

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 7

München, Juli 1963

18. Jahrgang

ohne Salzsäure -

... trotzdem starke
Säurewirkung

mit hoher kathept.
u. pept. Aktivität!

Helo-acid
Dragées

Bei An- u. Subacidität jeder Genese,
nach Magenresektion, bact. Gastro-
enteritiden, verbunden mit Leber- u.
Gallenwegserkrankungen.

Helo-acid comp.

... bei gleichzeitiger Erkrankung des Bauch-
speichelsystems und Zuständen von Dys-
fermentie.

HELOPHARM KG · BERLIN

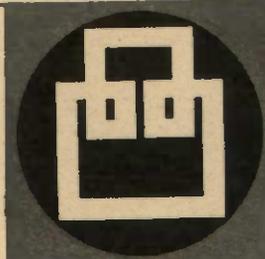
Lindopharm KG
Hilden Rhld



Wenn der Hochdruck zu einer Herz- und Kreislaufinsuffizienz
geführt hat, dann

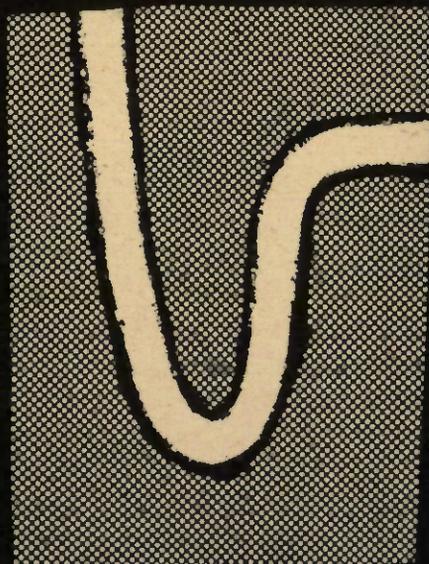
scillaserpine[®]

Scilla-Crataegus-Rauwolfia-Rutin



Risikoarme Glykosidtherapie mit sicherem diuretischem Effekt
Schonende Blutdrucksenkung
bei verbesserter coronarer und cerebraler Durchblutung
Verbesserung der Energetik des Herzmuskels

25 Dragées DM 1,85
Anstaltspackung



PRIMUM NIL NOCERE

**Antithromboticum
Antikoagulans**

ohne Blutgerinnungskontrolle
keine Kontraindikationen

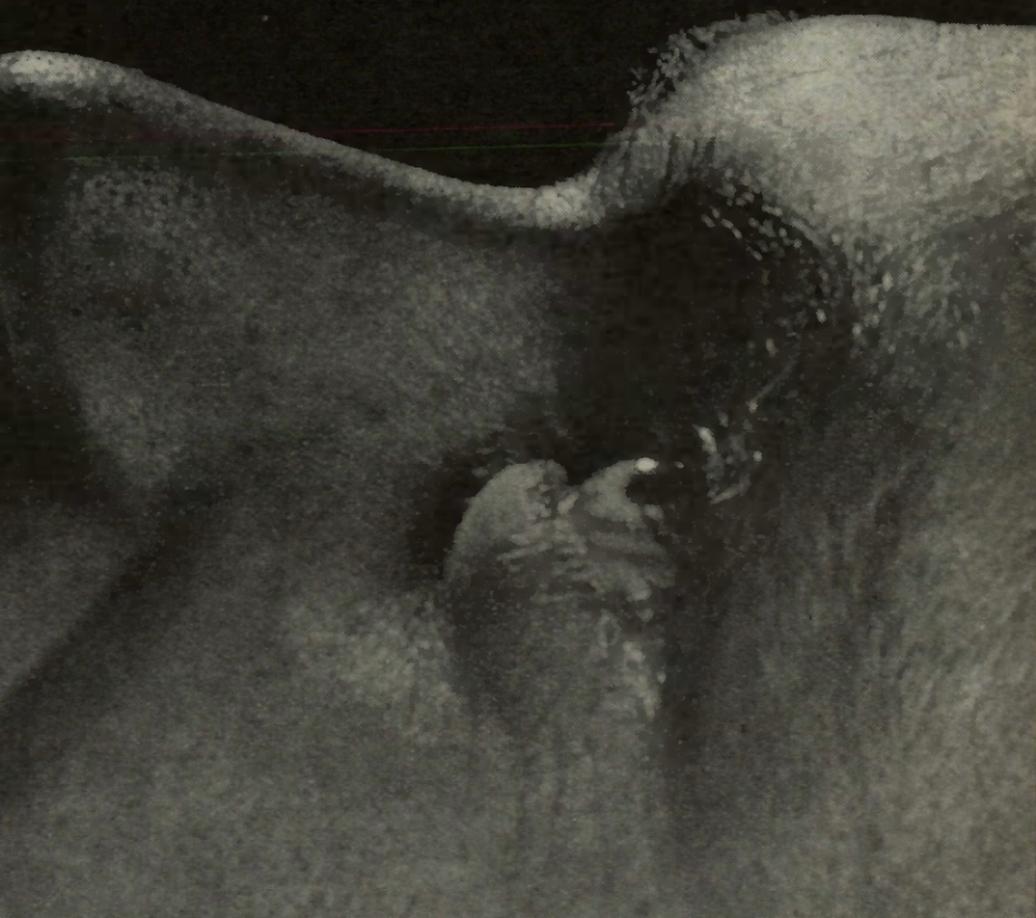
Ampullen · Tropfen

Ossidal[®]

APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

pro Nase
Pumilen[®]

Tosse
HAMBURG



Das umfassende
und zuverlässig wirksame
Antihistaminikum-
Antiallergikum

SYSTRAL[®]

SYSTRAL-Ampullen

SYSTRAL 20 Dragees · zur Anwendung am Abend

SYSTRAL-C 20 Dragees · zur Anwendung am Tage

SYSTRALETEN 20 Dragees

Antihistaminikum und Antiallergikum für Kinder
Sedativum für Erwachsene und Kinder

SYSTRAL Salbe Tube mit ca. 20 g
Bei Hautjuckreiz jeder Art
Insektenstichen, Sonnenbrand

SYSTRAL »Komb.«

SYSTRAL-Kombinationspackung 30 Dragees
10 Dragees SYSTRAL · 20 Dragees SYSTRAL-C

Ärzttemuster und Literatur auf Anforderung



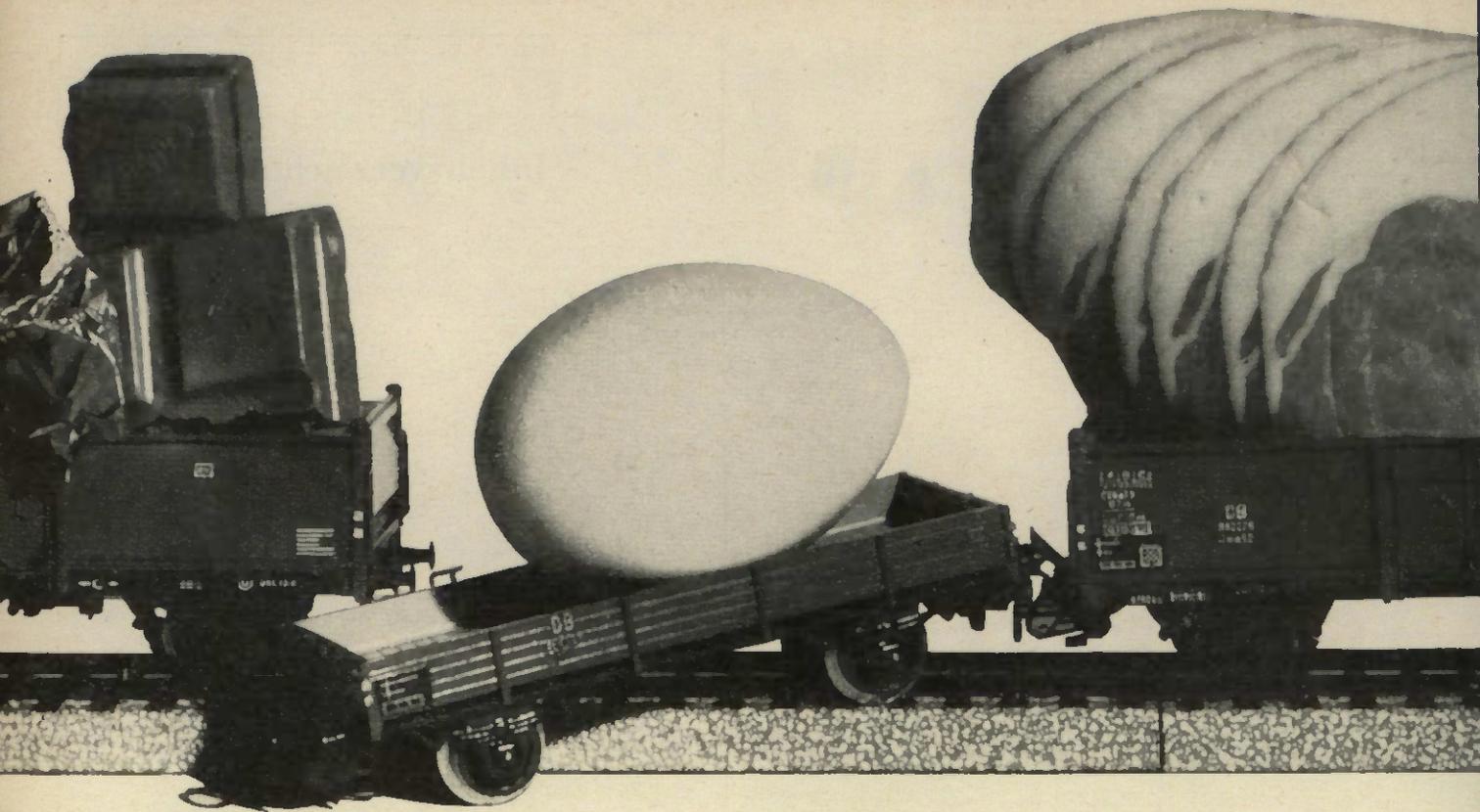
SYSTRAL

**Bei allen
allergischen
Erkrankungen**



Inhaltsverzeichnis

Verkehrsmedizinisches Seminar	477
Daeschlein: Der Verkehrsunfall — Ärztliche Sofortmaßnahmen	477
Hoffmann: Das Kreislaufverhalten beim Kraftfahrer und die Beeinträchtigung der Fahrsicherheit durch Krankheiten	478
Schmidt: Beeinträchtigung der Fahrsicherheit durch Medikamente	485
Ahnefeld: Die Erstversorgung Schwerverletzter am Unfallort	489
Bockelmann: Fahruntauglichkeit und ärztliche Schweigepflicht	497
AUS DEM STANDESLEBEN	502
Der 66. Deutsche Ärztetag in Mannheim: Neuwahlen — Beschlüsse — Entschlüsse — „60 000 DM Regresse — Das ist Wahnsinn!“	
FAKULTÄT UND PERSONALIA	507
Begemann — Borelli — Butenandt — Frey — Hennig — Schelcher — Stieve — Auszeichnung für besondere Verdienste	
AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN	508
Koerting: Bayerns historische Verdienste um die Pockenbekämpfung (IV)	
AUS DER BUNDESPOLITIK	514
Endlich einen Kompromiß gefunden — Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik — Staatsleistungen für den gesetzlichen Mutterschutz? — Votum des Bundestagsausschusses für Gesundheitswesen z. Novelle des Mutterschutzgesetzes — Aus der Fragestunde des Deutschen Bundestages: Mit Hormonen gefüttertes Geflügel? — Gesundheitsschädigende Lebensmittel — Medikament-Vorräte in Privathand	
AUS DER LANDESPOLITIK	518
Innenminister dankt den bayer. Ärzten — Umkämpfte Ministerialentschließung aufgehoben — Staatssekretär Dr. Pöhner übernimmt die Koordinierung d. Planungsarbeiten f. d. neue Münchner Großklinikum — Bericht d. Bayer. Staatsregierung über Maßnahmen z. Beseitigung d. Notstandes in den Universitätskliniken — Krankenpflegepersonal a. d. öffentl. rechtl. Krankenanstalten — Für baldige Reform d. Medizinstudiums — Einführung d. vertraulichen Leichenschaucheines — Luftverunreinigungen, Lärm und Erschütterungen — Der Haushalt d. Arbeitsministeriums	
AMTLICHES	541
Überleitungsabkommen zw. d. Bayer. Versicherungskammer — Ärzteversorgung- und d. Landesärztekammer Rheinland-Pfalz	
GESETZES- UND RECHTSFRAGEN	541
Poellinger: Verstöße gegen kassenärztl. Pflichten als Verletzung allgemein-ärztl. Berufspflichten — Versicherungspf. d. Praxisraummieters — Altersstufen in rechtl. Bedeutung	
STEUERFRAGEN	543
MITTEILUNGEN	546
Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Mai 1963	547
BUCHBESPRECHUNGEN	551
KONGRESSE UND FORTBILDUNG	552
Kongreßkalender	554



bei Diät- entgleisungen

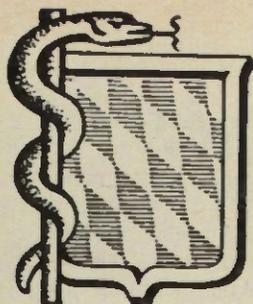
des
galleempfindlichen Patienten,
bei Beschwerden
des Cholecystektomierten,
bei Cholecystopathien,
Cholelithiasis
und beim Roemheld'schen
Symptomenkomplex:

Hepata[®]

Kombination pflanzlicher
Wirkstoffe, krampflösend,
entzündungshemmend,
gallefördernd.

40 Dragées DM 2.45 o.U.It.A.T.
100 Dragées DM 5.15 o.U.It.A.T.
Fl. 100 ccm DM 3.90 o.U.It.A.T.
Dr. Madaus & Co., Köln am Rhein





BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 7

München, Juli 1963

18. Jahrgang

Verkehrsmedizinisches Seminar

Referate bei einer Arbeitstagung in Ansbach

In den letzten Jahren hat die Verkehrsmedizin eine immer größere Bedeutung erhalten. Die ständig zunehmende Motorisierung und die damit verbundene Gefährdung der Menschen stellen auch den Arzt vor neue Probleme und große Aufgaben für Vorsorge und Heilung, angefangen vom Bemühen, die äußere Form und Ausgestaltung der Kraftfahrzeuge so zu beeinflussen, daß zusätzliche, unnötige Gefährdungen vermieden werden bis zur Wiederherstellung schwerstverletzter Menschen.

Zur umfassenden Bestandsaufnahme dieses Gebietes, zur Koordinierung aller Maßnahmen in diesem Zusammenhang und zur Erarbeitung von Arbeitsunterlagen für Verhandlungen mit Ministerien, Verwaltungsstellen und wissenschaftlichen Einrichtungen, hat die Bundesärztekammer im Februar dieses Jahres in Anwesenheit von Vertretern des Bundesgesundheits- und des Bundesverkehrsministeriums einen Ausschuß Verkehrsmedizin gegründet, dessen Leitung dem Internisten und Physiologen, Professor Dr. Kreienberg, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, übertragen wurde.

Wichtigen Teilgebieten der Verkehrsmedizin war auch ein „Verkehrsmedizinisches Seminar“ gewidmet, das im April dieses Jahres in Zusammenarbeit zwischen dem Ärztlichen Kreisverband Ansbach, der Landesverkehrswacht Bayern, der Verkehrswacht Ansbach und dem Bayerischen Roten Kreuz Ober- und Mittelfrankens in Ansbach veranstaltet worden war*).

Der Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes Ansbach, Herr Dr. Dr. Wendelstein, führte damals bei der Eröffnung des Seminars u. a. folgendes aus:

*) Siehe ersten Kurzbericht in Heft 5/63 des „Bayer. Ärzteblattes“.

„Der Unfalltod steht in der Weltstatistik an vierter Stelle, vor ihm rangieren nur noch der Herz-, der Ca-Tod und der Schlaganfall. In der Bundesrepublik erleben wir alle 5 Sekunden einen Verkehrsunfall, alle 30 Sekunden einen Schwerverletzten und beklagen alle 30 Minuten einen Verkehrstoten!

Die Verkehrsunfälle sind nun mal, wie Prof. Bauer mit Recht gesagt hat, der Tribut des Menschen an die Fortschritte der modernen Technik. Um so mehr ist die Technik natürlich verpflichtet, mit ihrer ganzen Dynamik Unfälle technisch mit zu verhüten und die Folgen vermeidlicher Unfälle auf ein Minimum zu reduzieren. Und uns Ärzten, als Sachwaltern der Volksgesundheit, obliegt um so mehr die Verpflichtung, Unfälle medizinisch mit zu verhüten und die erste, ärztliche, praktische, oft lebensentscheidende Hilfe und Heilbehandlung am Unfallort laufend zu verbessern, verbessert zu organisieren und zu vervollkommen. Wir wollen mit dem Begriff „Verkehrsmedizin“ durchaus nicht ein neues Schlagwort für den medizinischen Wortschatz prägen, es soll auch keineswegs für das so umfangreiche und vielseitige medizinische Arbeitsgebiet eine neue Fachdisziplin geschaffen werden, aber wir sollten als Ärzte die Grenzen der Physis und Psyche des Menschen kennen und sollten bestimmte Vorstellungen haben, welche Mängel und Krankheiten den Menschen für bestimmte Funktionen im Verkehr un-tüchtig, d. h. verkehrsgefährdend machen.

So verstehen wir unter Verkehrsmedizin die Aufgabe, alle Maßnahmen der modernen Verkehrspolitik mit den Grenzen der psychophysischen Leistungsfähigkeit und der dynamischen Widerstandsfähigkeit des Menschen in Einklang zu bringen.“

Der Verkehrsunfall – Ärztliche Sofortmaßnahmen

Von Dr. med. Fr. Daeschlein, prakt. Arzt

Die Öffentlichkeit wie auch der Gesetzgeber erwarten fachkundige Hilfe von jedem approbierten Arzt, gleich welcher Fachrichtung, ob praktischer Arzt oder Facharzt. Sie erwarten von ihm lebensrettende und lebenserhaltende Maßnahmen am Unfallort nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen. Und die Unfall-opfer, in Lebensgefahr geratene und in Todesangst schwebende Menschen, vertrauen darauf, daß der herbeigerufene oder durch Zufall vorbeikommende Arzt in voller ärztlicher Verantwortung und in letzter Entscheidung an ihnen handelt.

Ärztliche Verantwortung übernehmen zu können, hat jedoch zur Voraussetzung ein großes Maß von fachlichem Wissen, von fachlichem Können, von Erfahrung, von einfühlerischem Verständnis, hat zur Voraussetzung nicht zuletzt die uneingeschränkte Bereitschaft, zu helfen. Und schwer gewogen und geprüft stehen ärztliche Handlung und Haltung in der Zone des Sterbens.

Diese Gedanken zwingen uns zu der Frage: Sind wir Ärzte den großen Aufgaben gewachsen, die uns durch die unerbittlich fortschreitende Motorisierung gestellt sind, die auf uns zukommen durch das Ansteigen der

heute schon schockierenden Unfallzahlen? Im Jahr 1962 ist in der Bundesrepublik die Millionengrenze der Straßenverkehrsunfälle überschritten worden. Von den dabei rund 450 000 Verletzten haben 45%, also fast die Hälfte, dringend ärztliche Hilfe benötigt. Von den annähernd 15 000 Unfalldoten wären sicher viele gerettet worden, wenn rasche und zweckmäßige Hilfe möglich gewesen wäre.

Zwischen dem Unfallereignis und der Aufnahme im Krankenhaus besteht noch eine gefährliche Lücke, liegt ein Zeitraum, in dem Unfallverletzte infolge widriger Umstände bisher keine oder keine rechtzeitige, fachkundige Hilfe erfahren konnten und deshalb ersticken, verbluten, einen Herzstillstand erleiden mußten, an einem schweren Schock zugrunde gehen oder einem Transporttrauma erliegen mußten.

Wir Ärzte, die wir in unserer Berufsausübung in alle menschlichen Bereiche des Lebens und des Vergehens hineinreichen, müssen auch hier mit unserem Einsatz am Unfallort helfen, diese Lücke zu schließen. Wir wollen entscheidend dazu beitragen, die Unfallfolgen zu mindern und die erschreckend hohe Zahl der Verkehrstoten zu verringern, die uns in der Unfallstatistik der Welt an die zweite Stelle gerückt haben.

Unser heutiges Können, unser gegenwärtiges ärztliches Vermögen innerhalb aller Teilgebiete der Medizin, ist gegenüber der Vergangenheit gewaltig angewachsen, und zu dem humanitären Auftrag des Arztes: „nil nocere“ gesellt sich mit immer größerer Vordringlichkeit das Gebot: „Nichts zu versäumen“. Wenn vor Jahren noch in jedem Falle ein sofortiger rascher Transport Unfallverletzter in das Krankenhaus die

erste Forderung der ärztlichen Versorgung war, so beherrschen heute die Erreichung und Erhaltung der Transportfähigkeit, die Transportdauer und das mögliche Transporttrauma die ärztlichen Überlegungen. Es wird angestrebt, daß die erste ärztliche Hilfe vorverlegt wird — an den Unfallort und vor den Transport ins Krankenhaus. Das bedeutet, daß wir uns mit dem Wissen und Können der modernen Anaesthesie und Unfallchirurgie beschäftigen müssen. In der Erkenntnis, daß sich die an den Arzt gestellten Anforderungen in den letzten Jahrzehnten grundlegend geändert haben. Wir haben die Pflicht, uns mit den Fortschritten ärztlicher Wiederbelebung, mit der Dringlichkeitsmedizin und Notfalltherapie vertraut zu machen.

Wir erkennen die Forderung der heutigen Zeit, die Grenzen eigener unfallärztlicher Fähigkeiten zu erweitern, sei es durch das Studium der ärztlichen Literatur oder durch Teilnahme an Fortbildungskursen, besonders an Kursen mit der Möglichkeit praktischer Übungen. Die Ärztekammern haben bereits im vergangenen Winter das Problem der Erstversorgung am Unfallort als Schwerpunkt der Fortbildungsarbeit herausgestellt.

Das Rote Kreuz bemüht sich darüber hinaus, seine Ärzte im Unfallrettungsdienst nach den neuesten Erkenntnissen aus- und fortzubilden. Die Landesverkehrswacht München und die örtliche Verkehrswacht Ansbach haben in enger Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft und dem Roten Kreuz das verkehrsmedizinische Seminar in Ansbach veranstaltet mit den zwei Hauptthemen: Unfallverhütung und Minderung der Unfallfolgen.

Anschr. d. Verf.: 8802 Petersaurach b. Ansbach.

Aus der Medizinischen Universitätsklinik Bonn-Venusberg (Direktor: Professor Dr. A. Heymer)

Das Kreislaufverhalten beim Kraftfahrer und die Beeinträchtigung der Fahrsicherheit durch Krankheiten

Von Dr. med. Dr. phil. Dipl.-Psych. H. Hoffmann, Privatdozent für Innere Medizin und Verkehrsmedizin

Wenn die Tauglichkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges im allgemeinen oder gar die besondere Eignung als Kraftfahrer bei Spezialeinsätzen bzw. als Berufskraftfahrer festgestellt werden soll, ergeben sich Probleme, die eigentl. nicht von denen abweichen, die bei der Tauglichkeits- oder Eignungsbeurteilung für andere Berufe auftreten. Speziell bei den Kraftfahrern bieten sich aber besondere Schwierigkeiten.

Drei Voraussetzungen sind zu erfüllen, um die Tauglichkeit im allgemeinen oder sogar die besondere Eignung feststellen zu können:

1. Die besonderen Merkmale und die Leistungsanforderungen der Tätigkeiten, für die die Tauglichkeit oder Eignung festzustellen ist, müssen bekannt sein, d. h., das „Berufsprofil“ (der Begriff ist der Arbeitspsychologie entnommen) muß feststehen.
2. Es muß Klarheit darüber herrschen, welche besonderen „Eigenschaften“ bei der zu beurteilenden Persönlichkeit erwartet werden müssen, damit die speziellen Leistungsanforderungen erfüllt werden können.

3. Die für die Erfüllung der speziellen Leistungsanforderungen zu erwartenden „Eigenschaften“ müssen prüfbar und feststellbar sein.

Da „menschliches Versagen“ in einem hohen Prozentsatz als Unfallursache auftritt und somit in erster Linie persönlichkeitsbedingte Faktoren für den Anstieg der Verkehrsunfallziffern verantwortlich gemacht werden müssen, wird dem in der Fahrtauglichkeitsbeurteilung tätigen Gutachter eine besondere Verantwortung aufgebürdet.

Die amtliche Verkehrsunfallursachenstatistik nennt allerdings nur in einem verschwindend kleinen Prozentsatz Gesundheitsstörungen als Ursache von Verkehrsunfällen. Dies liegt aber daran, daß die amtliche Verkehrsunfallursachenstatistik eigentlich lediglich eine Unfallphänomenologie darstellt, d. h. nur den Hergang eines Unfalls beschreibt und statistisch erfaßt, über die eigentlichen Ursachen aber eine Aussage gar nicht machen kann, da diese in der Regel unentdeckt bleiben. Die eigentliche Ursache des Auffahrens, des Abkommens von der Fahrbahn, des Nichtbeachtens der Vorfahrt usw. — Ursachen, die beim Kraftfahrzeug-

fürher selbst liegen —, bleiben in der Regel unentdeckt. Darüber hinaus werden Gesundheitsstörungen als Unfallursache eigentlich nur bei Alkoholdelikten vermutet, da die übrigen Gesundheitsstörungen, die ebenfalls Unfallursache werden können — wie im einzelnen noch darzulegen ist — nur bei einer ärztlichen Untersuchung aufgedeckt werden. Solange es aber lediglich dem mit der Unfallbearbeitung beauftragten Polizeibeamten überlassen bleibt, ob und wer der bei dem Unfall beteiligten Fahrer einer ärztlichen Untersuchung unterzogen wird, müssen medizinisch faßbare Persönlichkeitsmängel praktisch unentdeckt bleiben, da das Verbergen von Erkrankungen speziell auf dem innermedizinischen Fachgebiet vor einem Laien besonders leicht ist und das Erkennen derartiger Erkrankungen für einen Laien andererseits als unzumutbar schwierig bezeichnet werden muß. Man wird also davon ausgehen müssen, daß die amtliche Unfallursachenstatistik die wirklichen Verhältnisse nicht widerspiegelt.

Die Tauglichkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges im allgemeinen und erst recht die besondere Eignung für Spezialeinsätze sind an die Anwesenheit einer Reihe von körperlichen und seelischen Mindestvoraussetzungen gebunden, deren Feststellung Aufgabe der Tauglichkeits- bzw. Eignungsbegutachtung ist. Hier stellt sich bei Kraftfahrern allerdings eine besondere Schwierigkeit ein. Es gibt zwar typische Berufsbilder, beispielsweise für die Landwirte, für die Seeleute, für die Bauhandwerker usw. Diese Berufe verlangen eine bestimmte Anpassung an die besonderen beruflichen Bedingungen, die optimal gelingt, wenn bestimmte Grundeigenschaften vorhanden sind. Es gibt aber bisher kein typisches Berufsbild für Kraftfahrer. Auch die sog. Berufskraftfahrer bilden aus vielerlei Gründen keine Ausnahme. Ein Grund mag vielleicht darin liegen, daß das Führen eines Kraftfahrzeuges weniger handwerkliches Geschick und weniger Lehrzeit verlangt als andere Berufe und die Bedienung eines Fahrzeuges durch die Perfektionierung der Technik weniger menschliche Intelligenz und weniger Anpassungsleistung verlangt, als dies bei anderen beruflichen Tätigkeiten der Fall ist. Dafür treten hier andere Eigenschaften in den Vordergrund. Die Fahrtechnik verlangt bereits intakte Sinnesorgane und intakte Bewegungsorgane, die sich durch die Untersuchung der Psychomotorik und der Intelligenz erfassen lassen. Das verkehrsgerechte Verhalten, das unfallfreie Fahren und das Beherrschen der Straßenverkehrssituation sind aber „Leistungsanforderungen“, zu deren Bewältigung charakterologische Voraussetzungen wichtiger sind als solche der Psychomotorik und der Intelligenz, ohne letztere in ihrer Bedeutung völlig zu unterschätzen. In Ermangelung eines typischen Berufsbildes für Kraftfahrer ist die Tauglichkeitsbegutachtung aber in Kenntnis mindestens einiger unfalldisponierender Persönlichkeitsmängel keine Suche nach optimalen Eigenschaften, sondern entsprechend eine Fahndung nach Mängeln.

Darüber hinaus muß Klarheit darüber bestehen, daß es neben der konstitutionsbedingten Unfallaffinität auch eine dispositionsabhängige Neigung zum Fehlverhalten im Straßenverkehr gibt, wie sich beispielsweise bei den typischen Verkehrsdelikten Jugendlicher ebenso wie bei den typischen Verkehrsdelikten der Fahrer der involutiven Lebensphase erkennen läßt und wie von erkrankten Kraftfahrern berichtet werden kann.

Für die verkehrsmedizinische Beurteilung sind weniger die Erkrankungen von Bedeutung, die den Menschen ohnehin völlig untauglich machen, ein Fahrzeug erst in Bewegung zu setzen, als vielmehr die Erkrankungen, bei denen die rein motorische Beherrschung eines Fahrzeuges noch gelingt (Erkrankungen des Herzkreislauf-Systems, Gefäßerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Alters- und Abbauerscheinungen, schwere Störungen der vegetativen Regulation, Erkrankungen des Zentralnervensystems, zehrende Allgemeinerkrankungen und akut fieberhafte Erkrankungen), die aber zu einer mittelbaren oder sogar unmittelbaren Beeinträchtigung der höheren Sinnesleistungen (Bewußtsein, Konzentrationsfähigkeit, Reaktionsverhalten, Aufmerksamkeit) führen kann und so zwar nicht das „Ingangsetzen des Fahrzeuges“ behindern, aber das verkehrsgerechte Führen eines Fahrzeuges durch den Straßenverkehr verunmöglichen.

So wird klar, warum wegen der nicht zur konstitutionsbedingten, sondern auch dispositionsabhängigen Unfallaffinität die Tauglichkeits- und Eignungsbegutachtung bei Kraftfahrern nicht nur eine Frage der Charakterkunde und damit eine Frage der Psychologen, sondern eine Frage körperlicher Gesundheit sein muß.

Der Schwerpunkt der körperlichen Untersuchung liegt bei der Fahndung nach Herz- und Kreislaufstörungen, nach Erkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems, nach einer Minderung des Sehvermögens, der Farbsinnstörungen, der Beeinträchtigung des Dunkelsehens, der Gesichtsfeldeinschränkung, der Stoffwechselerkrankung, der Alters- und Abbauerscheinungen, der schweren Störungen der vegetativen Regulation, der Epilepsie, nach einer Fahndung nach psychiatrischen Zustandsbildern im weitesten Sinne (Alkoholismus und Sucht), nach Amputation, Lähmungen und anderen Behinderungen des Bewegungsapparates, die im speziellen Fall darauf hin zu prüfen sind, inwieweit sich hieraus eine Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit ergeben kann.

Die seelischen Voraussetzungen sind durch die großen Hauptgruppen „Intelligenz, psychophysische Leistungsfähigkeit und charakterliche Voraussetzungen“ umrissen. Im einzelnen werden sich diese Untersuchungen darauf richten müssen, Störungen des Denkens und der Urteilskraft, Verminderung der intellektuellen Anpassungsmöglichkeit, Störungen der Konzentration, Störungen der optimalen Orientierung, der Willkürmotorik, der psychophysischen Belastbarkeit, des Reaktions- und Aktionsverhaltens, der Aufmerksamkeitskonstanz, der emotionalen Ausgeglichenheit, der Antriebsbereiche und der sozialen Einordnungsbereitschaft festzustellen. Für jeden psychologischen Befund gilt, daß er zwingend vor dem Hintergrund „Persönlichkeit“ gesehen werden muß. Hier erhält er erst seinen Stellenwert. Erst seine Einordnung in das Koordinatensystem „Persönlichkeit“ erlaubt, wenn auch mit gebotener Zurückhaltung, eine Prognose. Inwieweit die „Persönlichkeitserfassung“ aus der Exploration, der Verhaltensbeobachtung, der Lebenslaufanalyse und der Feststellung von mehr „Aktuell-seelischem“ durch Anwendung psychologischer Testverfahren gelingt, ist nur mit großer Zurückhaltung zu beurteilen. Die Feststellung der psychophysischen Leistungsfähigkeit, zu der eine Reihe von Geräten geläufig ist, wird nach den Leistungen der Willkürmotorik, der Belastbarkeit, der Störanfälligkeit,

der optischen Orientierung und nach dem Reaktionsverhalten sich richten. Allerdings wird auch hier nur im Zusammenhang mit einer zutreffenden Persönlichkeitsdiagnostik aufzuklären sein, warum im Einzelfalle Störungen der psychophysischen Leistungsfähigkeit auftreten, und nur im Zusammenhang damit wird eine vorsichtige Prognose hinsichtlich Tauglichkeit oder Eignung bei Störungen der psychophysischen Leistungsfähigkeit möglich sein.

Demgegenüber ist die Untersuchung der Intelligenz methodisch relativ einfach.

Kritische Anmerkungen sind aber hier schon im Hinblick auf die Feststellung der Konzentrationsfähigkeit erforderlich. Der Kraftfahrzeugführer verfügt über eine weitgehend automatisierte und im wesentlichen unreflektierte selektiv auf die Sicherung des Fahrablaufes gerichtete Fahraufmerksamkeit (Grundspannung), die sich wesensmäßig — obwohl es sich auch hier noch um eine höhere geistige Leistung in der Sphäre des Bewußtseins handelt — von der „Konzentration“ unterscheidet, die in Konzentrationstests als konzentrierte, voll reflektierte Aufmerksamkeit geprüft und faßbar wird. Insofern treffen die durchgeführten Konzentrations- und Aufmerksamkeits-tests nicht die Funktion des Kraftfahrers, die für das Führen eines Kraftfahrzeuges entscheidend ist.

Während sich nämlich bei der allgemeinen Tauglichkeits- und Eignungsbegutachtung in anderen Bereichen als denen des Verkehrswesens die Bedingungen des „Arbeitsplatzes“, für den eine besondere Tauglichkeit oder Eignung festgestellt werden soll, im Laboratorium in den meisten Fällen werden imitieren lassen, gilt dies für die Tauglichkeits- und Eignungsbegutachtung im Verkehrswesen nur in wesentlich eingeschränktem Maße. Während sich der körperliche Gesundheitszustand überwiegend unabhängig vom Kraftfahrzeug feststellen läßt, ist das bei den seelischen Voraussetzungen da, wo die Prüfung nicht unter echten Fahrpraxisbedingungen stattfinden kann, schon sehr problematisch. Die Untersuchungen gemäß den oben dargelegten Schwerpunkten lassen sich also im Hinblick auf die Feststellung der Kraftfahrtauglichkeit nur zu einem Teil im Laboratorium durchführen und bieten zu diesem Teil auch begründete Aussicht auf verwertbare Ergebnisse. Zu einem anderen, wesentlichen Teil wird aber die eigentliche Fahrpraxis nicht durch das Laboratorium zu ersetzen sein, da die Blässe der im Laboratorium versuchten Imitation in der Praxis nicht ausgeschlossen werden kann. So ist beispielsweise die affektiv-emotionale Belastung, die die eigentliche Störanfälligkeit und die Aufmerksamkeitskonstanz des Kraftfahrers beeinflusst, im Laboratorium ebensowenig herzustellen, wie sich die Bedingungen imitieren lassen, die für die kraftfahrtspezifische selektive Aufmerksamkeit des Kraftfahrzeugführers entscheidend sind. Das Kreislaufverhalten des gesunden und erst recht des kranken Kraftfahrzeugführers kann auch im Laboratorium im allgemeinen nicht darauf hin geprüft werden, inwieweit sich Veränderungen der Kreislaufgrößen unter tatsächlichen Fahrbedingungen einstellen. Weiterhin sind die während eines Fahrversuches zu machenden Beobachtungen beim Kraftfahrzeugführer im Hinblick auf eine Steigerung der Störanfälligkeit, auf eine Störung des Aktions- und Reaktionsverhaltens, auf eine Störung der psychophysischen Belastbarkeit, auf eine

Störung der emotionalen Ausgeglichenheit durch diagnostische psychologische Methoden nur schwer oder gar nicht zu erfassen und zu ersetzen, da diesen Laboratoriumsmethoden in jedem Falle der aktuelle Bezug zur Situation des Kraftfahrzeugführers und damit das affektiv-emotionale Moment als wesentliche Determinante der psychophysischen Leistungsfähigkeit fehlt. Das Unbehagen über die mangelnde Vorhersagemöglichkeit der Laboratoriumsdiagnostik im Hinblick auf die Tauglichkeit oder die spezielle Eignung zum Führen eines Kraftfahrzeuges hatte uns veranlaßt, nach anderen Wegen zu suchen, die eine Untersuchung ausschließlich unter Fahrpraxisbedingungen ermöglichen.

Wir entwickelten an der Klinik von Professor Heymer seinerzeit in Essen und dann seit 1959 an der Medizinischen Universitätsklinik in Bonn eine Methode, die es erlaubt, drei Ableitungen des EKG, die Pulsfrequenz, den Blutdruck, die Geschwindigkeit des Fahrzeuges und eine fortlaufende Schilderung der Verkehrssituation aus dem fahrenden Wagen vom Fahrzeug und vom Kraftfahrzeugführer selbst, der in seinen Bewegungsmöglichkeiten und notwendigen Funktionen zum Führen eines Kraftfahrzeuges hierdurch nicht gestört wird, auf dem Funkwege in die Klinik zu übertragen und dort streng simultan zu registrieren bzw. auf einem Magnettongerät zu speichern. Bei dieser fortlaufenden Untersuchung des Kreislaufverhaltens von Kraftfahrzeugführern, die durch eine Beobachtung des Fahrverhaltens ergänzt wird, erhielten wir Aufschlüsse über krankhafte Zustände bzw. als krankhaft anzusehende Veränderungen von Kreislaufgrößen, die während der Fahrt beim Kraftfahrzeugführer auftreten bzw. bei vorbestehenden Kreislaufkrankungen zusätzlich auftraten und jetzt darauf hin beurteilt werden können, ob sie einerseits eine für den bereits Kreislaufkranken unzumutbare zusätzliche Belastung oder andererseits durch die Gefahr plötzlichen Kreislaufversagens eine Einschränkung oder Aufhebung der Tauglichkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges bedingen. Andererseits ergab die Registrierung mehrerer Kreislaufgrößen einen Einblick in die vegetativen Reaktionen, die wiederum zu der psychischen Belastung in eine Beziehung gesetzt werden können. Ein Einblick in das vegetative Reaktionsverhalten des Kraftfahrzeugführers ergibt wichtige Aufschlüsse für die Unfallursachenforschung. Die geistig-seelische Beanspruchung des Kraftfahrzeugführers prävaliert ohne Zweifel vor der körperlichen Beanspruchung und wechselt je nach der besonderen Konstitution des Fahrers, nach Verkehrssituation, Fahrzeug und Fahrweise. Daß Einsatzfahrten und Alarmfahrten hierbei eine besondere Rolle spielen, ist unbestritten.

