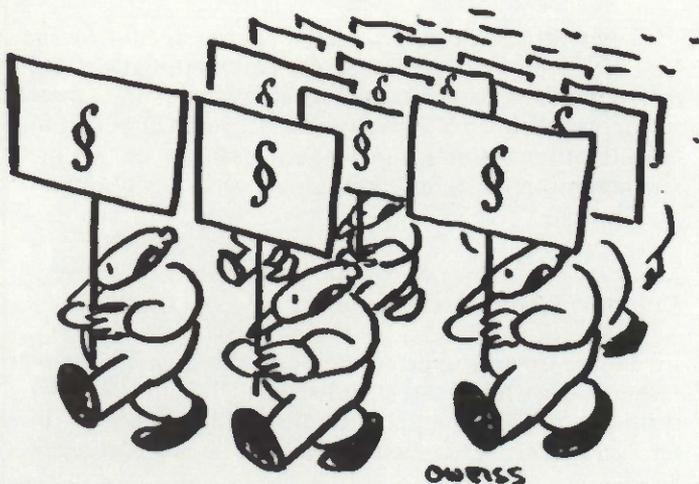
Änderung der Bereitschaftsdienstordnung (BDO-KVB)

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat am 20. November 1999 folgende Änderungen der Bereitschaftsdienstordnung (BDO-KVB) beschlossen:

Nach § 9 Abs. 2 Satz 1 BDO-KVB wird folgender Satz 2 eingefügt:

„Die in der Einsatzzentrale ein- und ausgehenden Telefon- und Funkgespräche sind auf Tonträger aufzuzeichnen. Die am Ärztlichen Bereitschaftsdienst teilnehmenden Ärzte sind darüber in geeigneter Weise durch die Bezirksstellen zu informieren. Die Tonbandaufzeichnungen sind unter Verschluss zu halten und dürfen nur solchen Personen zugänglich gemacht werden, die zur Wahrung von Privatgeheimnissen im Sinne von § 203 StGB verpflichtet sind. Die Tonbandaufzeichnungen dürfen nur so lange aufbewahrt werden, wie dies zur Aufgabenerledigung zwingend erforderlich ist.“

Das Nähere wird in den Ausführungsbestimmungen des Vorstandes gemäß Satz 1 geregelt.“





mike winson

Qualität entscheidet.

Erstklassiger Wein und langfristig rentable Geldanlagen haben eines gemeinsam: Das richtige Gespür für Qualität ist entscheidend für die erfolgreiche Auswahl. Die Bank Julius Bär hat ihre Sinne in mehr als hundert Jahren geschärft. Vertrauen auch Sie unseren erfahrenen Experten, die feinste Nuancen und Unterschiede der internationalen Finanzmärkte erkennen.

Julius Bär

THE FINE ART OF PRIVATE BANKING

BANK JULIUS BÄR

Zürich: Manfred Wergen, 0041 (1) 228 57 07; Peter Schmid, 0041 (1) 228 53 81

Gruppen-Präsenz: Zürich, Genf, London, New York, Frankfurt, Amsterdam, Paris, Mailand, Wien, Luzern, Zug, Lugano, Lausanne, Monaco, Guernsey, Montreal, Grand Cayman, Palm Beach, Los Angeles, San Francisco, Hongkong;

www.juliusbaer.com

Alltag in der Altöttinger Chirurgie

Nicht nur die Dinge richtig, sondern die richtigen Dinge tun

High-Tech, menschliche Zuwendung und Management – Arbeitsalltag als ärztlicher Direktor

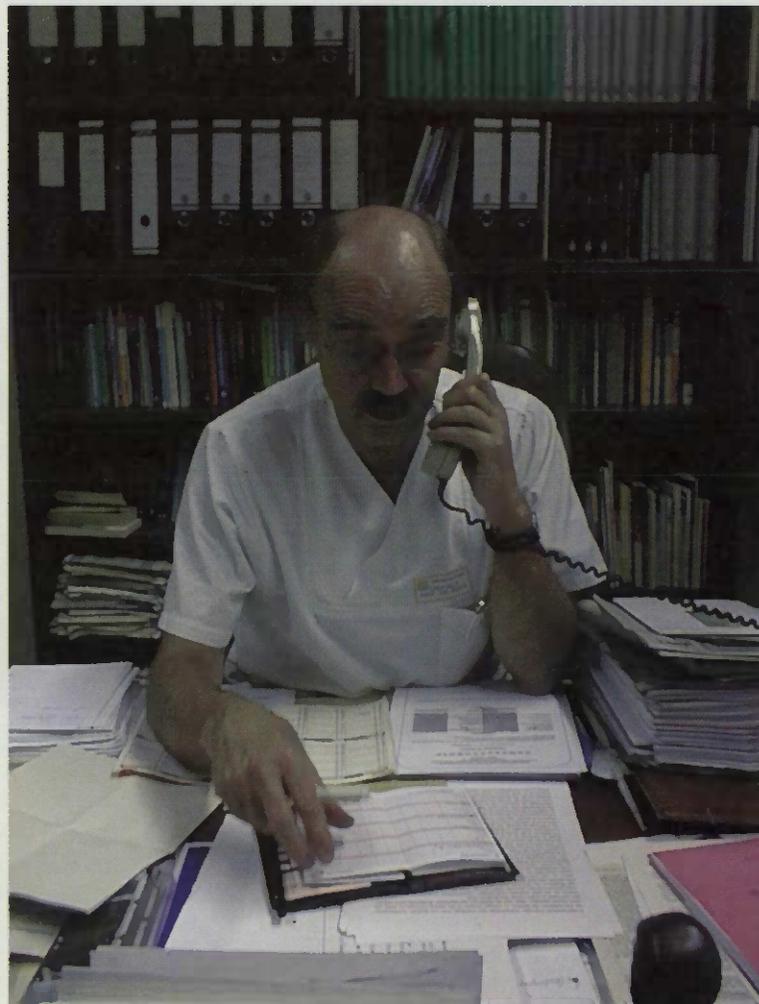
Ärzte und ihre Realitäten

High-Tech-Arzt auf der Intensivstation eines Krankenhauses oder engagierter Hausarzt auf dem Lande? Wunderheiler, rastloser Doc, Promi-Arzt? Arzt immer mit dem „Ohr am Patienten“, über beide Ohren in der wissenschaftlichen Forschungsarbeit oder hinter enormen Aktenbergen und Statistiken? Großverdiener, Tarifgehalt oder eher am unteren Ende der Einkommensskala? Viele Facetten hält der Medizinerberuf vor, aber auch viele Klischees über Ärztinnen und Ärzte kursieren in der Öffentlichkeit – selbst in der innerärztlichen.

In einer Serie „Ärzte und ihre Realitäten“ veröffentlicht das Bayerische Ärzteblatt in loser Abfolge Ärzteportraits, die den Leser „hinter die Kulissen“ blicken lassen und ihm das breite Leistungsspektrum ärztlichen Tuns aufzeigen sollen. Vorgestellt werden Ärztinnen und Ärzte, ihre Arbeitswelt, ihr Berufsverständnis, ihr Arbeitsleben, aber auch ihre Wünsche, ihre Forderungen und ihre Ziele.

Daß es hierbei nicht um Werbung für einzelne sondern vielmehr um das exemplarische Aufzeigen geht, versteht sich.

„Einer von rund 58 000 in Bayern“ lautet das Motto.



Professor Dr. Hartwig Bauer

Bunte Kurven flimmern über den Bildschirm, hinter dem „Paravent“ aus grünem Tuch. Davor liegt der Patient. In Narkose. Wir sind in einem der sechs Operationssäle des Kreiskrankenhauses Alt/Neuötting, Schwerpunkt-Krankenhaus, Versorgungsstufe III, 414 Betten, sieben hauptamtlich geleitete Kliniken, zwei Belegabteilungen.

Laparoskopische Cholezystektomie steht auf dem OP-Plan. „Eine Standardoperation, die ich häufig vornehme“, sagt Professor Hartwig Bauer. „Häufig?“, frage ich skeptisch. Immerhin ist der 57-jährige Professor ärztlicher Direktor des Kreiskrankenhauses, Chefarzt der chirurgischen Abteilung, Schriftführer der Vereinigung Bayerischer Chirur-

gen, Mitglied in zahlreichen Verbänden, Gesellschaften und Organisationen, Autor von Fachpublikationen und Vorträgen, ausgezeichnet durch viele Ehrungen und Preise und, wie er sagt, „vor allem leidenschaftlicher Chirurg“. Bleibt da noch viel Zeit zum Operieren? „Und ob“, sagt Bauer. Wenn immer es seine Termine erlauben bzw. der Eingriff sein chirurgisches Können und seine Erfahrung verlangen, greift der Chef selbst zum Skalpell. Der gebürtige Eichstättler, der 1996/97 auch mal Präsident der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie war, leitet das Kreiskrankenhaus seit 1981. Bauer hat eine Doppelfunktion zu meistern: Chirurg und Manager zugleich muß er sein. Auch wenn der Spagat und das Arbeitspensum immer größer werden, hält Bauer die Anbindung eines ärztlichen Direktors an die Praxis – also ans Operieren und an die Patienten-

versorgung – für enorm wichtig. Für sich selbst und für die Akzeptanz bei den Kolleginnen und Kollegen. Ein Zehn- bis Zwölf-Stundentag komme da schon leicht zusammen. Für seine Hobbies – Laufen, Trekking, Höhenbergsteigen und Skifahren – und für seine Familie bleibt dem Vater zweier erwachsener Töchter freilich nur wenig Zeit.

Veränderten Rahmenbedingungen angepaßt

Dennoch ist an dem Professor nichts Hektisches oder gar Zerstreutes. Sein Arbeitstag beginnt, an diesem Dienstag mit der Chefarztbesprechung, in der es um organisatorische und politische Entscheidungen für das Kreis Krankenhaus geht. Neue EDV-Programme etwa, die ICD 10-Verschlüsselung oder der Jahresbericht stehen an. Auch werden die möglichen Auswirkungen des „Gesund-

komplettes Fallpauschalensystem bringen die Krankenhäuser in immer größere finanzielle Bedrängnis. Zwar hätten sich die Krankenhäuser in der Vergangenheit immer schon erfolgreich den veränderten Rahmenbedingungen angepaßt und neue Vorgaben schnell umgesetzt, doch „lassen sich die Individualität der Patienten und der Krankheitsverläufe eben nur schwer in Pauschalen pressen“. Ein weiterer Punkt des Gesetzentwurfes, die bessere Verzahnung von ambulanter und stationärer Medizin, sei doch ein „alter Hut“. Notfallambu-

Pendler zwischen OP, Station und Büro

Weiter geht's zur morgendlichen Röntgenbesprechung, in der – wie üblich – aktuelle Fälle mit der Kollegenschaft diskutiert werden. Danach pendelt Bauer eigentlich ständig zwischen OP, Station und Büro hin und her. Auf den Wegen von einem Ort zum anderen werden OP-Berichte ins kleine Aufnahmegerät diktiert, schnell noch mit einem Kollegen über einen Patienten gesprochen oder Termine ausgemacht.

Hilfe und hat sie mit dem Flugzeug nach Deutschland gebracht, da die Heilungschancen im Kosovo für die drei recht schlecht ausgesehen haben. Das Krankenhaus behandelt einen Patienten kostenlos. Die Kosten für die beiden anderen Kosovaren übernimmt eine Stiftung – sie könnten es sich auch nicht leisten. So liegen die jungen Kosovaren mit zerschossenen Beinen und Rücken in Altötting. Man sieht ihnen an, wie froh sie sind, hier zu sein, auch wenn sich die Verständigung nur auf ein paar Worte und Gesten beschränkt.



Chirurg aus Leidenschaft: Egal ob minimalinvasive ...



... oder konventionelle Eingriffe.

heitsstrukturgesetzes 2000“ diskutiert; speziell die Neukalkulation der pauschalieren Entgelte. Einig ist man sich, daß falls das komplette Fallpauschalensystem der AP DRGs kommt, das Kreis Krankenhaus als Referenz Krankenhaus fungieren möchte. „Mit dieser Rolle haben wir schon beim Gesundheitsstrukturgesetz 1993 positive Erfahrungen gemacht“, meint der Chefarzt, „da so die künftige Kalkulationsbasis für das Krankenhaus besser abzuklären ist“. Dem „Gesundheitsstrukturgesetz 2000“ steht Bauer eher kritisch gegenüber. Inhalte wie Globalbudget, landesweiter Gesamtbetrag oder

lanzen an Krankenhäusern gäbe es bereits schon und in ländlichen Gebieten, wie in Altötting, arbeite man gut mit niedergelassenen Chirurgen zusammen. Die Kooperation basiere hier nach dem Motto „jedem das seine“ und sei „weniger von Herzlichkeit als vielmehr von Pragmatismus“ geprägt.

Auch die ins Gesetz geschriebene monistische Krankenhausfinanzierung sieht Bauer skeptisch. In der Theorie sei das ja ganz bestechend, doch den Krankenkassen wachse hierbei eine enorme Macht, vor allem bei der Planung, zu. Das sei eine „fatale Entwicklung“.

Kurz und bündig, aber sehr herzlich ist die Art, mit der der Professor bei der Visite mit den Patienten umgeht. Mal klopf er einer älteren Patientin aufmunternd auf die Schulter, mahnt das zu hohe Körpergewicht seiner Patienten an, fragt nach Genesungsverläufen, Schmerzen oder Schwierigkeiten oder erklärt den weiteren Verlauf der Therapie. Für jeden nimmt er sich Zeit. Vor einem Zimmer auf seiner chirurgischen Abteilung machen wir halt. Dort liegen drei junge Kosovaren, mit schweren Schußverletzungen aus dem Bürgerkrieg. Ein befreundeter Arzt aus dem Nachbar-Landkreis engagiert sich in der Kosovo-

Weiter geht es von den Kosovo-Schicksalen zurück in den OP. „Gut 40 % der Eingriffe“, erklärt Bauer, „machen wir mittlerweile minimalinvasiv.“ Das sei zwar betriebswirtschaftlich für das Krankenhaus teurer, volkswirtschaftlich jedoch günstiger und für die Patienten weniger belastend.

Qualitätsmanagement und Ökonomisierung

Im OP ist nun schon alles vorbereitet für die Struma Operation. Einen Knoten operiert Bauer der jungen Frau heraus und läßt sofort einen histolo-

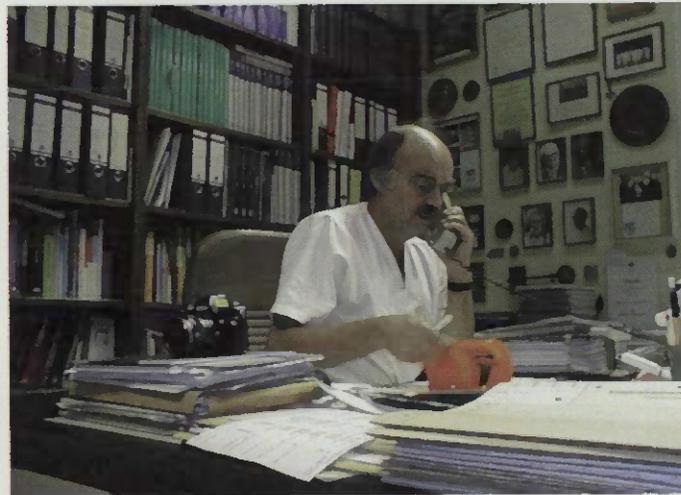
gischen Befund erstellen. Nach wenigen Minuten ist klar, daß es sich um nichts Malignes handelt. Alle im OP, der Professor und der Assistenzarzt, die beiden OP-Schwestern sowie der Pfleger, der gerade „hospitiert“, sind erleichtert.

Danach gibt es einen blitzartigen Rundgang durch alle OPs. Kurzer Blick auf das „Programm“ genügt und dann ist er drin im Saal, fragt nach, ob alles glatt läuft und schaut in die Runde. „Ich muß schon immer wissen, was gerade läuft“, sagt er mir lachend und ich muß mich dranhalten, um bei dem Tempo, das er vorlegt, mitzuhalten. Zwischendurch spricht er über dieses und jenes, die „patientenfreundliche Zeitgestaltung“ im Krankenhaus etwa oder das Qualitätsmanagement, das für ihn eine wichtige Rolle einnimmt. „Die Indikation einer jeden Operation sowie die ökonomische Evaluierung aller beteiligten Systeme müssen stimmen“. Doch Qualitätsmanagement umfaßt natürlich viel mehr. Eine Mitarbeiterbefragung habe jüngst gute Resultate beim Thema Kollegialität, Atmosphäre, Zusammenarbeit ergeben. „Hierarchie heißt Entscheidung und Verantwortung“, so Bauer, der das sogenannte Teamarztmodell der Bundesärztekammer etwas reserviert bewertet. Klar sei, daß der Chefarzt nicht überall dreinreden oder alles selber machen könne. Delegation und ein hohes Maß an Eigenverantwortlichkeit seien angesagt. Für unverzichtbar hält er es, mehr Transparenz für die Patienten zu schaffen. Keine Rankings und keine Hitlisten freilich, doch Leistungszahlen und Qualitätsberichte seinen ein guter Weg. Daher arbeitet Bauer auch in der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung (BAQ), die externe Qualitätssicherungsprogramme auflegt, aktiv mit. Auch gegen eine

zwingende Fortbildung für Ärzte hat er nichts einzuwenden. Bei sich am Kreiskrankenhaus sei dies ein Muß und nichts Schreckliches.

Ökonomische Aspekte überprüfen

Stichwort Ökonomisierung der Medizin. Wieder landen wir beim Thema Gesundheitspolitik. „Eine Rundumversorgung der Patienten und gleichzeitig der Zugang für alle zur Spitzenmedizin ist wohl künftig in der gesetzlichen Krankenversicherung



Auch eine Unmenge an Post ist zu bewältigen.

nicht mehr zu halten“, so seine düstere Prognose. Mehr Eigenverantwortung des einzelnen sei da gefordert. Auch die Medizinerinnen und Mediziner müßten wohl in der Zukunft noch stärker ihr Handeln auf ökonomische Aspekte hin überprüfen. „Es geht nicht nur darum die Dinge richtig, sondern darum die richtigen Dinge zu tun“, meint Bauer.

Von Demos und Großkundengebungen hält der Professor übrigens sehr wenig, denn die Patienten könnten in ihrer Summe nicht zum Verbündeten der Ärzte gemacht werden. Patient und Arzt – das sei vielmehr ein individuelles Verhältnis. Auch versteht

Bauer die große Aufregung um den gesundheitspolitischen Regierungskurs nicht. Die Entwicklungen in der Gesundheitspolitik wären doch abzusehen gewesen und zudem ist er überzeugt, daß auch viele Ärzte die neue Regierung gewählt hätten. Eine Entmythologisierung des Arztberufes sieht Bauer derzeit in unserer Gesellschaft vonstatten gehen. „Dies kann man bedauern. Man kann die Ethik weiterhin vor sich hertragen, aber es ist nun mal so“, stellt er lapidar fest. Die Bevölkerung könne nicht Übermenschliches von den Ärztinnen und Ärzten verlan-

„Verständigungsprobleme gerade bei Notfallpatienten sind an der Tagesordnung“, meint Bauer augenzwinkernd und versucht zu verstehen, was dem Patienten passiert ist und was ihm weh tut. Dann klärt er mit dem behandelnden Arzt die nächsten notwendigen Schritte ab.

Schwupps sind wir wieder oben im Organisationsbüro der Operationssäle. Zeit für einen Schluck Kaffee und die Erstellung der Operationspläne des morgigen Tages.

Leistung und Qualität müssen stimmen doch auch die Gehälter, sagt er, als wir wieder zurück in sein Büro eilen. „Die Beschäftigten im Krankenhaus“, so Bauer, „sind doch keine Beschäftigten zweiter Klasse“. Ausgehandelte Tarifsteigerungen für den Öffentlichen Dienst müssen auch unter einem Globalbudget eingehalten werden. Kürzungen und Streichungen führten nur zu Einbußen bei Motivation und Qualität. „Die Leute verlassen ja bei der hohen Arbeitslosenquote nicht fluchtartig die Krankenhäuser“, sie arbeiten nur nicht mehr gut und gerne.

Die „Indikations-Sprechstunde“ sowie eine Unmenge an Post und Büroarbeit erwarten ihn noch an diesem späten Nachmittag. Telefonate, Manuskripte, eine Anfrage der Passauer Neuen Nachrichten, und und und. Wie spät es heute wieder wird bei ihm, ist kaum zu sagen.

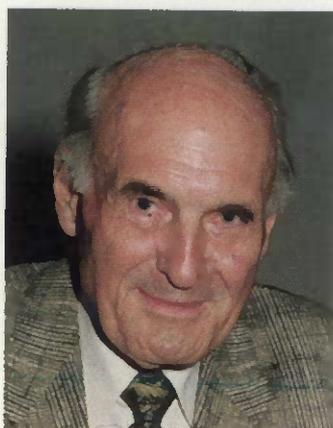
Im Krankenhaus kehrt langsam etwas Ruhe ein. In den Operationssälen ruht die Operationstätigkeit – außer bei Notfällen natürlich –, die Besucher verlassen nach und nach das Gebäude und auch die Patienten bereiten sich auf das Abendessen und die Nacht vor. Der letzte macht das Licht aus; meist ist es der Professor.

Dagmar Nedbal

Das Befreiungsrecht auf Dauer sichern

Die Bayerische Ärzteversorgung 1998/99

Dr. Klaus Dehler, Vorsitzender des Verwaltungsausschusses



Dr. Klaus Dehler

546 Milliarden DM 1998 in der BRD für die Alterssicherung

Ende 1998 erreichten die Leistungen aller Alterssicherungssysteme in der Bundesrepublik Deutschland die gigantische Summe von 546 Milliarden DM. 64,7 % davon entfiel auf die staatliche Rentenversicherung, die den somit weitaus größten Baustein im Alterssicherungssystem darstellt. Danach folgten aber schon mit 14,8 % die privaten Lebensversicherungen, die ihrerseits 22,4 % der Höhe der Gesamtleistungen der gesetzlichen Rentenversicherung an ihre Mitglieder ausreichten. Die Beamtenpensionen zahlten 62, die Betriebsrenten 14 und die Altershilfe für Landwirte 7 Milliarden DM aus. Bescheiden nimmt sich dagegen in der Summe die Gesamtleistung von 3,1 Milliarden DM aller freiberuflichen Versorgungswerke an ihre Mitglieder aus, das sind 1998 0,568 % der Auszahlungen aller Alterssicherungssysteme in der Bundesrepublik

Deutschland. Die Gesamthöhe der Sozialleistungen in Deutschland, das Sozial-Budget, erreichte 1997 1256,1 Milliarden DM. Die Höhe der Leistungen für die Alterssicherung beträgt also mit 546,6 Milliarden DM ca. 44 % des Sozial-Budgets!

Droht eine stärkere Besteuerung der Alterseinkünfte?

Eine stärkere Besteuerung der Alterseinkünfte ist natürlich in Zeiten zahlreicher regionaler Wahltermine ein „Tabuthema“. Trotzdem ist allgemein bekannt, daß das Bundesverfassungsgericht in Karlsruhe demnächst, wahrscheinlich zu Anfang 2000, zur Besteuerung der Alterseinkünfte entscheiden wird. Ausgang dafür ist die Meinung, daß Pensionen stärker besteuert werden als die Renten: Pensionen sind wie Einkommen zu versteuern, steuerfrei bleibt nur ein jährlicher Versorgungsfreibetrag von 6000 DM. Rentner, und damit auch Ruhegeldemp-

fänger unserer Bayerischen Ärzteversorgung, haben nur den „Ertragsanteil“, also einen Teil ihres Ruhegeldes – derzeit um 30 % – als Alterseinkommen mit ihren übrigen Einnahmen zu versteuern. Dies geht darauf zurück, daß schon die Rentenbeiträge steuerpflichtig waren, die darauf basierenden Ruhegelder sind demgemäß Auszahlungen des eigenen und damit schon einmal versteuerten Vermögens.

Schon einmal hatte sich das Bundesverfassungsgericht 1980 mit dieser Frage befaßt und damals entschieden, daß zunächst keine verfassungswidrige Benachteiligung der Pensionäre vorlag. Die neue Entscheidung ist offen, damit auch eine Vorausschau auf ihre Folgen. Anzunehmen ist aber, daß das Bundesverfassungsgericht dieses Mal die mangelnde Bereitschaft des Gesetzgebers zu einer grundlegenden Neuordnung der Altersbesteuerung beanstanden wird. Befürchtet wird eine weitere Erhöhung des steuerpflichtigen „Ertragsanteils“ der Ruhegelder, also damit

leider auch eine steuerliche Mehrbelastung unserer Ruhegeldempfänger. Die Rede ist schon davon, daß – nach einer Übergangszeit – Versorgungseinkünfte wie Lohn versteuert werden sollen, dann sollen die Versorgungsbeiträge steuerfrei werden. In diesem Zusammenhang soll auch darauf hingewiesen werden, daß nach einem Entwurf eines Steuerbereinigungsgesetzes 1999 Beiträge zu Kapital-Lebensversicherungen mit einer Laufzeit von zwölf Jahren nur noch dann im Rahmen der Sonderausgaben abgesetzt werden können, wenn sie vor dem Tag der Verkündung dieses geplanten Gesetzes abgeschlossen worden sind, also damit die bisherige Steuerbegünstigung der privaten Lebensversicherung enden soll.

Unsichere Situation der staatlichen Rentenversicherung

Die staatliche Rentenversicherung hat sehr erhebliche chronische Struktur- und Finanzprobleme und ist allgemein „ins Gerede“ gekommen. In Politik und Wissenschaft mehren sich die Zweifel, ob sie ohne eine sehr durchgreifende Reform so weitergeführt werden kann und soll. Es gibt schon Stimmen und Meinungen, die auch von einer völligen Trennung von diesem Versorgungssystem sprechen. Die großen Probleme sind die Arbeitsmarktlage und die demographische Entwicklung. Der Rentenversicherung droht ein aktuelles Defizit von 15 Milliarden DM, wenn

Bayerische Ärzteversorgung

Der Jahresabschluß und der Lagebericht der Bayerischen Ärzteversorgung für das Geschäftsjahr 1998 wurden nach Prüfung durch die KPMG Deutsche Treuhand-Gesellschaft AG, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, vom Landesauschuß der Versorgungsanstalt gebilligt. Der Jahresabschluß ist damit festgestellt.

Ein Exemplar des Geschäftsberichtes wird auf Wunsch jedem Mitglied unter Angabe der Mitgliedsnummer gerne übersandt.

Postanschrift:
Bayerische Ärzteversorgung, V 110, 81921 München

– wie geplant – die Soziallastquote auf unter 40 % gesenkt und damit auf den Beitragsanstieg auf 20,5 % verzichtet wird.

1998 floß der staatlichen Rentenversicherung der beachtliche Betrag von 297,8 Milliarden DM, des größten Anteils an den geleisteten Gesamtsozialbeiträgen von 681,2 Milliarden DM, zu. Dies mag auch erklären, wieso seit der letzten Jahrhundertwende die Ausgaben des Staates für „Soziales“ von ehemals 1 % auf nunmehr rund 1,3 Billionen DM, also 35 % der gesamten Wirtschaftsleistungen, angestiegen sind. Trotzdem wird ein erheblicher Teil der politischen Auseinandersetzungen mit dem geradezu gebetsmühlenartig perseverierten Schrei nach „Sozialer Gerechtigkeit“ geführt. Die Interpretation dieses Wortpaars scheint je nach Ausgangsposition und politischer Zielvorstellung höchst unterschiedlich zu sein: Soll es nun eine „teilhabende“ oder eine „verteilende“ Gerechtigkeit sein, oder nur die ideologische Rechtfertigung für eine, die Fleißigen und Erfolgreichen einseitig bestrafende, doppelbesteuernde Wiedereinführung einer Vermögenssteuer, einer Vermögensabgabe oder einer expropriierenden Erbschaftsteuer?

Nach der Bundestagswahl 1998 wurde rasch ersichtlich, daß die Auseinandersetzungen um eine erneute Reform des Leistungsrechtes der staatlichen Rentenversicherung, schon wegen deren bedrängten finanziellen Situation, in den Vordergrund der Politik rücken werden. Ein knappes Jahr nach der Bundestagswahl lassen sich die Perspektiven dieser Auseinandersetzung erkennen.

Die Fraktion der CDU/CSU hatte am 29. Juni 1999 beantragt, die Bundesregierung aufzufordern.

- Den im Rentenreformgesetz 1999 enthaltenen „demographischen Faktor“ bis spätestens zum 1. Januar 2000 in Kraft zu setzen;

- Ein Konzept zum Ausbau der beruflichen und privaten Altersvorsorge vorzulegen;

- Ein Konzept zur Verbesserung der eigenständigen sozialen Sicherung der Frauen vorzulegen;

- Jährlich eine Generationenbilanz vorzulegen und eine Generationenklausel einzuführen.

Die Bundesregierung beabsichtigt dagegen, in den Jahren 2000 und 2001 eine Erhöhung der Renten nur in der Größenordnung des Inflationsausgleiches durchzuführen.

Bei einem sehr genauen Blick auf diese beiden Vorhaben ist aber der Unterschied gar nicht so groß. Das Endergebnis beider Pläne ist praktisch identisch: Die Bundesregierung erreicht bis zum Jahr 2030 eine Senkung des Rentenniveaus von 70 auf 65 % der Nettolöhne, die Union käme im gleichen Jahr auf 64 %. Der Unterschied liegt also kaum im Ergebnis, deutlich aber im Weg. Der Vorzug des Unions-Modells ist, daß es später weniger manipulierbar ist, der des Modells der Bundesregierung, daß es schon bald zu einer arbeitsmarktpolitisch herbeigesehnten Senkung der Lohnnebenkosten führte. Wie dies politisch entschieden werden wird, ist noch heute offen, beiden Modellen haftet aber der nach gebrochenem Versprechen riechende Makel einer Minderung der versprochenen Rentenhöhe an.

Unsere Sorge gilt dem Befreiungsrecht

Die 1995 gefestigte „Friedensgrenze“ zwischen der berufsständischen Versorgung und der staatlichen Rentenversicherung hätte an sich erwarten lassen können, daß hinsichtlich des Befreiungsrechtes angestellt tätiger Freiberufler keine künftigen Auseinandersetzungen mehr anstehen. Trotzdem stellte die Bundestagsfraktion der SPD im Juni 1997 im Deutschen Bundestag einen Antrag, der unter anderem eine Beseitigung dieses Befreiungsrechtes der angestellt tätigen Freiberufler beinhaltete. Der Antrag wurde vom Deutschen Bundestag am 10. Oktober 1997 abgelehnt.

im Koalitionsvertrag zwischen der SPD und den Grünen finden sich nur die etwas verschwommenen Programmsätze wie

- Einbeziehung aller Versicherungssysteme in die Reform der Rentenversicherung;

- Erweiterung deren Versicherungskreises.

Mit Schreiben vom 8. Dezember 1998 teilte die Bundestagsfraktion der SPD der diesbezüglich anfragenden Bundestierärztekammer unter anderem mit, daß sie im Koalitionsvertrag für die 14. Wahlperiode vereinbart habe, „im Jahre 1999 eine wirkliche Strukturreform der Rentenversicherung auf den Weg zu bringen, die alle Altersversicherungssysteme einbezieht Es muß dabei bleiben, daß keine neuen Versorgungswerke mehr genehmigt

werden und die vorhandenen sich auf die soziale Sicherheit ihrer selbständigen Mitglieder konzentrieren Angehörige der Freien Berufe, die künftig in ein entsprechendes abhängiges Beschäftigungsverhältnis neu eintreten, nicht mehr von der Rentenversicherungspflicht zu befreien Daher stehen wir nicht nur einer Ausweitung der Befreiungsmöglichkeiten ablehnend gegenüber, vielmehr fordert die SPD seit langem die Einführung einer generellen Versicherungspflicht für alle Selbständigen ...“

Dies mußte aus der Sicht der berufsständischen Versorgungswerke als klare Kampfansage gegen sie verstanden werden. Verstehbar ist diese letztlich nur in und aus der uralten sozialistischen Ideologie der „Gleichheit aller“ – und sei es mit brachialer Gewalt, also aus blanker Ideologie! Denn irgendeine sachliche Begründung für diese Kampfansage wurde von Seiten der SPD nicht vorgebracht, das früher benutzte Argument, dies sei zur finanziellen Stabilisierung der staatlichen Rentenversicherung notwendig, konnte angesichts der Realitäten nicht verfangen: Eine Beseitigung des Befreiungsrechtes der Freiberufler würde für die Rentenversicherung allenfalls im ersten Jahre eine Beitragsmehrung um 0,01 % erbringen, in 30 Jahren aber zu einer weiteren erheblichen Belastung durch weitere – hohe – Rentenverpflichtungen führen.

Möglicherweise will die SPD für eine ihrer Traumvorstellungen, eine Pflichtmitgliedschaft auch aller Selbständigen in der Altersversorgung, tabula rasa machen:

Jüngst verkündete der stellvertretende SPD-Fraktionsvorsitzende Ernst Schwanhold die Absicht, „eine obligatori-

BAYERISCHE ÄRZTEVERSORGUNG

IN VERWALTUNG
DER BAYERISCHEN  VERSORGUNGSKAMMER

sche Pflicht" aller Selbstständigen zu einer Altersversorgung, sei es durch Abschluß einer Lebensversicherung oder durch Beitragsleistungen in die staatliche Rentenversicherung, einzuführen. Dabei läßt sich wohl die letzte Hinterabsicht vermuten, auf diesem Wege die Sozialversicherung auf Umwegen zu einer allumfassenden „Volksversicherung“ zu machen?

Schwerwiegende Folgen bei Beseitigung des Befreiungsrechtes

Eine Beseitigung des Befreiungsrechtes würde sowohl unsere künftigen Mitglieder als auch die Bayerische Ärzteversorgung aber selbst schwer treffen. Für unsere neuen, zukünftigen, potentiellen Mitglieder würde

- Für den Zeitraum zwischen der Berufsaufnahme und einer späteren Niederlassung eine für die Lebensplanung der eigenen Altersversorgung höchst problematische, meist relativ kurzfristige, Mitgliedschaft in der staatlichen Rentenversicherung entstehen;
- Beitragsgelder für diese Zeit würden in den Kassen der staatlichen Rentenversicherung verschwinden – ohne möglicherweise zu einem späteren Rentenanspruch zu führen;
- Es würde zu einer unerwünschten und unproduktiven Aufteilung des lebenslangen Versicherungsverlaufes dieser Kollegen in Systeme mit unterschiedlichen Rechts- und Leistungsplänen führen;
- Die Zugehörigkeit zur berufsständischen Versorgungseinrichtung während des gesamten Verlaufes des Berufslebens und damit die Einheit des Berufsstandes auch im Versorgungsrecht würde zerstört.

Unüberwindliche Verfassungsschranken

Zu einem von uns befürchteten Überrollungsgesetz gleich zu Beginn der Legislaturperiode kam es glücklicherweise nicht, es eröffnete sich damit die Chance einer manchmal schwierigen, aber vernünftigen Diskussion mit den politisch Verantwortlichen. Dafür gibt es auch eine hochqualifizierte Argumentation: Der renommierte Verfassungsrechtler Professor Dr. jur. Rupert Scholz kommt in einem Rechtsgutachten zum Ergebnis, daß ein Eingriff des Bundesgesetzgebers in das Befreiungsrecht verfassungsrechtlich nach Artikel 70 des Grundgesetzes gar nicht möglich ist und eine dadurch verursachte schwerwiegende Minderung der Leistungsbreite für Ruhegeldempfänger und die Ruhegeldanwartschaften der Versorgungswerke gegen Artikel 14 des Grundgesetzes verstoßen würde. Auch würden die Versorgungswerke selbst in ihrem Eigentumsrecht gemäß Artikel 14 in Verbindung mit Artikel 19 III des Grundgesetzes verfassungswidrig beeinträchtigt; auch würde das Grundrecht potentieller Neumitglieder auf Berufsfreiheit gemäß Artikel 12 I des Grundgesetzes in Verbindung mit Artikel 3 I verletzt. Einer beabsichtigten Beseitigung des Befreiungsrechtes stünden also – nach Meinung des Verfassungsrechtlers – unüberwindliche Schranken im Wege.

Inzwischen vernehmen wir aus den beteiligten Bundesministerien Signale, die uns hoffen lassen können, daß man dort die Frage des Befreiungsrechtes der Freiberufler zugunsten ihrer Versorgungswerke etwas nüchterner zu sehen und manche primäre Absichtserklärung überdacht zu werden beginnt. Das Verständnis, daß

man in ein gut funktionierendes und in sich geordnetes, von den Mitgliedern ohne Staatszuschüsse voll eigenfinanziertes Versorgungssystem – ohne jegliche sachliche Notwendigkeit – eingriffe, wächst. Das darf uns aber nicht in eine falsche Sicherheit wiegen: Nach wie vor ist das Befreiungsrecht gefährdet, schließlich hat blanke Ideologie weder einen Preis noch ist sie rational beeinflussbar, wir müssen also weiter sehr auf der Hut sein und abwarten, was uns das Jahr 2000 mit seiner geplanten „großen Rentenreform“ tatsächlich bringt. Auf jeden Fall aber sind die freiberuflichen Versorgungswerke grimmig entschlossen und vorbereitet, ihre Rechte, wenn es schon sein muß, auch vor den Schranken des Bundesverfassungsgerichtes zu verteidigen.

Mathematisches System der Bayerischen Ärzteversorgung weiterhin stabil

Das von der Bayerischen Ärzteversorgung benutzte mathematische System, das „Offene Deckungsplanverfahren“, basiert weit überwiegend auf einer Kapitalbedeckung der jetzigen und zukünftigen Versorgungsansprüche aller unserer Mitglieder. Im Gegensatz zum Umlagesystem der staatlichen Rentenversicherung, wo die Renten aus den jährlichen Beitragseinnahmen finanziert werden müssen, werden also bei uns die für die Finanzierung der jetzigen und der späteren Ruhegeldleistungen notwendigen Mittel gespart und gewinnbringend auf die hohe Kante gelegt. Die Kapitalanlagen unserer Bayerischen Ärzteversorgung erreichten Ende 1998 die stolze Summe von 14,92 Milliarden DM. Sie wuchsen in diesem Jahr um 1292,8 Millionen DM,

also um 9,5 % und somit deutlich über eine Milliarde DM. Die gesamten versicherungstechnischen Rückstellungen der Bayerischen Ärzteversorgung betragen Ende 1998 15,429 Milliarden DM.

Dabei waren die Namensschuldverschreibungen und die Schuldscheinforderungen mit je über 38 %, gefolgt von den festverzinslichen Wertpapieren und den Aktien und Anteilen, die größten Vermögensposten. Die Nettoverzinsung des Vermögens unserer Bayerischen Ärzteversorgung betrug in 1998 – trotz der sehr angespannten Zinslage – immerhin 7,2 %, wohl auch ein Hinweis darauf, daß mit unserem Vermögen gut gewirtschaftet wurde.

Der Ausgangsverrentungssatz, die prozentuale Verrentung der zuletzt gezahlten Beiträge, ist weiter erfreulich angestiegen: Für das Bilanzjahr 1983 lag er noch bei 7,19 %, im Vorjahr 1997 erreichte er 7,82 %, im Berichtsjahr 1998 stieg er auf 8,03 % an. Erfreuliches ist auch vom Deckungsgrad zu berichten: Dies ist das prozentuale Verhältnis des Reinvermögens unserer Ärzteversorgung zu der Summe aus dem Deckungskapital der laufenden Renten und dem Barwert sämtlicher erworbener Versorgungsanwartschaften der aktiven Mitglieder, er ist von 72,7 % in 1997 auf 75,8 % in 1998 angestiegen.

Geringere Verwaltungskosten – höhere Beiträge und Versorgungsaufwand

Die Kosten für unsere Ärzteversorgung betragen 1998 insgesamt immerhin 23,1 Millionen DM, sie gingen erfreulicherweise dank unserer erheblichen internen Bemühungen gegenüber dem Vorjahr um 0,75 %, oder um 0,2

Millionen DM, zurück. Der Verwaltungskostensatz – also die Verwaltungskosten bezogen auf die Beitragseinnahmen – ging somit von 2,16 % in 1997 um 0,07 %-Punkte auf 2,09 % 1998 zurück. Das Gesamtbeitragsaufkommen zur Bayerischen Ärzteversorgung erhöhte sich in 1998 gegenüber 1997 um 29,0 Millionen DM, also um 2,7 %, auf 1108,1 Millionen, also über eine Milliarde DM!

Die gesamten Versorgungsleistungen der Bayerischen Ärzteversorgung stiegen 1998 um 30,6 Millionen DM, oder um 4,2 %, auf insgesamt 767,3 Millionen DM. Davon flossen 89,0 % nach Bayern, 10,9 % nach Rheinland-Pfalz und 0,1 % in das Saarland. Die beiden größten Kostenposten waren mit 66,4 % die für das Altersruhegeld, 23,8 % für das Witwen- und Witwergeld, die Ausgaben für die Berufsunfähigkeitsruhegelder waren mit 6,5 % dagegen relativ gering.

Vom Vermögen der Bayerischen Ärzteversorgung sind 518 Millionen DM, das sind 3,5 % des Kapitalanlagevolumens, in Immobilien investiert, dies entspricht etwa den Verhältnissen der Lebensversicherungen. Nach den Beschlüssen des Verwaltungsausschusses soll mit dem Ziele der Vermehrung der Sachwerte dieser Prozentsatz in der Zukunft, schon ab 1999, weiter steigen. Auch der Umfang der im Besitz der Ärzteversorgung befindlichen Aktien soll weiter ansteigen und Ende 1999 einen Wert von 7,5 % des Gesamtvermögens erreichen.

Mitgliederzahl und Ruhegeldhöhe sind weiter gestiegen

Die Gesamtzahl der Mitglieder der Bayerischen Ärzteversorgung stieg in 1998 um 1680 Kollegen, also um + 2,5 %, auf nunmehr 69 829 Mitglieder. Die Zahl der zugehenden Kollegen wuchs um + 1,5 % und wurde von der der Damen mit + 4,2 % recht deutlich überstiegen. Die Verteilung auf die Regionen und die Fakultäten war dagegen weitgehend ausgeglichen. Der Bestand verteilte sich auf 78,2 % Ärzte, 13,9 % Zahnärzte und 7,9 % Tierärzte. Die Gesamtzahl der Versorgungsempfänger erreichte 18 676, 49,4 % davon entfielen auf die Altersruhegeldempfänger, 37,2 % auf die Empfänger von Witwen- und Witwergeld. Die durchschnittlichen Bestandsruhegelder stiegen von 4444 DM im Jahre 1997 auf nunmehr 4553 DM monatlich, also um 2,5 %, an. Seit 1982, also in den letzten 16 Jahren, sind sie von damals 2604 DM um 74,85 %, also deutlich um fast drei Viertel, angestiegen.

Ab 1. Januar 2000 steigen die Leistungen der Ärzteversorgung um + 2 %

Zum Jahresende stehen wiederum die Empfehlungen des Verwaltungsausschusses und die Beschlußfassung des Landesausschusses der Bayeri-

schen Ärzteversorgung über die Dynamisierung, also die Erhöhung deren Leistungen, im Kalenderjahr 2000, an. Dem liegt ein ausführliches Gutachten der Mathematischen Abteilung der Bayerischen Versorgungskammer zugrunde. Ausgangstatbestände und wesentliche Entscheidungsgrundlagen dafür war die Tatsache, daß im Bezugsjahr 1998 im Vergleich zum Vorjahr

- der Durchschnittsbeitrag pro Mitglied um -1,14 % niedriger,
- der Mitgliederbestand um + 2,47 % höher,
- der technische Zinssatz um + 3,15 % höher als der Rechnungszins

war. Sowohl die problematische allgemeine Schwäche der Zinssituation als auch die Entwicklung der letztjährigen, leicht rückläufigen Durchschnittsbeiträge waren, Anlaß zur Vorsicht. Die von der Mathematik eingehend ausgearbeiteten verschiedenen Auswirkungsvarianten unterschiedlich hoher Dynamisierungssätze wurden sehr eingehend geprüft und dabei auch deren Auswirkung in der allgemeinen rentenpolitischen Situation sowie die Notwendigkeiten der Anpassung der Rechnungsgrundlagen als Folge der realen biometrischen Änderungen eingehend bedacht. Ich will auch nicht verschweigen, daß unsere Mathematik primär nur von einer Dynamisierungsempfehlung von nur + 1,5 % ausging.

Wir kamen aber jedoch aus Gründen der Kontinuität und in Erwartung einer Stabilisierung auf dem Zinsmarkt und wegen eines erkennbaren Anschubes der Entwicklung des durchschnittlichen Mitgliederbeitrages zum Ergebnis, dem Landesausschuß für die Rentenbemessungsgrundlage des Jahres 2000 einen Wert von 65 595 DM vorzuschlagen. Der Bayerischen Ärzteversorgung stünde dann weiterhin eine Dynamisierungsreserve von 7,28 % zur Verfügung. Daraus ergibt sich für das Jahr 2000 eine Dynamisierungsgröße von + 2,0 %. Diese liegt wiederum über der der staatlichen Rentenversicherung zum 1. Juli 1999 von + 1,34 % und höher als die bei 1 % angenommenen Inflationsrate. Das heißt, daß es auch im Jahre 2000 zu keiner Minderung des Kaufwertes unserer Ruhegelder kommen wird!

Künftige Probleme und Angebote

Die Europäische Integration schreitet zügig voran und bringt eine Summe rechtspolitischer Probleme, auch im sozialpolitischen Bereich. Die freiberuflichen Versorgungswerke stehen seit über einem Jahrzehnt vor der Frage, ob sie sich von dem Anwendungsbereich der sogenannten, letztlich aus der Anerkennung des Rechtes auf grenzüberschreitende Freizügigkeit entstandenen europäischen „sozialrechtlicher Wanderarbeitnehmerverordnung 140B“ aus dem Jahre 1971 einbeziehen lassen sollen und wollen. Bisher waren sie davon ausgenommen, das war wichtig für die angestellt tätigen Mitglieder der Ärzteversorgung. Aber nicht nur die Entwicklung des europäischen Rechtes und insbesondere die ständige Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes und sich mehrende praktische Problemfälle lassen es

 **Lebenshilfe**

Geister gibt es keine
das ist alles nur Märchen Quatsch

Geistig behinderte Menschen denken und fühlen wie andere auch. Und wer genau hinhört, findet sogar eine Menge Gemeinsamkeiten.

Bundesvereinigung Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung e.V., 35020 Marburg, www.lebenshilfe.de

sehr geraten erscheinen, nochmals alle Vor- und Nachteile einer solchen Einbeziehung sehr gründlich zu überdenken. Dies ist nun zehn Jahre lang mit eingehender Überprüfung aller Vor- und Nachteile geschehen. Im Ergebnis sind die freiberuflichen Versorgungswerke und ihre Arbeitsgemeinschaft zum Ergebnis gekommen, dieser Einbeziehung nicht mehr grundsätzlich zu widersprechen, aber verschiedene Spezialregeln zu verlangen. Wir haben erkannt, daß die Einbeziehung der berufsständischen Versorgungswerke ohnehin auf die Dauer unvermeidlich ist. Unsere Bayerische Ärzteversorgung hat dabei bei der Beratung der entsprechenden Bundesratsvorlage bei der Bayerischen Staatsregierung volles Verständnis und Unterstützung gefunden, diese konnte die wohl berechtigten Wünsche der Versorgungswerke auch in die Beschlußfassung des Bundesrates einbringen.

Die rasche technische Entwicklung stellt auch an die Ärzteversorgung neue Anforderungen: Entsprechende Einrichtungen beweisen, daß die ausführliche Darstellung unserer Altersversorgung auch im Internet recht gefragt ist und dafür ein offensichtlich steigendes Interesse besteht. Daher wird noch im Herbst dieses Jahres auch unsere Bayerische Ärzteversorgung im Internet mit einer eigenen Homepage vertreten sein. Der Aufwand dafür und die laufenden Kosten sind gewiß vertretbar und im Vergleich zum Nutzen gering.

Unsere Ärzteversorgung geht mit Zuversicht ins neue Jahrtausend!

Freilich, frei von Sorgen und Problemen waren die Jahre 1998 und bisher 1999 gewiß nicht, dafür sorgten schon die

von der Politik ausgehenden Unwägbarkeiten und Absichten. Auch die unserer Zukunft ist erfüllt mit Fragen und neuen Aufgaben.

Die wirtschaftliche und finanzielle Entwicklung unserer Ärzteversorgung ist aber kerngesund und zukunftssicher. Die Finanzen sind in jeder Hinsicht „in Ordnung“, die Verwaltung arbeitet – im Rahmen der Realität ihrer Einbindung in die Bayerische Versorgungskammer und der daraus erwachsenden Probleme – relativ rationell. Die Arbeit unserer Beschlußorgane und deren Kooperation mit der Bereichsleitung und den berufsständischen Organisationen funktioniert ausgezeichnet.

Ich bedanke mich ausdrücklich bei allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in unserer Bayerischen Ärzteversorgung, an der Spitze, Direktor Dieter Teichmann, für ein weiteres Jahr kontinuierli-

cher und treuer Arbeit, Engagement und Leistung. Alle haben weitaus mehr als nur ihre Pflicht getan.

Mein Dank gilt auch der Bayerischen Versorgungskammer, in deren Mauern wir verwaltet werden, sie gilt vor allem deren Vorstand und allen Bereichsleitern, die für uns Mitverantwortung tragen. Das soll uns nicht daran hindern, auch künftig intensiv zu prüfen, ob nicht noch effektivere Strukturen möglich sind.

Vor allem aber gilt mein Dank besonders allen den vielen Kolleginnen und Kollegen unserer Mitgliedschaft, für die wir Verantwortung tragen und die wir nach bestem Wissen und Gewissen betreuen. Wir wissen, daß sie uns vertrauen. Sie haben uns ein sehr wertvolles Gut anvertraut:

Die Sicherung ihrer Berufsausübung und ihres Alters!



LEXIKON

Die Bayerische Ärzteversorgung ist und bleibt nach der Rechtslage und vor allem auch nach ihrem Selbstverständnis ein spezieller Teil der gesetzlichen Alterssicherung in der Bundesrepublik Deutschland. Sie erfüllt ihren Auftrag staatsferne, in klassischer Selbstverwaltung und Selbstverantwortung der sie tragenden drei ärztlichen Berufsstände der Ärzte, der Zahnärzte und der Tierärzte.

Die Bayerische Ärzteversorgung ist die größte und älteste der in der Bundesrepublik Deutschland bestehenden freiberuflichen Versorgungswerke, von denen nunmehr 72 in der „Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV)“ zusammengefaßt sind. Ihre Aufgabe ist, ihren Mitgliedern Schutz vor den Wechselfällen des Lebens zu bieten und ihnen einen stabil versorgten Lebensabend zu sichern. 1997 betreuten die der ABV an-

gehörenden freiberuflichen Versorgungswerke 545 087 Mitglieder und leisteten Ruhegelder an 82 745 Mitglieder. Die Mitgliedschaft setzte sich zu 52 % aus Ärzten, zu 11 % aus Zahnärzten, zu 3 % aus Tierärzten, zu 10 % aus Apothekern, zu 12 % aus Architekten und zu 12 % aus Angehörigen der rechts- und steuerberatenden Berufe zusammen.

Bayerische Ärzteversorgung

Die Vermögensanlagen aller freiberuflichen Versorgungswerke wuchsen 1997 auf 95,5 Milliarden DM an, was einem Zuwachs von 14,5 % gegenüber 1996 entspricht. Aus diesen wurden Vermögenserträge von 6,88 Milliarden DM erzielt. In der Bundesrepublik bestehen nunmehr 36 ärztliche Versorgungswerke, darunter 18 der Humanmediziner, sechs der Tierärzte und zwölf der Zahnärzte. Vier der ärztlichen Versorgungswerke betreuen auch Mitglieder aus den anderen ärztlichen Fakultäten.

Die Kammer wieder zum Mittelpunkt der Diskussion machen

Bericht von Dr. H. Hellmut Koch,
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Unser Ziel ist es, einen Informationsaustausch in allen Ebenen herzustellen zwischen Ihnen als Delegierte und dem Vorstand und dem Präsidium. Wichtig ist es, so viel Klarheit in allen Ebenen herzustellen, damit jede Ärztin, jeder Arzt in Bayern sich letztendlich mit der Kammer identifizieren kann.

Ich möchte nun über einige Punkte referieren: Über die Geschäftsverteilung, die wir im Präsidium getroffen haben, über die Öffentlichkeitsarbeit, ein Wort zum Bündnis für Gesundheit, über das Patienteninformationssystem, über die Weiterbildungsordnung, über die Fortbildung, über die Novellierung und Änderung des Heilberufe-Kammergesetzes, über das Initiativprogramm Allgemeinmedizin, über den Kauf des Ärztehauses Bayern, über die Telefonanlage, über die Anbindung der Bezirks- und Kreisverbände – via Internet sowie auch bei der Kammer – und ganz am Schluß noch zwei Worte über Strompreise, auch, wenn Sie das vielleicht etwas im Bericht des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer wundert.

Sinnvolle Ressort-Aufteilung

Thema Geschäftsverteilung: Wir haben uns vorgenommen, im Präsidium die Aufgaben sinnvoll zu verteilen. Dr. Maria E. Fick kümmert sich hauptsächlich um das Thema Prävention, sie ist die Menschenrechtsbeauftragte der



Dr. H. Hellmut Koch

BLÄK und befaßt sich auch mit dem großen Gebiet „Ethik in der Medizin“. Dr. Klaus Ottmann hat als Haupttätigkeitsfeld das Gebiet „Qualitätssicherung“. Er kümmert sich ferner speziell um die Berufsordnung und um die GOÄ. Mir obliegen neben der Führung der Geschäfte auch die Bereiche der Weiterbildungsordnung und der Fortbildung.

Ärztekammer und Presse

Thema Öffentlichkeitsarbeit: Mit der Einstellung einer Presseferentin vor einem Jahr haben wir versucht, die Öffentlichkeitsarbeit in allen Bereichen deutlich zu intensivieren und zu verbessern. Neu in der Kammer haben wir einen sogenannten „Runden Tisch“ eingeführt, zu dem wir Vertreter aller möglichen Gruppierungen oder Par-

teien einladen. Im Frühsommer veranstalteten wir einen „Runden Tisch“ zum Thema Gesundheitsstrukturgesetz, der ein großes Echo gefunden hat. Er wurde von vielen als so positiv angesehen, daß wir dieses Instrument eines „Runden Tisches“ zu verschiedenen Themen in den nächsten Monaten weiter fortführen wollen, zu unterschiedlichen Themen wie etwa der Problematik „Facharzt-Hausarzt-Diskussion“ oder zum Thema „Vernetzung der stationären und ambulanten Versorgung“.

Wir haben auch versucht, die Kammer wieder zum Mittelpunkt der Diskussion zu machen, was das Problem Gesundheit in Bayern und ärztliche Belange in Bayern angeht. Zu sogenannten „Sommergesprächen“ haben wir deshalb alle Beteiligten im Gesundheitswesen in die Kammer eingeladen und dabei festgestellt, nachdem es solche Aktionen schon viele Jahre nicht mehr gab, daß das Wissen darum, wieviele Menschen überhaupt in die Säle der Kammer hineinpassen, etwas in Vergessenheit geraten war. Wir wissen nun, daß wir ungefähr die doppelte Anzahl von Damen und Herren zu solchen Gesprächen einladen können. Auch dies werden wir weiter fortführen, weil es doch zu vielen intensiven Gesprächen in kleinen Gruppen unter vier Augen geführt hat. Ich denke, das ist ganz wesentlich, mindestens so wesentlich wie große öffentliche Auftritte. Intensiviert haben wir ferner die

Kontakte mit der Presse. Es gab viele Interviews und Fernsehauftritte, um mit der Presse eine sinnvolle Kooperation herzustellen. Dazu gehören Redaktionsbesuche in verschiedenen, auch sehr großen Zeitschriften ebenso wie Pressekonferenzen, etwa im Presseclub in München und demnächst im Presseclub in Nürnberg, sowie Pressekonferenzen zu aktuellen Themen. Diese Arbeit hat sich in verschiedener Hinsicht bereits gelohnt und ausbezahlt. So werden wir schon von manchen Redaktionen kontaktiert, bevor sie etwas veröffentlichen, ob dies so in Ordnung sei. – Etwas, was in den letzten Jahren undenkbar war. Es hat sich auch insoweit gelohnt, als die Bayerische Landesärztekammer offiziell als Fachorganisation zu den Anhörungen bezüglich des Strukturgesetzes im Bundestag eingeladen worden ist. Nachdem es hierbei um Qualitätssicherung ging, hat Kollege Ottmann dankenswerter Weise an diesen Anhörungen teilgenommen. Die zentrale Frage, die sich für mich stellt, und auf die ich gerne von Ihnen eine Antwort hätte, ist natürlich: Hat sich aus der Sicht der Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbände, aus der Sicht der Delegierten etwas geändert? Haben Sie es wahrgenommen, daß die Berichterstattung sich verbessert hat? Was wäre aus Ihrer Sicht noch zu tun, um die Öffentlichkeitsarbeit zu verbessern, und wie erleben Sie die intensivierte Pressearbeit vor Ort?

„Wir bleiben auf Linie“

Thema Bündnis für Gesundheit: Es haben sich in Bayern zehn Organisationen zusammengeschlossen – Landesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung Bayerns, Landes Zahnärztekammer, Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns, Landesapothekerkammer, der Bayerische Apothekerverband, der Deutsche Verband für Physiotherapie, Verband für Physikalische Therapie, Berufsverband der Helferinnen, Bundesverband der Angestellten Apotheker. Die Initiative ging von der Kassenärztlichen Verei-

gung Bayerns aus und ich darf auch an dieser Stelle der KVB und ihrem Vorsitzenden Dr. Lothar Wittek ganz herzlich danken, daß Sie immer wieder darauf gedrängt haben, daß das Bündnis am Leben erhalten bleibt. Von der Demonstration in München habe ich schon berichtet. Manche von Ihnen oder viele von Ihnen waren dabei. Es finden weiterhin zahlreiche Demonstrationen vor Ort statt. Ich bin zwar nicht mehr so ganz überzeugt, daß Demonstratio-

Dr. Klaus Ottmann: Jeder Arzt soll sich wiederfinden

Die Kammer hat ein Problem: Wir sind zuständig für die Berufsordnung und wir können in einem Patienteninformationssystem natürlich nur die Informationen einstellen, die berufsordnungsgerecht sind. Also nicht all die Informationen, die mancher Arzt gerne hätte, aufgrund seiner subjektiven Einschätzung seiner Qualifikation etc. Wir offerieren Ihnen ein Patienteninformationssystem, das in sich aber relativ dürftig ist, weil es sich nur auf die Informationen bezieht, die wir belegen können. Wichtig ist, daß sich jeder Arzt Bayerns, der in die eigenverantwortliche Behandlung mit Patienten eingebunden ist, in diesem System wiederfinden kann. Der dritte Punkt ist, daß wir alle Ärzte aus Gründen des Datenschutzes abfragen müssen, ob sie denn auch dort vermittelt werden wollen. Anlaß für unser Projekt sind die aus dem Boden schießenden privaten Informationssysteme, in denen der Arzt sich für ein Entgelt vermitteln lassen kann. Wir waren der Meinung, daß die Kammer das Zentrum für eine vernünftige intelligente und sachgerechte Information sein muß. Ein Patienteninformationssystem ist nicht nur Mittel zum Zweck, damit der Arzt der Öffentlichkeit gegenüber vernünftig auftreten kann oder wir ihn vermitteln, sondern es ist auch ein Schutz für Patienten, damit sie keine falschen Informationen bekommen oder Scharlatanen „auf den Leim“ gehen. Am Anfang der Internet-Informationen stehen die Personalien. Als nächstes müssen wir den Bürgern sagen, anhand eines geographischen Suchsystems, wie das heute schon in jedem PKW bald der Fall ist, wo der Arzt ihres Wunsches, Fachgebietes ist. Schließlich runden dann im Endeffekt die Sprechstundenzeit usw., insgesamt also ein kleines Programm ab.

Wir haben innerhalb der Bayerischen Landesärztekammer die Infrastruktur dafür geschaffen. Das ganze Informationssystem kostet ungefähr 170 000 DM. Auch personell sind die Strukturen dafür vorbereitet. Ich halte dies für den richtigen Weg, um eine korrekte Information an die Bevölkerung zu bringen.

nen, die bis Ende Oktober durchgeführt werden, noch sehr viel bewirken, aber ich denke, wir müssen demonstrieren, daß wir auf dieser Linie bleiben so lange, bis das Gesetz im Bundesrat abgelehnt ist. Bei einer Pressekonferenz im Staatsministerium für Gesundheit hat Staatsministerin Barbara Stamm erklärt, daß sie als Gesundheitsministerin dem Bündnis für Gesundheit in Bayern beitrifft. Sie war deshalb auch eine Rednerin bei der Demonstration in München. Ich möchte an dieser Stelle unserer Pressereferentin sehr herzlich danken, ohne deren Arbeit die Kontakte zur Presse überhaupt nicht möglich gewesen wären. Sie hat uns viele Wege geebnet und viele Türen geöffnet und sie hat auch beim Bündnis für Gesundheit Bayern sowie auf Bundesebene intensiv mitgewirkt.

Arzt-Suche mit Hilfe der Kammer

Thema: Patienteninformationssystem: Der Bayerische Ärztetag in Bayreuth hat uns im letzten Jahr den Auftrag gegeben, ein Patienteninformationssystem zu entwickeln. Wir haben ein Konzept geschaffen, das auch viele Schwierigkeiten ergeben hat. Dennoch haben wir dazu eine kurze Demonstration vorbereitet die Kollege Ottmann erläutern wird (siehe Kasten).

Wenn der Suchende eingibt, welches Fachgebiet er benötigt und wie viele Ärzte aufgezeigt werden sollen, dann werden die nächst umliegenden Ärztinnen und Ärzte zu seinem eigenen Wohnort – nach Postleitzahl – angegeben (Abbildung 1). Auch die KVB etabliert derzeit ein solches System, wobei das natürlich nur die vertragsärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen darin abbildet. Es gibt aber auch noch andere Kolleginnen und Kollegen, die Patienten behandeln können, zum Beispiel privatärztlich niedergelassene oder ermächtigte Krankenhausärzte, und diese müßten ebenfalls in unserem System mit abgebildet werden. Mit der KV werden wir diskutieren, ob man nicht beide

Systeme mittelfristig vernetzen kann. Ich darf an dieser Stelle Dr. Rudolf Burger und Dr. Maria Kistler, eine neue Mitarbeiterin in dem Referat Berufsordnung, ganz herzlich danken, die sich sehr intensiv zusammen mit unserer Software-Firma dieses Problems angenommen und das Modell hierzu entwickelt haben.

Bayerisches Modell setzt sich durch

Zum Thema „Weiterbildungsordnung“: Ich wurde vom Vorstand der Bundesärztekammer zum Vorsitzenden der Weiterbildungs-gremien auf Bundesebene gewählt, in direkter Nachfolge von Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, der dieses Amt als Präsident nicht mehr wahrnehmen kann. Es ist uns damit gelungen, das Thema „Weiterbildungsordnung“, das viele Jahre lang unter Professor Dr. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering in Bayern beheimatet war, wieder in der Verantwortung nach Bayern zurückzuholen. Ich denke, das ist auch ein großer Erfolg. Die Problematik, die sich generell in der Weiterbildungsordnung stellt, ist die der Gebietsgrenzen (Abbildung 2). Klar ist natürlich, daß wir auch entsprechend des Heilberufe-Kammergesetzes, nur die Dinge ausüben sollten, für die wir qualifiziert sind. Es wird eventuell noch ein Thema in den nächsten Monaten und Jahren werden, dies richtig zu definieren. Bislang vertraten die Bundesebene sowie viele andere Bundesländer eine andere Ansicht. Danach wäre das Gebiet nur das, wofür man sich direkt qualifiziert hat, und nicht das, was theoretisch ein Gebiet alles beinhaltet. Diese Auffassung konnten wir von Bayern aus nicht vertreten, weil es jeglichen Innovationsschub konterkariert hätte. Dann hätte niemand mehr etwas Neues tun können, das in seinem Gebiet denkbar wäre, und es hätte auch bedeutet, daß jeder von uns einen anderen Facharzt führt.

Wir haben deshalb vehement für unser bayerisches System auf Bundesebene gekämpft und es

Abbildung 1: „Der Arzt in Ihrer Nähe“ – Patienteninformationssystem im Internet



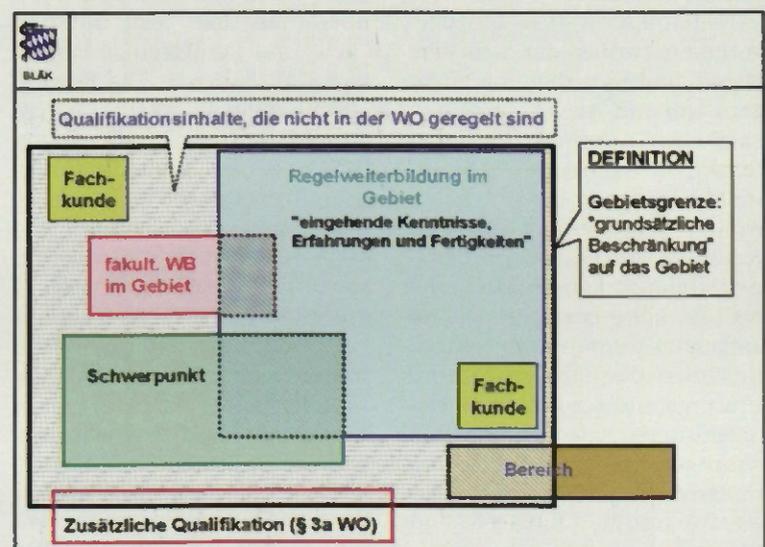
ist nunmehr so, daß unser bayerisches Verständnis von Gebietsgrenzen bundesweit allgemein anerkannt und auch von den Juristen der Bundesärztekammer als einzig sinnvolle Möglichkeit gesehen wird. Das heißt: Die neue Weiterbildungsordnung wird unter dieser bayerischen Interpretation der Gebietsgrenzen geführt und weiter entwickelt werden. Weiteren Diskussionsbedarf gibt es, wie man die Qualität unserem Modell entsprechend sichern kann. Das wird die Diskussion in den nächsten Monaten zeigen. Wir sind angetreten, die Weiterbildungsordnung unter dem Begriff „Deregulierung“ umzugestalten, wobei wohl jeder unter Deregulierung etwas anderes versteht. Die einen meinen, es sei allein die Reduzierung der Fachärzte

oder der Bezeichnungen; ich sehe das etwas anders. Ich denke, Deregulierung heißt, daß die Weiterbildungsordnung verständlicher, flexibler und für jeden durchschaubar sein muß, so daß es möglichst keine Ausnahmen mehr gibt und Begriffe eindeutig sind.

Ein „common trunk“ als Basis

Wir haben die bisherige Weiterbildungsordnung wie schon in den letzten Jahren in den entsprechenden Gremien auf Bundesebene diskutiert. Wir haben praktisch die ganze Weiterbildungsordnung atomisiert und dann wieder neu zusammengesetzt. Dabei haben wir vom Prinzip her ein neues System erarbeitet, das ich Ihnen ganz kurz

Abbildung 2: Definition des Gebietes (große rote Linie).



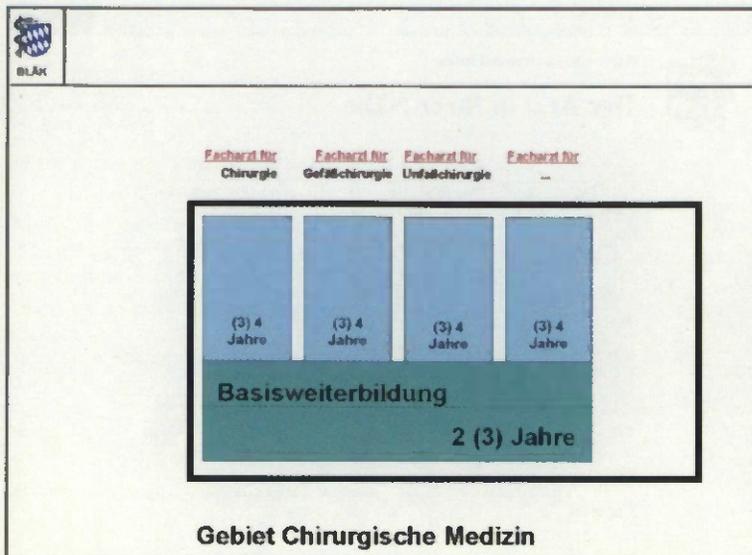


Abbildung 3:
Das Gebiet und
seine Grenzen

der Begriff „Bausteine“ im Gebiet eingeführt werden. Einzelne Bausteine in einem Gebiet wird es dann geben, die zum Beispiel auch den Inhalten der „Fakultativen Weiterbildung“ entsprechen, aber auch rein technische Leistungen, wie etwa Echokardiographie oder Sonographie, beinhalten könnten.

Diese Bausteine sind von jedem innerhalb eines Gebietes erwerbbar. Ebenso werden Bausteine, die für einzelne völlig vorgeschrieben sind, also zum Beispiel in der Inneren Medizin ist natürlich ein Baustein Diabetologie, für den Endokrinologen zwingend vorgeschrieben, existieren. Alle anderen „Gebiete“ könnten ihn erwerben, wenn sie dies für ihre Tätigkeit bräuchten, müssen es jedoch nicht.

Der große Vorteil besteht in der Flexibilität und darin, daß es für alle die gleiche Qualifikation gibt. Damit ist zum Beispiel die Diskussion, daß der eine Facharzt nur zehn Langzeit-EKGs braucht, der andere 50, aus der Welt. Wir haben somit eine Qualifikation Langzeit-EKG, die für alle, die sie erwerben wollen, gleich ist. Das hat den Vorteil, daß bei einer plötzlichen Neuerung, eine neue Methode oder eine neue klinische Tätigkeit, ein Baustein geschaffen werden kann, der auch nachqualifizierbar ist. Damit kann sich jeder durch Erlernen eines neuen Bausteins nachqualifizieren und auch immer wieder beweisen, daß er ganz aktuell ist.

Diskutiert wird dann noch über Module, praktisch Bausteine, die gebietsübergreifend sind. Ferner gibt es noch den „Qualifikationsnachweis“, den wir hier in Bayern eingeführt haben nach § 3 a, etwa „Qualitätsmanagement“, „Psychosomatische Grundversorgung“ oder „Suchtmedizinische Grundversorgung“.

Die ersten Anhörungen, die ich in Köln mit den Berufsverbänden und Fachverbänden durchgeführt habe, waren durchaus positiv. Es wurde das System mit diesem „common trunk“ und

vorstellen möchte. Es muß in den Gremien der Bundesärztekammer sowie mit den Berufsverbänden und den Fachverbänden noch intensiv diskutiert werden, um zu einem sinnvollen praktikablen System für die Zukunft zu kommen.

Es existiert zunächst ein Gebiet und seine Grenzen (Abbildung 3) zum Beispiel das Gebiet „Chirurgische Medizin“. In diesem Gebiet gibt es die Inhalte des Gebietes. In der Definition steht, was dieses Gebiet umfaßt. Die „Chirurgische Medizin“ umfaßt die Erkennung, Behandlung und Rehabilitation von entsprechenden Krankheiten, wie wir das jetzt schon kennen. Daran hat sich im Prinzip natürlich nichts geändert.

In diesem Gebiet ist jetzt eine Basisweiterbildung neu hinzugekommen, wobei der deutsche Begriff „Basisweiterbildung“ nicht ganz treffend ist. Ich finde den englischen Ausdruck „common trunk“, gemeinsamer Grundstock des Ganzen, besser aber wir wollen lieber einen gängigen Ausdruck verwenden. Die Basisweiterbildung kann in etwa zwei bis drei Jahre betragen. Darauf aufgesetzt werden dann einzelne Säulen, die zum Beispiel zum Chirurgen führen oder zum Gefäßchirurgen oder zum Unfallchirurgen oder zu noch vielen weiteren. Im Gebiet der Chirurgie etwa sind acht solcher Säulen denkbar.

Die Frage ist natürlich: Wie enden diese Säulen? Enden diese Säulen wie bisher als Schwerpunkt oder enden diese Säulen als jeweils eigener Facharzt? Hier gibt es noch durchaus unterschiedliche Vorstellungen, wobei sich die Chirurgen zum Beispiel, darum habe ich auch dieses Beispiel gewählt, einig sind. Es muß für jeden als Facharzt enden. Das heißt, wir hätten somit in einem Gebiet verschiedene Facharztkompetenzen.

Ein Gebiet und seine Bausteine

Das Zusammenhängen dieses Gebietes wäre die Basisweiterbildung, der „common trunk“, der für alle gleich wäre. Doch wie überall liegt der Teufel im Detail. Der Knackpunkt ist: was steht in dieser Basisweiterbildung? Darüber muß man jetzt mit den Fach- und Berufsverbänden intensiv diskutieren. Die Begriffe „Fachkunden“ und „Fakultative Weiterbildungen“ sollten nach dieser neuen Weiterbildungsordnung vergessen sein. Den Begriff „Fachkunde“ deshalb, weil er ja verschiedenes beinhaltet, sowohl innerhalb der Weiterbildungsordnung als auch außerhalb der Weiterbildungsordnung. Er ist mit verschiedenen Inhalten belegt und führt immer wieder zur Begriffsverwirrung. Der Begriff „Fakultative Weiterbildung“ hat sich nicht so sehr bewährt, daß wir ihn weiter fortführen sollten. Vielmehr sollte

aufgesetzten Säulen prinzipiell von allen begrüßt. Die Diskussion, die jetzt noch geführt wird, gerade mit den großen Bereichen, also Chirurgie oder Innere Medizin, geht dann schon sehr ins Detail. Wie lang soll der „common trunk“ wirklich sein und wie werden die einzelnen Fachärzte oder Schwerpunkte darin „versenkt“.

Ich darf mich hier ganz herzlich bedanken, von bayerischer Seite aus, bei Dr. Enzo Amarotico. Er ist in den Ausschuß „Ständige Weiterbildung“ bei der Bundesärztekammer wieder gewählt worden und hat hier ganz intensiv und kooperativ an der Entwicklung dieses Systems mitgearbeitet. Bedanken möchte ich mich auch ganz herzlich bei Thomas Schellhase, der die graphisch-logistische Darstellung des Ganzen zu Wege gebracht hat.

Noch ein Wort zu den Zeitvorstellungen. Es hat sich für mich herausgestellt, daß noch sehr großer Diskussionsbedarf besteht, wenn man so ein komplett neues System diskutieren und in die Tat umsetzen will. Wir werden jetzt im Laufe dieses Jahres noch die Anhörungen mit den Fachgesellschaften und Berufsverbänden durchführen. Danach werden wir das Ganze nochmal in den Konferenzen der Bundesärztekammer und im Vorstand der Bundesärztekammer besprechen. Um die Jahreswende herum wird es noch einmal mit den Fachverbänden und Berufsverbänden Gespräche geben, so daß wir bis zum Deutschen Ärztetag 2000 im nächsten Mai in Köln die Struktur des Ganzen diskutieren und, wie ich hoffe, auch positiv verabschieden können. Wir benötigen dann wohl noch ungefähr ein Jahr, um die inhaltliche Diskussion zu führen. Mein Ziel ist es, möglichst wegzukommen von irgendwelchen starren Zeitvorgaben: Mir geht es mehr um das Erlernen von Inhalten und um die Qualifikation, als um das Ableisten von irgendwelchen Zeiträumen, die ja relativ „sinnlos“ sind; wobei natürlich eine gewisse Zeitvorgabe schon erforderlich ist.

Fortbildung muß freiwillig bleiben

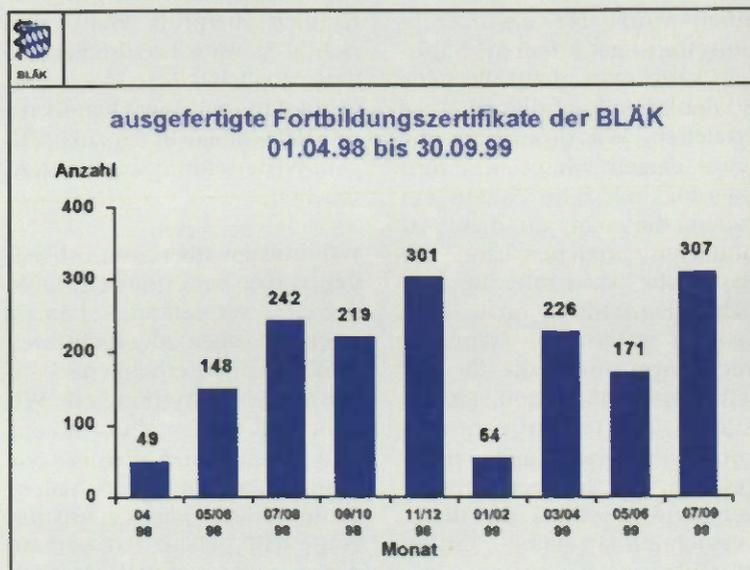
Thema Fortbildung: Der Deutsche Ärztetag hat ein Fortbildungszertifikat empfohlen, wie wir es in Bayern schon seit zwei Jahren beschlossen haben. Ich habe auf dem Deutschen Ärztetag zu dem Problem Fortbildungszertifikat einen Vortrag gehalten. Dieser hat das Auditorium offensichtlich so überzeugt, daß dieses Fortbildungszertifikatangebot mit überwältigender Mehrheit den Landesärztekammern empfohlen worden ist. In Bayern ist die Entwicklung seit 1. April 1998 etwa gleichbleibend hoch, was die Anfragen und Anträge von Organisatoren von Fortbildungsveranstaltungen, von Qualitätszirkeln etc. betrifft. Sie füllen inzwischen etwa zwei Leitz-Ordner pro Monat, die aufgearbeitet werden müssen.

Der Aufwand kann aber trotzdem noch von zwei Mitarbeiterinnen anteilig erbracht werden, so daß wir derzeit etwa knapp eine halbe Stelle einer Sachbearbeiterin zur Bearbeitung des Fortbildungszertifikats benötigen. Also kein Vergleich zu dem, was aus Nordrhein-Westfalen vor drei Jahren in die Welt gesetzt wurde: sie mußten 20 neue Mitarbeiterinnen einstellen, um dieses Fortbildungszertifikat handhaben zu können. Es geht

auch anders. Die Abbildung 4 zeigt die Entwicklung der Fortbildungszertifikate, die wir ausgestellt haben: Die Zahl nimmt jetzt wieder laufend zu, nachdem sie um die Jahreswende etwas gesunken ist. Die Zahl aller Kontakte, die bei Fortbildungsveranstaltungen stattgefunden haben, sagt natürlich nichts darüber aus, ob sich 20 000 zehnmal oder 100 000 nur zweimal fortgebildet haben, allein, die Fortbildungskontaktzahl steigt deutlich an. Mit Einführung des Fortbildungszertifikates war noch einmal ein großer Sprung nach oben zu verzeichnen. Ich halte dies für einen sehr positiven Effekt unseres freiwilligen Fortbildungszertifikates.

Noch ein Wort zur Freiwilligkeit: Wir müssen diese unbedingt erhalten. In dem Entwurf zu einem neuen Heilberufe-Kammergesetz in Bremen, wo es auch um den psychologischen Psychotherapeuten ging, stand plötzlich ganz versteckt weiter hinten, daß ein Facharzt nur noch auf Zeit möglich ist. Man muß ein Fortbildungszertifikat erwerben, sonst verfällt der Facharzt. Gott sei Dank hat irgend jemand genau gelesen und dies bemerkt. Es ist in Bremen gelungen, allein durch Einführen dieses freiwilligen Fortbildungszertifikates, das wir in Bayern schon hatten, diesen Text wieder aus dem Gesetz herauszubringen. Wenn wir nun belegen, daß die Zahl der Fort-

Abbildung 4: Entwicklung der Fortbildungszertifikate der Bayerischen Landesärztekammer



bildungsaktivitäten mit so einem freiwilligen Zertifikat deutlich steigt, denke ich, sind wir von dem Problem „Facharzt auf Zeit“ weg. Deswegen sollten wir unbedingt auch auf Freiwilligkeit beharren.

Wir erwarten vom Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung bis zum nächsten Sommer noch gewisse Ausführungsbestimmungen und Klärungen. Wir sollten natürlich versuchen, es möglichst bundeseinheitlich zu machen. Beim Bayerischen Ärztetag 2000 müssen wir diskutieren, wie es mit dem Fortbildungszertifikat in Bayern weitergehen soll.

Sie wissen, daß die Landschaft der medizinischen Zeitschriften in Deutschland etwas neu geordnet worden ist. So haben zum Beispiel auch die „Münchner Medizinische Wochenschrift“ und die „Fortschritt in der Medizin“ fusioniert, und diese gemeinsame Zeitschrift hat uns nun angeboten, den Versuch zu unternehmen, auch über die Zeitschrift eine Zertifizierung und eine Punktvergabe zu ermöglichen. Wir haben uns entschlossen, dies als Modellversuch von einem halben Jahr einmal durchzuführen. Das heißt, es wird in den Heften von „MMW-Fortschritte der Medizin“ ein Schwerpunktthema und dazu ein Fragenkatalog publiziert. Wer diesen richtig beantwortet und einsendet, soll dann einen Punkt für das Fortbildungszertifikat erhalten. Natürlich kann man nicht alle seine 20 Punkte nur auf diesem Wege erreichen. Wir diskutieren die Frage derzeit, ob es nun fünf oder maximal zehn Punkte sein sollen, die man auf diese Art und Weise erreichen kann. Die Bayerische Akademie für ärztliche Fortbildung hat dem Ganzen unter zwei Prämissen auch zugestimmt, die für uns selbstverständlich sind: Erstens müssen die Fragen von uns, von einem Fachmann vorher gesehen und freigegeben werden und zweitens ist dieser Versuch auf ein halbes Jahr beschränkt.

Zu den CD-ROMs: Die CD-ROM „Rauchen“, die ich Ihnen im letzten Jahr vorgestellt habe, ist jetzt soweit fertig und kommt in diesen Tagen auf den Markt. Wir planen eine CD-ROM „Osteoporose“ zusammen mit der Bayerischen Landesapothekerkammer. Hier heißt der wissenschaftliche Leiter Professor Dr. Peter Bottermann aus München. In Arbeit befindet sich eine CD-ROM „Diabetes interaktiv“, die sowohl für Patienten in einer eigenen Version als auch für Kolleginnen und Kollegen als Fortbildung sinnvoll nutzbar ist. Darauf geht der Patient zum Beispiel im Supermarkt einkaufen und an der Kasse kommt dann der Doktor und sagt: „Halt, das was Du da gekauft hast, ist bezüglich Deines Diabetes unsinnig!“ Danach geht das Ganze noch einmal mit den entsprechenden Erklärungen los. Das ist sehr interaktiv gestaltet. Wenn man etwa zwei Drittel des ärztlichen Teils dieser CD-ROM durchgearbeitet hat, stößt man auf einen Fragenkatalog, der vorher nicht zugänglich ist. Beantwortet man diesen Fragenkatalog richtig, kann man ihn entweder ausdrucken und an die Kammer schicken, oder mit E-Mail versenden oder vorbeibringen. Auch dafür kann man dann zum Beispiel einen Punkt bekommen. Man kann ihn auch an den wissenschaftlichen Leiter dieses Diabetes interaktiv, Professor Dr. Dietmar Sailer aus Bad Neustadt, einsenden, der dies fachlich überprüft. Wenn alles richtig ist, wäre das zum Beispiel eine Möglichkeit, so etwas zum Mitbestandteil einer Qualifikation Diabetologie in der zukünftigen Weiterbildungsordnung zu machen.

Wir müssen überlegen, ob wir den Verlag, der unsere CD-ROM derzeit vermarktet, künftig wechseln sollen oder nicht, weil es bisher doch erhebliche Defizite in Sachen Werbung gab. Wir haben allerdings schon etliche CDs verkauft und auch gewisse Einnahmen erzielt, jedoch nicht in dem Maße, wie wir uns das vorgestellt haben. Ich darf an dieser Stelle nochmals deutlich

betonen, daß die neuen Medien wie etwa die CD-ROM kein Ersatz für bisherige Fortbildungen sind. Sie ergänzen die bisherige Fortbildung in gewissen Bereichen, aber sie können natürlich eine Fortbildung vor Ort und eine Diskussion mit dem Referenten nicht ersetzen.

Noch ein Wort zur Kalkulation von Kursen. Ich höre immer wieder den Vorwurf, gerade von den jüngeren Kolleginnen und Kollegen, die Kammer würde an den Kursen verdienen und das sei doch eigentlich nicht vertretbar, „daß man den jungen Kolleginnen und Kollegen das Geld aus der Tasche lockt“. Das stimmt so nicht. Der Ertrag aus den Kursen liegt unter dem Gesamtaufwand. Das liegt hauptsächlich daran, daß wir zum Beispiel für AiP-Veranstaltungen oder für Kurse, wegen des Schwangerschaftshilfe-Ergänzungsgesetzes, letztendlich draufzahlen, weil wir gerade den jungen Kolleginnen und Kollegen Kosten erlassen oder überhaupt keine Gebühr erheben. Die meiste Kritik kam aufgrund der Weiterbildungsseminare für Allgemeinmedizin. Hier beträgt der Aufwand im Berichtsjahr 806 116,85 DM, und wir hatten Erträge von 806 115 DM, das heißt, wir haben hier ein Defizit von 1,85 DM in einem Jahr erwirtschaftet. Ich denke, das spricht für eine hervorragende Planung, ja, es ist geradezu eine Punktlandung. Ich darf hier auch Dr. Johann-Wilhelm Weidinger und seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern danken, die dieses ganze Kurssystem hervorragend managen und planen.

Wir haben eine neue Übersichtsbroschüre aufgelegt. Über die CD-ROMs medizinischen Inhalts, die es auf dem Markt gibt. Wir werden auch im nächsten Jahr wieder eine neue Auflage herausbringen. Sie können diese jederzeit bei uns anfordern. Die CD-ROMs sind natürlich nicht evaluiert, weil es unmöglich ist, daß wir sie alle anschauen oder kaufen und dann auch noch eingruppierten, ob sie sinnvoll oder



Die Übersichtsbroschüre über die CD-ROMs kann angefordert werden bei:
Bayerische Landesärztekammer,
Susanne Keller,
Mühlbaaurstr. 16,
Tel. 089/41 47-209,
Fax 089/41 47-B 31,
E-Mail:
s.keller@blaek.de

Die jeweils aktuellste Fassung der Broschüre, sowie weitere Informationen zu Medizin und Multimedia finden Sie ebenfalls im Internet unter:
<http://www.med.uni-muenchen.de/ibe/mml/>

nicht sinnvoll sind. Aber Ihnen liegt zumindest ein Gesamtverzeichnis vor und können sich ein Bild machen.

Und schließlich darf ich auch noch den Nürnberger Fortbildungskongreß erwähnen, der Anfang Dezember wieder mit interessanten Themen in Nürnberg stattfindet. Ich darf Sie ganz herzlich ermuntern, an diesem Kongreß auch wieder teilzunehmen. Ganz besonders herzlich danken möchte ich an dieser Stelle auch der Akademie für ärztliche Fortbildung, insbesondere Dr. Hartmut Stöckle, der wieder zum Vorsitzenden dieser Akademie gewählt worden ist und sie mit Bravourosität geleitet hat und weiterleiten wird.

Struktur der ärztlichen Selbstverwaltung

Damit kommen wir zum Thema „Novellierung des Heilberufes-Kammergesetzes“. Ganz kurz ein Blick in die Historie. Die erste öffentlich-rechtliche Berufsvertretung für die Ärzte Bayerns stammt aus dem Jahre 1871, und zwar durch eine königliche Verordnung am 10. August 1871 von König Ludwig II. Es existierten vorher bereits Bezirksvereine in verschiedenen Gebieten, auch in Unterfranken beispielsweise, aber nun wurden sie öffentlich-rechtlich installiert. Ab diesem Zeitpunkt gab es Bezirksvereine für jeden Regierungsbezirk, allerdings war die Mitgliedschaft freiwillig. Dies hat sich nicht bewährt, gerade was die Berufsergänzbarkeit angeht. Deswegen folgte 1927 das Gesetz über die Berufsvertretung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker. Es wurden in dem Gesetz die Landesärztekammer und die Bezirksvereine vorgesehen und es wurde vor allem die Zwangsmitgliedschaft für Landesärztekammer und Bezirksvereine eingeführt. 1946 kam das Bayerische Ärztegesetz, das dann erstmals die Kreisverbände vorsah, und seit 1946 haben wir die Struktur mit Ärztekammer, Bezirksverbänden und

Ich bin der Meinung, daß wir bewährte Strukturen jetzt nicht mit der Brechstange ändern müssen. Aber wir sollten sehr wohl überlegen, wo wir gewissen Änderungs- bzw. Anpassungsbedarf reklamieren, um aktuelle Probleme aus der Welt zu schaffen.

Kreisverbänden, alle als Körperschaften des öffentlichen Rechts. Dieses Gesetz wurde noch einige Male modifiziert. Jetzt nennt es sich Heilberufes-Kammergesetz und muß erneut novelliert werden, aufgrund der Einführung einer Kammer für die psychologischen Psychotherapeuten. Wir dachten, daß dies ein günstiger Zeitpunkt wäre, darüber nachzudenken, ob wir nicht unsere Struktur optimieren könnten. Wir bekennen uns selbstverständlich zur körperchaftlichen Selbstverwaltung mit der Pflichtmitgliedschaft aller Ärzte. Die Überlegung ist, ob wir unsere Struktur nicht effizienter und kostengünstiger gestalten können, damit sie auch den neuen rechtlichen Anforderungen, den Anforderungen an die Zukunft genügt.

Das einzige Gespräch mit dem Staatsministerium, das dazu bisher stattgefunden hat, ging darüber, ob so etwas denkbar sei, und endete mit der Bitte, mit der Novellierung so lange zu warten, bis wir hierüber die Diskussion geführt haben. Echte, inhaltliche Gespräche über eine Änderung des Heilberufes-Kammergesetzes wurden mit dem Ministerium bisher nicht geführt. Das möchte ich unbedingt klarstellen.

Wir haben natürlich analysiert, wo es eventuell Probleme geben könnte und haben dann intensive Diskussionen begonnen, sowohl im Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer als auch in den Ärztlichen Bezirks- und Ärztlichen Kreisverbänden. Es sind dabei ganz extreme Meinungen hervorgetreten, die sich teilweise in den Anträgen, die heute vorliegen, wiederfinden: Anträge auf „Abschaffung der Kreisverbände“ oder auf „Abschaffung der Bezirksverbände“. Ein Antrag auf Abschaffung der Kammer kam Gott sei Dank nicht!

Ich bin der Meinung, daß wir bewährte Strukturen jetzt nicht mit der Brechstange ändern müssen. Aber wir sollten sehr wohl überlegen, wo wir gewissen

Änderungs- bzw. Anpassungsbedarf reklamieren, um aktuelle Probleme aus der Welt zu schaffen. Ein Antrag des Vorstandes zeigt letztendlich das Ergebnis aller Diskussionen: Die Dreistufigkeit Kammer/Bezirksverbände/Kreisverbände soll bestehen bleiben. Es wird auch diskutiert werden, daß man Ärztliche Kreisverbände, die sehr klein sind, zusammenlegen kann, so daß funktionsfähige Größenordnungen entstehen. Und es wurde diskutiert, daß den Ärztlichen Bezirksverbänden klare Aufgaben im Kammergesetz zuzuweisen sind.

Ein Wort zur Zusammenlegung von Kreisverbänden. Wir haben bei der Diskussion und der Analyse festgestellt, daß dies auch jetzt schon möglich wäre. Im Heilberufes-Kammergesetz ist dies vorgesehen: „Hierzu sollen die Körperschaften Ausführungsbestimmungen erlassen“, was bisher nicht passiert ist. Das heißt, hier müssen wir das Heilberufes-Kammergesetz nicht ändern. Wir sollten uns nur überlegen, wenn wir Ausführungsbestimmungen wollen, welche Bestimmungen und welche Satzungen wir erlassen, um dies möglich zu machen. Deswegen ist es auch im Antrag des Vorstandes zur Änderung des Heilberufes-Kammergesetzes nicht enthalten.

Es gibt noch einige andere Punkte, die wir gerne im Heilberufes-Kammergesetz ändern wollten, die aber, denke ich, ziemlich unstrittig sind. Hier geht es hauptsächlich um die Verbesserung der Qualität in der Weiterbildungsordnung und Flexibilisierung der Weiterbildungsordnung, was Prüfungen etc. angeht. Wir sollten im Heilberufes-Kammergesetz flexible Lösungen vorsehen, die dann auch der Kammer die Möglichkeit geben, diese je nach Bedarf mit entsprechendem Leben zu erfüllen.

Eine weitere Frage ist die Zeitdauer der Amtsperiode. Die Tendenz geht allgemein dahin, die Amtsperioden zu verlängern. Im Regelfall beträgt sie heute

überall fünf Jahre. Wir haben eine vierjährige Amtsperiode. Laut Heilberufe-Kammergesetz wäre eine sechsjährige möglich. Wahrscheinlich stellt die fünfjährige einen sinnvollen Kompromiß zwischen sechs und vier dar. Ich darf mich im Zusammenhang mit der Novellierung des Heilberufe-Kammergesetzes ganz herzlich bedanken bei unserer Rechtsabteilung, insbesondere bei Peter Kalb und den Justitiaren, und natürlich auch bei der Abteilung für Berufsordnung von Dr. Horst Frenzel, der ebenfalls sehr intensiv mitgearbeitet hat. Ich bin bei der Aufbereitung dieses Themas auf etwas gestoßen, das ich Ihnen nicht vorenthalten möchte, und zwar aus dem Handbuch für den bayerischen Arzt der fünfziger Jahre, herausgegeben damals von Professor Dr. Dr. h. c. Hans Joachim Sewering. Die Erwägungen, die im Jahre 1927, als es das erste Gesetz mit Zwangsmitgliedschaft gab, für die neue Gestaltung der Berufsgestaltung maßgeblich waren, können im wesentlich auch heute noch als Grundlage für eine gesetzgeberische Maßnahme gelten.

Die Begründung des Entwurfes zum Ärztegesetz von 1927 hat dazu ausgeführt.

„Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Erhaltung eines wissenschaftlich und sittlich hochstehenden Ärztestandes im öffentlichen Interesse gelegen ist. Denn dem Ärztestand sind nicht nur die wichtigsten Güter des einzelnen Leben und Gesundheit anvertraut, er hat auch auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege bedeutende Aufgaben zu erfüllen und ist für die Durchführung der sozialen Gesetzgebung unentbehrlich. Es muß deshalb von Staats wegen eingegriffen werden, wenn die Gefahr besteht, daß der Ärztestand in seiner Zusammensetzung, in seiner Berufsauffassung und seinen Leistungen ernstlich zurückgeht. Die wirtschaftliche Lage des Ärztestandes hat sich in den letzten Jahren durch den Verlust des Privatvermögens, die Ausdehnung der Krankenversi-

cherung und die Überfüllung des Berufes zweifellos verschlechtert“.

Ich denke – das könnte man auch heute noch nach 50 Jahren, oder 70 Jahren – genau so schreiben.

Probleme mit dem Initiativprogramm

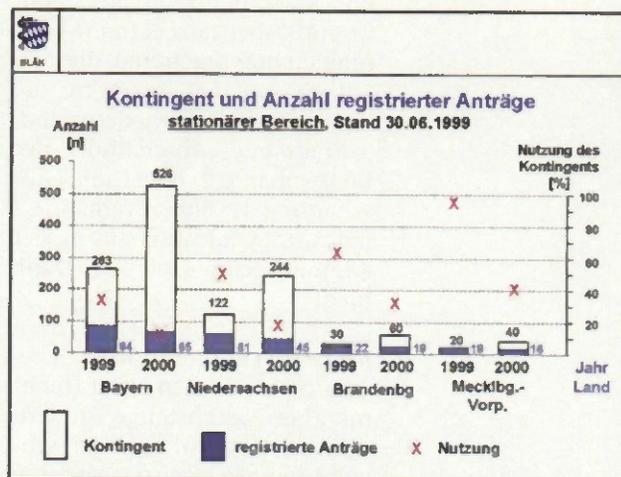
Ein Wort zum Initiativprogramm Allgemeinmedizin, das seit 1. Januar 1999 theoretisch läuft. Wir haben gewisse Probleme mit der Umsetzung dieses Initiativprogramms Allgemeinmedizin nicht nur in Bayern, sondern in allen alten Bundesländern, und zwar im stationären Bereich (Abbildung 5). Wir hätten die Möglichkeit, 263 Stellen mit Kolleginnen und Kollegen die Allgemeinmedizin erlernen wollen, zu besetzen und würden für diese 263 Stellen pro Monat 2000 DM Zuschuß von den Krankenkassen bekommen. Von diesen 263 Stellen, waren bis vor wenigen Wochen nur 84 besetzt. Für das Jahr 2000 hätten wir noch einmal 263 Stellen, also insgesamt 526. Da gibt es bisher 65 Voranmeldungen. Es bestehen immer noch Probleme durch dieses Wort „Umwidmung von Stellen“, weil die Träger denken, dies sei mit einem großen Aufwand verbunden. Es ist immer noch ungeklärt, was denn mit den gezahlten Geldern passiert, wenn die Kolleginnen und Kollegen sich irgendwann einmal entschließen, doch nicht Allgemeinmedizin auszuüben. Müssen Sie zurückgezahlt wer-

den? Wenn ja, von wem an wen? Solange das nicht geklärt ist, haben nicht nur die Träger große Sorge, daß sie plötzlich irgendwann nach ein paar Jahren wieder zur Kasse gebeten werden. Auch die Kolleginnen und Kollegen haben die große Sorge, daß ihnen das eventuell auch passieren könnte. Ich hatte bei mir in der Klinik drei solcher Stellen zu besetzen und habe alle drei Bewerber gefragt, ob sie nicht Allgemeinmedizin machen wollten. Doch die Kollegen wollten sich nicht festlegen aufgrund der Ungewißheit, was in zwei oder drei Jahren ist und was dann mit dem Geld passiere. Sie befürchteten, zurückzahlen zu müssen.

In den neuen Bundesländern schaut dies anders aus. Brandenburg hat die Möglichkeit, 30 Stellen zu besetzen, und hat 22 besetzt, und Mecklenburg-Vorpommern hat die Möglichkeit, 20 Stellen zu besetzen, und hat 19 besetzt. Ich kann nicht erklären, wie der Unterschied zwischen Ost und West zustande kommt. Eventuell hängt es doch mit dem Verständnis für Allgemeinmediziner zusammen, das in den neuen Bundesländern durch die Vergangenheit geprägt, wohl etwas anders ist, als in den alten Bundesländern. Wir werden jedenfalls aufgrund dieser Zahlen noch einmal in einer konzertierten Aktion zusammen mit der Bayerischen Krankenhausgesellschaft alle Träger und alle weiterbildungsbefugten Ärztinnen und Ärzte Bayerns anschreiben, sie über die rechtliche Situation aufklären und sie nochmals intensiv bitten, doch an dieses Initiativprogramm Allgemeinmedizin zu denken.

Im niedergelassenen Bereich sind die 263 Stellen in diesem Jahr in Bayern alle ausgeschöpft; da gibt es keine Probleme. Es bestanden wohl Schwierigkeiten, weil die Krankenkassen die Gelder zunächst nicht haben fließen lassen. Ende August wurden dann an die Kassenärztlichen Vereinigungen und an die Krankenhausgesellschaft endlich die ersten Gelder überwiesen. Schwierigkeiten gibt es nun

Abbildung 5: Umsetzung des Initiativprogrammes Allgemeinmedizin im Ländervergleich.



auch im Ausgleich zwischen den Bundesländern. Im Vertrag ist vorgesehen, daß wir von unseren offenen Stellen durchaus welche nach zum Beispiel Mecklenburg-Vorpommern transferieren könnten, damit sie doch wenigstens besetzt werden und die Gelder nicht verlorengehen. Auch hier machen die Krankenkassen plötzlich Schwierigkeiten.

Kauf des Bayerischen Ärztehauses

Nun ganz großer Themenwechsel: Kauf Ärztehaus Bayern. Sie wissen, daß das Ärztehaus Bayern in der Mühlbaurstraße zu gleichen Teilen gemeinsam der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Bayerischen Landesärztekammer gehört. Es wurde im Laufe der Zeit zu klein für beide Körperschaften. Daher wurden zunächst Räume in einem Haus der Ärzteversorgung in der Arabellastraße angemietet, in das sowohl Teile der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns als auch Teile der Kammer eingezogen sind. Das hat zu erheblichen Problemen geführt, da die betroffenen Kolleginnen und Kollegen und die SachbearbeiterInnen und Sachbearbeiter beider Körperschaften oft hin und her fahren mußten. Im Sinne einer Kostenminimierung ist deshalb die KVB im letzten Jahr ganz in die Arabellastraße umgezogen, und die ausgelagerten Abteilungen der Kammer sind wieder in die Mühlbaurstraße zurückgezogen. Die KVB überlegt nun, ob sie nicht ihren Anteil an dem Projekt Mühlbaurstraße verkauft. Wir haben ein Vorkaufsrecht für den zweiten Hausanteil, und dieses müßten wir natürlich kurzfristig nützen, so die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns zu einer Überlegung kommt, daß sie ihren Hausanteil verkaufen möchte. Deshalb müssen wir uns heute grundsätzlich darüber im Klaren sein: wollen wir das oder wollen wir das nicht. Dieses Vorkaufsrecht müßten wir natürlich kurzfristig nützen, sonst müßte die KVB einen anderen Käufer suchen.