Die Beobachtung im Fahrverhalten ergibt zusammen mit dem Protokoll vegetativer Reaktionen, das streng simultan entsteht und eine augenblickliche Zuordnung zu den verschiedenen Verkehrssituationen gestattet, eine mit objektiven Daten korrelierbare „Verhaltensbeobachtung“. Hier wird die im Laboratoriumsexperiment provozierte Verhaltensweise eines Prüflings, aus deren Beobachtung man Schlüsse zu ziehen hofft, die auf sein Verhalten in der Verkehrssituation transportierbar sein sollten, nicht in der Blässe der Laboratoriumssituation erzeugt, sondern in der Lebensituation tatsächlich beobachtet, wobei objektive Daten die Beobachtungen ergänzen und korrigieren können. Psychotechnische Untersuchungen anstelle von Fahrversuchen

würden zu diesem Problem nur einen beschränkten Aussagewert haben, da sie die Wirklichkeit nicht ausreichend widerspiegeln und eine den natürlichen Bedingungen nicht angepaßte Einstellung zur Leistungsbereitschaft der Testperson zur Folge hätten.

Der Wert einer wirklich unter Fahrpraxisbedingungen durchgeführten Untersuchung erhöht sich, wenn nicht nur die Tauglichkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges generell, sondern darüber hinaus die spezielle Eignung für besondere Einsätze zur Diskussion steht oder sogar besonnenes, umsichtiges und vernünftiges Handeln unmittelbar nach körperlichen und seelischen Spitzenbelastungen — wie z. B. bei der Autobahnpolizei im Einsatz — erwartet wird.

Wir haben mit der geschilderten Methodik mehrere Hundert*) gesunde und auch kranke Kraftfahrzeugführer unter verschiedenen Verkehrsbedingungen untersucht (verkehrsarme Landstraßen, Stadtverkehr und kritische Verkehrssituationen). Hierbei zeigte sich, daß etwas mehr als 80% der untersuchten gesunden Kraftfahrer eine um ca. 10% erhöhte Pulsfrequenz am Steuer ihres Kraftfahrzeuges aufwiesen, obwohl es sich um eine völlig freie Strecke handelte und eine „besondere Belastung“ des Kraftfahrzeugführers nicht erkennbar wurde. Diese Pulsfrequenzsteigerung war nicht durch mechanische Haltearbeit im Kraftfahrzeug bedingt, da wir sie bei Beifahrern nicht beobachten konnten. Sie stellt auch keine unechte Pulsfrequenzsteigerung insofern dar, als wir etwa gegenüber den Ruhewerten verglichen, die wir vorher im Laboratorium erhalten hatten. Die Steigerung der Pulsfrequenz betrifft den Unterschied zwischen den Werten, die wir im stehenden Fahrzeug beim sitzenden Fahrer gemessen haben und den Werten, die im rollenden Wagen während des Führens eines Kraftfahrzeuges registriert wurden. Die Pulsfrequenz erhöhte sich augenblicklich, wenn das Fahrzeug „anrollte“, um mindestens 10 bis 15% und blieb auf diesem erhöhten Niveau, solange das Fahrzeug in Bewegung gehalten wurde. Nachdem körperliche Arbeitsbelastung für die Pulsfrequenzsteigerung ausscheidet, bleiben nur seelische Faktoren als Ursachen über. Es ist aber andererseits ganz unwahrscheinlich, daß Affekte oder Emotionen ursächlich für die bei unseren Fahrern beobachteten Frequenzänderungen der Herzaktion bereits auf freier Strecke verantwortlich zu machen sind. Es handelt sich bei den hier beobachteten Veränderungen der Herzschlagfolge vielmehr um den Ausdruck einer den meisten erfahrenen Kraftfahrern nicht mehr bewußten, weitgehend unreflektierten Aufmerksamkeitsspannung, die nur der Fahranfänger noch empfindet, die aber mit steigender Fahrpraxis vom Kraftfahrzeugführer selbst nicht mehr wahrgenommen wird. Sie ist aber zweifellos vorhanden und ermöglicht neben den notwendigen „Automatismen“, die den Fahrer in den Stand versetzen, sein Fahrzeug überhaupt zu beherrschen, nicht nur die Perception, sondern gerade die rasche und rechtzeitige Apperzeption der Verkehrssituation und ist so unabdingbare Voraussetzung für verkehrsgerechtes Verhalten und sinnvolles Einordnen in die jeweils herrschende Situation. Es kann gar keinem Zweifel unterliegen, daß es sich beim Führen eines Kraftfahrzeuges durch den Straßenverkehr um eine höhere geistige Leistung handelt, die nicht ausschließlich oder nicht einmal überwiegend durch reflektorische Reaktionen erbracht werden kann.

*) Die folgenden Tabellen bezogen sich auf 600 Fahrer.

Entsprechend den steigenden Anforderungen an Kraftfahrzeugführer im Stadtverkehr und erst recht bei kritischen Verkehrssituationen fanden wir schon bei den gesunden Kraftfahrern infolge der ebenfalls steigenden Anforderungen an die Aufmerksamkeit des Kraftwagenführers und auch unabhängig von den in diesen Situationen auftretenden Affekten und Emotionen stärkere Veränderungen im Ablauf der Herzstromkurve. Diese Änderungen der Kreislaufgrößen wurden erst recht bei kritischen Verkehrssituationen ausgeprägt.

Tabelle 1

Das Kreislaufverhalten gesunder Kraftfahrzeugführer in verschiedenen Verkehrslagen

		Pulsfrequenz						
		Anstieg gegenüber den Ruhewerten						
		±0%	+10%	+20%	+30%	+40%	+50%	+60%
Verkehrsarme Landstraßen:		10,83	78,7	10,47				
Stadtverkehr:			11,55	60,20	20,28	6,65	1,32	
Kritische Verkehrssituationen:			11,55	46,15	28,3	11,17	2,8	

(Steigerung der Pulsfrequenz unter den verschiedenen Verkehrssituationen in % aller untersuchten Fälle.)

Tabelle 2

Das Kreislaufverhalten gesunder Kraftfahrzeugführer in verschiedenen Verkehrslagen

		Blutdruck				
		Anstieg gegenüber den Ruhewerten				
		±0%	+10%	+20%	+30%	+40%
Verkehrsarme Landstraßen:		84,3	11,18	4,52		
Stadtverkehr:		70,3	28,53	1,20		
Kritische Verkehrssituationen:		57,3	30,4	11,2	1,1	

(Anstieg des Blutdrucks unter den verschiedenen Verkehrssituationen in % aller untersuchten Fälle.)

Tabelle 3

Das Kreislaufverhalten gesunder Kraftfahrzeugführer in verschiedenen Verkehrslagen

		Elektrokardiogramm	
		keine zusätzlichen pathologischen Änderungen	zusätzliche pathologische Änderungen
Verkehrsarme Landstraßen		100 %	
Stadtverkehr		84,25%	15,75%
Kritische Verkehrssituationen		76,25%	23,75%

(Die Veränderungen im Elektrokardiogramm unter den verschiedenen Verkehrssituationen in % aller untersuchten Fälle.)

Das Auftreten derartiger, registrierbarer Kreislaufbelastungen schon bei gesunden Kraftfahrzeugführern, der Nachweis eines Mißverhältnisses zwischen Sauerstoffbedarf im Herzmuskel (pathologisches EKG), bedeutet für die Tauglichkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges unter der Voraussetzung körperlicher Gesundheit weder eine Einschränkung noch einen Ausschluß. Wir haben lediglich durch diese Untersuchungen bei gesunden Kraftfahrzeugführern festgestellt, in welchem Ausmaß und in welchem Grade mit Kreis-

laufbelastungen wegen der aufgetretenen psychischen Belastungen gerechnet werden muß. Die psychische Belastung und in Abhängigkeit davon auch die körperliche Belastung (Kreislaufbelastung) ist eine Funktion des Risikoerlebnisses und nicht des objektiven Risikogehaltes der Verkehrssituation. Während beispielsweise bei einer Geschwindigkeit von mehr als 100 km/h die zu erwartenden Unfallfolgen wesentlich schwerer verlaufen werden als bei einer Geschwindigkeit von nur 30 oder 40 km/h, waren für das Ausmaß der beobachteten psychischen Belastungen und körperlichen Belastungen die Verkehrssituation und der in das Bewußtsein gedrungene Schwierigkeitsgrad bzw. der Grad der Bedrohung, ein Fahrzeug in dieser Situation zu führen, ausschlaggebend. So verursachten beispielsweise hohe Geschwindigkeiten auf völlig freier Autobahn, wie wir bei fast 300 Untersuchten feststellen konnten, keine nennenswerten Kreislaufänderungen. Dies änderte sich aber in dem Augenblick, in dem auch auf der Autobahn der Verkehr dicht und zum Teil unübersichtlich wurde, so daß wir hier Veränderungen von Kreislaufgrößen wie beim Stadtverkehr oder selbst bei besonders kritischen Verkehrssituationen beobachten konnten.

Die Untersuchungen an gesunden Kraftfahrzeugführern sollten auch nur die Basis abgeben für die Beurteilung der Tauglichkeit von Kraftfahrzeugführern mit beispielsweise einer Erkrankung des Herz-Kreislaufsystems.

Wir wissen jetzt, daß für bestimmte Formen der Bluthochdruckerkrankung das Führen eines Kraftfahrzeuges eine weitere erhebliche Steigerung des Blutdruckes zur Folge hat und somit eine Gefährdung des Kraftfahrzeugführers selbst — auch wenn es nicht zu einem Unfall kommt — durch dauernde erhebliche Blutdrucksteigerung belegt werden kann.

Tabelle 4

Das Kreislaufverhalten bei Kraftfahrzeugführern mit einer Hypertonie (53 Fahrer)

Blutdruck						
Anstieg gegenüber den Ruhewerten						
	±0%	+10%	+20%	+30%	+40%	+50%
Verkehrsarme Landstraßen:	20,6	55,9	23,5			
Stadtverkehr:	2,90	32,40	47,0	17,7		
Kritische Verkehrssituationen:	14,7	50,0	35,3			

(Anstieg des Blutdruckes unter den verschiedenen Verkehrssituationen in % aller untersuchten Fälle.)

Dies trifft allerdings nicht für alle Formen der Bluthochdruckerkrankung zu. Differenzierte Untersuchungen sind jeweils notwendig.

Besonders gefährdet sind Kranke mit einer Neigung zu „Herzschmerzanfällen“ (Angina-pectoris-Syndrom). Hier kommt es unter besonders kritischen Verkehrsbedingungen, aber auch schon im normalen Stadtverkehr sowohl zu Herzschmerzfällen, als auch zu Veränderungen im Ablauf der Herzstromkurve und der Herzschlagfolge, die vom Kraftfahrer selbst zum Teil nicht bemerkt werden. Teilweise sind auch Zustände von Übelkeit und Unwohlsein aufgetreten, die den Fahrer augenblicklich nicht mehr in die Lage versetzen, sein Fahrzeug verkehrsgerecht zu führen.

Tabelle 5

Das Kreislaufverhalten bei Kraftfahrzeugführern mit einer Koronarinsuffizienz (62 Fahrer)

	Elektrokardiogramm	
	keine zusätzlichen pathologischen Änderungen	zusätzliche pathologische Änderungen
Verkehrsarme Landstraßen:	87,5%	11,5%
Stadtverkehr:	53,9%	46,1%
Kritische Verkehrssituationen:	38,5%	61,5%

(Veränderungen im Elektrokardiogramm unter den verschiedenen Verkehrssituationen in % aller untersuchten Fälle.)

Auch der Angina-pectoris-Kranke ist nicht nur selbst gefährdet, wenn er seinen Wagen durch den normalen Straßenverkehr führt. Er gefährdet auch die übrigen Verkehrsteilnehmer dadurch, daß die bei ihm auftretenden Veränderungen am Herz-Kreislauf-System mindestens vorübergehend — und zum Teil auch von ihm selbst nicht einmal bemerkbar — Fahruntüchtigkeit zur Folge haben.

Ganz ähnlich liegen die Verhältnisse, wenn eine Herzmuskelsuffizienz vorliegt, da hier jede weitere Steigerung der Schlagfrequenz eine unzumutbare Belastung für das Herz, ähnlich wie bei jeder körperlichen Belastung, darstellt.

Tabelle 6

Das Kreislaufverhalten bei Kraftfahrzeugführern mit einer Herzmuskelsuffizienz (42 Fahrer)

	Pulsfrequenz						
	Anstieg gegenüber den Ruhewerten						
	±0%	+10%	+20%	+30%	+40%	+50%	+60%
Verkehrsarme Landstraßen:	45,8	33,33	20,87				
Stadtverkehr:		29,16	37,5	16,67	16,67		
Kritische Verkehrssituationen:		16,67	33,33	20,84	29,16		

(Steigerung der Pulsfrequenz unter den verschiedenen Verkehrssituationen in % aller untersuchten Fälle.)

Auch hier liegt die Gefährdung nicht nur darin, daß der Kraftfahrzeugführer selbst sich gefährlichen Belastungen aussetzt, sondern auch darin, daß seine während der Fahrt aufgetretene und für ihn zum Teil nicht einsehbare und nicht bemerkbare Fahruntüchtigkeit eine Gefährdung für den Straßenverkehr überhaupt darstellt, wie wir in nicht wenigen Fällen während unserer Untersuchung beobachten konnten.

Besonderen Wert hatte unser Untersuchungsverfahren auch in den Fällen, in denen die spezielle Eignung für beispielsweise die Autobahnpolizei zur Diskussion stand. Hier war es möglich, Fahrer mit erhöhter Störanfälligkeit und Zeichen einer vegetativen Labilität, die gerade durch schwierige Verkehrssituationen leicht irritierbar waren, obwohl am Fahrverhalten selbst nichts auszusetzen war, von diesen besonderen Belastungen auszuschließen, da einerseits die Spezialeinsätze gerade der Autobahnpolizei erhöhte psychische und damit auch körperliche Belastung bedeuten und andererseits gerade von diesen Beamten Ruhe, Ausgeglichenheit und kühle Übersicht gerade in kritischen Situationen verlangt wird.

Altersherz
nervöses Herz
für das erschöpfte Herz
zur Intervalltherapie



Sind Glykoside I. Ordnung
noch nicht oder nicht
mehr erforderlich, dann

CARD-OMPIN®

das synergistische Cardiacum
mit potenziierter Wirkung

Beseitigt eindrucksvoll cardial bedingte
innere Unruhe und Schlafstörungen,
erhält die Kompensation und korrigiert
leichte Dekompensationen behandlungs-
bedürftiger Altersherzen, verbessert die
Durchblutung der Herz- und Coronargefäße
und entlastet den Kreislauf

Standardisiertes Cardiacum aus Convallaria - Adonis - Crataegus
Valeriana - blattfremdem Saponin - Ol. Menth. pip.

Handelsformen:

Pckg. mit 25 ccm DM 2.- o. U.

Pckg. mit 50 Drag. DM 2.- o. U.



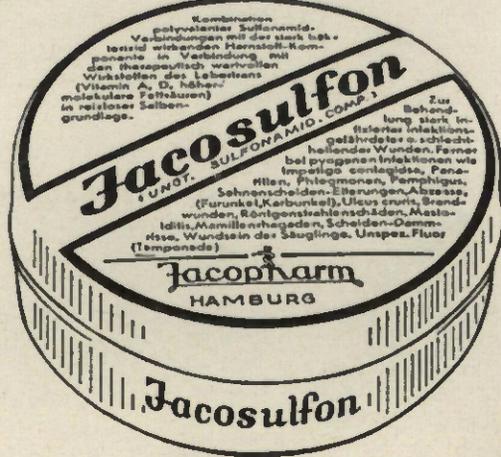
LUDWIG HEUMANN & CO. · NÜRNBERG · CHEM.-PHARM. FABRIK

Die Sulfonamid-Harnstoff Kombinationstherapie mit

Jacosulfon



Jacosulfon
pulvis



Jacosulfon
unguentum



Indikationen

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| Alle eitrigen Wunden und Verletzungen | Mundausschlag |
| Alle Pyodermien | Ulcus cruris |
| Impetigo contagiosa | Strophulus infantum |
| Ekzeme | Phlegmonen |
| Furunkel | Exantheme |
| Karbunkel | Abszesse |
| Infektionsprophylaxe bei Verletzungen | Balanitis erosiva |
| Brandwunden | Herpes |
| Fissuren und Rhagaden | Falliculitiden |
| Röntgenstrahlenschäden | Akne vulgaris, |
| Pemphigus | Akne necrotica |
| Intertrigo | Seborrhäisches Ekzem |
| Wundsein der Säuglinge | Neuradermitis |
| Schweißdrüsenabszesse | Sykasis non parasitaria |
| Mastoiditis | Cangelationen |
| Mamillenrhagaden | Scheiden-Dammrisse |
| Operationswunden | Portioerosionen |
| | Unspez. Fluor (Vaginaltamponade) |

Pilzkrankungen der Haut

(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)



Jacosulfon

Unspez. Fluor *vaginale* diff. Kolpitis
Portioerosionen Voginitis

sowie alle anderen entzündlichen und infektiösen Erkrankungen der Vaginolschleimhaut



Herz- u. Kreislauf-Regulans

Tropfen · Dragees



Confludin®

APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

Gerade die Herz-Kreislaufkrankungen stellen meist Grenzfälle der Begutachtung der Fahrtauglichkeit speziell im Hinblick auf § 15e der Straßenverkehrszulassungsordnung dar. Auch in diesen Fällen konnten wir ebenso wie bei Gerichtsverfahren mit objektiven Untersuchungsunterlagen und nicht mit Methoden, die weitgehend von „Deutungen“ abhängig sind, helfen.

Beim Bluthochdruck liegen die Verhältnisse insofern etwas schwierig, als nicht alle Bluthochdruckformen gleichmäßig zu beurteilen sind. Empfehlenswert ist in diesen Fällen Fahrversuche mit den Fahrern auf ihren eigenen Wagen (evtl. Kraftomnibusse) über eine genügend lange Strecke von etwa 50–60 km im Stadtverkehr und im Überlandverkehr durchzuführen und mit einem einfachen Blutdruckgerät während dieser Zeit intermittierend den Blutdruck festzustellen. Stellen sich keine wesentlichen Erhöhungen ein, ist auch bei bestehenden erhöhten Blutdruckwerten ein Bedenken gegen die Erteilung der Fahrerlaubnis zum Führen eines Kraftomnibusses oder aber gegen das Belassen einer solchen besonderen Berechtigung nicht geltend zu machen. In anderen Fällen sollte jedoch — wenn nennenswerte Blutdrucksteigerungen auftreten — die Fahrerlaubnis versagt oder entzogen werden.

Für viele andere Erkrankungen lassen sich bereits hinsichtlich ihrer verkehrsmedizinischen Relevanz allgemein gültige Richtlinien auf den verschiedensten Fachgebieten und nicht zuletzt auch auf dem innermedizinischen Fachgebiet nach dem neuesten Stande verkehrsmedizinischer Erkenntnis aufstellen. Es wird also nicht prinzipiell erforderlich sein, alle Kraftfahrer, bei denen sich Untersuchungen hinsichtlich der Fahrtauglichkeit als notwendig erweisen, Spezialinstituten zuzuweisen. Fachärztliche oder auch amtsärztliche Untersuchungen sind durchaus ausreichend, derartige Fragen schlüssig zu beantworten, da spezielle psychologische Untersuchungen ohnehin als generelles Verfahren einen nicht vertretbaren Untersuchungsaufwand darstellen.

Das ärztliche Tauglichkeitsurteil muß in jedem Fall auf objektiven Befunden aufbauen und somit nachprüfbar sein. Die Lage, in der sich der ärztliche Gutachter befindet, ist somit, auch wenn es sich um Gerichtsgutachten handelt, vergleichsweise viel günstiger als die eines Psychologen, dessen Untersuchungsverfahren zwar in der Hand des besonders Kundigen zweifellos einen Aussagewert haben, aber durch die Notwendigkeit der Interpretationen und Deutungen belastet sind. Hierbei sollen die Bemühungen gerade

der Verkehrspsychologen um die Ausarbeitung möglichst objektiver Verfahren nicht verkannt werden. Der Besitz derartiger psychologisch-diagnostischer Methoden mit objektivem Aussagewert wäre zweifellos besonders zu begrüßen. Die Entwicklung wird aber wohl noch abzuwarten sein. Einstweilen sehen sich besonders charakterologische Untersuchungsverfahren — wie das jüngste Urteil des Obergerichtes Bremen zeigt — großer Zurückhaltung und Skepsis der einschlägigen Rechtsprechung gegenüber.

Nachdem wir durch experimentelle Untersuchungen einen Beitrag zur Klärung des Problems der Tauglichkeit von Patienten mit einer Erkrankung der Herz-Kreislaufsysteme glauben geleistet zu haben, ist der gesamte Fragenkreis speziell des innermedizinischen Fachgebietes bei der Beurteilung der Fahrtauglichkeit aber keinesfalls erschöpft.

Eine in der Praxis häufig wiederkehrende Frage ist die nach der Fahrtauglichkeit des Diabetikers. Das Urteil sollte sich keinesfalls nur an der Höhe des Insulinbedarfs orientieren, sondern weitgehend unabhängig davon die Stoffwechsel-Toleranz, die Ausgeglichenheit der Zuckerausscheidung und der Blutzuckerspiegel über längere Zeiträume neben der Persönlichkeit des Diabetikers zur Grundlage der Beurteilung machen. Die Tauglichkeit zum Führen eines Kraftfahrzeuges sollte beim Diabetiker nur dann attestiert werden, wenn der Kranke selbst genügend Disziplin zeigt, die eine Konstanz seiner Stoffwechsellage bei ausgeglichener Lebensführung, sauberer Diätetik, zuverlässiger Insulinmedikation und konstanter Zufuhr von Kohlehydraten gewährleistet. Daneben muß die laufende ärztliche Überwachung des Stoffwechsels sichergestellt sein. Diabetiker sind als Kraftfahrer dann untauglich, wenn durch die Berufsausübung oder durch andere Faktoren ein ständiger Wechsel des Tag-Nacht-Rhythmus (beispielsweise durch Schichtarbeit im Linienverkehr) erzwungen wird.

Im übrigen sind insbesondere chronische Erkrankungen, die in die Kompetenz des innermedizinischen Fachgebietes fallen und nicht wegen ihrer Auswirkungen auf das Herz-Kreislaufsystem schon eben besprochen sind, bei der Beurteilung der Fahrtauglichkeit dahingehend zu überprüfen, inwieweit durch Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens die Leistungskonstanz über kürzere oder längere Zeiträume nicht mehr zu gewährleisten ist und inwieweit Störungen der Bewußtseinlage auftreten können.

Anschr. des Verf.: 53 Bonn-Venusberg, Med.-Univ.-Klinik.

Aus dem Institut für gerichtliche Medizin und Kriminalistik der Universität Erlangen-Nürnberg
(Direktor: Prof. Dr. Dr. E. Weinig)

Beeinträchtigung der Fahrsicherheit durch Medikamente¹⁾

Von Univ.-Dozent Dr. Georg Schmidt

Fach- und Laienpresse haben das Thema in der letzten Zeit fast zum Schlagwort werden lassen. Der praktische Arzt muß sich deshalb zwangsläufig damit befassen. Er fragt mit Recht nach der Größe der Gefährdung des Verkehrsteilnehmers durch Medika-

mente. Für die Beantwortung dieser Frage wäre an statistischen Grundlagen zu fordern:

1. Die Größe des Konsums an wirksamen Arzneimitteln. Wir kennen aber weder Produktion noch Verkauf, geschweige denn den echten Konsum.
2. Wieviel Prozent der unbeanstandeten und wieviel Prozent der auffällig gewordenen Verkehrsteilnehmer stehen unter Medikamenteneinwirkung?

¹⁾ Vortrag anlässlich des Verkehrsmedizinischen Seminars der Landesverkehrswacht Bayern e. V., des Bayerischen Roten Kreuzes und des Ärztlichen Kreisverbandes Ansbach, 6. April 1963.

3. Wie groß ist der Anteil der durch Medikamentenwirkung verursachten Unfälle?

Wir können hierzu nur auf Untersuchungen von WAGNER und LAVES verweisen. WAGNER befragte 2060 Personen, die mit Verdacht auf Alkoholeinflussung im Verkehr auffällig geworden waren. 230 = 11,1% davon gaben an, Medikamente in den letzten 24 Stunden eingenommen zu haben. Davon hatten 15 Personen ohne nennenswerte Alkoholeinwirkung einen Verkehrsunfall erlitten. LAVES schätzt, daß auf etwa 200 Alkoholunfälle ein Unfall durch Codein und andere Hustenmittel kommt.

Aus diesen Zahlen läßt sich ablesen, daß ein verschwindend kleiner Anteil, nämlich Bruchteile von 1% der Gesamtunfälle auf Medikamentenwirkung zurückzuführen ist. Wir müssen aber eine sehr große Dunkelziffer in Rechnung stellen, denn die Analyse des einzelnen Verdachtsfalles dürfte fast unüberwindliche Schwierigkeiten bereiten, da bei der Wirkung von Medikamenten die Verquickung mit den verschiedenen Krankheitszuständen zu berücksichtigen ist (MITTENECKER, 1962). Medikamente sollen ja eine Krankheit beeinflussen, die unter Umständen selbst unfallfördernd gewirkt haben kann. Andererseits wird aus Furcht vor dem Führerscheinentzug von Kranken oft die Aufnahme von Medikamenten ebenso wie die Krankheit selbst verschwiegen.

Die Abgrenzung des Begriffs Krankheit ist in diesem Zusammenhang kaum möglich. Viele „Patienten“ verlangen vom Arzt sog. kompensatorische Maßnahmen, wenn sie sich übermüdet oder sonst leistungsschwach fühlen, aber trotzdem am Verkehr teilnehmen wollen. Nach dem Gebrauch von Stimulanzien etwa werden dann Schlafmittel benötigt, damit man zeitgerecht schlafen und tags darauf wieder arbeiten kann. Zweifellos können stärkere Ermüdbarkeit, Antriebsschwäche und Leistungsschwund echte Krankheitssymptome sein, aber es liegt auf der Hand, daß die ärztliche Inanspruchnahme ins Uferlose zu gehen droht. Durch großzügige Verschreibung wie auch durch rezeptfreien Verkauf wird der Mißbrauch von Arzneimitteln gefördert.

Die Gefahr unfallfördernder Medikamentenwirkung muß mangels ausreichender statistischer Unterlagen sehr kritisch betrachtet werden. Selbst bei der in großem Umfang überprüften und sichergestellten Bedeutung des Alkohols als Unfallursache im Straßenverkehr gibt es große Differenzen in der statistischen Einschätzung seiner Gefahren. Noch mehr setzt man sich bei der Behandlung des Medikamentenproblems im Straßenverkehr dem Vorwurf aus, die Ereignisse entweder zu bagatellisieren oder zu dramatisieren (DOTZAUER und LEWRENZ, 1962).

Wir können aus unserem Arbeitsbereich eine Reihe von Unfällen schildern, bei denen als Haupt- oder Teilursache eine Medikamentenwirkung in Betracht kommt; aber eine viel größere Zahl von Unfallakten war zu bearbeiten, aus denen offensichtlich wurde, daß die Aufnahme von Medikamenten als Schutzbehauptung zur Schuldentlastung vorgebracht worden war, um damit ein Fehlverhalten zu erklären, dessen Voraussehbarkeit abgestritten wurde.

Für den Patienten als medizinischen Laien ist die Einwirkung eines Medikamentes auf seine Fahrtüch-

tigkeit in ihrem ganzen Umfang in der Regel nicht voraussehbar, wenn dieses Mittel von ihm erstmals oder ganz selten einmal verwendet wird. Selbst bei Schlafmitteln weiß er nicht, wie lange die Wirkung anhalten kann. Bei chronischem Gebrauch stellt sich ausreichende Erfahrung über die veränderte Reaktionslage von selbst ein und das Problem der mangelnden Voraussehbarkeit verliert an Bedeutung.

Hier ist der gleiche Erfahrungssatz gültig wie bei der Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit durch chronische Krankheit oder Versehrtheit, daß nämlich die Anpassung an Leistungseinbußen zur Kompensation der körperlichen Mängel führt, so daß ausreichende Fahrtüchtigkeit wiederhergestellt werden kann; Voraussetzung ist allerdings, daß keine geistigen Mängel vorliegen. Die Unfallstatistiken weisen aus, daß z. B. Diabetiker und Körperbehinderte prozentual weniger Unfälle verursacht haben als der Durchschnitt der Verkehrsteilnehmer (MEYER und JACOBI, OBERDISSE).

Anders verhält es sich beim Patienten, der ein für ihn ungewohntes Arzneimittel bekommt. Hier muß die mangelnde Voraussehbarkeit unfallfördernder Arzneimittelwirkungen den Arzt veranlassen, die nötige Aufklärung zu geben, wenn er ambulante Arzneitherapie treibt und keine Bettruhe verordnet hat.

In der letzten Zeit sind ganze Kataloge von Arzneimitteln aufgestellt worden, die verkehrsgefährdende Wirkungen haben können (DE BOOR, 1960; BERGHÖFER, 1959; SOEHRING, 1960; STOLLNREUTHER, 1960; BRÜNER und MITARB., 1961; KNICK und WAGNER, 1961; SOMMER, 1961; KRAFT, 1962; WAGNER, 1962). Zunehmend gehen auch die meisten großen Arzneimittelfirmen dazu über, entsprechende Mahnungen auf den Gebrauchsanweisungen und Beipackzetteln anzubringen. Wenn der Arzt den Patienten eindringlich zur Vorsicht im Straßenverkehr, nötigenfalls zum zeitweiligen Verzicht auf Verkehrsteilnahme gemahnt hat, kann dieser bei Mißachtung keine Regreßansprüche an den Arzt stellen. Er kann die Medikamentenwirkung dann auch nicht als Schuldentlastungsgrund vorbringen. Ein solches Vorbringen ist aber stets zu einer vernachlässigten Sorgfalt des Arztes in Beziehung zu setzen, der das betreffende Medikament verordnet hat. Es ist deshalb notwendig, daß sich der Arzt eingedenk seiner Fortbildungs- und Aufklärungspflicht das Wissen um solche Gefahren der medikamentösen Therapie zu eigen macht und seinen Patienten vermittelt.

Von den meisten handelsüblichen Arzneien sind heute ihre Gefahren für die Verkehrstauglichkeit bekannt. Neue Präparate müssen auf ihre möglichen unfallfördernden Wirkungen überprüft werden. Eine Rezeptpflicht neuer Arzneimittel ist auch aus diesem Grunde dringend zu fordern.

In der Kürze kann ich ohne Anspruch auf Vollständigkeit nur die wesentlichen Wirkstoffgruppen nennen (siehe Tabelle 1), die besondere Gefahren mit sich bringen, weil sie das psychophysische Leistungsvermögen der Verkehrsteilnehmer beeinträchtigen. In erster Linie leuchtet ein, daß Bewußtseinsstörungen fahruntüchtig machen. Aber auch viel weniger grobe Beeinträchtigungen können gefährlich sein.

Wenn wir als Voraussetzungen für die Teilnahme am heutigen Straßenverkehr aus medizinisch-psychologischer Sicht besonders die in Tabelle 2 gezeigten Eigenschaften fordern müssen, so läßt sich mit einem negativen Vorzeichen, d. h. bei Fehlen solcher Eigenschaften und Fähigkeiten, andeuten, was zur sog. Fahruntüchtigkeit führen kann.

Wie bereits eingangs erwähnt, sind gewisse Mängel der Reaktionsschnelligkeit, der Körperbeherrschung und der absoluten Qualität der Körpersinnesfunktionen nicht in dem Maße ausschlaggebend für das unangepaßte Verhalten im Verkehr wie die Störung der integrierenden Tätigkeit zentraler Mechanismen, vor allem der Großhirnrinde. Was wir im Laufe der geistigen Entwicklung an Hemmungsvermögen erlernen, fällt unter der Einwirkung mancher sog. Psychopharmaka ähnlich wie unter Alkoholeinfluß mehr oder weniger ab, kann durch halluzinatorische Assoziationen ersetzt werden und zur Störung der realen Umweltbezüge führen. Dabei werden teilweise auch Trieb- und Charakterstrukturen freigelegt, die den Psychoanalytiker besonders interessieren und von deren Qualität das Verhalten unter Medikamenten- und Alkoholeinfluß letztlich stark abhängt. Alle Wirkstoffe, die eine solche Desintegration der Gehirnfunktionen verursachen können, müssen deshalb als gefährlich für den Verkehrsteilnehmer bezeichnet werden. Als Beispiel sei erwähnt, daß auch die sog. Tranquillizer, die ein Gefühl der Gelassenheit, Sicherheit und Affektdämmung vermitteln sollen, durch ihre gleichgültig machende, euphorisierende Wirkung eine Konzentrationsschwächung, Reaktionsverlangsamung und falsche Risiko einschätzung mit sich bringen. Kraftfahrer, die ihre Nervosität mit solchen verführerisch angepriesenen „Beruhigungspillen“ dämpfen wollen, sind erst recht unfallgefährdet, besonders wenn sie überdosieren.

Der Arzt, der seine Patienten wirksam aufklären will, sollte nicht nur die Haupt- und regelmäßig auftretenden Nebenwirkungen eines Arzneimittels ins Auge fassen, sondern auch Wirkungseintritt, Wirkungsmaximum, Wirkungsdauer und Nachwirkungen kennen. Als Beispiel erwähne ich die Mehrstufenschlafmittel mit unterschiedlichem Wirkungsverlauf der Komponenten; als Nachwirkung ist dabei häufig eine Euphorie zu beobachten.

Überdosierung durch Rezeptirtum geht zu Lasten des Arztes. Einer kritiklosen eigenmächtigen Überdosierung seitens des Patienten sollte durch ernste Mahnung entgegengewirkt werden. Der Arzt kann nicht oft genug der weit verbreiteten Laienauffassung „viel hilft viel“ entgegentreten. Bei Überdosierung wird das Arzneimittel zum Gift. (Verspürt der Patient eine berauschende oder betäubende Wirkung, so könnte dies im Wiederholungsfalle im Sinne des Genusses berauschender Mittel entsprechend dem Text des § 315 a Abs. 1, Ziff. 2 des StGB ausgelegt werden, wenn eine Verkehrsgefährdung in diesem Zustand eingetreten ist.)

Wir haben wie auch DE BOOR (1960) den Eindruck, daß grobe Versagensfälle im Verkehr durch Arzneimittel im wesentlichen bei Überdosierung vorgekommen sind. (ELBEL hat den Fall einer chronischen Ve-

ronalvergiftung als Verkehrsunfallursache veröffentlicht.) Aus ihrer Hauptwirkung heraus der Verkehrssicherheit abträglich sind die in Tabelle 1 genannten Medikamentengruppen. Durch ihre Nebenwirkungen können die weiterhin in der Tabelle aufgeführten Substanzen und andere Arzneimittel in gleicher Weise gefährdend wirken (über Arzneimittelnebenwirkungen siehe DE BOOR, 1956; MEYLER, 1956). Selbst Medikamente, die zur Verbesserung der Verkehrstauglichkeit genommen werden, nämlich Coffein, Vitamine, Weckamine u. a. (Tabelle 3), können ins Gegenteil umschlagen, entweder bei Überschreitung der günstigen Wirkungs Dosen oder wenn die Wirkung bereits abgeklungen und eine negative Phase der Antriebs- und Stoffwechsellage eingetreten ist, solange die Teilnahme am Verkehr noch andauert. Die negative Nachphase als Ausdruck des Einpendelns der durch Arzneimittel künstlich veränderten Stoffwechselrhythmen kann bei kurz wirkenden Substanzen, z. B. bei Coffein (BOHNE, 1962), (Wirkungsmaximum nach 60 bis 90 Minuten) sehr schnell eintreten.

Bedingt bessernd auf die Verkehrssicherheit können sich sogar Opiate und andere Suchtmittel auswirken, wenn ein an chronischen Gebrauch dieser Mittel gewöhnter Patient Entziehungserscheinungen bekommt.

(Beispiel: Ein Morphinst konnte längere Fahrten unter der Einwirkung seines Suchtmittels offenbar unauffällig durchführen, mußte jedoch unbedingt in mehrstündigen Abständen nachinjizieren. Da er ein häufig reisender Geschäftsmann war, hatte er sich ein geeignetes Stützpunktnetz von Ärzten in verschiedenen Städten aufgebaut und ließ sich Morphium oder andere starke Analgetica spritzen. Damit soll aber keineswegs gesagt werden, daß die Einwirkung von Suchtmitteln mit Verkehrstauglichkeit vereinbar wäre! Dieser Patient war sicher nicht fahrtüchtig, sondern allenfalls fahrfähig.)

Auf die Gefahren der Suchtmittel im Straßenverkehr will ich hier nicht näher eingehen. Süchtige müssen vom Verkehr ausgeschlossen werden. Anfängliche soziale Härten sind unvermeidbar, unterstützen aber die Entwöhnung zum Besten des Patienten. Durch häufige Hinweise aus der letzten Zeit sind auch die Nachwirkungen von Narkosen gut bekannt. Trotzdem soll eindringlich hervorgehoben werden, daß nach ambulant durchgeführten

Lachgasanalgesien	1 Stunde
Cyclopropan- oder Halothan-Lachgasnarkosen (Narkosedauer weniger als 4 bis 5 Minuten) und Chloroäthylrausch	3 Stunden
Barbiturat kurz narkosen	24 Stunden,
mindestens aber für den angebrochenen Tag kein Kraftfahrzeug geführt werden sollte (Tabelle 4) (KLEIN, 1959; SCHÜLE, 1959; FREY, 1961; KREUSCHER und FREY, 1962).	

Die kurze Narkosedauer sog. Ultrakurz-Narkotica darf nicht darüber hinwegtäuschen, daß Metaboliten mit hypnotischer Wirkung noch viele Stunden lang im Körper in wirksamen Konzentrationen vorhanden sind. Bei Langnarkosen erübrigt sich der Hinweis, da sie nicht ambulant durchgeführt werden sollen. Die in Tabelle 4 angegebenen Karenzzeiten für die

Teilnahme am Straßenverkehr gelten nur, wenn keine Prämedikation erfolgt ist. Luminal beispielsweise und die meisten stark wirkenden Analgetica wirken stundenlang nach.

Die Nachwirkungen der Narkose leiten über zu dem wichtigen Problem Alkohol, Medikamente und Kraftfahreignung. Viele Arzneimittel mit vorwiegend depressiver Wirkung auf das Zentralnervensystem werden durch Alkohol in ihrer Wirkung verstärkt (u. a. ELBEL und SCHLEYER, 1956; WEINIG und SCHWERD, 1956; FRAHM et al., 1962; LIENERT et al., 1962). Man spricht von additivem und potenzierendem Synergismus, rauschartige Zustände sind selbst nach geringen Mengen der Komponenten möglich. Wenn wir von DOENICKE (1962) hören, daß etwa 24 Stunden nach Thiobarbituratkurznarkose ein einziges Glas Bier so stark berauschend wirken kann wie sonst die sechsfache Menge, so wird die Gefahr der synergistischen Wirkung von Arzneimitteln und Alkohol besonders deutlich. Gerade die Nachwirkung von Narkosemitteln und vor längerer Zeit aufgenommenen Beruhigungsmitteln, die dem Patienten zunächst gar nicht bewußt zu sein braucht, ist beim Zusammenreffen mit der Alkoholwirkung besonders gefährlich. DUBITSCHER (1960) erwähnt die rauschverstärkende Wirkung tuberkulostatischer Mittel. Dieser „billige Rausch“ hat sich offenbar bei Heilstättenpatienten herumgesprochen, ebenso wie in den Vereinigten Staaten die Kombination Barbiturate plus Alkohol zur Kostensenkung für die Erlangung einer Volltrunkenheit benützt werden soll.

In gleicher Weise ist auch die Kombinationswirkung verschiedener Arzneimittel untereinander zu erwähnen. Synergismus wird nicht selten als Kombination der Haupt- und Nebenwirkung zweier Substanzen oder auch nur der Nebenwirkungen beobachtet und kann durch Überschreitung der Schwellenwerte gefährliche Folgen haben. Hier ist auch zu erwähnen, daß Kombinationspräparate häufig Komponenten von sehr unterschiedlicher Wirkungsdauer enthalten. Die Kompensation dämpfender Barbitursäurewirkungen in Schmerzmitteln durch die erregende Wirkung von Coffein z. B. hält nur so lange an, wie das Coffein wirksam ist, nämlich eine bis zwei Stunden, danach tritt die länger anhaltende Wirkung der hypnotischen Komponenten um so deutlicher hervor.

Zusammenfassend darf ich einige Punkte der besonderen Beachtung empfehlen, die sich aus den vorangegangenen umrißartigen Ausführungen ableiten lassen und bei der ambulanten Arzneitherapie noch mehr als bisher berücksichtigt werden sollten.

1. Arzneimittel, deren Hauptwirkung in Richtung einer Depression von zentralen Funktionen des Nervensystems geht, gefährden den Verkehrsteilnehmer besonders.
2. Nebenwirkungen, die die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen, sind bei therapeutischer Dosierung im allgemeinen gering oder latent, werden aber häufig bei Überdosierung oder Kombination mit synergistisch wirkenden Substanzen manifest.
3. Die Dauer der unfallfördernden Nachwirkungen ist vor allem bei ambulanten Kurznarkosen zu beachten.

4. Alkoholkonsum bei gleichzeitig vorhandener Arzneimittelwirkung kann schon in kleinen Mengen gefährliche Folgen haben.
5. Der Arzt muß den Patienten über die möglichen Folgen der Arzneitherapie aufklären und ein genügend langes Fahrverbot aussprechen, bis die Wirkung abgeklungen oder bei Dauertherapie genügende Anpassung eingetreten ist.

Tabelle 1:

Verkehrsfährdend durch ihre Hauptwirkung:

Narkotica einschl. Alkohol
Hypnotica
Sedativa
Neurologica, Ataraktica
Analgetica
Antiepileptika

Unter Umständen verkehrsfährdend durch ihre Nebenwirkungen:

Antipyretica
Spasmolytica
Antihistaminica
Antihypertonica
Antialkoholica
Antidiabetica
Stimulantien
Appetitzügler
Tuberkulostatica

Tabelle 2:

Voraussetzungen für Fahrtauglichkeit:

Gemeinsinn, Unterordnung
Achtung vor fremdem Leben und Eigentum
Ausreichender Intellekt
Ausgeglichene Affektlage
Gute Aufnahmebereitschaft
Normale Reizverarbeitung
Gutes Hemmungsvermögen
Vorsichtige Risikoeinschätzung
Rasche Umstellungsfähigkeit
Fahrertüchtigkeit einschl. der theoretischen Ausbildung (bedingte Reflexe)
Aufmerksamkeit (Vigilität und Tenazität)
Gute Funktion der Körpersinne (Gesicht, Gefühl, Gehör, Gleichgewicht)
Ausreichende Muskelkraft für die motorische Grob- und Feinsteuerung
Stabilität des Kreislaufs und des Stoffwechsels

Tabelle 3:

Substanzen, die u. a. zur Hebung der Verkehrssicherheit verwendet werden:

Coffein	Vitamine,
Theophyllin	vor allem A, B und C
Theobromin	Weckamine
Cola-Extrakte	Adaptinol
Nikotin	Strychnin

Literaturverzeichnis

- Berghöfer, F.:
Int. J. prophyl. Med. Sozialhyg. 5, 143 (1959)
Ref.: Z. Verkehrsmed. 6, 184 (1960).
- Bohné, G.:
Über die Einwirkung von Coffein auf die Readaptationszeit von Kraftfahrern nach Blendung.
Z. Verkehrsmed. 8, 225 (1962).
- de Boor, W.:
Pharmakopsychologie und Psychopathologie.
Springer-Verlag Berlin-Göttingen-Heidelberg 1956.
Über die verkehrsmedizinische Bedeutung psychotroper Substanzen.
Mitt. dtsh. Ges. Verkehrsmed. 8, 74 (1960).

- Brüner, H., Jovy, D., Klein, K. E.:
Der Einfluß einiger verkehrsmedizinisch wichtiger Pharmaka auf die menschliche Leistungsbereitschaft.
Arzneimittel-Forsch. 11, 995 (1961).
- Doenicke, A.:
Beeinträchtigung der Verkehrssicherheit durch Barbiturat-Medikation und durch die Kombination Barbiturat/Alkohol.
Arzneimittel-Forsch. 12, 1050 (1962).
- Dotzauer, G., u. Lewrenz, H.:
Medikamente, Alkohol und Kraftfahreignung.
Dtsch. Autorecht 31, 137 (1962).
- Dubitscher, F.:
Medikamente und Fahrsicherheit.
Med. Sachverst. 61, 131 (1960).
- Elbel, H.:
Chronische Veronalvergiftung als Verkehrsunfallursache.
Mtschr. Unfallheilk. 65, 32 (1962).
- Elbel, H., u. Schleyer, F.:
Blutalkohol.
2. Aufl., Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart 1956.
- Frahm, M., Löbckens, K., u. Soehring, K.:
Über den Einfluß subchronischer Alkoholgaben auf die Barbituratnarkose von Meerschweinchen.
Mitt. dtsh. Ges. Verkehrsmed. 12, 51 (1962).
- Frey, R.:
Über die Verkehrstüchtigkeit eines Menschen nach Applikation von Hypnotica und Narkotica in der ambulanten ärztlichen Praxis.
Vortrag anläßlich der Deutschen Therapiewoche in Karlsruhe 1961.
- Klein, R.:
Verkehrstüchtigkeit und Kurznarkotica.
Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med. 49, 187 (1959).
- Knick, B., u. Wagner, H. J.:
Beachtung verkehrsmedizinischer Gesichtspunkte bei Verordnung von Psychopharmaka.
Arztl. Mitt. 46, 1952 (1961).
- Kraft, H. G.:
Verkehrstüchtigkeit nach Gebrauch zentraler Stimulantien.
Mitt. dtsh. Ges. Verkehrsmed. 12, 97 (1962).
- Kreuscher, H., u. Frey, R.:
Über die Verkehrstüchtigkeit nach Anaesthesien, Hypnotica, Analgetica und Ataractica.
Mitt. dtsh. Ges. Verkehrsmed. 12, 65 (1962).
- Laves, W.:
Zur Pharmakopsychologie von Verkehrsunfällen.
Münch. med. Wschr. 101, 1427 (1959).
- Laves, W., Bitzel, F., u. Berger, E.:
Der Straßenverkehrsunfall.
Ferdinand Enke-Verlag, Stuttgart 1956.
- Lienert, G. A., Munkeit, P., Frahm, M., u. Soehring, K.:
Geschlechtsspezifische Wirkungsunterschiede der Kombination von Alkohol und Meprobramat auf psychisch stabile und labile Versuchspersonen.
Mitt. dtsh. Ges. Verkehrsmed. 12, 33 (1962).
- Meyer, E., u. Jacobi, E.:
Typische Unfallursachen im deutschen Straßenverkehr.
Band III, S. 39. R. Oldenbourg GmbH, München 1961.
- Meyler, L.:
Schädliche Nebenwirkungen von Arzneimitteln.
Springer-Verlag, Wien 1956.
- Mittenecker, E.:
Methoden und Ergebnisse der psychologischen Unfallforschung.
Verlag Franz Deuticke, Wien 1962.
- Oberdisse, K.:
Fahrtauglichkeit bei Diabetikern, die Insulin verwenden.
Z. Verkehrsmed. 6, 67 (1960).
- Schüle, H.:
Untersuchungen über die Straßenverkehrstauglichkeit nach Kurznarkosen.
In: Fortschritte der Kiefer- und Gesichtschirurgie, Band V, S. 80. Herausgegeben von K. Schuchardt, Georg-Thieme-Verlag, Stuttgart 1959.
- Soehring, K.:
Pharmakologie und Verkehrssicherheit.
Mitt. dtsh. Ges. Verkehrsmed. 8, 1 (1960).
- Sommer, S.:
Die Bedeutung der Vitamine bei Ermüdungszuständen.
Arzneimittel-Forsch. 11, 1000 (1961).
- Stollreuther, C.:
Pharmakon und Verkehrsunfall.
Bayer. Ärzteblatt 15, 148 (1960).
- Wagner, H. J.:
Die Bedeutung der Untersuchung von Blut- bzw. Harnproben auf Arzneimittel nach Verkehrsunfällen auf Grund der Überprüfung von 2060 Personen.
Arzneimittel-Forsch. 11, 992 (1961).
- Wagner, H. J.:
Überblick über die Überprüfung des Leistungsverhaltens unter der Einwirkung verschiedener Antihistaminica.
Mitt. dtsh. Ges. Verkehrsmed. 12, 81 (1962).
- Weinig, E., u. Schwerd, W.:
Alkohol-Barbiturat-Synergismus.
Fortschr. Med. 74, 497 (1956).

Anschrift des Verfassers: Institut für gerichtliche Medizin und Kriminalistik der Universität Erlangen-Nürnberg, 852 Erlangen, Universitätsstraße 22.

Aus dem Institut für Anaesthesiologie der Universität Mainz (Direktor Prof. Dr. R. Frey)

Die Erstversorgung Schwerverletzter am Unfallort

Von Oberstabsarzt Dr. F. W. Ahnefeld

In den letzten Jahren haben wir uns am Institut für Anaesthesiologie der Universität Mainz intensiv mit den Fragen der Wiederbelebung am Unfallort befaßt.

Unter dem Begriff der Wiederbelebung verstehen wir heute nicht mehr nur die Methoden der Beatmung, sondern fassen alle Maßnahmen zusammen, die geeignet sind, bei einem Schwerverletzten im Rahmen der Ersten Hilfe die akute Lebensbedrohung abzuwenden. Naturgemäß wird in dieser Darstellung die Auffassung des Anaesthesisten im Vordergrund stehen.

Während die klassischen Methoden der Ersten Hilfe, wie die Versorgung einer Wunde, die Schienung eines Bruches usw., in den zurückliegenden Jahren keine wesentlichen Änderungen erfahren, handelt es sich bei den mit unserem Fachgebiet im Zusammenhang stehenden Hilfeleistungen um Methoden, die wir aus wissen-

schaftlichen Erkenntnissen der letzten zehn Jahre gewannen.

Dabei ging es nicht nur um die Verwertung völlig neuer Gesichtspunkte, sondern vielmehr um die Kombination einer sorgfältigen Auswertung bisheriger Erfahrungen mit speziellen, am Frischverletzten gewonnenen Forschungsergebnissen, die den verschiedensten Fachgebieten entstammen.

Wir stellten uns die Aufgabe, ausgehend von eigenen klinischen und praktischen Erfahrungen, am Unfallort klare Richtlinien zu geben, die zur Klärung noch offener oder umstrittener Fragen beitragen sollten. Unter den gegebenen Verhältnissen müssen wir zunächst noch damit rechnen, daß der erste am Unfallort anwesende Arzt weder ein Unfallchirurg noch ein Anaesthesist ist. Das bedeutet, die Richtlinien müssen frei sein von

jedem theoretischen Ballast, sie müssen die Fragen der Praxis klar beantworten und müssen garantieren, daß der Arzt, gleich welchen Fachgebietes, nicht überfordert wird. Wir werden in dieser ersten Phase, in der wir uns fraglos noch befinden, nicht ein Optimum verlangen können, sondern uns mit einem tragbaren Minimum zufriedengeben müssen.

Die folgende Darstellung möchten wir in drei Abschnitte unterteilen:

1. Wie ist die jetzige Situation auf dem Gebiet der Ersten Hilfe in Deutschland zu beurteilen?
2. Welche Methoden der Wiederbelebung sind zu empfehlen?
3. Wie ist der Ablauf dieser Maßnahmen am Unfallort?

Wie sind nun in Deutschland die Voraussetzungen für die Anwendung oder Einführung moderner Wiederbelebungsmethoden?

Der Laienhelfer verfügt, abgesehen von einigen wenigen erfreulichen Ausnahmen, über eine schlechte Ausbildung. Diese Tatsache erklärt sich aus mehreren Gründen. Einmal fehlen den Rettungsorganisationen, die fraglos ihr Bestes geben und tun wollen, entsprechend geschulte Ausbildungsärzte. Entweder ist es dem Arzt nicht möglich, neben seiner klinischen Tätigkeit dafür noch genügend Zeit zu ermöglichen, oder er verfügt selbst nicht über genügend Kenntnisse.

Zum anderen wird im Unterricht die theoretische Darstellung bevorzugt, die praktische Ausbildung, auf die es aber ankommt, vernachlässigt. Auf eine Stunde Theorie müßten mindestens drei Stunden praktische Arbeit folgen. Es gibt keinen Facharbeiter, der nur in Abständen von einem halben Jahr seine Arbeit durchführt und auch dann noch gute Arbeit leistet. Wie kann es einen guten, d. h. ausreichend geschulten Laienhelfer geben, wenn er nur im Abstand von einigen Jahren, noch dazu vorwiegend theoretische, Wiederholungskurse absolviert?

Schließlich fehlt außerdem in Deutschland eine Institution, die alle Rettungsorganisationen, die Laienhelfer ausbilden, zusammenschließt. Nur so wäre sicherzustellen, wie die Beispiele im Ausland zeigen, daß alle diese Organisationen einheitliche Methoden lehren.

Uns sind einige Fälle bekannt, wo sich Helfer am Unfallort auf Grund ihrer verschiedenen Ausbildung über die Art und den Ablauf der Hilfsmaßnahmen nicht einig werden konnten.

Ähnlich schlechte Voraussetzungen bietet der Krankentransport. Auch hier müssen, da entsprechendes Personal fehlt, Kräfte eingesetzt werden, deren Ausbildungsstand den heute zu stellenden Forderungen nicht gerecht wird. Die Krankentransportdienste können in zahlreichen Fällen aus finanziellen Gründen oder wegen des Mangels an Arbeitskräften überhaupt, den Krankenwagen oft nur noch mit einem Fahrer besetzen. Daß ein Beifahrer, noch dazu ein sehr gut ausgebildeter, für den Transport eines Schwerverletzten unbedingt erforderlich ist, bedarf keiner Begründung. Abgesehen davon sind 90—95 Prozent aller heute eingesetzten Krankenwagen wohl zum Krankentransport, nicht aber für den Transport eines Verletzten, geeignet.

Wir lehren dem nur in einem Kurzlehrgang ausgebildeten Laien, daß er am Unfallort nur die dringenden Hilfeleistungen vornehmen darf und alle übrigen

Maßnahmen dem besser ausgebildeten Krankenwagenpersonal überlassen soll. Diese Forderung ist sicher gut, bleibt aber aus den angeführten Gründen reine Theorie.

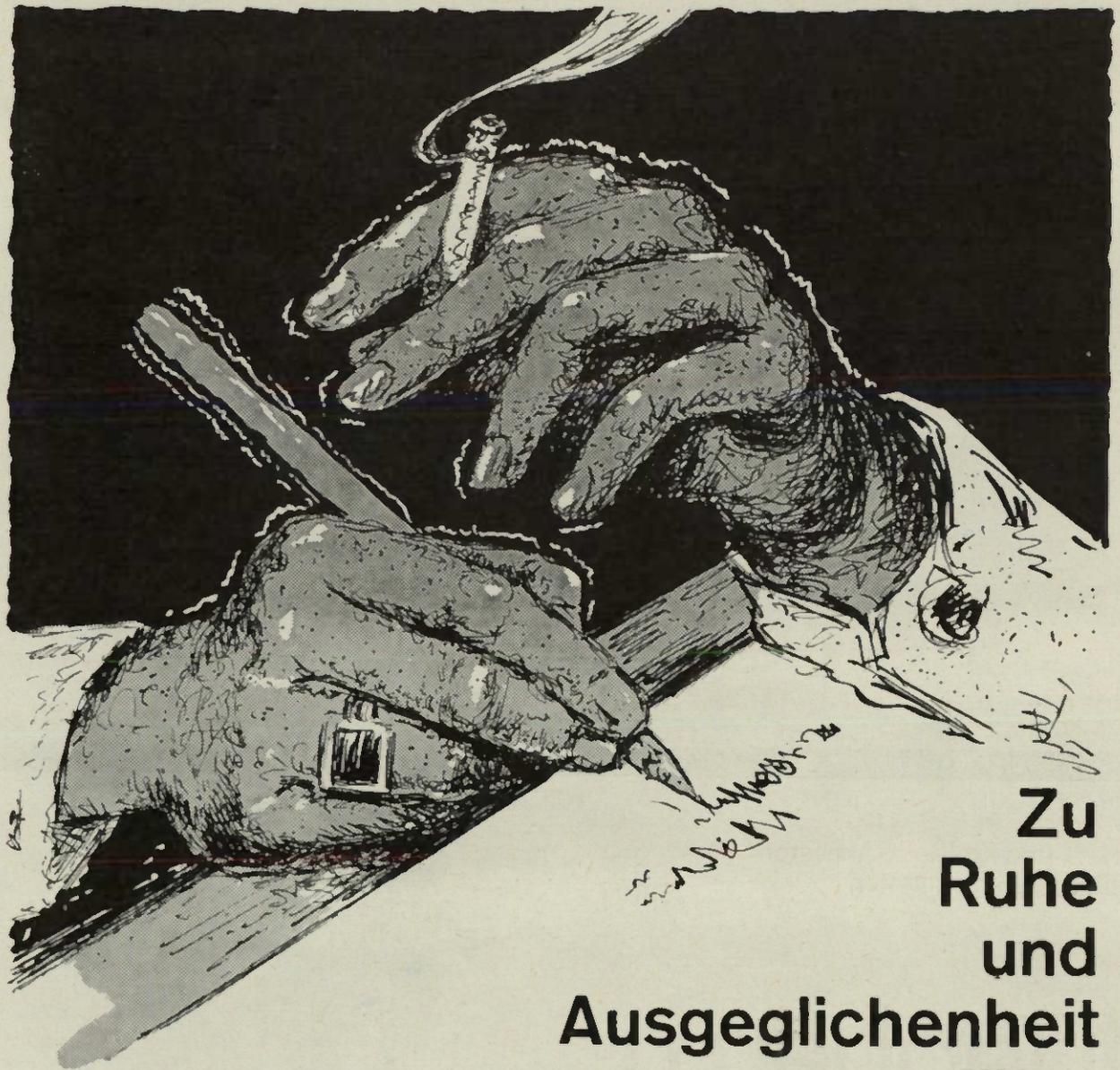
Die Krankenwagendienste sind seit einiger Zeit bemüht, ihre Fahrzeuge mit modernen Geräten, die wir für eine Wiederbelebung fordern, auszustatten. Hier wird wieder einmal der zweite vor dem ersten Schritt getan. An erster Stelle muß eine Verbesserung der Ausbildung des Personals stehen, nur dann wäre die Voraussetzung gegeben, daß dieses Personal auch mit den Geräten erfolgreich arbeiten kann.

In den Krankenwagen gehören einfache, störungsfrei arbeitende Geräte. Jede festinstallierte, noch dazu von Gasflaschen abhängige Anlage, ist für den Unfallort, zumindest für den normalen Krankenwagen, nicht geeignet. Der Hang zum materiellen Perfektionismus verhindert auch in diesem Falle das Erkennen der primitiven Verhältnisse am Unfallort und der daraus abzuleitenden Forderungen.

So ist schon heute in einigen Fällen eine Diskrepanz zwischen Ausbildungsstand und Ausrüstung festzustellen, die sich sicher nicht zum Vorteil des Verletzten auswirkt.

Die bisher erwähnten Mängel treffen nun aber keineswegs nur für den Laienhelfer zu. An den deutschen Universitäten gibt es bisher keine Pflichtvorlesungen über Erste Hilfe, schon gar nicht praktische Übungen, die Voraussetzung wären, um dem Studenten das Rüstzeug mitzugeben, das er für die Praxis benötigt. In sehr vielen Lehrbüchern findet man dagegen die Forderung, daß jeder Arzt, notfalls aber ein Medizinstudent, eine Nottracheotomie, evtl. nur mit Hilfe eines Taschenmessers, beherrschen müßte. In den Neuaufgaben wird diese Forderung auch auf die Intubation ausgedehnt. Auch hier ist es aber ein weiter Weg von den theoretischen Überlegungen bis zur praktischen Durchführung. Wir stehen auf dem Standpunkt, den wir uns auf Grund praktischer Erfahrungen bildeten, daß man nur das fordern kann, wofür die Voraussetzungen gegeben sind. Wie begrenzt diese Voraussetzungen sind, zeigte uns das Ergebnis einer Umfrage bei Ärzten aller Fachgebiete. Etwa 10 Prozent aller deutschen Ärzte fühlen sich imstande, die modernen Methoden der Wiederbelebung am Unfallort, d. h. im Notfalle, anzuwenden. Daraus ließe sich sehr leicht der falsche Schluß ziehen, daß der praktische Arzt versagt hätte, indem er es versäumte, sich mit den neuen Behandlungsmethoden vertraut zu machen. Dieser Auffassung muß man jedoch sehr deutlich widersprechen.

Die Veröffentlichungen in der medizinischen Fachliteratur divergierten bis vor kurzem erheblich. Wenn sich schon berufene Wissenschaftler nicht einigen konnten, wie sollte der praktisch tätige Arzt die Möglichkeit haben, zu klaren Erkenntnissen zu kommen? Selbst wenn er an einem Fortbildungskurs teilnahm, wo über die modernen Wiederbelebungsmaßnahmen berichtet wurde, so erhielt er kaum je die Möglichkeit, theoretische Forderungen in die Praxis umzusetzen, d. h. irgendwo das zu üben, was er in der kritischen Situation am Unfallort gewissermaßen als Routinemethode anwenden sollte. Wer nun eigentlich versagt hat, wer es versäumte, neuere Erkenntnisse in die Praxis zu bringen, das konnten auch wir nicht feststellen. Jede Anfrage und jede Bemühung bleibt sofort im Dickicht der Zuständigkeiten



Zu
Ruhe
und
Ausgeglichenheit
führt

Vitanerton

Beruhigung am Tage · Erholsamer Schlaf in der Nacht
Frisches Erwachen am Morgen



Kerne: 50, 500 u. 1000 St.
flüssig: 100 u. 500 ml

DOLORGIET ARZNEIMITTELFABRIK BAD GODESBERG

Spasmen · Diarrhoen · Tenesmen

UZARA

Ein Medikament von bleibendem Wert
therapiesicher - ohne Nebenwirkungen

15, 30 u. 50 ccm Liquor · 25 Dragées · 10 Suppositorien A (Säuglinge), B (Kinder), C (Erwachsene)

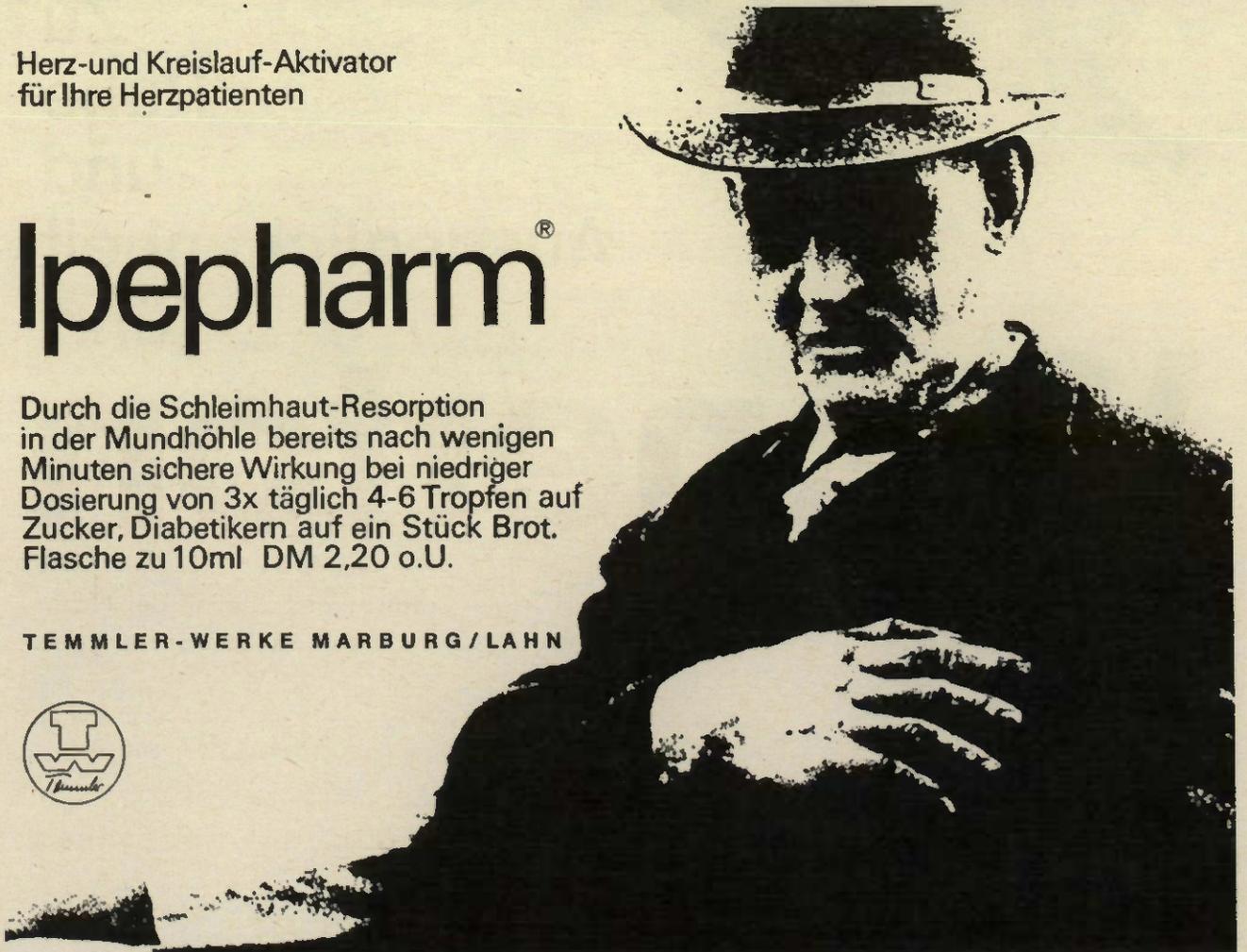
U Z A R A - W E R K · M E L S U N G E N

Herz-und Kreislauf-Aktivator
für Ihre Herzpatienten

Ipepharm[®]

Durch die Schleimhaut-Resorption
in der Mundhöhle bereits nach wenigen
Minuten sichere Wirkung bei niedriger
Dosierung von 3x täglich 4-6 Tropfen auf
Zucker, Diabetikern auf ein Stück Brot.
Flasche zu 10ml DM 2,20 o.U.

TEMMLER-WERKE MARBURG/LAHN



hängen. Es mutet aber doch eigenartig und befremdend an, daß einerseits die Möglichkeit besteht, den Kassenarzt zu zwingen, vor seiner Niederlassung einen Kursus über Abrechnungsmethoden usw. mitzumachen und andererseits bisher kein Weg gefunden wurde, um entsprechende Kurse einzuberufen in denen Methoden der Wiederbelebung demonstriert und geübt werden.

Zweifellos stimmen doch wohl alle Ärzte darin überein, daß jeder Arzt, gleich welchen Fachgebietes, die Methoden der Ersten Hilfe beherrschen müßte.

Auf Grund der bisher vorgetragenen Ergebnisse ist es nicht verwunderlich, daß auch heute noch ein Großteil der Unfallverletzten zwischen dem Unfallereignis und der Aufnahme in die Klinik sterben, nur weil den Ersthelfern die primitivsten Methoden der Wiederbelebung nicht bekannt sind oder keine genügende Transportüberwachung sichergestellt werden kann. Die schon seit langer Zeit bekannten Tatsachen veranlassen führende Kliniker (K. H. BAUER, FRIEDHOFF u. a.) zu Versuchen, die darauf hinauslaufen, die für einen Schwerverletzten gefährliche Zeitspanne zu verkürzen, indem die fachärztliche Hilfe direkt an den Unfallort verlegt wurde. Wir unterstützen in vollem Umfange die Vorschläge FRIEDHOFFS, der Notfallarztwagen überall dort stationieren möchte, wo Kliniken die personellen Forderungen erfüllen. In der Zwischenzeit, bis die noch zahlreichen Probleme, die damit im Zusammenhang stehen, gelöst sind, müssen wir aber auf anderen Wegen versuchen, den Idealforderungen so nahe wie möglich zu kommen. Das ist unseres Erachtens nur über eine intensive Ausbildung der Laienhelfer und Ärzte zu erreichen.

Betrachten wir nun die zweite Frage: Welche Methoden der Wiederbelebung sind erforderlich und zu empfehlen?

Das Leben eines Schwerverletzten wird primär einmal durch Störungen der Atemfunktion, zum anderen durch Kreislaufdysregulationen im Sinne eines Schocks bedroht.

Der Bewußtlose ist seiner Schutzreflexe beraubt. Der Helfer hat daher die Aufgabe den Ausfall dieser Reflexe durch gezielte Maßnahmen zu ersetzen, also eine allein aus der Bewußtlosigkeit resultierende Lebensbedrohung abzuwenden. Eine der ersten Gefahren droht durch die Aspiration, wir beginnen daher unsere Hilfeleistungen mit einer Seitenlagerung. Die Durchführung dieser Seitenlagerung wird immer wieder bis in jedes Detail beschrieben. An solche Beschreibungen wird man sich am Unfallort, dann, wenn es auf Sekunden ankommt, nicht erinnern. Will man die Handgriffe für den Ernstfall wirklich parat haben, so erprobt man diese Lagerung am besten zunächst einmal an sich selbst. Man erlernt dabei sehr schnell, wie man am leichtesten eine stabile Lage erreicht und sieht außerdem, worauf es ankommt. Erst dann übt man zu zweien und korrigiert sich gegenseitig. Nur durch eigene praktische Übungen, nicht durch Betrachten von Diapositiven, Abbildungen und Filmen erlernt man eine Methode, die auch im Notfall unter erschwerten Bedingungen anwendbar ist. Es folgen die Maßnahmen zur Normalisierung der Atemfunktion.

Wir unterteilen sie in das Freilmachen und Freihalten der Atemwege und die in einigen Fällen evtl. zusätzlich erforderliche Beatmung. Wir wissen, daß eine

Störung der Atemfunktion nicht länger als ca. 5 Minuten anhalten darf. Unsere Hilfeleistung muß daher sehr schnell und gezielt ablaufen. Nur dort, wo wir eine teilweise oder vollständige Verlegung der Atemwege durch Fremdkörper, Blut, Schleim und Erbrochenes vermuten, wird der Mund mit dem Esmarchschen Handgriff geöffnet und mit einem zwischen die Zahnreihen gelegten Holz- oder Gummikeil offengehalten. Je nach der mitgeführten Ausstattung wird nun die Mundhöhle, z. B. mit einem um den Zeigefinger gewickelten Taschentuch oder einer Absaugpumpe, gereinigt. Hierbei darf keine Zeit verloren werden, indem man sich vielleicht bemüht jeden Blut- oder Schleimtropfen zu entfernen. Eine grobe Reinigung muß genügen. Während man früher auch mit dem Esmarchschen Handgriff die Atemwege offenhielt, wenden wir für diesen Zweck heute einen vereinfachten, insbesondere für den Ungeübten geeigneten Griff an. Eine Hand liegt dabei in Höhe der Stirnhaargrenze, die zweite unter dem Kinn. Der Kopf wird nun vorsichtig, aber so weit wie möglich, nach hinten überstreckt. Mit der Überstreckung des Kopfes bei gleichzeitigem Schließen des Mundes erreichen wir in jedem Fall und unabhängig von dem Konstitutionstyp, also den anatomischen Voraussetzungen des Verletzten, freie Atemwege. Dieser Griff läßt sich genauso gut in Seiten-, Rücken- oder Bauchlage durchführen. In seltenen Fällen kann die Nase durch das vorausgegangene Trauma verstopft sein. Kommt also die Spontanatmung nach Durchführung der beschriebenen Lagerung und Kopfhaltung nicht in Gang, so ist der Mund geringgradig, d. h. in einer Breite von etwa 1 cm, zu öffnen. Dabei müssen wir darauf achten, daß die extreme Überstreckung des Kopfes beibehalten und der Mund nicht zu weit geöffnet wird. In beiden Fällen könnte sonst erneut eine Verlegung der Atemwege durch den zurücksinkenden Zungengrund erfolgen. Die in der beschriebenen Weise freigemachten Atemwege lassen sich während der weiteren Hilfeleistungen allein durch die beschriebene Kopf- und Kieferhaltung, zum anderen aber auch durch das Einlegen eines Guedel- oder Nasopharyngeal-Tubus freihalten. Ein Unfallchirurg oder ein Anaesthetist, die evtl. eine entsprechende Ausrüstung mit sich führen, können die Atemwege natürlich noch sicherer, vor allem gefahrloser, durch eine Notintubation offenhalten. Anknüpfend an die eingangs gemachten Ausführungen, möchten wir jedoch empfehlen, nur den Personenkreis mit diesem speziellen Instrumentarium auszurüsten, der aufgrund seiner Ausbildung in der Lage ist, auch unter den erschwerten Bedingungen am Unfallort eine Intubation so auszuführen, daß sie für den Verletzten nicht eine zusätzliche Gefahr bedeutet. Zur Durchführung einer Intubation gehören nicht nur Mut und Selbstvertrauen, sondern vor allem Kenntnisse!

Ist eine normale Atemfunktion durch die beschriebenen Maßnahmen: Lagerung, Freilmachen und Freihalten der Atemwege nicht zu erreichen, so muß man sich sofort und ohne weiter zu zögern zu einer Beatmung entschließen. Wegen der in Deutschland fehlenden Zusammenarbeit der einzelnen Rettungsorganisationen hat sich unglückseligerweise eine, mit zum Teil unsachlichen Argumenten geführte Diskussion bis zum heutigen Tage nicht beenden lassen. In dieser Diskussion geht es darum, welche der bekannten Beatmungsmethoden einmal für den Helfer am einfachsten zu er-

lernen und zum anderen für den Verletzten am wirkungsvollsten sind.

Nicht nur aufgrund sehr sorgfältiger und zahlenmäßig großer experimenteller Untersuchungen, über die anerkannte Wissenschaftler der ganzen Welt berichteten, sondern vor allem auch aufgrund der nun in ausreichender Zahl vorliegenden praktischen Erfahrungen, läßt sich folgendes feststellen:

Die Atemspende ist nach dem Stande unserer heutigen Erkenntnisse für eine Notbeatmung an die erste Stelle zu setzen. Sie ist den bisher geübten manuellen Methoden aus verschiedenen Gründen deutlich überlegen.

Diese Gründe seien hier kurz skizziert:

Als Vorbereitung für die Durchführung der Atemspende ist lediglich die beschriebene Kopf- und Kieferhaltung erforderlich. Daraus resultiert, daß diese Beatmungsform ohne Zeitverlust und in jeder Situation, unabhängig von der Lage der Patienten, angewandt werden kann. Auch bei Thoraxverletzungen, Frakturen der Arme, der Wirbelsäule, bei Teilverschüttungen, während des Transportes auf eng begrenztem Raum, z. B. im Krankenwagen oder wenn ein Verletzter in bestimmten Lagen nach dem Unfall eingeklemmt ist und nicht sofort befreit werden kann, bietet die Durchführung dieser Methode wesentliche Vorteile. Die hier angeführten Möglichkeiten stellen keine theoretischen Konstruktionen dar, sie entstammen publizierten Berichten über die erfolgreiche Anwendung der Atemspende unter diesen Bedingungen. Wir haben bereits hervorgehoben, daß eine Voraussetzung für die Normalisierung der Atemfunktion in der Freihaltung der Atemwege besteht. Nur bei der Atemspende können wir, da beide Hände frei sind, eine exakte Kopf- und Kieferhaltung durchführen und somit freie Atemwege garantieren. Diese wichtige Forderung läßt sich bei Anwendung der manuellen Methoden häufig nicht erfüllen, es sei denn ein zweiter Helfer bemüht sich darum. Das Ergebnis eines anderen Experiments dürfte in diesem Zusammenhang interessant sein.

Wir testeten Helfer, die vor zwei Jahren bei uns die manuellen Methoden oder die Atemspende in einem Kurs erlernten. In der Zwischenzeit hatten diese Helfer, wie es der heutigen Situation entspricht, an keinem Wiederholungskurse teilgenommen. Bei der Nachprüfung ging es um die praktische Anwendung dieser Methoden. Es zeigte sich, daß nur noch 35% die manuellen Methoden, dagegen 85% die Atemspende so beherrschten, wie wir sie für eine Anwendung im Notfalle fordern. Unsere Ergebnisse wurden inzwischen durch andere Autoren, vor allem aber auch durch Ausbilder verschiedener Rettungsorganisationen bestätigt, die wir, ohne ihnen vorher unsere Gründe zu nennen, um eine Nachprüfung baten. Einen Nachteil der Atemspende wöhlen wir keineswegs verschweigen. Es handelt sich um die psychologischen und hygienischen Bedenken. Daß sie in der Praxis keine so wesentliche Rolle spielen, wie wir zunächst befürchteten, ist durch Befragung von Helfern, die die Atemspende inzwischen bei den verschiedensten Verletzten anwandten, bewiesen worden. Wir müssen aber im Unterricht sehr klar darstellen, daß die Atemspende nur erfolgreich anwendbar ist, wenn der Helfer keinen Ekel oder Widerwillen empfindet. Wir würden der Methode schaden,

wenn wir diese Bedenken nicht bewerteten. In solch einem, aufgrund der praktischen Erfahrungen sicher seltenen Falle ist eine manuelle Methode anzuwenden, bei der man sich aufgrund der neueren Erkenntnisse bemüht, zusätzlich die Atemwege so gut wie möglich freizuhalten. Am besten dürfte sich dafür die Methode nach SILVESTER-BROSCH eignen. Durch eine richtige Unterpolsterung der Schulterblattgegend wird der Kopf bis zu einem gewissen Grade nach hinten überstreckt.

Die Atemspende ist nun sowohl als Mund-zu-Mund- wie Mund-zu-Nase-Methode durchführbar. An erster Stelle lehren wir heute die Mund-zu-Nase-Insufflation. Die wesentlichsten Vorteile liegen darin, daß weniger hygienische Bedenken bestehen, der Retter seinen Mund über der Nase leichter abdichten kann, der angezogene Unterkiefer (geschlossener Mund) die Atemwege weiter öffnet und schließlich der Insufflationsdruck auch bei stärkerem Einblasen in den Nasenhöhlen reduziert wird. So können wir eine zusätzliche Aufblähung des Magens weitgehend verhindern. Nur wenn die Nase für die Ein- oder Ausatmung nicht durchgängig ist, kommt die Mund-zu-Mund-Methode zur Anwendung. Hierbei soll der Mund des Verletzten jedoch nicht zu weit geöffnet werden, da sonst wieder zumindest ein Teilverschluß der Atemwege entstehen könnte.

Von den in Deutschland tätigen Rettungsorganisationen lehnt lediglich die Deutsche Lebensrettungsgesellschaft die Einführung der Atemspende für ihr Aufgabengebiet ab. Die vom Präsidium dieser Gesellschaft gegebene Argumentation ist jedoch nicht stichhaltig. Ohne hier auf Einzelheiten eingehen zu wollen, möchten wir nur anführen, daß die in der ganzen Welt bekannte und ausgezeichnet ausgebildete australische Lebensrettungsgesellschaft an zahlreichen Beispielen in der Praxis bewies, mit welchem gutem Erfolg gerade die Atemspende auch bei Ertrunkenen durchführbar ist.