Auch die Online-Anbindung der Ärztlichen Bezirks- und Kreisverbände haben wir weiter verbessert. Zum einen haben wir derzeit zwei Schienen, die wir nutzen können: einmal den Rücktransfer der Datensätze der Ärztlichen Kreisverbände. Daran beteiligen sich inzwischen von den 63 Kreisverbänden 37. Da gibt es wohl keine Probleme. Zum anderen haben wir ein Fachservicesystem installiert, in dem Sie die gesamten Informationen, die wir auch in der Kammer haben, ganz aktuell erhalten, beispielsweise die Pressemitteilungen und Schnellinformationen, etwa über das „GKV-Strukturgesetz 2000“.

Es ist zwischenzeitlich ein Gutachten angefordert worden von der offiziellen städtischen Stelle für die Begutachtung solcher Grundstücke und Objekte. Es gibt noch einige Unklarheiten in diesem Gutachten, aber wir müssen mit einem Gesamtvolumen von 14 bis 18 Millionen Mark ausgehen, das die Bayerische Landesärztekammer trifft. Dieses wäre, laut Aussage des Kaufmännischen Geschäftsführers Frank Estler und unseres Finanzausschusses, finanziell darstellbar. Dazu liegt ein Antrag des Vorstandes vor. Wenn die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns zu dem Schluß kommt, ihren Anteil verkaufen zu wollen, soll der Vorstand beauftragt werden, die Verhandlungen zum Abschluß zu bringen. Es ist für mich eine Selbstverständlichkeit, daß der Finanzausschuß mitbeteiligt ist und dem Finanzvolumen zustimmt.

Was den Preis angeht, haben wir nicht sehr viel Verhandlungsspielraum. Denn, wenn in einem Gutachten der endgültige Preis festgelegt ist, dann haben beide Körperschaften nur eine Möglichkeit: die eine darf nicht mehr zahlen, als in dem Gutachten steht, die andere darf nicht weniger kassieren, als in dem Gutachten steht. Das heißt, wenn ein endgültiges Gutachten mit einem Preis vorliegt, ist keine große Diskussion um den Preis mehr möglich. Ich bitte Sie herzlich, um die Zustimmung zum Antrag des Vorstandes und der Finanzkommission.

Nicht mehr in der Warteschleife

Ein Wort auch zur Telefonanlage. Ich bin wiederholt darauf angesprochen worden, daß ich doch immer wieder angekündigt hätte, wir als Serviceunternehmen Kammer würden nun als erste die Kommunikation verbessern und eine neue Telefonanlage installieren. Es würden aber immer noch alle in den Telefonschleifen hängen. Die neue Telefonanlage ist gekauft. Durch Ausschreibung und Einschaltung einer Verhandlungsfirma

konnte ein sehr günstiges Angebot wahrgenommen werden. Sie ist genau maßgeschneidert auf Ihre Bedürfnisse und auf die Bedürfnisse der Kammer. Wir warten aber immer noch auf einen Teil, der vom Hersteller nicht geliefert werden konnte. Er soll in diesen Tagen kommen. Alles Restliche ist schon in der Kammer vorhanden. Sie wird zügig eingebaut. Ich denke, daß künftig Besetzzeichen und lange Warteschleifen der Vergangenheit angehören werden.

BLÄK – online

Auch die Online-Anbindung der Ärztlichen Bezirks- und Kreisverbände haben wir weiter verbessert. Zum einen haben wir derzeit zwei Schienen, die wir nutzen können: einmal den Rücktransfer der Datensätze der Ärztlichen Kreisverbände. Daran beteiligen sich inzwischen von den 63 Kreisverbänden 37. Da gibt es wohl keine Probleme. Zum anderen haben wir ein Fachservicesystem installiert, in dem Sie die gesamten Informationen, die wir auch in der Kammer haben, ganz aktuell erhalten, beispielsweise die Pressemitteilungen und Schnellinformationen, etwa über das „GKV-Strukturgesetz 2000“.

Geplant haben wir als nächsten Schritt ein sogenanntes Intranet. Wir sind innerhalb der Kammer in einem eigenen kammerinternen Netz verbunden, an das die Kreisverbände mitgeschlossen werden könnten und sollten. Das ist eine Art Internet der Bayerischen Landesärztekammer und Ärztlichen Kreisverbände. Hier können Sie Informationen zur Berufsordnung, Fortbildung, Rechtsfragen, Weiterbildung abrufen oder Kontakte herstellen (Abbildung 6). Das wäre eine Möglichkeit, viel Papier einzusparen. Auch die Fortbildung, die wir bisher auf den Seiten der Kammer wie im Bayerischen Ärzteblatt haben, könnten wir so bayernweit besser koordinieren. Auch diejenigen Veranstaltungen, die bisher nicht im Ärzteblatt veröffentlicht sind, kön-

nen wir hier auf eine gemeinsame Ebene bringen. Das gilt ebenso für Rechtsfragen oder die Weiterbildungsbefugten. Sie müßten dann auch nicht mehr „1000 Listen“ in den Kreisverbänden halten, sondern können dies alles Online abrufen.

Noch ein Wort zu dem Internet-Auftritt der Kammer. Hier werden in den nächsten Wochen die Webseiten optimiert. Es wird ein neues Layout sowie eine verbesserte Navigation in diesem Netz der Bayerischen Landesärztekammer geben. Die Files haben wir Ihrem Wunsch entsprechend so geändert, daß sie nun im pdf-Format, also im Acrobat-Reader-Format, geladen werden können und somit auch Apple- und Amigafreunden zur Verfügung stehen und nicht nur auf normalen IBM-kompatiblen PCs.

Die Anbindung oder Mitarbeit im Deutschen Gesundheitsnetz (DGN) ist derzeit noch etwas schwierig. Das DGN hat längere Zeit die Meinung vertreten, daß das was im DGN steht, nirgendwo anders stehen dürfte. Wir sind der Meinung, daß wir einen Provider nicht als verpflichtend für alle Ärzte festlegen können. Sie müssen die Möglichkeit haben, den Provider selbst herauszusuchen, den sie für sinnvoll erachten. Deshalb sind wir bisher im DGN nicht vertreten, sondern nur im Internet. Es gibt aber jetzt offensichtlich die Möglichkeit, die Seiten, die im Internet stehen, in das DGN hineinzu-spielen. Dies wohl relativ kostengünstig oder sogar kostenlos. Wir werden mit dem DGN nun weiter diskutieren, welche Präsenz dort auch für die Bayerische Landesärztekammer möglich ist. Allerdings muß ich sagen, daß auch andere Kammern immer wieder von Problemen berichten.

Billig-Strom von der Ärztekammer

Ein letzter Punkt, der eigentlich so gar nicht zu meinem Bericht paßt: Strompreise. Verschiedene Organisationen haben in den letzten Monaten von sich Reden

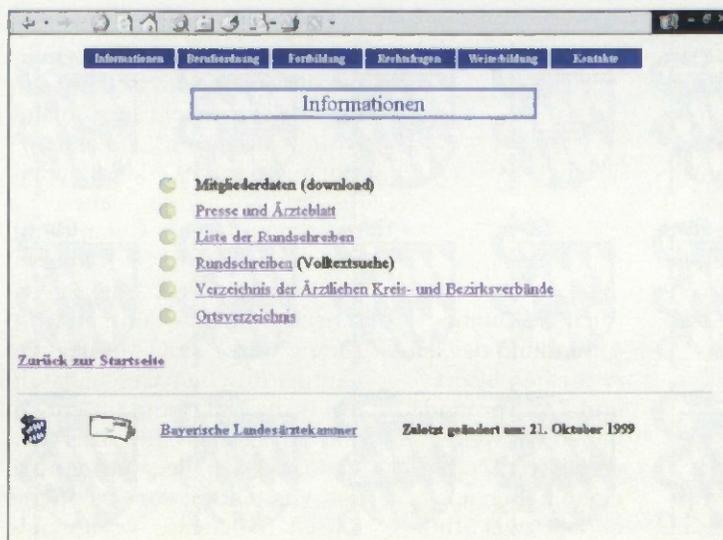


Abbildung 6: BLÄK – online

gemacht, indem sie für alle ihre Mitglieder günstige Strompreise ausgehandelt haben. Im Vorstand haben wir überlegt, ob wir das einmal auch angehen sollten. Wir haben zunächst einmal versucht, für das Ärztehaus in der Mühlbaurstraße die Strompreise zu senken. Frank Estler konnte mit den Stadtwerken einen neuen Vertrag aushandeln, der die Strompreise um 50 % senkt.

Wir haben sodann auch Gespräche mit einigen Strom-Anbietern Bayerns geführt. Dabei hat sich herausgestellt, daß es sehr große Probleme bereitet, einen gemeinsamen Vertrag für Privathaushalte und geschäftliche Räume abzuschließen. Wir streben nun einen Vertrag für die Privathaushalte der Ärzte an. Die Vertragsverhandlungen sind fast abgeschlossen. Sie werden in den nächsten Tagen, entweder im Ärzteblatt oder auch durch ein Rundschreiben an die Kreisverbände informiert, welchen Vertragsabschluß wir hier tätigen konnten. Der Strom-Tarif für Ihre Privathaushalte wird ebenso deutlich niedriger liegen als bisher, bayernweit für alle Ärztinnen und Ärzte Bayerns die bei der Kammer registriert sind. Trotzdem würde ich Sie jetzt schon bitten, darauf zu achten, ob nicht Ihr örtliches Strom-Unternehmen eventuell dennoch günstiger ist.

Ich fordere Sie alle zu einem ernsthaften Dialog auf allen Ebenen – Kreisverbänden, Bezirksverbänden, Kammer – im Interesse der von uns zu vertretenden bayerischen Ärzteschaft auf. Ich fordere Sie auf, zur Unterstützung im Bemühen gemeinsame Visionen zu formulieren, wie sich die bayerische Ärzteschaft in Zukunft darstellt, und wie wir dem ärztlichen Nachwuchs dieses virtuelle Haus erhalten und ihm eine Chance geben können. Dabei werden wir ganz konkrete Ziele nicht aus den Augen lassen. Wir müssen unser Augenmerk zunächst auf Erreichbares lenken, um dann gemeinsam zu höheren Zielen zu kommen.

Die Koordinierung aller dieser Gespräche, der Diskussionen, der Termine, der Auftritte, der Vorbereitung auch dieses Ärztetages ist natürlich für die Präsidenten nur möglich, weil hervorragende Mitarbeiterinnen in dem Büro des Präsidenten sitzen. Ich möchte mich unbedingt hier bedanken bei Gabriele Flurschütz und Carina Bonfert, ohne deren Hilfe und tatkräftige Unterstützung alles dies gar nicht möglich gewesen wäre.

Ich habe Ihnen nun viele Einzelpunkte vorgetragen, aber dies soll nun nicht bedeuten, daß wir quasi in wilden Aktionismus verfallen sind. Es ist ja auch kein „Fleckerlteppich“, der entstanden ist, sondern vielmehr ein Bericht über einzelne Bausteine, die für Sie jetzt vielleicht zusammenhanglos im Raum stehen – teilweise ganz konkret, teilweise unentwickelt und teilweise schon etwas visionär. Wenn man sie alle zu einem Ganzen zusammensetzt, dann sollen sie die Kammer fit machen für das neue Jahrtausend. Manchen mag das etwas zu langsam gehen, und einige kritische Stimmen im Vorstand habe ich auch nicht überhört doch wir können nicht alles von einer Sekunde auf die andere umstürzen, sondern wir müssen auf Gewachsenem aufbauen.

Wenn Sie sich einmal die Kammer als virtuelles Haus vorstellen, dann ist es unmöglich, ein neues virtuelles Haus komplett zu bauen und dann einfach umzuziehen. Wir müssen vielmehr versuchen, unser Haus, so wie es jetzt dasteht, Stück für Stück umzubauen, und dadurch dann letztendlich ein neues Haus entstehen zu lassen. Das dauert natürlich einige Zeit. Es ist nicht innerhalb von einem Jahr zu schaffen, aber ich denke, daß wir in spätestens zwei Jahren zu einem sinnvollen Abschluß des „Umbaus“ gekommen sein müssen.

Aktionen, Demonstrationen und ärztliche Tagespolitik

Bericht von Dr. Maria E. Fick,
1. Vizepräsidentin der Bayerischen Landesärztekammer

Nach einer Einarbeitungsphase „in Haus und Hof“ der Bayerischen Landesärztekammer mit all ihren engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern fühle ich mich mittlerweile meinen verschiedenen Arbeitsgebieten so weit gewachsen um mitzuarbeiten, mitzureden, und mitzugieren. Als Ihre Vertreterin bei öffentlichen Auftritten, sei es bei Jubiläen von Berufsverbänden oder Selbsthilfegruppen, sei es bei Ehrung von verdienten Kollegen oder bei Tagungen und Kongressen oder wie bei der öffentlichen Demo in Kaufbeuren oder in München. Auch bei Terminen im Sozialministerium, bei denen die Kammer offizieller Gesprächspartner ist, sind wir Vizepräsidenten immer wieder voll im Einsatz, wenn der Präsident wegen anderer Verpflichtungen nicht zur Verfügung steht.

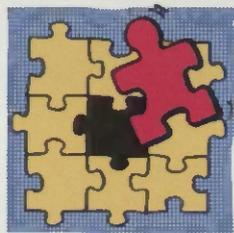
Das heißt oft schnell Pläne umdisponieren und ergänzen, zusätzliche Aufgaben übernehmen und eine flexible Arbeitsgestaltung an den Tag legen. Es ist wichtig und unerlässlich, dazu beizutragen, das Bild der Kammer – das heißt viel mehr Ihr Bild als Ärztinnen und Ärzte – in gutem Licht zu zeigen und zu rücken, sollte es einmal angegriffen oder auch aus den eigenen Reihen schief geraten sein.

Ich sehe mich auf jeden Fall als Ihre Vertreterin, die das Beste aus manchmal verfahrenen Situationen in einer schwierigen Zeit machen will. Mein Beitrag zur politischen Seite meiner Aufgabe war in diesem vergangenen



Dr. Maria E. Fick

Jahr das Statement in der Pressekonferenz anlässlich der Konstituierung des „Bündnisses für Gesundheit Bayern“, sowie eine der ersten Reden zum „Bündnis für Gesundheit“ in Kaufbeuren bei der Demo und Kundgebung auf dem Marktplatz. Ca. 1000 engagierte Kolleginnen und Kollegen waren dort am 30. Juli dem Aufruf des Bündnisses gefolgt und haben die Bevölkerung über die geplante Gesundheitsreform und ihre Auswirkungen informiert.



 Bündnis für Gesundheit Bayern

Zusammen mit den Präsidentenkollegen und vielen, vielen Kollegen aus dem bayerischen Land war ich unter anderem auch am 14. Juli in München bei der bayerischen Großdemonstration. In verschiedenen Orten Bayerns werden noch bis Ende Oktober, Aktionen und Demon-

strationen stattfinden; ich bin etwas positiver gestimmt, wir sollten da auch weiter hingehen, weil – wer weiß – vielleicht bringt es doch etwas.

Prävention als permanente Aufgabe

Ein wichtiger Punkt, dem ich mich annehme, ist die Prävention. Dem Auftrag des Bayerischen Ärztetages 1998 gemäß, haben wir eine gemeinsame „Kommission Prävention“ von Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns und Bayerischer Landesärztekammer konstituiert, in der wir uns auch mit dringenden Umweltfragen beschäftigen werden. Dr. Albert Liebl wurde zum Vorsitzenden und ich zur Stellvertreterin gewählt. Die Kommission setzt sich aus jeweils fünf Mitgliedern von Kassenärztlicher Vereinigung Bayerns und der Bayerischen Landesärztekammer sowie jeweils zwei Mitgliedern der Geschäftsführung zusammen.

Der Schwerpunkt unserer Aktivitäten soll dabei auf vielfältigen, kleineren und größeren Aktionen in der Öffentlichkeitsarbeit liegen und die Mitarbeit von Kollegen vor Ort an Projekten fördern. Ein Informationstag gemäß dem diesjährigen WHO-Thema „Aktiv leben – gesund alt werden“ soll am 24. November 1999 im Ärztehaus Bayern stattfinden, mit einer Pressekonferenz, Kurzreferaten von namhaften Fachleuten in der Geriatrie sowie einer anschließenden Podiumsdiskussion (Abbildung 1).



**BLÄK
KVB**

**„Aktiv leben –
gesund alt werden.
Prävention
und Geriatrie“**

Vorträge und
Podiumsdiskussion
im Ärztehaus Bayern,
Mühlbauerstraße 16,
81677 München

24. November 1999
14.00 bis 17.00 Uhr

AIP-geeignet
● ● Fortbildungspunkte

Telefonische Anmeldung
bis 19. November 1999
bei Angelika Pösel
0 89/41 47-2 31

**Abbildung 1:
Flyer „Aktiv leben – gesund alt
werden“**

Das Thema „Aktiv leben – gesund alt werden“ beinhaltet eigentlich alles, was Prävention bedeuten kann. Unseren Fokus werden wir auch in diesem Jahr weiter auf das „Impfen“ legen. Wir haben dazu bereits im Themenheft „Impfen“ (Bayerisches Ärzteblatt, 4/1999), die Arzt-Patienten-Aktion in den kommunalen Bereichen angesprochen. Vor allem Dr. Hartmut Stöckle von der Bayerischen Akademie für ärztliche Fortbildung hat in den Bereichen Gräfelfing, Lochham, Planegg und Krailling auf dem Herz-Kreislauf-Sektor ein Modell vorgestellt, das in Bayern weiter verfolgt werden sollte.

Erwähnen möchte ich beim Stichwort „Prävention“ auch das „Münchner Modell“, das initiiert worden ist, um Sehstörungen bei Kindern aufzudecken. Dies sollte meines Erachtens in

dieser Art und Weise gefördert werden; im Juni-Heft 1999 des Bayerischen Ärzteblattes, Seite 309 ff., haben wir darüber berichtet.

Die Initiative „Bayerisches Aktionsbündnis für den Schulsport“ des Landessportverbandes wurde im Frühjahr 1999 in der Sportschule in Oberhaching in meiner Anwesenheit ins Leben gerufen. Mit meiner Mitarbeit und mit den Interessengruppen der Lehrer, der Ärzte und der Eltern soll sie bei den beiden Ministerien für Unterricht und Kultus sowie beim Sozial- und Gesundheitsministerium seinen Einfluß geltend machen, den Schulsport als solchen zu erhalten und wenn möglich umzugestalten oder sogar noch auszubauen. Die Öffentlichkeit soll dadurch auf den Mißstand der Reduzierung des Schulsports aufmerksam gemacht werden. Um die Schule geht es auch bei dem Plan, den sogenannten „Schularzt“ aus den niedergelassenen Reihen einzuführen, der nach Qualifikation und Aufgabenstellung ein Projekt dieser Präventionskommission darstellen soll.

Ferner haben wir es uns zur Aufgabe gemacht, die Zusammenarbeit mit der Landeszentrale für Gesundheit sowie den Ministerien zu fördern und, wenn nötig, zu verbessern. Denn Ziel ist, die Prävention nicht nur einmal im Jahr auf eine Fahne zu schreiben, sondern sie permanent in den Alltag einfließen zu lassen. Dazu wollen wir den Ärztlichen Kreis- und Bezirksverbänden Material an die Hand geben, das wir vor Ort in dieser Kommission erarbeiten. Die Einbeziehung der Bevölkerung – also unsere Außenwirkung – sollte dabei in Zukunft eine große Rolle spielen. Beispielhaft möchte ich hier noch die Veranstaltung „Zweiter deutscher Lungentag“ erwähnen, an dem ich die Kammer vertrat. Dieser Tag war nicht nur ein Tag, sondern eine Woche vom 22. bis zum 25. September in Putzbrunn, wo Ärzte und Patienten rund um das Thema Atemwege und Lunge informiert wurden.

Patientenwille ist zu beachten

Nun zu dem Gebiet der Ethik: Im Zusammenhang mit den gesellschaftlichen Veränderungen, in denen „Patientenrechte in Deutschland“ derzeit in einer Abhandlung besprochen werden, die von den zuständigen Länderministerien am 9. und 10. Juni 1999 in Trier beschlossen wurden, soll eine Handreichung zur Erstellung von Patientenverfügungen, aber auch zur Erstellung von Betreuungsvollmachten geschaffen werden.

Der letztjährige Bayerische Ärztetag hat die Kammer aufgefordert, einen Vorschlag für eine Patientenverfügung auszuarbeiten. Ich habe deshalb im Juni 1999 eine Expertengruppe zu einem Gespräch ins Ärztehaus Bayern gebeten, die aus Juristen und Ärzten bestand, die selbst aktiv in der Palliativmedizin tätig sind. Die Diskussion in der Arbeitsgruppe hat sehr schnell gezeigt, daß niemandem gedient ist, wenn die Bayerische Landesärztekammer die 32. Fassung einer nun „bayerischen“ Patientenverfügung herausgibt – es wäre nur eine mehr in der ohnehin ausufernden Landschaft, und sie wäre per se auch nicht verbindlicher als die anderen Vordrucke.

Die Arbeitsgruppe hat jedoch den Informationsbedarf der bayerischen Ärzteschaft gesehen und es wird in Kürze eine Handreichung im Bayerischen Ärzteblatt erscheinen, die sicherlich Klarheit zu den hier in Rede stehenden rechtlichen Instrumentarien (Bestellung einer Vertrauensperson, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung) schaffen wird.

Soviel aber heute schon vorweg: Ob eine Patientenverfügung in der konkreten Situation für den behandelnden Arzt verbindlich ist, hängt davon ab, ob erkennbar ist, daß die konkrete Situation von der unter Umständen schon vor geraumer Zeit formulierten Patientenverfügung umfaßt ist. Dies ist um so leichter er-

Es wird in Kürze eine Handreichung im Bayerischen Ärzteblatt erscheinen, die sicherlich Klarheit zu den hier in Rede stehenden rechtlichen Instrumentarien (Bestellung einer Vertrauensperson, Betreuungsverfügung, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung) schaffen wird.

kennbar, je weniger sich eine solche Erklärung auf vorformulierte Bestandteile stützt und je mehr in den eigenen Worten des Patienten formuliert ist. Die Veröffentlichung der Arbeitsgruppe wird also eine Hilfestellung für den Arzt – und damit indirekt auch für den ratsuchenden Patienten – geben zur umfassenden Meinungsbildung, zu den möglicherweise zu erwartenden Situationen am Lebensende und zur Formulierung der eigenen Position in eigenen Worten des Patienten.

Da es viele Mitbürger gibt, die sich so detailliert nicht mit diesem Thema befassen wollen, aber doch nicht vorbehaltlos dem „Medizinbetrieb“ vertrauen, wird die Veröffentlichung besonders auf das Instrument der Vertrauensperson aufmerksam machen, der gegenüber der Arzt von der Schweigepflicht entbunden wird und die als Auskunftgeber über den Willen des Patienten dienen soll.

Natürlich stehen manche Kolleginnen und Kollegen der Artikulation des Patientenwillens in Form der Patientenverfügungen mit gewissen Vorbehalten gegenüber. Es sind ja auch genügend schwierige Situationen denkbar. Etwa, wenn der bewußtlose Patient in die Nothilfe gefahren wird, in dessen Jackentasche eine Patientenverfügung gefunden wird, die sich gegen jedwede intensivmedizinische Maßnahmen zur Lebensverlängerung ausspricht. Soll nun in dieser schon fachlich schwierigen Phase zunächst die rechtliche Prüfung der Verbindlichkeit der Patientenverfügung stattfinden?

Patentlösungen gibt es hierfür sicher nicht, aber vielleicht sollten wir uns auch klarmachen: Ein klar geäußertes Patientenwille verhindert, daß der Arzt aus defensiver Haltung eine Maximaltherapie durchführt, hinter der er selbst nicht steht!

Es wird heute wohl ein generelles Umdenken des Arztes stattfinden, aber auch ein Umden-

Patentlösungen gibt es hierfür sicher nicht, aber vielleicht sollten wir uns auch klarmachen: Ein klar geäußertes Patientenwille verhindert, daß der Arzt aus defensiver Haltung eine Maximaltherapie durchführt, hinter der er selbst nicht steht!

ken im Einzelfall. Wenn eine Patientenverfügung bei Betreuungsvollmacht neueren Datums vorhanden ist, hat der Arzt sie zu beachten. Zum Beispiel ist in einer Änderung der Berliner Berufsordnung geplant, daß der Arzt an die Verfügung gebunden ist und dafür Konsequenzen zu tragen hat, wenn er diesem Willen des Patienten nicht entspricht. In der Berliner Ärztekammer sieht man eine Notwendigkeit der Sensibilisierung der Ärzteschaft, ich persönlich sehe das auch so. In Berlin bedeutet die Nichtbeachtung einer Verfügung zukünftig einen Verstoß gegen ärztliches Standesrecht. Wie Sie sehen, wir werden uns wohl weiter damit auseinandersetzen müssen.

Zum Thema „Hilfe zum Sterben oder Hilfe beim Sterben, Überlegungen zum Schutz des Lebens“ nahm ich am 22. August 1999 an einer Hörfunksendung „Aus der katholischen Welt“ teil, mit den weiteren Teilnehmern des Interviews, dem Rechtswissenschaftler Norbert Hoerster, die Theologen Professor Dr. Johannes Gründel und Professor Dr. Wolfgang Beinert und Rechtsanwalt Wolfgang Putz aus München.

Nun ein weiterer Punkt, der mir am Herzen liegt: Dringend hinweisen möchte ich auf den Punkt Kollegialität, der in unserer Berufsordnung bereits verankert ist. Es geht darum, daß wir uns nicht nur berufsrechtlichen Ordnungen unterwerfen, sondern daß wir auch im täglichen Leben mit unseren Kolleginnen und Kollegen Kollegialität üben. Es gibt viele Beispiele, die uns tagtäglich in der Kammer erreichen und Sie werden es draußen in den Ärztlichen Kreisverbänden selbst wissen, die nicht zu Ruhm und Ehre eines praktizierenden Arztes beitragen, wenn zum Beispiel Kollegen in einem Weiterbildungsverhältnis oder einer Kommunität nur als Handlanger zur Aufrechterhaltung eines Praxis- oder Abteilungsstandards betrachtet werden und nicht als gleichwertige Kollegen. Wir werden in diesem Punkt darüber nachdenken müssen, ob

man in solchen Fällen nicht die Weiterbildungsbefugnis entziehen soll.

Ethik in der Fortbildung

In die Fortbildungsprogramme, die auch AiP-geeignet sind, haben wir uns bemüht, die „Evangelische Akademie“ in Tutzing mit geeigneten, die Ethik in der Medizin betreffenden Themen weiter einzubinden. Es wurde uns zugesagt, daß die Veranstaltungen und auch die Unterkunft für AiPs jeweils zum halben Preis gewährt werden. Die Themen aus dem Bereich der Ethik sollen verstärkt auch in die Fortbildung der Kreisverbände und nicht zuletzt in die Kongresse wie in Nürnberg einfließen.

An den „Tagen der Berufskunde für AiPs“ in der Kammer habe ich versucht, diesen Punkt einzubringen. Ich bin allerdings nicht sicher, ob meine Worte auf einen fruchtbaren Boden gefallen sind. Es wäre jedoch wichtig, gerade auch die jüngere Generation auf diesem Feld zu sensibilisieren und darauf hinzuweisen, daß

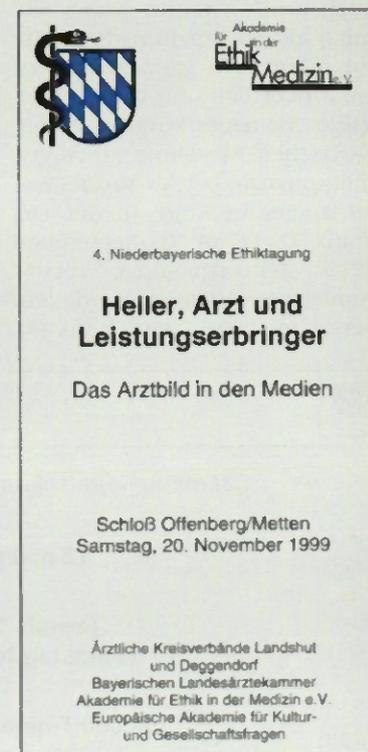


Abbildung 2:
Flyer „4. Niederbayerische Ethiktagung“

die Überforderung in unserem schwierigen Beruf ganz sicherlich Entlastung braucht, die wir in der Beschäftigung mit Sinn und Zweck unseres Berufes finden sollen. Eine Möglichkeit der Entlastung stellen zum Beispiel die Balint-Gruppen dar, die wir teilweise als Selbsthilfegruppen für Ärzte verstehen können, aber auch teilweise als Hilfe für verschiedenste Bearbeitung von schwierigen Fällen in der Beziehung mit unseren Patienten.

Ein Beispiel für überregionale Fortbildung im Bereich der Ethik möchte ich Ihnen ans Herz legen: Es ist die vierte Niederbayerische Ethiktagung auf Schloß Offenberg am 20. November dieses Jahres. Dabei wird es diesmal um das Thema „Heiler, Arzt und Leistungserbringer – das Arztbild in den Medien“ gehen (Abbildung 2).

Allgemeinmedizin

Zur Allgemeinmedizin wurde heute bereits in ganze Menge gesagt, und ganz sicher ist dieser wichtige Bereich ein Projekt aller Präsidenten in der Kammer, auch des Vorstands, wobei ich mich als Allgemeinmedizinerin für mein Fach ganz besonders verantwortlich und verpflichtet fühle. Als neues Mitglied in der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin bei der Bundesärztekammer in Köln, in der Dr. Franz Dietz am 3. September 1999 stellvertretender Vorsitzender geworden ist, werde ich versuchen, bei den Punkten

aktiv mit- und umzugestalten, die sich in der Umsetzung als schwierig erwiesen haben.

In der Bayerischen Landesärztekammer hat sich unser Seminarangebot „Seminarweiterbildung Allgemeinmedizin“ gut etabliert. Zwölfmal im Jahr finden diese Kurse statt, die jeweils eine Woche von Samstag zu Samstag laufen und jährlich rund 850 Teilnehmerinnen und Teilnehmer erreichen (Abbildung 3).

Wir werden uns dafür einsetzen, daß es eine weitere Finanzierung über die Initialförderung hinaus für das Initiativprogramm Allgemeinmedizin geben wird, zumal wir festgestellt haben, daß die Krankenkassen durch Umformung der Bedingungen dazu tendieren, die Förderung zu verzögern. Einen Dank möchte ich an dieser Stelle aussprechen an die niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen jeder Fachrichtung und an die Kolleginnen und Kollegen aus der Klinik für ihre engagierte Mitwirkung an dem Allgemeinärztkurs in München, wo sie als Dozenten gewirkt haben und ihre praktischen Erfahrungen in diesen Kurs hineingetragen haben.

Frauen in der Medizin

Längst werden sowohl Kritiker als auch Befürworter des Themas „Frauen“ darauf warten, daß ich über „Frauen in der Medizin in Bayern“ spreche. Ich tue das gerne! Glücklicherweise haben wir

seit dieser Legislaturperiode Dr. Astrid Bühren als Präsidentin des Deutschen Ärztinnenbundes in den Reihen unserer Delegierten. Ein häufiger Gedankenaustausch bei der Bewertung und Erledigung von anfallenden spezifischen Problemen ist damit etwas einfacher geworden. Sicher ist es nicht notwendig bei jeder Situation, bei jeder politischen Frage, bei jedem Thema schlechthin extra auf Frauen hinzuweisen.

Doch die Tatsache, daß wir als Frauen und Männer mit unseren spezifischen Meinungen, Haltungen und Fähigkeiten im Medizinbetrieb tätig sind, sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit geworden sein. Von beiden Gruppen soll dieser Fakt als solcher gesehen werden, ohne rollenspezifisch-tradierte Spitzen und diskriminierende Hinweise. Tatsache ist jedoch auch, daß der Großteil arbeitsloser Ärzte Frauen sind. Jedoch – auch ein Drittel sind Männer.

Ich stimme daher mit Kollegin Astrid Bühren ganz und gar überein, die in einem Interview sagte „daß man als Frau vor allen Dingen immer irgendwo den Fuß in der Tür haben muß, um bestimmte Dinge nicht zu verlieren und bestimmte Dinge überhaupt mitzubekommen, da wir natürlich, wie das die Realität zeigt, als Frau immer noch häufig an den Rand der Gruppe gedrängt werden, die zur Aus- und Weiterbildung ansteht“. Ganz anders war es wohl, und das hat uns Professor Dr. Ulrich Sinn bei einem Abend diese Woche – er ist Archäologe in Würzburg – dargestellt, bei den alten Römern und Griechen. Damals übten Ärztinnen und Ärzte immer schon als Gleichberechtigte die Heilkunst aus.

Arbeitsfeld „Arzthelferinnen“

„Es gibt keine bessere Arzthelferin als die, die Sie selbst ausgebildet haben“, hieß es im Bayerischen Ärzteblatt 6/1999, Seite 291. Hinweisen möchte ich nochmals auf unser duales Aus-

Die Tatsache, daß wir als Frauen und Männer mit unseren spezifischen Meinungen, Haltungen und Fähigkeiten im Medizinbetrieb tätig sind, sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit geworden sein. Von beiden Gruppen soll dieser Fakt als solcher gesehen werden, ohne rollenspezifisch-tradierte Spitzen und diskriminierende Hinweise.

Abbildung 3: Seminarweiterbildung Allgemeinmedizin

<p>Seminarweiterbildung Allgemeinmedizin</p> <p>12 mal pro Jahr</p> <p>jeweils 1 Woche (Samstag bis Samstag)</p> <p>ca. 850 Teilnehmer pro Jahr</p>

bildungssystem, das wir weiter unterstützen sollten, mit der Ausbildung der Ausbilder, das heißt Kurse für Ärzte, die wir im Jahr 1999 laufend anbieten und auch weiter durchführen werden.

Der Arbeitsmarkt und auch die Rahmenbedingungen in der Arbeitswelt haben sich geändert. Zwar hat sich die Situation nicht weiter verschlechtert, dennoch sieht die Lage in der Arbeitswelt der Arzthelferin nicht gerade rosig aus. Es gibt neue Vergütungstarife für Arzthelferinnen und Auszubildende, die natürlich nicht gesunken, sondern angestiegen sind. Wir sind dennoch bemüht, die Ausbildung von Arzthelferinnen in unseren Praxen zu fördern.

Die Aussichten auf Verwirklichung des Projektes „Arzthelferin 2000“ sind günstig. Es kamen Vorschläge von den Ärztekammern im ganzen Bundesgebiet, und ein Projekt aus Hamburg, das eine Erneuerung des Bildes der Arzthelferin fordert, wird wohl in Bälde umgesetzt werden. Die Anpassung des Berufsbildes an die moderne Arztpraxis ist dringend zu realisieren. Als Beispiel möchte ich die Änderung der Ausbildung im Laborwesen nennen. Sie soll nicht mehr lediglich die Durchführung der Tests beinhalten, sondern die sachgemäße Probenvorbereitung und den Transport zum ausführenden Laborarzt oder zur Laborgemeinschaft als wichtigen Punkt aufnehmen.

Die Ausbildungsvergütung ist erstmals seit 1995 erhöht worden, so daß es im ersten Jahr, 910 DM und im zweiten Jahr 990 DM und im dritten Jahr 1075 DM als Entlohnung für die Auszubildenden gibt (Abbildung 4).

Die Erweiterung der Anspruchsvoraussetzungen für Tätigkeitsgruppe III, das heißt nun mit Zusatzausbildung, sollte aufrecht erhalten werden. Die Tarife für Arzthelferinnen sind zum 1. September 1999 um 3 % erhöht worden.

Prävention, Ethik, Arzthelferinnen, Frauen, Allgemeinmedizin und Menschenrechte – Sie erkennen, daß mein Aufgabenspektrum in der Kammer einen sehr weiten Bogen spannt. Für viele von Ihnen sind dies vielleicht nicht die großen, harten Themen, die die Politik machen. Doch ich bin überzeugt, daß auch meine Aufgabengebiete wichtige und grundlegende Bausteine in unserem Gesundheitswesen in Bayern darstellen.

Abbildung 4:
Ausbildungsvergütung für Arzthelferinnen

Neue Aufgabe: Menschenrechte

Die Position der Menschenrechtsbeauftragten ist bei den Ärztekammern noch ganz neu und wurde über die Bundesärztekammer mit dem Vizepräsident Dr. Frank-Ulrich Montgomery initiiert. Daher existiert eigentlich noch keine offizielle Definition dieser Position. Unser Anspruch ist es, den Kollegen in Konfliktsituationen zu Hilfe zu kommen und eine Vermittlerposition zwischen dem möglichen Arbeitgeber oder Auftraggeber und dem Arzt, der eingesetzt werden soll als Begleitarzt bei Transporten von Deutschland in andere Länder, zu übernehmen. Auch ist daran gedacht, verfolgten Medizinern im Ausland zu helfen. Dies sollte jedoch meines Erachtens auf überregionaler Basis von der Bundesärztekammer ausgehen.

Weitere Felder der Versorgung sind sicherlich fehlerhafte ärztliche Gutachten bei Abschiebungen, mangelhafte medizinische Versorgung in Abschiebehaf und medizinisch nicht verantwortbare Haftbedingungen, wenn wir davon Kenntnis bekommen.

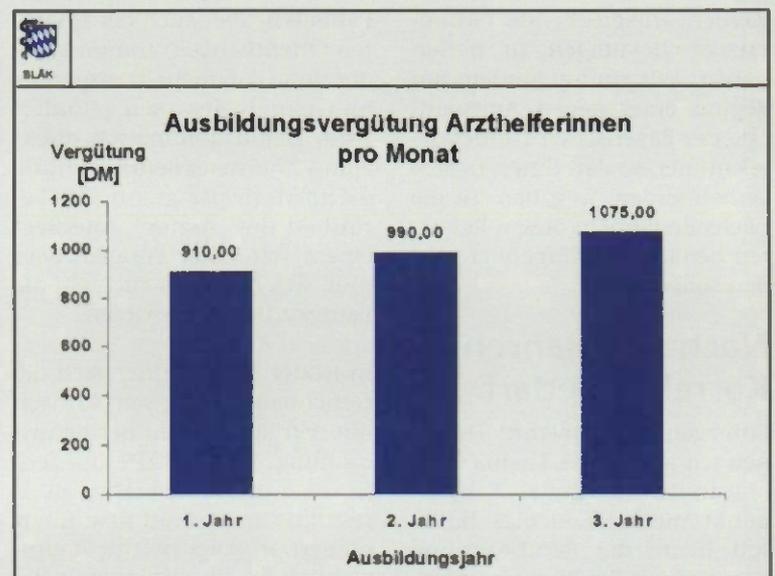
Derzeit findet ein reger Gedankenaustausch zwischen den verschiedenen Menschenrechtsbeauftragten statt, um die Standpunkte zu präzisieren. In Mün-

chen ist eine Gesprächsrunde geplant zwischen den Ärzten der Polizei, des Bundesgrenzschutzes und der Landesärztekammer. Bei dieser Gesprächsrunde wollen wir die Positionen der einzelnen Organisationen diskutieren, um Klarheit bei Verhalten von Ärzten in schwierigen Situationen mit Flüchtlingen, Asylanten und illegal sich im Lande befindlichen Personen zu schaffen. Meines Erachtens sollte die Kammer hier eine gewisse Mediator- und Mittlerfunktion zwischen den beiden Polen ausüben.

Wenn ich also – nach rund acht Monaten – eine erste Zwischenbilanz ziehe, so sehe ich zwar die viele Mühe, die mich die Einarbeitung und die Terminkoordination gekostet haben; jedoch die Freude und das Interesse bei der Beschäftigten standen und stehen eindeutig im Vordergrund.

Es kommt in erster Linie darauf an, was man/frau daraus macht: sich nicht nur nach den Fakten richten, sondern auch den Menschen im Auge behalten, das ist meine Devise. So wie im richtigen Leben eben, nicht immer ungestraft Illusionen nachlaufen.

An dieser Stelle möchte ich mich auch dem Dank des Präsidenten an alle Mitarbeiter anschließen, die uns bei unserer Arbeit so gut unterstützt haben.



Die Ärztekammer ist akut gefordert

Bericht von Dr. Klaus Ottmann,
2. Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer

In meinem Bericht möchte ich Ihnen heute weniger eine retrospektive Bilanz aus meinen Arbeitsbereichen vortragen, – das meiste ist im Geschäftsbericht nachzulesen, – sondern ich möchte Ihnen mehr als in früheren Jahren aufzeigen, in welchen Bereichen Probleme in den nächsten Jahren unbedingt einer Lösung zugeführt werden müssen.

Der große Themenblock der Novellierung der Weiterbildung wurde bereits vom Präsidenten ausgiebig dargelegt. Weitere Entscheidungen stehen an in der Fortentwicklung unserer Berufsordnung, der Novellierung der amtlichen Gebührenordnung und im weiten Feld der Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements. In alle diese Bereiche greift das Gesetz zur Strukturreform des Gesundheitswesens 2000 ein, so daß relativ kurzfristig im nächsten Jahr Entscheidungen getroffen werden müssen.

Die Diskussion soll mit unseren Referaten angeregt bzw. eröffnet werden. Die nächsten Ärztetage werden entsprechende Grundentscheidungen zu treffen haben. Wir sind außerdem am Beginn einer neuen Amtsperiode der Bayerischen Landesärztekammer, so daß Ihnen unsere gemeinsamen Aufgaben für die nächsten Jahre in diesen Referaten bereits jetzt aufgezeigt werden sollen.

Nach zwei Jahren Korrekturbedarf

Entgegen früheren Jahren, in denen ich jeweils das Thema Qualität in der Medizin als Schwerpunkt meines Berichtes hatte, soll heute die Berufsordnung den größten Raum einnehmen.



Dr. Klaus Ottmann

Wir haben erst vor zwei Jahren eine neue Berufsordnung der Ärzte in Bayern beschlossen, die Basis war die Muster-Berufsordnung des Deutschen Ärztetages. Gewisse Abweichungen bzw. Ergänzungen haben wir damals ganz bewußt beschlossen; sie wurden inzwischen von einigen anderen Landesärztekammern übernommen. Die Zeit geht weiter, sogar so schnell, daß wir heute bereits wieder über Korrekturen unserer Berufsordnung reden müssen.

Das Informationsbedürfnis der Patienten, aber auch der gesamten Öffentlichkeit, nimmt ständig zu, so daß mehr Transparenz im Gesundheitswesen gefordert wird. Damit komme Ich direkt zum § 27 unserer Berufsordnung – dem Werbeparagraph. Das Berufsbild des „Arztes“ unterliegt einem zeitlichen Wandel. Dies muß sich natürlich auch auf die Berufsordnung auswirken.

In letzter Zeit scheinen sich die Gerichte nicht nur sehr kritisch mit den Regelungen der Berufsordnung auseinanderzusetzen, sie sehen diese nicht selten als restriktiv angewandt bzw. interpretiert an. Dies betrifft hauptsächlich die einschränkende Re-

gelung im Hinblick auf die Außendarstellung, sei es durch Presseartikel, durch Mitwirkung bei sogenannten Patienteninformationsdiensten oder durch Darstellung im Internet. Aber bei genauem Studium der jüngsten Rechtsprechung zeigt sich dennoch, daß sowohl Berufsgerichte als auch Zivilgerichte im Rahmen wettbewerbsrechtlicher Verfahren nach wie vor keine berufsrechtsunwürdige Werbung dulden.

Grenzen der Werbung

Anhand einiger Beispiele möchte ich Ihnen den derzeitigen Stand der Rechtsfindung erläutern. Dem Tenor des Urteils des Schleswig-Holsteinischen Oberlandesgerichtes vom 6. Juli 1999 ist zu entnehmen, daß Ärzte durch ihre kostenpflichtige Mitwirkung bei privaten Informationsdiensten zunächst nicht wettbewerbswidrig handeln, wenn die Informationen sich auf die zulässigen Inhalte der Berufsordnung beschränken.

Ein weiteres Urteil des Bundesgerichtshofs vom 20. Mai 1999 erregte Aufsehen, wonach ein Unternehmen, das einen Notfalldienst für Privatpatienten organisierte, *nicht* wettbewerbswidrig handelt, wenn es in Pressemedien in einer Rubrik unter der Telefonnummer ärztlicher Notdienste auf sich mit eigener Telefonnummer hinweist. Da es kein Verbot für privatärztliche Notdienste gibt, wäre es verfassungswidrig, wenn diese sich nicht annoncen könnten. Der BGH sieht sogar ein klares Wettbewerbsverhältnis zwischen dem kassenärztlichen Bereitschaftsdienst und den privaten Notfalldiensten. Eine unzulässige Werbung würde aber

dann bestehen, wenn die ordnungsgemäße Erbringung der angekündigten Notfalldienstleistungen nicht möglich ist oder einzelne Ärzte im Rahmen dieses Notfalldienstes werbend herausgestellt würden.

Daß unser Beruf gerade für Presse, Funk und Fernsehen attraktiv ist, natürlich um vor allem die Auflagen bzw. die Zuschauer- oder Zuhörer-Quoten zu erhöhen, brauche ich nicht näher ausführen. Die Artikelserie über die „500 besten Ärzte“ ist Ihnen sicherlich noch in Erinnerung. Der Bundesgerichtshof hat in seinem Urteil vom 30. April 1997 die Bezeichnung der namentlich genannten Kollegen, die mit „die 500 besten Ärzte Deutschlands“ apostrophiert wurden, als getarnte Werbung beurteilt und somit eine sittenwidrige Förderung fremden Wettbewerbs bejaht. Die Allgemeinheit, so der BGH, sei an einer solchen unzutreffenden Information nicht interessiert, weshalb auch von einem grundrechtlich schützenswerten Recht der Informationsfreiheit nicht gesprochen werden kann.

In der zweiten modifizierten Artikelserie sieht der BGH überhaupt keine getarnte Werbung mehr und hat somit keine sittenwidrige Form des Wettbewerbs bejaht, indem er die beantragte Revision gegen das Urteil des Oberlandesgerichtes München, das eine zulässige Presseinformation und damit keine wettbewerbswidrige Handlung annahm, vor ein paar Tagen nicht zur Entscheidung angenommen hat. Daraus ist der Schluß zu ziehen, daß nur aufdringliche Werbung, bei der die Sachinformation in den Hintergrund gedrängt wird, wenn sie überhaupt gewollt ist, angegriffen werden kann und dies auch getan werden sollte.

Reklame-Video nicht erlaubt

Nicht nur dieses beschriebene werbende Auftreten in Zeitungen ist Anlaß für uns tätig zu werden, sondern auch sogenannte Patienteninformationsschreiben,

Internet-Auftritte von Kolleginnen und Kollegen, die Ausgabe sogenannter Patientenkalender und das Aufstellen von Informationsträgern in den Praxisräumen, absolut vergleichbar mit gewerblichen Informationen, die Produktwerbung enthalten. In allen diesen angesprochenen Beispielen haben die Berufs- bzw. die Wettbewerbsgerichte unter Zugrundelegung der einschlägigen Vorschrift der Berufsordnung die Verstöße bejaht.

Die Artikelserie über die „500 besten Ärzte“ ist Ihnen sicherlich noch in Erinnerung. Der Bundesgerichtshof hat in seinem Urteil vom 30. April 1997 die Bezeichnung der namentlich genannten Kollegen, die mit „die 500 besten Ärzte Deutschlands“ apostrophiert wurden, als getarnte Werbung beurteilt und somit eine sittenwidrige Förderung fremden Wettbewerbs bejaht.

Beispielsweise sei der Fall angesprochen, in dem ein Kollege im Wartezimmer Werbung für Dritte oder deren Produkte durch Videopräsentation erlaubte. Dies verstößt gegen die Verpflichtung, den Beruf gewissenhaft auszuüben und dem im Zusammenhang mit den Beruf entgegengebrachtem Vertrauen zu entsprechen. So sieht es jedenfalls das Berufsgeschicht beim Verwaltungsgericht Münster im Urteil vom 20. Mai 1998.

Unter wettbewerbsrechtlichen Gesichtspunkten hat das Landgericht Münster in einem rechtskräftigen Urteil vom 22. Oktober 1998 einem Verlag untersagt, Ärzten einen Jahreskalender in Visitenkartengröße als kleines Präsent für Patienten anzubieten, auf dem auf der Rückseite Name, Anschrift, Gebietsbezeichnung, Sprechstundenzeiten, teilweise auch Verkehrsbindung angeführt sind, wenn der Visitenkartenaufdruck mit Grafiken und Zusätzen wie „der Arzt Ihres Vertrauens“ bedruckt ist. Darin sieht die Wettbewerbsgerichtsbarkeit eine über den zulässigen Informationscharakter hinausgehende Werbemaß-

nahme mit dem Hinweis, daß der Zweck des ärztlichen Werbeverbots, einer unerwünschten Kommerzialisierung der Gesundheitsfürsorge entgegenzuwirken, durch die superlative Formulierung „der Arzt Ihres Vertrauens“ wesentlich beeinträchtigt wird.

Genauso unzulässig ist es, entsprechend einem Urteil des Hanseatischen Oberlandesgerichtes Hamburg aus diesem Jahr, wenn ein Arzt werbend für Osteoporose-Behandlung an Patienten seiner Praxis schreibt und Knochendichtemessungen anbietet. Es handelt sich dabei eben nicht um eine zulässige Sachinformation, sondern um die Aufforderung an potentielle Patienten, die Praxis aufzusuchen.

Auch Ärzte-Taxis, um den Patienten den Weg in die eigene Praxis zu erleichtern, sind nach einem rechtskräftigen Urteil des Gerichtshofs für Heilberufe Niedersachsen vom 10. März 1999 ein Akt berufswidriger Werbung. Niedergelassene Ärzte dürfen also weder einen unentgeltlichen noch einen entgeltlichen Fahrdienst für Patienten einrichten.

Einen besonderen Bereich muß ich im Zusammenhang mit der Werbungsproblematik ansprechen und zwar die unterschiedliche Außendarstellung ärztlicher Leistungen im ambulanten Bereich und die Werbemöglichkeiten von Krankenhäusern und Sanatorien. Auch hier gilt, daß eine berufswidrige Werbung für Krankenhäuser nicht statthaft ist. Besonders Werbung für Therapieempfehlungen, zum Beispiel bei Karzinomkranken, sind ein großes Problem. Der BGH stellt eindeutig fest, daß Werbung, die wesentliche Erfolge bei der Krebsbekämpfung in Aussicht stellt, nicht statthaft ist. Krankenhäuser haben aber entsprechend dem Beschluß des Bundesverfassungsgerichtes vom 19. November 1985 einen erweiterten Spielraum in der Werbung; dies darf aber nicht zur Ankündigung von Superlativen führen. Zum Beispiel ist die Ankündigung ärztlicher Lei-

stungen in einer stationären Einrichtung wie „Experte auf dem Gebiet“, oder „herausragende Kenntnisse“, oder „weit über unsere Grenzen bekannter Arzt“ absolut ein Verstoß gegen das Werbeverbot und macht entsprechende Ansprüche auf Unterlassung unabdingbar notwendig.