Die erwähnten psychologischen Bedenken, die bei der Anwendung der Atemspende entstehen, ließen sich natürlich weitgehend durch Bereitstellung von einfachen Hilfsmitteln beseitigen. Bewährt hat sich einmal ein S-förmig gebogener Kunststofftubus (Safar-Tubus), zum anderen der Oro-Tubus der Dräger-Werke. Wir möchten aufgrund unserer Untersuchung für den Laien nur den letztgenannten empfehlen. Allerdings ist der Gebrauch dieser Hilfsmittel sehr problematisch und nur unter folgenden Gesichtspunkten zu diskutieren: Der Helfer soll und muß zunächst grundsätzlich bereit sein, die Atemspende ohne jedes Hilfsmittel auszuführen, da ein solcher Tubus im Notfalle nicht immer vorhanden sein kann. Der Helfer würde sonst, steht er einem plötzlichen Notfall gegenüber, den Tubus vermissen und den Beginn der Hilfemaßnahmen dadurch evtl. verzögern. Vorbehaltlos empfehlen kann man einen solchen Tubus natürlich für eine Notfall-Arztstasche oder für Berufshelfer, wie z. B. Bademeister usw., die diesen Tubus im Dienst dauernd bei sich tragen.

Eingangs sprachen wir bereits davon, daß Krankenwagen oder andere Rettungsfahrzeuge zusätzlich mit einfachsten, d. h., gleichzeitig am wenigsten störanfälligen Geräten ausgerüstet werden müßten.

Hierfür eignen sich:

1. Der Resutator der Dräger-Werke und
2. der Ruben-Beutel der Firma Ambu.

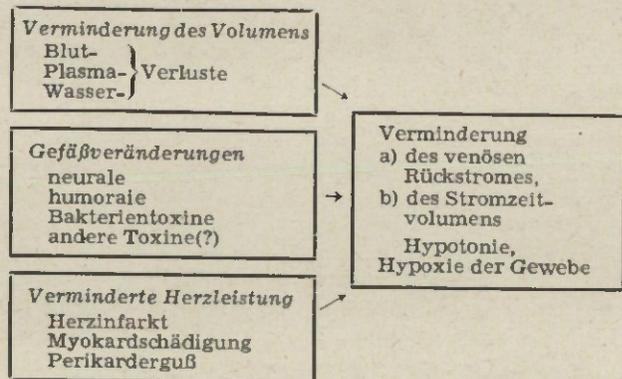
Das letztgenannte Gerät zeigt aufgrund eigener Untersuchungen gerade für den Gebrauch am Unfallort und bei der Anwendung durch den weniger Geübten die meisten Vorteile. Eine immer wieder aufgeworfene Frage ist die, ob am Unfallort unbedingt Sauerstoff zur Verfügung stehen muß, d. h., ob die genannten mit atmosphärischer Luft arbeitenden Beatmungsgeräte alleine ausreichen, um eine genügende Sauerstoffversorgung auch bei einem Schwerverletzten, Vergifteten usw. sicherzustellen. Der 21%ige Sauerstoffanteil in der atmosphärischen Luft ist für den Menschen auch bei stärksten Belastungen ausreichend. Wir möchten daher annehmen, und das beweisen auch die Erfahrungen, daß am Unfallort bzw. zur Versorgung eines Notfalles eine zusätzliche Sauerstoffversorgung nicht obligatorisch ist. Eine im Hubvolumen und der Frequenz richtig dosierte Beatmung, einen guten Maskensitz vorausgesetzt, wird immer ausreichend sein. Wir ersparen uns damit für den Unfallort aufwendige Geräte, die viel eher zu Funktionsstörungen führen, und sind nie von ausreichenden Sauerstoffflaschenvorräten abhängig. Die Eigenart einiger weniger Betriebe, wie z. B. des Bergbaues, wird zusätzliche andere Überlegungen erfordern, die in diesem Rahmen jedoch keine Rolle spielen.

Wenden wir uns nunmehr den Kreislaufveränderungen, d. h. dem Schockproblem, zu. Schwierigkeiten bereitete uns im deutschsprachigen Raum die Nomenklatur der hypotonen Kreislaufdysregulationen.

Wir empfehlen heute in Anlehnung an die international übliche Nomenklatur gemeinsam mit anderen Autoren die Bezeichnung Schock als Oberbegriff und begrüßen den Vorschlag von BUCHBORN, Schock und Kollaps nur noch als Synonyma zu verwenden. Die graduelle Mitwirkung der für einen traumatischen Schock verantwortlichen Faktoren ist von der auslösenden Ursache abhängig. An erster Stelle steht in der Bedeutung der Blut- oder Flüssigkeitsverlust, der im weiteren Verlauf durch nervöse, toxische und evtl. hormonelle Faktoren unterstützt werden kann. Als Folge von Flüssigkeitsverlusten kommt es zur Verminderung der zirkulierenden Blutmenge. Die damit ausgelösten körpereigenen Regulationen führen zunächst zu einer Minderdurchblutung, später zur vollständigen Abschaltung peripherer Körperregionen. In diesem von DUESBERG und SCHROEDER als Zentralisation gekennzeichneten Zustand müssen wir einen Kompensationsversuch erblicken, der bis zu Verlusten von ca. 1,5 l zirkulierender Blutflüssigkeit ausreicht, die Durchblutung lebenswichtiger Organe sicherzustellen. Nimmt die Blutmenge jedoch weiter ab, so muß der Organismus die Vasokonstriktion verstärken. In diesem Augenblick beginnt die Dekompensation, d. h., es werden nun weitere, aber lebenswichtige Stromgebiete gedrosselt oder abgeschaltet. In diesen nun betroffenen Stromgebieten liegen u. a. die Nieren und die Leber. Im Hinblick auf die Therapie erscheint folgende Feststellung wichtig: Wir besitzen keine sichere klinische Methode, die uns Auskunft darüber gibt, wie lange diese Zentralisation sinnvoll bleibt, d. h., von welchem Zeitpunkt ab die Zentralisation infolge der sich weiter verstärkenden Vasokonstriktion über eine Hypoxie zu Organschäden führt. Irgendwann und ohne weitere alarmierende Symptome können die ersten für eine Irreversibilität des Schocks verantwortlichen Ursachen entstehen. Entgegen früheren Ansichten wissen wir heute, daß der

traumatische Schock, aber nicht nur dieser, mit einer Vasokonstriktion beginnt und praktisch auch damit endet. Zu einer Vasodilatation kommt es erst terminal, also dann, wenn eine Irreversibilität vorliegt. Die Relation zwischen Herzzeitvolumen und peripherem Strömungsbedarf bestimmt den Zeitpunkt der Dekompensation. Unterschreitet das Stromzeitvolumen einen kritischen Wert, so entstehen als Folge der zunächst haemodynamischen Dysregulationen, also der Zentralisation, einmal metabolische Störungen, z. B. eine Azidose, zum anderen aber auch Veränderungen in der Blutströmung im Sinne von Erythrozyten- und Trombozytenaggregationen. Von diesem Zeitpunkt an beeinflussen sich die genannten Faktoren gegenseitig. Die in der folgenden Abbildung in drei Gruppen zusammengefaßten Schockursachen lassen erkennen, daß sie alle, wenn auch auf verschiedenen Wegen im Endeffekt zur Verminderung des Stromzeitvolumens und in Abhängigkeit von Dauer und Intensität zu metabolischen Veränderungen und Störungen der Blutströmung führen.

Pathogenetische Mechanismen beim Schock



In der Symptomatik können wir zwei Phasen des Schockablaufes unterscheiden, die sich in etwa mit dem Stadium der Kompensation bzw. Dekompensation decken. Die Kardinalsymptome des Schocks lassen sich durch die Verminderung der zirkulierenden Blutmenge und der daraus resultierenden Zentralisation erklären.

In der ersten Phase finden wir:

Kalte Acren, einen Puls von 100–120/Min. und einen systolischen Blutdruck über 100 mm Hg. Schlagwortartig läßt sich diese Phase als: Kalte, normotone Tachycardie kennzeichnen. Im Stadium der Dekompensation ändert sich die Symptomatik. Wir finden nun: Kalte Acren, eine blasse, teils zyanotisch verfärbte Haut, Unruhe und Durst, einen Puls von 120–140/Min. und einen Blutdruck, der um oder unter 80 mm Hg liegt. Diese Phase läßt sich kurz als kalte, hypotone Tachycardie charakterisieren.

Eine Sonderform des traumatischen Schocks muß in diesem Zusammenhang dargestellt werden: die vasovagale Traumareaktion. Sie wird durch Schmerz, Schreck und Angst ausgelöst, ihr begegnen wir am Unfallort direkt nach der Einwirkung des Traumas. Dieser Reaktion liegt ein ganz anderer pathophysiologischer Mechanismus zugrunde. Da die Patienten im Aussehen eine ähnliche Symptomatik aufweisen, wie wir sie bei den durch Blutflüssigkeitsverlusten entstehenden Schockformen beschrieben, sind Verwechslungen leicht möglich, wenn man sich damit begnügt, allein aufgrund der

Inspektion die Diagnose zu stellen. Während bei dem durch Flüssigkeitsverluste entstehenden Schock Einflüsse des Sympathikus vorherrschen, wird die vaso-vagale Traumreaktion durch starke Vagusimpulse ausgelöst. Die daraus resultierende allgemeine Gefäßverengung führt schließlich zu einem Mißverständnis zwischen vorhandener Blutmenge und Gefäßkapazität. Obwohl kein Blut verlorengeht, reicht die normale Blutmenge nicht aus, das maximal erweiterte Gefäßsystem ausreichend zu durchströmen. Die Differentialdiagnose zu der erstgenannten Schockform ist jedoch mit Hilfe der Puls- und Blutdruckwerte leicht zu stellen. Bei der vaso-vagalen Traumreaktion finden wir:

Kalte Acren, ein blasses Aussehen, einen Puls unter 80 meist um 60/Min. und einen Blutdruck um oder etwas unter 100 mm Hg. Auf einen einfachen Nenner gebracht, läßt sich dieser Zustand als kalte hypotone Bradycardie bezeichnen. Diese Reaktion klingt sehr bald ab, wenn die genannten auslösenden Faktoren beseitigt sind. Therapeutisch ist meist nur eine Flachlagerung evtl. die Hochlagerung der unteren Extremitäten erforderlich.

Für die sichere Diagnose eines Schocks und die Beurteilung der Puls- und Blutdruckwerte die Beurteilung des Verlaufes ist heute neben der Registrie-Aussehens, der Hautfarbe und vor allem der peripheren Zirkulation erforderlich. Die Puls- und Blutdruckwerte brauchen noch keine wesentlichen Abweichungen von der Norm zu zeigen, wenn sich der Patient bereits am Übergang von der Kompensation zur Dekompensation befindet. Gerade hier hilft uns die Beurteilung der peripheren Zirkulation weiter. Ist sie schlecht, zeigt sich eine leicht livide Verfärbung des Nagelbettes, fühlt sich der Patient kalt an und ist er unruhig, so müssen wir bereits eine über das Sinnvolle hinausgehende Zentralisation, d. h. das Vorliegen der 2. Schockphase, annehmen.

In der Therapie des Schocks darf keine Zeit verloren werden! Wir wissen heute, daß sich das Schicksal dieser Patienten innerhalb der ersten beiden Stunden nach dem Auftreten des Schocks entscheidet. Wir haben allgemein gesagt, die Aufgabe, das Stromzeitvolumen, d. h. die Durchblutung, so schnell wie möglich zu normalisieren. Nur so läßt sich die Dekompensation vermeiden, deren Auswirkungen nur noch sehr schwer oder gar nicht mehr zu beeinflussen sind.

An erster Stelle steht daher der Volumenersatz. Wie wir ausführten, entsteht ein Schock überhaupt erst nach einem Verlust von 1—1,5 l Flüssigkeit. Entschließen wir uns also zu einer Substitutionstherapie, so sind diese Werte zu beachten. Eine Normalisierung der zirkulierenden Blutmenge läßt sich am Unfallort am einfachsten durch Plasmaexpander erreichen. Die Auffüllung des Volumens ist zunächst wichtiger als die Substitution der verlorengegangenen Erythrozyten. 500—1000 ml dieser Plasmaexpander werden am Unfallort zunächst als Schnellinfusion verabfolgt. Die weitere Dosierung richtet sich nach den angegebenen klinischen Symptomen, insbesondere nach dem Verhalten der peripheren Zirkulation. Nur bei älteren und kardial vorgeschädigten Verletzten muß man die Gefahr einer Übertransfusion einkalkulieren und die Infusionsgeschwindigkeit entsprechend reduzieren. In allen anderen Fällen ist die Gefahr einer Übertransfusion kaum

gegeben. Sehr viel häufiger sehen wir Schäden, die durch eine nicht ausreichende Volumensubstitution entstehen.

Kreislaufmittel sind bei jedem mit Flüssigkeitsverlusten einhergehenden Schock absolut kontraindiziert. Sie wirken nur kurzfristig, verstärken die Vasokonstriktion und reduzieren damit die Durchblutung der bereits minderdurchbluteten Organe, sie vermindern das Plasmavolumen und täuschen uns durch eine eventuelle Verbesserung der Blutdruckwerte über die wirkliche Situation hinweg. Alles, was die Konstriktion fördert, vertieft den Schock! Der Schock ist nicht ein Problem des Blutdrucks, wie wir bereits ausführten, sondern ein Problem der Durchblutung. Wir wollen also nicht den Blutdruck behandeln oder eine Blutdruckkosmetik (WIEMERS) betreiben, sondern das Stromzeitvolumen, d. h. die Durchblutung normalisieren. Das erreichen wir jedoch nie mit Kreislaufmitteln.

In einigen Fällen, wie z. B. schwere Verbrennungen, werden wir sofort mit dem Volumenersatz eine Schmerzbekämpfung vornehmen. Die Ausschaltung starker Schmerzen führt zur Verhinderung von Dysregulationen, wie sie bei der vaso-vagalen Traumreaktion beschrieben wurden. Natürlich muß man am Unfallort von Fall zu Fall abwägen, ob durch eine Schmerzbekämpfung die Verschleierung der Diagnostik, das gilt insbesondere für Bauchverletzungen, zu befürchten ist. Dort, wo eine Schmerzlinderung angebracht ist, empfehlen wir die Verwendung des Dolantin. Es sollte in einer mittleren Dosierung (30—50 mg = 0,7—1 ccm) langsam intravenös injiziert werden. Die subkutane Applikation ist bei einem Schock im Stadium der Zentralisation sinnlos, da das Medikament überhaupt nicht oder doch nur sehr langsam resorbiert würde. Die in den letzten Jahren stark propagierte Anwendung von Corticosteroiden am Unfallort ist nach unseren heutigen Erkenntnissen sicher nicht erforderlich. Diese Präparate sollten der Klinik vorbehalten bleiben. Mit Corticosteroiden kann man nie eine kausale Therapie betreiben, keinesfalls aber auf eine adäquate Infusionstherapie verzichten.

Da Kreislauf und Atmung in sehr engen Beziehungen stehen, beim Schock stets die Gefahr einer Hypoxie vorhanden ist, muß natürlich am Unfallort alles getan werden, um eine ausreichende Sauerstoffversorgung sicherzustellen. Im vorausgegangenen Kapitel wurden diese Fragen eingehend dargestellt.

Im Rahmen der Kreislaufdysregulationen soll noch kurz auf den Herzstillstand eingegangen werden.

Diagnostiziert der Arzt einen Herzstillstand, so steht ihm heute in der extracorporalen Herzmassage eine Methode zur Verfügung, mit der er sofort und, wie die klinischen Erfahrungen erwiesen, auch erfolgreich einen lebensbedrohenden Zustand überwinden kann. Durch eine kräftige Kompression des unteren Brustbeinanteiles, die in einem Rhythmus von 60/Min. durchzuführen ist, läßt sich das Herz auspressen und ein Minimalkreislauf erhalten. Weitere theoretische Erörterungen sind hier jedoch nicht am Platze, diese Methode muß man praktisch und zunächst an Phantomen üben. Sie kann nur dann gefahrlos und erfolgreich durchgeführt werden, wenn man sich mit der Wirkungsweise und den anatomischen Verhältnissen vertraut gemacht hat. Erst wenn Atmung und Kreislauf normalisiert bzw.

stabilisiert sind, wird der örtliche Schaden versorgt. Der Patient soll während der Hilfeleistungen am Unfallort vor Wärmeverlust, aber auch einer Überwärmung geschützt werden. Kältezittern bedeutet eine Erhöhung des Grundumsatzes, d. h. eine gefährliche Steigerung des Sauerstoffverbrauches. Eine Überwärmung stört dagegen die körpereigene Notfallreaktion. Sie würde die peripheren Gefäße erweitern und den Volumenmangel vergrößern. Der Arzt muß abschließend noch Anordnungen für den Transport treffen. Dazu gehört, den Krankenwagenfahrer dringend zu ermahnen, den Transport zwar so schnell wie möglich, aber so schonend wie möglich durchzuführen. Die Betonung liegt auf der zweiten Hälfte dieses Satzes. Blaulicht und Martinshorn verführen das Krankenwagenpersonal jedoch dazu, nur den ersten Teil dieser Anordnung zu befolgen. Das Transporttrauma wird damit ganz erheblich gesteigert. Falls der Arzt den Transport nicht selbst begleitet, muß das Sanitätspersonal auch über die Lagerung, die weitere Infusionsgeschwindigkeit und eventuelle Zwischenfälle unterrichtet werden.

Die bisherigen Ausführungen lassen sich in Stichworten zusammenfassen.

I. Stelle die Sauerstoffversorgung sicher und verhindere eine Aspiration!

Das erreichen wir durch:

1. die Seitenlagerung
2. das Freimachen und Freihalten der Atemwege und
3. die Beatmung.

II. Bringe Blut zum Herzen und normalisiere die Durchblutung!

Das erreichen wir durch:

1. Hochlagerung der Beine und des Beckens, Tieflagerung des Kopfes
2. Auswickeln der Extremitäten
3. Blutstillung.

III. Versorge den örtlichen Schaden!

IV. Gib Anordnungen für den Transport!

Um den Aufgaben der Ersten Hilfe gerecht zu werden muß jeder Arzt die Lagerung, die Atemspende, die Beatmung mit einfachen Geräten, das Absaugen und die Infusionstherapie beherrschen.

Für die Ausrüstung von sogenannten Notfallkoffern gibt es Minimal- und Maximalforderungen. Sie im einzelnen zu erörtern würde in diesem Rahmen zu weit führen. Vom Standpunkt des Anaesthesisten möchten wir neben der üblichen Erste-Hilfe-Ausrüstung folgende Ausstattung empfehlen:

Guedel- oder Nasopharyngealtuben verschiedener Größen

1 Absaugpumpe

1 Beatmungstubus, evtl. ein einfaches Beatmungsgerät (Rubenbeutel)

Einmal-Spritzen verschiedener Größen

Schmerzmittel und

einen Blutdruckapparat.

Neben der Darstellung der modernen Methoden der Wiederbelebung kam es uns darauf an zu zeigen, wo wir weiterarbeiten müssen, um die genannten Methoden als Routinemaßnahmen in die Praxis einführen zu können. Nicht die Ausrüstung, sondern der Ausbildungsstand ist das Entscheidende. Nicht der theoretische Unterricht, sondern nur die praktische Arbeit und in nicht zu langen Zeitintervallen erforderliche Wiederholung garantieren gute Hilfeleistungen. Nicht furchtlose Diskussionen, sondern nur die Bereitschaft aller verantwortlichen Stellen zur Zusammenarbeit bringen uns weiter.

Wann und durch wen, so kann man abschließend nur fragen, wird endlich die Initiative ergriffen, um auch bei uns einen grundlegenden Wandel zu schaffen?

Anschrift des Verfassers: 54 Koblenz, Rübenacher Straße 170.

Fahruntauglichkeit und ärztliche Schweigepflicht*)

Von Prof. Dr. Paul Bockelmann

Nach deutschem Recht wird der Führerschein bekanntlich erteilt, ohne daß der Bewerber auf seinen Gesundheitszustand untersucht wird. Auch finden periodische ärztliche Überprüfungen der Inhaber von Führerscheinen, wie das ausländische Recht sie vielfach kennt, bei uns nicht statt. Selbst Personen vorgerückten Alters dürfen weiter fahren, ohne daß sich die Verwaltungsbehörde von Amts wegen darum kümmert, ob sie noch fahrtauglich sind.

Angesichts der großen Bedeutung, die Gesundheitsmängel für die Beeinträchtigung der Fahrtüchtigkeit haben, ist diese Rechtslage sehr bedenklich. Freilich ist die Verwaltungsbehörde nicht gänzlich machtlos. Wenn sie Zweifel an der gesundheitlichen Eignung des Bewerbers um einen Führerschein hat, so kann sie die Beibringung eines amts- oder fachärztlichen Zeugnisses oder gar des Gutachtens einer amtlich anerkannten

medizinisch-psychologischen Untersuchungsstelle fordern (§ 12 StVZO). Sie kann solche Zeugnisse und Gutachten auch von dem verlangen, der bereits eine Fahrerlaubnis hat, wenn nachträglich Anlaß zu der Annahme entsteht, daß er zum Führen von Fahrzeugen ungeeignet ist (§ 3 StVZO). Zwar kann sie die Beibringung solcher Zeugnisse nicht erzwingen. Aber wer sich weigert, das verlangte Zeugnis vorzulegen, läßt die von einem Kraftfahrzeugführer zu fordernde Einsicht dafür vermissen, daß die Sicherheit des Straßenverkehrs seinen eigenen Belangen vorgeht. Das offenbart einen Charaktermangel, der für sich allein die Versagung der Fahrerlaubnis oder die Entziehung einer bereits erteilten Fahrerlaubnis rechtfertigt. So hat ein bemerkenswertes Urteil des Bundesverwaltungsgerichts entschieden (NJW 1961, S. 283 f.). Aber so begrüßenswert es auch ist, daß die Verwaltungsbehörde immerhin die hier aufgezeigten Möglichkeiten hat, es bleibt unbefriedigend, daß sie immer nur dann von ihnen Gebrauch machen kann, wenn ihr schon bestimmte Anzeichen für einen krankheits- oder alters-

*) Der Vortrag ist die aus Zeitgründen verkürzte Wiedergabe eines über dasselbe Thema im Oktober 1961 bei der Landesverkehrswacht in Hamburg gehaltenen Vortrages. Dieser ist in Nr. 3 der Schriften der Landesverkehrswacht Hamburg publiziert.

bedingten Fahrtauglichkeitsmangel bekannt geworden sind. Bewerber um die Fahrerlaubnis vor der Erteilung des Führerscheins gesundheitlich untersuchen zu lassen und Besitzer einer Fahrerlaubnis von Zeit zu Zeit auf ihren Gesundheitszustand überprüfen zu lassen, um festzustellen, ob etwa Bedenken gegen ihre Fahrtauglichkeit bestehen, dieses Recht hat die Verwaltungsbehörde nicht.

Damit stellt sich von selbst die Frage, ob nicht etwa der Arzt, der bei einem seiner Patienten einen Gesundheits- oder Altersschaden feststellt, welcher die Fahrtauglichkeit beeinträchtigt, berechtigt und womöglich verpflichtet ist, diesen Schaden der Verwaltungsbehörde anzuzeigen und sie damit in den Stand zu setzen, dem Untauglichen die Fahrerlaubnis zu entziehen.

Es bedarf in diesem Kreis keiner Hervorhebung, daß das Hindernis für ein solches Einschreiten des Arztes seine durch § 300 StGB begründete Schweigepflicht ist. Die Gesundheitsschäden seines Patienten, welche die Fahrtauglichkeit beeinträchtigen oder aufheben, sind regelmäßig Geheimnis, das heißt: nur dem Patienten und dem Arzt selbst bekannt (häufig werden sie überhaupt erst vom Arzt entdeckt und dem bis dahin ahnungslosen Patienten bekanntgegeben), und dies Geheimnis wird dem Arzt anlässlich seiner ärztlichen Bemühung um den Patienten zugänglich. Damit sind die Voraussetzungen erfüllt, an die § 300 StGB die Schweigepflicht knüpft.

Nun gilt diese Schweigepflicht freilich nicht absolut. Es gibt Umstände, welche den Arzt berechtigen, sie zu brechen. Also fragt sich, ob solche Umstände gegeben sind, wenn der Arzt einen von ihm festgestellten Gesundheitsschaden seines Patienten deshalb der Verwaltungsbehörde mitteilt, weil das Leiden des Patienten seine Fahrtauglichkeit beeinträchtigt und weil der Arzt der von daher drohenden Beeinträchtigung der Verkehrssicherheit vorbeugen will.

Das ist, anders ausgedrückt, die Frage, ob der Arzt, der sich um des bezeichneten Zwecks willen zur Verletzung seiner Schweigepflicht entschließt, unter dem Gesichtspunkt des übergesetzlichen Notstands gerechtfertigt werden kann.

Die Rechtfertigung durch übergesetzlichen Notstand setzt die Kollision zweier Interessen voraus, von denen das eine das andere überwiegt. Diese Kollision muß so beschaffen sein, daß das eine Gut nur auf Kosten des anderen erhalten werden kann. In dieser Situation muß der Täter durch seine an sich straftatbestandsmäßige Handlung das geringere Gut geopfert haben, um das wertvollere zu retten, und diese Rettung muß nicht nur das zufällige Ergebnis seiner Handlung, sondern ihr eigentlicher Zweck gewesen sein. Schließlich muß die Preisgabe des geringeren Gutes sich als die Anwendung eines angemessenen Mittels zur Erreichung eines berechtigten Zwecks werten lassen.

Daß das Interesse an der Verkehrssicherheit ein wichtiges, und zwar öffentliches, Interesse ist, bedarf keiner Begründung. Den Vorrang gegenüber dem Interesse an der Verschwiegenheit des Arztes scheint es deshalb zu verdienen, weil dieses nur das private Interesse eines einzelnen betrifft. Auf diesen Standpunkt hat sich eine bekannte Entscheidung des OLG München schon einmal gestellt.

Aber die Dinge liegen komplizierter, als man zunächst anzunehmen geneigt ist. Vor allem ist es nicht

richtig, daß den Ärzten die Schweigepflicht nur zur Sicherung privater Interessen ihrer Patienten auferlegt ist. Der Arzt muß schweigen, damit der Patient sich ihm vorbehaltlos anvertrauen kann, ohne befürchten zu müssen, daß ihm aus dem, was er dem Arzt sagt, irgendein Nachteil entstehen könne. Nur wenn er diese Zuversicht haben darf, wird der Kranke zum Arzt gehen. Sonst wird er, solange seine Leiden nicht unerträglich geworden sind, Hilfe überhaupt verschmähen, und dann wird er sich lieber an den Kurpfuscher als an den Arzt wenden. Denn der Verschwiegenheit des Pfuschers kann er sicher sein, wiewohl diesen keine gesetzliche Schweigepflicht bindet. Daß aber die Kranken so nicht verfahren, daß vielmehr jeder Kranke, ja, daß selbst der eingebildete Kranke ohne Bedenken ärztliche Hilfe in Anspruch nimmt, daran besteht ein dringendes Interesse der Öffentlichkeit. Die Gesundheit aller läßt sich nicht anders sichern als so, daß man jedermann die Möglichkeit eröffnet, sich rückhaltlos dem Arzt anzuvertrauen.

So gesehen, ist es durchaus nicht sicher, daß das Interesse an der Verkehrssicherheit das Interesse an der Verschwiegenheit des Arztes überwiegt. Beide sind öffentliche Interessen, und darüber, welches von ihnen den höheren Rang hat, läßt sich mindestens streiten.

Dazu kommt ein anderes. Die Wahrung des überwiegenden auf Kosten des geringeren Interesses ist, wie hervorgehoben, nur dann rechtmäßig, wenn sie sich als Anwendung eines angemessenen Mittels zur Erreichung eines berechtigten Zwecks darstellt. Ob aber die Preisgabe des Patientengeheimnisses an die Verwaltungsbehörde ein angemessenes Mittel zur Wahrung der Verkehrssicherheit ist, das ist wiederum höchst zweifelhaft. Was würden denn für Folgen eintreten, wenn man dem Arzt allgemein die Befugnis einräumte, Verkehrstauglichkeitsmängel seiner Patienten den Verwaltungsbehörden zu offenbaren? Diese Befugnis wäre ein Offenbarungsrecht der Ärzte, aber keine Offenbarungspflicht. Es würde deshalb mit Sicherheit dahin kommen, daß einige Ärzte von jener Befugnis Gebrauch machten, andere aber nicht. Die erste Gruppe würde man beschuldigen, daß sie ihre Patienten verrate, die andere würde man umgekehrt — denn Folgerichtigkeit ist nicht das Kennzeichen der öffentlichen Meinung — verdächtigen, daß sie in Wahrheit nicht der Rücksicht auf ihre Patienten, sondern der Rücksicht auf ihren Geldbeutel nachgebe. Die zweite Gruppe würde bald die größere sein, denn die Patienten würden sich nach der Haltung der Ärzte richten. Nur der Gewissenhafte, der selber Zweifel in seine Fahrtauglichkeit setzt und entschlossen ist, für den Fall ihrer Bestätigung das Autofahren aufzugeben, und der Ahnungslose würden noch unbedenklich zum Arzt gehen. Die meisten würden es nicht tun. Wer auch nur von weitem befürchten müßte, daß er an einem Fahrtauglichkeitsmangel leidet, würde keinen Arzt konsultieren, bei dem er mit einer Meldung an die Verwaltungsbehörde zu rechnen hätte. Dieses Verhalten der Patienten würde für die Ärzte, die an sich zu einer solchen Meldung bereit sind, die größte Versuchung bedeuten, die Anzeige denn doch lieber zu unterlassen. Es wäre pharisäerhafte Überhebung, diejenigen, die dieser Versuchung unterliegen, Vorwürfe zu machen.

Dazu bedenke man folgendes: In weich seltsame Lage brächte man die Ärzteschaft, wenn man ihr wirk-

lich gestatten wollte, Fahrtauglichkeitsmängel ihrer Patienten der Polizei zu melden! Der Arzt würde gleichsam zu einer verkehrspolizeilichen Instanz. Er könnte darüber befinden, ob dieser oder jener weiter Auto fahren darf oder nicht. Dabei wäre das Bedenklliche, daß er, weil die Notstandsbefugnis ihn zur Denunziation nur berechtigt, aber nicht verpflichtet, sich nach bloßem Gutdünken zum Bruch oder zur Wahrung seines Geheimnisses entschließen dürfte. Natürlich würde die endgültige Entscheidung über die Entziehung der Fahrerlaubnis nicht beim Arzt, sondern bei der Verwaltungsbehörde liegen, und sie könnte überdies durch Klage angefochten werden. Aber es wäre schon unerträglich, wenn die Ärzte auch nur die Kompetenz hätten, nach ihrem Ermessen den Anstoß zur Einleitung eines Verfahrens auf Entziehung der Fahrerlaubnis zu geben. Ein Vergleich mit der Staatsanwaltschaft drängt sich auf. Hätten die Ärzte allgemein die Befugnis zur Preisgabe ihres Berufsgeheimnisses zwecks Meldung von Verkehrstauglichkeitsmängeln ihrer Patienten an die Polizei, so hätten sie praktisch ein Anzeigemonopol, gleichwie die Staatsanwaltschaft ein Anklagemonopol hat. Wie nun dieses Anklagemonopol nur deshalb erträglich ist, weil ihm kraft des Legalitätsprinzips eine Anzeigepflicht entspricht, so könnte man sich auch mit einem Anzeigemonopol der Ärzte nur dann abfinden, wenn die Ärzte zugleich eine Anzeigepflicht hätten. Fehlt es an dieser Pflicht, so darf es auch kein Anzeigerecht geben, auch nicht als Notrecht. Denn eine Anzeigebefugnis, über deren Ausübung der Arzt nach Belieben entscheiden kann, wäre kein angemessenes Mittel zur Sicherung des Verkehrs.

Damit stellt sich die Frage, ob nicht in Wahrheit eine Anzeigepflicht der Ärzte besteht. Bestünde sie, so wären die eben erörterten Bedenken gegen das Anzeigerecht ausgeräumt. Zwar würden vermutlich nicht alle Ärzte der Anzeigepflicht genügen, aber doch die allermeisten. Damit entfielen die Spaltung der Ärzteschaft in die Gruppe derer, welche die Anzeige erstatten, und derer, welche sie nicht erstatten. Auch könnte der Arzt nicht nach bloßer Willkür entscheiden, ob er anzeigen will oder nicht. Der Meldung wäre das peinliche Odium eines Willkürakts genommen. Allerdings würde die Anzeigepflicht ihrerseits zu Mißhelligkeiten führen. Kranke, welche die Meldung zu fürchten haben, würden den Arzt überhaupt scheuen. Die Ärzte müßten damit rechnen, daß man sie bei Versäumung der Anzeigepflicht zur Verantwortung zieht. Doch sollen diese Einwendungen gegen die Nützlichkeit der Anzeigepflicht einstweilen zurückgestellt werden. Denn zunächst muß geprüft werden, ob eine solche Pflicht überhaupt besteht.

Da es keine gesetzliche Vorschrift gibt, die sie errichtet, kann die Frage nur sein, ob nicht vielleicht bei Anerkennung einer Befugnis zur Anzeige aus dem Anzeigerecht von selbst eine Anzeigepflicht wird.

Eine solche Pflicht könnte man zunächst aus der allgemeinen Berufspflicht des Arztes abzuleiten versucht sein, seinen Patienten vor Gesundheitsschäden zu bewahren. Es liegt ja auf der Hand, daß der fahruntaugliche Patient, wenn er weiter fährt, nicht nur andere, sondern in erster Linie sich selbst gefährdet. Ist es nicht Sache seines Arztes, ihn vor dieser Gefährdung zu schützen? Sicherlich hat der Arzt die Pflicht, dem Patienten seine Lage klarzumachen und ihn vor

weiterem Fahren zu warnen. Aber wenn er damit keinen Erfolg hat — und er hat gewiß keinen, wie die Erfahrung lehrt —, so folgt doch nicht, daß seine Pflicht zur Fürsorge für den Kranken ihn geradezu dazu zwingt, nun zu dem verzweifelten Mittel der Denunziation an die Polizei zu greifen. Denn es ist ja gar nicht an dem, daß der Arzt berechtigt wäre, alles zu tun, was zur Gesunderhaltung des Patienten erforderlich ist. Er darf ihm keine Therapie aufnötigen, die der Patient ablehnt. Er darf ihn nicht gegen seinen Willen operieren. Er hat keinerlei Recht, ihn von einer unvernünftigen Lebensführung abzuhalten usw. Davon, daß er kraft seiner Fürsorgepflicht zur Preisgabe des Patientengeheimnisses an die Verwaltungsbehörde verpflichtet sei, kann erst recht keine Rede sein.

Aber läßt sich nicht eine Pflicht des Arztes zur Anzeige der Fahruntauglichkeit seines Patienten mit der Erwägung begründen, daß der Arzt, wenn er die Anzeige versäumt, mitschuldig wird an dem Verkehrsdelikt, das der untaugliche Patient seiner krankheitsbedingten Untauglichkeit wegen demnächst begeht? Gesetzt den Fall, daß der Arzt in seinem Patienten einen Epileptiker erkennt, von dem zu erwarten ist, daß er eines Tages unter dem Einfluß eines, wenn auch nur leichten, Anfalls ein schweres Verkehrsunfall verursacht wird — macht er sich dann nicht strafbar, wenn er die Offenbarung der Krankheit des Patienten an die Verwaltungsbehörde versäumt und so geschehen läßt, daß der Patient weiter fährt und dabei andere gefährdet, vielleicht sogar verletzt? Muß nicht der Arzt, um diese strafrechtliche Haftung zu vermeiden, seinen Patienten denunzieren, und wird damit nicht aus seiner Offenbarungsbefugnis eine Offenbarungspflicht?

Aber eine solche Argumentation würde das Verhältnis von Strafbarkeit und Pflichtwidrigkeit der Unterlassung auf den Kopf stellen. Denn es hängt nicht etwa die Pflichtwidrigkeit der Unterlassung von ihrer Strafbarkeit ab, sondern es setzt umgekehrt die Strafbarkeit der Unterlassung ihre Pflichtwidrigkeit voraus. Pflichtwidrig aber ist die Nichtabwendung rechtlich mißbilligter Erfolge nicht schon deshalb, weil die Abwendung tatsächlich möglich und rechtlich erlaubt gewesen wäre. Daraus allein, daß jemand einen schädlichen Erfolg hätte abwenden können und dürfen, folgt noch nicht, daß er strafbar ist, wenn er die Abwendung unterläßt. Denn das Gebot, drohende gesetzlich mißbilligte Erfolge zu verhindern, gilt keineswegs ebenso allgemein und umfassend wie das Verbot, sie herbeizuführen. Dem unbedingten Verbot: du sollst nicht töten, das heißt: du sollst niemals und unter keinen Umständen einen Menschen töten, entspricht keineswegs ein unbedingtes Gebot: du sollst jederzeit jeden Menschen aus Todesgefahr (oder aus der Gefahr, körperlich verletzt zu werden oder Sachschaden zu erleiden usw.) befreien. Eine allgemeine Rettungspflicht zugunsten von jedermann aufzustellen, ist unmöglich. Die Nichtabwendung des Erfolges rechtfertigt die Bestrafung des Untätigen immer nur dann, wenn diesem aus besonderem Grunde eine Garantienstellung zugefallen war, vermöge deren er gleichsam auf Posten gestellt erschien, dazu berufen, geradezu durch sein Eingreifen den Eintritt des schädlichen Erfolges zu verhindern.

Daraus folgt: Nur wenn der Arzt eine solche Ga-

rantenstellung hat, kraft deren es eben seine Sache ist, Verkehrsdellikte seines Patienten zu verhindern, und wenn die Offenbarung der Verkehrsuntauglichkeit des Kranken das geeignete Mittel ist, ihn rechtzeitig aus dem Verkehr auszuschalten, nur dann kann aus der, gegebenenfalls auf Notstand zu gründenden, Offenbarungsbefugnis des Arztes eine Offenbarungspflicht werden.

Unzweifelhaft gibt es einen Fall, in dem eine solche Garantenpflicht tatsächlich entsteht. Es ist der, daß der Arzt selbst durch eine ärztliche Maßnahme den Patienten in den Zustand der Fahruntauglichkeit versetzt hat. Angenommen, daß er ihm ein Medikament verabreicht hat, welches einen Zustand der Benommenheit, der herabgesetzten Reaktionsfähigkeit usw. hervorruft, dann muß er ihn daran hindern, sein Fahrzeug zu führen, bevor dieser Zustand abgeklungen ist. Denn jetzt hat er, der Arzt, selbst die Gefahr heraufbeschworen, daß der Patient andere Verkehrsteilnehmer verletzen werde, und es ist ein allgemein anerkannter Grundsatz des Strafrechts, daß wer die Gefährdung eines Rechtsguts selbst hervorgerufen hat, für die Rettung des Gutes zu sorgen verpflichtet ist und bei Versäumung dieser Pflicht wegen Begehung durch Unterlassen bestraft werden kann. Freilich noch nicht für den Fall des Arztes, wohl aber für den Fall eines Gastwirts, der durch Ausschank von Alkohol die Trunkenheit seines Kunden verursacht hatte, ist denn auch bereits entschieden worden, daß Bestrafung wegen fahrlässiger Tötung, begangen durch Unterlassung, angebracht ist, wenn der betrunkene Gast seiner alkoholbedingten Fahruntauglichkeit wegen einen anderen überfährt und dabei zu Tode bringt.