Auch die allseits bekannten Hochglanzbroschüren einiger stationärer Einrichtungen müssen gelegentlich kritisch beurteilt werden. Angehörige der Heilberufe dürfen dabei nicht in Ausübung ihrer Tätigkeit in der Werbung gezeigt werden. Dem Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer können Sie eine Vielzahl entsprechender Vorgänge entnehmen, die die Kammer insgesamt veranlassen mußte, um eine Gleichheit im Wettbewerb zu erreichen.

Daß eine gewisse Angleichung im niedergelassenen Bereich inzwischen erfolgte, zeigen die Möglichkeiten des Auftretens auch niedergelassener Kolleginnen und Kollegen in öffentlich abrufbaren Computer-Kommunikationsnetzen, allseits bekannt unter dem Stichwort: Internet.

Jedoch ist auch hier sowohl von Krankenhäusern wie von niedergelassenen Kollegen Zurückhaltung geboten, wie die Erfahrung eines zahnärztlichen Kollegen mit den Gerichten deutlich macht. Das Oberlandesgericht Koblenz hat im Urteil vom 13. Februar 1997 in Hinblick auf die Internet-Darstellung des zahnärztlichen Kollegen mit eigenem Praxisshop festgestellt, daß die berufliche Außendarstellung des Zahnarztes den Eindruck erweckt, als ob vorab schon Gewinnstreben ihn dazu bestimmte, sich einer für Zahnärzte ungewöhnlichen, nach Form und Inhalt aus dem Rahmen fallenden Werbung zu bedienen. Entscheidend sei dabei, daß diese Werbung geeignet ist, ein falsches Bild vom Beruf des Zahnarztes entstehen zu lassen. Die Darstellung in den

Rubriken „das Praxisteam“ und „unsere Dienstleistung“ enthielt ausgesprochen reklamehafte Aussagen. Es gäbe laut Urteil keine vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls, die eine derartige Werbung rechtfertigen.

Neue Probleme durch Praxisnetze

Ich habe jetzt mehrere Beispiele gebracht, wo unsere Berufsordnung eigentlich noch hält. Beim Thema Werbung für Praxisnetze jedoch sehen wir dringenden Handlungsbedarf. Zum Beispiel muß die Frage beantwortet werden, ob die Neutralitätspflicht beim Thema interne Arzneimittel-Positivliste oder bei Empfehlungen für Heil- und Hilfsmittel innerhalb eines Netzes überhaupt noch gewahrt wird. Auch eine Ankündigungsfähigkeit gewisser Organisationsstrukturen, zum Beispiel eines Netzes, muß geklärt werden.

Für mich völlig unproblematisch wäre jedoch zum Beispiel die Ankündigung eines haus-

Beim Thema Werbung für Praxisnetze jedoch sehen wir dringenden Handlungsbedarf. Zum Beispiel muß die Frage beantwortet werden, ob die Neutralitätspflicht beim Thema interne Arzneimittel-Positivliste oder bei Empfehlungen für Heil- und Hilfsmittel innerhalb eines Netzes überhaupt noch gewahrt wird.

ärztlichen Internisten im Gegensatz zum fachärztlichen Internisten, daß er an der hausärztlichen Versorgung teilnimmt, da derartige Informationen zur Patienteninformation wichtig sind.

Weiter wird es sicherlich keiner Diskussion bedürfen, daß die Arztpraxis nach wie vor von kommerziellen Leistungsangeboten außerhalb des ärztlichen Bereichs freizuhalten ist.

Wir haben also großen Diskussionsbedarf im Hinblick auf die Grenzziehung zwischen zulässiger und gewollter Sachinformation, sowohl über Leistungsangebote aus dem ambulanten als

auch aus dem stationären Bereich, mit dem Ziel, die aufgezeigte Wettbewerbsungleichheit, die aus der Sicht der niedergelassenen Ärzte besteht, zu minimieren.

Und schließlich ist es ein dringendes Anliegen, auch im Rahmen der Berufsordnung die rechtlichen Vorgaben für die Telemedizin im Interesse der Kolleginnen und Kollegen, die hier dringend eine Rechtssicherheit benötigen, festzulegen.

Auch die Bereitschaftsdienstpraxen an Krankenhäusern bringen verschiedene Berufsordnungsprobleme mit sich. Insgesamt kann man sich des Eindrucks nicht erwehren, daß die Berufsordnung mit der Entwicklung in all den aufgezeigten Bereichen heute nicht mehr Schritt hält. Einige Grundsatzbeschlüsse zu dem gesamten Themenblock sind zum Deutschen Ärztetag 2000 wegbereitend für eine Änderung der Berufsordnung vorgesehen. Eine größere Gesamtleistung der Muster-Berufsordnung ist dann für den Deutschen Ärztetag 2001 vorgesehen.

Justiz lockert Werbeverbot

Die bisherigen Werbeverbote stoßen zunehmend auch an verfassungsrechtliche Grenzen. So hat unlängst das Hessische Verfassungsgericht gegen die Landesärztekammer Hessen entschieden mit dem Tenor: Alles, was nicht irreführend ist in der Werbung, muß auch bei Ärzten erlaubt sein. Somit trägt natürlich die Rechtsprechung ihren Teil dazu bei, das Werbeverbot langsam aufzulockern. Die Politik vertritt sowieso die Auffassung, daß die Regularien der Landesärztekammern nicht nur innerärztlich zu sehen sind, sondern es wird auch zunehmend auf den Service-Charakter der Kammern für Politik und Öffentlichkeit hingewiesen.

Zum Themenbereich Patientenverfügung bzw. -testament hat Ihnen Frau Kollegin Fick bereits berichtet. Der Umgang mit die-

sen Patientenverfügungen gestaltet sich, je mehr sie zur Anwendung kommen, für uns Ärzte durchaus kompliziert. Die ersten Prozesse gegen Ärzte, die sich nicht an entsprechende Ver-

Ich habe mehrfach die katastrophale finanzielle Situation der Vertragsärzte im Zusammenhang mit der Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich thematisiert.

fügungen gehalten haben, sind bereits bekannt. Der Grenzbereich zwischen Umsetzung des Willens des Patienten und unterlassener Hilfeleistung des Arztes ist nach wie vor nicht genau definiert, sofern dies überhaupt möglich ist. Auf jeden Fall muß in die Berufsordnung der Umgang mit Patientenverfügungen neu aufgenommen werden.

Zum Schluß zu diesem Themenblock möchte ich noch ausdrücklich feststellen, daß das Werbeverbot in der Berufsordnung nach § 27 nicht nur uns Ärzte vor unlauterem Wettbewerb schützt, sondern, und das ist mindestens so wichtig, es schützt auch unsere Patienten vor unsachgemäßer Information oder vor sogenannten „Scharlatanen“. Es ist ohne Zweifel auch Sinn dieses Werbeverbotes, daß die Patienten nicht auf „gewisse“ Werbepraktiken hereinfliegen. Die Schutzwirkung, der heutzutage als zu stringent angesehenen Werberegularien für unsere Patienten, darf keinesfalls vernachlässigt werden, sie muß geradezu für die Weiterentwicklung in unserer Berufsordnung der Maßstab sein.

An der Schnittstelle ambulante/stationär

Ich möchte Sie nun über einen völlig anderen Themenbereich informieren. Die Bayerische Landesärztekammer ist im Bayerischen Krankenhausplanungsausschuß vertreten und hat sich dort erneut intensiv eingebracht. Ich habe dort mehrfach die katastrophale finanzielle Situation der Vertragsärzte im

Zusammenhang mit der Verlagerung von stationären Leistungen in den ambulanten Bereich thematisiert. Um Verständnis für den Beschluß des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, möglichst keine neuen Belegabteilungen in Bayern mehr zu etablieren, da entsprechende Honorarmittel für diese ärztlichen Leistungen von den Krankenkassen nicht zusätzlich zur Verfügung gestellt werden, wurde geworben.

Der Anlaß für diese Feststellungen war, daß wiederholt kleinere Krankenhäuser mit rückläufiger Belegung durch zusätzliche Belegabteilungen meist mit investiven Fachrichtungen, zum Beispiel Orthopädie oder Neurochirurgie, versuchen, eine bessere Auslastung zu erreichen. Die Bayerische Landesärztekammer hat trotz grundsätzlich positiver Einschätzung des Belegarztsystemes energisch gegen derartige Miniabteilungen mit drei, fünf oder sieben Betten votiert. Allein eine Reduzierung der Bettenkapazitäten in entsprechend schlecht ausgelasteten Krankenhäusern ist der einzig richtige

Durch die getrennten Honoraranteile für Hausärzte und Fachärzte im bayerischen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) gehen die Verlagerungen von bisher stationären Leistungen in den ambulanten Bereich meist zu Lasten der Fachärzte

Weg. Es kann der Vertragsärzteschaft keinesfalls zugemutet werden, im Rahmen der Gesamtvergütung oder zum Beispiel eines Globalbudgets auch zusätzliche stationäre Behandlungen finanzieren zu müssen.

Wir konnten außerdem in Verhandlungen mit unserem Aufsichtsministerium erreichen, daß die unfallchirurgischen Kliniken endlich gesondert im Krankenhaus-Bedarfsplan ausgewiesen werden. Bis heute sind eigenständige unfallchirurgische Abteilungen dem Bedarfsplan nicht zu entnehmen. Hier hat sich insbesondere Professor Dr. Günter Lob, Mitglied dieses Hauses, besonders eingesetzt.

Indirekte Öffnung der Krankenhäuser

Eine weitere Sorge bereitet die zunehmende Installation von Tageskliniken, meist durch Umwandlung von vollstationären Betten zum Beispiel in der Onkologie, Diabetologie, sogar für psychosomatische Erkrankungen, wie vor einigen Wochen in München. Dies entspricht einer indirekten Form der Öffnung der Krankenhäuser für eine ambulante Tätigkeit. Tageskliniken gehören aber de facto zum stationären Bereich. Sie sind eine Sonderform der teilstationären Versorgung. Eine Etablierung bedarf der Genehmigung des Krankenhausplanungsausschusses. Damit entwickelt sich natürlich eine zunehmende Konkurrenz zu den niedergelassenen Ärzten. Die Krankenkassen hingegen befürworten die Einrichtung derartiger Tageskliniken, da sie meist eine Reduzierung der vollstationären Betten beinhalten und auf diese Weise eine gewisse Einsparung von stationären Kosten erreicht werden kann.

Insgesamt muß festgestellt werden, daß sowohl die belegärztlichen Leistungen als auch das ambulante Operieren in Praxis oder Krankenhaus finanziell derzeit keinerlei vernünftige Basis mehr hat. Die Forderung nach einem dritten Finanztopf für die sogenannten Schnittstellenleistungen wurden gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium längst erhoben und sollte im neuen Gesetz etabliert werden. Dies wurde jedoch bisher kategorisch abgelehnt.

Durch die getrennten Honoraranteile für Hausärzte und Fachärzte im bayerischen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) gehen die Verlagerungen von bisher stationären Leistungen in den ambulanten Bereich meist zu Lasten der Fachärzte, die inzwischen mit Recht darüber reflektieren, ob diese besonderen Leistungen zum Beispiel in der Kardiologie, Gastroenterologie oder dem ambulanten Operieren überhaupt noch zum Kernbereich des Versorgungsangebo-

tes des jeweiligen Fachgebietes gehören, – wobei sie ambulant in der gleichen Qualität wie im stationären Bereich erbracht werden, wie die kürzlich abgeschlossene ERCP- und Papillotomie-Studie in Bayern zeigen konnte.

Leitlinien und Qualitätsmanagement

Somit komme ich jetzt zu meinem zweiten Schwerpunkt-Thema, der Qualitätssicherung. Genau vor vier Wochen war ich als Einzelsachverständiger zur Anhörung des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages zur GKV-Strukturreform 2000 zum Thema Qualitätssicherung geladen. Meine im Vorfeld der Anhörung abgegebene Stellungnahme zu den drei Bereichen Regelungskreise, bzw. Kompetenz der Qualitätssicherungs-Gremien, zukünftige Wertigkeit von Leitlinien in der medizinischen Versorgung und Bedeutung des Qualitätsmanagements im ambulanten und stationären Bereich können Sie in der Oktober-Ausgabe des Bayerischen Ärzteblattes, Seite 520 ff., nachlesen.

Die beiden Themen: Leitlinien und Qualitätsmanagement, nahmen einen breiten Raum in der Diskussion ein. Wenn ich den Worten der meisten Redner, insbesondere auch der Gesundheitspolitiker, glauben kann, fielen meine Bedenken gegen eine verbindliche Anwendung von Leitlinien und die obligate Verpflichtung zum Qualitätsmanagement in Krankenhaus und Praxis auf fruchtbarem Boden. Aber derartige Eindrücke sind wahrscheinlich mehr Wunschvorstellungen, als daß die Notwendigkeit von entsprechenden Änderungen im Gesetzesentwurf heute schon von den entscheidenden Gremien gesehen wird.

Bereits auf dem letzten Bayerischen Ärztetag habe ich die Problematik unterschiedlicher Qualitätssicherungskompetenz bei gleichen ärztlichen Tätigkeiten in Diagnostik und Therapie im

bisher geltenden SGB V aufgezeigt. Ich bemühe mich seit Jahren Gehör zu finden, daß das Regelungschaos durch Kompetenzwirrwarr der verschiedenen Vertragspartner im Bereich der Qualitätssicherung endlich korrigiert werden muß. Ich habe eigentlich gehofft, daß die Chance einer Neugestaltung des gesamten Bereiches Qualitätssicherung in der Strukturreform 2000 zu einer Korrektur führen wird. Es fehlen aber leider wieder verbindliche Regelungen, die eine einheitliche Qualität ambulanter und stationärer Versorgung gewährleisten.

Es gibt nur eine Qualität

Ich möchte heute nicht mehr auf die Details eingehen. Als ein Beispiel, wie unsinnig alles geregelt ist, darf ich die operativen Leistungen im belegärztlichen Bereich, die mit Fallpauschalen und Sonderentgelten vergütet werden, anführen. Rein sachlich-medizinisch müssen derartige Eingriffe, zum Beispiel eine Leistenhernienoperation, eine

Ich habe eigentlich gehofft, daß die Chance einer Neugestaltung des gesamten Bereiches Qualitätssicherung in der Strukturreform 2000 zu einer Korrektur führen wird.

radikale Tumorprostatektomie oder die Versorgung einer Schenkelhalsfraktur, der externen Qualitätsprüfung des stationären Bereichs zugeordnet werden. Rein rechtlich sind sie jedoch derzeit dem vertragsärztlichen Bereich, im § 136 SGB V, zugeordnet. Es kann aber nur eine einheitliche Qualitätsbewertung der ärztlichen Leistung geben, so daß die bisherigen unterschiedlichen Regelungskreise und Kompetenzen je nach Versorgungsstruktur ein Anachronismus sind.

Wir brauchen eine einheitliche, sektorübergreifende Entscheidungsebene der vier Beteiligten, Bundes- bzw. Landesärztekammern, der KBV und der Länder-Kassenärztlichen Vereinigungen, der Spitzenverbände der Kran-

kenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft in Bund und Region, um endlich eine einheitliche Qualität der medizinischen Versorgung unserer Bevölkerung auch organisatorisch gewährleisten zu können. Grundsätzlich begrüßen wir Ärzte die wesentlich größere Bedeutung, die der Qualitätssicherung unserer Leistungen jetzt im Gesetzesentwurf eingeräumt wird. Leider haben aber die Väter, besser gesagt, hat die Mutter dieses Gesetzesentwurfes weniger die Qualität aus ärztlicher Sicht im Auge, sondern ein zusätzliches bürokratisches Kontrollinstrumentarium, um die ökonomischen Bedingungen einhalten zu können.

Dies kommt insbesondere im neuen § 136 a zum Ausdruck, wonach der Bundesausschuß Richtlinien der Qualität für diagnostische und therapeutische Leitlinien, einschließlich diagnosebezogener Leitlinien für aufwendige medizintechnische Leistungen und außerdem grundsätzliche Anforderungen für das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement zu erlassen hat.

Sie haben richtig gehört! Der Bundesausschuß erläßt Richtlinien zu Leitlinien und Qualitätsmanagement! Dies spricht Bände. Die Autoren dieses Gesetzesentwurfes haben den Sinn von Leitlinien und des Qualitätsmanagements gründlich verkannt.

Gründlich mißverstanden

Bis heute sind weit über 500 Leitlinien, meist von wissenschaftlich-medizinischen Fachgesellschaften, erarbeitet und veröffentlicht. Ein größerer Teil dieser Leitlinien entspricht aber nur teilweise den Notwendigkeiten der Versorgung der Patienten in der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies hat zwei Gründe. Zum einen entsprechen die Probleme, die von den Fachgesellschaften in den Leitlinien beschrieben werden, oft nicht der Situation, die zum Beispiel der

niedergelassene Arzt in seiner Praxis vorfindet. Statt dessen werden hochkomplizierte spezielle Krankheitsverläufe und Probleme beschrieben, wie sie vorwiegend an Schwerpunktkliniken gehäuft auftreten. Davon abhängig ist natürlich die diagnostische Strategie.

Zum zweiten muß festgestellt werden, daß der niedergelassene Arzt sich an den ökonomischen Begrenzungen orientieren muß, die für den rein wissenschaftlich orientierten Verfasser einer Leitlinie kaum eine Rolle spielen. Es besteht die konkrete Sorge, daß durch die geplanten Rahmenbedingungen eines Globalbudgets und der sektoralen Budgets diese Probleme noch verstärkt werden. Wir Ärzte sehen die Leitlinien als Handlungskorridor; sie dürfen nicht, schon gar nicht vom Gesetzgeber, zu Richtlinien mutiert werden.

Zu diesem Schluß kommt man jedoch, wenn man die Formulierungen im neuen Gesetz interpretiert, daß Leitlinien weitgehend obligatorisch zur Anwendung kommen müssen. Damit sind sie Richtlinien und haben natürlich einen wesentlich höheren Verbindlichkeitsgrad, bei dem die Individualität der Bedürfnisse des einzelnen Patienten absolut sekundär wird. Überspitzt formuliert könnte man sagen, wenn ein Arzt sich an die zukünftigen, verbindlichen Leitlinien hält, kommt er automatisch in ökonomische Schwierigkeiten bzw. er erhält einen Regreß. Hält er sich nicht daran, läuft er Gefahr in haftungsrechtliche Verantwortung genommen zu werden.

Qualitätsmanagement ist mehr

Auch die ärztliche Forderung nach einem Qualitätsmanagement wird gründlich mißverstanden. Die Implementierung des Qualitätsmanagements in unser medizinisches Versorgungssystem in Klinik und Praxis im neuen SGB V muß generell begrüßt werden. Da aber der Bundesausschuß für Ärzte und

Krankenkassen grundsätzliche Anforderungen an das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement verpflichtend vorgibt, wird der gute Ansatz zur Förderung eines internen Qualitätsmanagements konterkariert.

Qualitätsmanagement ist eben mehr als eine Abfrage meßbarer Größen, zum Beispiel von Laborparametern oder der Belichtungszeit von Röntgenaufnahmen, oder der zeitnahen Übersendung von Arztbriefen, oder die Gestaltung eines guten Betriebsklimas. Es bedarf einer internen Überzeugungsarbeit, bzw. einer positiven inneren Einstellung aller Beteiligten einer Versorgungseinheit, sich für das Qualitätsmanagement zu engagieren. Dies geht keinesfalls durch Zwang oder Vorschriften. Die Verpflichtung, dann auch noch über die entsprechenden Maßnahmen des Qualitätsmanagements berichten zu müssen, schafft bürokratischen Ballast, wobei der Inhalt dieser Berichte doch gar nicht überprüfbar ist. Die Verpflichtung zu derartigen Maßnahmen führt zu Kontrollen, bringt nur Frust und eine ungläubwürdige Berichterstattung. Hingegen könnten Anreizsysteme, zum Beispiel durch ein verbessertes Vergütungssystem, oder auch über ein führbares Zertifikat zur Imagepflege eine wesentlich bessere Motivation sein.

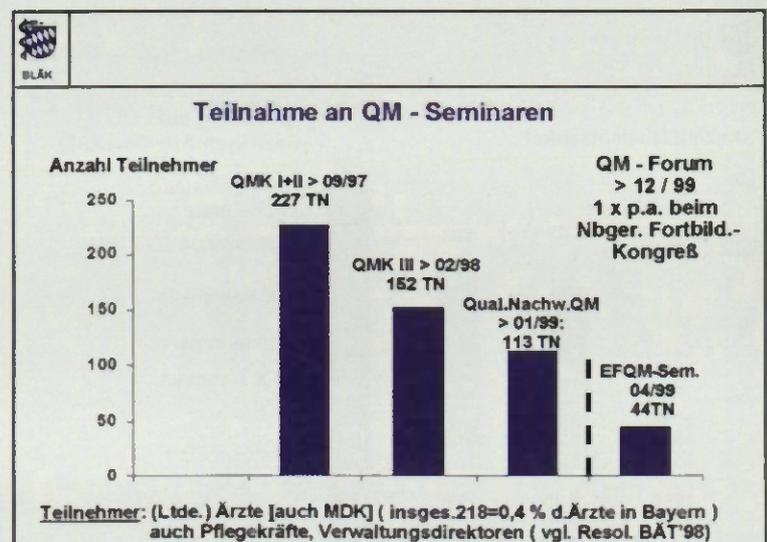
Unsere Qualitätsmanagement-Kurse werden ausgezeichnet an-

genommen. Seit Herbst 1997 haben bereits 227 Teilnehmer (Abbildung 1) diese Kurse absolviert, wobei auch leitende Pflegekräfte aus dem gesamten Bundesgebiet und insbesondere auch Ärzte des Medizinischen Dienstes teilgenommen haben.

Eine besondere Erwähnung ist wert, daß unsere Qualitätsmanagement-Kurse kostendeckend sind. Die Referenten sind hervorragend in der Lage, die Teilnehmer so zu motivieren, daß sie bereits heute als Multiplikatoren in ihren einzelnen Versorgungsbereichen tätig sind. Die Freiwilligkeit des Engagements im Qualitätsmanagement ist jedoch der Schlüssel zum Erfolg. Unter der neuen Gesetzgebung bekommt das Qualitätsmanagement allerdings die Bedeutung purer Qualitätskontrolle und muß in dieser Form als absolut kontraproduktiv strikt abgelehnt werden.

Die begrüßenswerte Erweiterung der Bedeutung der Qualitätssicherung für unsere ärztliche Tätigkeit im Gesetzentwurf bedarf der Akzeptanz der beteiligten Partner. Verpflichtungen, Kontrollen, Sanktionen und Berichterstattungen sind nur soviel wert, wie ihre Notwendigkeit von den Betroffenen im System auch akzeptiert wird. Der derzeitige Gesetzentwurf bewirkt einen bürokratischen Berg von Maßnahmen, die niemanden motivieren können.

Abbildung 1: Teilnahme an QM-Seminaren



Qualitätszirkel kommen an

Motivation ist ein gutes Stichwort für das nächste Thema meines Berichtes. Die Entwicklung der Qualitätszirkel in Bayern, nach wie vor gemeinsam von der Kassenärztlichen Vereinigung und der Landesärztekammer getragen, zeigt sich außerordentlich positiv. Nachdem die Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren zur Qualitätssicherung – zu denen auch die Qualitätszirkel gehören – 1993 verabschiedet worden sind, hat der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns kurz darauf erste Grundsätze zur Förderung von Qualitätszirkeln veröffentlicht. Innerhalb eines Jahres waren in Bayern bereits 80 anerkannte Qualitätszirkel aktiv tätig. Fünf Jahre später waren es bereits 409. Für das laufende und das kommende Jahr ist mit weiteren rund 100 neuen Zirkeln zu rechnen. Diese Zahl entspricht bei einer Größenordnung von rund 20 000 Vertragsärzten in Bayern, einschließlich der Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichen-Psychologen, natürlich noch nicht der von Fachleuten empfohlenen Verhältniszahl. Danach spricht man von einem realistischen Sättigungsgrad, wenn etwa 40 bis 50 % aller Ärzte in Qualitätszirkeln arbeiten. Hier fehlen aber auch noch bundesweit vergleichbare Daten, und ich bin

überzeugt, daß in anderen Bundesländern diese gewünschten Sättigungsgrade auch noch nicht erreicht sind. Aber eines bleibt unbestritten: Hier ist eine Dynamik festzustellen, die zwar von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und der Bayerischen Landesärztekammer initiiert worden ist, aber sich dann auf freiwilliger Basis, aus den Reihen unserer Kolleginnen und Kollegen, weiter entwickelt hat. Die zahlenmäßige Aufteilung auf die einzelnen KVB-Bezirksstellen zeigt Abbildung 2.

Eine differenzierte Auswertung der Qualitätszirkelarbeit in Bayern hat 1996 begonnen. Grundlage dafür sind die Dokumentationsbögen. Diese Protokolle müssen von den Moderatoren der Qualitätszirkel nach Vorgabe der Kassenärztlichen Vereinigung bei den Bezirksstellen eingereicht werden.

Mit zwischen 10 und 15 Teilnehmern und einer durchschnittlichen Sitzungsdauer von 2 1/2 Stunden liegen die meisten Zirkel in dem von den Fachleuten für optimal angesehenen Rahmen. Die Sitzungsfrequenz der Qualitätszirkel liegt im Schnitt bei vier bis sechs Treffen im Jahr – dies ist ebenfalls ein angestrebter und empfohlener Mittelwert.

Etwa 100 Zirkel liefen zum Zeitpunkt unserer Erhebung bereits zwei Jahre, und rund 100 Zirkel

arbeiten schon mindestens seit vier Jahren. Es gibt aber auch eine ganze Reihe von Zirkeln, die bereits mehr als fünf Jahre arbeiten und immer noch funktionieren.

Ich meine, diese Zahlen beweisen, daß in Bayern diese wichtige Aufgabe angepackt worden ist und die Ärzte selbst die Zirkelarbeit als hilfreiche Maßnahme erkannt haben.

Zur Zusammensetzung der Zirkel-Mitglieder ist folgendes zu sagen. Wir haben uns von Anfang an gewünscht, daß sich die Klinikärzte an den Qualitätszirkeln beteiligen, und ich muß im Gegensatz zum letzten Jahr heute mit einer gewissen Freude feststellen: Es gibt mittlerweile 137 Zirkel, bei denen es eine regelmäßige Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und in der Klinik arbeitenden Ärzten gibt, in weiteren 110 Zirkeln tauschen sich Vertragsärzte zusätzlich mit Apothekern, Psychotherapeuten oder rein privatärztlich tätigen Kollegen aus (Vergleichszahlen zu 1997 siehe Abbildung 3).

Investition in Qualität

Einige Informationen zur logistischen und finanziellen Unterstützung: Es ist festzustellen, daß sich die meisten Qualitätszirkel mittlerweile selbst organisieren. Für etwa 100 Zirkel stellen die Bezirksstellen Räumlichkeiten oder Technik zur Verfügung. Alle aber werden finanziell unterstützt, das heißt, der Moderator erhält für Vorbereitung und Nachbereitung der Sitzungen jeweils 200 DM als Vergütung für seinen Aufwand. 1998 sind dafür rund 290 000 DM ausgegeben worden. Rechnet man die Ausgaben für die Moderatorenschulungen dazu, dann ist uns im vergangenen Jahr in Bayern die Qualitätszirkelarbeit rund eine halbe Million Mark wert gewesen.

Hier sei noch angemerkt, daß sich die Landesärztekammer pauschal mit 100 000 DM betei-



Abbildung 2: Aufteilung auf die einzelnen KVB-Bezirksstellen

ligt. Dieser Zuschuß ist der Kostenanteil, bezogen auf die Nichtvertragsärzte. Er ist in der Höhe seit 1995 unverändert, obwohl sich der Anteil von Zirkeln und Schulungen mit Beteiligung von Klinikern und anderen deutlich erhöht hat. All diese Zahlen beweisen, daß wir zwar auf dem richtigen Weg sind, aber wir müssen über den Schlüssel der Verteilung sicher noch einmal nachdenken.

Bei solchen Ausgaben stellt sich selbstverständlich die Frage: Wird hier wirklich in Qualität investiert? Es wird immer wieder einmal Kritik laut, Qualitätszirkel seien bessere Stammtische und weit davon entfernt entsprechend den Richtlinien zu arbeiten. In Einzelfällen mag diese Kritik zutreffen. Aber: Die Sitzungen müssen protokolliert werden, und diese Dokumentationen gehen an die jeweilige Bezirksstelle, die die Unterlagen prüft. Wenn sich dann herausstellt, daß nicht nach unseren Grundsätzen verfahren worden ist, dann liegt es letztendlich in der Verantwortung des Qualitätszirkel-Beauftragten der Bezirksstelle zu entscheiden, ob dieser Zirkel noch förderungswürdig ist und Geld von uns erhalten kann.

Es ist klar, daß trotz aller bisherigen Informationen eine eingehende Evaluation notwendig ist. Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns führt diese auf der Basis der eingereichten Dokumentationsbögen durch. Allerdings beschränken sich die Aussagen, die bisher gemacht worden sind, fast ausschließlich auf die Fragen der Strukturqualität. Wir möchten aber gerne bessere Erkenntnisse darüber gewinnen, wie die Zirkel arbeiten. Letztendlich ist es entscheidend zu erfahren, ob dieses Instrument wirklich zur Qualitätssicherung taugt. Und dazu braucht man mehr Daten, als wir bislang abfragen und auswerten konnten. Da gibt es eigentlich nur zwei Möglichkeiten: Die eine ist, die gesamte Evaluation nach außen zu geben, und die andere Möglichkeit, die Aufgabe selbst zu lösen.

Abbildung 3:
Zusammensetzung
der Zirkel

		
Zusammensetzung der Zirkel		
Zusammensetzung	1997	1998
nur Vertragsärzte	111	127
mit Klinikärzten	97	137
mit anderen Heilberufen, Klinikärzten u. Privatärzten	82	110

Ich kann jedenfalls nach mehr als fünfjährigem Engagement auf diesem Gebiet die Empfehlung aussprechen, daß die Qualitätszirkel-Evaluation in unserer Hand bleiben sollte. Wir haben genügend Fachleute, und ich bin der Meinung, daß eine solche vertrauensbildende Maßnahme – und dazu gehört eben auch die Datenerfassung und -auswertung – nicht unbedingt an Dritte weitergegeben werden muß. Die Ärzteschaft ist selbst in der Lage, den Nachweis zu erbringen, daß das, was wir angesprochen haben nicht nur die Arbeitssituation unserer Kolleginnen und Kollegen positiv beeinflusst, sondern auch die Versorgung der Patienten verbessert. Auch die Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen und den Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken verbessert sich dadurch. Von dieser Erfahrung jedenfalls berichten unsere Qualitätszirkel.

Wir wissen, wo es lang gehen muß und wir brauchen noch verlässliche Daten. Deswegen werden wir mit neutralen Beratern eine Evaluierung installieren, die über das bisherige hinausgeht und eine verlässliche Auswertung und Bewertung der Zirkelarbeit ermöglicht. Und das müssen und können wir intern machen und sparen noch eine Menge Geld dabei. Aber, es soll nicht verhehlt werden, daß einige Kolleginnen und Kollegen

glauben, daß sie mit solchen Maßnahmen vielleicht kontrolliert werden könnten. Dies entspringt aus ihrer Aversion gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung. Ich kann dies nachvollziehen, aber ich versichere Ihnen, alle Daten, die erfaßt werden sind absolut anonym und geheim. Das heißt dann auch, daß sie nicht zu irgendwelchen irgendwie gearteten Sanktionen verwendet werden können. Das ist auch so in den Grundsätzen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung festgelegt.

Zum Stichwort Moderatorentraining ist auch einiges zu ergänzen. Wir haben die Grundsätze neu überarbeitet, weil die Erfahrungen uns dazu genötigt haben. Wir wissen jetzt, daß es Sinn hat, ein Kompaktraining anzubieten, das nicht länger als 1 1/2 Tage dauert. Dieses Training führen wir nach einem Ausschreibungsverfahren zusammen mit der Universität Freiburg durch. Mit dieser Gruppe haben wir in der Vergangenheit auch schon vertrauensvoll und erfolgreich zusammengearbeitet. In dieser Schulung werden Kommunikationskompetenz und Methodik der Qualitätszirkelarbeit sowie Verfahren des Qualitätsmanagements vermittelt.

Ein solches Training wird dann durch Supervision, die in allen Bezirksstellen mindestens zwei-

Teilnehmende Krankenhäuser 1999	
• Chirurgie	91%
• Perinatalerhebung	95%
• Neonatalerhebung	100 %

Abbildung 4:
Stationärer
Qualitätssicherungsbereich

mal jährlich angeboten werden wird, ergänzt. Ob ein Qualitätszirkel überhaupt zustande kommt, ob er gut läuft und über längere Zeit aktiv ist, hängt sehr stark vom Engagement und Können des Moderators ab, und dazu brauchen wir diese Supervision. Die Moderatoren erhalten von uns jedenfalls alle Unterstützung, damit letztendlich die Maßnahme auch Erfolg hat.

Ich will Ihnen zum Schluß zu diesem Thema noch einmal verdeutlichen, welch hohen Stellenwert die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns den Qualitätszirkeln beimißt. Vor rund 1 1/2 Jahren hat der Vorstand der KVB beschlossen, daß für die PTCA eine Qualitätssicherungsmaßnahme eingeführt werden muß. Ich habe Ihnen am letzten Bayerischen Ärztetag davon berichtet. Wir haben auf Richtlinien- und Stichprobenprüfung verzichtet und statt dessen einen Qualitätszirkel installiert, in dem alle invasiven Herzkatheter-Labors in Bayern, die dieses Verfahren durchführen, beteiligt sind. Hier hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns den Anstoß und die erste Unterstützung gegeben. Mittlerweile läuft diese Qualitätssicherung in eigener Verantwortung und auch ohne Probleme. Noch ist es zu früh, aber wir werden spätestens nach zwei Jahren Laufzeit Bilanz ziehen und feststellen können, ob dieser Weg richtig war und ist.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, meine Damen und Herren, ich habe das Thema Qualitätszirkel wieder mal etwas breiter dargelegt. Ich bin überzeugt, all das, was wir hier losgetreten und initiiert haben, ist gut investiert. Denn all diese Maßnahmen bewirken eines: Sie vertiefen das Vertrauen der Patienten in die Ärzteschaft und deshalb lassen Sie uns gemeinsam hinter diesen Zielen stehen und dann nach außen deutlich und offensiv vertreten.

Ich bin überzeugt, all das, was wir hier losgetreten und initiiert haben, ist gut investiert. Denn all diese Maßnahmen bewirken eines: Sie vertiefen das Vertrauen der Patienten in die Ärzteschaft und deshalb lassen Sie uns gemeinsam hinter diesen Zielen stehen und dann nach außen deutlich und offensiv vertreten.

Im stationären Qualitätssicherungsbereich bewährt sich weiterhin unsere regionale bayerische Lösung in der BAQ, der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung. Die Zusammenarbeit zwischen der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, den bayerischen Krankenkassen und unserer Landesärztekammer war vertrauensvoll konstruktiv. Die ersten Auswertungen der Datenerfassungen konnten inzwischen erstellt werden. Fast alle chirurgischen Abteilungen in Bayern

beteiligen sich jetzt freiwillig an diesen Qualitätssicherungsmaßnahmen, wie der Abbildung 4 zu entnehmen ist. Die Auswertungen der teilnehmenden Klinik geben eine Möglichkeit der Selbstbewertung und eines Vergleichs mit anderen Kliniken – ein sogenanntes Benchmarking. Eine Fachkommission aus entsprechenden Fachvertretern beurteilt die Ergebnisse, wobei bis heute eine entsprechende Beratung vor Ort aufgrund anhaltend fragwürdiger Ergebnisse nicht notwendig war. Es bleibt dabei, daß die Anonymität der datenerhebenden Klinik gegenüber den Kuratoriumsmitgliedern vertraglich bindend festgelegt ist.

Im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung unserer ärztlichen Leistungen möchte ich kurz einen Spezialbereich ansprechen, dessen Bedeutung uns eigentlich erst im Zuge einer öffentlichen Kampagne bewußt geworden ist. Wir sind auf Defizite in der Qualitätssicherung im Laborbereich gestoßen, die nicht die rein technische Ausführung der Analysen betrifft, sondern Defizite in der Prä- und Postanalytik betreffen. Trotz eingehender Empfehlungen in den Handbüchern des jeweiligen Gemeinschaftslabors oder auch der einzelnen Laborarztpraxen wird offensichtlich gegen Selbstverständlichkeiten verstoßen, und wobei es bis heute keine stringenten, verbindlichen Richtlinien für die Prä- und Postanalytik gibt. Sowohl in den Richtlinien der Bundesärztekammer, als auch der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird die Prä- und Postanalytik nur allgemein abgehandelt, da ihre korrekte Anwendung eigentlich zum ärztlichen Selbstverständnis gehört. Daß Laboranalysen nur dann sinnvoll sind, wenn das Probenmaterial in seiner Konsistenz überhaupt für eine bestimmte Analyse geeignet ist und eine abschließende Bewertung der Ergebnisse exakt erfolgt, ist eigentlich jedem klar. Damit möchte ich es bereits bewenden lassen. Aus eben dem gegebenen Anlaß habe ich in Zusammenar-

beit mit einem Gremium von Fachberatern einen erläuternden Artikel (siehe Seite 603 ff., Bayerisches Ärzteblatt, 11/1999) verfaßt. Es handelt sich um Empfehlungen für eine sinnvolle Prä- und Postanalytik der Labordiagnostik. Auf Bundesebene sind derzeit in Zusammenarbeit zwischen der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung klare Richtlinien unter der Berücksichtigung der Feststellungen der Länder-Eich-Beamten in Vorbereitung, so daß, wie es sich leider immer wieder in unserer ärztlichen Tätigkeit zeigt, wiederum ein Zwang entstanden ist, Richtlinien zu erlassen, da objektiv Handlungsbedarf gesehen werden muß.

Zum Themenbereich Qualitätssicherung gehört auch das Ihnen jedes Jahr wieder aufs neue vorgetragene Thema des Notarztdienstes. Nach monatelangem Ringen zwischen Innenministerium, der Arbeitsgemeinschaft der bayerischen Krankenkassen, dem Roten Kreuz und der Kassenärztlichen Vereinigung konnte inzwischen jetzt erreicht werden, daß für die Qualitätssicherungsdokumentation in den Modellregionen Regensburg, Rosenheim, Kempten und Hof die DIVI-Protokolle über Notepads, mit denen die Notarztwagen ausgerüstet werden, eingesehen werden können. Die bisherigen Auswertungen der DIVI-Protokolle wurden im Rahmen einer Forschungsarbeit von Professor Dr. Peter Sefrin abgewickelt. Wir sind Professor Sefrin außerordentlich zu Dank verpflichtet, daß er mit seiner Arbeitsgruppe die Auswertung übernommen hat. Besonders erwähnenswert ist, daß diese Auswertungen keine zusätzlichen Kosten für die Landesärztekammer oder Kassenärztliche Vereinigung verursacht haben.

Damit komme ich abschließend beim Thema Qualitätssicherung zu den Kosten, die für alle Qualitätssicherungsaktivitäten im Rahmen der Bayerischen Landesärztekammer anfallen. Eine derartige Auswertung wurde

erstmalig erstellt; ist natürlich den Bilanzen in dieser Form nicht zu entnehmen. Sie können erkennen, daß bei einem Aufwand von ungefähr 2 Millionen Mark lediglich ein Differenzbetrag von ungefähr 100 000 DM im Jahr 1998 zu Buche schlägt. Bei den vielseitigen Aktivitäten, einige habe ich Ihnen heute aufzeigen können, halte ich dieses Ergebnis für außerordentlich bemerkenswert.

Abschließend möchte ich Ihnen noch eine sogenannte Qualitätssicherungs-Hotline bekanntgeben. Wir wollen für alle Qualitätssicherungsaktivitäten eine zentrale Informationsstelle schaffen, da der Informationsbedarf sehr vielfältig extern und intern ständig zunimmt und wir glauben, daß eine zentrale Anlaufstelle hier die Effizienz wesentlich verbessert (Abbildung 5).

Nun komme ich zu meinem letzten Thema – der GOÄ, der amtlichen Gebührenordnung. Wir wissen, daß die Gebührenordnung keineswegs mehr dem derzeitigen medizinischen Leistungsstandard entspricht – weder in Höhe der Vergütung, der Steigerungssätze, noch der Leistungsbeschreibungen.

Die Bayerische Landesärztekammer wird zunehmend geradezu überspült mit Anfragen zur Rechtmäßigkeit der Privatliqui-

ation, teils von Patienten, teils von Ärzten selbst, oder auch von Versicherungen, die eine Beurteilung der jeweiligen Liquidation erbeten.

Die Kostenerstattung für Pflichtversicherte der gesetzlichen Krankenversicherung, die vor dem 1. Januar 1999 die Kostenerstattung gewählt haben, verblieb im Rahmen der Privatliquidation. Freiwillige Versicherte können grundsätzlich die Kostenerstattung wählen. Die Rechnungslegung muß dann nach der amtlichen Gebührenordnung erfolgen. Dabei sind jedoch einige wesentliche Dinge zu berücksichtigen. Der Kostenerstattungspatient bleibt GKV-Versicherter, das heißt der Patient hat keinesfalls Anspruch auf sogenannte „Luxus-Leistungen“, der Patient muß außerdem ohne Druck die Kostenerstattung gewählt haben. Die Erstattung der gesetzlichen Krankenkassen dem Patienten gegenüber erfolgt nach den EBM-Sätzen, so daß es ihm bewußt sein muß, daß eine gewisse Selbstbeteiligung zu erwarten ist.

Völlig anders gelagert ist die Situation bei den sogenannten IGELE-Leistungen, die außerhalb der Zuständigkeit der gesetzlichen Krankenkassen sind. Auch hier erfolgt die Rechnungslegung entsprechend der GOÄ. Hier muß der Patient aber aus-

Abbildung 5:
Qualitätssicherungs-Hotline der BLÄK

 BLÄK	Informationen über sämtliche Themen zu Qualitätssicherung / Qualitätsmanagement i.d. Medizin i. Bayern, z.B.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ QZ, QS-Kommission KVB/BLÄK, BAQ, ✓ QM - Seminaren, - Kurse, Qualifizierungswege ✓ z. Zt. diskutierte QM - Darlegungs-Verfahren, auch Zertifizierungen
	<p>Tel. 089 / 4147 - 233 - Hr. Dr.med. J.W.Weidringer - Fr. Dipl.-Kfm. A.Klünspies-Lutz</p>

drücklich darüber aufgeklärt werden, daß die gesetzliche Krankenversicherung nicht zur Kostenübernahme verpflichtet ist. Die Schwierigkeiten der Abgrenzung zwischen dem verbindlichen Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung zu den IGELE-Leistungen sind allgemein bekannt. Besonders möchte ich darauf hinweisen, daß die von den einzelnen Berufsverbänden erarbeiteten IGELE-Kataloge grundsätzlich zu begrüßen sind. Selbstverständlich muß aber sein, daß sich die Vergütung nach wie vor an der amtlichen Gebührenordnung orientiert. Daß heißt, eine Pauschalsumme für irgend eine Leistung, zum Beispiel Hormon- oder Fitneß-Status, kann nicht akzeptiert werden. Die Liquidation muß sowohl die Gebührenordnungsposition der GOÄ, den Preis, als auch den Steigerungssatz enthalten.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch darauf hinweisen, daß sogenannte „Außen-seitermethoden“ zum Beispiel Bioresonanz-Methode und vieles andere, ebenfalls nach GOÄ durch Analogbewertungen liquidiert werden müssen. Die Rahmenbedingungen der GOÄ bleiben erhalten, so daß der Patient auch über die Kosten aufgeklärt werden muß. Es besteht bei diesen Leistungen keine Verpflichtung zur Kostenerstattung durch Beihilfe oder der privaten Krankenkassen. Sie können sich sicher gut vorstellen, daß mit zunehmend restriktiver Kostenerstattung durch die privaten Krankenkassen Diskussionsbedarf an den Liquidationen entsteht.

Wir bemühen uns, entsprechende Interpretationen zur GOÄ korrekt zu geben, häufig werden dazu Fachgebietsberater benötigt, um zum Beispiel gewisse Operationsabläufe detailliert bewerten zu können.

Sowohl Politik als Öffentlichkeit erwartet von uns eine intensiviertere Kooperation bei politischen Entscheidungen, eine Transparenz der Verwaltungsvorgänge wie auch eine zunehmende Öffnung im Sinne einer Servicefunktion.

Dennoch zeigt sich immer mehr, daß trotz unserer Beratung die Liquidationen einer rechtlichen Überprüfung zugeführt werden, zum Beispiel daß die Beihilfe für Versicherung das Verwaltungsgericht anruft, die privaten Krankenversicherungen bis zum Bundesgerichtshof Entscheidungen herbeiführen und auch Patienten den Arzt bei Verdacht des Betrugs durch falsche Rechnungslegung bei der Staatsanwaltschaft anzeigen.

Aus Sicht der Bayerischen Landesärztekammer sind derartige Entwicklungen bedauerlich, werden sich aber in absehbarer Zeit eher noch steigern. Die Beanstandung von privatärztlichen Liquidationen betreffen übrigens mit gleicher Intensität sowohl den stationären als auch den vertragsärztlichen Bereich.

In diesem Zusammenhang möchte ich noch mal auf die Laborleistungen zurückkommen und klar feststellen, daß sowohl O III-Leistungen im vertragsärztlichen Bereich als auch

M III/IV-Leistungen im privatärztlichen Bereich ausschließlich nur vom Leistungserbringer liquidiert werden können. Das heißt, auch bei Privatpatienten können derartige höherwertige Laboranalysen nicht bezogen werden und dem Privatpatienten dann direkt in Rechnung gestellt werden.

Eine entsprechende Klarstellung erfolgte, natürlich wiederum aus gegebenem Anlaß, in der September-Ausgabe des Bayerischen Ärzteblattes, Seite 447.

Abschließend möchte ich mich ausdrücklich für die hervorragende Zusammenarbeit bei allen Mitarbeitern unserer Bayerischen Landesärztekammer bedanken. Sowohl die Sachkunde als auch Motivation ist ausgezeichnet. Innovationen, insbesondere der Ausbau der weiteren Service-Funktion der Bayerischen Landesärztekammer sind in Vorbereitung, benötigen jedoch Zeit zu ihrer Umsetzung. In allen Bereichen stellen wir eine zunehmende Arbeitsentwicklung fest, so daß wir auch über die Neuordnung von gewissen Funktionen der Landesebene, den Bezirksverbänden und den Kreisverbänden nachdenken müssen.

Sowohl Politik als Öffentlichkeit erwartet von uns eine intensiviertere Kooperation bei politischen Entscheidungen, eine Transparenz der Verwaltungsvorgänge wie auch eine zunehmende Öffnung im Sinne einer Servicefunktion.

Ich glaube, daß unsere Bayerische Landesärztekammer sich in einem dynamischen Entwicklungsprozeß befindet, wobei das Zentrum unserer Aufgabe, die ärztliche Standesvertretung, keinesfalls vernachlässigen dürfen.

Ich bin mir bewußt, daß ich Ihre Aufmerksamkeit etwas strapaziert habe, aber am Beginn einer Legislaturperiode sollten Ihnen auch detaillierte Informationen über anstehende Probleme gegeben werden.

53. Bayerischer Ärztetag

vom 6. bis 8. Oktober 2000
in Amberg

Konsequenzen europäischer Regelungen für die ärztliche Berufsausübung

Vortrag von Stefan Gräf, Rechtsanwalt,
Leiter des Berliner und Brüsseler Büros der deutschen Ärzteschaft

Ich empfinde es als außerordentlich wichtig, daß der Bayerische Ärztetag sich mit dem Thema der Auswirkungen europäischer Regelungen auf Ihr ärztliches Tun befaßt – und ich bin sehr froh, daß ich Ihnen hiermit aus meiner Sicht, das heißt also aus der Sicht Ihres Berliner und vor allem Brüsseler Büros hierzu berichten kann.

Der Themenstellung haben Sie entnommen, daß es in meinem Referat nicht in erster Linie darum gehen kann, die Gesundheitspolitik der Europäischen Union darzustellen. Eine solche gibt es im gewissen Rahmen, aber so, wie wir sie kennen, und zwar in ihrer sozialversicherungsrechtlichen Ausprägung und mit medizin- bzw. berufsrechtlichen Regelungen gibt es sie nicht und wird es auf absehbare Zeit, soweit ich das sehe, auch nie geben. Aus denjenigen Aktivitäten und Maßnahmen der Union, die als Gesundheits- und Sozialpolitik bezeichnet werden, werden sich keine gravierenden Auswirkungen auf die Gesundheits- und Sozialversicherungswesen der EU-Mitgliedsstaaten ergeben und somit auch nicht auf Ihre Berufsausübung.

Auf dem Feld der europäischen Sozialpolitik befaßt sich die Union fast ausschließlich mit der Arbeitsmarkt- und Beschäftigungspolitik. Abgesehen davon, daß



Rechtsanwalt Stefan Gräf

die Union keinerlei Gesetzgebungskompetenzen zur Regelung der mitgliedstaatlichen Gesundheits- und Sozialversicherungswesen hat, waren und sind die Mitgliedstaaten der Ansicht, daß im wesentlichen nur eine Verbesserung der Beschäftigungslage in der Gemeinschaft positive Auswirkungen haben kann auf die jeweiligen mitgliedstaatlichen Sozialversicherungsträger, egal ob deren Finanzierung durch Steuern oder durch Beiträge der Versicherten erfolgt.

Und so finden wir unter dem Stichwort „Beschäftigung“ im groben Rahmen Sozialpolitik beispielsweise Programme zur Schaffung von Arbeitsplätzen für bestimmte Zielgruppen wie Jugendliche, Langzeitar-

beitslose und damit verbundene finanzielle Förderungsmöglichkeiten oder Anpassungsbhilfen für die großen Problembereiche Kohle und Stahl.

Wenige Berührungspunkte

Ein weiterer Stichpunkt sind Maßnahmen umfangreicher Art auf dem Gebiet der allgemeinen und beruflichen Bildung. Hinsichtlich dieser primär arbeitsmarktpolitisch ausgerichteten Maßnahmen im Rahmen der europäischen Sozialpolitik möchte ich auf zwei Bereiche kurz hinweisen, wo sich Berührungspunkte zum ärztlichen Bereich, zum Bereich Gesundheitswesen, durchaus ergeben.

Bei dem einen Bereich handelt es sich in der Tat um eine, wenn auch sehr, sehr schmale Regelungskompetenz der Union, nämlich die Kompetenz zur Verbesserung des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit am Arbeitsplatz. Hier werden – für die Mitgliedstaaten verbindlich – Mindeststandards gesetzt für Arbeitsstätten mit besonderen Risiken, wie beispielsweise bei der Arbeit an Bildschirmgeräten, in Bergwerken oder Steinbrüchen, auf Fischereifahrzeugen, Verkehrsgewerbe oder auch bei Gefährdungen der Arbeitnehmer durch gefährliche Stoffe, wie beispielsweise biologische Arbeitsstoffe, Asbest, Lärm oder ionisierende Strahlungen.

Dies ist sicherlich ein wichtiger Bereich, der auch Gegenstand der Unfallverhütungsvorschriften der jeweiligen Berufsgenossenschaften ist und Sie als Ärzte arbeitsmedizinisch sowie auch in der Handhabung von Medizinergäten betrifft. Soweit ich dies sehe, ist dies jedoch im Bereich der europäischen Sozialpolitik der einzige unmittelbare Berührungspunkt mit dem ärztlichen Berufsrecht, wohlge meint der Sozialpolitik.

Der zweite Bereich betrifft die Überlegung der Mitgliedstaaten, die im Jahre 1971 zu der berühmten Verordnung 1401 geführt hat, daß nämlich –

unter Freizügigkeitsgesichtspunkten – zu- und abwandernde Arbeitnehmer ihre jeweiligen Sozialversicherungsansprüche nicht verlieren, wenn sie in einem anderen EU-Mitgliedstaat eine Beschäftigung aufnehmen. Im Rahmen der Weiterentwicklung dieser Verordnung ist der Gedanke auch auf Beamte, Rentner und Studenten ausgedehnt worden. Hierbei handelt es sich jedoch nicht um eine Harmonisierung, denn die innerstaatlichen Regelungen der Sozialversicherungsträger und der Sozialversicherungen wurden nicht angetastet. Es hat lediglich eine sogenannte Koordinierung auf Gemeinschaftsebene stattgefunden, die dem betroffenen Migranten garantiert, daß er seine – wo auch immer erworbenen – Sozialversicherungsansprüche nicht verliert oder möglicherweise unter erheblich erschwerten Umständen geltend machen kann.

Es gibt kaum Auswirkungen auf die ärztliche Berufsausübung: Die Mitgliedstaaten haben sich darauf verständigt, ihre Systeme im Rahmen der Weiterentwicklung evolutionär aneinander anzunähern, aber auf freiwilliger Basis, ohne die nationalen Regelungen anzutasten. Man nennt dies die sogenannte Konvergenzpolitik. Sie hat auch nichts mit Harmonisierung zu tun, sondern lediglich mit einer langsam voranschreitenden Annäherung inhaltlicher Art. In gleicher Weise gilt dies auch für die Politik der öffentlichen Gesundheit der Europäischen Union.

Im Vordergrund Gesundheits-schutz

Bis zum Jahre 1993 gab es überhaupt noch keine Kompetenz für Aktivitäten der Union auf diesem Politikfeld. Erst der sogenannte „Maa-

strichter Vertrag“ schuf den Artikel 129, der seitens der Union Förder- und Unterstützungsmaßnahmen als Beitrag zur Sicherstellung eines hohen Gesundheitsschutzniveaus rechtlich absicherte. Die Union arbeitete hier mit Förder- und Aktionsprogrammen, Stichpunkte – „Europa gegen den Krebs“, „zur Drogenbekämpfung“, „gegen AIDS“, „gegen Doping in Sport- und Gesundheitserziehung“. Die gesundheitspolitischen Skandale um HIV-verseuchte Blutprodukte in Deutschland und in Frankreich sowie BSE führten dann dazu, daß anlässlich der Revision des EG-Vertrages auf dem Gipfel von Amsterdam zusätzliche Kompetenzen in den Artikel 129 eingebaut wurden.

Der jetzige Artikel 152 – es hat eine neue Numerierung gegeben – sieht vor, daß die Union nunmehr Maßnahmen zur Festlegung hoher Qualitäts- und Sicherheitsstandards für Organe und Substanzen menschlichen Ursprungs sowie für Blut- und Blutprodukte und für die Maßnahmen im Veterinärwesen ergreifen kann. Wie das möglicherweise ausgefüllt wird, ist zur Zeit noch völlig unklar.

So wichtig diese Politik der öffentlichen Gesundheit aus Gründen der Hebung des Gesundheitsschutzniveaus auch ist, Harmonisierungskompetenzen sind damit nicht verbunden und sie wirken sich auch nicht unmittelbar aus auf Gesundheitswesen und Sozialversicherungswesen und damit auch nicht auf Ihre ärztliche Berufsausübung.

Konsequenzen anderer Politikbereiche

Zu einem ganz anderen Ergebnis kommen wir jedoch, wenn wir andere Politikbereiche der Union auf ihre Auswirkungen auf Ihre Berufs-

ausübung untersuchen, wie insbesondere die Binnenmarktpolitik und hier vor allem die durch den EG-Vertrag garantierte Niederlassungsfreiheit, Dienstleistungsfreiheit und Warenverkehrsfreiheit. Die Freiheit des Kapitalverkehrs wollen wir in diesem Zusammenhang etwas zurückstellen.

Für die Ärzte wurde die Niederlassungsfreiheit schon auf der Basis der entsprechenden Vorschriften des damaligen EWG-Vertrages – heute EG-Vertrag – schon im Jahre 1975 durch die sogenannten Ärzte-Richtlinien näher geregelt. Die Ausgestaltung der Niederlassungsfreiheit anderer Heilberufe, wie zum Beispiel Zahnärzte, Apotheker, Tierärzte, erfolgte daraufhin in gleicher Weise. Hierbei gleichen die Mitgliedsstaaten soweit wie möglich ihre unterschiedlichen Ausbildungsgänge und Studienabschlüsse entsprechend den Vorgaben dieser Richtlinien an und legten diese Standards als Basis für die gegenseitige Anerkennung der jeweiligen Diplome zugrunde. Im Jahre 1992 hat die Union mit der sogenannten „Allgemeinmedizin-Richtlinie“ verbindlich geregelt, daß spätestens ab dem Jahre 1995 eine mindestens zweijährige spezifische Weiterbildung für die Berufsausübung des praktisch tätigen Arztes vorausgesetzt wurde, also der Ihnen allen bekannte „Euro-Praktiker“. Hierbei handelte es sich um eine gemeinschaftsrechtliche Regelung, die die deutschen Landesgesetzgeber hinsichtlich der inhaltlichen Ausgestaltung zuständigkeitshalber zügig umgesetzt hatten. Der deutsche Bundesgesetzgeber hatte dies seinerzeit zum Anlaß genommen, dieses Mindestqualifikationsfordernis nach EG-Recht um ein Jahr auf den 1. Januar 1994 vorzuziehen, und im übrigen ab dem 1. Januar 1996 eine dreijährige Pflichtweiterbildung in der Allge-

meinmedizin als Zulassungsvoraussetzung zu verlangen, soweit nicht eine abgeschlossene Weiterbildung in einem anderen Fachgebiet nachgewiesen wird bzw. eine EG-Qualifikation für EG-Ausländer vorliegt. Schließlich wurde die Ärzte-Richtlinie weiter angepaßt. Hier werden punktuell enorme Auswirkungen auf das ärztliche Berufsrecht deutlich, die primär nicht gesundheitspolitisch induziert sind, sondern in erster Linie der Ausgestaltung der binnenmarktpolitischen, also wirtschaftspolitischen Niederlassungsfreiheit dienen.

Ähnlich verhält es sich mit der binnenmarktpolitischen Freiheit des Warenverkehrs. Bei Arzneimitteln wurde unter diesen Gesichtspunkten die Etikettierung, Packungsbeilage, Abgabe, Werbung und der Großhandelsvertrieb harmonisiert. Darüber hinaus wurde eine europäische Agentur für die Beurteilung von Arzneimitteln sowie ein dreistufiges Zulassungssystem – zentrale Zulassung, dezentrale Zulassung und regionale Zulassung – geschaffen. Medizintechnische Produkte bzw. Medizinprodukte werden durch eine breit angelegte Normungstätigkeit der Union harmonisiert, um deren ungehinderte Verkehrsfähigkeit unter den Mitgliedstaaten zu erreichen.

Folgen für die Qualitätssicherung

Bei den medizin-technischen Produkten regeln die Harmonisierungsmaßnahmen das Inverkehrbringen des Produktes auch im Hinblick auf den Schutz von Patienten, Anwendern und Dritten. Dies bedeutet, daß sich die Normierung der Medizinprodukte nicht nur auf die rein technische Angleichung bezieht, sondern auch auf die

Angleichung der Sicherheitsstandards. Beispielsweise bei künstlichen Gelenken, Herzschrittmachern, Röntengeräten, Tomographen, Lithotriptern usw. ist die bewußte oder unbewußte Mitnormierung ärztlichen Handelns durch die Formulierung von Sicherheitsstandards nicht ausgeschlossen, mit eventuell problematischen Folgen für unsere/Ihre Qualitätssicherungs-Richtlinien und Maßnahmen und dementsprechend für das ärztliche Handeln überhaupt.

Die Bemühungen der Ärzteschaft können daher sinnvollerweise nur darauf gerichtet sein, diese Normierung dahingehend mitzugestalten, daß eine Kompatibilität der Normung unseren Qualitätssicherungsmaßnahmen erreicht werden kann. Das ist überhaupt nicht ausgeschlossen, weil das Ziel der Europäischen Union und das Ziel Ihrer Qualitätssicherungs-Richtlinien exakt dasselbe ist. Wenn das so ist, dann müssen sie sich auch nicht gegenseitig überschneiden oder gar beißen. Denn wenn Ihre kammerrechtlichen Qualitätssicherungs-Richtlinien den EG-rechtlich formulierten Normierungen widersprechen, sind sie EG-rechtswidrig und können via Europäischer Kommission, via Bundesregierung, via Bundeswirtschaftsministerium moniert werden.

Der dritte Bereich ist die Binnenmarktpolitik. In den beiden Urteilen, den Rechtssachen Kohll und Decker, hat der EuGH für manchen überraschend festgestellt, daß ein Bürger für die Kosten für zahnärztliche Leistungen bzw. für eine Brille vom Sozialversicherungsträger seines Heimatlandes nach den dort geltenden Tarifen Erstattung verlangen kann, die ihm in einem anderen Mitgliedsstaat durch eine grenzüberschreitende Inanspruchnahme ent-

standen sind. Das bedeutet, daß eine mitgliedstaatliche Regelung, die die Kostenersatzung von einer vorherigen Genehmigung des Sozialversicherungsträgers abhängig macht, gegen die im EG-Vertrag verankerten binnenmarktpolitischen Maximen der Dienstleistungs- und Warenverkehrsfreiheit verstößt.

Die Tragweite dieser Entscheidung, auch für den stationären oder rehabilitativen Bereich, ist noch nicht vollständig erkennbar. So wird beispielsweise wohl zu Recht vertreten, daß der von dem EuGH festgestellte Mechanismus Kostenerstattung nach Tarifen des Versicherungsstaates, also des Heimatlandes, gemeinschaftsrechtlich begründet und konstitutiv ist, also nicht davon abhängig ist, daß der Versicherungsstaat Kostenerstattung überhaupt kennt. Dies würde im Extremfall durchaus bedeuten, daß ein Bürger in einem vergleichbaren Fall auch dann einen Kostenerstattungsanspruch gegen den Sozialversicherungsträger seines Heimatlandes hätte, selbst wenn das betreffende System keine Kostenerstattung kennt und seine Gesundheitsdienstleistung noch nicht einmal tarifiert hätte.

Auch rein berufsrechtlich müssen wir uns zukünftig auf Überraschungen gefaßt machen, soweit es um grenzüberschreitende Dienstleistungsfreiheit geht. Die Niederlassungsfreiheit war politisch nie ein Problem. Aber die grenzüberschreitende Dienstleistungsfreiheit in einem zusammenwachsenden Europa wird noch sehr prekär werden. So läßt sich aus der Rechtsprechung des EuGH zu den anderen freien Berufen entnehmen, daß für sogenannte Randbereiche der Berufsausübung grenzüberschreitende Dienstleistungserbringer akzeptiert werden müssen, die die innerstaatli-

chen, in unserem Fall die deutschen, Qualifikationen nicht nachweisen können. Zum Beispiel wäre denkbar, daß der französische Medizin-Biologe, ein Fachberuf des Gesundheitswesens in Frankreich, aber kein Arzt, auch Diagnosen aufgrund von Laborparametern erstellen darf, während dies in Deutschland, wie Sie wissen, nur dem Arzt vorbehalten ist. Soweit ein solcher Medizinbiologe, die übrigen Voraussetzungen wie qualitätsgesichert und Zulassung der Krankenkassen unterstellt, seine Dienste auch hinsichtlich der Stellung von Diagnosen in Deutschland anböte, da bin ich völlig davon überzeugt, würde der EuGH dies sicherlich für zulässig erachten.

Es gibt noch andere Bereiche in denen es in Zukunft durchaus Probleme geben wird, etwa die Verbraucherschutzpolitik. Ich darf an den Entwurf der Dienstleistungshaftungspflicht erinnern, der 1994 zum Glück zurückgezogen wurde. Dort mußte der Dienstleistungserbringer, also auch Sie als Arzt, bei einem Patienten entstandenen Schaden beweisen, daß Sie kein Verschulden daran trifft. Dies ist zurückgezogen worden; das Projekt schläft zur Zeit. Allerdings ist in anderem Zusammenhang, durch die Skandale HIV-verseuchte Blutprodukte und BSE, die gesamt verbraucherpolitische Diskussion auch unter dem Gesichtspunkt der Dienstleistungshaftung wieder aufgeflammt. Das kommt also in irgendeiner Form wieder.

Kurz noch zwei weitere Gesichtspunkte. Die Wettbewerbsartikel des EG-Vertrages nehmen immer mehr auch die Werbungsbeschränkung der freien Berufe, insbesondere der Ärzte ins Visier, und die Kartellrechtsartikel befassen sich in zunehmender Weise mit den Gebühren-

und Honorarordnungen der freien Berufe. Das kommt also auf uns zu; da müssen wir uns wappnen. Diese Beispiele mögen verdeutlichen, daß sich Konsequenzen für Ihre Berufsausübung punktuell gravierend aus Politikbereichen ergeben, die zunächst hinsichtlich ihrer Auswirkung auf Gesundheit- und Sozialversicherungswesen unverständlich sind.

Tatsächlich entspringen die beispielhaft genannten Konsequenzen auch nicht mehr einem gesundheitspolitischen Politikauftrag des EG-Vertrages, sondern aus dessen Konzeption, nach der das Binnenmarktrecht des EG-Vertrages nicht zwischen den unterschiedlichen Politikbereichen unterscheidet (Kohll/Decker). Die Erkenntnis, daß dementsprechend die Binnenmarktfreiheit, also Niederlassungs-, Dienstleistungs- und Warenverkehrsfreiheit, auch im Bereich des Gesundheitswesens und in der Sozialversicherung und damit auch im Berufsrecht Geltung entfalten können, ist nur zwangsläufig.

Für das Brüsseler Büro der deutschen Ärzteschaft heißt dies, daß wir jeden Politikbereich der Union, also auch Umweltpolitik, Forschungspolitik beispielsweise, ständig darauf hin beobachten und untersuchen müssen, ob sich hieraus Auswirkungen ergeben können, ob die Belange der Ärzteschaft betroffen sind, um sofort mit der Spitze der Bundesärztekammer den Dialog mit den deutschen und europäischen Politikern durchzuführen, um auf diese Weise Ihre Anliegen in den Prozeß der politischen Meinungsbildung einbringen zu können.

Fotos (5) vom 52. Bayerischen Ärztetag: Klaus Brenninger

Forderungen der Ärzteschaft an die Europäische Union

Vortrag von Professor Dr. Christoph Fuchs,
Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

Die Vergrößerung des europäischen Gesundheitssektors bedeutet eine Vielzahl von Herausforderungen, aber auch Chancen. Wir müssen uns bewußt machen, daß sich die EU in zweifacher Hinsicht vergrößert: einmal durch das Zusammenwachsen Europas innerhalb seiner heutigen territorialen Strukturen, und zum Zweiten in den kommenden Jahren durch die Erweiterung nach Mittel- und Osteuropa. Beides hat gravierende Konsequenzen auch für die nationalen Gesundheitsversorgungssysteme.

Ich möchte vier Themenbereiche anschnitten:

1. Die Entwicklung der Gemeinschaft im Bereich der öffentlichen Gesundheit;
2. mögliche Konsequenzen aus den Urteilen des Europäischen Gerichtshofs Kohll/Decker im Hinblick auf Sozialschutz, auf Subsidiarität und auf das Territorialprinzip;
3. auf die Folgerungen, die sich aus der Einführung des Euro ergeben und
4. auf die Konsequenzen, die sich aus der Öffnung nach Mittel- und Osteuropa ergeben.

Bereich der öffentlichen Gesundheit

Der Vertrag von Amsterdam liefert im Artikel 152 die Grundlagen für die öffentliche Gesundheitspolitik der Europäischen Union (EU). Und nicht von ungefähr wurde an den Anfang dieses Artikels die Bestimmung gesetzt, daß „bei der Festlegung und Durchführung aller Gemein-



Professor Dr. Christoph Fuchs

schaftspolitiken und Maßnahmen ein hohes Gesundheitsschutzniveau sichergestellt werden muß“. Dies kann als Leitlinie verstanden werden, und konkret benennt dann der Vertrag die folgenden Tätigkeitsbereiche: einmal die Verbesserung der Gesundheit der Bevölkerung, dann Verhütung von Humanerkrankheiten und schließlich die Beseitigung von Ursachen für die Gefährdung der menschlichen Gesundheit.

Ein europäischer Handlungskorridor

Man könnte jetzt sagen, hierbei handelt es sich um Sprechblasen. Brüssel ist weit, wir lehnen uns zurück. Aber unterschätzen Sie nicht, daß der Amsterdamer Vertrag Maß aller Dinge ist, was die europäische Entwicklung angeht. Das ist so ähnlich wie unsere Verfassung, die auch Maß aller rechtlichen Dinge ist. Und aus diesem Amster-

damer Vertrag, aus diesen an sich wie Leerformeln klingenden Formulierungen ergeben sich weitreichende Konsequenzen für die europäische Rechtsprechung, für die Entwicklung Europas und natürlich auch für die Kontrollmaßnahmen, die die Kommission glaubt, einleiten zu müssen.

Es sind also keine Sprechblasen, sondern es sind letztlich Formulierungen, die einen weiten Korridor darstellen, einen Handlungskorridor, einen Korridor, der mit Inhalten gefüllt werden kann und muß. Es besteht insoweit eine Chance, durch Definition dieser Inhalte Europa auszugestalten und zu prägen. Was BÄK-Präsident Professor Dr. Jörg-Dietrich Hoppe gestern in seiner Eröffnungsrede sagte, daß 70 % allein der deutschen Rechtsprechung geprägt ist von europäischen Richtlinien, Verordnungen usw., sollten wir nicht unterschätzen. Europa und Brüssel sind nicht

soweit, wie wir manchmal im Alltag glauben. Dies gilt auch für die Ärzteschaft.

Auf der Grundlage des Art. 152 hat der Rat der EU am 26. November 1998 seine Schlußfolgerungen über den künftigen gemeinschaftlichen Aktionsrahmen im Bereich der öffentlichen Gesundheit gezogen. Auf Vorschlag der Kommission wurden drei Aktionsbereiche definiert: einmal die Verbesserung der Information zur Entwicklung der öffentlichen Gesundheit, also Gesundheitsberichterstattung; zweitens die rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren, und drittens die Berücksichtigung der für die Gesundheit entscheidenden Faktoren durch Gesundheitsförderung und Prävention.

Der vierte Punkt erscheint mir auch noch wichtig, nämlich, daß die administrative Zerfledderung der Gesundheitsbereiche bei der Europäischen Kommission ein Ende finden muß. Die Benennung von David Byrne als nunmehr zuständigem Kommissar für die öffentliche Gesundheit in der EU läßt hoffen. Hier findet eine Bündelung statt.

Verbesserung der Information

Es ist für uns keine Frage, daß der Datenlage zur öffentlichen Gesundheit große Bedeutung beigemessen werden muß. Sie ist eine Voraussetzung, wenn Prioritäten gesetzt werden müssen. Neben Gesundheitsförderung und Prävention müssen wir Akti-

vitäten fordern, die die Entwicklung der öffentlichen Gesundheit und der Gesundheitsvorsorge als Ganzes fördern. Und so wird es notwendig sein, ein Informationssystem aufzubauen, aber es muß eben ein Informationssystem sein, das auch den Mitgliedstaaten dient.

Wir wollen keinen zentralistisch verwalteten Datenfriedhof, weil er keinen Mehrwert für die Gesundheitsversorgung der Menschen in Europa bedeutet, weil er im Gegenteil Mißbrauch geradezu herausfordert. Wir wollen weder national noch international beschnüffelt oder kontrolliert werden. Wir haben hier zuhause schon genug an planwirtschaftlichen Modellen und Experimenten – das können wir uns in Brüssel, so glaube ich, ruhig sparen.

Der zweite Aktionsbereich, die rasche Reaktion auf Gesundheitsgefahren ist vor dem Hintergrund der in der letzten Zeit aufgetretenen Epidemien und neuen Gesundheitsbedrohungen und -risiken zu befürworten. Eine Erweiterung der Kompetenz der Kommission auf diesem Gebiet ist wünschenswert. Aber solange in der Kommission Fragen unserer Gesundheit in Agrarausschüssen diskutiert werden und nicht mit uns Ärzten – so lange wird die Kommission auch weiter nur Subventionen schützen, nicht aber die Bürger. Das Geschachere um britische Rindfleischexporte ist nur ein trauriges Beispiel.

Auch der dritte Aktionsbereich, die Berücksichtigung der für die Gesundheit bestimmenden Faktoren durch Gesundheitsförderung und Prävention, ist differenziert zu betrachten und nach unserer Auffassung zu ergänzen. Aktionen und Maßnahmen zur Beeinflussung des Wissens, der Einstellung und des Verhaltens zum Tabak- oder Alkohol- und Drogenkonsum

reichen meines Erachtens nicht aus. Solange die EU im Vergleich zur Krebsbekämpfung ein Vielfaches an Geld für den Tabakanbau und die Tabaksubvention ausgibt, ist die ganze öffentliche Gesundheitspolitik der Union schlicht und einfach ungläubwürdig.

Die Kohll/Decker-Urteile des EuGH

Lassen Sie mich eingehen auf mögliche Konsequenzen aus den Kohll/Decker-Urteilen des EuGH im Hinblick auf Sozialschutz, Subsidiarität und Territorialprinzip.

Auch der Amsterdamer Vertrag bestätigt und bestärkt, daß die Gesundheitssysteme gänzlich im Kompetenzbereich der Mitgliedstaaten bleiben sollen. Er bestärkt auch das grundsätzliche Prinzip der Subsidiarität, wobei aber kritisch anzumerken ist, daß die Kommission Subsidiarität dahingehend zu interpretieren scheint, daß die Institution tätig werden muß, die das anstehende Problem besser in der Lage ist zu lösen. Und da die Kommission glaubt, sie könne alles besser, entstehen da natürlich Spannungen mit unserem föderalen Verständnis.

Die Kohll/Decker-Urteile zeigen, daß der Gerichtshof unter Anbindung der im Vertrag verankerten Grundsätze der Marktwirtschaft, nämlich freier Waren-, freier Dienstleistungs-, freier Kapital- und freier Personenverkehr, Entscheidungen getroffen hat, die sich direkt auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten auswirken. Die Rechtsprechung des Gerichtshofes kann also Einfluß auf die einzelstaatlichen Gesundheitssysteme haben.

Die Urteile des Gerichtshofes gründen hauptsächlich auf die im Vertrag festgelegten Bestimmungen zur wirtschaftlichen Zusammenarbeit, weil es keine andere Rechtsgrundlage trifft, auf der er Recht-

sprechung tätigen kann. Der Vertrag enthält nur begrenzt Bestimmungen zum Sozialschutz, der folglich nur in einem beschränkten Maße geregelt wird. Für die Erhaltung der sozialen Strukturen des Gesundheitswesens muß allerdings gefordert werden, daß die Folgen des freien Warenverkehrs, die Folgen des freien Verkehrs schlechthin, nicht allein nach Marktkriterien betrachtet werden können. Hier müssen wir, als deutsche Ärzteschaft mit Nachdruck fordern, daß sich die Marktbestimmungen nicht negativ auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten auswirken. Es scheinen einige noch nicht begriffen zu haben, daß auch ein großer gemeinsamer Markt nichts wert ist, wenn es am Ende keinen mehr gibt, der sich was kaufen kann.

Im Grundsatz zu begrüßen ist, daß die Freiheiten des Binnenmarktes auch für Patienten und Dienstleistungen gelten. Die seit 1975 bestehenden grenzüberschreitenden Niederlassungsfreiheiten und Arbeitsmöglichkeiten in Mitgliedsstaaten der EU werden dadurch ergänzt. Die Bedingungen dafür können aber nicht von den Regeln für die Schaffung eines einheitlichen Binnenmarktes allein abgeleitet werden, sondern müssen den Anforderungen auch der sozialen Sicherung der flächendeckenden Versorgung und der qualitätsgesicherten Erbringung von Dienstleistungen entsprechen.

Keine Ware

Wir können mit Recht auf unser Gesundheitswesen in Deutschland stolz sein – und wir werden es nicht einfach auf dem Brüsseler Altar dem Mythos „Markt“ opfern. Gesundheit ist letztlich keine handelsfähige Ware. Unsere Praxen, unsere Krankenhäuser sind keine Profitcenter und unsere Patienten sind keine Kunden, an denen man Wertschöpfung betrei-

ben kann, sondern es sind Menschen. Menschen, die unsere Hilfe und unseren Schutz suchen. Und das wird auch in Zukunft so bleiben.

Die Regelungen über den gemeinsamen Markt müssen durch Regelungen zum Schutz der Sozialsysteme ergänzt werden. Das ist der Kern meiner Aussage. Die Zukunft der europäischen Gesundheitssysteme liegt nicht in deren Kommerzialisierung und nicht in der Unterordnung unter das Wettbewerbsrecht, sondern in deren Zusammenarbeit und deren Konvergenz. Unter Konvergenz dürfen Sie durchaus verstehen, daß die nationalen sozialen Sicherungssysteme in ihrer Struktur erhalten bleiben, sich aber aufeinander zubewegen, ohne daß sie dabei ihre Identität verlieren müssen.

Es darf dabei nicht übersehen werden, daß die Ausprägung des Sozialschutzes eine Frage der nationalen Entscheidung und der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit ist. Dies hat zur Vielgestaltigkeit der nationalen Gesundheitssysteme in Europa geführt. Insoweit geht es beim Europäischen Einigungsprozeß nicht allein um rein marktwirtschaftliche Gesichtspunkte, sondern um das Interesse der Menschen, und dabei hat eben öffentliche Gesundheit eine soziale Schutzfunktion.

Über eine internationale Zusammenarbeit der Sozialsysteme und dem Gesundheitswesen hinaus wird es in Zukunft um klare Regelungen der technischen Anpassung und der Konvergenz gehen. Eine Harmonisierung, das heißt eine Gleichschaltung mit Nivellierungstendenzen, beinhaltet erhebliche Risiken für den europäischen Einigungsprozeß. Wir haben nichts gegen einen grenzüberschreitenden Wettbewerb um Qualität. Aber dazu brauchen die Gesundheitssysteme einen Schutz, der gleichwertig ist

und gleich stark wie der Schutz des Binnenmarktes. Ohne Zweifel ist das Recht auf grenzüberschreitende Überbringung und Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen auf freiwilliger Basis zu begrüßen.

Mittel- und langfristig muß diese Entwicklung aktiv gestaltet werden. Die gesundheitliche Versorgung der Menschen in der EU sollte nicht allein durch Richterrecht wie es jetzt durch den EuGH geschehen ist, geprägt werden.

Folgerungen aus der Einführung des Euro

Durch die Einführung des Euro sind Auswirkungen für den Gesundheitssektor absehbar. Grenzüberschreitende Erbringung und Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen auf freiwilliger Basis werden häufiger stattfinden. Dies gilt vor allem für Gesundheitsleistungen, die international gehandelt oder angeboten werden. Ich denke da an selektive Operationen oder Rehabilitationsmaßnahmen erreichbar durch mobile Versicherte. Das Territorialprinzip wird dadurch ein gutes Stück aufgeweicht. Aber ich denke, bei den guten Versorgungsstrukturen, die wir haben, können wir dem mit Selbstbewußtsein entgegen schauen.

Die Einführung des Euro wird das Wirtschaftlichkeitsdiktat auf den Sozialbereich verstärken, wenn die Träger der sozialen Sicherung zu Unternehmen werden und sich allein marktopportun verhalten. Die soziale Ausrichtung geht verloren, wenn allein Wettbewerbsregeln gelten.

Man könnte nun annehmen, daß durch die Einführung des Euro die Preise von Gesundheitsleistungen und medizi-

nischen Dienstleistungen vergleichbar werden. Bei genauer Betrachtung wird jedoch erkennbar, daß dies nur zum Teil richtig ist. Das gilt für Medizinprodukte, meinetwegen Herzschrittmacher oder Endoprothesen. Die Preise solcher Geräte, solcher Teile sind leicht vergleichbar. Aber viel schwieriger ist es, medizinische Leistungen zu vergleichen. Ich will Beispiele nennen:

Es ist natürlich viel billiger Operationen vorzuhalten, wenn man lange Wartelisten in Kauf nimmt oder gleich gar ganze Patientengruppen ausschließt, wie zum Beispiel alte Menschen nämlich wenn man Endoprothesen bei Patienten über 75 Jahren nicht implantiert. Es ist viel billiger, ein Rettungswesen aufzubauen, wenn der Notarzt erst in einer halben Stunde da sein muß, anstatt wie in Deutschland in weniger als 15 Minuten. Eine Nierentransplantation ist statistisch gesehen bei einem 20jährigen billiger als bei einem 70jährigen. Wenn in einem Mitgliedstaat über 60jährige von der Transplantation ausgeschlossen werden und in einem anderen Mitgliedstaat nicht, so sind die Transplantationskosten nicht miteinander vergleichbar. Und es ist blanker Unsinn zu glauben, durch die Einführung des Euro die Effizienz der Gesundheitsversorgungssysteme vergleichen zu können. Die Verhältnisse sind wesentlich komplexer, wie die Beispiele gezeigt haben. Aber das wird weder die Krankenkassen noch einige unserer Politiker davon abhalten, uns genau solche unsinnigen Rechnungen aufzutischen. Ich fürchte, da müssen wir uns noch warm anziehen.

Öffnung nach Osten

Die Konsequenzen aus der Öffnung nach Mittel- und Osteuropa sind eine gewaltige Herausforderung für uns,

die auch unsere nachfolgende Ärztegeneration betreffen wird. Auch wenn die Datelage und die gesicherten Informationen über den Gesundheitszustand der mittel- und osteuropäischen Bevölkerung noch lückenhaft und widersprüchlich sind, so weisen doch einige Indikatoren darauf hin, daß das Versorgungsniveau in Mittel- und Osteuropa wesentlich niedriger ist als in Westeuropa. Und zu diesen Indikatoren zähle ich die Säuglingssterblichkeit und die Lebenserwartung.

Das Anliegen des Sozialschutzes muß konsequenterweise auch für die Bewerberstaaten in Mittel- und Osteuropa gelten. Ziel muß es sein, in diesen Staaten soziale Sicherungssysteme aufzubauen und die dortigen Lebensverhältnisse zu stabilisieren. Andernfalls werden wir gewaltige Migrationswellen auslösen, und das, was wir als Migrationsfreiheit so schätzen, wird zum Alptraum.

Zum frühestmöglichen Zeitpunkt müssen diese Staaten deshalb in die bestehenden Gesundheitsprogramme und die allgemeine Gemeinschaftspolitik im Bereich der öffentlichen Gesundheit eingebunden werden. Aus diesem Grunde hat sich die Bundesärztekammer in den letzten Jahren für den Aufbau sozial- und selbstverwalteter beitragsfinanzierter Gesundheitssysteme in Mitteleuropa engagiert. Die Kollegen in Mittel- und Osteuropa brauchen eine Perspektive in ihrem Land, dort werden sie gebraucht, dort brauchen sie auch eine faire Chance, ihren Beruf als Arzt ausüben zu können. Migrationsfreiheit alleine ist keine Lösung. Mit Befriedigung stellen wir fest: Es gibt inzwischen in fast allen mittel- und osteuropäischen Staaten außerhalb der ehemaligen Sowjetunion Ärztekammern. Dies ist ein gutes Zeichen.

Einige Schlußfolgerungen

Mehr als 50 Jahre Frieden in West- und Mitteleuropa sind auch ein Verdienst der EU. Die Entwicklung des gemeinsamen Marktes war ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung. Aber bei Europa geht es nicht nur um Märkte, sondern vor allem um Menschen. Und deshalb müssen wir in einem zusammenwachsenden Europa auch die Sozialsysteme berücksichtigen. Die Regelungen über den gemeinsamen Markt müssen durch Regelungen zum Schutz der Sozialsysteme unter Gewährleistung der internationalen Zusammenarbeit ergänzt werden, und insofern ist der Amsterdamer Vertrag zu ergänzen. Eine Harmonisierung wie wir sie in den letzten Jahren in der Landwirtschaft erlebt haben, die in Wirklichkeit nur eine Gleichmacherei auf dem kleinsten gemeinsamen Nenner war, kommt für das Gesundheitswesen nicht in Frage. Die Zukunft des europäischen Gesundheitswesens, liegt nicht in seiner Kommerzialisierung und nicht in der Unterordnung unter das Wettbewerbsrecht, sondern in Zusammenarbeit und Konvergenz. Nur so wird die Akzeptanz der Bürger Europas gegenüber Europa, gegenüber der EU wachsen, und nur so werden die Menschen an Europa glauben. Ich hoffe, mich mit diesen Ausführungen nicht als Euro-Skeptiker dargestellt zu haben. Im Gegenteil, ich bin ein leidenschaftlicher Europäer. Mir geht es darum deutlich zu machen, daß die breiten Korridore, die der Vertrag von Amsterdam erlaubt, mit den richtigen, Inhalten gefüllt werden. Wir können als Deutsche viele gute Erfahrungen in die europäische Gesundheitsversorgung einbringen. Zu Europa gibt es keine Alternative. Europa ist unser Schicksal und Europa ist unsere Chance. Packen wir es an.

„Arzt und Öffentlichkeit“

Aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung

In dem Bericht über den 52. Bayerischen Ärztetag geht Vizepräsident Dr. Klaus Ottmann aus seinem Tätigkeitsbereich auf die jüngste Rechtsprechung zum Thema „Grenzen der Werbung“ ein (siehe Mittelteil, Seite 16 f.). Dies ist Anlaß über die angesprochenen höchstrichterlichen Entscheidungen zum Thema „Arzt und Öffentlichkeit“ einerseits und über das zulässige öffentliche Auftreten von privatärztlichen Bereitschaftsdiensten andererseits zu berichten:

Darstellung des Leistungsangebotes von Ärzten in der Presse:

Der Bundesgerichtshof hat im Urteil vom 30. April 1997 (I ZR 154/95) grundsätzlich festgestellt, daß die Bezeichnung einzelner Ärzte als „Die besten Ärzte Deutschlands“ in einer redaktionellen Berichterstattung eines Wochenmagazins, der keine aussagekräftigen und damit nachvollziehbaren Beurteilungskriterien zu Grunde liegen, entsprechend den Grundsätzen zur getarnten Werbung als sittenwidrige Förderung fremden Wettbewerbs zu beanstanden ist. Auf dieser Grundlage wurde die zweite Artikelserie dieses Wochen-Magazins wettbewerbsrechtlich von der Landesärztekammer beanstandet mit dem Argument, daß auch in diesem Fall aus berufsrechtlicher Sicht der Körperschaft die Allgemeinheit an einer solchen unzutreffenden Information nicht interessiert ist und sich demzufolge auch nicht mit dem grundrechtlich geschützten Recht auf Informationsfreiheit begründen läßt.

Das Oberlandesgericht München (OLG) sieht im Urteil vom 12. November 1998 (29 U 32S1/98) in der Berichterstattung unter dem Titel „Die große Ärzte-Liste, 750

Empfehlungen, Spezialisten aus 67 Fachrichtungen“ keinen Wettbewerbsverstoß. Es führt aus, daß der Verlag nicht in der Absicht gehandelt hat, den Wettbewerb der in den Listen genannten Ärzte zu fördern, da in der Regel die gewählte Berichtsform durch Artikel 5 Abs. 1 Satz 2 GG (Presse- und Informationsfreiheit) geschützt ist und eine übermäßig werbende Darstellung der empfohlenen Ärzte nicht stattgefunden hat.

Vielmehr ist es das Ziel gewesen, ratsuchende Patienten zu informieren. Fragen, wie „Wissen Sie nicht einen guten Arzt?“, „Können Sie mir nicht einen erfahrenen Spezialisten empfehlen?“ sind die Fragen, die jeder aus seinem Bekanntenkreis kennt und die der Allgemeinarzt hört, wenn es darum geht, einen Patienten zum Facharzt zu überweisen, so das OLG. Es besteht somit ein sachlich begründetes Bedürfnis der Allgemeinheit, über spezialisierte, besonders qualifizierte Fachärzte unter namentlicher Nennung informiert zu werden.

Die in der neuen Artikelserie verwendeten Beurteilungskriterien sind nach Auffassung des OLG München

nachvollziehbar dargelegt. Es kann dem Verlag nicht untersagt werden, Ärzte einschließlich ihrer Tätigkeitsorte in einem redaktionellen Bericht über die Spezialisierung von Ärzten in Deutschland in Listen namentlich zu nennen, zumal wenn sie den Patienten im Bedarfsfall bei der Suche nach einem Spezialisten helfen soll. Namentlich genannte Ärzte als Spezialisten zu bezeichnen, verstößt, so das Gericht, nicht gegen die guten Sitten und führt nicht zur Wettbewerbsförderungsabsicht des Verlages. Nach der ärztlichen Berufsrufordnung ist es nicht von vornherein unzulässig, daß Ärzte sich als Spezialisten bezeichnen. Die unter bestimmten Voraussetzungen zulässige Bezeichnung „Facharzt“, kennzeichnet mit der Bezeichnung „Spezialist für“ den schwerpunktmäßigen Bereich der Tätigkeit. Soweit mit der Aufnahme des Spezialisten in die Liste der empfohlenen Ärzte notwendigerweise ein Werbeeffect für den Arzt verbunden ist und damit das ärztliche Werbeverbot tangiert wird, ist auf den Vorrang des grundrechtlich verbürgten Rechts des Verlages auf Meinungs- und Pressefreiheit gegenüber dem ärztlichen Werbeverbot hinzuweisen.

Die hiergegen eingelegte Revision hat der Bundesgerichtshof (Beschuß vom 22. September 1999 – I ZR 9/99) nicht angenommen, da die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung habe und im Ergebnis auch keine Aussicht auf Erfolg bestünde.

Im Lichte dieser nunmehr rechtskräftigen Entscheidung wird für die Berufsaufsicht der

Kurs „Postgraduierten-Studium Betriebswirtschaft für Ärztinnen und Ärzte“

Die Fachhochschule Neu-Ulm (www.fh-neu-ulm.de) bietet zum dritten Male ein Postgraduierten-Studium Betriebswirtschaft für Ärztinnen und Ärzte mit mindestens zweijähriger Berufserfahrung im Krankenhaus an.

Der Kurs startet am 15. März 2000 über zwei Semester und findet meist 14tägig freitags ab 16 Uhr bis Samstags 17 Uhr in Neu-Ulm statt.

Hochqualifizierte Dozenten/-Innen bieten Veranstaltungen (insgesamt ca. 450 Stunden) zum Beispiel aus den Bereichen Recht im Krankenhaus, Controlling, Marketing, Personalwesen, Krankenhausbetriebslehre und Qualitätsmanagement an.

Die Teilnehmer/-innen erhalten über die Teilnahme ein aussagefähiges Zertifikat.

Die Teilnahmegebühren betragen 3200 DM je Semester.

Weitere Informationen: Fachhochschule Neu-Ulm, Frau Friesinger, Steubenstraße 17, 89231 Neu-Ulm, Tel. 07 31/ 97 62-1 09, Fax 07 31/97 62-2 99

Körperschaften eine strenge Trennlinie zu ziehen sein zwischen berufsrechtswidriger, weil übertriebener Werbung und der Sachinformation in den Medien, auch wenn ein gewisser Werbeeffekt für den namentlich genannten Arzt damit verbunden ist, der jedoch im Hinblick auf das Recht auf Information hingenommen werden muß.

Privatärztliche Bereitschaftsdienste dürfen auf sich hinweisen

In weiteren im Tätigkeitsbericht des Vizepräsidenten Dr. Klaus Ottmann auf Seite 17 f. des Mittelteils angesprochenen Fällen befaßte sich der Bundesgerichtshof (BGH) mit der Frage, ob privatrechtlich organisierte Notfalldienste – speziell für die Versorgung von Privatpatienten außerhalb der Sprechstundenzeiten – ihre Dienstleistung, die darin besteht, Ärzte an hilfesuchende Privatpatienten zu vermitteln, in Werbeanzeigen, in Tageszeitungen bzw. durch Erscheinen ihrer Telefonnummer in den sogenannten Notruftafeln öffentlich in Erscheinung treten dürfen. In den Urteilen des BGH vom 20. Mai 1999 (I ZR 40/97, I ZR 42/97 und I ZR 54/97), letzteres betraf die Vermittlung von Ärzten an Hotelgäste in den Sprechstundenfreien Zeiten, stellt der BGH folgende Grundsätze auf:

Der privatärztliche Bereitschaftsdienst veranlaßt kein berufsrechtswidriges Verhalten von Ärzten, wenn sie es zulassen, daß ein derartiger Dienst sowohl in Telefonverzeichnissen als auch in Zeitungsanzeigen seine Vermittlungstätigkeit gegenüber der Öffentlichkeit darstellt. Solche Ankündigungen werden vom ärztlichen Werbeverbot, das in § 27 der Berufsordnung für Ärzte geregelt ist, nicht er-

faßt, weil der Informationscharakter überwiegt. Als gewerbliches Unternehmen darf ein entsprechend tätiger Dienst auch für seine Vermittlungstätigkeit werben.

Der Betrieb des privatärztlichen Notfalldienstes ist eine grundsätzlich rechtmäßige Tätigkeit und erfordert die Einrichtung eines Unternehmens mit Personen und Sachmitteln sowie die Zusammenarbeit mit einer Mehrzahl von Ärzten. Ein privatärztlicher Notfalldienst bietet damit Leistungen an, die ein einzelner Arzt nicht erbringen kann. Wirtschaftlich erfolgreich kann ein privatärztlicher Dienst aber nur betrieben werden, wenn er auch in der Öffentlichkeit auf seine Organisationsleistungen hinweisen darf. Der beanstandete Hinweis auf den privatärztlichen Notfalldienst beschränkt sich jedoch auf eine zurückhaltend gestaltete Information der Öffentlichkeit über das bloße Bestehen dieser Einrichtung.

Eine Verurteilung auf Unterlassung der Ankündigung würde dies jedoch verhindern, obwohl in der Öffentlichkeit ein Interesse daran besteht, über derartige Dienstleistungsangebote informiert zu werden. Für einen solchen Eingriff in die Freiheit der Berufsausübung fehlen sachgerechte Gründe.

Das Verbot in Anzeigen oder Zeitungen auf die Existenz hinzuweisen, würde den privaten Dienst ohne sachlichen Grund anders behandeln, als Notdienste, die gemäß § 75 Abs.1 Satz 2 SGB V von den Kassenärztlichen Vereinigungen eingerichtet sind.

Eine Werbung der beanstandeten Art kann allerdings, so betont der BGH, insbesondere im Falle des Mißbrauchs irreführend und damit wettbewerbswidrig sein, etwa wenn der beworbene Notfalldienst nur vorgeschoben ist und der

Sache nach Werbung für einzelne hinter ihm stehende Ärzte betrieben wird oder wenn der Notfalldienst zu einer ordnungsgemäßen Erbringung der zu erwartenden Leistungen nicht in der Lage ist.

Schlußbemerkung

Die dargestellten Grundsatzentscheidungen des Bundesgerichtshofes werden in die Überlegungen zur Novellierung der ärztlichen (Muster-) Berufsordnung einfließen. Zu berücksichtigen ist dabei weiterhin der Anspruch bzw. das Interesse der Allgemeinheit, das der Bundesgerichtshof auch in den oben genannten Entscheidungen betont, daß das ärztliche Werbeverbot auf vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls beruht und eine Verfälschung des ärztlichen Berufsbildes verhindern soll. Eine solche Verfälschung des Arztbildes tritt dann ein, wenn der Arzt Werbemethoden verwendet, wie sie in der gewerblichen Wirtschaft üblich sind. Hinter diesem Zweck steht, so der Bundesgerichtshof auch in diesen Entscheidungen, wiederum das Rechtsgut der Gesundheit der Bevölkerung. Die ärztliche Berufsausübung darf sich nicht primär an ökonomischen Erfolgskriterien, sondern an medizinischen Notwendigkeiten orientieren.

Das Verbot berufswidriger Werbung, das als solches grundsätzlich nicht in Frage steht – auch nicht im Hinblick auf Entwicklungen in der Europäischen Union – beugt damit einer gesundheitspolitisch unerwünschten Kommerzialisierung des Arztberufes vor. Dieser Zweck rechtfertigt dieses Verbot und – weil es eine Umgehung dieses Verbots verhindert – auch das Duldungsverbot. Unter Einbeziehung dieser grundsätzlichen Überlegungen werden sachliche Informationen über ärztliche Dienstleistungen auch unter namentlicher Erwähnung entsprechend auf dem ärztlichen Bereich tätigen Ärztinnen und Ärzte ebenso zuzulassen sein, wie Mitteilungen an die Bevölkerung über die Vermittlung von ärztlichen Dienstleistungen, wie dies bei der Vermittlung von notfalldiensthabenden Ärzten auch für den privatärztlichen Bereich erforderlich ist.

Für diese Fortentwicklung des ärztlichen Berufsrechts war es dringend geboten, höchstrichterliche Entscheidungen beizuführen und es gilt diese Grundsätze auch in der Parallellität zu den Möglichkeiten in den elektronischen Medien sachgerecht im Interesse der Bevölkerung weiterzuentwickeln.

Peter Kalb, Bayerische Landesärztekammer

Liebe Leserinnen und Leser,

seit August dieses Jahres hat die deutsche Presselandschaft auf die Regeln der neuen deutschen Rechtschreibung umgestellt.

Das Bayerische Ärzteblatt wird diesen Schritt zum Jahresbeginn 2000 vollziehen. Daher bitten wir Sie, falls Sie Beiträge oder Leserbriefe an die Redaktion senden, die neuen Schreibregeln anzuwenden.

Vielen Dank!

Ihr Redaktions-Team

Vollzug des Berufsbildungsgesetzes (BBiG)

Änderung der „Prüfungsordnung für Arztfachhelferinnen/Arztfachhelfer“

Aufgrund des Beschlusses ihres Berufsbildungsausschusses vom 21. Juli 1999 sowie unter Berücksichtigung der Richtlinien des Bundesausschusses für Berufsbildung vom 18. April 1973 erläßt die Bayerische Landesärztekammer als zuständige Stelle hiermit gemäß § 46 Abs. 1 in Verbindung mit § 41 Satz 2 bis 4 und § 91 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz (BBiG) vom 14. August 1969 (BGBl. I S. 1112), zuletzt geändert durch Gesetz vom 25. März 1998 (BGBl. I S. 596), folgende vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit genehmigte Änderungsordnung:

§ 1
Die Prüfungsordnung für Arztfachhelferinnen/Arztfachhelfer vom 30. April 1998 (Amtlicher Teil des Bayerischen Ärzteblattes Nr. 6/1998) wird wie folgt geändert:

1. § 8 Abs. 1 Spiegelstrich 3 erhält folgenden Wortlaut:
(1) Zur Prüfung ist zuzulassen, wer

– ...
– ...

– den Nachweis über eine regelmäßige Teilnahme an den prüfungsrelevanten Teilen der Fortbildung gemäß Anlage zu § 4 Abs. 2 der „Richtlinien für die Fortbildung zur Arztfachhelferin/zum Arztfachhelfer“ vom 14. November 1997 in der Fassung vom 15. Oktober 1999 erbracht hat.

2. § 20 Abs. 2 erhält folgenden Wortlaut:

Prüflinge, die sich aufgrund ihres Wahlkurses einer Prüfung in Teil 3.2 „Röntgen“ oder in Teil 3.8 „gastroenterologische Endoskopie“ unterziehen, haben eine schriftliche und eine praktische Prüfung abzulegen. Die schriftliche Prüfung soll höchstens 30 Minuten und die praktische Prüfung höchstens 20 Minuten dauern.

3. § 20 Abs. 6 erhält folgenden Wortlaut:

Gegenstand der Prüfungen in den Wahlteilen sind die jeweiligen Inhalte der Fortbildung gemäß Anlage zu § 4 Abs. 2 der „Richtlinien für die Fortbildung zur Arztfachhelferin/zum Arztfachhelfer“ vom 14. November 1997 in der Fassung vom 15. Oktober 1999.

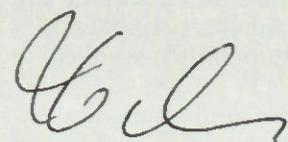
4. § 22 Abs. 4 erhält folgenden Wortlaut:

Zum Bestehen der Prüfung im Wahlteil 3.2 „Röntgen“ oder im Wahlteil 3.8 „gastroenterologische Endoskopie“ müssen sowohl in der schriftlichen als auch in der praktischen Prüfung mindestens ausreichende Leistungen erbracht werden. Schriftliche und praktische Prüfung haben das gleiche Gewicht.

§ 2

Diese Änderungsordnung tritt am Tage nach Veröffentlichung im Bayerischen Ärzteblatt in Kraft.

München, den 15. Oktober 1999



Dr. med. H. Hellmut Koch
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Änderung der „Richtlinien für die Fortbildung zur Arztfachhelferin/zum Arztfachhelfer“

Aufgrund des Beschlusses ihres Berufsbildungsausschusses vom 21. Juli 1999 erläßt die Bayerische Landesärztekammer als zuständige Stelle folgende Änderung der Richtlinien für die Fortbildung zur Arztfachhelferin/zum Arztfachhelfer in der Fassung vom 14. November 1997 (Bayerisches Ärzteblatt 6/1998):

§ 4 „Dauer und Inhalt der Fortbildung“ erhält folgenden Wortlaut:

1. Die Fortbildung dauert mindestens 400 Stunden. (neu aufgenommen)

2. (bisherige Nr. 1)

Die in der Fortbildung zu erwerbenden Fertigkeiten und Kenntnisse werden in einzelnen Abschnitten vermittelt, die von den Fortbildungsteilnehmerinnen innerhalb von 2 Jahren absolviert werden sollen.