Aber was für den Gastwirt gilt, gilt auch für den Arzt: hat er seinen Patienten selbst fahruntauglich gemacht, so ist er verpflichtet, ihn am Fahren zu hindern, und wenn kein anderes Mittel zur Verfügung steht, so muß er polizeiliche Hilfe in Anspruch nehmen und zu diesem Zweck der Verwaltungsbehörde jedenfalls so viel von dem Zustand seines Patienten offenbaren, wie nötig ist, um die Behörde zum Einschreiten zu veranlassen.

Aber dieser Fall ist ja nicht besonders wichtig. Soviel ich durch Befragen von Ärzten habe feststellen können, gelingt es in der bezeichneten besonderen Situation regelmäßig, den Patienten zur Einsicht zu bringen, also dazu, auf das Fahren zu verzichten, bis die Wirkungen des ärztlichen Eingriffs wieder abgeklungen sind. Wichtiger sind jene anderen Fälle, in denen eine bereits bestehende, nicht oder jedenfalls zur Zeit nicht behebbare krankheitsbedingte Fahruntauglichkeit des Patienten vorliegt, die Warnung des Arztes von dem Kranken aber in den Wind geschlagen wird. Läßt sich sagen, daß auch in diesem Falle dem Arzt eine Garantenstellung zufällt, kraft deren er zur Anzeige des Patienten an die Verwaltungsbehörde verpflichtet ist?

Man könnte geneigt sein, das mit der Begründung zu bejahen, daß doch der Arzt der einzige ist, der die Möglichkeit zum Eingreifen hat, und daß es sich immerhin um seinen Patienten handelt, daß die Gefahr für andere, die von dem Kranken ausgeht, also in einem Lebensbereich entstanden ist, für den der Arzt Verantwortung trägt. Mit ähnlichen Begründungen hat man in anderen Fällen schon Garantenpflichten bejaht. Der Schiffsführer, der den blinden Passa-

gier, nachdem er ihn auf hoher See entdeckt hat, empört über die Schwierigkeiten, die er ihm macht, verschmachten läßt, würde sicherlich wegen Tötung oder, wenn der blinde Passagier noch mit dem Leben davonkommt, wegen Körperverletzung, begangen durch Unterlassung, bestraft werden. So würde auch der Inhaber einer Wohnung wegen Freiheitsberaubung bestraft werden, der es unterläße, eine Person, die sich versehentlich darin eingeschlossen hat (oder die von einem anderen darin eingeschlossen worden ist), wieder in Freiheit zu setzen. Aber der Übertragung dieser Grundsätze auf unseren Arztfall steht ein Hinderungsgrund entgegen. Das, was der Arzt tun müßte, um die von dem fahruntauglichen Patienten ausgehende Verkehrsgefährdung auszuräumen, wäre eine Anzeige an die Polizeibehörde, die der Sache nach nicht nur die Meldung des Fahrtauglichkeitsmangels, sondern zugleich die Denunziation einer bevorstehenden strafbaren Handlung des fahruntüchtigen, aber gleichwohl zum Weiterfahren entschlossenen Patienten darstellen würde. Die Voraussetzungen nun, unter denen man verpflichtet ist, das Vorhaben künftiger strafbarer Handlungen von anderen anzuzeigen, nennt § 138 StGB. Diese Voraussetzungen treffen auf den Fall des Arztes nicht zu. Denn eine Anzeigepflicht besteht nur mit Bezug auf bestimmte, im Gesetz einzeln aufgezählte Verbrechen. Verbrechen im technischen Sinne des Strafgesetzbuches, nämlich mit Zuchthausstrafe bedrohte Delikte, sind aber die Verkehrsverstöße, die von dem fahruntauglichen Fahrer zu besorgen sind, nicht. Selbst das schwerste Delikt, welches er begehen kann, die Herbeiführung einer Gemeingefahr durch Beeinträchtigung der Sicherheit des Straßenverkehrs wegen Fahrens in fahruntüchtigem Zustand, § 315 a Abs. 1 Ziff. 3 StGB, ist nicht Verbrechen, sondern nur Vergehen. Auch fahrlässige Körperverletzung und Tötung, mit denen möglicherweise zu rechnen ist, sind nur Vergehen und schon deshalb nicht anzeigepflichtig.

Aus § 138 StGB ist nun aber ein doppelter Umkehrschluß zu ziehen. Unter anderen als den dort genannten Voraussetzungen ist die Anzeige einer künftigen strafbaren Handlung nicht geboten. Ein Verhalten aber, das in nichts weiter besteht als darin, daß die Anzeige eines künftigen Delikts versäumt wird, kann, soweit es nicht nach § 138 strafbar ist, auch nicht unter einem sonstigen Rechtsgesichtspunkt, etwa als Teilnahme an dem demnächst begangenen Delikt, strafbar sein. Es hätte keinen Sinn, die Strafbarkeit der unterlassenen Deliktanzeige auf ganz bestimmte Voraussetzungen zu beschränken, wenn, wo diese Voraussetzungen nicht gegeben sind, Bestrafung wegen Teilnahme an dem später verübten Delikt möglich sein sollte.

Damit ist freilich das Problem der Garantenstellung des Arztes immer noch nicht ganz erschöpft. Es bleibt zu prüfen, ob nicht dem Arzt gerade in dieser seiner Eigenschaft eine besondere Pflicht zur Anzeige zufällt. Der Annahme solcher besonderen Pflichten steht § 138 StGB natürlich nicht entgegen. Es liegt auf der Hand, daß z. B. ein Polizeibeamter, zu dessen allgemeinen Berufspflichten die Verhinderung strafbarer Handlungen gehört, auch in solchen Fällen anzeigen und einschreiten muß, in denen § 138 StGB nicht eingreift, in denen also ein Privatmann nichts zu unternehmen brauchte. Die Frage ist also, ob etwa auch dem Arzt, ganz ähnlich wie dem Polizeibeamten, eine Pflicht

zur Verhinderung künftiger strafbarer Handlungen zufällt, wenigstens auf dem Gebiet, in dem er als Arzt zu wirken berufen ist.

Dazu ist folgendes zu bemerken: Es ist richtig, daß in der modernen Gesellschaft der Arzt längst nicht mehr auf die Aufgabe beschränkt ist, individueller Helfer und Berater des Kranken zu sein, der sich jeweils ratsuchend an ihn wendet. Der Arzt ist vielmehr zu einem Funktionär der Öffentlichkeit, zum Diener am allgemeinen Wohl geworden. Das zeigt sich an all jenen Offenbarungs- und Meldepflichten, die ihm auferlegt sind. Ich erinnere an § 3 des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, an die zahlreichen Auskunftspflichten, die das Sozialversicherungsrecht und die darauf beruhende Vertragsordnung statuieren. Ich verweise ferner auf die umfassenden Meldepflichten nach dem Bundesseuchengesetz. Überall, wo er solche Pflichten erfüllt, steht der Arzt zum Patienten nicht in jener überlieferten vertraulichen Ich-Du-Beziehung, in der beide unter vier Augen miteinander allein sind, der Patient steht vielmehr zum Arzt in einer Art von Subordinationsverhältnis, und der Arzt muß das Geheimnis des Patienten brechen aus Gründen des öffentlichen Wohls.

Wenn man nun bedenkt, wieweit die Auskunfts- und Meldepflichten des Arztes gehen, wenn man überschlägt, wie viele Personen in der weitverzweigten Bürokratie der Gesundheitsverwaltung und der Sozialversicherung von den Mitteilungen des Arztes Kenntnis bekommen, so mag man zu der Ansicht neigen, daß das ärztliche Berufsgeheimnis weithin entwertet sei und daß der Gesetzgeber offenbar dazu neige, das Geheimhaltungsinteresse des Patienten im Konfliktfall einem sachlich begründeten Aufklärungsinteresse der Behörden unterzuordnen, so zwar, daß der Arzt bei Kollision jener beiden Interessen zur Offenbarung des Patientengeheimnisses nicht nur berechtigt, sondern sogar verpflichtet sei.

Aber diese Folgerung ist falsch. Sie läuft auf eine vorschnelle und unberechtigte Verallgemeinerung jener in Wahrheit denn doch engbeschränkten Pflichten hinaus, die dem Arzt zur Förderung bestimmter wohlfahrts- und gesundheitspolitischer Interessen auferlegt sind. Allen diesen Pflichten, mag es sich um Behandlungs-, Anzeige-, Melde- oder Auskunftspflichten handeln, ist gemeinsam, daß sie ausschließlich bestimmten Zwecken der Gesundheitspflege dienen. Keine von ihnen dagegen steht im Dienste der Verbrechensbekämpfung oder der polizeilichen Gefahrenabwehr. Soweit es sich um diese Aufgaben der Förderung des öffentlichen Wohles handelt, legt die Rechtsordnung dem Arzt durchaus keine besonderen Pflichten auf, und schon gar nicht Pflichten, deren Erfüllung ihn zur Offenbarung der Geheimnisse seiner Patienten nötigen würde. Im Gegenteil räumt das Gesetz, wo es sich um die Kollision des Interesses an der Verschwiegenheit des Arztes handelt, diesem den Vorrang ein. Soweit die Ärzte nach § 300 StGB zum Schweigen verpflichtet sind, sind sie nach § 53 Abs. 1 Ziff. 3 StPO zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt. Darum begründet die Pflicht zur Aussage, welche dem Zeugen obliegt, doch keine Befugnis zur Offenbarung des Berufsgeheimnisses und erst recht keine Pflicht dazu. Und § 138 StGB, der jedermann und also auch den Arzt verpflichtet, bestimmte Verbrechensvorhaben anzuzeigen, gilt doch für den Arzt (übrigens ebenso für den Rechtsanwalt und für den

Verteidiger) nicht mit derselben Strenge wie für andere Personen. § 139 Abs. 3 Satz 2 erklärt, daß Ärzte selbst ein Verbrechensvorhaben nicht anzuzeigen brauchen, wenn es ihnen in ihrer Eigenschaft als Arzt anvertraut worden ist, allerdings unter der Voraussetzung, daß sie sich ernstlich bemüht haben, den präsumtiven Täter von der Tat abzuhalten oder den Erfolg abzuwenden, und daß es sich nicht gerade um Mord oder Totschlag handelt. Sind diese Voraussetzungen erfüllt, dann kann der Arzt ohne strafrechtliches Risiko von der Anzeige absehen. Er bleibt auch dann straflos, wenn seine anderweitigen Bemühungen um die Verhinderung der Tat scheitern und der Patient das Verbrechen, dessen Vorhaben er den Arzt hat merken lassen, tatsächlich ausführt.

Aus dieser Einschränkung der Anzeigepflicht hinsichtlich bevorstehender Verbrechen, die § 139 StGB für den Arzt verfügt, und aus dem Schweigerecht, das § 53 StPO ihm für den Strafprozeß gewährt, geht deutlich hervor, daß der Gesetzgeber den Arzt, so sehr er ihn auch sonst zum Diener am öffentlichen Wohl macht, doch gerade nicht zum Funktionär der Strafrechtspflege und erst recht nicht zum „Büttel der Polizei“ machen will. Dafür gibt es noch einen weiteren eindrucksvollen Beweis. Die Meldeordnungen der deutschen Länder, die nach 1945 an die Stelle der Reichsmeldeordnung von 1938 getreten sind, enthielten ursprünglich alle eine dem Modell des § 23 der Reichsmeldeordnung entsprechende Vorschrift, nach der die Leiter von Krankenanstalten verpflichtet waren, Personen, die mit Schuß-, Stich- oder Hiebverletzungen oder in einem sonstigen, auf eine strafbare Handlung hindeutenden Zustand eingeliefert wurden, sofort der Polizeibehörde zu melden. Das wissenschaftliche Schrifttum hat diese Bestimmungen scharf kritisiert, weil sie mit der Schweigepflicht und dem Schweigerecht der Ärzte nicht vereinbar waren. Unter dem Eindruck dieser Kritik sind jene Vorschriften überall aufgehoben worden. Nach jetzt geltendem Recht sind die Leiter der Krankenanstalten nur noch verpflichtet, die Namen der aufgenommenen Personen binnen 3 Tagen der Meldebehörde anzugeben oder sie in ein Verzeichnis aufzunehmen, in das der Meldebehörde auf Verlangen Einsicht zu gewähren ist. Was für Verletzungen die eingelieferten Personen haben, braucht nicht mitgeteilt zu werden. Ausdrücklich also hat der Gesetzgeber den Leitern der Krankenanstalten die Verpflichtung, der Polizei Hilfsdienste für die Aufklärung strafbarer Handlungen zu leisten, wieder abgenommen.

Aus dieser bemerkenswerten neuesten Entwicklung der Gesetzgebung muß man schließen, daß die allerdings unübersehbare Wandlung, welche die Stellung des Arztes im gesellschaftlichen Leben erfahren hat, doch nicht die Annahme rechtfertigen kann, daß der Arzt verkehrspolizeiliche Funktionen habe und deshalb zur Anzeige von Fahrtauglichkeitsmängeln seiner Patienten verpflichtet sei. Wo er gehalten ist, nicht nur mittelbar, nämlich durch Fürsorge für seine Patienten, sondern unmittelbar, d. h. durch Erfüllung spezieller Aufgaben polizeilichen Charakters, der Allgemeinheit zu dienen, sind es doch immer nur gesundheitspolizeiliche, nicht kriminalpolizeiliche und nicht verkehrspolizeiliche Interessen, in deren Dienst er gestellt ist. Die damit bezeichnete Grenze seiner Verpflichtungen muß sorgfältig respektiert werden.

Damit aber sind alle Gesichtspunkte erörtert, unter denen eine Pflicht des Arztes zur Offenbarung der Verkehrsuntauglichkeit seines Patienten an die Verwaltungsbehörde begründet sein könnte. Mit Ausnahme des einzigen Falles, daß der Arzt selbst durch eine ärztliche Maßnahme einen Zustand vorübergehender Verkehrsuntauglichkeit seines Patienten herbeiführt, hat sich eine Offenbarungspflicht des Arztes nirgends rechtfertigen lassen.

Hat der Arzt aber keine Offenbarungspflicht, so kann er, wie wir gesehen haben, auch kein Offenbarungsr echt haben.

Wen das Ergebnis, zu dem unsere Untersuchungen geführt haben, nicht befriedigt, der wird die Frage aufwerfen, ob nicht den Ärzten die Pflicht zur Meldung von Verkehrstauglichkeitsmängeln ihrer Patienten durch Gesetz auferlegt werden sollte. Nach meiner Überzeugung wäre das verfehlt. Bestünde eine solche gesetzliche Pflicht, so würden sehr viele Kranke den Arzt gar nicht oder zu spät konsultieren. Es ist darum mindestens die Frage, ob die Errichtung einer gesetzlichen Anzeigepflicht die Verkehrssicherheit nicht eher beeinträchtigen als fördern würde. Kann doch der Arzt, wenn er rechtzeitig gerufen wird, manchen Gesundheitsschaden, der die Verkehrstauglichkeit des Patienten mindert oder aufhebt, heilen, oder er kann, wo Heilung nicht möglich ist, wenigstens die Auswirkungen des Leidens korrigieren. Und mitunter hat ja auch der warnende Zuspruch des Arztes Erfolg. Im ganzen ist der Verkehrssicherheit wahrscheinlich besser gedient, wenn jedermann unbesorgt zum Arzt gehen kann.

Für die Ärzte aber würde die gesetzliche Statulierung von Anzeigepflichten — auch wenn sie auf bestimmte Krankheiten beschränkt blieben — nicht nur einen unerfreulichen weiteren Schritt auf dem Wege zur Verbeamtung des Ärztestandes bedeuten und nicht nur die Beschwerung mit weiteren bürokratischen Berufslasten. Die Errichtung einer Anzeigepflicht würde ihnen überdies ein strafrechtliches Risiko auferlegen, jeden-

falls dann, wenn — wie es wahrscheinlich ist — die Erfüllung der Meldepflicht durch eine Strafdrohung sanktioniert wäre. Es würde dann jeder Verkehrsunfall, der in einer auf Gesundheitsmängeln beruhenden Verkehrsuntauglichkeit eines der Beteiligten seine Ursache hat, ein Ermittlungsverfahren gegen den Arzt auslösen, der den Unfälle behandelt hat. Die Ärzte müßten, um den ihnen von daher drohenden Gefahren zu begegnen, ihre Patienten immer aus eigener Initiative auch auf Verkehrstauglichkeitsmängel untersuchen. Es gehört nicht viel Phantasie dazu, sich auszumalen, zu was für Unzuträglichkeiten das führen müßte.

So kommt die Einführung einer gesetzlichen Meldepflicht für alle oder auch nur für die gefährlichsten Gesundheitsmängel, welche die Verkehrstauglichkeit beeinträchtigen, wohl nicht in Betracht.

Eine andere Frage ist es, ob dem Gesetzgeber anzuraten ist, durch eine Änderung des Straßenverkehrsgesetzes oder der Straßenverkehrszulassungsordnung die Erteilung der Fahrerlaubnis von einer ärztlichen Überprüfung der Verkehrstauglichkeit des Bewerbers abhängig zu machen und weiter anzuordnen, daß alle Inhaber einer Fahrerlaubnis von Zeit zu Zeit, und zwar mit vorrückendem Alter in kürzeren Zeiträumen, vom Arzt auf den Fortbestand ihrer Tauglichkeit untersucht werden müssen. Aber zur Lösung dieses Problems ist der Jurist nicht zuständig, jedenfalls nicht allein. Denn sie hängt offenbar davon ab, ob der ungeheure Aufwand, den solche ärztlichen Überprüfungen machen, wenn sie ernst genommen werden (und sonst haben sie ja keinen Zweck), sich wirklich rechtfertigen läßt durch die Erhöhung der Verkehrssicherheit, die man sich davon versprechen darf. Hierfür aber kommt es wiederum an auf den Grad von Sicherheit, mit der die Ärzte Gesundheits- und Leistungsmängel, welche die Verkehrstauglichkeit beeinträchtigen oder gar aufheben, diagnostizieren und über das künftige Verhalten des Verkehrsteilnehmers Voraussagen machen können. Dazu gebührt dem Mediziner das Wort.

Anschr. d. Verf.: Institut für Kriminalologie, 8 München, Prof.-Huber-Platz 2, Jurist. Seminargebäude.

Schluß des Berichtes über das verkehrsmedizinische Seminar in Ansbach

AUS DEM STANDESLEBEN

Der 66. Deutsche Ärztetag in Mannheim*)

Neuwahlen — Beschlüsse — EntschlieBungen

Neuwahl des Vorstandes der Bundesärztekammer

Dr. Sewering erneut zum Vizepräsidenten der Bundesärztekammer gewählt

Die Neuwahl des Vorstandes der Bundesärztekammer hatte folgendes Ergebnis:

Es wurden wiedergewählt: Herr Dr. Fromm, Präsident der Ärztekammer Hamburg, als Präsident der Bundesärztekammer, Herr Dr. Eckel, Präsident der Landesärztekammer Niedersachsen, Herr Dr. Sewering, Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, zu Vizepräsidenten der Bundesärztekammer.

*) Eine eingehende Berichterstattung und der Abdruck der Referate, die beim Deutschen Ärztetag gehalten wurden, erfolgen in den Ärztlichen Mitteilungen.

Zu Mitgliedern des Geschäftsführenden Vorstandes wurden gewählt die Herren

Dr. Degenhard, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg, Professor Dr. Kreienberg, Präsident der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Dr. Schimrigk, Präsident der Landesärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. Berensmann, Stuttgart und Dr. W. Schmidt, Berlin.

Neuwahl des „Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung“

Der „Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung“ besteht aus sieben ordentlichen Mitgliedern, die auf Vorschlag des Vorstandes der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern) vom

Deutschen Ärztetag für den gleichen Zeitraum gewählt werden wie der Vorstand der Bundesärztekammer.

Die Delegierten des 66. Deutschen Ärztetages wählten am 28. Juni 1963 in Mannheim wiederum

Prof. Dr. Alken, Homburg/Saar,
 Prof. Dr. Th. Hellbrügge, München,
 Dr. Lippross, Dortmund,
 Prof. Dr. G. Schettler, Berlin-Charlottenburg,
 Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg,
 Dr. Sewering, München,
 Dr. Stroh, Bischofsheim bei Mainz,

als ordentliche Mitglieder in den „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“.

Neuwahl des Vorstandes der „Deutschen Akademie der Praktischen Ärzte“

Der Vorstand der „Deutschen Akademie der Praktischen Ärzte“ wird aus fünf Praktischen Ärzten gebildet, die aus einer Vorschlagsliste des Vorstandes der Bundesärztekammer vom Deutschen Ärztetag für den gleichen Zeitraum gewählt werden wie der Vorstand der Bundesärztekammer. Mit der Neuwahl des Vorstandes der Bundesärztekammer durch den 66. Deutschen Ärztetag stand damit auch die Neuwahl des Vorstandes der „Deutschen Akademie der Praktischen Ärzte“ an; es wurden gewählt:

Dr. Jungmann, MdB, Markoldendorf/Einbeck,
 Dr. Dobler, Schorndorf,
 Dr. Villinger, Freiburg,
 Dr. Stroh, Bischofsheim/Mainz,
 Dr. Stratmann, Himmighausen über Bad Driburg.

Paracelsus-Medaille an verdiente Ärzte

Bei der Abschlußkundgebung des Ärztetages, an der mit dem Herrn Bundeskanzler eine große Zahl prominenter Gäste teilnahm, erfolgte die Verleihung der Paracelsus-Medaille an zwei hochverdiente Ärzte:

Professor Dr. med. Ferdinand Hoff, Frankfurt/M.
 Dr. med. Theodor Dobler, Schorndorf/Baden-Würtbg.

In der Verleihungsurkunde dieser höchsten Auszeichnung der Deutschen Ärzteschaft heißt es über Herrn Professor Hoff:

„Die deutschen Ärzte ehren in Professor Hoff einen hervorragenden Kliniker und Forscher, der sich hohe Verdienste um sein Fachgebiet, die Innere Medizin, erwarb. Gründend auf naturwissenschaftlichen und ärztlichen Erkenntnissen wurde er zum Schöpfer und Gestalter einer umfassenden Lehre der vegetativen Regulationen in der klinischen Physiologie und Pathologie. Sein außergewöhnliches klinisches Wissen und seine richtungweisenden Gedanken für therapeutisches Handeln hat er in zahlreichen Veröffentlichungen, Vorträgen und Lehrbüchern der Ärzteschaft vermittelt. Damit trug er entscheidend dazu bei, die Fortschritte der Medizin der leidenden Menschheit besser zugänglich zu machen. Zahlreiche Schüler verehren in ihm dankbar ihren vorbildlichen Lehrer.“

Die Verdienste von Herrn Dr. Dobler gibt die Verleihungsurkunde mit folgenden Worten wieder:

„Die deutschen Ärzte ehren in Dr. Dobler einen Arzt, der maßgeblich am Wiederaufbau der ärztlichen Standesorganisationen sowohl in seiner engeren Hei-

mat Württemberg als auch im gesamten Bundesgebiet beteiligt war. Als Mitbegründer der Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern, Präsident der Ärztekammer Württemberg-Hohenzollern, als Erster Vorsitzender des 1949 wiedergegründeten Hartmannbundes, später als Präsident der Bezirksärztekammer Nord-Württemberg und Vertreter seines Landes im Vorstand der Bundesärztekammer erwarb er sich hohe Verdienste um den gesamten ärztlichen Berufsstand, vor allem aber um die wichtige Gruppe der praktischen Ärzte. An der Begründung der ‚Deutschen Akademie der Praktischen Ärzte‘ hatte er hervorragenden Anteil und trug als ihr Vorstandsmitglied wesentlich dazu bei, Berufsbild und Stellung des praktischen Arztes innerhalb der Gesamtärzteschaft zu umreißen und zu festigen. Als Standortarzt in Tübingen bewahrte er 1945 durch sein furchtloses Eintreten die altherwürdige Universitäts- und damalige Lazarettstadt vor der Zerstörung. Wo immer er seine großen Fähigkeiten in den Dienst des ärztlichen Berufsstandes stellte, hat er diese Belange nachhaltig gefördert und der Gesundheits- und Sozialpolitik nach besten Kräften gedient. Ausgang und Ziel seines Wirkens aber blieb für ihn stets seine Landpraxis, die nach wie vor Mittelpunkt seines ärztlichen Lebens ist.“

EntschlieBungen

Reform der sozialen Krankenversicherung

„Aufbauend auf den EntschlieBungen früherer Ärztetage stellt der 66. Deutsche Ärztetag nachstehende Grundsätze auf, die bei einer Reform der sozialen Krankenversicherung beachtet werden sollten:

Präambel

Im Mittelpunkt einer Reform der sozialen Krankenversicherung muß der Mensch stehen. Das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient muß von störenden Einflüssen freigehalten werden; insbesondere muß die ärztliche Schweigepflicht gewahrt sein. Der Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung ist den Fortschritten der medizinischen Wissenschaft und den Erfahrungen der ärztlichen Praxis anzupassen.

I. Kreis der Versicherten, Versicherungssystem

Der Deutsche Ärztetag bejaht eine gesetzliche Krankenversicherung für diejenigen Bevölkerungskreise, die auf Grund ihrer Einkommensverhältnisse nicht imstande sind, aus eigener Kraft und in eigener Verantwortung ausreichende Vorsorge für die Risiken der Krankheit zu treffen. Der Kreis der Versicherten ist entsprechend der sozialen Funktion der gesetzlichen Krankenversicherung klar abzugrenzen und unter Berücksichtigung der veränderten Sozialstruktur unseres Volkes neu zu ordnen und zu gliedern. Zur Hebung der Selbstverantwortung sollte dabei der uneingeschränkte Solidarschutz auf solche Bevölkerungskreise beschränkt werden, die dieses Schutzes bedürfen. Für den Kreis der freiwillig Versicherten wird der Übergang vom Sachleistungs- zu einem Kostenerstattungssystem empfohlen. Bevölkerungskreise, die aus eigener Kraft und in eigener Verantwortung Vorsorge für das Krankheitsrisiko treffen können, sollen auf

die Möglichkeit der eigenen Gestaltung verwiesen werden.

II. Gesundheitsvorsorge

Vorsorgeuntersuchungen und gesundheitliche Beratung der Versicherten durch ihre frei gewählten behandelnden Ärzte sind als Pflichtleistungen in die gesetzliche Krankenversicherung einzubeziehen. Sie sollten nicht durch Selbstbeteiligungsmaßnahmen behindert werden.

III. Selbstbeteiligung

Maßnahmen der Selbstbeteiligung im Krankheitsfalle dürfen weder die berechnete und rechtzeitige Inanspruchnahme ärztlicher Untersuchungen und Behandlungen noch die Erzielung des Heilerfolges gefährden. Sie müssen im einzelnen und in ihrer Gesamtheit sozial tragbar sein und dabei insbesondere den Familienstand ausreichend berücksichtigen.

Selbstbeteiligungen an den Kosten der ärztlichen Behandlung dürfen keinen Anlaß zur Inanspruchnahme öffentlicher Einrichtungen geben, in denen keine oder eine geringe Selbstbeteiligung erhoben wird.

IV. Freie Arztwahl

Die uneingeschränkte Zulassung aller hauptberuflich in freier Praxis niedergelassenen Ärzte und die freie Arztwahl der Versicherten unter diesen Ärzten ist entsprechend dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom März 1960 für den Gesamtbereich der sozialen Krankenversicherung im Gesetz zu verankern.

Jeder Versuch, die ärztliche Behandlung der persönlichen Begegnung zwischen Arzt und Patient zu entziehen und sie in Ambulatorien oder Krankenhausambulanzen zu institutionalisieren, wird nachdrücklich zurückgewiesen.

Auch nichtstationäre Untersuchungen und Behandlungen durch das Krankenhaus vor oder nach der Krankenhausbehandlung werden als Schritt zum Ambulatorium entschieden abgelehnt.

Die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen der leitenden Krankenhausärzte sollten dem Versicherten zur Verfügung stehen durch persönliche konsiliarische Tätigkeit auf Überweisung durch die behandelnden freipraktizierenden Ärzte.

V. Erhaltung einer gegliederten Krankenversicherung

Die gesetzliche Krankenversicherung muß auf den Grundsätzen der genossenschaftlichen Selbsthilfe und der gegenseitigen Verantwortung der in ihr Versicherten aufgebaut sein. Diese Grundsätze können nur in lebensnahen Versichertengemeinschaften verwirklicht werden. Der Versicherte muß das Gefühl der Verantwortung gegenüber seiner Gemeinschaft behalten.

Um die verpflichtende Bindung an freiwillig gewählte Gemeinschaften wirksam werden zu lassen, ist den Versicherten bei Erhaltung der Vielgestaltigkeit der Versicherungsträger weitgehend die Möglichkeit zur freien Wahl ihrer Krankenkassen zu geben.

In diesem Sinne ist die gegliederte Krankenversicherung zu stärken und auszubauen.

Die Selbstverwaltung der Versichertengemeinschaft darf durch staatliche Aufsichtsbehörden nicht bevorzugen werden.

VI. Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen

Die Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung können wirkungsvoll und störungsfrei nur in echter gleichberechtigter Partnerschaft zwischen den Krankenkassen und der Ärzteschaft erfüllt werden. Die Beziehungen zwischen Ärzten und Krankenkassen müssen deshalb auf den Grundsätzen freier vertraglicher Gestaltung aufgebaut sein. Die gesetzliche Regelung der Selbstverwaltung der Kassenärzte in den Kassenärztlichen Vereinigungen muß dem besonderen genossenschaftlichen Charakter dieser Gemeinschaften entsprechen. Die Aufsicht des Staates hat sich auf die Beachtung von Gesetz und Satzung zu beschränken.

Der gesetzliche Auftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen, die gesamte ambulante ärztliche Versorgung der Versicherten sicherzustellen, muß ungeschmälert aufrechterhalten bleiben.

VII. Ärztliches Honorar

Auch innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung sind die von den Ärzten erbrachten Einzelleistungen angemessen zu honorieren. Dieser Grundsatz darf auch nicht durch schematische Pauschalabstriche oder Pauschalregresse auf Grund von Durchschnittswerten ausgehöhlt werden. Bei der Höhe der Gebühren ist zu berücksichtigen, wie weit sich die gesetzliche Krankenversicherung von einer Einrichtung für Hilfsbedürftige zu einer umfassenden sozialen Schutzgemeinschaft breiter Bevölkerungskreise entwickelt hat.

Die ärztlichen Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung dürfen nicht mit einem für alle Kasernenarten und Krankenkassen geltenden Einheitshonorar abgegolten werden; die Honorarsätze sind vielmehr in freier Vertragsgestaltung entsprechend der unterschiedlichen wirtschaftlichen Struktur der verschiedenen Versichertenkreise von den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen vertraglich zu vereinbaren.

VIII. Vertrauensärztlicher Dienst

Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ist als Verordnung von Arbeitsruhe ein wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Behandlung und muß deshalb dem behandelnden Arzt obliegen. Die Aufgaben der Vertrauensärzte können bei größtmöglicher Unabhängigkeit nur in kollegialer Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten befriedigend erfüllt werden. Jede Regelung des vertrauensärztlichen Dienstes sollte auf vorstehenden Grundsätzen aufbauen.

Der Deutsche Ärztetag bittet die gesetzgebenden Körperschaften des Bundes, im Interesse des kranken Menschen und der Volksgesundheit den vorstehenden Grundsätzen und Empfehlungen zu einer Reform der gesetzlichen Krankenversicherung zu folgen.

Erweiterungen der Ambulanzen in Krankenhäusern

„Der Deutsche Ärztetag stellt mit ernster Besorgnis fest, daß in zunehmendem Maße Einrichtungen für ambulante ärztliche Versorgung in Krankenanstalten geschaffen und erweitert werden. Der Deutsche Ärztetag hat ferner mit Bestürzung von dem Antrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft und einiger Krankenkassenverbände zum KVNG mit dem Ziel der Erweiterung der diagnostischen und therapeutischen Am-

bilanz für die Krankenanstalten Kenntnis genommen. Er hat gegen die hier sichtbar werdenden Entwicklungstendenzen ernste Bedenken.

Bei Verwirklichung der Pläne der Krankenhausgesellschaft würde die individuelle Leistung des einzelnen, in freier ärztlicher Praxis tätigen und vom Patienten freigewählten Arztes durch eine unpersönliche Institutsbehandlung abgelöst. Damit würde sich das Krankenhaus mehr und mehr zu einem Ambulatorium entwickeln. Der Vorschlag macht erschreckend deutlich, in welchem Umfange man gewillt ist, auf das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient als Grundvoraussetzung allen ärztlichen Handelns zu verzichten.

Soweit die besonderen Möglichkeiten eines Krankenhauses für Diagnostik und Therapie zusätzlich zur freien ärztlichen Praxis und Fachpraxis vor oder nach einer Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen werden müssen, ist dies durch die persönliche Beteiligung der für die Krankenhausbehandlung verantwortlichen leitenden Krankenhausärzte an der ambulanten kassenärztlichen Versorgung in voll ausreichendem Umfange möglich.

Der Deutsche Ärztetag warnt nachdrücklich vor solchen, lediglich zur Verbesserung der Finanzlage der Krankenanstalten gedachten, mit dem im Grundgesetz verankerten Persönlichkeitsrechten jedoch unvereinbaren Entwicklungen.

Die deutsche Ärzteschaft ist keinesfalls gewillt, einer solchen Entwicklung tatenlos zuzusehen. Sie wird alle ihr zur Verfügung stehenden Maßnahmen zur Abwehr dieser für das Gesundheitswesen entscheidenden Frage ergreifen.“

Reform des medizinischen Studiums

„Aus seiner Verantwortung für einen leistungsmäßig hochstehenden Ärztestand fordert der 66. Deutsche Ärztetag nochmals dringend die baldige Durchführung einer Reform des Medizinstudiums. Eine solche Reform sollte dem Wunsch nach Intensivierung des Studiums und nach Vertiefung der praktischen Ausbildung Rechnung tragen. Für die Schaffung der erforderlichen Ausbildungsplätze, die für die praktische Unterrichtung der Studenten in kleinen Gruppen während der klinischen Ausbildung notwendig sind, wiederholt der 66. Deutsche Ärztetag als Übergangsmaßnahme nochmals die Notwendigkeit der Mitbeteiligung geeigneter Krankenanstalten an der medizinischen Ausbildung.“

Der Deutsche Ärztetag fordert, daß nunmehr ohne weiteren Verzug als erster Schritt auf dem Wege zu einer Reform des Medizinstudiums eine Neuordnung des Bestallungswesens erfolgt. Für eine weitergehende Reform sollten die notwendigen strukturellen Anpassungen des Aufbaues der medizinischen Fakultäten im Rahmen einer umfassenden Hochschulreform baldmöglichst vollzogen werden..

Der 66. Deutsche Ärztetag weist nochmals auf die vom 62. Deutschen Ärztetag verabschiedeten Vorschläge für eine Reform des Medizinstudiums hin.“

Weitere Entschleßungen zum Tagesordnungspunkt „Reform der ärztlichen Ausbildung“

„Der Ärztetag ersucht den Vorstand, den Ausschuß ‚Ärztliche Ausbildung‘ nach seiner Neukonstituierung

unverzüglich zusammentreten zu lassen, um die Reform der ärztlichen Ausbildung intensiver vorwärtszutreiben. Der Deutsche Ärztetag wünscht, daß jährlich zu diesen Themen berichtet wird.“

„Die Bestallung als Arzt möge wieder nach bestandenem Staatsexamen erteilt werden. Die Ausübung des Berufes in eigener Praxis soll unverändert nach Ableistung der Pflichtassistentenzeit zulässig sein.“

„Der Ausschuß ‚Ärztliche Ausbildung‘ der Bundesärztekammer soll innerhalb Jahresfrist eine Übersicht und Stellungnahme zu den gegenwärtigen Zulassungsverfahren an den medizinischen Fakultäten vorlegen.“

Gesundheitsvorsorgemaßnahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes gefährdet

„Der Deutsche Ärztetag sieht im Jugendarbeitsschutzgesetz einen ersten bedeutsamen Schritt zur vorbeugenden Gesundheitspflege. Er hat deshalb sofort nach Verkündung des Jugendarbeitsschutzgesetzes die darin angeordneten Vorsorgeuntersuchungen Jugendlicher der besonderen Aufmerksamkeit und aktiven Mitwirkung der deutschen Ärzteschaft empfohlen. Die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern haben die praktizierende Ärzteschaft durch besondere Fortbildungsveranstaltungen und umfangreiches wissenschaftliches Informationsmaterial auch fachlich mit dieser neuen Aufgabe näher bekanntgemacht.

Bedauerlicherweise müssen nunmehr zwei Jahre nach Inkrafttreten des Jugendarbeitsschutzgesetzes Fehlentwicklungen festgestellt werden, die den gesundheitspolitischen Erfolg dieses begrüßenswerten Gesetzes gefährden können. So haben viele Arbeitgeber trotz der eindeutigen Gesetzesvorschriften Jugendliche eingestellt, ohne daß sie zuvor ärztlich auf ihren Gesundheits- und Entwicklungsstand untersucht wurden. Auch die vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres Jugendlichen gesetzlich vorgeschriebenen ärztlichen Nachuntersuchungen wurden und werden vielfach versäumt. Außerdem versuchen öffentliche und private Arbeitgeber immer wieder, die nach besonderer Zielsetzung gestalteten Jugendarbeitsschutzuntersuchungen mit speziellen Tauglichkeits- oder Einstellungsuntersuchungen ihres Bereiches zu verbinden.

Dabei richten sie nicht selten gesetzwidrig an jugendliche Stellenbewerber die Aufforderung, auch für die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen nur ihren eigenen Betriebsarzt, einen Amtsarzt oder einen von ihnen benannten Vertrauensarzt in Anspruch zu nehmen. Solche Empfehlungen verstoßen gegen die durch das Gesetz ausdrücklich dem Jugendlichen und seinen Pflegeberechtigten vorbehaltenen Entscheidung, für die Jugendarbeitsschutzuntersuchungen den Arzt ihres Vertrauens frei zu wählen.

Auch ist zu beobachten, daß ein Teil der Jugendlichen und ihrer Pflegeberechtigten den gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes noch zurückhaltend gegenüberstehen, anscheinend weil sie befürchten, daß die Untersuchungsergebnisse den Jugendlichen zum Verzicht auf den gewählten Beruf zwingen können.

Schließlich bedauert der Deutsche Ärztetag, feststellen zu müssen, daß sich die zuständigen Länder-

Behörden immer noch nicht entschließen konnten, die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz entsprechend ihrem Umfang und ihrer Bedeutung zu honorieren.“

Aufklärungspflicht des Arztes

„Der Deutsche Ärztetag begrüßt den Versuch, den Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht in dem dem Deutschen Bundestag zur Beratung vorliegenden Entwurf eines neuen Strafgesetzbuches gesetzlich zu regeln und erwartet, daß bei der parlamentarischen Beratung die Vorschläge der Ärzteschaft berücksichtigt werden.

Der Deutsche Ärztetag warnt vor einer Überspannung der juristischen Anforderungen an den Arzt bei der Aufklärung des Patienten. Diese muß zwangsläufig zu einer Unsicherheit des Arztes bei seiner Berufsausübung führen und damit letztlich zu einer Gefahr für die Gesundheit seiner Patienten werden.“

Bestimmung der Blutgruppe und des Rhesusfaktors als prophylaktische Maßnahme in der Schwangerenbetreuung

„Das Leben vieler Neugeborener könnte gerettet oder vor körperlichem und geistigem Siechtum bewahrt werden, wenn geeignete gesetzliche Maßnahmen zur Bestimmung der Blutgruppen der Eltern und hier besonders des sogenannten ‚Rhesus-(Rh)Faktors‘ geschaffen würden.