3. (bisherige Nr. 2, Änderung fettgedruckt)

Die Fortbildung erstreckt sich auf die Teile 1 und 2 (Pflicht-

teile) sowie auf einen oder mehrere Kurse von insgesamt mindestens 120 Stunden Dauer nach Wahl der Teilnehmer aus Teil 3 der in der Anlage zu diesen Richtlinien festgelegten Inhalte.

§ 8 „Prüfungszeugnis und Arztfachhelferin-Brief“ erhält folgende Fassung:

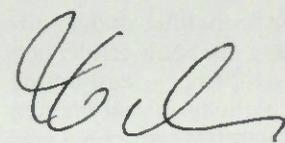
Die Prüfungsteilnehmerin erhält ein Prüfungszeugnis sowie den Arztfachhelferin-Brief

– nach erfolgreich abgelegter Prüfung in den Teilen 1 und 2 (Pflichtteile) sowie

– nach erfolgreich abgelegter Prüfung/abgelegten Prüfungen in einem oder mehreren Kursen nach Teil 3.

Die Übersicht „Wahlteile“ erhält folgende Ergänzung (siehe Kasten)

München, den 15. Oktober 1999



Dr. med. H. Hellmut Koch
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Wahlteile

Teil 3.1	Verwaltung	120 Std.	960 DM
Teil 3.1 a	Abrechnung	32 Std.	256 DM
Teil 3.1 b	Praxisorganisation	48 Std.	384 DM
Teil 3.1 c	EDV	40 Std.	320 DM
Teil 3.2	Röntgen	120 Std.	750 DM
Teil 3.3	Labor	136 Std.	1020 DM*)
Teil 3,4	ambulantes Operieren	60 bis 160 Std.	auf Anfrage
Teil 3.5	Pneumologie	120 Std.	auf Anfrage
Teil 3.6	Betriebsmedizin	120 Std.	auf Anfrage
Teil 3.7	Onkologie	120 Std.	auf Anfrage
Teil 3.8	gastroenterologische Endoskopie	60 bis 120 Std.	auf Anfrage

*) plus Materialkosten

Fortbildungscurriculum „gastroenterologische Endoskopie“ für Arzthelferinnen

I. Dauer und Gliederung

120 Stunden in Form eines berufsbegleitenden Lehrgangs, der in einen Grund- und Aufbaukurs gliedert ist und fachtheoretischen und fachpraktischen Unterricht sowie eine fachpraktische Unterweisung („Praktikum“) integriert.

Grundkurs: 44 Stunden
Unterricht
16 Stunden
Praktikum

Aufbaukurs: 60 Stunden
Unterricht
inkl. Prüfung

II. Teilnahme- voraussetzung

1. Die Teilnahme an der Fortbildung setzt eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als Arzthelferin oder einen vergleichbaren Abschluß voraus.

2. Die Teilnahme am Aufbaukurs setzt entweder

- den Besuch des Grundkurses oder
- eine erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als Arzthelferin in einer Einrichtung mit Schwerpunkt Gastroenterologie oder
- eine mindestens zweijährige einschlägige Berufserfahrung bis 31. Dezember 2001 in einer Einrichtung mit Schwerpunkt Gastroenterologie

voraus.

III. Ziele

Die Arzthelferin soll den Arzt in Vorbereitung, Durchführung und Nachsorge in gastro-intestinaler endoskopischer Diagnostik und Therapie unterstützen. Sie soll insbesondere

- über eingriffsbezogene pathophysiologische Kenntnisse verfügen;
- die Endoskopieeinheit einschließlich der zum endoskopischen Eingriff benötigten Instrumente, Materialien und Geräte vor- und nachbereiten;
- fach- und situationsgerecht den Arzt in der Durchführung diagnostischer und therapeutischer invasiver und nicht-invasiver Verfahren unterstützen;
- über gute Kenntnisse der Arbeitsabläufe bei allen gängigen gastroenterologischen Untersuchungsverfahren verfügen;
- die fachgebietsbezogenen Hygienemaßnahmen durchführen und überwachen;
- Vorbereitungs-, Überwachungs- und Nachsorge- maßnahmen beim Patienten durchführen;
- über notfallspezifische Kompetenz verfügen;
- Grundkenntnisse über die in der Gastroenterologie verwandten Medikamente einschließlich der Cyto- statika verfügen;

- die tätigkeitsbezogenen Rechts- und Arbeitsschutz- vorschriften kennen;

- Organisations- und Verwal- tungsaufgaben erledigen.

IV. Inhalte des fachtheoretischen und fachprakti- schen Unterrichts

Da die überwiegende Zahl der Arzthelferinnen, die in der gastroenterologischen Endoskopie mitwirken, weder in Krankenhäusern noch in internistischen Praxen mit Schwerpunkt Gastroenterologie tätig ist, wurden die Inhalte auch unter dem Aspekt der Repräsentativität ausgewählt. Sehr spezielle Verfahren oder Therapien, die nur von einer sehr kleinen Zahl von Arztpraxen oder in Krankenhäusern durchgeführt werden, blieben daher im wesentlichen ebenso unberücksichtigt wie einige Themenbereiche, zum Beispiel die Ernährungsberatung, die nach Auffassung der an diesem Curriculum beteiligten Berufsverbände sinnvoller in eigenen Veranstaltungen für die tatsächlich betroffene Zielgruppe angeboten werden sollten.

Vor allem im Grundkurs ist, soweit sinnvoll, fachpraktischen Unterrichtsansätzen gegenüber der Fachtheorie Vorrang einzuräumen. Demonstrationen, praktische Übungen, zum Beispiel zur Geräteaufbereitung oder Rollenspiele (zum Ablauf einer gastroenterologischen Untersuchung) sollen den Arzthelferinnen, die sich in dieses Arbeitsfeld einarbeiten wollen, den Einstieg erleichtern und dem Arbeitgeber größere Einarbeitungszeiten ersparen.

Bei der Vermittlung der einzelnen Lernziele sind Fragen der Qualität und Wirtschaftlichkeit stets in besonderem Maße mit zu berücksichtigen.

V. Überblick über Fächer und Stun- denverteilung 120 Stunden

A. Grundkurs 60 Stunden

1. Grundlagen der Gastroenterologie und gastroenterologischen Endoskopie
12 Stunden
2. Instrumenten-, Geräte- und Materialkunde
16 Stunden
3. Mitarbeit bei endoskopischer Diagnostik und Therapie
8 Stunden
4. Verwaltung, Organisation, Kooperation
8 Stunden

5. Praktikum*) *16 Stunden*

B. Aufbaukurs 60 Stunden

1. Spezielle Gastroenterologie und gastroenterologische Endoskopie
16 Stunden
2. Hygiene
12 Stunden
3. Patientenüberwachung
8 Stunden
4. Medikamente
4 Stunden
5. Anästhesieverfahren und Notfälle
8 Stunden
6. Recht und Arbeitsschutz
4 Stunden
7. Dokumentation, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
6 Stunden

C. Abschlußprüfung

*) Das Praktikum ist in einer Einrichtung mit gastroenterologischem Schwerpunkt zu absolvieren

Fortbildungsinhalte

A. Grundkurs 60 Stunden

1. Grundlagen der Gastroenterologie und gastroenterologischen Endoskopie 12 Stunden

- 1.1 Gastroenterologische Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie
- Anatomie des Gastrointestinaltraktes, der Leber und der intra- und extrahepatischen Gallenwege
 - Grundlagen der Physiologie und der Pathophysiologie des Atemsystems, des Herz- und Kreislaufsystems, des Gerinnungssystems und des Stoffwechselsystems
 - Pathophysiologie bei endoskopischer Diagnostik und Therapie

1.2 Häufigkeit gastroenterologischer Erkrankungen

1.3 Typische gastroenterologische Krankheitsbilder

1.4 Therapie gastroenterologischer Erkrankungen

1.5 Historie der gastrointestinalen Endoskopie

- 1.6 Gastrointestinale endoskopische Methodik der Diagnostik und Therapie
- Erkrankungen
 - Symptome
 - Klassifikation
 - Therapie
 - Maßnahmen

1.7 Vorbereitung, Durchführung, Ergebnisse und Komplikationen

1.8 Radiologisch-assistierte Diagnostik und Therapie

2. Instrumenten-, Geräte- und Materialkunde 16 Stunden

- 2.1 Hochfrequenz-Chirurgiestrom
- 2.2 Bild- und Lichtübertragung durch optische Systeme
- Fiberglassystem
 - Videoendoskopie

2.3 Röntgen

2.4 Lichtquelle

2.5 Absaugsystem

2.6 Geräte zur Bilddokumentation

2.7 Starre und flexible Endoskope

2.1 bis 2.7

- Prinzip und Funktionsweise
- Anwendungsmöglichkeiten und -bereiche
- Handhabungsempfehlungen
- Fehlerquellen
- ggf. Rechtsvorschriften

2.8 Abdeckmaterialien

- sterile Materialien
- unsterile Materialien
- textile Materialien
- Einmalmaterialien

2.9 Endoskopisch-therapeutisches Zubehör, z. B.

- Polypektomieschlingen
- Clipapplikatoren
- Fangkörbchen
- Ballonkatheter
- Biopsiezangen
- Fremdkörperzangen

2.10 Bougies und Dilatatoren

2.9 bis 2.10

- Verwendungszweck
- Prinzipien der Handhabung
- Fehlerquellen

3. Mitarbeit bei endoskopischer Diagnostik und Therapie 8 Stunden

3.1 Allgemeine Vorbereitungsmaßnahmen

- vorbereitende Untersuchungen, Terminorganisation
- Merkblätter, Patienteninformationen, Aufklärungsgespräch
- Zur Untersuchung notwendige Patientendokumente, Vorbefunde, Laborparameter
- Gespräch mit Patienten und Angehörigen

3.2 Vorbereitung der gastrointestinalen Endoskopie

- Vorbereitung des Untersuchungsraums und der Instrumente
- Schritte der Geräteaufbereitung
- Vorbereitung des Patienten im Endoskopiebereich
- Durchführung unmittelbarer perendoskopischer Maßnahmen

3.3 Assistenz bei endoskopischen Maßnahmen und Eingriffen

3.4 Gastroenterologische Patientenversorgung (s. auch Nr. 3, Teil B)

- während und nach der endoskopischen Untersuchung
- Maßnahmen und Verhalten bei besonderen psychischen und physischen Stresssituationen

3.5 Umgang mit Untersuchungsmaterialien (s. auch Nr. 2, Teil B)

3.6 Nachsorge der Instrumente und des Untersuchungsraumes (s. Nr. 2, Teil B)

4. Verwaltung und Organisation 8 Stunden

- 4.1 Ablaufplanung
- Terminvergabe ambulant/stationär
 - Programmablauf
 - Personaleinsatz

4.2 Schnittstellen

- stationär - ambulant
- ambulant - häusliche Betreuung

4.3 Nachsorge

- Informationen an Patient und Angehörige
- Mitgabe von Informations- und Dokumentationsunterlagen sowie Notrufnummern
- Organisation eines situationsgerechten Transports
- Mitgabe von Medikamenten und Verbandmaterialien
- Hinweise für das Verhalten zu Hause
- Hinweise für Folgebehandlungen

4.4 Logistik

- Materialbeschaffung
- Versand defekter Instrumente
- Wäsche
- Medikamente
- Notfallkoffer

4.5 Abrechnung

- Erfassen der fall-, leistungs- und personalbezogenen Daten
- EBM, GOÄ, BG
- Erfassen von Daten zur Qualitätssicherung

4.6 Praxisablauf in einer gastroenterologischen Praxis (Rollenspiele!)

5. Praktikum 16 Stunden

B. Aufbaukurs 60 Stunden

1. Spezielle Gastroenterologie und gastroenterologische Endoskopie 16 Stunden

- 1.1 Gastroenterologische Erkrankungen, Symptome, Komplikationen und Maßnahmen mit Bezug zu Nachbarorganen

- Ösophagus
 - Magen und Duodenum
 - Gallen- und Pankreas-system
 - Ileum und Colon
 - Rektum und Anus
 - Leber
- 1.2 Endoskopische Therapie
- 1.2.1 Ösophaguskopie mit Bougierung
- pneumatische Dilatation
 - Pertubation von Stents
 - Materialentnahme
- 1.2.2 Ösophagus-Gastro-Duodenoskopie (ÖGD) mit
- Unterspritzungstechnik
 - Fibrininjektion
 - mechanischen Blutstillverfahren
 - Polypektomie
 - Biopsie und Zytologie
- 1.2.3 Endoskopisch-retrograde Cholangiographie (ERCP) mit
- Sphinkterologie und Steinextraktion
 - Dilatation
 - Bougierung
 - transpapillärer Choledochus-drainage
 - Legen von nasobiliären/nasopan-kreatischen Verweilsonden
 - Biopsie und Zytologie
- 1.2.4 Perkutane transhepatische Cholangiografie (PTC) mit
- Steinextraktion
 - Legen von Drainagen
- 1.2.5 Totale Coloskopie mit
- Gewebentnahme
 - Polypektomie
 - Markierungsverfahren
 - Dilatation
- 1.2.6 Sigmoidoskopie mit
- Gewebentnahme
- 1.2.7 Prokto-Rektoskopie mit
- Gewebentnahme
 - Polypektomie
 - Hämorrhoiden-therapie (z. B. Gummibandliga-tur, Sklerosierung)
 - Infrarotkoagulation u. a.
 - Condylomatabehandlung
 - Sphinkterdehnung
 - Unterspritzungstechnik
- 1.3 High-Tech-Verfahren
- Argonplasmagas-Koagulation (APC)
 - Laser
 - Bougierung und Dilatation
 - photodynamische Therapie
 - Manometrie
2. Hygiene
12 Stunden
- 2.1 Mikrobiologie
- Allgemeine Bakteriologie und Virologie
 - Mikrobiologische Kontrolle
- 2.2 Infektiologie
- Infektionsursachen und -wege
 - Risikobereiche
 - Raumausstattung
- 2.3 Infektionsprävention
- 2.3.1 Personalhygiene
- Hygienische Händedesinfektion
 - Chirurgische Händedesinfektion
 - Non-Touch-Technik
 - Bereichs- und Schutzkleidung
 - Hygienisches Verhalten
- 2.3.2 Patientenhygiene
- Hautdesinfektion
- 2.3.3 Ver- und Entsorgung
- Wegeführung
 - Gefahrenquellen
- 2.3.4 Vorschriften und Rechtsquellen
- Arzneimittelgesetz
 - Bundesseuchengesetz
 - DGHM-Liste
 - Gefahrstoffverordnung
 - Hygieneverordnung der Länder
 - Medizinproduktegesetz (MPG)
 - Richtlinie für Krankenhaus-hygiene und Infektionsprävention
 - Unfallverhütungsvorschriften (UVV) der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
- 2.4 Reinigung und Desinfektion
- Desinfektionsmittel (Umgang, Grundsubstanz, Toxizität)
 - Anwendungshinweise und Vorschriften
 - Durchführung von Reinigungsmaßnahmen
 - Desinfektionsmaßnahmen (Flächen, Räume, Mobiliar, Textilien)
 - Kontrollmöglichkeiten
- 2.5 Sterilisation
- Sterilgut (Verpackung, Anwendungsgebiete, Haltbarkeit, Umgang, Lagerung, Resterilisation)
 - Verfahren
 - Anwendungsbereiche
 - Durchführung
 - Kontrollmöglichkeiten
- 2.6 Aufbereitung der Endoskope und des Zubehörs
- manuelle und maschinelle Aufbereitung (Aufbereitungszyklus, Lagerung, Bereitstellung)
- 2.7 Entsorgung
- Körpersekrete
 - Gebrauchsgüter (kontaminiert, nicht kontaminiert, nach BSeuchG, Müllentsorgung A, B, C)
- 2.8 Fehlerquellen und Probleme
- Ausbreitung resistenter Erreger durch (unkritische) Verabreichung von Antibiotika
 - Patienten (Disposition bzw. Abwehrlage)
 - Baulich-technische, apparative, materielle und organisatorische Unzulänglichkeiten
 - Nachlässige und unsachgemäße Handhabung hygienischer Maßnahmen (s. Hygieneprävention)
- 2.9 Erstellung von Hygiene- und Desinfektionsplänen
3. Patientenüberwachung
8 Stunden
- 3.1 Patientengespräch
- 3.2 Lagerung
- 3.3 Kontrolle der Vitalfunktionen
- 3.4 Pulsoxymetrie und Monitoring
- 3.5 Sicherung der Untersuchung
- 3.6 Nachsorge
- 3.7 Rollenspiele
4. Medikamente
4 Stunden
- 4.1 gastroenterologisch relevante Medikamente

- 4.2 CED-Medikamente
- 4.3 antivirale Substanzen
- 4.4 Analgosedativa bei endoskopischen Untersuchungen und therapeutischen invasiven Verfahren
- 4.5 gastroenterologisch ambulant eingesetzte Chemotherapeutika
- 4.6 Umgang mit Cytostatika
– Vorbereitung
– Anwendung
– Entsorgung
- S. Anästhesieverfahren und Notfälle
8 Stunden
- S.1 Überblick über Anästhesieverfahren und mögliche Komplikationen
- S.2 Überwachungsgeräte und mögliche Komplikationen
- S.3 allgemeine Notfälle
- S.4 periendoskopische Komplikationen
– Atmungsprobleme
– anaphylaktischer Schock
– Perforation
– akute Blutung
– Gas- oder Luftembolie
– Reflexzwischenfälle
- S.5 Medikationsnebenwirkungen und Arzneimittelkomplikationen
– Intoxikation durch Lokalanästhetika
– analgosedierungsbedingte Notfälle
- S.6 endoskopische Notfallversorgung
- S.7 Reanimation
– theoretische Grundlagen
– Methoden der Wiederbelebung
– Notfallmanagement
– Notfallkoffer
– Notfallmedikamente und ihre Applikation
- 5.8 Rollenspiele und praktische Übungen
6. Recht und Arbeitsschutz
4 Stunden
- 6.1 Strafrechtliche Haftung
– ausgewählte Strafrechtsvorschriften
– ausgewählte Straftatbestände
- 6.2 zivilrechtliche Haftung
– ausgewählte Probleme aus dem Haftungsrecht
- 6.3 Arbeitsschutz
– ausgewählte Vorschriften aus dem Arbeitsschutzrecht
7. Dokumentation, Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement
6 Stunden
- 7.1 Dokumentation
– Befunddokumentation
– Nachsorgedokumentation
– Leistungsstatistik
– Notfallstatistik
– EDV-Systeme
- 7.2 Qualitätsmanagement und Auditverfahren
- C. Prüfung
- In Form einer schriftlichen und mündlich-praktischen Prüfung von insgesamt 30 Minuten/Prüfling

Qualitätssicherung Schlaganfallpatienten

Vor dem Hintergrund der Einrichtung neuer Stroke Units in Bayern hat das Kuratorium der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ) einstimmig beschlossen, ein strukturiertes Qualitätssicherungsprogramm für Schlaganfallpatienten einzuführen. Unter Berücksichtigung nationaler und internationaler Vorarbeiten hat eine Arbeitsgruppe aus Internisten, Neurologen, Krankengymnasten, Ergotherapeuten, Logopäden und anderen einen Datensatz entwickelt, der den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schlaganfallregister (ADSR) entspricht.

Ausgangspunkt der „Qualitätssicherung Schlaganfall Bayern“ ist das Basismodul. Das Basismodul konzentriert sich auf die Erhebung der Prozessqualität der Versorgung von Schlaganfallpatienten. Die Strukturqualität der an der Versorgung von Schlaganfallpatienten beteiligten internistischen und neurologischen Abteilung wird mittels jährlicher Abfrage ermittelt, so daß im Basismodul auf die Erhebung dieser Daten verzichtet werden kann. Die Erfassung der Ergebnisqualität gelingt aus methodischen Gründen (unterschiedliche Liegezeiten) nur unvollständig und soll zukünftig durch weitergehende Untersuchungen ermöglicht werden (zum Beispiel telefonische Patientennachbefragung drei Monate nach dem Ereignis).

Datenerfassung und Auswertung

In Anlehnung an laufende Projekte (Peri- und Neonatalerhebung, Qualitätssicherung Chirurgie) werden die

ausgefüllten Dokumentationsbögen patientenanonymisiert an die Geschäftsstelle BAQ übersandt. Hier erfolgt eine Vollständigkeits- und Plausibilitätsprüfung sowie eine jährliche Auswertung, die den teilnehmenden Abteilungen einen Vergleich der klinikeigenen Ergebnisse mit den Gesamtergebnissen ermöglicht (benchmarking). Aufgrund vertraglicher Regelungen ist sichergestellt, daß die Klinikanonymität gewahrt bleibt und lediglich die Gesamtergebnisse dem Kuratorium zugänglich gemacht und in geeigneter Form veröffentlicht werden.

Teilnahme

Mittelfristiges Ziel ist, alle Schlaganfallpatienten in Bayern zu erfassen. In der Pilotphase werden Stroke Units und interessierte internistische und neurologische Abteilungen zur Teilnahme aufgerufen.

Anmeldung

Interessierte Abteilungen werden gebeten, sich formlos per Fax (Nr. 0 89/21 1S 90 20) oder postalisch (Geschäftsstelle BAQ, Westenriederstraße 19, 80331 München) an dem Qualitätssicherungsprogramm Schlaganfallpatienten anzumelden. Die Datenerfassungsbögen werden bis Jahresende versandt. Der Beginn der Dokumentation ist ab 1. Januar 2000 geplant.

Weitere Informationen

Geschäftsstelle BAQ, Privatdozent Dr. med. Peter Hermanek, Westenriederstraße 19, 80331 München, Telefon 0 89/2 11 59 00

Kurse zum Erwerb des Fachkundenachweises „Rettungsdienst“

Termine 2000 (1. Halbjahr)

	Termin	Stufe
Erlangen		
Friedrich-Alexander-Universität	16.03.	A/1
Friedrich-Alexander-Universität	17.03.	A/2
Friedrich-Alexander-Universität	18.03.	B/1
Friedrich-Alexander-Universität	19.03.	B/2
München		
Friedrich-Alexander-Universität	06.04.	C/1
Friedrich-Alexander-Universität	07.04.	C/2
Friedrich-Alexander-Universität	08.04.	D/1
Friedrich-Alexander-Universität	09.04.	D/2

Kompaktkurs „Notfallmedizin“ – Stufen A bis D

München
20. bis 27. Mai 2000 – Städt. Krankenhaus München-Schwabing

Ausgebuchte Kurse werden nicht mehr veröffentlicht.

Teilnahme-Voraussetzung:

- gültige 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 der Anmeldung beizufügen.

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 15. Mai 1999 die Kosten der Kurse A/2 und B/2 von der Bayerischen Landesärztekammer

übernommen – sofern es sich um Kurse handelt, die von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltet werden. Diese Vergünstigung kann pro Teilnehmer nur einmal In 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 mit dem Nachweis über eine einjährige klinische Tätigkeit richten Sie bitte – ausschließlich schriftlich – an: Bayerische Landesärztekammer, Abteilung Fortbildung, Dijana Kierner und Ingeburg Koob, Mühlbaaurstraße 16, 81677 München, Telefax (0 89) 41 47-8 31.

Die Vergabe der Kursplätze richtet sich nach dem Datum des Posteingangs. Nur komplette Anmeldungen und eine rechtzeitige Überweisung der Kursgebühr (nach Erhalt der Anmeldebestätigung – 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 Kursplatzsicherung kann nur bei vollständiger Absolvierung der vorangegangenen Kursteile erfolgen.

Für eventuelle Fragen zur Anmeldung stehen Ihnen Dijana Kierner und Ingeburg Koob unter der Telefonnummer (0 89) 41 47-341 oder -2 67 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.

Nachweisbare Qualifikationen in einem akutmedizinischen Gebiet im Sinne eines Facharztstatus bzw. Tätigkeiten im Rettungsdienst können im Einzelfall – bei schriftlichem Antrag an die Bayerische Landesärztekammer – eventuell als Analogon für entsprechende Kursteile angerechnet werden.

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

Fortbildungsveranstaltungen

Ankündigungen von Fortbildungsveranstaltungen an:
 Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 81677 München,
 Angelika Eschrich, Telefon 089/41 47-2 48, Fax 089/41 47-280
 E-Mail: ankuendigungen@blaek.de

Anästhesiologie

6. bis 9. Mai 2000
 in München 3 • pro Tag
 „Deutscher Anästhesiekongress 2000“ Veranstalter: Berufsverband Deutscher Anästhesisten (BDA) und Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DGAI) Ort: ICM, Am Messensee 2, München Anmeldung: MCN Medizinische Congress Organisation, Zerkabelshofstr. 29, 90478 Nürnberg, Tel. 09 11/393160, Fax 09 11/33 12 04, E-Mail: mcn@mcn-nuernberg.de

Augenheilkunde

Januar/Februar 2000
 in München 1 • pro Veranstaltung
 „Mittwochskolloquien“ 12.1.2000: Retinopathia praematurorum 9.2.: Lasertherapie retinaler Erkrankungen Veranstalter: Augenklinik und -poliklinik der TU München im Klinikum rechts der Isar Leitung: Prof. Dr. M. Mertz Ort: Bibliothek und Seminarraum der Augenklinik, Trogerstr. 32/IV, Stock, München Zeit: 16 Uhr c. t. bis 17 Uhr Auskunft: Kongresssekretariat der Augenklinik, Frau Kühnbaum, Ismaninger Str. 22, 81675 München, Tel. 089/41 40-27 96, Anmeldung nicht erforderlich

15. Januar 2000
 in Erlangen AIP 2 •
 Erlanger Augenärztliche Fortbildung „Neue Aspekte zur Pathogenese, Diagnostik und Therapie der Glaukome“ Veranstalter: Augenklinik mit Poliklinik der Universität Er-

langen-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 31/85-3 43 79

15. Januar 2000
 in München 3 •
 „Sehen im Straßenverkehr – Fahreignungsbegutachtung“ Leitung: Prof. Dr. Dr. B. Lachenmayr, Prof. Dr. G. Kolling, PD Dr. H. Wilhelm, Dr. P. Vivell Beginn: 9 Uhr s. t. bis 17.30 Uhr Ort: Intercity-Hotel München, Bayerstr. 10, München Anmeldung (schriftlich): Prof. Dr. Dr. B. Lachenmayr, Neuhauser Str. 23, 80331 München, Fax 0 89/2 36 61 16

29. Januar 2000
 in München 2 •
 „Sitzung der Münchner Ophthalmologischen Gesellschaft“ Veranstalter: Augenklinik und -poliklinik der TU München im Klinikum rechts der Isar Leitung: Prof. Dr. M. Mertz Ort: Hörsaal D im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München Zeit: 14 bis 18 Uhr Auskunft: Kongresssekretariat der Augenklinik, Frau Kühnbaum, Anschrift s. o., Tel. 0 89/41 40-27 96, Fax 0 89/41 40-49 36

28. Februar bis 3. März 2000
 in München 15 •
 „Refraktionskurs (Schoberkurs)“ Veranstalter: Augenklinik, Klinikum Innenstadt der LMU München Leitung: Prof. Dr. D. Friedburg, Prof. Dr. E. Hartmann, PD Dr. K.

Ludwig Ort: Hörsaal der Augenklinik, Mathildenstr. 8, München Anmeldung: Berufsverband der Augenärzte Deutschlands, Frau Wagner, Tersteegenstr. 12, 40474 Düsseldorf, Tel. 02 11/4 30 37 14

Chirurgie

28. Februar bis 4. März 2000
 in Augsburg 18 •
 „Weiterbildungsseminar“ – zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung (ab dem 5. Jahr der chirurgischen Weiterbildung) Veranstalter: Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) in Zusammenarbeit mit den Chirurgischen Kliniken am Zentralklinikum Augsburg Leitung: Prof. Dr. J. Witte, Prof. Dr. H. Loeprecht, Prof. Dr. A. Rüter Ort: Großer Hörsaal im Zentralklinikum, Stenglinstr. 2, Augsburg Teilnahmegebühr: 550/275 DM; begrenzte Teilnehmerzahl Anmeldung (schriftlich): Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC), Luisenstr. 5B/59, 10117 Berlin, Tel. 0 30/28 00 41 20

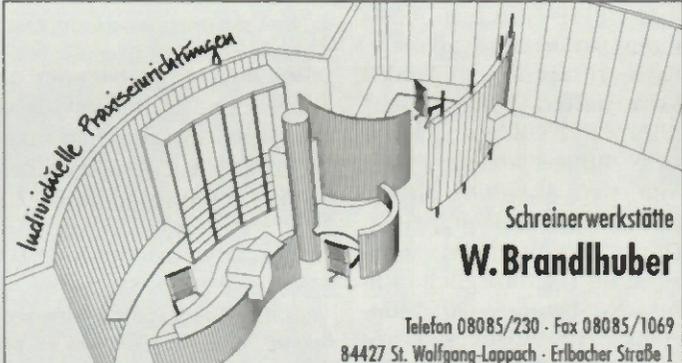
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

29. Januar 2000
 in Würzburg AIP 2 •
 „7. Fortbildungsveranstaltung der Universitäts-Frauenklinik“ Veranstalter: Frauenklinik der Universität Würzburg Leitung: Prof. Dr. J. Dietl Ort: Großer Hörsaal der Frauenklinik, Josef-Schneider-Str. 4, 97080 Würzburg Zeit: 9 Uhr c. t. bis 13 Uhr Anmeldung: Sekretariat Prof. Dr. J. Dietl, Frau Markert, Anschrift s. o., Tel. 09 31/2 01-52 51, Fax 09 31/2 01-34 06

Gastroenterologie

15. Dezember 1999
 in München AIP 2 •
 „Interdisziplinäre gastroenterologische Onkologie – Magenkarzinom“ Veranstalter: 2. Medizinische Abteilung im Städt. Krankenhaus München-Bogenhausen Leitung: Prof. Dr. W. Schepp Ort: Hörsaal des Krankenhauses Bogenhausen, Engelschalkinger Str. 77,

ANZEIGE:



Individuelle Praxisrichtungen

Schreinerwerkstätte
W. Brandlhuber

Telefon 08085/230 · Fax 08085/1069
 84427 St. Wolfgang-Lappach · Erlbacher Straße 1

B1925 München Zeit: 16.30 bis 19.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. W. Schepp, Anschrift s. o., Tel. 0 89/92 70-20 61, Fax 0 89/92 70-24 86

12. Januar 2000
in München AIP
2 •

„Kolonkarzinom: Neues über Entstehung, Prophylaxe und Therapie“ **Veranstalter:** Medizinische Poliklinik, Klinikum Innenstadt der LMU München **Leitung:** Prof. Dr. Dr. M. Gross **Ort:** Hörsaal der Medizinischen Poliklinik, Pettenkofenstr. B a, 80336 München **Zeit:** 18 Uhr s. t. bis 21 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. Dr. M. Gross, Frau Beinstingl, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-34 75, Fax 0 89/51 60-44 B5

15. Januar 2000
in Würzburg AIP
2 •

Gastroenterologisches Seminar „Hepatology I: Vom pathologischen Leberwert zum Rundherd“ **Veranstalter:** Medizinische Poliklinik der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. K. Wilms, Prof. Dr. M. Scheurlen **Ort:** Medizinische Poliklinik, Klinikstr. B, 97070 Würzburg **Zeit:** 9 Uhr bis ca. 12.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat der Medizinischen Poliklinik, Anschrift s. o., Tel. 09 31/201-70 17, Fax 09 31/2 01-70 73

Gefäßchirurgie

25. Februar 2000
in München 4 •

„Gefäßchirurgischer Workshop“ – Gefäßchirurgische Nahttechniken in Theorie und Praxis mit Präparaten und PTFE-Prothesen, Demonstration endovaskulärer Basistechniken am Modell **Veranstalter:** Chirurgische Klinik und Poliklinik, Klinikum Innenstadt der LMU München, Abteilung für Gefäßchirurgie **Leitung:** Prof. Dr. B. Steckmeier **Ort:** Seminarraum I, Chirurgische Klinik, Nußbaumstr. 20, München **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 16 Uhr **Teilnahmegebühr:**

150 DM, begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. B. Steckmeier, Pettenkofenstr. B a, 80336 München, Tel. 0 89/51 60-36 01, Fax 0 89/51 60-44 43

Haut- und Geschlechtskrankheiten

Wintersemester 1999/2000
in Regensburg

1 • **pro Veranstaltung**
„Kolloquien im Wintersemester“ 15.12.: Therapieansätze zur Induktion einer spezifischen Immunantwort beim malignen Melanom 12.1.2000: Einführung in die Andrologie 19.1.: Chemotherapy reactions 26.1.: Lymphknotenultraschall bei Melanompatienten: Ergebnisse einer prospektiven Studie 2.2.: Sentinel lymph node dissection beim malignen Melanom **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Dermatologie, Klinikum der Universität Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. M. Landthaler, Prof. Dr. W. Stolz **Ort:** Konferenzraum der Dermatologischen Klinik, Franz-Josef-5strauß-Allee 11, 93053 Regensburg

Zeit: 16 Uhr c. t. bis 17 Uhr **Anmeldung:** Prof. Dr. W. Stolz, Dermatologische Klinik, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-96 03, Fax 09 41/9 44-96 08

Wintersemester 1999/2000
in München

1 • **pro Veranstaltung**
„Fortbildungskolloquien“ 12.1.2000: Dendritische Zellen und ihre Vorläufer im peripheren Blut 19.1.: Tumormimmuntherapie mit dendritischen Zellen: Ergebnisse im Mausmodell 26.1.: 20. Fortbildungsveranstaltung „Angewandte Allergologie“ 2.2.: Das Fibromyalgiesyndrom: Diagnose, Differentialdiagnose und Therapie 9.2.: Die Rolle der extrazellulären Matrix in der Regulation von Immunantworten 16.2.: Molekularpathologie von Melanomen und malignen epithelialen Tumoren: Zytogenetik und Expression von Rezeptortyrosinkinasen 23.2.: Neue Aspekte zur Pathogenese der Pityriasis versicolor 1.3.: Diaklinik **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Allergologie, Klinikum Innenstadt der LMU **Leitung:** Prof. Dr. M.

Röcken, Prof. Dr. H. C. Korting **Zeit:** 16 Uhr c. t. bis 17 Uhr **Ort:** Kleiner Hörsaal der Klinik, Frauenlobstr. 9, B0337 München **Auskunft:** Kongresssekretariat, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-60 63, Fax 0 89/51 60-60 64

Hygiene

März 2000
in Bad Kissingen
Grundkurs „Der Hygienebeauftragte“ vom 13. bis 17. März, Aufbaukurs für Hygienebeauftragte am 24./25. März **Veranstalter:** Hygieneakademie Bad Kissingen **Leitung:** PD Dr. A. Schwarzkopf **Ort:** Bad Kissingen **Teilnahmegebühr:** Grundkurs: 745 DM, Aufbaukurs: 350 DM **Anmeldung:** Gesundheitszentrum Bad Kissingen e. V., Sparkassenpassage 4, 97688 Bad Kissingen, Tel. 09 71/9 75 65, Fax 09 71/7 85 07 64, E-Mail: gesundheitszentrum-fv@t-online.de, Internet: <http://www.gesundheitsakademie.de>

Innere Medizin

15. Dezember 1999
in Dachau 1 •
„Diagnostik und Therapie der Schilddrüsenentzündungen“ **Veranstalter:** Ärztlicher Kreisverband Dachau **Leitung:** Dr. Dr. C. Wagner-Manslau **Ort:** Rotkreuzsaal, Rotkreuzplatz, Dachau **Zeit:** 19.30 bis 21 Uhr **Auskunft:** Ärztlicher Kreisverband Dachau, Frühlingstr. 34, 85221 Dachau, Tel. 0 81 31/56 86-0, Fax 0 81 31/56 86-10, Internet: aekd-wama@t-online.de

Wintersemester 1999/2000
in Würzburg

1 • **pro Veranstaltung**
„Fortbildung im Wintersemester“ 15.12. (17 Uhr s. t. bis 19 Uhr) Klinische Konferenz der Medizinischen Universitätsklinik „Der interessante Fall: Akutes Nierenversagen – Hypokalzämie, der Leitbefund zur Ursachenfindung“ 12.1. 2000 Inflammation bei Herz-

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. Die nächsten Termine: **25. April und 27. September 2000 in München** und **8. Dezember 2000 in Nürnberg**.

Auskunft und Anmeldung (schriftlich erforderlich): Helga Müller-Petter, Bayerische Landesärztekammer, Mühlbauerstraße 16, 81677 München, Telefon 0 89/41 47-2 32, Fax 0 89/41 47-8 79, E-Mail: aip@blaek.de

insuffizienz: Die Endotoxin-Hypothese **Veranstalter:** Medizinische Klinik, Klinikum der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. G. Ertl, Prof. Dr. C. Wanner **Ort:** Großer Hörsaal der Medizinischen Klinik, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg **Zeit:** 17 Uhr s. t. bis ca. 18 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. C. Wanner, Frau Frohmüller, Medizinische Klinik, Anschrift s. o., Tel. 09 31/2 01-53 31, Fax 09 31/2 01-35 02

16. Dezember 1999 in Eggenfelden AiP 1 •
 „Moderne Konzepte der Adipositasbehandlung“ **Veranstalter:** Kreiskrankenhaus Eggenfelden, Abteilung für Innere Medizin **Leitung:** Dr. U. Schulten-Baumer, Eggenfelden; Prof. Dr. V. Schusdzarra, München **Ort:** Kreiskrankenhaus, Simonsöder Allee 20, 84307 Eggenfelden **Zeit:** 19.30 bis 22 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Dr. U. Schulten-Baumer, Anschrift s. o., Tel. 0 87 21/9 83-2 01, Fax 0 87 21/9 83-2 04

18. Dezember 1999 in München AiP 1 •
 „Volkskrankheit Diabetes“ Pathogenese – Diagnose – Therapie – Folgeschäden **Veranstalter:** Institut für Diabetesforschung am Krankenhaus München-Schwabing **Leitung:** Prof. Dr. H. Mehner **Ort:** Hotel Vier Jahreszeiten, Maximilianstr. 17, München **Beginn:** 10.30 Uhr **Auskunft:** Institut für Diabetesforschung am Krankenhaus Schwabing, Kölner Platz 1, 80804 München, Tel. 0 89/30 79 31-0, Fax 0 89/3 08 17 33

Kardiologie

16. Dezember 1999 in München AiP 1 •
 „Kardiologisches Kolloquium“ Themen: Therapie mit Setarezeptorenblockern, gestern Hypothese, heute Evidence-based Medicine – Anti-

arrhythmische Therapie bei Herzinsuffizienz **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Bogenhausen, 1. Medizinische Abteilung - Kardiologie und Pneumologie **Leitung:** Prof. Dr. W. Delius, Dr. D. Antoni **Ort:** Großer Hörsaal im Städt. Krankenhaus Bogenhausen, Engelschalkingerstr. 77, 81925 München **Beginn:** 19 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. W. Delius, Anschrift s. o., Tel. 0 89/92 70-20 70, Fax 0 89/92 70-26 83

15. Januar 2000 in München 4 •
 „Herzschrittmacher-Intensivkurs“ Themen: Indikationsstellung – Implantation – Routinekontrolle – Zeitzyklen – Problemfälle in der Kontrolle mit Erläuterung von Spezialalgorithmen – Programmierseminar **Veranstalter:** Medizinische Klinik, Klinikum Innenstadt der LMU München **Leitung:** Prof. Dr. K. Theisen, Dr. R. Schrepf **Ort:** Ärztekasino der Medizinischen Klinik Innenstadt, Ziemssenstr. 1, 80336 München **Zeit:** 9 Uhr c. t. bis 17.30 Uhr **Teilnahmegebühr:** 200/100 DM; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung (erforderlich):** Herzschrittmacher-Ambulanz, Frau Zoll, Frau Bauer, Dr. R. Schrepf, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-22 31, Fax 0 89/51 60-44 83

Kinder- und Jugendpsychiatrie

19. Januar 2000 in Würzburg AiP 1 •
 Mittwochs-Kolloquium „Prognose und Behandlung von Sexualstraftätern“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie der Universität Würzburg **Leitung:** Prof. Dr. A. Warnke **Ort:** Hörsaal der Nervenklinik, 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

Laboratoriumsmedizin

Wintersemester 1999/2000 in München 1 • pro Veranstaltung
 „Rationelle Laboratoriumsdiagnostik“ 10.1.2000: Bedeutung genetischer Varianten des Arzneimittelstoffwechsels und deren Bedeutung für das Drug Monitoring 14.2.: Sinnvoller diagnostischer Einsatz von Procalcitonin und Zytokinen in der Pädiatrie 1.3.: Kardiale Troponine – Stellenwert in Diagnose und Therapieüberwachung von Myokardschädigungen **Veranstalter:** Institut für Klinische Chemie und Patho-

biochemie der TU München im Klinikum rechts der Isar **Leitung:** Prof. Dr. D. Neumeier, PD Dr. P. Lupp **Ort:** Hörsaal D im Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Str. 22, 81675 München **Beginn:** 17 Uhr c. t. **Auskunft:** Institut für Klinische Chemie, Klinikum rechts der Isar, Anschrift s. o., Tel. 0 89/41 40-47 51

Neurologie

Wintersemester 1999/2000 in München 1 • pro Veranstaltung
 „Neurologische Kolloquien“ 12.1.2000: Pathophysiologische Grundlagen der diffusions- und perfusionsgewichteten MR-Bildgebung: Experimentelle und klinische Anwendung 19.1.: Video-Demonstration ausgewählter Fälle moderner neurochirurgischer Operationen 26.1.: „Interdisziplinäre Schmerzkongferenz“ Falldemonstration ausgewählter Schmerzsyndrome 2.2.: Tiefenstimulation bei Morbus Parkinson 9.2.: Kognitive Defizite bei Basalganglienerkrankungen 16.2. (Beginn: 17 Uhr s. t.): „Neuromuskuläres Seminar“ Falldiskussion ausgewählter neuromuskulärer Erkrankungen 23.2.: Integriertes Mapping von Funktion und Struktur des motorischen Kortex **Veranstalter:** Neurologische Klinik und Poliklinik der TU München, Klinikum rechts der Isar **Leitung:** Prof. Dr. S. Conrad **Ort:** Seminarraum der Klinik, Möhlstr. 30, München **Zeit:** 17 Uhr c. t. bis 18.45 **Auskunft:** Neurologische Klinik, Frau Keck, Möhlstr. 28, 81675 München, Tel. 0 89/41 40-46 07

Wintersemester 1999/2000 in München 1 • pro Veranstaltung
 „Neurobiologische Kolloquien“ 13.1.2000: Die radiochirurgische Behandlung zerebraler Gefäßmalformationen mit dem Mikromultileaf-Kollimator 20.1.: Neue Aspekte der Kontrast-MR-Angiographie intrakranieller Gefäße

ANZEIGE:

Unser Know-how ist die Praxis



Kompetenz für Design, Planung und Ausführung.

Seit über 60 Jahren

ZIEGLER
Design

Am Weiherfeld I
94560 Neuhausen/Deggendorf
<http://www.ziegler-design.de>
e-mail: info@ziegler-design.de
A3, Ausfahrt: Metten, Neuhausen
Tel. 09 91 / 9 98 07-0
Fax 09 91 / 9 98 07-99

27.1.: The inflamed brain
 3.2.: Zur Differentialdiagnose der Parkinson-Syndrome
 10.2.: Neurochemical monitoring using intracerebral microdialysis in patients with SAH
 17.2.: Saccades and scan path: models of cognitive processing
 24.2.: Aktuelle Therapiekonzepte bei Patienten mit Medulloblastomen
Veranstalter: Neurologische Klinik, Institut für Neuropathologie, Neurochirurgische Klinik, Abteilung für Neuroradiologie und Institut für Klinische Neuroimmunologie der LMU München im Klinikum Großhadern
Ort: Hörsaal 1 im Klinikum Großhadern, Marchioninistr. 15, München
Beginn: 18 Uhr s. t.; Anmeldung nicht erforderlich

Wintersemester 1999/2000 in München

1 • pro Veranstaltung

„Harlachinger Neurologie-Kolloquien“ 19.1.2000: Ischämischer Schlaganfall: Welche Rolle spielt die Genexpression für den Gewebsschaden
 1.3.: Klassifikation und Therapie der Halswirbelsäulensyndrome
Veranstalter: Abteilung für Neurologie und klinische Neurophysiologie am Städt. Krankenhaus Harlaching
Leitung: Prof. Dr. R. Haberl, Dr. M. Deckert-Schmitz
Ort: Seminarraum des Hörsaalgebäudes, Sanatoriumsplatz 2, 81545 München
Beginn: 17 Uhr s. t.
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. R. Haberl, Anschrift s. o., Tel. 0 89/62 10-22 57, Fax 0 89/62 10-24 53

Notfallmedizin

15. Januar 2000 in Würzburg 4 •

„Notfalltraining im Würzburger Anästhesie- und Notfallsimulator“ – Spezielle Notfälle – Komplikationen und Fallstricke der Notfallversorgung am künstlichen Patienten
Veranstalter: Klinik für Anästhesiologie der Universität Würzburg
Leitung: Prof. Dr. N. Roewer
Anmeldung: Sekretariat Prof. Dr. N. Roewer, Frau Endres und Dr. H.

Kunigk, Klinik für Anästhesiologie, Josef-Schneider-Str. 2, 97080 Würzburg, Tel. 09 31/2 01-51 22 oder -33 43, Fax 09 31/2 01-51 29, E-Mail: aendres@anaesthesie.uni-wuerzburg.de

19. Januar 2000 in Regensburg AiP 1 •

„Neue Perspektiven in der Rettungsmedizin“
Veranstalter: Rettungszentrum Regensburg e. V., Klinikum der Universität
Ort: Kleiner Hörsaal im Klinikum, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, Regensburg
Zeit: 19 Uhr s. t. bis 21.15 Uhr
Auskunft: Rettungszentrum im Klinikum, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44 68 44, Fax 09 41/9 44-68 54 oder Dr. J. Schickendantz, Klinikum St. Marien, Mariahilfbergweg 5-7, 92224 Amberg, Tel. 0 96 21/38-0, Fax 0 96 21/38 15 55, E-Mail: Joachim.Schickendantz@t-online.de

18. bis 20. Februar 2000 in Berchtesgaden

3 • pro Tag
 6. Seminarkongress „Praxis der Notfallrettung“ Kurs und Kolloquium „Invasive Notfalltechniken“
Veranstalter: Arbeitsgemeinschaft der in Bayern tätigen Notärzte (agbn)
Leitung: Prof. Dr. P. Seffrin
Ort: Kur- und Kongresshaus, Berchtesgaden
Anmeldung (erforderlich): 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 31/2 01-33 54, E-Mail: Seffrsekr@anaesthesie.uni-wuerzburg.de

Onkologie

12. Januar 2000 in Augsburg AiP 1 •

„Das integrative Konzept in der Onkologie – komple-

mentärmedizinische Begleittherapie mit Immunmodulatoren und Radikalfängern“
Veranstalter: Medizinische Klinik II am Zentralklinikum Augsburg
Leitung: Prof. Dr. G. Schlimok
Ort: Zentralklinikum, Stenglinstr. 2, 86156 Augsburg
Zeit: 15 bis 17 Uhr
Auskunft: Sekretariat Prof. Dr. G. Schlimok, Anschrift s. o., Tel. 08 21/4 00-23 53

20. Januar und 17. Februar 2000 in Oberaudorf AiP 2 • pro Veranstaltung

„Interdisziplinäre Konsilien 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
Ort: Konferenzraum in der Onkologischen Klinik, Bad Trissl-Str. 73, 83080 Oberaudorf
Beginn: 14 Uhr s. t.
Anmeldung: Sekretariat der Onkologischen Klinik, Anschrift s. o., Tel. 0 80 33/202 85, nach Anmeldung besteht die Möglichkeit der Vorstellung von Problempatienten teilnehmender Ärzte

26. Januar 2000 in Oberstaufen AiP 2 •

„Interdisziplinäres Konsilium mit Fallbesprechungen“ und Referat „Krebsbehandlung im Spannungsfeld zwischen freiem Therapieentscheid, Leitlinien und Ökonomie“
Veranstalter: Schloßbergklinik Oberstaufen im Tumorzentrum München an den Medizinischen Fakultäten der LMU München und der TU München
Leitung: Prof. Dr. L. Schmid, Prof. Dr. H. Sauer
Ort: Schloßbergklinik, Schloßstr. 23, 87534 Oberstaufen
Beginn: 16 Uhr (Kolloquium), 18 Uhr (Referat)
Anmeldung: Sekretariat der Schloßbergklinik Oberstaufen, Anschrift s. o., Tel. 0 83 86/7 01-6 02, nach Anmeldung besteht die Möglichkeit der Vorstellung von Problempatienten teilnehmender Ärzte

Rahmenbedingungen zur Einführung des Modellprojekts „Fortbildungszertifikat“

Der 50. Bayerische Ärztetag hat am 11. Oktober 1997 die Einführung eines Modellprojekts „Fortbildungszertifikat“ über einen Zeitraum von zwei Jahren – mit Beginn 1. April 1998 – beschlossen. *Ärztinnen und Ärzte aus anderen Kammerbereichen mögen sich bei der für sie zuständigen Landesärztekammer erkundigen, ob vergleichbare Regelungen eingeführt sind.*

Punkte werden dabei nach folgenden Gesichtspunkten vergeben: Fortbildungsveranstaltungen mit Frontalvorträgen und Diskussion

- bis zu 2,5 (Fortbildungs-)Stunden: 1 Punkt
- zwischen 2,5 und 4 Stunden: 2 Punkte
- zwischen 4 und 8 Stunden: 3 Punkte
- Zusatzpunkt bei abschließender Evaluation durch Kolloquium oder schriftliche Lernerfolgskontrolle
- Zusatzpunkt für anerkannte Qualitätszirkel sowie bei Gruppenarbeit (bis 25 Personen)
- Punkte für Hospitation zum Zwecke der Fortbildung (pro Tag).

Nachweishefte erhalten Sie auf Anfrage in gewünschter Anzahl. Barcode-Aufkleber und/oder Teilnahmebescheinigung mit Barcode-Aufdruck können bei der Bayerischen Landesärztekammer per Fax (0 89/41 47-8 31) beantragt werden; sie gelten nur für die jeweilige Fortbildungsveranstaltung.