Die tödlichen Erkrankungen Neugeborener, die unter dem Begriff ‚Neugeborenen-Erythroblastose‘ zusammengefaßt werden, beruhen auf der Unverträglichkeit bestimmter Bestandteile im Blut der Eltern. In der Bundesrepublik sind hierdurch jährlich etwa 5000 Schwangerschaften gefährdet. Tausende von Kindern könnten durch rechtzeitige ärztliche Maßnahmen gerettet oder vor körperlichem und geistigem Siechtum bewahrt werden.

Der 66. Deutsche Ärztetag fordert daher als vorbeugende Maßnahme, bei allen schwangeren Frauen und deren Ehemännern eine Bestimmung der Blutgruppe, des Rh-Faktors und von Antikörpern gesetzlich zu ermöglichen. Auch bei dieser Maßnahme ist den Patienten die freie Wahl unter allen entsprechend tätigen Ärzten zu ermöglichen.

An alle zuständigen Stellen richtet der 66. Deutsche Ärztetag die dringende Empfehlung, die zur Durchführung solcher Untersuchungen notwendigen Mittel bereitzustellen und damit die Voraussetzungen zu schaffen, um viele Familien vor vermeidbarem Unglück zu bewahren.“

Technischer Fortschritt und Hygiene

„Aus seiner Verantwortung und Sorge um die Gesundheit unseres Volkes hat der Deutsche Ärztetag in den vergangenen Jahren wiederholt Parlament, Regierung und Bevölkerung darauf hingewiesen, daß der wirtschaftliche und technische Fortschritt nicht durch Schäden an der körperlichen und geistigen Gesundheit der Bevölkerung erkauft werden darf.

Der 66. Deutsche Ärztetag stellt mit Befriedigung fest, daß sich Bund, Länder und Gemeinden und auch die gewerbliche Wirtschaft gemeinsam mit der Wissenschaft um eine Minderung dieser gesundheitlichen Gefahren bemühen. Trotz anerkannter Einzeler-

folge und trotz Fortschritten auf bestimmten Gebieten hat sich jedoch die Gesamtsituation noch nicht entscheidend gebessert. Daher richtet der 66. Deutsche Ärztetag erneut an die Parlamente und Regierungen des Bundes und der Länder und an alle Beteiligten die dringende Bitte, das Ihre zur Erhaltung der Gesundheit unseres Volkes beizutragen.

Im einzelnen empfiehlt der 66. Deutsche Ärztetag:

1. Für die Gesunderhaltung der Bevölkerung ist die Reinhaltung der Luft eine der wesentlichsten hygienischen Forderungen. Industrieabgase und Verbrennungsrückstände führen auf die Dauer zu bleibenden gesundheitlichen Schäden. Eine starke Konzentration solcher Beimengungen, wie sie insbesondere bei Inversions-Wetterlagen auftreten, kann nach wissenschaftlichen Erkenntnissen schon nach kurzer Einwirkung zu schweren Erkrankungen und unter Umständen sogar zum Tode führen.

Die deutsche Ärzteschaft fordert alle für das Gesundheitswesen zuständigen Behörden auf, von den ihnen gegebenen Möglichkeiten Gebrauch zu machen, um vermeidbare Verunreinigungen der Luft zu verhindern.

2. Ebenso bedeutsam ist die Versorgung der Bevölkerung mit einwandfreiem Trink- und Gebrauchswasser. Verunreinigungen unserer Bäche, Flüsse und Seen, insbesondere durch Industrieabwässerung und Ölverschmutzung müssen künftig unbedingt vermieden werden. Die gesetzlichen und finanziellen Möglichkeiten hierzu müssen dringend erweitert werden.

Der Deutsche Ärztetag empfiehlt weiter, das Meldewesen bei Ölunfällen zu verdichten und die Feuerwehr sowie andere technische Notdienste verstärkt mit Geräten zur Beseitigung von Öleinsickerungen auszustatten.

3. Wohnungen und Arbeitsräume sollten mit den notwendigen und möglichen Vorrichtungen gegenüber Verkehrs- und Berufslärm versehen werden, um die Menschen vor gesundheitsgefährdendem Lärm zu schützen. Vor allem aber sollten in technisch möglichem Umfange die Lärmquellen auf den Straßen, in den Fabriken und in der Luft beseitigt bzw. gedämpft werden. Die Ordnungsorgane sollten sich mit Nachdruck für die Einhaltung der bereits bestehenden Vorschriften zur Lärmbekämpfung einsetzen und unnachlässig vor allem gegen Störungen der Nachtruhe vorgehen.

4. Eine oft unerträgliche hygienische Situation entsteht durch die Müllabladepplätze unserer Gemeinden. Müllabladepplätze werden oft zu Brutstätten des Ungeziefers, verpesten die Luft und beeinträchtigen durch Einsickerung die Qualität des Grundwassers. Die Schaffung, Vermehrung und Erweiterung von Müllaufbereitungs- und Verbrennungsanlagen ist daher ein Gebot unserer Zeit.

Der 66. Deutsche Ärztetag ist sich bewußt, daß die Verwirklichung der von ihm hiermit erneut erhobenen sozialhygienischen Grundforderungen Investitionen erfordert, die manchmal über die Leistungsfähigkeit der einzelnen Gemeinden oder des einzelnen Unternehmens hinausgehen und für die noch nicht in allen Fällen die notwendigen wissenschaftlichen und technischen Voraussetzungen gegeben sind.

Die Sozialhygiene ist eine Aufgabe der Allgemeinheit, sie läßt sich aber nicht allein durch den Staat verwirklichen, sondern bedarf auch der verantwortlichen tätigen Mithilfe der Wirtschaft und jedes einzelnen.“

Reform der Umsatzsteuer (Mehrwertsteuer)

„Mit großem Befremden hat der Deutsche Ärztetag von dem Inhalt eines zur Zeit in Vorbereitung befindlichen Regierungsentwurfs für ein neues Umsatzsteuergesetz (Mehrwertsteuergesetz) Kenntnis genommen. Auf Grund vielfacher Beteuerungen aus den Kreisen aller politischen Parteien hätte die Ärzteschaft erwartet, daß bei einer gesetzlichen Neuregelung des Umsatzsteuersystems die freiberuflichen Leistungen endgültig und ausnahmslos aus der ihnen wesensfremden Umsatzsteuer herausgenommen würden. Stattdessen sieht der vorliegende Entwurf — unter Aufhebung aller bisher nach und nach gewährten Befreiungen — die Einbeziehung aller freiberuflichen Leistungen in das Umsatzsteuersystem vor. Zusätzlich zum ärztlichen Honorar sollen die Patienten als „Verbraucher“ mit dieser Umsatzsteuer belastet werden.

Der Deutsche Ärztetag widerspricht diesem Vorhaben auf das entschiedenste. Die ärztliche Leistung ist keine ‚Ware‘, aus deren ‚Verbrauch‘ der Staat eine Steuerquelle machen sollte. Die ärztliche Leistung ist ein höchstpersönlicher Dienst am kranken Menschen. Ihre Belastung mit einer Umsatzsteuer ist geradezu als sittenwidrig zu bezeichnen.

Der Deutsche Ärztetag fordert deshalb die Freistellung der ärztlichen Honorare von der Umsatzsteuer.“

Einführung der BTM-Sonderrezepte

„Angesichts der Suchtgefahren durch Mißbrauch von Betäubungsmitteln, fordert der Deutsche Ärztetag die Einführung von Sonderrezepten für Betäubungsmittel, wie sich diese bereits im Saarland und auch im Ausland bewährt haben. Durch die Einführung derartiger Sonderrezepte kann dem Mißbrauch von Suchtmitteln wirksamer begegnet werden als bisher.

Der Deutsche Ärztetag bittet die zuständigen Behörden des Bundes und der Länder, diese Bestrebungen zu unterstützen.“

67. Deutscher Ärztetag 1964 in Augsburg

Die Delegierten des 66. Deutschen Ärztetages wählten Augsburg zum Tagungsort des 67. Deutschen Ärztetages 1964.

„60 000 DM Regresse – Das ist Wahnsinn!“

Unter dieser reißerischen Überschrift versuchte die Winthrop G.m.b.H. — Firmenzeitschrift „puls“, die natürlich nur um die Freiheit ärztlichen Handelns besorgt ist, sich mit Problemen des Kassenarztesrechtes zu beschäftigen.

Wie unbrauchbar zur Diagnose ein solcher „puls“ für den Arzt ist, zeigt die nachstehende Klarstellung von Herrn Dr. Gahbauer, Vorsitzender der Bezirksstelle Schwaben der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns:

„puls“, Nr. 12/63, hat unter der Überschrift ‚60 000 DM Regresse: Das ist Wahnsinn!‘, einen Artikel gebracht, in dem so viele Unwahrheiten enthalten sind, daß wir uns zur sachlichen Berichtigung verpflichtet fühlen.

Da Herr Dr. Stürmer, prakt. Arzt, Memmingen, mit seinen Verordnungskosten fast stets an der Spitze der schwäbischen Ärzte liegt, haben die RVO-Kassen (nicht die Kassenärztliche Vereinigung!) Regreßanträge gestellt. Aufgrund eines Antrages der Kasse ist die KV im Rahmen der Selbstverwaltung zur Durchführung eines Verfahrens verpflichtet. Der Prüfungsausschuß der Kassenärztlichen Vereinigung hat trotz einer Überschreitung des durchschnittlichen Arzneikostenaufwandes durch Herrn Dr. Stürmer um ca. 33 000 DM in den Jahren 1960 und 1961 diesem nur Regresse in Höhe von insgesamt 3652,08 DM auferlegt.

Diesen Regressen gingen, entgegen der im ‚puls‘ aufgestellten Behauptung, Prüfungen der Rezepte im Hinblick auf das ausgewiesene Krankengut des Herrn Dr. Stürmer voraus. Bei dieser Prüfung wurden zahlreiche Mängel und Verstöße gegen die in der Kassenpraxis gebotene wirtschaftliche Verordnungsweise festgestellt.

Nachdem die für die Krankenkassen entstandenen Mehraufwendungen nicht voll zu rechtfertigen waren, sahen sich die Prüfungsinstanzen verpflichtet, Regresse im vorstehenden Umfange auszusprechen. Es handelte sich aber nicht um einen Regreß von 60 000 DM, sondern von 3652,08 DM.

Überschreitungen der Durchschnittswerte sind und waren für den Prüfungsausschuß niemals Grund zu Regressen. Wesentliche Überschreitungen geben nur den Kassen Anlaß zur Einleitung eines Prüfverfahrens.

Die vom ‚puls‘ veröffentlichte unwahre Darstellung muß daher als demagogisch entschieden zurückgewiesen werden.

Was sonst noch Dichtung an dem ‚puls‘-Artikel ist, dürfte der unvoreingenommene Leser unschwer erkannt haben.

gez. Dr. Gahbauer“

FAKULTÄT und PERSONALIA

Dr. Herbert B e g e m a n n, Chefarzt der I. Med. Abteilung des Städt. Krankenhauses München-Schwabing, wurde am 29. 4. 1963 der Titel „apl. Professor der Univ. München“ verliehen.

Dem Oberarzt der Dermatolog. Klinik München, Dr. med., Dr. phil. Siegfried Borelli, wurde am 4. 6. 1963 der Titel „apl. Professor der Univ. München“ verliehen.

Prof. Dr. Dr. A. B u t e n a n d t wurde von der Akademie der Bildenden Künste in München zum Ehrenmitglied gewählt.

Die Medizinische Fakultät der Aristotelianischen Universität Thessaloniki verlieh Prof. Dr. Butenandt die Würde eines Dr. med. h. c.

Prof. Dr. Emil Karl F r e y, em. o. Prof. der Universität München, feiert am 27. Juli 1963 seinen 75. Geburtstag.

Prof. Dr. Otto H e n n i g, Honorarprofessor der Universität München, feiert am 27. Juli 1963 seinen 70. Geburtstag.

Prof. Dr. Alois S e h e i c h e r, Honorarprofessor der Universität München, feiert am 30. Juli 1963 seinen 75. Geburtstag.

Prof. Dr. Friedrich Ernst S t i e v e, Oberarzt am Inst. u. d. Polikl. f. Physikal. Therapie u. Röntgen. München, erhielt in Anerkennung seiner Verdienste um

die Entwicklung der röntgendiagnostischen Methodik den Holthuysen-Ring.

Auszeichnung für besondere Verdienste

Der Bayerische Staatsminister des Innern, Dipl.-Ing. Heinrich Junker, hat u. a. folgenden Persönlichkeiten das Steckkreuz für besondere Verdienste um das Bayerische Rote Kreuz verliehen:

Herrn Professor Dr. Erich Frhr. von Redwitz, Seeseiten;
Herrn Dr. med. Josef Ammer, Schönberg, Lkr. Grafenau;
Herrn Dr. med. Ernst Heiss, Kötzing;
Herrn Dr. med. Heinz Schauwecker, Berching;
Herrn Dr. med. August Meyer, Schweinfurt;
Herrn Dr. med. Max Schmallz, Ingolstadt.

Aus der Geschichte der Medizin

Bayerns historische Verdienste um die Pockenbekämpfung (IV*)

Von Dr. Walther Koertling

C. Fürstentum Bayreuth

In der Abtretungs-Convention der fränkischen Fürstentümer (Berlin, den 16. Januar 1791) sagte der letzte Markgraf von Ansbach-Bayreuth, Christian Friedrich Carl Alexander, daß er „müde der fort dauernden vielen Hinderungen, Chicanen und Prozesse, die er bei den besten Absichten, seine Lande und gute Unterthanen glücklich zu machen, während seiner 33 Regierungsjahre in zahlloser Menge erfahren“ mußte, das Gebiet an König Friedrich Wilhelm II. von Preußen übergab.¹⁾ Im Jahre 1802 kam es zu einem Grenzpurifikationsvertrag zwischen Preußen und Churbaiern, in dem Baireuth 91 Territorial-Orte abtrat und von Churbaiern 144 erhielt. 1807 war das letzte Jahr unter der Preußischen Regierung. Preußen mußte nach den Bestimmungen des Friedens von Tilsit (7.—9. Juli 1807) seine Besitzungen westlich der Elbe an Frankreich abtreten. „Am 31. Jull wurde den Collegien und Behörden durch die (Bayreuther) Kaiserlich Französische Intendantur angekündigt, daß die Bande zwischen dem Fürstentum Baireuth und der Preussischen Monarchie zerrissen seien“. „Alle Preussische Wappen mußten ausgewischt, die Siegel umgestochen, die Firma ‚Königlich Preussisch‘ in allen Ausfertigungen weggelassen, die Justiz von nun an im Namen des Kaisers Napoleon ausgeübt werden.“ Durch den Vertrag von Paris vom 28. Februar 1810 übergab Frankreich das Fürstentum Bayreuth an Bayern.

Im Jahre 1792 betrug „die Volksmenge 159.890 Seelen excl. 3255 Militair-Personen und der fremdherrischen Hintersassen“ (Weltrich). Im Jahre 1806 war „die Seelenzahl im Fürstentum Baireuth 246.000, davon $\frac{1}{4}$ in Städten, $\frac{3}{4}$ auf dem Lande. Man zählte 16 Städte, 57 Flecken, 1961 Dörfer, Weiler und Einzel, zusammen 2034 Orte, welche 38.576 Feuerstellen enthalten, wovon wieder 6336 in Städten und 32.240 auf dem Lande sind“ (Weltrich).

Einsendung von Blatter-Tabellen

Die „Königl. Preußl. Kriegs- und Domainen-Cammer als Bayreuther Consistorium“ erließ in der „Bayreuther Intelligenz-Zeitung“ (künftig hier mit BIZ bezeichnet) vom 25. Oktober 1799 in Nr. 60 ein von Ansbach, den 4. Oktober 1799 datiertes „Publicandum“, worin es u. a. hieß: „... auch werden sämtliche Superintenduren und Inspectionen erinnert, die zur jährlichen Einsendung der Populationslisten und Blatter-Tabellen vor-

geschriebenen Termine, bey derselben Strafe (Anm. vier Thaler Strafe) richtig einzuhalten.“

Einführung von Pockentafeln

Zwei in der BIZ, 1800, Seite 173, abgedruckte „Publicanda“ der „Königl. Preußl. Obergeb.²⁾ Kriegs- und Domainen-Kammer“, datiert von Bayreuth, den 28. April 1800, lauten:

„Da die auf allerhöchsten Befehl gedruckten Pockentafeln bereits allgemein durch die Obrigkeiten und Physikate vertheilt worden; So werden alle Aeltern und Verwandte der Pockenkranken, hiedurch wiederholt aufgefordert, sich nach den beilsamen Vorschriften derselben zu ihrem und der Ihrigen eignen Wohl genau zu achten. Denn die Landesväterliche Absicht bey diesen Tafeln ist, daß durch ihre Vorschriften die Pockenkranken vor den traurigen Folgen einer schädlichen Behandlung geschätzt, und überhaupt die Verwüstungen welche die Pocken unter den Menschen anrichten vermindert werden sollen. Die Königl. Kriegs- und Domainen-Kammer kann daher auch mit Zuversicht von sämtlichen Geistlichen dieses Fürstenthums so wie von den Schulmännern auf dem Lande erwarten, daß auch sie es für eine Gewissenspflicht ihres Berufs halten werden, darüber zu wachen, daß sobald Pockenranke am Orte sind, von den Haußvätern oder Verwandten die Pockentafeln abgefordert und befolgt, nach dem Gebrauch aber wieder an sie zurückgeliefert werden.“

Zugleich werden sämtliche Kreisdirectorien, Magisträte, Beamten und Patrimonialgerichte, desgleichen die Schultheißen auf dem Lande nochmals aufgefordert, darauf zu sehen, daß diese Pockentafeln nach Inhalt ihrer Vorschrift gebraucht werden, so wie auch besonders die Bader und Wundärzte auf dem Lande schuldig sind, hierauf zu sehen, und sogleich wie in ihrem Bezirke sich Blattern zeigen, dem Stadt oder Landphysikus davon Anzeige zu machen. Die Kreisdirectorien und Magisträte werden übrigens dafür sorgen, daß allemahl bey dem ersten Geistlichen des Kirchensprengels, und wo kein Geistlicher ist, bey dem Schulmeister des Ortes Pockentafeln vorräthig sind, wo solche abzuverlangen und wieder abzulefern sind.

Gedachte Behörden haben deshalb, wenn mehrere Exemplare nöthig sind, solche bey der Königl. Kammer abzufordern.“

„Die gesammte Geistlichkeit des Bayreuthschen Fürstenthums, so wie die Schullehrer auf dem Lande, werden hierdurch angewiesen: der in dem Publikando der

¹⁾ Weltrich fügt hinzu, daß der Markgraf „vielleicht ahnend die schicksalsschwangeren Zeiten, denen die Regenten und Länder Europas, besonders Deutschland, entgegen traten“, „noch bei Lebzeiten das schwere Ruder einer weisen Regierung mächtigeren Händen überlassen“ wollte. W. fügte hinzu: „Viele benebte, in frischer Erinnerung der Großthaten des unsterblichen Friedrichs, die Ehre von seinen Nachfolgern beherrscht zu werden und — Preussen zu heißen.“ (Der Markgraf starb 1806.)

²⁾ Das Fürstentum Bayreuth wurde auch als „Obergebürgisches Fürstentum“ bezeichnet.

*) Siehe „Bayer. Ärzteblatt“ 1962, Heft 2, und 1963, Heft 4 u. 5.

Königl. Kammer vom heutigen dato enthaltenen Anforderung gemäs, auf den vorschriftsmässigen Gebrauch der Pockentafeln in ihren Kirchspielen und Schulbezirken, zu sehen, und sich der Vertheilung und Aufbewahrung dieser Tafeln zu unterziehen.
Ansbach den 28. April 1800.

Königl. Preuß. Kriegs- und Domänen-Kammer als Bayreuther Consistorium.“

Das Verfahren mit Leichen

Den eifrigen Bemühungen von Faust³⁾ und Junker⁴⁾ war es (nach Lentz) zu verdanken, daß in ... Bayreuth 1796 die öffentliche Ausstellung von Pockenleichen verboten wurde. Doch wurde es 1800 notwendig, das Verbot neuerlich ins Gedächtnis zu rufen. In der BIZ findet man die Verlautbarung:

„Da zur Anzeige gekommen, daß bey der gegenwärtig beynahe fast allenthalben herrschenden Blatter-, Rubr- und Scharlachfieber-Seuche auf dem Lande die Todten nach vorangegangener Verheimlichung bewegter Krankheiten bey den Pfarrämtern ungeachtet der schon öfters hierüber ergangenen Verbote, besonders des vom 17. März 1797 noch immer in die Klirchen gesetzt werden; so wird dieses Ausstellen in der Kirche und die Oeffnung des Sargs bey dem Grabe bey nachdrücklicher Ahndung wiederholt hierdurch verboten, und haben die Policeybehörden ebenfalls auf die genaue Beobachtung dieser Verordnung zu sehen.

Uebrigens wird befohlen, bey Beerdigung dergleichen Todten diejenigen Kinder, welche Blattern, Scharlach und Flecken noch nicht gehabt haben, auf dem Gottesacker schlechterdings nicht zu dulden.

Bayreuth, den 24. Oktober 1800.

Königl. Preuß. Kriegs- und Domänen-Kammer.“

Vorerst zurückhaltende Beurteilung

In Preußen war, nachdem der alte Heim⁵⁾ hier die Impfung 1798 eingeführt hatte, die Impfung durch ein „Circular an alle Collegia medica et Sanitatis, die Impfungsversuche mit Kuhpocken betreffend, d. d. Berlin, den 11. Juli 1801“ empfohlen worden. Das Circular war recht zurückhaltend, wie dem Wortlaut zu entnehmen ist:

„Während daß im In- und Auslande mit der Elnimpfung der Kuhpocken Versuche gemacht, und für und wider diese aus England dem festen Lande zugekommene Erfindung geschrieben worden, hat unser Medicinaldepartement an gedachter Angelegenheit denjenigen Anteil genommen, welchen sie wegen ihrer Wichtigkeit in landespolizeilicher und medizinischer Hinsicht verdient. Es ist nicht zu leugnen, daß, wenn die Kuhpocken ohne andere gefährliche Folgen vor den mensch-

³⁾ Bernhard Christoph Faust, geb. 23. Mai 1755, zu Rotenburg in Hessen, wurde Landphysikus über Stadt und Land Vach. Er wurde 1788 nach Bückeberg als Leibarzt an den Schaumburg-Lippeschen Hof berufen, wo er 1842 starb. Er verfaßte 1794 eine Schrift „Versuch über die Pflicht der Menschen, jeden Blatternkranken von der Gemeinschaft der Gesunden abzusondern und dadurch ... die Ausrottung der Blatternpest zu bewirken“, ferner Nürnberg 1795: „Gesundheitsregeln für junge Leute, nebst der Geschichte der Blatternpest usw.“. „An den Congress zu Rastatt über die Ausrottung der Blattern“ (1798) war eine weitere Schrift. Er war einer der ersten, der 1801 die Blatternimpfung ausübte, über deren Erfolg er mehrere Schriften veröffentlichte.

⁴⁾ Johann Christian Wilhelm Junker, geb. 30. Juni 1761, in Halle, ging 1788 als e. o. Professor nach Halle, wurde 1791 dort ord. Professor für Pathologie und Therapie und Volksarzneikunde. Er hatte es sich zur Lebensaufgabe gemacht, auf die Ausrottung der Pocken hinzuwirken. Er gab ein eigenes Journal: „Archiv für Ärzte und Seelsorger wider die Pockennoth“ (Leipzig 1796 und ff.) heraus. Weitere Veröffentlichungen zum Gegenstande folgten. Er war unter den ersten, die die Jennersche Impfung ausführten. Er starb am 27. Dezember 1800 in Magdeburg, nachdem ihm persönliche Anfeindungen, seine Bestrebungen hätten egoistische Ziele gehabt, das Leben verkürzt hatten.

⁵⁾ Ernst Ludwig Helm, seinerzeit als der „alte Helm“ der populärste Arzt Berlins, wurde am 22. Juli 1747 zu Solz in Sachsen-Meinungen geboren. Er starb 1834. Ihm ist die Förderung der Vaccination nach Jenner zu danken, die er 1798 (nicht, wie mehrfach angegeben wird, 1799) erstmals ausführte.



Bayreuth (verkleinerte Wiedergabe eines Stiches). Im Besitz der Staatl. Graph. Sammlungen, München.

lichen sichern sollten, sie mehr als alle auf lauter frommen Wünschen beruhende Vertilgungsmittel der natürlichen Pocken zum Zweck führen, und ein Uebel aufheben würden, welches noch täglich mit Verwüstung droht. Es ist ferner nicht zu bestreiten, daß viele in der Folge der Zeit bewährt erkannte Heilmittel, zum Exempel die China und das Antimonium, vielen Widerspruch fanden, und eben so bekannt ist, daß die Einimpfung der menschlichen Pocken, welche jetzt der Staat mit Prämien belohnt, anfangs kein besseres Schicksal hatte. Gleichwohl findet sich Unser Medicinaldepartement bis jetzt auf keine Weise veranlaßt, dieser oder jener Meinung über die Nützlichkeit oder Schädlichkeit des Einimpfens der Kuhpocken einen entschiedenen Vorzug zu geben. Nur einer unparteiisch geprüften Erfahrung mehrerer Jahre ist diese Entscheidung vorbehalten. Vorläufig hat daher Unser Medicinaldepartement sich mit einer genauen Beobachtung und Sammlung der, hiesigen Orts und in der Nähe stattgehabten Impfungsversuche beruhigen müssen, um daraus, und aus den nächsten Folgen zu beurteilen, ob und in wiefern Versuche dieser Art, ohne anschauliche Gefahr für Unsere Lande, zu dulden sein mögten. Ob nun gleich das Resultat dieser bisherigen Versuche dem Sicherungszweck vor der Ansteckung durch menschliche Blattern günstig ausgefallen ist, auch noch zur Zeit keine bedenklichen Folgen der Kuhpockenimpfung wahrgenommen worden; so finden Wir doch aus Landesväterlicher Fürsorge für das Wohl Unserer getreuen Untertanen nötig, gewisse Grundsätze vorzuschreiben, welche geschickt sind, die Erfahrungen zu berichtigen und dem Enthusiasmus der Medicinalpersonen, welche sich mit der Impfung beschäftigen, gehörige Grenzen zu setzen. Demzufolge soll:

1. Niemand, als ein approbierter praktischer Arzt, wozu auch die Regimentschirurgen gehören, sich mit der Einimpfung der Kuhpocken in Unsern Staaten befassen.
2. Den approbierten Kreis-, Land- und Stadtchirurgen wird diese Erlaubnis nur unter der Leitung eines Arztes bewilligt.
3. Jeder Arzt, er mag die Impfung selbst bewirkt, oder sie nur dirigiert haben, ist verbunden, über jeden Geimpften ein ordentliches Journal zu führen, darin alles, was die Krankheit direkte oder indirekte betraf, besonders die beobachteten Folgen der Impfung auf seinen Amtseid, anzumerken, und einen pflichtmäßigen Extract daraus, mit namentlicher Anzeige des Geimpften, seines Charakters, Standes und Aufenthalts, jährlich, und zwar zum ersten Male mit dem Ende des jetzigen Jahres, an das ihm vorgesetzte Provinzial-Coll. med. et Sanitatis einzusenden, indem Wir Unsere sämtliche Collegia medica et Sanitatis hierdurch anweisen, die Generaltabellen der mit Kuhpocken geimpften Personen nach dem beiliegenden Schema an unser Ober-Coll. med. et Sanitatis jährlich einzuschicken.
4. Kein Arzt soll sich unterfangen, die Hausväter der Familien, Vormünder, oder andere Vorgesetzte, zudringlich aufzufordern, ihre Kinder, Curanden oder Untergebene der gedachten Impfung zu unterwerfen, noch weniger dergleichen Aner-

bleten öffentlich bekannt zu machen (Anm.: Sperrung hier und später nicht im Original), teils, weil es für jetzt noch nicht möglich ist, die Folgen dieser Impfung mit Gewißheit zu übersehen, teils weil überhaupt jeder Arzt bei solchen Versuchen äußerst behutsam zu Werke gehen muß, für deren Wirkung er selbst auf keine Weise Bürgschaft leisten kann. Dagegen empfehlen wir den Aerzten, wenn natürliche Pocken an einem Orte sich zeigen, die Einimpfung dieser, und wenn sie durch wichtige Umstände bedenklich werden sollte, auch allenfalls die Einimpfung der Kuhpocken, wenigstens als temporelles Rettungsmittel gegen bösartige Pocken, nicht zu versäumen, sondern durch Empfehlung zu befördern, da auch epidemische anfänglich gutartige Pocken in der Folge bösartig zu werden pflegen, durch die überwiegend größere Gefahr der bösartigen Pocken aber alle andere Bedenklichkeiten aufgehoben werden. Dabei bleibt es der Gewissenhaftigkeit und Klugheit des Arztes anheimgestellt, bei einer solchen Empfehlung dieser noch nicht völlig entschiedenen Sache eben so vorsichtig, als bei den Versuchen selbst zu Werke zu geben, jedem, der sich dazu entschließen will, sowohl die Gründe dafür, als die noch nicht völlig ausgemachten Punkte vorzulegen, es seiner individuellen Entscheidung zu überlassen, und besonders die Nachimpfung mit Menschenpocken zu empfehlen.

5. Hat die Erfahrung gelehrt, daß bei den mit Kuhpocken geimpften Menschen, zwischen den echten und unechten Kuhpocken ein großer Unterschied obwaltet, und daß letztere vor der Ansteckung der menschlichen Blättern nicht sichern. Die echten Kuhpocken, obwohl ihnen bis jetzt eine fortdauernde Sicherungseigenschaft auch noch nicht absolute bemessen werden kann, entstehen ursprünglich an dem Euter frischmilchiger Kühe, sie sehen bleifarbig aus, sind am Euter mit einer rosenartigen tiefen Entzündung verbunden, und enthalten eine wasserhelle durchsichtige Lymphe; nur diese ist zur Einimpfung geschickt; dagegen erzeugt die in Elter übergegangene trübe und undurchsichtig gewordene Lymphe die falschen Kuhpocken. Wir machen es den Impfinden Aerzten zur Pflicht, sich bei der Einimpfung der echten Kuhpocken zu bedienen, und warnen sie gleichfalls, mit keiner Kuhpocken-Lymphe solche Menschen zu impfen, welche die menschlichen oder die Kuhpocken schon einmal gehabt haben, oder wo die Krankheit in ihren lokalen Erscheinungen nicht den gehörigen Verlauf gehalten hat; auch nicht mit solcher von Menschen genommenen echten Kuhpocken-Lymphe, welche ihre Durchsichtigkeit schon vor dem Aufnehmen verloren hatte, oder welche in der Hitze getrocknet, oder faul, oder zu alt (über vier Wochen) geworden ist, weil die Erfahrung bewiesen hat, daß dergleichen Lymphen vor den Menschenblättern nicht sichern. Indem Unser Medizinaldepartement sich überzeugt hält, daß auf diese Weise zur richtigen Beurteilung und Entscheidung der Frage: ob die Kuhpocken ohne gefährliche Folgen vor den menschlichen Blättern Sicherheit gewähren? ein wichtiger Schritt geschieht; so behält sich dasselbe vor, das Publikum zu seiner Zeit von den Beobachtungen und Erfahrungen zu unterrichten, welche hiernach zu dessen Kenntnis gelangen werden.“

Empfehlung der Impfung

Die „Bayreuther Intelligenz-Zeitung“ vom 23. Juni 1802 brachte jedoch die folgende „Nachricht“:

„Seine Königl. Majestät von Preussen Unser allergnädigster Herr, Höchstwelchen das Leben und die Gesundheit Dero getreuen Unterthanen überaus theuer ist, haben, um Sich von den Folgen der in Ihren Landen blsher geduldeten Impfungs-Versuche mit Kuhpocken gründlich zu unterrichten, diese Versuche mittelst eines besonderen an alle Collegia-Medica et Sanitatis erlassenen Circularis vom 11. Juli 1801, unter der Direction des Ober-Collegii-Medici et Sanitatis leiten und controliren

lassen. Höchstdieselbe haben versprochen, das Resultat dieser Erfahrungen dem Publico mitzutheilen, und Sie glauben diesen Endzweck nicht sicherer zu erreichen, als wenn Sie den über diesen Gegenstand von Dero Ober-Collegio medico et Sanitatis erstatteten Bericht öffentlich, wie hierdurch geschieht, bekannt machen. Signatum Berlin, den 7. Juni 1802.

Auf Sr. Königl. Majestät allergnädigsten Special-Befehl. Schulenburg.

In Gemäßheit der allergnädigsten Rescripte vom 10. März und 23. July 1801, haben mehrere Aerzte aus verschiedenen Provinzen ihre tabellarischen Nachrichten über die, nach Anleitung des Circularis vom 11. July 1801 angestellten Impfungs-Versuche an uns eingesandt. Obgleich in allem nur 71 Aerzte und 36 Regiments-Chirurgen ihre Erfahrungen unserm Collegio mitgetheilt haben, so sind wir doch dadurch hiniänglich in den Stand gesetzt worden, um über die Hauptfrage: ob die Impfung mit den Kuhpocken vor den gewöhnlichen Menschen-Blättern sichert, und ob sie keine sonstige, der Gesundheit nachtheilige Folgen veranlasst? urtheilen zu können. Denn es liegen 7445 einzelne Impfungs-Versuche vor uns, wobei an einer großen Menge der mit Kuhpocken geimpften Personen, Versuche aller Art gemacht worden, um sich von dem Schutz Ueberzeugung zu verschaffen, welchen die Kuhpocken vor den Menschenpocken nach der problematischen Aufgabe gewähren sollten. Man hat nicht allein den mit Kuhpocken Geimpften die natürlichen ohne allen Erfolg der Ansteckung häufig nachgeimpft, sondern man hat auch die vaccinirten Kinder jeder andern Art der Ansteckung, z. B. durch Anziehung der, vom natürlichen Pocken-Eiter besudelten Hemden, oder dadurch, daß sie in den Betten der natürlichen Pocken-Kranken schliefen etc. ausgesetzt... In jedem Fall ist die Vaccination, der Impfung der natürlichen Pocken vorzuziehen: 1) weil jene, nach allen angestellten Erfahrungen, eine äußerst leichte gefahrlose Krankheit würket, sie sich auch 2) nicht, wie die menschlichen Pocken, durch die Luft oder Berührung der Pocken-Kranken, sondern nur durch die wirkliche Inoculation fortpflanzt; 3) weil eine, im In- und Auslande veranstaltete große Menge von Erfahrungen der Vaccination durchaus das Wort redet, sobald man nur nicht vorgefaßten Meinungen, welche so oft guten Entdeckungen in dem Gebiete der Wahrheit schädlich waren, Gehör geben will. Da wir blos einer ruhigen Prüfung, wie sie die Kunst mit den Versuchen rechtfertigt, folgen, so wollen wir zwar den von einigen Aerzten, aus zu lebhaftem Eifer für die Entdeckung, einberichteten Erfahrungssatz, daß die Kuhpocken aus einfältigen Kindern kluge Kinder machen, nicht unterschreiben; da aber bei fast 8000 geimpften Individuis kein Krankheitsstoff, keine Kränklichkeit, keine Verminderung ihrer Kräfte wahrgenommen worden, so glauben wir, folgenden Resultate mit dem höchsten Grad der Wahrscheinlichkeit Eurer Königl. Majestät vorlegen zu können: 1) Die Kuhpocken-Impfung bewirkt nur eine leichte, gefahrlose und selbst durch Complicationen mit anderen Uebeln, nicht zu fürchtende Krankheit; 2) sie schützt gegen die Ansteckung der natürlichen wenigstens eben so sicher, als es die Impfung mit natürlichen Pocken thut; 3) sie gewährt also ein, der größten Empfehlung werthes Mittel, um Millionen Menschen vor den schrecklichen Folgen der natürlichen Pocken zu sichern, und diese am Ende ganz zu vertilgen. Berlin, den 2. Juni 1802.

Präsidenten, Dekanus und Räte des Ober-Collegii-Medici et Sanitatis.“

Der „Bayreuther Intelligenz-Zeitung“ 1802, Nr. 60, ist weiter zu entnehmen:

„Das Publikum ist bereits durch Mittheilung der Nachricht eines hohen Medizinal-Departements vom 7. Juni und des Berichts des Ober-Collegii-Medici et Sanitatis vom 2. Juni d. J. in den hiesigen Zeitungen und Intelligenzblättern über den wohlthätigen Erfolg der Kuhpocken-Impfungs-Versuche bey 8000 Personen in den Königl. Preuß. Staaten benachrichtigt worden, nach welchen:

- 1) die Kuhpocken-Impfung nur eine leichte, gefahrlose, nicht zu fürchtende Krankheit bewirkt,

- 2) vor der Ansteckung durch natürliche Blattern schützt,
3) also ein der größten Empfehlung werthes Mittel gewährt, um Millionen Menschen vor den schrecklichen Folgen der natürlichen Pocken zu schützen.

Nachdem die sämtlichen Berichte über die in den Königl. Fränkischen Fürstenthümern bis zum Schluß des vorigen Jahres unter öffentlicher Aufsicht vorgenommenen Kuhpocken-Impfungen eingekommen sind, kann man nachträglich bekannt machen, daß durch den rühmlichen Elfer der hiesigen und Ansbachischen Medicinal-Collegien und mehrerer Aerzte und Wundärzte, durch die Belehrung, welche aufgeklärte Geistliche über diese wohlthätige Entdeckung ihren Gemeinden gegeben haben, auch im Fürstenthum Bayreuth bis Ende vorigen Jahres 2332 und im Fürstenthum Ansbach 3315 Personen die Kuhpocken geimpft worden sind, und daß diese 5647 Erfahrungen auch hier, die obigen Versicherungen des Königl. Ober-Collegii-Medici et Sanitatis über die Wohlthätigkeit dieses Schutzmittels vollkommen bestätigt haben. Bayreuth, den 31. August 1802.

Königl. Preuß. Kriegs- und Domainen-Kammer.“

In Nr. 21 der BIZ vom 18. März 1803 findet sich eine an die Ärzte gerichtete Verlautbarung:

„Nach den aus den bisherigen Impfungs-Versuchen gezogenen richtigen Resultaten wird hierdurch jeder zur Impfung der Kuh-Pocken autorisirten Medicinal-Person nunmehr zur Pflicht gemacht, den Eltern, Vormündern und den Vorstehern öffentlicher Waisenhäuser und ähnlicher Institute, die Impfung mit Kuhpocken zu empfehlen, und wenn Eltern oder Vormünder etc. auf die Impfung mit den natürlichen Pocken bestehen sollten, wenigstens alle Fürsorge anzuwenden, daß sich dadurch keine Ansteckung verbreite, indem sie außerdem wegen dergleichen Folgen verantwortlich gemacht würden. Zugleich wird zwar die bereits vorliegende Bestimmung, daß Chirurgen nur unter der Aufsicht der Ärzte impfen dürfen, wiederholt. Es versteht sich jedoch, daß deswegen der Arzt bey der Impfung nicht zugegen seyn muß, vielmehr ist es hinlänglich, wenn jeder zu diesem Geschäfte übrigens geeignete Stadt- oder Land-Chirurgus von der Impfung und ihren Verlauf einem adprobirten Arzt, oder der Königl. Medicinal-Deputation sogleich Nachricht ertheilt, den Gang der Krankheit bestimmt, und davon ausführlich berichtet, damit jene oder diese dadurch in den Stand gesetzt werden zu beurtheilen, ob auch die geimpften Subjecte durch die Impfung wirklich als geschützt vor den Menschen-Blattern angesehen werden können.