Orthopädie

15. Januar 2000
in Schwarzenbruck 3 •
 „Rummelsberger Orthopädentag“ Themen: Funktionelle Osteotomien bei Skelettdysplasien – Röntgenstereoanalyse für die Qualitätssicherung in der Hüftendoprothetik – Prothesenimplantation am Hüftgelenk beim jugendlichen Patienten – Schulterchirurgie – Differentialindikation bei dorsalen und ventralen Korrekturen von Skoliosen **Veranstalter:** Krankenhaus Rummelsberg, Orthopädische Klinik **Leitung:** Prof. Dr. G. Zeiler **Ort:** Hörsaal der Orthopädischen Klinik Wichernhaus am Krankenhaus Rummelsberg, 90592 Schwarzenbruck bei Nürnberg **Zeit:** 9 Uhr s. t. bis 15 Uhr **Auskunft:** Sekretariat der Orthopädischen Abteilung, Anschrift s. o., Frau Motzbeuchel, Tel. 0 91 28/50-34 51, Frau Klügl, Tel. 0 91 28/50-34 50, Fax 0 91 28/50-32 60

4. bis 6. Februar 2000
in Germering
 MRT-Kurs für Orthopäden „Untere Extremitäten“ – nach den Richtlinien der Allianz des BVO und der DGOT **Leitung und Auskunft:** Dr. Th. Biehl, Landsberger Str. 27, 82110 Germering bei München, Tel. 0 89/84 30 22, Fax 0 89/84 30 88

Pharmakologie und Toxikologie

Januar 2000
in Regensburg AIP
1 • pro Veranstaltung
 „Klinisch-Pharmakologische Kolloquien“ 11.1.: Entzündliche Darmerkrankungen 25.1.: Alte und neue Neuroleptika – Unterschiede und Gemeinsamkeiten **Veranstalter:** Klinische Pharmakologie/Psychopharmakologie, Klinik und Poliklinik für Psychiatrie der Universität Regensburg **Leitung:** PD Dr. Dr. E. Haen **Ort:** Großer Konferenzraum, Bezirksklinikum, Universitätsstr. 84 (Direkti-

onsgebäude), 93053 Regensburg **Beginn:** 19 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat PD Dr. Dr. E. Haen, Andrea Pielmeier-Ulrich, Bezirksklinikum, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 41-20 61, Fax 09 41/9 41-20 65, E-Mail: andrea.pielmeier@klinik.uni-regensburg.de, Anmeldung nicht erforderlich

Physikalische und Rehabilitative Medizin

20. Januar 2000
in München AIP
2 •
 „Das Perfetti-Konzept zur Behandlung zentraler und peripherer Nervenläsionen – eine Einführung“ **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Bogenhausen, Abteilung für Physikalische und Rehabilitative Medizin **Leitung:** Dr. M. Gadomski **Ort:** Hörsaal des Krankenhauses München-Bogenhausen, Engelschalkinger Str. 77, 81925 München **Zeit:** 16 Uhr s. t. bis 19 Uhr **Auskunft:** Prof. Dr. G. T. Werner, Anschrift s. o., Tel. 0 89/92 70-23 98, Fax 0 89/92 70-21 15

Psychiatrie und Psychotherapie

Wintersemester 1999/2000
in Regensburg
1 • pro Veranstaltung
 15.12.: Diagnostik durch Farben 12.1.2000: Erfahrungsbericht einer Frauenwohngruppe: Möglichkeiten und Grenzen 19.1.: Behandlung psychotischer Paroxysmen – zwei Fallvorstellungen **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. H. E. Klein, Dr. J.-M. Aigner **Ort:** Großer Konferenzraum im Bezirksklinikum, Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg **Beginn:** 17 Uhr c. t. **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. H. E. Klein, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 41-10 03, Fax 09 41/9 41-10 05

Wintersemester 1999/2000
in München

„Kolloquien im Wintersemester“ 16.12.: Reizkonfrontationsbehandlung bei Angststörungen 13.1.2000: Psychologische und pharmakologische Kombinationstherapie zur Rückfallprophylaxe bei Schizophrenien **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München im Klinikum rechts der Isar **Leitung:** Prof. Dr. H. Förstl **Ort:** Konferenzraum der Psychiatrischen Klinik, Ismaninger Str. 22/IV, München **Zeit:** 15.30 bis 17 Uhr **Auskunft:** Psychiatrische Klinik, Frau Nirschl, Möhlstr. 26, 81675 München, Tel. 0 89/41 40-42 01, Fax 0 89/41 40-48 37

Wintersemester 1999/2000
in München

„Seminare für Biologische Psychiatrie“ 20.12.: Oxidativer Stress, Neurodegeneration und Neuroprotektion 10.1.2000: Schlafentzug bei Depressiven und Gesunden: Effekte auf Hormone und Immunsystem 7.2.: Substanz P in der Pathogenese der Depression **Veranstalter:** Psychiatrische Klinik und Poliklinik, Klinikum Innenstadt der LMU München, Neurochemische Abteilung **Leitung:** Prof. Dr. M. Ackenheil, Prof. Dr. B. Bondy, Dr. M. J. Schwarz **Ort:** Konferenzraum der Psychiatrischen Klinik (2. Stock, Altbau), Nußbaumstr. 7, 80336 München **Zeit:** 16 Uhr s. t. bis 17.30 Uhr **Auskunft:** Dr. M. J. Schwarz, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-27 61; Anmeldung nicht erforderlich

Wintersemester 1999/2000
in Erlangen

„Wissenschaftskonferenzen“ 11.1.2000: Die Psychosen des schizophrenen Spektrums sind kein Krankheitskontinuum 25.1.: Der Stellenwert der Psychopathologie in der mo-

dernen Psychiatrie 8.2.: Neue neuropathologische Befunde in der Schizophrenieforschung 22.2.: Kinderfachabteilung Ansbach. Euthanasie an Kindern und Jugendlichen **Veranstalter:** Psychiatrische Klinik mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. J. Demling, PD Dr. W. Sperling **Ort:** Kleiner Hörsaal im Kopfklinikum, Schwabachanlage 6, 91054 Erlangen **Beginn:** 16 Uhr c. t. **Auskunft:** Psychiatrische Klinik, Anschrift s. o., Tel. 0 91 31/85-3 41 60; Anmeldung nicht erforderlich

Wintersemester 1999/2000
in München

„Montagskolloquien“ 17.1.2000: PTSD – Neue Aspekte zu Diagnostik, Verlauf und Therapie 31.1.: Die Behandlung von Patienten mit somatoformen Beschwerden 14.2.: Der Einfluß von Psychopharmaka auf Fahreignung und Alltagssicherheit 28.2.: Häufigkeit und Verlauf psychischer Erkrankungen bei Obdachlosen – Eine epidemiologische Untersuchung **Veranstalter:** Psychiatrische Klinik und Poliklinik, Klinikum Innenstadt der LMU München **Leitung:** Prof. Dr. H.-J. Möller **Ort:** Konferenzraum der Psychiatrischen Klinik (2. Stock, Altbau), Nußbaumstr. 7, 80336 München **Beginn:** 16 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat Dr. H. Grunze, Anschrift s. o., Tel. 0 89/51 60-53 24; Anmeldung nicht erforderlich

Wintersemester 1999/2000
in München

Vortragsreihe „Traumdeutung und Traumforschung hundert Jahre nach Freud“ 15.12.: Traumsymbole – Bedeutung und Deutung 12.1.2000: Traumforschung und Cognitive Science 2.2.: Zur Psycho-Somatik der

Traumdeutung – Ein konzeptueller Rahmen **Veranstalter:** Psychiatrische Klinik und Poliklinik der LMU München, Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik **Leitung:** Prof. Dr. M. Ermann **Ort:** Hörsaal 101 im Hauptgebäude der LMU München, Geschwister-Scholl-Platz, München **Beginn:** 19 Uhr c. t. **Auskunft:** Sekretariat der Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik, Psychiatrische Klinik, Nußbaumstr. 7, 80336 München, Tel. 0 89/51 60-33 58, Fax 0 89/51 60-39 30

Psychotherapie

Januar 2000
in Landshut 3 • pro Tag
Kompaktkurs „Psychosomatische Grundversorgung“ **Veranstalter:** Krankenhaus Landshut-Achdorf in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Weiterbildungskreis für Psychotherapie und Psychoanalyse München/Südbayern **Leitung:** Prof. Dr. R. Klußmann **Ort:** Krankenhaus Landshut-Achdorf, Achdorfer Weg 3, Landshut **Zeit:** an 9 Samstagen von 9 Uhr bis ca. 18 Uhr **Anmeldung:** Prof. Dr. R. Klußmann, Psychosomatische Ambulanz der Medizinischen Poliklinik der LMU München, Pettenkoflerstr. 8 a, 80336 München, Tel. 0 89/51 60-35 70 (8.30-11 Uhr), Fax 0 89/51 60-47 51

Termine 2000
in München
„Verhaltenstherapie für Ärzte“ – Blockveranstaltungen: Grundlagen vom 7. bis 12. Februar, Verfahren vom 20. bis 26. März, Störungen vom 18. bis 24. September – Informationsabend am 10.1.2000 um 19 Uhr **Veranstalter:** Ausbildungsinstitut München (AIM) Im Verein zur Förderung der klinischen Verhaltenstherapie e. V. (VFKV) **Ort** und **Auskunft:** AIM, Lindwurmstr. 117/5, 80337 München, Tel. 0 89/34 69 00, Fax 0 89/34 86 59

Termine 2000
in Scheidegg/Allgäu
3 • pro Tag
„Psychosomatische Grundversorgung“ 5tägiger Blockkurs (50 Std. verbale Intervention, Theorie) **Termine:** 29.3. bis 2.4.2000, alternativ 22. bis 26.11.2000; auch Kursleiterausbildung, Autogenes Training, Selbsterfahrungsgruppen, Balintgruppe, Hospitationsmöglichkeit für den Praxisteil der Zusatzbezeichnung Naturheilverfahren **Veranstalter:** Allgäuer Psychosomatischer Arbeitskreis **Leitung:** Dr. C. Dogs **Anmeldung:** Dr. W.-J. Maurer, Panorama Klinik, Kurstr. 22, 88175 Scheidegg, Tel. 0 83 81/24 53, Fax 0 83 81/8 02-4 84

Rheumatologie

12. Januar 2000
in München 1 •
„Bogenhausener Rheumakolloquium“ **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Bogenhausen, 4. Medizinische Abteilung, Klinische Immunologie, Rheumatologie **Leitung:** Prof. Dr. K. Helmke **Ort:** Hörsaal im Städt. Krankenhaus München-Bogenhausen, Engelschalkinger Str. 77, 81925 München **Zeit:** 16.30

bis 18 Uhr **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. K. Helmke, Anschrift s. o., Tel. 0 89/92 70-21 01, Fax 0 89/92 70-26 06

22. Januar 2000
in Nürnberg AIP 3 •

7. Winter Rheumasymposium „Osteoporose“ **Veranstalter:** Rheumatherapie Zentrum Nürnberg **Leitung:** Dr. A.J. Gruber **Ort:** Rheuma Therapie Zentrum, Schweinauer Hauptstr. 12, 90441 Nürnberg **Zeit:** 9 bis 14.30 Uhr **Teilnahmegebühr:** 20 DM **Anmeldung:** Rheuma Therapie Zentrum, H.-J. Friedrichs, Anschrift s. o., Tel. 09 11/9 66 18-0, Fax 09 11/9 66 17 35, E-Mail: Gruber.RTZ@t-online.de

Sonographie

26. bis 29. Januar 2000
in Bayreuth 13 •
„Sonographie in der Inneren Medizin (Abdomen und Schilddrüse)“ – Grundkurs nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV **Veranstalter:** Medizinische Klinik I im Klinikum Bayreuth **Leitung:** Prof. Dr. H. Lutz, Dr. K. Dirks **Ort:** Klinikum Bayreuth, Preuschwitzer Straße 101,

95445 Bayreuth **Teilnahmegebühr:** 500 DM **Auskunft:** Dr. K. Dirks, Tel. 09 21/4 00-12 23 **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. H. Lutz, Medizinische Klinik I, Frau Kohler, Anschrift s. o., Tel. 09 21/4 00-64 02, Fax 09 21/4 00-64 09; begrenzte Teilnehmerzahl

Januar/Februar 2000
in München
13 • pro Kurs

„Ultraschall Abdomen und Retroperitoneum“ Grundkurs vom 26. bis 29. Januar, Aufbaukurs vom 23. bis 26. Februar – nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV **Veranstalter:** Stiftsklinik Augustinum München **Leitung:** Dr. N. Frank **Ort:** Stiftsklinik Augustinum, Wolkerweg 16, B1375 München **Beginn:** 26.1. und 23.2. jeweils 9 Uhr **Teilnahmegebühr:** 550 DM pro Kurs; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Sekretariat Dr. N. Frank, Frau Kofler, Stiftsklinik Augustinum, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 97-11 51, Fax 0 89/70 97-11 55

27. bis 30. Januar 2000
in München 13 •
„Seminar für Ultraschalldiagnostik“ Abdomen, Retroperitoneum (einschl. Urogenitalorgane), Thorax, Schilddrüse – Aufbaukurs nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV **Veranstalter:** Städt. Krankenhaus München-Neuperlach, 1. Medizinische Abteilung gemeinsam mit dem Städt. Krankenhaus München-Schwabing, III. Medizinische Abteilung **Leitung:** Dr. P. Banholzer, Dr. R. Decking, Dr. B. Gergelyfy **Ort:** Funktionsräume (2. Stock) des Neuperlacher Krankenhauses, Oskar-Maria-Graf-Ring 51, 81737 München und Hörsaal der Kinderklinik des Schwabinger Krankenhauses, Kölner Platz 1, München **Teilnahmegebühr:** 800 DM; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Dr. R. Decking, 1. Medizinische Abteilung, Krankenhaus Neuperlach, Anschrift s. o., Tel. 0 89/67 94-23 44

Fortbildungsveranstaltungen „Verkehrsmedizinische Qualifikation“

gemäß Fahrerlaubnisverordnung (FeV) vom
1. Januar 1999, § 11, Abs 2, Satz 3, Nr. 1

Weitere Veranstaltungen zur Erlangung der „Verkehrsmedizinischen Qualifikation“ gemäß § 11, Abs. 2, Satz 3, Nr. 1 der Fahrerlaubnisverordnung (FeV) werden angeboten am

14./15. April 2000
7./8. Juli 2000

– Termine zur Erlangung der Qualifikation bis Februar 2000 sind bereits ausgebucht –

Nähere Informationen erhalten Interessenten bei:

Bayerische Landesärztekammer, Susanne Keller, Mühlbauerstraße 16, 81677 München, Telefax 0 89/41 47-8 31
E-Mail: s.keller@blaek.de

**Februar/März 2000
in Bad Kissingen** 13 • **pro Kurs**

„Ultraschall Innere Medizin“ – nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV Grundkurs vom 2. bis 5. Februar, Aufbaukurs vom 1. bis 4. März **Veranstalter:** Innere Abteilung des St. Elisabeth-Krankenhauses Bad Kissingen **Leitung:** Dr. F. Schwanghart **Ort:** St. Elisabeth-Krankenhaus, Kissinger Straße 150, 97688 Bad Kissingen **Teilnahmegebühr:** 450 DM pro Kurs; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Sekretariat Dr. F. Schwanghart, Frau Heilmann, Anschrift s. o., Tel. 09 71/8 05-3 40

**4. bis 6. Februar 2000
in Regensburg** 10 •

„Dopplersonographie der hirnversorgenden und extremitätenversorgenden Gefäße“ – Interdisziplinärer Grundkurs nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV **Veranstalter:** Klinik für Neurologische Rehabilitation am Bezirksklinikum Regensburg **Leitung:** Dr. G. Weber **Ort:** Bezirksklinikum, Universitätsstr. 84, 93053 Regensburg; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Bezirksklinikum, Frau Berger, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 41-35 02 (Mo/Di 8 bis 13 Uhr), Fax 09 41/9 41-35 95

**18./19. Februar 2000
in Landshut** 6 •

„Pädiatrische Dopplersonographie“ – Teil 1: Zerebrale Dopplersonographie **Veranstalter:** Kinderklinik St. Marien Landshut **Leitung:** Dr. F. Bundscherer, Ravensburg; Prof. Dr. K.-H. Deeg, Bamberg; Dr. R. Herterich, Landshut **Ort:** Hörsaal und Kursräume der Kinderklinik St. Marien, Grillparzerstr. 9, 84036 Landshut **Teilnahmegebühr:** 550 DM, begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Dr. R. Herterich, Kinderklinik St. Marien, Anschrift s. o., Tel. 08 71/8 52-0, Fax 08 71/2 12 30

**24. bis 27. Februar 2000
in Augsburg** 13 •

„Sonographie Abdomen und Retroperitoneum“ – Grundkurs nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV **Veranstalter:** Ärztlicher Kreisverband Augsburg **Leitung:** Prof. Dr. K. Bohndorf, Dr. W. Bücklein **Ort:** Zentralklinikum, Stenglinstr. 2, Augsburg **Teilnahmegebühr:** 650 DM; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Ärztlicher Kreisverband Augsburg, Frohsinnstr. 2, 86150 Augsburg, Tel. 08 21/32 56-2 00, Fax 08 21/32 56-2 95 oder -2 15, E-Mail: aekvaugsburg@t-online.de

**9. bis 12. März 2000
in Erlangen** 13 •

„Ultraschall Abdomen, Retroperitoneum, einschl. Nieren und Schilddrüse“ – Grundkurs nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV **Veranstalter:** Ultraschall-Schule Erlangen an der Medizinischen Klinik I mit Poliklinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** PD Dr. D. Becker **Ort:** Medizinische Klinik I der Universität Erlangen-Nürnberg, Krankenhausstr. 12, 91054 Erlangen; begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Ultraschall-Schule an der Medizinischen Klinik I, Frau Riepel, Anschrift s. o., Tel. 0 91 31/85-33424, Fax 091 31/85-33445, E-Mail: riepel.ultraschall@med1.med.uni-erlangen.de

**März 2000
in München**

„Nymphenburger Ultraschallkurse in der Inneren Medizin (Abdomen, Schilddrüse)“ nach der Ultraschall-Vereinbarung der KBV – Grundkurs vom 15. bis 18. März 13 •, Abschlusskurs vom 23. bis 25. März 10 • **Veranstalter:** Krankenhaus der Barmherzigen Brüder München, Innere Abteilung **Leitung:** Prof. Dr. J. G. Wechsler **Ort:** Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Romanstr. 93, 80639 München **Teilnahmegebühr:** Grundkurs 850 DM, Abschlusskurs 650 DM;

begrenzte Teilnehmerzahl **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. J. G. Wechsler, Frau Römer, Anschrift s. o., Tel. 0 89/17 97-24 01, Fax 0 89/17 97-24 20

Sportmedizin

**20. bis 23. Januar 2000
in Garmisch-Partenkirchen** 3 • **pro Tag**

„2. Internationaler Kongress für Wintersportmedizin“ **Veranstalter:** Abteilung und Poliklinik für Sportorthopädie der TUM, Medical Park Klinik St. Hubertus Bad Wiessee, BG-Unfallklinik Mumau in Zusammenarbeit mit der GOTS **Leitung:** Prof. Dr. A. Imhoff, Dr. H. Hörterer, Prof. Dr. V. Bühren **Ort:** Kongreßhaus, Richard-Strauß-Platz 1, Garmisch-Partenkirchen **Zeit:** 20.1.: 12 Uhr bis 21.30 Uhr, 21.1.: 8 bis 18.30 Uhr, 22.1.: 8 bis 19.30 Uhr, 23.1.: B bis

17 Uhr: Sportpraxis **Anmeldung:** Kongreßorganisation Interplan, Albert-Roßhaupter-Str. 65, 81369 München, Tel. 0 89/54 82 34-0, Fax 0 89/54 82 34-44, E-Mail: info@i-plan.de

**19. bis 26. Februar 2000
in Oberstdorf** 3 • **pro Tag**

„21. Sportmedizinisches Seminar“ – Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung „Sportmedizin“ werden 30 Stunden Theorie und 27 Stunden Praxis angerechnet **Veranstalter:** Fachklinik für Orthopädie und Rheumatologie der LVA Schwaben, Oberstdorf **Leitung:** Dr. H. Rohde **Ort:** Kurhaus Oberstdorf und Orthopädische Fachklinik Oberstdorf, Wasachstr. 41, 87561 Oberstdorf **Anmeldung:** Chefarztsekretariat der Orthopädischen Fachklinik Oberstdorf, Anschrift s. o., Tel. 0 83 22/91 01 07, Fax 0 83 22/91 01 71

ANZEIGE:

Friedrich Kroté
Gegr. 1851

1997er Saint Emilion Grand Cru

- Ein guter Jahrgang zu einem vernünftigen Preis und überzeugender Qualität.
- Ein Grand Cru Viel Merlot, schonender Anbau, selektive Lese und traditioneller Barriqueausbau sind Grundlage dieser anspruchsvollen
- Château-Abfüllung Das ist Ursprungsqualität, die man schmeckt.
- Der direkte Weg vom Weingut ermöglicht den günstigen Preis. Sagen Sie „Ja“ zu diesem Angebot.

Nr. 1941.6 0,75 l
DM 18,80
ab 12 Flaschen
DM 17,80

Ein Original-Karton steht für Sie bereit.
Rufen Sie an oder faxen Sie.
Wir liefern ab 12 Fl. frei Haus, darunter anteilige Portokosten, Rückgaberecht, Zahlung 30 Tage netto.

Château-Abfüllungen - Garantie für Ursprungsqualität

Friedrich Kroté
Postf. 200933 - 56009 Koblenz
0261-121.40 - Fax 0261-16765

Strahlentherapie

10./11. März 2000

in Erlangen 3 • pro Tag

„24. Erlanger Veranstaltung der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie“ Themenbereiche: Strahlenphysik, Strahlenbiologie, Diagnostik und Therapie ausgewählter onkologischer Krankheitsbilder **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Strahlentherapie der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. R. Sauer **Ort:** Kleiner und großer Hörsaal der Siemens AG, Henkestr. 127, Erlangen **Anmeldung:** Prof. Dr. R. Sauer, Frau Treppesch/Frau Henschke, Universitätsstr. 27, 91054 Erlangen, Tel. 0 91 31/85-3 34 05

Unfallchirurgie

12. Januar 2000

in Regensburg AiP

1 •

„Thoraxtrauma – Diagnostik und Therapie, Bauchtrauma – Diagnostik, Therapie und Nachbehandlung“ **Veranstalter:** Klinik und Poliklinik für Chirurgie, Abteilung für Unfallchirurgie, Klinikum der Universität Regensburg **Leitung:** Prof. Dr. M. Nerlich **Ort:** Hörsaal der Pathologie, Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg **Zeit:** 18 Uhr s. t. bis 20 Uhr **Auskunft:** Kongreßsekretariat, Frau Lautenschlager, Anschrift s. o., Tel. 09 41/9 44-68 18, Fax 09 41/9 44-69 96, E-Mail: michael.nerlich@klinik.uni-regensburg.de

28./29. Januar 2000

in Rosenheim AiP

3 • pro Tag

Symposium „Das Polytrauma – eine interdisziplinäre Herausforderung“, mit Workshops **Veranstalter:** Klinikum Rosenheim, Klinik für Unfall- und Wiederherstellungschirurgie **Leitung:** Prof. Dr. G. Regel **Ort:** Kultur- und Kongreßzentrum Rosenheim, Kufsteiner Str. 4, Rosenheim **Zeit:** 28.1.: 8.30 bis 17.30

Uhr; 29.1.: 8.30 bis 16.30 Uhr

Auskunft: Dr. M. Bayeff-Filloff, Anschrift s. o., Tel. 0 80 31/36 02, Fax 0 80 31/36 49 30, E-Mail: michael.bayeff-filloff@klinikum.rosenheim.org

Anmeldung: Sekretariat Prof. Dr. G. Regel, Klinikum Rosenheim, Pettenkofenstr. 10, 83022 Rosenheim, Tel. 0 80 31/36-33 50

Interdisziplinär

Wintersemester 1999/2000 in München

1 • pro Veranstaltung

„Schmerzforen der Schmerzambulanz“ 15.12.: Mechanismen der Toleranzentwicklung bei Opioiden 19.01.2000: Der chronische Schmerzpatient – Phasen der Therapiemotivation 2.2.: Radiofrequenz – Verfahren im Bereich der Wirbelsäule 16.2.: Therapeutische Möglichkeiten bei viszeralem Schmerzsyndromen – nach § 4 Abs. 1 Nr. 7 der Schmerztherapie-Vereinbarung der KBV in der Fassung vom 01.07.1997 mit 2 Stunden à 45 Minuten pro Veranstaltung anrechenbar **Veranstalter:** Schmerzambulanz am Klinikum Großhadern der LMU München **Leitung:** Dr. A. Beyer, Dr. P. Schöps **Ort:** Hörsaal I im Klinikum Großhadern, Marchioninstr. 15, 81377 München **Zeit:** 18 Uhr c. t. bis ca. 19.30 Uhr **Auskunft:** Schmerzambulanz im Klinikum Großhadern, Anschrift s. o., Tel. 0 89/70 95-44 64

Dezember 1999 und

Januar 2000

in Staffelstein

1 • pro Veranstaltung

„Interdisziplinäre Schmerzkongressen“ 15.12.: Sinn und Unsinn der Naturheilverfahren in der Schmerztherapie 26.1.2000: Cox 2 Hemmer – nach § 4 Abs. 1 Nr. 7 der Schmerztherapie-Vereinbarung der KBV in der Fassung vom 01.07.1997 mit 2,5 Stunden à 45 Minuten pro Veranstaltung anrechenbar **Veranstalter:** Orthopädische Kli-

nik, Klinikum Staffelstein in Zusammenarbeit mit der Schmerzambulanz der Anästhesiologischen Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg **Leitung:** Prof. Dr. H.-R. Casser **Ort:** Klinikum Staffelstein **Zeit:** 19 bis 21 Uhr **Anmeldung:** Sekretariat Prof. Dr. H.-R. Casser, Frau Blinzler, Orthopädische Klinik, Klinikum, Am Kurpark 11, 96231 Staffelstein, Tel. 0 95 73/56-5 01, Fax 0 95 73/56-5 02

12. Januar 2000

in Nürnberg AiP

2 •

„Zeugung mit medizinischer Hilfe – Chancen, Risiken und ethische Perspektiven der Reproduktionsmedizin“ **Veranstalter:** Evangelische Akademie Tutzing **Leitung:** Dr. Ch. Meier, Tutzing, B. Seufert, Nürnberg **Ort:** Eckstein-Haus der Ev.-Luth. Kirche Nürnberg, Burgstr. 1-3, Nürnberg **Beginn:** 14.30 Uhr **Auskunft:** Evangelische Akademie Tutzing, Doris Brosch, Schloßstr. 2+4, 82327 Tutzing, Tel. 0 81 58/2 51-1 25, Fax 0 81 58/99 64 25, E-Mail: brosch@ev-akademietutzing.de

18. Januar 2000

in München 1 •

„Minimierung von Schadstoffen bei der Zubereitung von Speisen“ **Veranstalter:**

Gesellschaft für Morphologie und Physiologie München e. V. **Leitung:** Prof. Dr. W. Forth, Prof. Dr. O. Adam, Dr. rer. nat. R. Arnold **Ort:** Hörsaal des Walther-Straub-Institutes, Nußbaumstr. 26 (Eingang Schillerstr.), 80336 München **Beginn:** 18 Uhr s. t. **Auskunft:** Sekretariat Prof. Dr. W. Forth, Walther-Straub-Institut für Pharmakologie und Toxikologie der LMU München, Anschrift s. o., Tel. 0 89/5 14 52-1, Anmeldung nicht erforderlich

22. Januar 2000

in Schwarzenbruck AiP

2 •

„Neurologisch-orthopädisch-internistisches Kolloquium“ – Klinische Fallbesprechungen aus den Gebieten der Neurologie, Orthopädie und der Inneren Medizin **Veranstalter:** Krankenhaus Rummelsberg, Neurologische Abteilung, Medizinische Klinik und Orthopädische Klinik **Leitung:** Prof. Dr. K. Bauereiß, Prof. Dr. F. L. Glötzner, Prof. Dr. G. Zeiler **Ort:** Hörsaal der Orthopädischen Klinik Wichernhaus, Krankenhaus Rummelsberg, 90592 Schwarzenbruck bei Nürnberg **Zeit:** 9.30 Uhr bis 12.30 Uhr **Auskunft:** Sekretariat der Neurologischen Abteilung, Frau Koestler, Anschrift s. o., Tel. 0 91 28/50 34 37

ANZEIGE:

Abrechnungsseminar EBM und GOÄ

(1. Teil für alle Fachgruppen, 2. Teil Spezialabrechnung für Allgemeinmedizin und Internisten) des Hartmannbundes, LV Bayern, am Freitag, 21. Januar 2000, 18.30 Uhr - ca. 23.00 Uhr, Ärztehaus Bayern, Mühlbaaurstr. 16, 81677 München.

„Neu niedergelassen und was dann?“

Intensivseminar des Hartmannbundes, LV Bayern zum Vermeiden gravierender Führungsfehler in der Arztpraxis, am Samstag, 22. Januar 2000, 9.00 Uhr - ca. 14.00 Uhr, Ärztehaus Bayern, Mühlbaaurstr. 16, 81677 München.

Gebühr für jedes Seminar: Nichtmitglieder DM 150,-, Mitglieder DM 70,-.

Anmeldung für beide Seminare bei der Geschäftsstelle des Hartmannbundes, Mühlbaaurstr. 16, 81677 München, Tel. 0 89/47 08 70 34, Fax 0 89/47 08 70 36

Suchtmedizinische Grundversorgung

Baustein I (Grundlagen 2)

(6 Fortbildungsstunden)

des Curriculums „Suchtmedizinische Grundversorgung“ der Bundesärztekammer (1999) wird als „Einstieg“ von der Bayerischen Landesärztekammer empfohlen

Einführung in die Thematik – Kulturgeschichte des Gebrauchs von Suchtmitteln – Individuelle Entwicklung des problematischen Suchtmittelkonsums (auch Nikotin- und Medikamentenmißbrauch) – Gesellschaftliche Bedeutung von Alkoholmißbrauch und -abhängigkeit – Epidemiologie von Suchterkrankungen und riskantem Gebrauch – Diagnosekriterien für schädlichen Gebrauch/Mißbrauch und Abhängigkeit – Nicht-stoffgebundene Suchterkrankungen – Compliance – Bedeutung der Familie, Hilfe für helfende Ärzte und Assistenzpersonal

Mittwoch, 26. Januar 2000 – 18 Uhr s.t.

Ort: Gasthof Laupheimer, Dorfstraße 19, 87784 Westerheim, Telefon 0 83 36/76 63

Seminarleitung: PD Dr. Michael Soyka, Psychiatrische Klinik und Poliklinik, München

Auskunft: Ärztlicher Kreisverband Memmingen-Mindelheim Telefon 0 82 61/40 51, Fax 0 82 61/40 55

Anmeldung:

Diese richten Sie bitte schriftlich oder telefonisch an die Bayerische Landesärztekammer, Sandra Pertschy, Mühlbaurstraße 16, 81677 München, Telefon 0 89/41 47-4 61, Fax 0 89/41 47-8 31

Diese Fortbildung wird mit 3 • zum Fortbildungszertifikat bewertet und ist anrechnungsfähig auf den Erwerb des **Qualifikationsnachweises „Suchtmedizinische Grundversorgung“** nach § 3 a der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns gemäß Bayerisches Ärzteblatt 4/1999, Seite 1S3.

Teilnahmegebühr für Baustein 1/2 derzeit keine.

Für Rückfragen zu Kursplanung und -inhalten steht Ihnen gerne Sandra Pertschy und/oder Dr. Johann Wilhelm Weidinger von der Bayerischen Landesärztekammer unter oben genannter Telefonnummer zur Verfügung.

Modul II

„Diagnose und Therapie alkoholbezogener Störungen“

Erfahrungsaustausch – Auswirkungen des Alkoholkonsums und Folgeschäden – Workshop „Diagnostik“ (Suchtspezifische Anamnese, Erläuterung von Screening-Tests, Diagnose: Erläuterung der Klassifizierungsmöglichkeiten, Differentialdiagnose, Ziel: patientenorientierte Anwendung der Screening-Tests) – Workshop „Gesprächsführung: Arzt-Patient“ (Interaktionsmuster/Subjektives Krankheitsbild, Motivationale Intervention/Kurzintervention, Therapieziele, Prävention, der ärztliche Ratschlag, Ziel: Die motivationale Beratung)

Samstag, 29. Januar 2000 – 10 Uhr s.t.

Ort: Krankenhaus Agatharied, St. Agatha-Straße 1, 83734 Haus-
ham

Teilnahmegebühr: 50,- DM (inkl. Imbiß)

oder

Samstag, 12. Februar 2000 – 10 Uhr s.t.

Ort: Kreiskrankenhaus Burghausen, Krankenhausstraße 1,
84489 Burghausen

Seminarleitung: Hans-Werner Paul, Dr. med. Franz Obermaier, Bezirkskrankenhaus Gabersee, Dr. med. Herbert Gartmann, Allgemeinarzt

Teilnahmegebühr: 50,- DM (inkl. Imbiß)

Aufgrund der begrenzten Kursplätze ist eine schriftliche Anmeldung erforderlich. Diese richten Sie bitte an die Bayerische Landesärztekammer, Sandra Pertschy Mühlbaurstraße 16, 81677 München, Fax 0 89/41 47-8 31, E-Mail: suchtmedizin@blaek.de

Diese Fortbildungen werden mit jeweils 5 • zum Fortbildungszertifikat bewertet und sind anrechnungsfähig auf den Erwerb des **Qualifikationsnachweises „Suchtmedizinische Grundversorgung“** nach § 3 a der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns gemäß Bayerisches Ärzteblatt 4/1999, Seite 1S3.

Modul III

„Diagnose und Therapie alkoholbezogener Störungen“

Interaktionen, bio-psycho-soziale Grundlagen der Abhängigkeit, Grundlagen der psychischen Abhängigkeit, Behandlungsstrategien, Balint-Arbeit

Samstag/Sonntag, 29./30. Januar 2000

Ort: Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg (S. Stock), Fuchsleinstraße 1S, 97080 Würzburg

Seminarleitung: Dr. med. Gerhard A. Wiesbeck, Klinische Suchtmedizin, Psychiatrische Universitätsklinik Würzburg,

Teilnahmegebühr: 150,- DM (inkl. Imbiß)

Aufgrund der begrenzten Kursplätze ist eine schriftliche Anmeldung erforderlich. Diese richten Sie bitte an Bayerische Landesärztekammer, Sandra Pertschy Mühlbaurstraße 16, 81677 München, Fax 0 89/41 47-8 31, E-Mail: suchtmedizin@blaek.de

Für Rückfragen zu Kursplanung und -inhalten steht Ihnen gerne Angelika Eschrich, Sandra Pertschy und/oder Dr. Johann Wilhelm Weidinger von der Bayerischen Landesärztekammer unter Telefon 0 89/41 47-4 61 oder -248 zur Verfügung.

Diese Fortbildung wird pro Tag mit 5 • zum Fortbildungszertifikat bewertet und ist anrechnungsfähig auf den Erwerb des **Qualifikationsnachweises „Suchtmedizinische Grundversorgung“** nach § 3 a der Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns gemäß Bayerisches Ärzteblatt 4/1999, Seite 1S3

Fortbildung für Fachkräfte in Arztpraxen

Die Kurse finden jeweils samstags von 9.30 bis 12.30 Uhr
und von 13 bis 16 Uhr statt.

Die einzelnen Blöcke sind zugleich Abschnitte der Fortbildung zur Arztfachhelferin.

Auszubildende sind von der Fortbildung ausgeschlossen.
Termine fortlaufend, Änderungen vorbehalten.

Kursort München

Walner-Schulen, Landsberger
Straße 68 - 76, 80339, Mün-
chen, Telefon 0 89/5 40 95 50,
Anmeldungen bei der Schule

Teil 3.1 c EDV
40 Stunden, 320,- DM
8., 15., 22., 29. Januar, 5. Fe-
bruar 2000

Teil 3.1 a Abrechnung
32 Stunden, 256,- DM
12., 19., 26. Februar, 4. März
2000

Teil 2.1 Notfallmedizin
24 Stunden, 192,- DM
11., 18., 25. März 2000

Teil 1.1 Kommunikation
32 Stunden, 256,- DM
1., 8., 15. April, 6. Mai 2000

**Teil 1.2 Arzthelferinnen-Aus-
bildung**
40 Stunden, 320,- DM
13., 20., 27. Mai, 3. Juni, 1. Ju-
li 2000

**Teil 1.3 Arbeitsrecht, Arzt-
recht, Sozialversicherungs-
recht**
32 Stunden, 256,- DM
8., 15., 22., 29. Juli 2000

**Teil 2.2 Arbeitsschutz, Ar-
beitshygiene, Umweltschutz**
20 Stunden, 160,- DM
16., 23., 30. September 2000

**Teil 2.3 Medizin, Gesund-
heitserziehung**
132 Stunden, 1056,- DM
30. September, 7., 14., 21. Ok-
tober, 11., 18., 25. November,
2., 9., 16. Dezember 2000, 13.,
20., 27. Januar, 3., 10., 17., 24.
Februar 2001

Kursort Nürnberg

BRK-Kreisverband, Nunnen-
beckstraße 43, 90489 Nürn-
berg

Staatliche Berufsschule, Rai-
geringer Straße 27, 92224
Amberg (nur Teil 3.1 c/EDV)
Anmeldung: Bayerische Lan-
desärztekammer, Christiane
Hedtkamp, Telefon 0 89/
41 47-2 86

**Teil 1.2 Arzthelferinnen-Aus-
bildung**
40 Stunden, 320,- DM
8., 15., 22., 29. Januar, 5. Fe-
bruar 2000

**Teil 2.2 Arbeitsschutz, Ar-
beitshygiene, Umweltschutz**
20 Stunden, 160,- DM
12., 19., 26. Februar 2000

Teil 3.1 a Abrechnung
32 Stunden, 256,- DM
19., 26. Februar, 4., 18. März
2000

Teil 3.1 b Praxisorganisation
48 Stunden, 384,- DM
25. März, 1., 15. April, 6., 13.,
20. Mai 2000

Teil 3.1 c EDV
40 Stunden, 320,- DM
3. Juni, 1., 8., 15., 22. Juli
2000

**Teil 1.3 Arbeitsrecht, Arzt-
recht, Sozialversicherungs-
recht**
32 Stunden, 256,- DM
11., 18., 25. März, 1. April
2000

**Teil 2.3 Medizin, Gesund-
heitserziehung**

132 Stunden, 1056,- DM
8., 15. April, 6., 13., 20., 27.
Mai, 3. Juni, 1., 8., 15., 22., 29.
Juli, 16., 23., 30. September,
7., 14. Oktober 2000

Teil 1.1 Kommunikation
32 Stunden, 256,- DM
21., 28. Oktober, 11., 18. No-
vember 2000

Teil 2.1 Notfallmedizin
24 Stunden, 192,- DM
25. November, 2., 16. Dezem-
ber 2000

Fortbildung für Arzthelferinnen

Ambulantes Operieren

vom 11. März bis 6. Mai 2000
in Kulmbach

Zeit: Samstag jeweils von 9 bis 18 Uhr und
Sonntag jeweils von 9 bis 16.05 Uhr

Kursgebühr: 700,- DM

Voraussetzung:

Zweijährige Tätigkeit in einer Einrichtung oder mehreren
Einrichtungen, die die Ankündigung „ambulantes Operie-
ren“ oder „ambulante Operationen“ gemäß Musterberufs-
ordnung auf dem Praxisschild führt/führen. – Eine ent-
sprechende Bescheinigung ist vom Arbeitgeber der
Anmeldung beizufügen.

Anmeldung nur schriftlich oder per Fax an:

Dr. R. Woischke, Luitpoldstraße 11, 95326 Kulmbach, Fax
0 92 21/6 62 54

Kurskonzept „Leitender Notarzt“

Das Seminar entspricht den 1998 fortgeschriebenen Empfehlungen von DIVI sowie Bundesärztekammer.

Die Bayerische Landesärztekammer bietet im kommenden Jahr vorerst drei Seminartermine „Leitende Notärztin/Leitender Notarzt“ (Blockkurs: bisherige Stufen E/1 mit E/3) an:

Termin: 24. bis 27. Februar 2000 (4 Tage)
jeweils von 9 bis ca. 19 Uhr

Ort: Staatliche Feuerweherschule, Weißenburgstr. 60, 970B2 Würzburg

Termin: 18. bis 21. Mai 2000 (4 Tage)
jeweils von 9 bis ca. 19 Uhr

Ort: Staatliche Feuerweherschule Regensburg, Michael-Bauer-Str. 30, 93183 Lappersdorf

Termin: 7. bis 10. September 2000 (4 Tage)
jeweils von 9 bis ca. 19 Uhr

Ort: Feuerweherschule, Aidenbachstr. 7, B1379 München

Kursgebühr: jeweils 950,- DM (inkl. Unterlagen zur Vorab-Fernarbeit, Arbeitsmaterialien, Getränke und Imbiß)

Zu jeder Veranstaltung können bis zu 50 Teilnehmer aufgenommen werden.

Schutzkleidung ist jeweils am vorletzten Kurstag erforderlich (Sichtungsübung).

Als obligate Vorbereitung für den Kurs erhalten die angemeldeten Teilnehmer vorab Unterlagen, zu denen bis zehn Tage vor Kursbeginn Schlüsselfragen zu beantworten sind.

Die Vergabe der Kursplätze erfolgt nach Eingang der Anmeldung (Datum des Poststempels).

Voraussetzungen: Teilnahme-Voraussetzung an den Kursen sind die Approbation als Ärztin oder Arzt bzw. die Vorlage der Berufserlaubnis nach § 10 Abs. 4 sowie Abs. 1 Bundesärzteordnung, der Fachkundenachweis „Rettungsdienst“, Facharztstatus in einem akut-medizinischen Gebiet mit Bezug zur Intensivmedizin sowie der Nachweis über eine dreijährige kontinuierliche Teilnahme am Notarztdienst.

Approbation (bzw. Berufserlaubnis), Fachkundenachweis „Rettungsdienst“ sowie Facharzturkunde sind in Form von amtlich beglaubigten Kopien, die Bescheinigung über die dreijährige, kontinuierliche Teilnahme am Notarztdienst im Original bei der Anmeldung vorzulegen.

Anmeldung: Die Anmeldung ist ausschließlich schriftlich mindestens acht Wochen vor Kurstermin (wegen der Vorab-Fernarbeit) bitte zu richten an die Bayerische Landesärztekammer, Abteilung Fortbildung, Sybille Ryska, Mühlbauerstr. 16, 81677 München, Tel. 0 89/41 47-7 41, Fax 0 89/41 47-B 31, E-Mail: s.ryska@blaek.de.

Für eventuelle Rückfragen zum Erwerb der Qualifikation „Leitende Notärztin/Leitender Notarzt“ sowie zu Kursplanung und -inhalten steht Ihnen Frau Ryska unter oben genannter Rufnummer zur Verfügung.

Kalender für das Jahr 2000 von Brockhaus, Duden und Meyer

Ob Sprachtipps, Meilensteine der Menschheit oder Denksportaufgaben, Kuriositäten oder Wissenswertes rund um Himmel und Sterne – die Kalender von Brockhaus, Duden und Meyer präsentieren unterhaltsames Wissen häppchenweise und machen Tag für Tag ein bißchen schlauer.

Folgende Kalender sind erschienen:

Meyers Universum: Sonne, Mond und Sterne (Die Geheimnisse des Alls und das Leben auf der Erde)

Meyers Gripskalender (Gedächtnistraining, Denksportaufgaben, Rätsel, Wortspiele, Allgemeinbildung)

Brockhaus – Meilensteine der Menschheit (Erfindungen, Entdeckungen, Erkenntnisse von den Ursprüngen bis zum Jahr 2000)

Brockhaus – Was so nicht im Lexikon steht (Kuriositäten, Histörchen und merkwürdige Geschichten)

Brockhaus – Der Kalender für clevere Kids und für alle anderen Neugierigen

Duden – Kalender 2000 (Tägliche Sprachtipps, Wissenswertes und Witziges)

Jeder Kalender mit 320 Blatt, meist farbigen Abb. sowie Ferienplan und Jahresübersicht 2000/2001, Aufhängevorrichtung und Aufstellflügel, je 19,90 DM

Heye Kalender 2000

Ein Jahrtausend beginnt von vorn und zu diesem Zeitergebnis gibt sich auch das Heye Kalender-Programm 2000 in

besten Stimmung. Rund 250 Titel mit vielen neuen Themen sind erschienen.

Eine kleine Auswahl:

Mordillo (Cartoons – Edition – Datebook)

Helme Heine (Familienplaner – Lesezeichen & Kalender – Kleine Freunde)

Cartoon & Co. (Loriots Heile Welt – Sempé: Wie das Leben so spielt – Jacob: Weißt Du eigentlich ...)

Characters (Snoopy – Peanuts – Garfield – Dilbert)

Malerei (Im Garten – Liederkalender – Galeria)

Edition (Art Floral – Blütenzauber – Underwater – Horizont – New York)

Datebooks – *Fotokalender* – *Minikalender* – *Kleine Freunde und Co* – *Starclub* – *Sportplaner*

– *Agenden* – *Geburtstags- und Bastelkalender*

Kalender aus dem Korsch Verlag

Auch heuer bietet der Korsch Verlag wieder eine spannende Reise durch das „Korsch Programm 2000“.

Eine kleine Auswahl:

edition prestige (Miró – Paul Klee – Monet – Van Gogh – Chagall – Kadinsky – Dali – Impressionisten – Wunderwelt – Modern Art – USA – Karibik)

Kunst, Länder, Städte, Blumen, Natur, Tiere und Hobby (Der blaue Reiter – Franz Marc – Aquarelle – Europa – Zauberkatzen – Bilder der Romantik – Alpen im Licht – Reise durch Deutschland – Hütten unserer Alpen – Blühende Wiesen – Paradiesische Gärten – Geschützte Natur – Wasser, Wind und Wellen – Naturwunder – Tierisch gut drauf – Katzenposter – Pferde der Sonne – Hunde – Tierkinder – Teddys – Modelleisenbahnen)

Sternzeichen-Cartoonkalender – *Familientimer* – *Ratgeber und Bastelkalender*

Professor Dr. Helmut Valentin 80 Jahre

Professor Dr. med. Helmut Valentin, em. Ordinarius für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg, konnte am 1. November 1999 seinen 80. Geburtstag feiern.

Professor Dr. Valentin wurde 1964 auf den Ordentlichen Lehrstuhl für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Erlangen-Nürnberg berufen. Bis 1989 war er gleichzeitig Direktor des Instituts für Arbeits- und Sozialmedizin und der Poliklinik für Berufskrankheiten. Als erster arbeitsmedizinischer Ordinarius des Bundesgebietes setzte er in Forschung und Lehre Maßstäbe, die von seinem bayerischen Tätigkeitsbereich ausstrahlend der deutschen Arbeitsmedizin weltweite Anerkennung verschafften. Dank seines Engagements, seiner Innovationskraft und seiner Kreativität wurde die deutsche Arbeitsmedizin im internationalen Wissenschaftswettbewerb rasch konkurrenzfähig. Zahlreiche wichtige arbeitsmedizinische Probleme konnten so auch durch seine Anstöße und seine wissenschaftlichen Untersuchungen wie auch die seiner Mitarbeiter gelöst werden. Dies dokumentieren die zahlreichen wissenschaftlichen Veröffentlichungen in renommierten internationalen Fachzeitschriften. Diese Tatsache wird auch dadurch unterstrichen, daß Valentin zweimal 1969 und 1977 einen Ruf auf außerbayerische arbeitsmedizinische Ordinariate erhielt, die er jedoch ablehnte. Welche Ausstrahlungskraft gleichzeitig aber die Erlanger Schule von ihm hatte, geht daraus hervor, daß während seiner aktiven Zeit fünf seiner Mitarbeiter auf arbeitsmedizinische Ordinariate berufen wurden.

Professor Dr. Valentin hatte zahlreiche ehrenamtliche Funktionen inne, die es ihm ermöglichten, seine Konzepte über eine zukunftsorientierte Arbeitsmedizin über sein eigentliches Tätigkeitsfeld hinaus weiterzutragen.

Auch nach seinem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst ist er unverändert im Interesse der Arbeitsmedizin und der Sozialmedizin tätig. So ist er bis heute seit 1966 Mitglied des Editorial Boards und Gutachter der renommierten International Archives of Occupational and Environmental Health sowie Mitglied der Schriftleitung der Fachzeitschrift Arbeitsmedizin, Sozialmedizin, Umweltmedizin. Unverändert fachlich geschätzt sind auch seine weiterhin von ihm veröffentlichten Artikel zu Grundsatzfragen der Arbeits- und Sozialmedizin.

Valentin ist seit 1973 Träger des Bundesverdienstkreuzes 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland, seit 1979 des Bayerischen Verdienstordens, seit 1982 Inhaber der Bayerischen Staatsmedaille für soziale Verdienste und seit 1989 Träger des Ehrenkreuzes für Wissenschaft und Kunst Erster Klasse der Republik Österreich.

ad multos annos!

Professor Dr. med. Michael Hallek, Medizinische Klinik und Poliklinik III im Klinikum Großhadern der LMU München, wurde (zusammen mit Dr. rer. nat. Anne Girod, Universität Lyon) von der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie der Artur-Pappenheim-Preis 1999 verliehen.

Dr. med. Marianne Koch, Internistin, Tutzing, wurde der Publizistikpreis „Medizin im Wort“ 1999 verliehen

Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Dr. med. Elisabeth Birkner, Frauenärztin, Nürnberg, wurde das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland verliehen.

Bundesverdienstkreuz am Bande

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

Professor Dr. med. Dieter Platt, Direktor des Lehrstuhls Innere Medizin und Gerontologie der Universität Erlangen-Nürnberg, der Medizinischen Klinik 2 und der Geriatrischen Tagesklinik, Klinikum Nürnberg Nord, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Altersforschung

Dr. med. Hartmut Stöckle, 1. Vorsitzender der Vereinigung der Bayerischen Internisten e. V., Gräfelfing

Professor Dr. med. Siegfried Stotz, ehem. Leitender Oberarzt der Orthopädischen Poliklinik der LMU, München

Bayerischer Habilitationsförderpreis

Dreizehn junge Wissenschaftlerinnen und einen jungen Wissenschaftler hat Wissenschaftsminister Hans Zehetmair mit dem Bayerischen Habilitationsförderpreis ausgezeichnet. Wie der Minister hervorhob, soll der Preis dazu beitragen, hochqualifizierte junge Frauen an den Universitäten zu halten und den Anteil der habilitierten Frauen weiter zu erhöhen. „Wir können es uns nicht leisten, dieses wertvolle wissenschaftliche Potential brachliegen zu lassen“, so der Minister. – Habilitationsför-

derpreise Medizin haben erhalten:

Dr. med. M. Susanne Grunewald, Dermatologie und Venereologie, Universität Würzburg

Dr. med. Ilka Ott, Innere Medizin, TU München

Dr. med. Claudia Schoch, Experimentelle Medizin, LMU München

Dr. med. Juliane Winkelmann, Neurologie, LMU München

Professor Dr. med. Dr. h. c. Kay Brune, Leiter des Instituts für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie der Universität Erlangen-Nürnberg, wurde zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie gewählt.

Professor Dr. Otto Stochdorph †

Am 7. November 1999 verstarb Professor Dr. med. Otto Stochdorph, ehem. Vorstand des Neuropathologischen Instituts der LMU München.