Bayreuth, den 28. Februar 1803.

Königl. Preuß. Kriegs- und Domainen-Kammer.

In einem in Nummer 24 vom 1. April 1803 der BIZ abgedruckten Publicandum von „Maximilian Joseph Pfalzgraf bei Rhein, in Ober- und Nieder-Baiern Herzog, des heil. röm. Reichs Erztruchsess und Churfürst“ wurden die eingangs erwähnten Bestimmungen des Separatvertrags mit dem König vor Preußen bekanntgegeben, ebenso eine Verlautbarung desselben mit dem Churfürst von Pfalzbaieren ähnlichen Inhalts.

Die „Königl. Preuß. Medicinal-Deputation“ gab in Bayreuth, den 27. May 1803“ (abgedruckt in der BIZ Nr. 43, vom 3. Juny 1803) folgendes bekannt:

„Sämtliche Medicinal-Personen, welche im vergangenen Jahre Kuhpocken geimpft — und die Verzeichnisse ihrer Impfungen weder bey den Physikaten, noch unmittelbar bey der Königl. Medicinal-Deputation eingebracht haben, werden hierdurch angewiesen, solche binnen 14 Tagen bey genannter Behörde einzusenden.“

Neuorganisation des Medicinalwesens

In der „Beilage zu Num. 49 der Bayreuther Intelligenz-Zeitung, Freytags, den 24. Juny 1803, wurde ein von König Friedrich Wilhelm unter — und von Schulenburg und Hardenberg gegengezeichnetes „Reglement

wegen der Organisation des Medicinal-Wesens in den Fränkischen Fürstenthümern Ansbach und Bayreuth“ veröffentlicht, in dem es eingangs heißt:

Wir Friedrich Wilhelm, von Gottes Gnaden König von Preussen, Markgraf zu Brandenburg, des heil. Römischen Reichs Erzkämmerer und Churfürst etc. haben beschlossen, daß auch in Unsern fränkischen Fürstenthümern die Medicinal- und Sanitäts-Sachen in derselben Art, wie in Unsern übrigen Königlichen Provinzen künftig besorgt und geleitet werden sollen, und haben daher hierüber von Unserm Medicinal-Departement und Unserm fränkischen Departement Unser General Directorii, mit Rücksicht sowohl auf die allgemeine Verfassung unserer sämtlichen Staaten, als besondere auch auf die Unserer Fürstenthümer Ansbach und Bayreuth in Verfolg Unserer unter dem 10ten December 1798 wegen Vertheilung der Geschäfte zwischen den Ansbach und Bayreuthischen Landes-Kollegien publicirten Reglementen (folgende) Regulativ-Principien entwerfen lassen.

(Anm. Auf diese wird später an anderer Stelle noch zurückzukommen sein.)

Die von dem Ansbacher Arzt Hirsch⁹⁾ veröffentlichte Schrift (s. „Bayer. Ärzteblatt“, 1963, S. 331), wurde in der „Bayreuther Intelligenz-Zeitung“, 1803, Nr. 61, empfohlen:

Der Doctor medicinae Hirsch von Ansbach hat eine von dem Ober Collegio medico et sanitatis zu Berlin zweckmäßig befundene Volksschrift über die Kuhpocken Impfung dem Druck übergeben. Von derselben ist zwar eine hinlängliche Zahl Exemplaren aus Königlichen und öffentlichen Kassen erkaufte und unentgeltlich vertheilt worden. Dem Publikum wird jedoch noch von dem Erscheinen dieser Schrift, die für den geringen Preis von 8 kr. rheinl. erkaufte wird, hiemit Nachricht gegeben und sämtliche Pollzey-Behörden angewiesen, die Erfüllung der hieby hegenden wohlthätigen Absicht den Schutzblattern mehr Eingang bey dem gemeinen Mann zu verschaffen, auf jede mögliche Art zu befördern zu suchen, welches um so mehr erwartet wird, als an denjenigen Orten, wo kein Arzt und Wundarzt befindlich ist, die Impfung der Kuhpocken durch abzusendende Medicinal Officianten unentgeltlich geschehen und diese ihre Diäten aus Königl. Kassen erhalten sollen.

Bayreuth, am 18. Juny 1803.

Königl. Preuß. oberbürgerliche Kriegs- und Domainen-Kammer.

Wiederholt erschienen in der „Bayreuther Intelligenz-Zeitung“ Hinweise, daß in dem oder jenem Ort Blattern aufgetreten sind. Es hieß dann weiter: „Das hiesige Publikum wird um deswillen davon benachrichtigt, damit impffähige Kinder nicht der natürlichen Ansteckung ausgesetzt und die wohlthätige Schutzpocken-Impfung unbenutzt versäumt werde.“

Eine bezeichnende Nachricht findet sich in der BIZ, 1803, Nr. 61:

Es hatte sich das Gerücht verbreitet, als wenn des Schmidts Veit Klürr zu Birk im hiesigen Kreiß im vorigen Jahr vaccinirtes Kind die natürlichen Kinderblattern bekommen habe. Um dieser Sage auf den Grund zu kommen, wurde dieß Kind durchs Kreiß Physicat untersucht. Bey der Untersuchung ergab sich, daß dasselbe einen Blasen ähnlichen Ausschlag hatte, dessen Pusteln gar keine von den Kennzeichen hatten, wodurch sich die natürlichen Kinder Blattern von ähnlichen Ausschlags-Krankheiten unterscheiden, indem diese Pusteln, die etwas größer als große Hirschkörner gewesen sind, weder mit einer Röthe eingefaßt waren,

⁹⁾ Christoph Friedrich Hirsch, in Ansbach am 27. August 1778 geboren, promovierte 1799 in Erlangen. 1802 gab er in Ansbach die bereits erwähnte Schrift über die Erläuterung eines vor Blattern schützenden Mittels heraus. Er veröffentlichte auch eine „Geschichte der Vaccination im Fürstenthume Bayreuth“. Er starb am 9. Januar 1850.

noch das charakteristische Grübchen, welches die natürlichen Blattern haben, gezeigt haben. Dieß wird dem Publikum aus der Ursache bekannt gemacht, damit sich Eltern, denen das Wohl Ihrer Kinder am Herzen liegt, nicht durch dieß falsche Gerücht von der vorzunehmenden Impfung zurückhalten lassen. Vielmehr kann ihnen zur vollkommenen Beruhigung bekannt gemacht werden, daß die neuerdings auch im hiesigen Fürstenthum wiederholt angestellten Versuche, den den Kuhpocken geimpften Kindern die natürlichen Blattern zu impfen, fortdauernd die Bestätigung gegeben haben, daß sie von aller Ansteckung frey geblieben sind. Dabey aber wird es allen Amtsstellen, Dorfschultheißen u. s. w. zur Pflicht gemacht, bey entstehenden ähnlichen Verdacht in ähnlichen Fällen sogleich den Physicaten darüber Anzeige zu machen, damit der Sache auf den Grund gesehen, und die Wahrheit durch Sachverständige entdeckt werden könne.

Bayreuth, den 24. July 1803.

Königl. Preuß. Krieges- und Domainen-Kammer.

Die Entlohnung der Impfärzte

Die Königl. Preuß. Medicinal-Deputation setzte in ihrer Verlautbarung (Bayreuth, den 18. Oct. 1803), veröffentlicht in der BIZ, 1803, Nr. 81, folgendes fest:

„Um die Wohlthat der Schutzpocken-Impfung, deren schützende Kraft sich, wie überall, auch seit 3 Jahren im hiesigen Fürstenthume bewährt hat, allgemein zu machen und allen Einwohnern, in deren Wohnort weder ein Chirurg noch ein Arzt ist, den Entschuldigungsgrund zu nehmen, als fehle es an Gelegenheit, oder es sey zu kostspielig, ihre Kinder impfen zu lassen, hat das fränkische Departement eines Königl. hohen General-Directorii genehmigt, in jedem Kreiße dieses Fürstenthums einige Impfärzte oder Impf-Chirurgen zu ernennen, welche unter folgenden Bedingungen für ihre Impfungen sowohl Diäten, als auch bey größern Entfernungen Fuhrlohn, Rittlohn oder Wegegeld liquidiren und aus herrschaftlichen Kassen erhalten sollen.

Jeder untenbenannte Arzt und Chirurg erhält für 10 Impfungen, die vom 1. November d. J. an ausser seinem Wohnorte mit Erfolg gemacht werden, Diäten für 1 Tag, nämlich 4 fl. rheinl. der Arzt und 2 fl. 30 kr. rheinl. der Wundarzt, wenn durch ein Attest des Pfarramts oder einer weltlichen Amtsstelle, oder auch des Dorf-Schultheißen die Richtigkeit dieser Impfungen bescheinigt ist. Für 5 gelungene und bescheinigte Impfungen wird die Hälfte der oben angesetzten täglichen Diäten liquidirt.

Außer dem Physico eines jeden Kreiße, dem es vor allen freysethet, in Gegenden, wo keiner der aufgestellten Impfärzte oder Chirurgen näher ist, zu impfen, werden hiemit folgende (Anm. dort namentlich benannte) Medicinal-Personen, die sich zum Theil durch ausgezeichnete Übung, Erfahrung und Geschicklichkeit zu diesem Geschäfte der unterzeichneten Behörde empfohlen haben, aufgestellt und autorisirt, in ihrer Nähe, d. h. in allen Orten, die einem andern aufgestellten Impfarzte oder Chirurgen nicht näher gelegen sind, unter den hier bekannt gemachten Bedingungen zu impfen.

(Am. Physikate befanden sich damals in Bayreuth, Kulmbach, Erlangen, Neustadt an der Aisch, Wunsiedel, Münchberg, Hof.)

Sämmtlich genannte haben ihre Kosten-Verzeichnisse über Diäten und Auslagen vierteljährig und folglich zum ersten Male zu Anfang des Februars 1804 an die Königl. Medicinal-Deputation nach vorgeschriebener Art einzusenden und jedesmal die Entfernung des Weges von ihrem Wohnorte kurz zu bemerken.

An die nächste der hier genannten Medicinal-Personen kann ein jeder sich wenden, der blatternfähige Kinder, oder Mündel hat und unentgeltliche Impfung derselben mit Schutzpocken wünscht.

Ärzte und Chirurgen, denen es an frischen Kuhpocken-Gifte fehlen sollte, werden sich solches bey den impfenden Ärzten und Chirurgen in Bayreuth jederzeit verschaffen können.

Übrigens bleibt es in Rücksicht der von Chirurgen vorzunehmenden Impfungen ohne Ausnahme bey der schon ehehin, und zuletzt noch durch das in Nro. 21 der hiesigen Intelligenz-Zeitung von d. J. eingerückte Kammer-Publikandum vom 28. Febr. d. J. getroffenen Einrichtung, nach welcher Chirurgen nur unter Aufsicht der Ärzte impfen dürfen. Es versteht sich jedoch, daß deswegen der Arzt bey der Impfung nicht zugegen seyn muß, vielmehr ist es hinlänglich, wenn jeder zu diesem Geschäfte übrigens geeignete Stadt- oder Land-Chirurgus von der Impfung und ihrem Verlaufe einem approbirten Arzte oder der Königl. Medicinal-Deputation sogleich Nachricht ertheilt, den Gang der Krankheit bestimmt und davon ausführlich berichtet, damit jene oder diese dadurch in den Stand gesetzt werden, zu beurtheilen, ob auch die geimpften Subjecte wirklich als geschützt vor den Menschen-Blattern angesehen werden können.“

Die „Bayreuther Intelligenz-Zeitung“ vom Jahre 1804, Nr. 4, brachte ein genaues Reglement bezüglich der Vornahme der Impfung bei Blattern.

Reglement nach welchem sich die Obrigkeiten, Medicinal- und andere Personen bei Impfung der Schutzblattern richten sollen.

Wir Friedrich Wilhelm, von Gottes Gnaden König von Preussen, Markgraf zu Brandenburg, des heiligen Römischen Reichs Erzkämmerer und Kurfürst etc. etc. etc.

Thun kund und zu wissen: In der festen Überzeugung, daß neue Entdeckungen in dem Gebiet der medicinischen Wissenschaften nicht gleich einen Gegenstand der Regierung abgeben müssen, haben Wir bisher die Impfung der Schutzblattern, die in Unsern Staaten, so wie im Auslande, seit ihrer im Jahre 1795 erfolgten zufälligen Erfindung so grose Fortschritte gemacht hat, blos der Leitung Unserer Medicinal-Behörde überlassen, und nur in so fern mitgewirkt, daß Wir, um stets ächten Impfungsstoff vorrätzig zu haben, in Berlin, Königsberg, und andern grossen Städten Unserer Monarchie, besondere Impfungsinstitute auf Unsere Kosten haben etabliren lassen. Nachdem aber in Gefolge der aus Unserm Medicinal-Departement unterm 11. July 1801, und 7. Juny pr. ergangenen Circularien und Anweisungen für die Medicinal-Collegia und die practischen Ärzte sich die Fragen:

1. schützt der ächte Kuhpockenstoff vor der Ansteckung der natürlichen Pocken?
2. ist die Impfung der erstern mit andern gefährlichen Folgen für die Gesundheit der Geimpften verbunden?

zum überwiegenden Ausschlag für die Vacine entschieden haben, indem Unserm Ober-Collegio Medico et Sanitatis innerhalb Jahr und Tag von practischen Ärzten und Regiments Chirurgen 17741 veranstaltete und sorgfältig beobachtete Impfungen einberichtet, und dabei die erste Frage durch 8000 Ansteckungsversuche bestätigt, die zweite aber durch eine seit drei Jahren fortgesetzte pflichtmäßige Controlle zum Vortheil der Schutzblattern beseitigt worden; so finden Wir aus väterlicher Fürsorge für das Leben und die Gesundheit Unserer getreuen Unterthanen Uns veranlasset, die Beförderung der Schutzblattern-Impfung nunmehr zu einem besondern Augenmerk Unserer Staatsverwaltung in der Absicht zu machen, damit das menschliche Pocken Übel, welches im Durchschnitt jährlich mehr als 40000 Menschen in Unsern Landen wegraffe, so bald als möglich vertilget und ausgerottet werde. Zu dem Ende befehlen Wir

§. 1. Unserm Medicinal- und Sanitäts-Departement, das Impfungswesen in Unsern Landen durch Unser Ober-Collegium Medicum et Sanitatis nach wie vor leiten und beobachten zu lassen, Uns auch jährlich von dem Resultate Anzeige zu thun.

§. 2. Machen Wir es allen Orts-Obrigkeiten, Magisträten, Stiftischen-, Amts- und Patrimonial-Gerichten zur Pflicht, der Beförderung der Schutzblattern-Impfung auf alle Art und Weise die Hand zu bieten, und besonders das noch immer dagegen obwaltende Vorurtheil,

so viel an ihnen ist, zu zerstreuen und aus dem Wege zu räumen.

§. 3. Damit auch der Stoff der natürlichen Pocken nicht mehr durch eine willkürliche Einimpfung erhalten, vielmehr einer fortwährenden besorglichen Ansteckung Unserer Unterthanen, die von den natürlichen Menschenpocken verschont geblieben sind, gleichwohl aus Mangel des Vertrauens, der Schutzblättern-Impfung sich noch nicht bedient haben, ausgewichen werde, gestatten Wir allen nach §. 4. zur Impfung unbeding t autorisierten Medicinal-Personen nur in den Fällen mit der Impfung des Stoffs menschlicher Blättern auf ausdrückliches Verlangen der Eltern zu verfahren, wenn

1. eine wirkliche Pocken-Epidemie an einem Orte sich zeigt, und die Einwohner gegen die wiederholte Aufforderung der Ärzte dennoch die Einimpfung der natürlichen Blättern der Impfung der Schutzblättern vorziehen; wobei es sich aber von selbst versteht, daß einzeln erscheinende Pocken, welche ohnehin in großen Städten für jetzt noch fast beständig angetroffen werden, nicht für eine epidemisch herrschende Pockenkrankheit zu halten sind;
2. wenn einzeln erscheinende Pocken in einem Hause sich zeigen, und darin andere pockenfähige Menschen sich befinden, welche die Impfung der natürlichen Pocken zu ihrer oder der Ihrigen Sicherheit verlangen;
3. wenn nach dem Ermessen der Polizei-Obrigkeit und des Impfenden Arztes derjenige, welcher die Impfung der Menschen Pocken verlangt, das zu impfende Subject dergestalt zu isolieren im Stande ist, daß weder durch dasselbe, noch durch die den Geimpften pflegenden Personen, eine weitere Verbreitung des Übels Statt finden kann.

In diesen Fällen ist aber der zur Impfung der Menschen-Pocken schreitende Arzt verbunden, augenblicklich diesen Vorfall der Polizei-Obrigkeit des Orts anzuzeigen, welche gemeinschaftlich mit dem Arzte gehalten sein soll, die zur Verhinderung der fernern Ansteckung nöthigen Vorsichts-Maasregeln anzuordnen, und auf die Befolgung derselben strenge zu invigiliren. Überdies ist auch der impfende Arzt noch verpflichtet, den ganzen Vorfall dem ihm vorgesetzten Medicinal-Collegio anzuzeigen.

Auser diesen Fällen verbieten Wir den gedachten Medicinal-Personen, sich bei fiskalischer Ahndung irgend weiter mit Impfung der Menschenblättern zu befassen.

§. 4. Da zur Impfung der Schutzblättern bisher nur die practischen Ärzte und die Regiments-Chirurgen gesetzlich autorisiert gewesen, Wir gleichwohl wünschen, daß Unsere getreue Unterthanen dieses Schutzmittels sich bald allgemeiner erfreuen mögen; so wollen Wir den Kreis-, Land- und gerichtlichen Chirurgen, gleiche Befugnis unbeding t, den Stadt-Chirurgen an Oertern, wo sich keine Ärzte befinden, gleichfalls unbeding t; sonst aber nur unter Leitung des Arztes des Orts die Befugnis dazu verleihen; auch den übrigen Militär-Chirurgen, als Bataillons- und Ober Chirurgen, eine unbeding t Erlaubnis, den Compagnie- oder Escadrons Chirurgen aber nur in so fern die Befugnis zur Impfung zugestehen, als der Regiments-Chirurgus sie dazu tüchtig gefunden, und ihnen solches schriftlich bezeuget hat.

§. 5. Weil auch die Erfahrung gelehrt hat, daß die Impfung der Schutzblättern durch andere als sachkundige Männer, besonders durch die Landgeistlichen, mit dem besten Erfolg für ihre Gemeinden betrieben worden; so wollen Wir den Landgeistlichen und Landschullehrern, auch den Landhebammen, die Impfung in ihren Gemeinden erlauben; sie müssen aber dann

1. bei dem nächsten Physico die erste Anleitung dazu sich geben, des Endes sich mit den Zeichen der ächten Schutzblättern und ihrem Verlauf bekannt machen; sich auch
2. den Impfstoff von ihnen, oder aus einem Unserer Impfungs-Institute, zu Berlin, Magdeburg, Warschau oder Königsberg in Preussen, mittheilen lassen, wofür sie, auser den baaren Auslagen, nichts zu bezahlen haben.

Dagegen müssen sie aber auch ihrerseits diese Erlaubnis nicht als ein Brodgerwebe ansehen; wiewohl den Guts Obergkeiten unverschränkt bleibt, sich gegen sie wohlthätig zu beweisen, oder sich wegen ihrer Remuneration durch Prämien oder Medaillen, bei vorzüglich befördertem Nuzzen, an Unsere Medicinal-Collegia zu wenden, welche dann wenn sie sich davon überzeugt haben, das Nöthige desfalls an Unser Ober-Collegium Medicum et Sanitatis gelangen lassen sollen.

§. 6. Zum Besten dieser §. 5. benannten Personen, welche sich aber durch ein Attest der Districts Physiци, „daß sie die zur Impfung der Schutzblättern erforderliche Geschicklichkeit besitzen“ legitimiren müssen, werden Wir von der Schrift des hiesigen Impfarztes Dr. Brehmer:

die Kuhpocken; kurzgefaßte Übersicht dessen, was wir von der Geschichte, dem Verlaufe und der Wirkung der Kuhpocken wissen etc. für Eltern und Nichtärzte nebst einer vollständigen Beschreibung der Impfungsmethode und Behandlung etc. Berlin 1801; imgleichen von der Schrift des Dr. Hirsch zu Ansbach: Kurzgefaßte und gemeinnützige Erläuterung eines vor den Kinderblättern schützenden Mittels, zur Beherzigung des Bürgers und Landmannes; Ansbach 1802;

eine nahmhafte Anzahl von Exemplarien abdrucken und an Unsere Collegia-Medica et Sanitatis absenden lassen, damit Prediger, Schullehrer und Hebammen, welche sich der Impfung in Ihren Gemeinden unterziehen wollen, durch die Physiker, von welchen sie ihr Attest erhalten haben, sich wegen unentgeltlicher Verabfolgung der nöthigsten Exemplarien an sie wenden können.

§. 7. Wenn gleich den Ober- und Bataillons-Chirurgen unbeding t, den Compagnie oder Escadrons-Chirurgen aber beding t, die Erlaubnis zur Impfung der Schutzblättern in §. 4. ertheilet worden; so wird doch dadurch an der Verfassung, daß diese Militär-Chirurgen sich bei Civilpersonen der Ausübung ihrer Kunst, folglich auch der Schutzblättern-Impfung, enthalten müssen, wenn nemlich an dem Orte ihres Aufenthalts Ärzte oder Civil-Wundärzte vorhanden sind, nichts geändert.

§. 8. Alle in §. 4 zur Impfung autorisierte Personen, wohin auch diejenigen Apotheker gehören, welche von Unserm Ober-Collegio Medico et Sanitatis die innere Praxis erlaubt worden, sind schuldig, solche Arme, die von der Orts-Obrigkeit ein Armen-Attest vorzeigen, unentgeltlich zu impfen; nur die Militär-Chirurgen bei Personen des Civil-Standes sind dazu nicht verbunden.

§. 9. Unsern Regiments- und Bataillons-Chefs, besonders den Vorstehern Unserer militärischen Erziehungs-Anstalten, machen Wir es zur Pflicht, die Beförderung der Schutzblättern-Impfung sich bestens angelegen sein zu lassen.

Schließlich werden Wir auf den Vorschlag des Chefs Unseres Medicinal Departements, Ärzte, welche sich um das Impfungswesen vorzüglich verdient gemacht haben, mit dem Character Unserer Medicinalrätthe, frei von Chargen- und Stempelgebühren, begnadigen; wie Wir dann auch dies allgemeine Impfungs-Reglement Höchstselbst vollzogen, und mit Unserm königlichen In-siegel haben bedrucken lassen.

So geschehen und gegeben zu Berlin, den 31. October 1803.

Friedrich Wilhelm.

(L. S.)

Graf von der Schulenburg.

Vorstehendes von Seiner Königlichen Majestät höchstselbst vollzogenes Reglement nach welchem sich die Obergkeiten, Medicinal- und andere Personen bei Impfung der Schutz-Blättern richten sollen, wird hier auch zur Nachachtung bekannt gemacht und dabei hinsichtlich des hiesigen Fürstenthums nur bemerkt, daß in der hiesigen Provinz kein zur innern Praxis autorisierter Apotheker, deren der §. 8 des höchsten Reglements erwähnt, vorhanden und wegen der Impfung armer Personen durch die unterm 18. Oct. d. J. von der Königl.

Medicinal Deputation hieselbst ergangene Bekanntmachung das Erforderliche bereits besonders bestimmt worden ist.
Baireuth, den 19. Dec. 1803.
Königl. Preuß. obergebürgliche Kriegs- und Domänen-Kammer.

Gegen die schädlichen Wirkungen unwahrer Gerüchte über die Wirkung der Pockenschutzimpfung wandte sich eine in der BIZ vom Jahre 1804, Nr. 15, veröffentlichte amtliche Nachricht.

Die Königliche Medicinal-Deputation hat schon durch den Weg der öffentlichen Bekanntmachung auf die wohlthätigen Wirkungen der Schutz-Pocken-Impfung öfters aufmerksam gemacht, und sowohl dadurch, als durch Vertheilung der Hirschischen Volksschrift es an Belehrung und Aufmunterung im Allgemeinen, wie im Einzelnen nicht ermangeln lassen, demohnerachtet muß dieselbe leider bemerken, daß noch mehrere Eltern aus grundlosen Vorurtheilen sich hartnäckig der Impfung ihrer Kinder mit Schutzpocken widersetzen und diese verabsäumen. Auf diese Art wird nun den böartigen Kinderblattern nicht mit dem allgemeinen Widerstand entgegen gearbeitet, und schon haben die böartigsten Kinderpocken mit tödlichen und Verderben bringenden Folgen, sowohl in hiesiger Stadt, als auch in mehreren nahen und entfernten Gegenden dieses Fürstentums wieder über Hand genommen. Die königl. Medicinal-Deputation unterläßt daher nicht, das Publicum zu warnen, und denselben nochmals die Schutzpocken-Impfung als das einzige Sicherungs-Mittel zu empfehlen, je dringender die Gefahr, und je größer die Verantwortung derjenigen ist, welche vorsätzlich diese Hülfe verabsäumen, welche ihnen durch die unentgeltliche Impfung der Schutzpocken überall zu Theil wird.

Um aber auch den Glauben an dem wirklich guten Erfolg nicht durch falsche oder boshafte Gerüchte beeinträchtigen, oder schwächen zu lassen; so erklärt die königl. Medicinal-Deputation, daß

- a) noch kein Kind, welches nicht schon mehrere Tage vor der Impfung der Schutzpocken mit dem wirklichen Pockengift angesteckt war, nach gehörig überstandenen Schutzpocken die wirklichen Kinderblattern bekommen habe.
- b) Daß in allen den beobachteten Fällen, wo noch nach der Schutzpocken-Impfung die wirklichen Blattern sich wieder sollen eingefunden haben, dies theils die Wind-Stein oder Wasserpocken, theils irgend andere Ausschlags-Krankheiten der Haut waren, welche von unwissenden oder boshafte Personen für wirkliche Blattern ausgegeben wurden, wie dies der Fall mit mehreren Kindern und ganz neuerlich, des Bauern Amschler zu Zinkenflur bei Drosenfeld war.
- c) Daß Beispiele vorlegen, wo völlig gesunden Kindern nach der Impfung die wirklichen Pocken angedichtet wurden, wie z. B. den Kindern des Wirths Munker zu Aichlg und mehrere Fälle in Culmbach, um durch solche nachtheilige Gerüchte andere Menschen abzuschrecken, und sie von der Impfung ihrer Kinder abzuhalten.

Da nun die königl. Medicinal-Deputation hierüber auf das strengste zu wachen verpflichtet ist, und bisher alle dergleichen Fälle einzeln untersuchen lies; so wird sie nicht nur jeden solchen Fall wie bisher auf das genaueste untersuchen lassen, sondern macht es hiemit jedem, dem ein solches Gerücht zu Ohren kommt, zur Pflicht, es der Orts-Polizei-Behörde sogleich anzuzeigen, welche deshalb dem treffenden Physikat oder der königl. Medicinal-Deputation selbst Nachricht geben wird, damit nicht länger durch unverständige oder boshafte Menschen die gute Sache gehindert werde. Auch wird man darauf antragen, es bei letztern nicht wie bisher geschehen, bei der bloßen Bestrafung bewenden zu lassen, sondern ihren Namen öffentlich bekannt zu machen.

Baireuth, den 3. Febr. 1804.

Königl. Preuß. Medicinal-Deputation
(Fortsetzung folgt)

AUS DER BUNDESPOLITIK

Endlich einen Kompromiß gefunden

Die CDU ist des langen, mehr theorisierenden Haders um das „Sozialpaket“ müde und will nun endlich zu Taten schreiten. Die Repräsentanten der verschiedenen Gruppierungen innerhalb der CDU/CSU-Bundestagsfraktion — von den Arbeitgebern über die Mittelständler bis zu den Arbeitnehmern — haben sich im sogenannten Schmücker-Ausschuß in den Abendstunden des 10. Juni zu einer einheitlichen Linie durchgerungen. Die bis dahin noch strittigen Punkte wurden geklärt, zum Teil allerdings nur in sehr knappen Kampfabstimmungen. Immerhin herrschte der Wille vor, das „Sozialpaket“ nunmehr zügig in den Ausschüssen zu beraten und die drei Gesetzentwürfe — Lohnfortzahlung, Krankenversicherungsreform und Kindergeld-Neuordnung — so schnell wie möglich zu verabschieden.

Auf der Grundlage des Arbeitsergebnisses des Schmücker-Ausschusses sollen jetzt die seit langem anstehenden abklärenden Verhandlungen mit der FDP aufgenommen werden, damit die Koalition in den entscheidenden Beratungen in den Bundestagsausschüssen möglichst geschlossen auftreten kann. Die Bereitschaft zu solchen Absprachen war zwar schon wiederholt von beiden Seiten bekundet worden, es kam aber nicht dazu, weil es der CDU bisher an einer einheitlichen Konzeption fehlte.

Daß bei einer derartigen unklaren Situation keine Sachberatung einer Gesetzesvorlage durchzuführen ist, wurde in der Sitzung des Sozialpolitischen Bundestagsausschusses am 10. Juni sehr deutlich. Es ging dabei um die Versicherungspflicht in der Krankenversicherung. Die bekannten Argumente wurden erneut vorgebracht, ohne daß man zu einer klaren Meinungsbildung gekommen wäre. Die FDP sprach sich für eine Versicherungspflichtgrenze von 750 DM aus, die SPD verlangte mindestens 1250 DM, die CDU dagegen hatte hierzu keine einhellige Meinung.

Überraschend nahm auch Bundesarbeitsminister Blank, übrigens erstmalig wieder seit dem Jahre 1961, an der Ausschusssitzung teil. Er verteidigte die im Regierungsentwurf enthaltene Versicherungspflichtgrenze von 750 DM, meinte aber zugleich, es handele sich dabei um eine politische Entscheidung, die dem Mehrheitsbeschluß des Ausschusses überlassen bleiben müsse.

In der über dreistündigen Sitzung des Ausschusses wurden schließlich drei Abschnitte des Paragraphen 167 beraten. Beschlüsse wurden noch nicht gefaßt. Sie bleiben der zweiten Lesung vorbehalten.

Der Verlauf dieser Sitzung mag der CDU den letzten Anstoß gegeben haben, sich in den eigenen Reihen schleunigst zusammenzurufen. Man wurde sich darüber klar, daß es nur noch zwei Alternativen gebe: Entweder

streiche man die Segel und bekenne, daß man das „Sozialpaket“ unaufgeschnürt „begraben“ wolle, oder man bleibe bei dem früheren Entschluß, die Vorlagen zu verabschieden. Dann allerdings sel höchste Eile geboten, sich zu einigen.

Nicht zuletzt unter dem Einfluß des Fraktionsvorsitzenden von Brentano und des Abgeordneten Stingl entschied die CDU sich für die letztere Lösung. Im einzelnen wurden folgende Vereinbarungen getroffen:

1. Die Versicherungspflichtgrenze in der Krankenversicherung soll auf 850 DM für Arbeiter und Angestellte festgelegt werden.
2. Der Versicherte soll 25% der Arzt- und Zahnarzhonorare selbst tragen. Für Familien, die aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen Kindergeld beziehen, soll die Selbstbeteiligung auf 15% ermäßigt werden.
3. An den Krankenhauspflegekosten soll der Versicherte mit 3 DM je Pflorgetag beteiligt werden.
4. Die Beteiligung an Arzt- und Krankenhauspflegekosten soll über einen Individualbeitrag des Versicherten in Höhe von 2% des Bruttoentgelts verrechnet werden. Zuviel gezahlte Beträge sollen am Jahresende zurückerstattet werden.
5. Die Selbstbeteiligung bei den Arzneikosten soll 0,50 DM je verordneter Arznei betragen. Bei Familien, die Kindergeld beziehen, ermäßigt sich dieser Satz auf 0,30 DM je Verordnung. Dieser Kostenanteil ist in den Apotheken zu entrichten und soll nicht über den Individualbeitrag verrechnet werden.
6. Die Lohnfortzahlung soll arbeitsrechtlich geregelt werden. Der Arbeiter erhält damit im Krankheitsfalle einen Rechtsanspruch gegenüber seinem Arbeitgeber auf Fortzahlung seines während der letzten 13 Wochen vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit erzielten Durchschnittsentgelts für die Dauer von sechs Wochen.
7. Zur besseren Kalkulierbarkeit der Lohnfortzahlungskosten werden bei den Krankenkassen für die Betriebe Ausgleichskassen gebildet. In den Ausgleich sollen alle Betriebe mit nicht mehr als 350 Beschäftigten einbezogen werden. Die Ausgleichskasse erhält ihre Mittel aus Beiträgen der Betriebe, die mindestens 25% der Lohnfortzahlungskosten selbst tragen sollen. Der Rest wird von der Kasse erstattet. Den Betrieben soll es überlassen bleiben, freiwillig einen Selbstbehalt von 50 oder 75% zu übernehmen. Wenn sie sich zu einem solchen höheren Eigenanteil entschließen, müssen sie sich für drei Jahre binden.
8. Das Kindergeld für das dritte Kind soll von 40 auf 50 DM monatlich, für das vierte Kind auf 60 DM und für das 5. Kind und alle weiteren auf 70 DM erhöht werden. Beim Zweitkindergeld soll es bei der bisherigen Einkommensgrenze von 600 DM bleiben. Der Betrag des Zweitkindergeldes (25 DM) soll ebenfalls nicht erhöht werden.

Mit dieser Konzeption, die Experten der Fraktion als mögliche Kompromißlösung bezeichnen, will die CDU die kommenden Beratungen bestreiten.

Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik

In der Bundesrepublik liegt die Müttersterblichkeit, das heißt Sterbefälle durch Komplikationen während der Schwangerschaft, der Entbindung oder im Wochen-

bett, noch immer unverhältnismäßig hoch. In Schweden entfallen auf 100 000 Einwohner 36,4 Sterbefälle, in den USA 40,8, in den Niederlanden 41,0, in Frankreich 55,3, in der Schweiz 76, in Österreich 97,3, in der Bundesrepublik jedoch sind es 108,4.

Staatsleistungen für den gesetzlichen Mutterschutz?

Von Dr. med. Gerhard Jungmann (CDU),
Stellvert. Vorsitzender des Bundestagsausschusses
für Gesundheitswesen

Der gesetzliche Mutterschutz beschränkt sich heute auf den Schutz der erwerbstätigen Frau vor solchen gesundheitlichen Schäden, die aus der in abhängiger Stellung, als Arbeitnehmerin also, von ihr geforderten bzw. von ihr geleisteten Arbeit entstehen können. Diesem Zweck dienen die in dem Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter (Mutterschutzgesetz) vom 24. 1. 1952 ausgesprochenen Beschäftigungsverbote vor und nach der Entbindung, die besonderen Bestimmungen über den Kündigungsschutz sowie die Sicherstellung des durch die Beschäftigungsverbote entstehenden Verdienstaufschlags.

Die heutige Regelung ist von verschiedenen Seiten kritisiert worden, besonders seitdem bekanntgeworden ist, daß die im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt stehende Sterblichkeit von Mutter und Kind in der Bundesrepublik auffallend hoch ist und man annehmen zu müssen glaubte, daß dafür, wenigstens teilweise, auch die Unzulänglichkeit der Mutterschutzbestimmungen verantwortlich gemacht werden müßte. So wurde u. a. angenommen, daß die für die hohe kindliche Frühsterblichkeit (bei und unmittelbar nach der Geburt) in erster Linie verantwortliche Frühgeburtenhäufigkeit als unmittelbare Folge der Berufsarbeit werdender Mütter anzusehen sei. Ein verstärkter Schutz der werdenden Mutter schien um so notwendiger, als die Beschäftigung von Frauen infolge der allgemeinen Wirtschaftsentwicklung ein bisher nicht gekanntes Maß erreicht hat.

Die Kritik wendete sich auch dagegen, daß sich der Mutterschutz auf Beschäftigungsverbote, Kündigungsschutz und Verdienstaufschlagsersatz beschränkt, statt daß er den neueren Erkenntnissen entsprechend auch die als notwendig erkannten Vorsorgeuntersuchungen und die Sicherstellung optimaler Entbindungsverhältnisse umfaßt. Wenn die Kritiker der derzeitigen gesetzlichen Regelung schließlich der Ansicht sind, daß die nicht erwerbstätige Frau denselben Anspruch auf Mutterschutz haben müsse wie die erwerbstätige Frau, so geben sie für gewöhnlich davon aus, daß der gesetzliche Mutterschutz auch die notwendigen Vorsorgeuntersuchungen und eine verbesserte Entbindungshilfe umfassen müßte, und daß die vom Staat zu gewährenden Leistungen nicht allein der erwerbstätigen Frau, sondern jeder Frau in gleicher Weise zukommen müßten.

Aufgrund dieser Kritik haben zunächst der DGB und dann auch die SPD eine Neugestaltung des Mutterschutzes gefordert, bei der erstens das Beschäftigungsverbot von 6 auf 10 Wochen vor und nach der Entbindung ausgedehnt, und zweitens Vorsorgeuntersuchungen und klinische Entbindung für alle Frauen gewährt werden sollen. Die Kosten für den in diesem Sinne erweiterten gesamten Mutterschutz sollen vom Staat getragen werden.

Die bisherige Diskussion dieser Fragen hat zu folgenden Ergebnissen geführt:

1. Der Beweis für die Annahme eines Zusammenhangs zwischen der in der Bundesrepublik immer noch relativ hohen „perinatalen“, d. h. im Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und Geburt stehenden Sterblichkeit von Mutter und Kind mit der Dauer der Beschäftigungsverbote, konnte nicht erbracht werden. Gegen diese Annahme sprechen nicht nur internationale Vergleiche, sondern auch die durch langjährige Beobachtungen belegten Erfahrungen der Werksärzte.
2. Die Notwendigkeit von regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen in der Schwangerschaft einschließlich der notwendigen serologischen Untersuchungen wird allgemein anerkannt. Allgemein anerkannt wird auch, daß die Möglichkeit der klinischen Entbindung für jede Frau gewährleistet sein muß.
3. Der Gedanke, alle dem Schutz der Mutterschaft dienenden Maßnahmen in einem Gesetz zusammenzufassen, darf weder davon ausgehen noch dazu führen, daß alle dabei entstehenden Kosten dem Staat auferlegt werden. Es wird vielmehr sorgfältig geprüft werden müssen, welche Leistungen vom Staat, welche von den Trägern der Sozialversicherung und der Sozialhilfe und welche von der Frau bzw. von der Familie selbst erbracht werden sollen.
4. Die Leistungen des Staates zum Schutz der Mutterschaft müssen sich auf den Ersatz derjenigen Kosten beschränken, die durch gesetzliche Vorschriften verursacht worden sind. Nach dem derzeitigen Recht handelt es sich dabei allein um das Wochen- und Stillgeld, bei der zu erwartenden Neuregelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung um das an die Stelle des Wochen- und Stillgeldes tretende „Mutterschaftsgeld“. Wenn der Gesetzgeber darüber hinaus bindende Vorschriften über Vorsorgeuntersuchungen und Entbindungshilfe erlassen will, wird er in jedem Fall zu prüfen haben, ob und in welchem Umfange der Staat für die damit verbundenen Kosten aufkommen muß.