Professor Stochdorph hat die Neuropathologie an der Universität München aufgebaut und war zugleich der erste Fachvertreter dieses neuen Fachgebietes in Bayern. Ein von Stochdorph ganz besonders bearbeitetes wissenschaftliches Gebiet war die Pathologie des peripheren Nervensystems. Vielfältige weitere Forschungsarbeiten, etwa über Zirkulationsstörungen oder entzündliche, virusbedingte Erkrankungen am Gehirn, haben entscheidend zum Verständnis der krankhaften Veränderungen und Therapiemöglichkeiten beigetragen.

Wir werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren.

Arzthelferinnen Ausbildung der Ausbilder

Termine 2000

Wer ausbilden will, muß nach dem Berufsbildungsgesetz im Besitz arbeits- und berufs-pädagogischer Kenntnisse sein oder eine Angestellte mit entsprechenden Kenntnissen haben. Die Erfüllung dieser Vorgabe ist unter anderem auch Voraussetzung für die Eintragung des Ausbildungs-vertrages bei der zuständigen Stelle.

Aufgrund dieser gesetzlichen Vorgaben werden Erstausbil-der und Ärzte, die in den letz-ten fünf Jahren keine Arzt-helferin ausgebildet haben und diese Kenntnisse nicht besitzen, auf Beschluß des Bayerischen Ärztetages drin-gend aufgefordert, an einem Kurs zu deren Vermittlung teilzunehmen; allen anderen ausbildenden Ärzten wird die Teilnahme empfohlen.

In diesen Kursen werden vor allem Fragen zum Ausbil-dungsvertrag (Kündigung, Zeugnis, Arbeitszeit, Aus-bildungsplan, Ausbildungsnachweis, Jugendarbeits-schutzgesetz, etc.) behandelt.

Vormerkung Kurse für Ärz-te:

Christine Krügel, Bayerische Landesärztekammer, Telefon 0 89/41 47-2 70

Ausnahme: Bamberg, ÄKV Bamberg, Telefon 09 51/44 78 (Montag bis Donnerstag von 8 bis 16 Uhr), Telefax 09 51/ 20 18 19

Anmeldung Kurse für Pra-xispersonal München:

Walner-Schulen, Landsberger Straße 68-76, München, Tele-phon 0 89/54 09 55-0

Gebühren:

Ärztelkurse kostenlos; Kurse für das Praxispersonal 70,- DM, wenn in der Praxis Arzt-helferinnen ausgebildet wer-den (bitte Bestätigung beile-gen), ansonsten 320,- DM

Dauer:

jeweils samstags 9.30 bis 16 Uhr (Mittagspause 12.30 bis 13 Uhr)

Selbstverpflegung, bitte Es-sen und Getränke mitbrin-gen! (Ausnahme: München, Walner-Schulen, kleiner Im-biß und Getränke können dort gekauft werden)

Termine	Kurse für Ärzte (1täglich)	Kurse für das Praxispersonal (Stäglich)
18. März 2000	Nürnberg	-
8. April 2000	Bamberg	-
13. Mai 2000	-	München
20. Mai 2000	-	München
27. Mai 2000	-	München
3. Juni 2000	-	München
1. Juli 2000	Straubing	München
23. September 2000	Regensburg	-
Herbst 2000	Würzburg	-
21. Oktober 2000	München	-
11. November 2000	Augsburg	-
2. Dezember 2000	München	-

Der Arbeitskreis Organspende wird 20 Jahre alt

Organspende – noch vor 20 Jahren eine spektakuläre Schlagzeile in Deutschland. Zwar waren Mitte der siebziger Jahre die medizinischen Probleme der Nierentrans-plantation weitgehend gelöst, die Aufklärung über Or-ganspende stand jedoch erst am Anfang. Viele schwerst nierenkranke Menschen hofften auf eine Spendernie-re. Grund genug für das Ku-ratorium für Heimdialyse e. V. (KfH), 1979 den Arbeitskreis Organspende (AKO) ins Le-ben zu rufen. Seine Aufgabe: Aufklärung und Verbreitung von Information zur Organ-spende und Transplantation sowie die Förderung der Or-ganspendebereitschaft.

Neun Organisationen, darun-ter der ADAC, die Bundesärz-tekammer, das Deutsche Rote Kreuz, Spitzenverbände der Krankenkassen und Patien-tenorganisationen, schlossen sich am 9. November 1979 auf Initiative des KfH, heute Kuratorium für Dialyse und Nierentransplantation e. V., zusammen, um mit intensi-ver und koordinierter Öffent-lichkeitsarbeit die Bereit-schaft zur Organspende zu fördern. Schirmherr ist der Bundesminister für Gesund-heit.

In den 20 Jahren seiner Tätig-keit hat der Arbeitskreis Or-ganspende viel bewirkt: Die Bereitschaft zur Organspende ist gestiegen. Über 50 000 Menschen haben bis heute die Chance erhalten, mit ei-nem Spenderorgan weiterzu-leben. „Mit seiner Initiative hat das KfH große Pionierar-beit geleistet lange bevor sich der Gesetzgeber des Themas angenommen hat“, so Anna Vie-k, Pressesprecherin des Ar-beitskreis Organspende. Heu-te gehören dem AKO 31 Mit-gliedsorganisationen an, ohne deren Mitwirkung eine

bundesweite Aufklärung nicht möglich wäre. Eine wertvolle Hilfe dabei ist auch das Enga-gement vieler einzelner.

Weitere Infos zur Organspen-de: Anna Vieck, Arbeitskreis Organspende, Postfach 1562, 63235 Neu-Isenburg, Telefon 0 61 02/35 92 25

Deutsche Ärztinnen und Ärzte für Norwe- gen gesucht

„Der Bedarf an Ärztinnen und Ärzte in Norwegen ist be-trächtlich. Es wird verlaut-bart, daß in den kommenden Jahren rund 800 Ärztinnen und Ärzte für das Gesund-heitswesen benötigt wer-den“.

Mit diesen Zeilen beginnt ein Aufruf des Medical Placement Projekt, Arbeitsdirektoratet, Legerekutteringsprojekt, Oslo.

Demnach rekrutiert das nor-wegische Arbeitsamt bereits seit 1997 deutsche Ärzte. Die Kooperation wird begleitet vom deutschen Arbeitsamt. Freie Stellen gibt es sowohl in Krankenhäusern für Fachärz-te als auch im Primärarztsek-tor.

Deutsche Ärzte, die Interesse haben an diesem Projekt teil-zunehmen, haben zwei mög-lichkeiten einen Sprachkurs zu besuchen:

- zwölf Wochen full-time Sprachkurs in Deutschland,

oder

- acht Wochen part-time Sprachkurs in Norwegen (bei Vorkenntnissen der Sprache)

Nähere Infos bei:

Arbeitsdirektoratet, Lege-rekutteringsprojekt, Moll-ergata 8, Postboks 8127 Dep., N - 0032 Oslo

Originalrechnungen – ein Problem?

Als Rechnungen noch auf der guten, alten Schreibmaschine mit Durchschlag erstellt wurden, war für Jedermann auch ohne besondere Kennzeichnung das Original und die Kopie erkennbar. Die PC-unterstützte Rechnungstellung veränderte vieles. Nachdem die Ära der Nadeldrucker auch zu Ende ist und Laser- und Tintenstrahldrucker zunehmend deren Platz einnehmen, entsteht für die privaten Krankenversicherungen ein ernstzunehmendes Problem. Die neuen Drucker-Generationen erfordern einen Einzelblatteinzug, so daß die gedruckten Rechnungen optisch völlig identisch sind. Fehlende Hinweise auf eine „Zweitschrift“ führen bei zeitversetzter Rechnungsvorlage zu Doppel- und Mehrfacherstattungen. Ein zusätzliches Problem entsteht, wenn Patienten aus den unterschiedlichsten Gründen ein weiteres Original anfordern.

Bei der Vereinten Krankenversicherung AG gibt es dadurch jährlich rund 6 500 Fälle von Doppelzahlungen bei denen ein Schaden von ca. 1,7 Millionen DM entsteht. Diese Fälle erfordern zusätzlich einen extrem hohen Verwaltungsaufwand mit den daraus resultierenden Kosten.

Oft ist es nur eine Kleinigkeit, die vorhandene Software auf eine Markierung einzustellen. Spricht man die Leistungserbringer im Einzelfall auf dieses Problem an, besteht ein großes Verständnis und eine sehr hohe Änderungsbereitschaft.

Die Vereinte Krankenversicherung AG appelliert daher an alle Leistungserbringer: Bitte überprüfen Sie Ihre Rechnungstellung und kennzeichnen Sie Zweitschriften, sofern dies derzeit nicht geschieht.

Neuer ICD-10-Diagnosenthesaurus bei DIMDI

Auf dem INTERNET-Server des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information ist die Version 3.0 des ICD-10-Diagnosenthesaurus kostenfrei abrufbar (<http://www.dimdi.de/germ/klassi/download.htm>). Der Diagnosenthesaurus folgt dem Bedürfnis, gängige Krankheitsbegriffe den Schlüsselnummern der ICD-10-SGB V zuzuordnen, und wird die tägliche Arbeit mit der Klassifikation beträchtlich erleichtern.

Hygienemanager – Auf dem Weg zur ISO 9000 ff.

Schlagzeilen von Killerbakterien in Arztpraxen und von Infektionen bei der medizinischen Behandlung werfen in einer gesundheitspolitisch ohnehin schon schwierigen Zeit zusätzliche Schatten auf das Dasein der Ärzte und ihrer Mitarbeiter. Von Unsicherheit geprägt erwartet man die neuesten Pläne aus Berlin, mit denen den Ärzten das Leben noch schwerer gemacht werden soll. Fast alles ist möglich. Die inzwischen bereits für alle Fachgebiete gültige Forderung nach einer betriebsärztlichen und sicherheitstechnischen Überprüfung ist wohl nur der Anfang. Man zielt damit zunächst auf die Mitarbeiter-sicherheit. Doch auch eine Überprüfung der Patientensicherheit ist denkbar. Vielleicht muß der niedergelassene Arzt eines Tages anhand konkreter Daten nachweisen, daß er jeden seiner Arbeitsschritte korrekt ausführt.

Mit dem Hygienemanager gibt die Autorin den Arztpraxen ein kompaktes Werkzeug an die Hand, mit dem der Arzt und seine Mitarbeiter auf einfache Weise eine nachweisbar

„hygienische Praxis“ in die Tat umsetzen können. Einzelne Arbeitsabläufe sind festen Leitlinien entsprechend auf Postern festgelegt. So geht man bereits den ersten Schritt in Richtung Qualitätsmanagement.

Der Hygienemanager ist zum Preis von 16,50 DM zuzüglich 3.– DM für Versandkosten beim Verlag Gedon & Reuss, Leopoldstraße 87, 80802 München, Tel. 0 89/3 81 60 40, Fax 0 89/33 87 71, erhältlich.

Palliativführer Palliativmedizin 2000

Stationär und ambulante Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland

Krebs ist die zweithäufigste Todesursache in Deutschland. Jedes Jahr sterben 200 000 Menschen an einer Tumorerkrankung. Dies entspricht ungefähr einem Viertel aller Todesfälle. Vor allem in der letzten Lebensphase dieser Patienten ist eine umfassende Betreuung erforderlich, die weit über die medizinische Regelversorgung hinausgeht. Auch wenn eine Heilung nicht mehr möglich ist, kann die Palliativmedizin Beschwerden lindern und die Lebensqualität erhalten. Ambulante und stationäre palliativmedizinische Einrichtungen können hier eine Unterstützung anbieten. Die Zahl palliativmedizinisch spezialisierter Einrichtungen nimmt in den letzten Jahren stetig zu. Oft bleibt den Patienten aber die mögliche Hilfe versagt, da Ärzte und Angehörige die Adressen in ihrer Umgebung nicht kennen.

Eine Übersicht über die bestehenden Einrichtungen und Versorgungsmöglichkeiten bietet das aktuelle Verzeichnis Palliativmedizin 2000 – Stationäre und ambulante palliativmedizinische und Hospizeinrichtungen in Deutschland, das von der Schmerzambulanz der Uni-

versität Köln im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz und der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes mit Unterstützung von Mundipharma, Limburg (Lahn), erstellt wurde.

Der Palliativführer ist kostenfrei erhältlich bei: Mundipharma Palliativ-Service, Postfach 1350, 65549 Limburg, Tel. 0800/8 55 11 11 (gebührenfrei)

Heinz-Meise-Preis der Deutschen Herzstiftung 2000

Die Deutsche Herzstiftung verleiht auch im Jahre 2000 wieder den Heinz-Meise-Preis für aktuelle Forschungsergebnisse im Bereich der Gefäßkrankheiten. Der vom Herz- und Kreislaufzentrum Rotenburg a. d. Fulda gestiftete und mit 10 000 DM dotierte Preis wird für hervorragende wissenschaftliche Leistungen auf dem Gebiet der Diagnostik, Ursachenforschung und Therapie bei Krankheiten der Blutgefäße verliehen. – *Einsendeschluß: 31. Januar 2000*

Weitere Infos: Deutsche Herzstiftung e. V., Vogtstraße 50, 60322 Frankfurt/Main, Tel. 0 69/95 51 28-1 19

Margueritenball des Roten Kreuzes

Das Bayerische Rote Kreuz veranstaltet am 2. März 2000 den Margueritenball im Deutschen Theater in München. Der Reinerlös dient zur Finanzierung einer der zahlreichen sozialen Aufgaben des Bayerischen Roten Kreuzes.

Kartenbestellung: Deutsches Theater München, Tel. 0 89/ 55 23 44 44 und München Tickets, Tel. 0 89/54 81 81 81 sowie alle Münchner Vorverkaufsstellen. Schriftliche Bestellungen: München Ticket c/o Tanzschule Steuer, Schützenstraße 8, 80331 München

Neubau-Projekt von Privat

Vermietung von Praxisräumen (1. OG mit Aufzug) im bay.-südd. Raum für die Fachgruppen

HNO-Arzt oder Frauenarzt

(lt. KV noch frei).

Individueller Ausbau noch möglich. Fertigstellung Ende 2000.

Günstigste Startbedingungen, Belegbetten im örtl. Krankenhaus möglich.

Chiffre BÄ 1675

Gynäkologischer Kassenarztsitz

im Landkreis Traunstein gesucht. Absolute Diskretion selbstverständlich. Chiffre BÄ 1662

Internistischer Kassenarztsitz

im Landkreis Traunstein gesucht. Absolute Diskretion selbstverständlich. Chiffre BÄ 1557

Nervenarztpraxis

in München/Stadt zum 01.03.2000 abzugeben – Sperrgebiet – (Psychiatrischer Schwerpunkt). Chiffre BÄ 1663

Suche im Landkreis Starnberg

Kassenarztsitz/kleine Praxis für Allgemeinmedizin oder hausärztl. Internisten. Diskretion selbstverständlich. Chiffre BÄ 1664

Landkreis Rottal/Inn kleine (300 Scheine), gut ausbaufähige

Allgemein-Landarztpraxis

aus priv. Gründen zum I. Quartal 2000 abzugeben. Chiffre BÄ 1635

Niederlassung ohne finanzielles Risiko

Hausarztpraxis in Mittelfranken baldmöglichst abzugeben. Chiffre BÄ 1665

Gut eingeführte **Kinderarztpraxis** in Oberfranken (Sperrgebiet) in guter Stadtlage u. sehr guter Kostenstruktur ab Mai oder Juni 2000 aus pers. Gründen günstig abzugeben. Chiffre BÄ 1666

Praxisräume (140 m²) im EG und Wohnung (140 m²) im OG in

bester Zentrumslage von Regen – Bayer. Wald – (13.000 EW) zu vermieten. Parkplätze direkt vorm Haus. Augenarzt, Chirurg. Auch Ankauf möglich. Tel. 0 99 21/44 92

Augenarzt für Kösching, Lkr. Eichstätt

In neugebautem attraktiven Haus für Ärzte und Geschäftshaus (im Zentrum) noch eine Fläche 120–180 m² frei (Internist, Kinderarzt etc.) bereits im Haus. Einzugsgebiet ca. 40.000 Einwohner, konkurrenzlos. Betriebswirtschaftliches Gutachten positiv. Informationen unter: Tel. 0171/8 246183, 0841/35192, 08456/80202, Fax 08456/6518

Hinweis:

Herausgeber und Redaktion können keine Gewähr dafür übernehmen, daß die ausgeschriebenen Praxen im Sinne der Bedarfspannung bedarfsgerecht sind. Interessenten werden gebeten, sich auf jeden Fall mit der zuständigen KVB-Bezirksstelle in Verbindung zu setzen.

Kooperation hat Zukunft im Gesundheitswesen!

Im Neubau in einem großen Haus für Ärzte mit über 20 Ärzten-tast aller Fachgebiete- im Zentrum Nürnbergs sind noch Räume für 2 Praxen (140 m² und 200 m²) zu vergeben. Erstbezug ab 2. Quartal 2000.

Vorzugsweise an Fachärzte für Urologie und Dermatologie. Aber auch andere Fachgebiete, die das vorhandene medizinische Angebot ergänzen, sind willkommen.

Praxiszuschnitt noch weitgehend frei planbar! Labor, Röntgen, ambulantes OP-Zentrum sind im Haus vorhanden und müssen nicht investiert werden!

Interessenten bitte melden unter Fax 09 11/5 00 94 11

Kassenarztsitz München-Stadt

Chirurgie, kurzfristig abzugeben. Chiffre BÄ 1670

Hausärztlich tätiger Internist,

Oberbayern, Sperrbezirk, sucht **Internist-Kardiologie zur Nachfolge** für 2000 bzw. Anfang 2001. Chiffre BÄ 1671

Allgemeinärztliche Kassenpraxis,

nördliche Oberpfalz ab I/2000 oder später zu verkaufen. Chiffre BÄ 1672

Internistische Kassenpraxis abzugeben,

ca. 170 m², breites diagnostisches Spektrum. **Sichere Existenz.** Niederbayern. Chiffre BÄ 1673

Frauenarztpraxis

Langjährig geführte Frauenarztpraxis in Oberfranken sehr günstig an Frauenärztin abzugeben. Keine Frauenärztin am Ort. Chiffre BÄ 1686

Zum 1. Dez. 1999 eröffne ich „**Veronica Rummel-Damian**“ staatlich anerkannte Ergotherapeutin

meine Ergotherapeutische Praxis

in 85221 Dachau, Mittermayerstr. 36, Tel. 0 81 31/66 86 60. Pädiatrie (S.J.), Neurologie / Hand / Schienen / Rheuma / Malthérapie / Autogene Entspannungsgruppen für Kinder u. Jugendliche.

Gut eingeführte, ausbaufähige **Augenarztpraxis** in der Oberpfalz im Sperrgebiet, nahe Regensburg, zum 01.04.2000 zu den üblichen Bedingungen abzugeben. Angebote erbeten unter Chiffre BÄ 1687

Waldkraiburg, beste Lage, direkt in der Stadtmitte, 120 m² mit

15 DM/m² in einem Haus mit Apotheke und einer internistischen Gemeinschaftspraxis ab 01.01.2000 zu vermieten. Niederlassungsmöglichkeit für: **Frauenarzt, HNO-Arzt, Kinderarzt, Anästhesist oder Psychotherapeut.** Tel. 0 86 38/8 58 92, Fax 086 38/88 16 34 oder per Post an: Postfach 1649, 84478 Waldkraiburg.

Chirurgische Praxis mit Praxisklinik

in bayerischer Großstadt zu verkaufen zum II. Quartal 2000. Auch als Gemeinschaftspraxis geeignet. Chiffre BÄ 1676

Nervenarztpraxis

München Stadt, beste Lage, abzugeben. Chiffre BÄ 1677

Im schönen Marktflecken Niederbay., 7.400 EW sind 120 m² **schöne Geschäftsr. zu verm.** Geeign. f. Arztpraxis. Beste Ausst., beste Lage. Preis nach Vereinb. (Bevorzugt Kinder- oder Frauenarzt, keiner am Ort). Tel. 0 87 34/3 62

Biete Zusammenarbeit in **Praxisgemeinschaft Naturheilverfahren**, halbtags. privat, Räume vorhanden. Tel. 09 31/1 44 03

Neurologie und Psychiatrie

Praxispartner für gutgehende Praxis in Unterfranken gesucht, spätere Übernahme der Praxis erwünscht. Chiffre BÄ 1668

Kassenplatz für Augenarzt

In Heilsbronn/Mfr. frei, Kleinstadt ca. 8.000 EW, großes Einzugsgebiet, Neubau wird bis ca. 10/2001 fertiggestellt, Raumeinteilung für Praxisräume nach eigenen Vorst. möglich, ca. 130 m², EG, Ortszentrum, Optiker in der Nähe, Stellplätze vorhanden. Anfragen bitte an Chiffre BÄ 1669

Chirurgischer Kassenarztsitz im Lk. Traunstein gesucht. Absolute Diskretion selbstverständlich. Chiffre BÄ 1655

Praxisräume, 120 m², in 89275 Elchingen (Thalgingen), KV Bayern, Bezirksstelle Schwaben, in sehr günstiger Lage in Ortsmitte, zu vermieten. Freier Kassenarztsitz für Frauenheilkunde oder HNO. Tel. 07 31/26 64 62

Nürnberg-Zentrum, 275 m² Büro / Praxisfläche, Altbau, neu renoviert, Lift, 7 Zimmer, Küche, WC, 2. OG oder wahlweise 4. OG. Beste Verkehrsanbindung und Parkhausnähe, DM 2.750,- + NK+HK, provisionsfrei. Tel. 0 81 41/1 04 30 oder 01 72/7 05 13 87

Dermatologin / Allergologie:

kampferprobt, (Univ., praxiserfahren) adaptionsfähig, vielseitig, Praxis-2000-gängig sucht **Übernahme / Assoziation oder Job-Sharing**. Chiffre BÄ 1645

Praxisabgabe im Zentrum, in einem Haus für Ärzte, von Rosenheim

Wegen fam. Notlage schnellstens ein Praxisnachfolger für allgemeinärztl. Praxis (z.Zt. nur Phlebologie) gesucht. -Sperngebiet - Tel. 0 80 31/38 08 07, 0 80 36/30 52 85, Fax -84

Versierte ÄfA

sucht dringend Gem.pr.anteil zur Übern. Raum AB. Chiro, Aku, Betr.med., gute Kenntnisse Sono Abd. u. SD. Chiffre BÄ 1552

Biete **Kooperation in Allgemeinmedizin**, evtl. Time-Sharing in Nordbayern. Tel. 01 71/2 63 60 26

Internist-Rheumatologe

zum Einstieg in große internistische Gemeinschaftspraxis mit ambul. belegärztl. und konsil. Tätigkeit gesucht. Raum Würzburg. Angebote unter Chiffre BÄ 1614

HNO-Arzt mit Zusatzqualifikation sucht gut geführte Praxis zwecks Übernahme/Einstieg. Chiffre BÄ 1682

Nervenarzt gesucht für Praxismitbenützung

in einer schönen Allg. Arztpraxis, sehr zentral in München. Ganzb. Ausstatt. Wartez., Rezeption mit Arzthelf., Tel. Comput. etc. gegen Kostenbeteiligung. Tel. 0 89/6 42 42 30

Radiologie-Praxis im Kundenauftrag ab sofort abzugeben. Einziger Vertragsarztsitz im Großraum München-Ingolstadt. Ansprechpartner: MLP AG, Reiner Lischke, Tel. 0 89/54 59 22-26

Praxisräume Amberg/Oberpfalz 185 m² (+25 m² Abstellraum), 2. Stock, Aufzug: in bester Lage (Bahnhofstr.) zu vermieten oder zu verkaufen. Räume können noch gestaltet werden. Tel. 0 96 21/1 48 20

FORCHHEIM 91301: Praxisräume 152 und 160 m², zu vermieten. Apotheke / versch. Fachärzte bereits vorhanden. Tel. 0 91 91/8 99 33

Biete Einstieg in große Landarztpraxis

mit überdurchschnittlicher Scheinzahl und breitem Spektrum, 50 km nördl. München. Voraussetzung: FA für Allgemeinmedizin, Leistungsbereitschaft. Zunächst kein Kapital erforderlich. Chiffre BÄ 1678

Engagierter Internist, prom., sucht **hausärztliche Praxis** (auch von Allgemeinmediziner) oder Assoziation im Raum Oberbayern/Niederbayern. Chiffre BÄ 1683

Kurzfristige und günstige Praxisabgabe im Landkreis Erlangen-Höchstadt für (hausärztlichen) **Internist**. Chiffre BÄ 1684

FA für Physikalische und Rehabilitative Medizin, 39j., mit abgeschl. WB in Chirotherapie, Gelenksonographie und Aku, sucht verantwortliche Tätigkeit in Praxis oder Klinik. Bevorzugte Region: Neu-Ulm, Memmingen, Kempten, Günzburg. Chiffre BÄ 1685

Kinderchirurg/-in

zur Niederlassung für Kooperation in Bayern gesucht. Minimale Investitionskosten. Chiffre BÄ 1661

FA für Diagnostische Radiologie,

z.Zt. OA, Spezialkenntnisse MRI/MRA, fundierte CT-, US-Ausbildung sucht ab 2/2000 Praxis (Übern. KV-Sitz/Assoziation) in Bayern (bevorz. Raum N / AS / R), Vertretungen u. Job-Sharing möglich. Tel. 01 72/8 61 25 88

Internistischer Kassenarztsitz

in Stadt- oder Landkreis **Rosenheim** gesucht. Absolute Diskretion selbstverständlich. Chiffre BÄ 1654

Internistische Praxis (Angiologie)

(Anteil Praxisgem., auch als Einzelpraxis n. Abspr.), auch im Komb. Cardiol. od. Schwerp. Diabetologie in Braunschweig zum nächstmögl. Zeitpunkt abzugeben. Chiffre BÄ 1649

Reproduktionsmedizinisches Zentrum und Frauenarztpraxis in NRW

mit hohem Leistungsniveau aus Altersgründen abzugeben.

Leistungsspektrum: Routine-IVF-ET, ICSI, TESE, Kryo-Technik, RIA-Hormon-Einsendelabor, ambulante videopelviskopische OP, Andrologie, Gynäkologie. Grundlagenforschung in der Molekulargenetik der Reproduktion.

Interessenten sollen WB für gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin absolviert haben oder kurz vor dem Abschluß stehen. Chiffre BÄ 1692

Sie suchen eine Praxis? Sie wollen Ihre Praxis abgeben?

Wir haben Interessenten. Wir sind keine Makler.

Wir suchen dringend:

Praxen für Kinder, Internist, Allgemein, Orth. und Uro.

Interessenten für Allgemein und HNO.

HÄRTEL-Beratung, Tel. 09 41/3 52 88

Seit über 20 Jahren bestehende

internistische, hausärztliche Praxis,

Raum 82, Sperrgebiet, zum Jahresende abzugeben. Chiffre BÄ 1648

Alteingesessene, kleinere **Allgemeinarztpraxis** (Kassenarztsitz) mit festem Patientenstamm, im ländlichen Raum Mittelfranken an Nachfolger abzugeben. Chiffre BÄ 1650

Sichere Existenz

Für bestehendes Haus für Ärzte im Landkreis Regensburg, mit Chirurg und Internist, suchen wir einen

Hautarzt (Zulassung z.Zt. frel)

Info unter Tel. 09 41/3 52 88

Regensburg

Allgemeinarztpraxis (Kassenarztsitz) abzugeben. Chiffre BÄ 1691

Praxisräume,

beste Lage in Dingolfing, ab sofort zu vermieten. Tel. 087 31/42 60

WB-Stelle Allgemeinmedizin

im letzten Abschnitt (mind. 6 Mon.) gesucht, ab sofort von Perser. 2 J. Chirurgie, 6 Mon. Allgemeinmed., 1 J. Akut-Krankenhaus, Kenntnisse: Sono, Rettungsdienst. Tel. 01 71/9 35 13 80 oder 0 86 31/92 89 84

Suche **Weiterbildungsstelle Allgemeinmedizin** nach abgeschlossener klinischer Ausbildung in Innere Medizin und Chirurgie, frühestens ab 01/2000, möglichst Großraum Nürnberg / Fürth / Erlangen. Chiffre BÄ 1653 oder Tel. 09 11/5 10 95 10

Allgemeinärztin,

32 J., sucht im Raum 8, ab 03/00 Stelle als Job-Sharing oder regelmäßige Vertretung. Fachkunde Rettungsdienst u. Sono. Tel. 08 21/15 29 08, Fax 08 21/15 29 05, e-mail: elisabeth.deinzer@mayr-design.de

FÄ für Allgemeinmedizin

mit Zusatzbezeichnung NHV u. Akupunktur sucht Praxis zur Übernahme oder Assoziation im Raum Nürnberg, Fürth, Erlangen. Chiffre BÄ 1658

WB-Stelle für Allgemeinmedizin

im Raum Coburg, Kronach, Sonneberg ab 3/2000 gesucht von Ärztin, 32 J., prom, bisher 3 J. Innere, 1 J. Chirurgie, gute Sono u. Dopplerkenntnisse. Tel. 03 67 61/5 03 81

FÄ Orthopädie sucht Stelle, auch halbtags, in Praxis oder Reha ab 1.2.2000, Raum München. Chiffre BÄ 1659

Teilzeitmitarbeit/Job-Sharing in einer Praxis in Südbayern ab 2000 gesucht von 30j. promovierter **Fachärztin für Allgemeinmedizin**. Derzeitige Tätigkeit in einer Kinderarztpraxis. Vorher 1,5 J. Innere im Akutkrankenhaus, 1,5 J. allgemeinmedizin. Praxis, 6 Mo. Chirurgie, Naturheilverfahren, 1 J. Weiterbildung Homöopathie. Akupunkturkurs Peking, Sonographie. Tel. 0 80 24/99 33 51, Fax 99 33 59

Internistin mit versierter **Akupunktur** und **TCM**-Erfahrung sucht Teilzeitmitarbeit im Raum 83 oder östl. von München. Chiffre BA 1688

Internist, 37 J., versiert in MS-Diagn., Endosk. u. Nephrol., Zusatzbez. NHV, sucht Praxis zur Assoziation oder Mitarbeit, auch Teilzeit. Bevorzugt Raum Schwaben/Mittelfr. Chiffre BÄ 1689

Surfen – Suchen – Finden

NEU

**Ab sofort finden Sie
Ihre Angebote und Gesuche
als zusätzlichen Service, ohne Mehrkosten
auch im Internet:**

NEU

www.klinikstellen.de

Neuro-orthopädisches

Reha-Zentrum Bad Orb

Wir sind eine 294 Betten-Fachklinik für Neurologie und Orthopädie, 10 Jahre jung und belegungstark.

Zum 1.1.2000 oder später haben wir eine Stelle als

Assistenzarzt/-ärztin Neurologie

zu besetzen.

Der Chefarzt ist weiterbildungsermächtigt für 2 Jahre Neurologie, wir bieten Zusatzqualifikation, in- und externe Fortbildung und ein ungewöhnlich breites Diagnosespektrum, verbunden mit der Möglichkeit, alle neurophysiologischen/ sonographischen Methoden kennen- oder zu erlernen, Gutachtenbeteiligung, ein abwechslungsreiches Tätigkeitsfeld, leistungsgerechte Vergütung sowie großraumnahe, gesunde Umgebung. Aktiven, z.B. an rehabilitativ-wissenschaftlichen Fragen interessierten Bewerbern bieten wir die Möglichkeit der fachlichen und persönlichen Weiterentwicklung (ggfs. Promotion).

Bitte schicken Sie Ihre Bewerbung an:
Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. Westarp

**Neuro-orthopädisches Reha-Zentrum
Spessartstraße 20, 63619 Bad Orb
Telefon (06052) 80 82 12, Fax 80 82 22**

Weiterbildungsassistent/-in im letzten Ausbildungsabschnitt für größere, vielseitige **Allgemeinartzpraxis** im Raum Augsburg ab April 2000 gesucht, Möglichkeit zur späteren Kooperation. Chiffre BÄ 1646

Große Allgemeinpraxis im Raum Landshut

sucht **ÄrztIn/Arzt** für Weiterbildung Allgemein-Medizin oder Teilzeit/Job-Sharing, ab 1.1.2000 oder später. Die Praxis ist internistisch psychosomatisch orientiert mit breitflächiger Diagnostik. Sehr gutes Betriebsklima. Chiffre BÄ 1651

Weiterbildungsstelle Allgemeinmedizin

im letzten Ausbildungsabschnitt in großer Gemeinschaftspraxis in mittl. Oberpfalz, ab 07.2000 zu vergeben. Chiffre BÄ 1652

Netter Kollege / nette Kollegin für HNO-Praxis,

München-Innenstadt für zweimal 3 Stunden wöchentlich gesucht. Zuschriften unter Chiffre BÄ 1656

Radiologe/-in (MRT, CT, NUK, Ró, Mammo, US) als **Dauervertre-**

tung (jeweils freitags) für das Jahr 2000, in Gemeinschaftspr. gesucht. Auch andere Arrangements möglich. Chiffre BÄ 1660

Weiterbildungsassistent gesucht. Große Allgemeinartz-

praxis mit sportmedizinischem Schwerpunkt sucht Weiterbildungsassistenten mit abgeschlossener klinischer Ausbildung ab sofort. Weiterbildungsbetugnis für 18 Monate liegt vor. Bewerbungen unter: Gemeinschaftspraxis Dr. med. A. Solleder/W. Petzi, Gustav-Freytag-Str. 1, 94315 Straubing, Tel. 0 94 21/4 21 16

ANÄSTHESIST SUCHT OPERATEURE

Zur Etablierung eines ambulanten OP-Zentrums in Marktredwitz im Landkreis Wunsiedel im Fichtelgebirge suchen wir für das Frühjahr 2000 operationsfreudige und versierte Operateure aller Fachrichtungen. Praxis und Zentrum unter einem Dach möglich.

Niederlassungsmöglichkeit für alle operativen Fachrichtungen vorhanden.

Kontakt:

Dr. P. Schöllhammer

Facharzt für Anästhesie

Goethestraße 4

95615 Marktredwitz

Tel. 0 92 31/6 45 04

www.dr-schoellhammer.de

info@dr-schoellhammer.de

Biete Time-Sharing

in Allg.-med. Tel. 01 71/2 63 60 26

Weiterbildungsstelle für Allgemeinmedizin und NHV

In großer naturheilkundlich ausgerichteter Stadtpraxis mit breitem Spektrum; Teilzeittätigkeit, evtl. später auch als Dauerassistent/-in Mitarbeit möglich. Raum Westmittelfranken. WBB 18/3 Monate. Chiffre BÄ 1612

FA / FÄ als Dauerassistent/-in

- auch Teilzeit möglich - für stationäre und ambulante Anästhesie incl. Rufbereitschaft baldmöglichst für den Raum Bergstraße gesucht. ASN-Praxisnetz für Anästhesie, Nibelungenstraße 42, 64625 Bensheim.

Hausarztpraxis sucht:

Arzt oder Ärztin in Teil- oder Vollzeit als Partner für GP oder Job-Sharing. PLZ 91... Chiffre BÄ 1667

Facharzt für Neurochirurgie in Nordbayern zur Ergänzung eines großen Gesundheitsdienstleistungszentrums gesucht. Fast alle chirurgischen Fachrichtungen, ein großes, leistungstähiges Anästhesiezentrum und Betten mit Hotelcharakter sind vorhanden. Tel. 09 21/72 13 06

Gynäkologin

mit Sono-DEGUM II/III u/o sonstiger Qualifikation für **Kooperation** in optimal gelegener FA-Praxis in München Zentrum gesucht. Chiffre BÄ 1674

Weiterbildungsassistentin/Weiterbildungs-
assistent Allgemeinmedizin für moderne, qualitätsorientierte Praxis im S-Bahn-Bereich München-West gesucht. Chiffre BÄ 1690

Klinik Kipfenberg GmbH

Neurochirurgische und Neurologische Fachklinik

Wir sind eine Konzerngesellschaft der privaten Unternehmensgruppe Rhön-Klinikum AG, die im gesamten Bundesgebiet Kliniken errichtet und betreibt.

In unserer zukunftsweisenden Rehabilitationseinrichtung mit insgesamt 108 Betten werden schwer Schädelhirnverletzte, Schlaganfallpatienten und andere schwere neurologische Krankheitsbilder behandelt.

Unser Konzept umfaßt folgende Bereiche:

- Abteilung Schwer-Schädel-Hirnverletzte mit 80 Betten, davon 20 Intensivbetten, 16 Betten Intermediate-Care-Station
- Abteilung für Wetterführende (Langzeit)- Rehabilitation mit 28 Betten

Die Klinik besitzt eine vollständige Ausstattung zur neurologischen, internistischen, radiologischen und neuroradiologischen Diagnostik mit Ganzkörper-CT, Röntgen mit BV, neurophysiologischem Labor mit EEG, EMG, ENG, SEP, AEP, internistischer Funktionsdiagnostik mit Ultraschall inkl. Duplex, Farb-Doppler, EKG, Langzeit-EKG und -Blutdruckmessung, Endoskopie, komplettem Intensivmonitoring.

Wir suchen einen/eine

OBERARZT/OBERÄRZTIN für Neurologie

Vorausgesetzt wird ein fundiertes neurologisches und neurophysiologisches Wissen, die Fähigkeit zur sozialmedizinischen Beurteilung, eine umfassende Rehabilitationsplanung sowie eine kompetente Supervision der multiprofessionell angelegten, ganzheitlich komplexer konzipierten Therapie.

Des weiteren wird überdurchschnittliches Engagement sowie die Bereitschaft zur zielorientierten integrativen Zusammenarbeit mit allen Teammitarbeitern erwartet. Bevorzugt werden Bewerberinnen/ Bewerber mit Berufserfahrung in internistisch neurologischer Intensivmedizin.

Wir bieten eine der anspruchsvollen selbständigen Tätigkeit angemessene Vergütung, sowie Hilfe bei der Wohnraumbeschaffung.

Kipfenberg liegt im reizvollen Naturpark „Altmühltal“, ca. 25 km von Ingolstadt und der Universitätsstadt Eichstätt sowie ca. eine Autostunde von München, Nürnberg und Regensburg entfernt.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

KLINIK KIPFENBERG GMBH
Chefarzt Dr. med. R. Preger
Kindinger Straße 13
85110 Kipfenberg



Facharzt für **Urologie** in Nordbayern zur Ergänzung eines großen Gesundheitsdienstleistungszentrums gesucht. Fachgebiet ist noch nicht gesperrt. Fast alle chirurgischen Fachrichtungen, ein großes, leistungsfähiges Anästhesiezentrum und Betten mit Hotelcharakter sind vorhanden. Tel. 09 21/72 13 06

Biete **WB-Stelle in Allgemeinarztpraxis** mit Teilgebieten Homöopathie und Chirotherapie in Landgemeinde Nähe Cham. WB-Befugnis für 1 1/2 Jahre. Tel. 0 99 71/3 14 00

Arzt oder Ärztin im Praktikum

Interesse an Anästhesie und Schmerztherapie für Praxisklinik in Oberfranken gesucht. WB-Befugnis für 1 Jahr Anästhesie liegt vor. Chiffre BÄ 1679

Weiterbildungsassistent/-in Allgemeinmedizin

ab 1/2000 für 1 Jahr in ländlicher Allgemeinarztpraxis, Raum Bad Brückenau gesucht. Zuschriften unter Chiffre BÄ 1680

Assistenzärztin/-arzt für gr. ländl. Allgemeinarztpraxis, Sport-med., NHV, in der Nähe von Erlangen ges. WBB Allgem. 18 Mon. u. NHV 3 Mon. vorh. Chirurgie u. Innere müssen absolviert sein. Letzter Abschn. nach der Weiterbildungsordnung f. Allgemeinmed. Bewerbungsunterl. an Chiffre BÄ 1681

WB-Assistent/in für chirurgische Praxis mit Praxisklinik

für 1 Jahr, ab 01.03.2000, WB-Befugnis für 1/2 Jahr, faire Bedingungen.

Bitte schriftliche Bewerbungen an:

Dr. A. Gruber, Schweinauer Hauptstr. 12, 90441 Nürnberg,
E-Mail: Gruber.RTZ@t-online.de

Salzachklinik Fridolfing, Chirurgische Praxis Dr. med. Ullrich Rehme, sucht ab sofort

Chirurg oder chirurgisch erfahrene(r)

Assistenzärztin (-arzt)

Weiterbildungsbefugnis für 1 Jahr, Voraussetzung: Fachkundenachweis Rettungsdienst. Tel. 0 86 84/9 85-0



Rehabilitationsklinik der Barmherzigen Brüder

für Erkrankungen der Atmungsorgane
83435 Bad Reichenhall, Rinckstraße 8

Unsere Rehabilitationsklinik ist mit 145 Betten seit über 75 Jahren ein Begriff in Bad Reichenhall. Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt

eine/n

Assistenzärztin/-arzt (halbtags)

und eine/n

AiP

Für Rückfragen sleht Ihnen Herr Chefarzt Dr. Kasper unter Tel. 0 86 51/6 07-2 10 zur Verfügung.

Die Vergütung der angebotenen Stellen erfolgt nach den Arbeitsvertragsrichtlinien des Deutschen Caritasverbandes (ähnlich BAT).

Bitte senden Sie Ihre aussagefähigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe Ihres möglichen Eintrittstermines an:

Rehabilitationsklinik der Barmherzigen Brüder
Geschäftsführung

Rinckstraße 8

83435 Bad Reichenhall

Tel. 0 86 51/6 07-2 10 CA Dr. Kasper

'Selbsterfahrung die was bringt!'

mit Hans-Ulrich Schachtner

Lernziel: Zu sich selber stehen und über sich lachen können!

- 10.05.00: Beginn der patientenzentr. Selbsterfahrung (9 Treffen)
- 17.05.00: Beginn der Selbsterfahrung für Ärzte (18 Treffen)
- 12.-15.08.00: Therapie & Magie (zus. m. Prof. Dr. Toni Forster)
- 16.-17.09.00: Beginn der patientenzentr. Selbsterfahrung (4 Blockt.)
- 21.-22.10.00: Beginn der selbsterfahrung f. Ärzte (5 Blockt.)

PS: Für Führungskräfte bieten wir einen **spez. Jahreskurs** an.

PSS: **Neu!** >Interaktions-Fitness< **Das Lehrwerk** – lieferbar, ab Aug. 2000

Hans-Ulrich Schachtner, Dipl.-Psych., approb. Psychoth., anerk. Supervisor d. KVB, autorns. Ausb. d. Verhaltensth. der BLÄK, Lehrtherp., Aus. u. Supervisor der BAP u. d. Centrums f. Integrative Psychotherapie (CIP), Mitbegr. d. Milton-Erlichson Ges. u. des Deutschen Instituts f. provok. Therapie, Mitautor d. Buches „Das wäre doch gelacht“, seit 25 J. eig. psychoth. Praxis in München-Schwabing.

Info-Mappe erhältlich vom Büro: Tel. 0 89/54 55 82 38, Fax 55 74 43

Akupunktur – Intensivkurse

(Theorie / Praxis) mit Frau Dr. Radha Thambirajah

Anfänger: 4.-6. Febr. + 17.-19. März 2000 in München
Orthopädie-Workshop: 3.-5. März 2000 in Schwangau.

Bitte Kursinfo anfordern:

Tel. 0 58 82/98 79 94, Fax 98 79 92

Academy of Chinese Acupuncture e.V., Jenaer Str. 16, 10717 Berlin

ALLGÄUER PSYCHOSOMATISCHER ARBEITSKREIS

5-tägiger Blockkurs

Psychosomatische Grundversorgung

(Theorie/Verb. Interv. 50 Std.)

29.3.-2.4.2000, alternativ 22.-26.11.2000

(Leitung Dr. Ch. P. Dogs, Panorama Klinik Scheidegg) Tel. 0 83 81/8 02-24 53, Fax 802-484

ZUSATZBEZEICHNUNG PSYCHOTHERAPIE

3-jährige curriculäre Weiterbildung, 8 Blockform, ab 29.03.-02.04.2000,

Psychiatr. Fallsam. (40 DSt.),

09.-12.12.99, 28.-30.01.00,

10.-12.03.00

Theorie für KV-Zulassung in KiJu-PT (210 Std.) ab 17.-24.06.00

Info: **Süddeutsche Akademie für Psychotherapie**

Herbisried 10 a, 87730 Bad Grönenbach, Tel. 0 83 34/98 63-73, Fax -74

Promotionsgelegenheit

für Ärzte die geneigt sind, neben ihrer Berufstätigkeit den Or. nachzuholen. Kontakte nur zu ausgewählten Doktorvätern an deutschen Universitäten.

Tel. 071 21/3 81 1200

Analytische Selbsterfahrungsgruppe

für FA Psychoth. Med.-Zusatztitel Psychotherapie. Anmeldung: Dr. med. J. Peichl, (DGP, LÄK anerk.), Nürnberg, Tel. 09 11/3 98-2890

Akupunkturkurse der DGfAN am Wochenende mit Prüfung im 10. Kurs und Diplom A in Bad Griesbach in den Jahren 2000/2001.

Leitung: Dr. med. O. Perschke, Dr. med. R. Müller

Termine 2000:	22./23.01.2000	29./30.07.2000
	26./27.02.2000	23./24.09.2000
	13./14.05.2000	18./19.11.2000
	24./25.06.2000	

Veranstaltungsort: Klinikum Passauer Wolf, Bad Griesbach

Kursgebühr: DM 350,- Mitglieder der DGfAN DM 250,-

Auskunft und Anmeldung: schriftlich oder per Fax bei Frau Dr. Almut Schreiber, Klinikum Passauer Wolf, Bürgermeister-Hartl-Platz 1, 94086 Bad Griesbach, Fax-Nr. 0 85 32/27 45 06

VERSCHIEDENES

Wissenschaftliche Arbeiten

Experten bieten u.a. **Statistische Auswertung, Ergebnisdokumentation Grafische Darstellungen u.e.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>**

Zu verkaufen:

Röntgenanlage Kompakt PL LX 50, KV-Zulassung, neuester Stand 1998 über das Jahr 2000 hinaus. Standort: Obb. Raum. Chiffre BÄ 1657

Praxisauflösung (Frauenarzt)

Verkauf aller med. Geräte. Tel/Fax 0 80 61/83 27

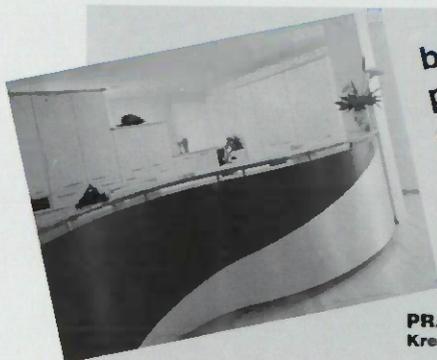
Ultraschallgerät Kretz SA 600 Incl. Sony-Printer zu verkaufen. 2a, fast neuwertiger Zustand. Tel. 09 11/33 38 74

Zuschriften bei Chiffre-Anzeigen und Aufträge für Kleinanzeigen senden

Sie bitte an:

Verlagsvertretung Edeltraud Elsenau
 Postfach 1323 · 65303 Bad Schwalbach
 Telefon (061 24) 77972
 Telefax (061 24) 77968

E-mail-Adresse: Elsenau@t-online.de



beraten,
planen,
einrichten,
ausstatten



PRAXISGESTALTUNG
Kretschmer + Motz GmbH

Uhlandstraße 1
91522 Ansbach
Tel. 09 81 - 48 88 40
Fax 09 81 - 48 88 440

P R A X I S E I N R I C H T U N G

• Individuell • komplett • direkt •



Zeitgemäße, patientenorientierte Ideen für Ihre Praxis.
Gemeinsam bringen wir Ihre Praxis auf den Punkt!

Fordern Sie uns!

Herzog-Heinrich-Straße 25 • 80336 München
Tel. 089 / 51 399 100 • Fax 089 / 51 399 101

ARZTPRAXEN · APOTHEKEN · GESTALTEN
LABORS · BÜROS · HOTELS · PLANEN
BANKEN · WOHNEN · KÜCHEN · HERSTELLEN

Raum schaffen

WEITERE INFOS:
FRANKENSTRASSE 4
91088 BUBENREUTH
TELEFON (091 31) 263 72
TELEFAX (091 31) 20 76 31
INTERNET: www.protze.de

protze
SCHREIBEREI



**Zuschriften bei Chiffre-Anzeigen
und Aufträge
für Kleinanzeigen senden
Sie bitte an:**

Verlagsvertretung Edeltraud Elsenau
Postfach 1323 · 65303 Bad Schwalbach
Telefon (061 24) 779 72
Telefax (061 24) 779 68
E-mail-Adresse: Elsenau@t-online.de

Welche Maßnahmen
sichern die Zukunft
meiner Praxis?

**VISION
PRAXIS**

Triesdorferstr. 29
91522 Ansbach
Tel 0981 - 5513
Fax 0981 - 5528

EINRICHTUNG · MARKETING · CORPORATE DESIGN · MEDIZINTECHNIK · NIEDERLASSUNGSBERATUNG

Caris

- der kleinste Farbdoppler der Welt

Exklusiv im Vertrieb vom Sonoring Deutschland



- Der einzige tragbare (14 kg) Farbdoppler der Welt
- Mit TFT LCD-Monitor 10"
- Mit multifrequenten Sonden vom 2,5 - 10 MHz
- Variabler AA-Sendefokus
- Großes Cine-made
- Optional: TEE-Sonde, multiplan, digtloes DICOM-Archiv
- Für alle internistischen Abrechnungsziffern
- Als mobile Workstation mit 15" SVGA-Manitar



SCHMITT-HAVERKAMP
Mitglied im SONORING DEUTSCHLAND

Sonotheken in Penzberg bei Mchn, Memmingen, Erlangen, Dresden · Zentrale: Tel. 08856/9277-0 · Fax 08856/9277-77

Wir sind ganz in unserem Element...



...wenn es um **gynäkologische Privat-
abrechnung** geht!

Denn als privatärztliche Abrechnungsgesellschaft bietet Ihnen MEDAS ein **eigenes Team**, das ausschließlich auf Ihre Fachrichtung **spezialisiert** ist.

Innerhalb dieses Teams steht Ihnen ein **persönlicher Betreuer** zur Verfügung, der unser konzentriertes Fachwissen individuell in die Bearbeitung Ihrer



Abrechnung einbringt.

Ihre Vorteile: Beste Kommunikation, exakter Service, optimale Privatabrechnung.

Testen Sie unsere Dienstleistung erst einmal drei Monate **ohne Risiko!**
So können wir Ihnen am besten beweisen, daß wir uns bei der gynäkologischen Privatabrechnung so wohl fühlen wie ein Fisch im Wasser!

Privatärztliche Abrechnungsgesellschaft mbH

*Schriftliche Infos per Coupon
anfordern. Einfach Praxis-
Stempel in nebenstehendes
Feld und per Fax oder Brief an
MEDAS senden.*

FAX (089) 143 10-200

COUPON

bitte an:

Medas GmbH
Messerschmittstraße 4
80992 München
Telefon (089) 143 10-0

*Gebühr-Zurück-Garantie, wenn Sie nicht zufrieden waren!

BÄ 12/99