In der Bereitwilligkeit, den gesetzlichen Mutterschutz so wirksam wie möglich zu gestalten, gibt es also keine Meinungsverschiedenheiten. Meinungsverschiedenheiten bestehen lediglich in der letzten Endes politischen Frage, ob die Kosten für den Mutterschutz grundsätzlich vom Staat übernommen werden sollen. Auch bei der Bewertung der Argumente muß deshalb zwischen der sachlichen Notwendigkeit und der politischen Absicht unterschieden werden. Ist eine generelle Verlängerung des Beschäftigungsverbotes von 6 auf 10 Wochen vor und nach der Entbindung wirklich notwendig, dann müssen daraus auch die gesetzlichen Konsequenzen gezogen werden. Erscheint eine Verlängerung der Beschäftigungsverbote dagegen nur wünschenswert, dann wird bei der Entscheidung nicht nur berücksichtigt werden müssen, welche Vorteile und Nachteile sich daraus für die Frauen selbst ergeben, sondern auch wer die damit verbundenen Kosten aufbringen soll. Die mit diesen Fragen verbundenen grundsätzlichen politischen Konsequenzen werden von den Regierungsparteien naturgemäß anders beurteilt als von der politischen Opposition.

Es wäre verfehlt, daraus den Schluß ziehen zu wol-

len, daß die sachlichen Fragen des gesetzlichen Mutterschutzes damit auf eine Ebene verschoben werden sollen, auf die sie grundsätzlich nicht gehören. Das Ziel ist klar: Die werdende Mutter und ihr Kind müssen vor den mit Schwangerschaft und Geburt verbundenen Gefahren so wirksam wie möglich geschützt werden. Soweit die werdende Mutter nicht selbst in der Lage ist, das für einen gesunden Verlauf von Schwangerschaft und Geburt Notwendige zu tun, müssen diese Voraussetzungen gegebenenfalls vom Gesetzgeber geschaffen werden, der dabei auch entscheiden muß, wer die Kosten für die Durchführung der einzelnen Maßnahmen zu tragen hat. Wenn der Staat den Lohnausfall für die Dauer der vom Gesetzgeber angeordneten Beschäftigungsverbote übernimmt, wird man daraus aber nicht den Schluß ziehen dürfen, daß der Staat deshalb grundsätzlich zur Übernahme der Kosten aller dem Schutz der Mutterschaft dienenden Maßnahmen verpflichtet wäre.

Votum des Bundestagsausschusses für Gesundheitswesen zur Novelle des Mutterschutzgesetzes

Der Bundestagsausschuß für Gesundheitswesen hat unter Vorsitz des Abgeordneten Dr. Ludwig Hamm (FDP) zu den vom SPD-Entwurf abweichenden Punkten gegen die Stimmen der SPD-Mitglieder folgendes Votum zur Novelle des Mutterschutzgesetzes beschlossen:

Der Ausschuß für Gesundheitswesen ist nach eingehender Beratung und Anhörung von Sachverständigen zu dem Ergebnis gekommen, daß einem möglichst großen Kreis von Frauen ein gesetzlicher Mutterschutz zuteil werden soll.

Er ist deshalb der Auffassung, daß die außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung stehende Frau Leistungen in dem Umfange erhalten soll, wie sie zugunsten der versicherten und mitversicherten Frauen aus Staatsmitteln gewährt werden, wenn sie sich in der gleichen Lage befindet.

Der Ausschuß begrüßt eine stärkere Individualisierung der Beschäftigungsverbote für werdende Mütter. Er ist jedoch der Ansicht, daß eine generelle Verlängerung des Beschäftigungsverbotes vor der Niederkunft über sechs Wochen hinaus nicht geboten ist.

Der Ausschuß hält es nicht für gerechtfertigt, daß die Freiheit der persönlichen Entscheidung über die Fortsetzung der Arbeit über die jetzige gesetzliche Regelung hinaus eingeengt wird.

Der Ausschuß ist der Auffassung, daß § 6 dahin neu gefaßt werden soll, daß die Schutzfrist nach der Niederkunft unter Wegfall der Sonderregelung für stillende Mütter auf acht Wochen erhöht wird. Bei Frühgeburten sollte eine Ausdehnung bis zu zwölf Wochen möglich sein, solange das Kind auf die Pflege der Mutter angewiesen ist. Eine Verlängerung der Schutzfrist aus Gründen der Arbeitsunfähigkeit ist nicht Angelegenheit des Mutterschutzes.

Der Ausschuß befürwortet besonders Vorsorgeuntersuchungen in ausreichender Zahl. Dabei sollte die eingangs dargestellte grundsätzliche Auffassung, die sich auf die Gleichbehandlung der außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung stehenden Frau

bezieht, beachtet werden. Der Ausschuß ist der Meinung, daß der werdenden Mutter, sofern sie den Wunsch hat, die Klinikentbindung ermöglicht wird.

Der Ausschuß schlägt schließlich vor, die Frage zu prüfen, ob der Mutter im Anschluß an die Schutzfrist die Möglichkeit eröffnet werden kann, einen unbezahlten Urlaub bis zu sechs Monaten zu erhalten.

Aus der Fragestunde des Deutschen Bundestages Mit Hormonen gefüttertes Geflügel?

Ertl (FDP):

Trifft es zu, daß aus den USA Geflügelfleisch importiert wird, welches wegen der verwendeten Konservierungsmittel und Futterzusätze in den USA und auch in anderen europäischen Ländern nicht verkauft werden darf?

Frau Dr. Schwarzhaupt,

Bundesminister für Gesundheitswesen:

Ich muß die Frage verneinen. Mir liegen keine Mitteilungen vor, daß aus den USA Geflügelfleisch importiert wird, welches wegen der verwendeten Konservierungsmittel und Futterzusätze dort nicht verkauft werden darf.

Was die Einfuhr von Geflügelfleisch aus den Vereinigten Staaten in andere europäische Länder betrifft, so ist mir bekannt, daß sie z. B. in Frankreich verboten ist. Dort besteht ein allgemeines Einfuhrverbot für Geflügelfleisch aus Ländern, die eine Verwendung von Arsen, Antimon und Östrogenen für die Aufzucht von Geflügel dulden. Reste solcher gesundheitlich unerwünschter Futterzusätze sind aber bei Importgeflügel aus den Vereinigten Staaten im Bundesgebiet bisher meines Wissens nicht nachgewiesen worden.

Eine Anfrage bei dem amerikanischen Landwirtschaftsministerium, die das Auswärtige Amt vermittelt hat, soll klären, welche Futterzusätze bei der Aufzucht von Exportgeflügel in den Vereinigten Staaten zur Zeit verwendet werden und welche Garantien die Vereinigten Staaten bieten können, um den Export von solchem Geflügelfleisch in die Bundesrepublik zu verhindern, das etwa unter Verwendung gesundheitlich unerwünschter Futterzusätze gewonnen werden sollte.

Ertl (FDP): Frau Minister, nehmen Sie an, daß die Meldungen in der deutschen Presse über aus den USA eingeführtes Geflügelfleisch auf einem Irrtum beruhen?

Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt: Sie müssen es mir überlassen, zunächst einmal den wirklichen Tatbestand festzustellen und abzuwarten, ob diese Meldung bestätigt wird.

Ich kann Ihnen aber versichern, daß wir von zwei Grundsätzen nicht abgehen werden: Erstens bin ich entschieden der Meinung, daß der deutsche Verbraucher gegenüber Gesundheitsgefahren aus importierten Lebensmitteln ebenso geschützt sein muß wie gegenüber Gefahren aus Lebensmitteln, die im Inland erzeugt werden. Zweitens bin ich der Meinung, daß der deutsche Erzeuger nicht wegen gesundheitspolitisch notwendiger Beschränkungen schlechter gestellt sein darf als ein Importeur.

Ertl (FDP): Frau Minister, falls es zutrifft, daß mit Hormonmitteln gefüttertes Geflügel eingeführt wird, sollte dann nach Ihrer Meinung nicht auch in Deutschland eine ähnliche Regelung getroffen werden, wie sie in Frankreich gilt?

Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt:

Soweit dieser Nachweis erbracht werden kann, muß jedenfalls verhindert werden, daß mit Hormonen behandeltes Geflügel, dessen Gesundheitsschädlichkeit ziemlich unbestritten ist, auf den deutschen Markt kommt. Mit welchen Methoden dies geschehen muß, ist eine andere Frage.

Gesundheitsschädigende Lebensmittel

Wellmann (SPD):

Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen, um den deutschen Verbraucher vor gesundheitsschädigenden ausländischen Lebens- und Genußmitteln oder Lebens- und Genußmittelfälschungen zu schützen?

Frau Dr. Schwarzhaupt,

Bundesminister für Gesundheitswesen:

Nach den Bestimmungen des Lebensmittelgesetzes dürfen bei uns Lebensmittel und Bedarfsgegenstände eingeführt werden, die den in der Bundesrepublik geltenden lebensmittelrechtlichen Bestimmungen entsprechen. Die Verantwortung hierfür hat der Importeur. Für die Überwachung sind die Länderbehörden zuständig, denn der Vollzug des Lebensmittelgesetzes ist Ländersache. Die Überwachungsbehörde hat die Waren alsbald nach ihrem Eintreffen daraufhin zu kontrollieren, ob sie auch im Inland zugelassen wären.

Es ist mir nicht bekanntgeworden, daß in den letzten Jahren die Behörden der Länder häufiger Verstöße bei Importwaren als bei im Inland hergestellten Lebensmitteln feststellen mußten. Wenn solche Verstöße festgestellt wurden, sind die Importeure zur Verantwortung gezogen worden.

Medikament-Vorräte in Privathand

Frau Dr. Hubert (SPD):

Beabsichtigt die Bundesregierung, die private Bevorratung mit Arzneimitteln bei bestimmten chronischen Leiden (z. B. Diabetes) zu fördern?

Frau Dr. Schwarzhaupt,

Bundesminister für Gesundheitswesen:

Ich halte eine private Bevorratung mit bestimmten Medikamenten für ebenso wichtig wie die mit Lebensmitteln. Das gilt z. B. für die Mittel für Zuckerkrankhe, aber auch für Epileptiker, für Kranke mit bösartiger Blutarmut oder mit grünem Star.

Die Bundesregierung kann hier, soweit ich es im Augenblick sehe, dreierlei Helfendes tun:

Erstens werden die Ärzte darauf aufmerksam gemacht werden müssen, daß sie ihren Patienten raten, sich allmählich einen Vorrat für vier Wochen anzulegen.

Zweitens: Da nicht alle Kranken selbst die Mittel aufbringen können, diesen Vorrat anzuschaffen — obgleich er nachher umgewälzt wird —, werden wir mit dem Bundesministerium für Arbeit und mit den Krankenkassen darüber verhandeln, inwieweit die Kosten für den Vorrat bei den Kranken, bei denen er notwendig ist, übernommen werden können.

Drittens: Die Versorgung der Zivilbevölkerung mit diesen ständig gebrauchten Mitteln, ebenso wie die gesamte zivile Arzneimittelversorgung wird sich sehr stark auf die Apotheken stützen müssen.

Frau Dr. Hubert (SPD): Würde die Bundesregierung unter Umständen auch Überlegungen anstellen, ob man

für eine größere Bevorratung dieser meist sehr teuren Medikamente nicht steuerliche Erleichterungen insofern vorsehen sollte, als man etwa die steuerliche Abzugsfähigkeit festlegt?

Bundesminister Frau Dr. Schwarzhaupt: Steuerliche

Erleichterungen für die Vorratshaltung, die ja teuer ist, kommen vor allem für die Apotheken in Betracht. Aber Ihr Gedanke, diese Erleichterung eventuell auch den Kranken zu geben, ist gut, und ich werde ihn prüfen lassen.

AUS DER LANDESPOLITIK

Innenminister dankt den bayerischen Ärzten

Der bayerische Staatsminister des Innern, Herr Dipl.-Ing. Heinrich Junker, hat in einem an den Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer gerichteten Brief der Ärzteschaft für ihre Mitarbeit bei der Poliomyelitis-Schutzimpfung gedankt. In dem Brief heißt es u. a.:

„Den Abschluß der Grundimmunisierung der bayerischen Bevölkerung gegen Poliomyelitis mit Lebendimpfstoff möchte ich zum Anlaß nehmen, Ihnen und der bayerischen Ärzteschaft für die selbstlose und tatkräftige Unterstützung zu danken. Durch die verständnisvolle Zusammenarbeit mit der Gesundheitsverwaltung ist es gelungen, die Bevölkerung auch für die Impfkampagne gegen den Erregertyp III in dem Umfang zu gewinnen, der einen epidemiologischen Erfolg erwarten läßt.

Weiterhin darf ich Sie kurz über das vorläufige Ergebnis unterrichten.

An der dritten Impfkampagne im Frühjahr dieses Jahres nahmen über drei Millionen Menschen teil, das sind mehr als 31 v. H. der Bevölkerung. Die Beteiligung der unter 18 Jahre alten war mit über 65 v. H. nahezu so groß wie bei den vorhergegangenen Aktionen. Der Impfstoff wurde gut vertragen. Im Jahre 1963 wurden in Bayern für die ersten 22 Kalenderwochen vier Poliomyelitis-erkrankungen gemeldet. Im gleichen Zeitraum waren es nach dem Durchschnitt der Jahre 1957 bis 1961 80 Fälle.

Durch gemeinsame Anstrengungen ist es gelungen, dem Ziel, die Kinderlähmung auszurotten, um ein entscheidendes Stück näher zu kommen. Es wird Aufgabe der Zukunft sein, den erreichten Erfolg zu sichern.“

Umkämpfte Ministerialentschließung aufgehoben

Die Ministerialentschließung, durch die die Bediensteten des Bayer. Staates verpflichtet worden waren, ihren Arzt von der Schweigepflicht zur Bekanntgabe der Krankheitsdiagnose an den Dienstherrn zu entbinden, ist aufgehoben worden!

Der Bayer. Landtag hatte sich bereits mehrfach mit dem Antrag des Kollegen Dr. Klaus Dehler befaßt, der die Beseitigung dieser Ministerialentschließung zum Ziel hatte.

Der Präsident der Bayer. Landesärztekammer hatte in einem an die Herren Fraktionsvorsitzenden im Bayer. Landtag gerichteten Brief unter Darlegung des Standpunktes der Ärzteschaft in dieser Frage auch noch einmal eindringlich um Aufhebung dieser Ministerialentschließung gebeten.

Mit Schreiben vom 5. 7. 1963 teilte der den Finanzminister vertretende Staatssekretär im Bayer. Staatsministerium der Finanzen dem Herrn Präsidenten des Bayer. Landtags mit:

„Zu dem Antrag des Herrn Abgeordneten Dr. Dehler und Fraktion (FDP) erlaube ich mir, Ihnen mitzuteilen, daß die Entschließung des Staatsministeriums der Finanzen vom 9. 1. 1962, P 1121 — 35 974 I im Hinblick auf die Regelung in § 19 Abs. 2 Satz 1 der Urlaubsverordnung vom 29. 4. 1963 (GVBl. 109) inzwischen aufgehoben wurde.“

Der § 19 Abs. 2 Satz 1 der Urlaubsverordnung vom 29. 4. 1963 hat folgenden Wortlaut:

„Eines Urlaubs bedarf der Beamte nicht, wenn er wegen Krankheit dienstunfähig ist. Er hat jedoch die Erkrankung und deren voraussichtliche Dauer dem Dienstvorgesetzten spätestens am folgenden Tag anzuzeigen.“

In dieser neuen Form der Urlaubsverordnung ist dem Anliegen des Antrages der FDP insofern voll Rechnung getragen, als die Angabe der Art der Erkrankung (Diagnose) nicht mehr gefordert und damit die Intimsphäre des Bediensteten und die ärztliche Schweigepflicht respektiert werden.

Nachdem der parlamentarischen Initiative somit ein voller Erfolg zuteil wurde, konnte auf die Verabschiedung des Antrages durch das Plenum verzichtet werden.

Staatssekretär Dr. Pöhner übernimmt Koordination der Planungsarbeiten für das neue Münchner Großklinikum

Mit dem geplanten Großklinikum München-Großhadern und einer Gesamtkonzeption für den Krankenhausbau, einem Not- und Sofortprogramm zur Sanierung Münchner Altstadtkliniken und einer Einbeziehung städt. Krankenanstalten in den Klinikbetrieb der Universität München beschäftigte sich der Bayerische Landesgesundheitsrat in seiner Sitzung am 10. Juni. Wie der Vorsitzende, der CSU-Landtagsabgeordnete Dr. Rudolf Soenning mitteilte, könne im günstigsten Fall im Herbst 1964 mit dem Bau des Bettenhauses für das Klinikum begonnen werden; mit der Beendigung des ersten Bauabschnittes sei jedoch nicht vor Ablauf von acht Jahren zu rechnen.

Zu dem vor einigen Wochen vorgelegten Not- und Sofortprogramm für die Münchner Altstadtkliniken teilte Dr. Soenning mit, daß für diese Zwecke bisher bereits ca. 27 Mill. DM ausgegeben worden seien; weitere 40 Mill. DM seien vorgesehen. Es komme vor allem darauf an, daß dieses Programm sehr schnell anlauft. Besonders setzte sich der Vorsitzende für eine Einbeziehung städtischer Krankenhäuser in den Lehrbetrieb der Universität ein. Es könne nicht Aufgabe der Universität sein, nur allein theoretisches Wissen zu vermitteln, die praktische Ausbildung sei heute aus Mangel an Krankbetten nicht mehr gewährleistet. Dr. Soenning begründete seine Ansicht mit der Forderung des Deutschen Wissenschaftsrates, daß für jeden Medizinstudenten zur praktischen Ausbildung drei Krankbetten zur Verfügung stehen

müssen. In München entfalle jedoch auf jeden Studenten höchstens ein Krankenbett. Den Widerstand der Medizinischen Fakultät gegen eine solche Maßnahme glaubte Dr. Soenning nach seiner persönlichen Ansicht darin verursacht zu sehen, daß die Fakultät „einfach die Monopolstellung der Ausbildung nicht aus der Hand geben will.“

Zum Stand der Planungen für das Klinikum Großhadern gab Staatssekretär Dr. Konrad Pöhner auf der Pressekonferenz des Landesgesundheitsrates bekannt, daß er nun die Koordinierung der Planungsarbeiten in die Hand genommen habe. In einem Gespräch mit den Architekten, die vor einiger Zeit ihr Büro aufgelöst hatten, sei es ihm gelungen, diese zur Fortführung ihrer Arbeiten zu bewegen. Außerdem seien von ihnen bisher keine Schadensersatzansprüche gestellt worden. Ganz entschieden wandte sich der Staatssekretär gegen eine weitere Verzögerung durch neue Änderungswünsche. Die Planung sollte forciert werden; es wäre auch zu prüfen, ob durch die Verwendung vorgefertigter Bauteile eine Zeitersparnis erreicht werden könne.

Bericht der Bayer. Staatsregierung über Maßnahmen zur Beseitigung des Notstandes in den Universitätskliniken

Im Einvernehmen mit dem Bayerischen Staatsministerium der Finanzen und der Obersten Baubehörde im Bayerischen Staatsministerium des Innern hat das Bayer. Kultusministerium zu dem Beschluß des Bayer. Landtags vom 27. 3. 1961 folgendes berichtet:

I.

Maßnahmen zur Beseitigung des Notstandes in den Universitätskliniken in München (sog. Notprogramm) und Äußerung über die weitere Verwendung der Altstadtkliniken in München

1. Die Universitätskliniken in München wiesen nach Kriegsende folgende Zerstörungsgrade auf:

a) I. und II. Med. Klinik (I. M.)	75 %
b) Chirurgische Klinik	70 %
c) I. Frauenklinik	45 %
d) II. Frauenklinik	30 %
e) Augenklinik	55 %
f) Hals-, Nasen- und Ohrenklinik	55 %
g) Kinderklinik	70 %
h) Nervenkrankheiten	20 %
i) Dermatologische Klinik	25 %
j) Poliklinik	25 %
k) Zahnklinik	100 %

2. Seit Kriegsende wurden für Wiederaufbau- und Neubaumaßnahmen in den Münchener Universitätskliniken — ohne Kosten für apparative Ausstattung und Einrichtung — aufgewendet:

3 155 425.— RM
24 178 572.— DM

zusammen also rund 27,3 Mio RM/DM.

Im einzelnen handelt es sich um folgende Maßnahmen: **I. und II. Med. Klinik und Institut und Poliklinik für Physikalische Therapie und Röntgenologie (Rieder-Institut)**

Beseitigung von Kriegsschäden, Umbau- und Instandsetzungsmaßnahmen, Schaffung eines Parkplatzes, Umbau und Erweiterung des Instituts und Poliklinik für Physikalische Therapie und Röntgenologie und Wiederaufbau des Hörsaales, Neubau einer Diätküche, Neubau eines Bettenhauses mit Isotopenlabor und Personalunterkünften, Neubau einer Station zur Erforschung der Kinderlähmung mit Erweiterung, Errichtung eines Instituts für Hartstrahlgeräte und Instandsetzung der Zentralwäscherei mit Verbrennungsanlage.

Chirurgische Klinik

Beseitigung von Kriegsschäden, Umbau- und Instandsetzungsmaßnahmen, Neubau eines Bettenhauses mit Labor-, Behandlungs- und Personalwohnräumen, Ausbau des OP-Bunkers für eine Abteilung für experimentelle Chirurgie.

I. Frauenklinik

Beseitigung von Kriegsschäden, Umbau- und Instandsetzungsmaßnahmen, Fernheizanschluß.

II. Frauenklinik

Umbau- und Instandsetzungsmaßnahmen, Fernheizanschluß, Instandsetzung sämtlicher Fassaden.

Augenklinik

Wiederaufbau des Ost- und Westflügels, Fernheizanschluß sowie Instandsetzungs- und Sanierungsmaßnahmen im übrigen Bereich.

Hals-, Nasen- und Ohrenklinik

Aufstockung des Nordflügels zur Unterbringung von Schwestern, Instandsetzung aller Fassaden und Dächer, Einbau einer Audiologieabteilung.

Kinderklinik

Beseitigung von Kriegsschäden, Kapellenerweiterung, Verbesserung der Infektionsstation, Wiederaufbau der Tbc-Station, des Hörsaales mit Krankenstationen, Verwaltungsräumen und Schwesternunterkünften, Fernheizanschluß.

Nervenkrankheiten

Beseitigung von Kriegsschäden, Instandsetzung der straßenseitigen Fassaden.

Dermatologische Klinik

Errichtung eines Versuchstierstalles.

Geratol seit über 50 Jahren
BEI MAGEN-, DARM-, LEBER-, GALLENLEIDEN u STOFFWECHSELSTÖRUNGEN
ARZNEIMITTELFABRIK CHR. LUDWIG JACOBI, BERLIN SW 61, HASENHEIDE 54

Poliklinik

Beseitigung von Kriegsschäden, Ausbau, Erweiterung und Instandsetzung der Zentralapothek, Sanierungsmaßnahmen Bauabschnitte I und II.

Zahnklinik

Wiederaufbau Bauabschnitt I mit III, Neubau eines Hörsaaltraktes, Errichtung eines **Personalwohngebäudes** an der Goethestraße.

3. Die Universität München wurde aufgefordert, in einem **erweiterten Notprogramm** alle diejenigen Baumaßnahmen zusammenzufassen, die zur Durchführung eines geordneten Lehr- und Forschungsbetriebes sowie zur angemessenen Unterbringung und Versorgung der Kranken in den Altstadtkliniken bis zur Fertigstellung des Großklinikums in Großhadern erforderlich sind. In dem Notprogramm waren außer Betracht zu lassen die

Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten
Poliklinik
I. Frauenklinik und Hebammenschule an der
Maistraße.

Diese Kliniken verbleiben im Stadttinnern, sie müssen durch Um- und Erweiterungsbauten dem Stand der medizinischen Forschung angepaßt werden. In das Notprogramm waren jedoch einzubeziehen Baumaßnahmen für Personalunterkünfte und zentrale Versorgungseinrichtungen, die für die Aufrechterhaltung des Betriebs in den Altstadtkliniken unumgänglich notwendig sind.

Die beteiligten Staatsministerien sind übereingekommen, entsprechend den Vorschlägen der Universität München folgende Baumaßnahmen in den Altstadtkliniken als Notprogramm in den kommenden Jahren durchzuführen. Die Kosten werden sich nach einer überschlägigen Schätzung des Universitätsbauamtes München auf rund 40 Millionen DM belaufen.

- | | |
|---|---------------|
| a) I. und II. Med. Klinik und Institut und Poliklinik für Physikalische Therapie und Röntgenologie (Rieder-Institut) | |
| weitere Sanierungsmaßnahmen | 500 000 DM |
| b) Chirurgische Klinik | |
| weitere Sanierungsmaßnahmen | 1 650 000 DM |
| c) Errichtung eines Bettenhauses mit 150 Betten, Räumen für Therapie, Verwaltung und Archiv für die I. und II. Med. Klinik, das Rieder-Institut und die Chirurg. Klinik | 12 000 000 DM |

Das Bettenhaus soll eine weitere Auflockerung der großen Krankenzimmer in den genannten Kliniken, die aus bautechnischen Gründen nicht verkleinert werden können, auf etwa 8 Betten ermöglichen.

- | | |
|---|---------------------|
| d) II. Frauenklinik | |
| Um- und Erweiterungsbau | 4 600 000 DM |
| weitere Sanierungsbauten | 500 000 DM |
| | <u>5 100 000 DM</u> |
| e) Hals-, Nasen- und Ohrenklinik | |
| Einbau eines Isotopenlabors | 100 000 DM |
| f) Kinderklinik | |
| Bauabschnitt IV: Untersuchungstrakt und Personalunterkünfte | 3 750 000 DM |
| Bauabschnitt V: | |
| Altbau | 2 650 000 DM |

g) Nervenklinik

Neubau einer Küchenanlage, der Ambulanz- und Therapieräume, Errichtung eines Kurssaales, Einbau von Personalaufenthaltsräumen und sonstige Sanierungsmaßnahmen im Altgebäude 4 000 000 DM

Für die Augenklinik und die Dermatologische Klinik bestehen nach Durchführung der bereits genehmigten Pläne keine weiteren Aus- und Umbauwünsche.

h) Personalunterkünfte

Neubau von 400 Personalbetten für Schwestern, Pfleger und Hausmädchen	6 000 000 DM
Errichtung von Werkwohnungen und Wohnungen für verheiratete Pfleger	600 000 DM
Umbau der vorhandenen Personalunterkünfte in den Kliniken	1 400 000 DM
	<u>8 000 000 DM</u>

l) Notstromversorgung in den verschiedenen Kliniken 1 000 000 DM

j) Neubau für die zusammenfassenden Werkstätten der Kliniken (der vorgesehene Neubau einzelner Werkstätten in Untergeschossen kann nach der neuen Bauordnung nicht mehr durchgeführt werden, andere Werkstätten in Untergeschossen werden beanstandet) 500 000 DM

k) Schaffung von Abstellplätzen für Kraftfahrzeuge 1 000 000 DM
40 250 000 DM

hiervon wurden im Haushalt 1962 bereits aufgebracht 1 075 000 DM.

Bestehende bauliche Mängel sind in verstärktem Maße seit dem Landtagsbeschluß im Rahmen der zur Verfügung stehenden Bauunterhaltungsmittel beseitigt worden.

Die im Notprogramm zusammengefaßten Altstadtkliniken werden nach der übereinstimmenden Auffassung der beteiligten Staatsministerien und der Universität München auch künftig der Krankenbetreuung dienen. Die Beantwortung der Frage, wer nach Fertigstellung des Großklinikums in Großhadern Träger dieser Kliniken sein und unter welchen Gesichtspunkten die Krankenbetreuung erfolgen wird, muß zur Zeit offen bleiben.

II.

Die Staatsregierung ist ferner aufgefordert worden, in den Bericht auch die Universitätskliniken in Würzburg und Erlangen einzubeziehen. Hierzu wurde folgendes bemerkt:

Universitätskliniken in Würzburg

Die Universitätskliniken haben im Krieg große Schäden erlitten. Der Zerstörungsgrad betrug bei einzelnen Gebäuden bis zu 80 v. H. Nach Kriegsende wurden zunächst die Kriegsschäden beseitigt und Modernisierungsmaßnahmen durchgeführt; dabei wurden zusätzliche Räume durch Aufstockung und Errichtung von Erweiterungs- und Neubauten gewonnen.

Nachstehend wurden im einzelnen die bisherigen Neubau- und Wiederaufbaumaßnahmen unter Angabe des Zerstörungsgrades aufgeführt:

Klinik/Gebäude	Zerstörungsgrad nach Kriegsende in %	Baumaßnahmen bzw. Bauplanungen
I. Staatl. Luitpoldkrankenhaus		
Verwaltungsgebäude und Zentralapotheke	10 %	Das Verwaltungsgebäude ist instandgesetzt. In diesem Gebäude sind auch die Räume für die neue Zentralapotheke untergebracht, die nach 1948 eingerichtet wurde.
Schwesternhaus und kath. Kapelle	10 %	Die Kriegsschäden im Schwesternhaus sind beseitigt. Das Dachgeschoß des Schwesternhauses wurde für Schwesternunterkünfte ausgebaut.
Kochküche	10 %	Die Kriegsschäden sind beseitigt.
Medizinische Klinik	35 %	Die Kriegsschäden sind beseitigt. Ein Isotopenlabor wurde neu eingebaut. Einige Stationen wurden umgebaut.
Chirurgische Klinik	25 %	Die Klinik ist wieder instandgesetzt. Zur Erweiterung der Operationsabteilung, des Hörsaales und der Laboratorien wurden entsprechende Räume angebaut. Einige Stationen wurden umgebaut.
Kinderklinik	60 %	Die Kinderklinik wurde wieder aufgebaut. Ein Erweiterungsbau mit Krankenstationen, Hörsaal und Isotopenlabor wurde 1962 fertiggestellt.
HNO-Klinik	60 %	Die Klinik wurde wieder aufgebaut. Eine Hartstrahlen- und audiologische Abteilung wurde eingebaut. Außerdem wurden einige Umbauten durchgeführt.
Hautklinik	60 %	Die Kriegsschäden sind beseitigt. Mehrere Umbauten wurden durchgeführt.
Waschküche	40 %	Die Kriegsschäden sind beseitigt. Das Gebäude wurde zur Unterbringung der Schwesternschule und Schwesternschülerinnenunterkünfte aufgestockt. Die Waschkücheneinrichtung wird laufend modernisiert. Entsprechende Umbauten wurden durchgeführt.
Hausmädchenunterkunft	—	Zur Unterbringung der Hausangestellten wurde ein Neubau errichtet.
Kessel- und Maschinenhaus	40 %	Die Kriegsschäden sind beseitigt. Die Versorgungsanlagen für Wärme und Elektrizität wurden erneuert.
Infektionsabteilung	10 %	Die Kriegsschäden wurden beseitigt und das Gebäude zur Sanierung der Erwachsenen- und Kinderabteilung aufgestockt.
Gerhardhaus	60 %	In dem Gebäude sind die Neurologische Klinik und die Neurochirurgische Abteilung untergebracht. Die Kriegsschäden wurden beseitigt. Zur Verbesserung der Raumverhältnisse wurde das Gebäude aufgestockt.
Tbe-Abteilung der Chirurgischen Klinik		Der Neubau wurde vor einigen Jahren fertiggestellt.
Tbe-Abteilung der Medizinischen Klinik		Der Neubau wurde vor einigen Jahren fertiggestellt.
Diätküche mit Diätschule		Der Neubau der Diätküche mit Diätschule wird voraussichtlich noch in diesem Jahr fertiggestellt werden können.
Ärztewohngebäude	10 %	Die Kriegsschäden sind beseitigt.

Cefasabal[®]

TROPFEN · TABL · AMP.



CEFAK · KEMPTEN

Pyelitis Cystitis
Prostatitis
Prostatahypertrophie

Klinik/Gebäude	Zerstörungsgrad nach Kriegsende in %	Baumaßnahmen bzw. Bauplanungen
2. Kliniken außerhalb des Luitpold- krankenhauses		
Augenklinik	56 %	Die Klinik ist wieder aufgebaut.
Frauenklinik	10 %	Die Kriegsschäden sind beseitigt. Eine Ca-Abteilung wurde neu eingebaut. Ein Teil des Gebäudes wurde zur Gewinnung von Personalunterkünften aufgestockt. Weitere Umbaumaßnahmen sind im Gange.
Medizinische Poliklinik	80 %	Die Klinik ist weitgehend wieder aufgebaut. Eine Isotopenabteilung wurde neu eingebaut. Ebenso ein Werkstätten- und Wirtschaftsgebäude.
Nervenklinik	--	Für die Schwesternunterkünfte wurde ein Neubau erstellt.
Zahnklinik	80 %	Die Kriegsschäden sind beseitigt. Der Erweiterungsbau der Klinik wurde 1962 bezogen. Der Umbau des Altbaus steht unmittelbar bevor.

Die Bauplanung für die kommenden Jahre sieht folgende Maßnahmen vor:

Hals-, Nasen- und Ohrenklinik	Neubau
Augenklinik	Neubau
Neurochirurgische Klinik	Neubau
Neurologische Klinik	Neubau

Für diese vier Spezialkliniken steht Gelände in unmittelbarer Nachbarschaft des Luitpoldkrankenhauses an der Josef-Schneider-Straße zur Verfügung. Ein Wettbe-

werb für diese Kliniken konnte 1962 abgeschlossen werden. Das Vorprojekt nach § 14 RHO wird derzeit erstellt. Mit dem 1. Bauabschnitt wird 1964 begonnen werden.

Nervenklinik	Neubau
Schwesterwohnheim auf dem Gelände des Luitpoldkrankenhauses	Neubau
Kinderklinik	Umbau und Instandsetzung des Altbaus, Neubau einer Tbc-Station
Hauptküche	Um- und Erweiterungsbau
Chirurgische Klinik	Um- und Erweiterungsbau
Medizinische Klinik	Erneuerung der Röntgenstation.

Für den künftigen Ausbau der Medizinischen Fakultät wird demnächst umfangreiches Erweiterungsgelände von der Julius-Spital-Stiftung in Würzburg im Wege des Erbbaurechts erworben.

Auf diesem Gelände können dann seinerzeit weitere Kliniken, Versorgungseinrichtungen und Unterkünfte für Klinikbedienstete errichtet werden.

Universitätskliniken Erlangen-Nürnberg

Die Kliniken der Universität Erlangen-Nürnberg sind im Kriege vor Zerstörungen bewahrt geblieben. Die Klinikgebäude entsprachen jedoch wegen ihrer Überalterung teilweise nicht mehr den gegenwärtig an Lehre und Forschung zu stellenden Anforderungen sowie einer zeitgemäßen Krankenbehandlung unter Berücksichtigung der letzten Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft.

Strophoperm

Das linguale Straphanthin

Vegegestigman

Das percutane Herz- und Gefäßregulans

Seit Kriegsende wurden folgende Neubau-, Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen durchgeführt:

- | | |
|---|---|
| 1. Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten | Neubau |
| 2. Institut für medizinische und physikalische Strahlkunde | Neubau |
| 3. Zentralwäscherei | Neubau |
| 4. Chirurgische Klinik | Neubau eines Bettenhochhauses, Neubau eines Hörsaaltraktes sowie eines Operationstraktes. |
| 5. Medizinische Klinik | Neubau eines Infektionsgebäudes mit Bestrahlungsabteilung, Erweiterung und Umbau des Bettenhauses und der Laboratorien, Ausbau einer Isotopenabteilung. |
| 6. Frauenklinik | Anbau einer Geburtshilfe- und Strahlenabteilung. Aufstockung von Krankenstationen, Umbau der Operationsabteilung, Neu- und Umbau der Laboratorien, Modernisierung der gynäkologischen Abteilung. |
| 7. Kinderklinik | Neubau eines Bettenhauses mit Hörsaal. |
| 8. Augenklinik | Ausbau eines Dachgeschosses für eine Infektionsabteilung und für Unterkunftsräume. Erwerb des Nachbaranwesens Universitätsstraße 29 und Umbau für Schwesternunterkünfte. |
| 9. Hals-, Nasen- und Ohrenklinik | Umbau und Erweiterung der Kinderstation, Ausbau der Laboratorien, Umbau der Operationsabteilung. |
| 10. Schwestern- und Hauspersonalunterkünfte | Neu- und Umbauten für Schwestern in der Frauen-, Hals-, Nasen- und Ohren- sowie der Zahnklinik an der Universitätsstraße 29, am Bohlenplatz 21, an der Östlichen Stadtmauerstraße 30 und an der Turmstraße, Neubau für Hausmädchen an der Glückstraße 14 und Östl. Stadtmauerstraße 20 in Ausführung. |

Die Bauplanung für die kommenden Jahre sieht folgende Maßnahmen vor:

- | | |
|--|-----------|
| 1. Nervenklinik | Neubau |
| 2. Augenklinik | Neubau |
| 3. Neurochirurgische Klinik | Neubau |
| 4. Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten | Neubau |
| 5. Orthopädische Klinik | Neubau |
| 6. Zentralküche | Neubau |
| 7. Schwesternschulen und Schwesternheime | Neubauten |

Die Neubauten werden auf dem großen, zusammenhängenden Gelände der Heil- und Pflegeanstalt errichtet werden, das Ende 1962 vom Freistaat Bayern erworben werden konnte.

- | | |
|-----------------------------------|---|
| 8. Medizinische Poliklinik | Neubau in Verbindung mit einem Anbau an das Universitätskrankenhaus. |
| 9. Chirurgische Klinik | Errichtung eines Labortraktes. |
| 10. Medizinische Klinik | Errichtung eines Hörsaals gemeinsam mit der Frauenklinik und Errichtung von Laboratorien. |
| 11. Frauenklinik | Einbau einer Radium-Behandlungsabteilung. |
| 12. Kinderklinik | Errichtung eines Behandlungsbaues und einer Infektionsabteilung. |
| 13. Hals-, Nasen- und Ohrenklinik | Hörsaaltrakt und Bettenhaus, Schwesternwohnheim. |

RECORSAN[®]

RECORSAN-LIQUID. c. Rutin
zur Crataegus - Kombinationstherapie des Altersherzens

30 ccm lt. A.T. DM 2,10 o. U.

RECORSAN-GMBH. APOTHEKER REINHARD & SOHN · MÜNCHEN · GRXFELFING

Krankenpflegepersonal an den öffentlich-rechtlichen Krankenanstalten in Bayern

Die Landtagsabgeordnete Frau Westphal hatte der Staatsregierung folgende Fragen gestellt:

1. Ist der Staatsregierung bekannt, wo in den nächsten Jahren durch den Abzug von Schwesternverbänden öffentlich-rechtliche Krankenanstalten in gleicher Weise wie die Universitätsklinik Würzburg und andere Anstalten in Schwierigkeiten kommen?

2. Ist sie bereit, durch Umfrage bei den in Bayern tätigen Orden und Mutterhäusern festzustellen, ob und wo in den nächsten Jahren eine Zurücknahme von Schwestern erfolgt, um rechtzeitig einen Überblick über den zu erwartenden Ausfall und die zu seiner Behebung nötigen Maßnahmen zu erhalten?

3. Was tut sie sonst, um solchen Schwierigkeiten zu begegnen? Eine allgemeine Nachwuchsförderung ohne genauen Überblick über die regionale Entwicklung scheint ungenügend. (Die einzelnen Krankenhausträger haben keinen Einfluß auf die Entscheidungen der Schwesternverbände.)

4. Was wird die Staatsregierung tun, um die krankenpflegerische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen, da doch aller Voraussicht nach die bisherigen Maßnahmen nicht ausreichend sind?

Die Antwort des Bayer. Staatsministers des Innern lautet:

1. Es ist nicht bekannt, wo in den nächsten Jahren durch den Abzug von Schwesternverbänden Krankenanstalten in Schwierigkeiten kommen sollten. Die Schwesternverbände haben sich bisher überall bereit gezeigt, entsprechend ihrer Aufgabe ihre Schwestern solange wie möglich den Krankenanstalten zur Verfügung zu stellen.

2. Das Staatsministerium des Innern verspricht sich von einer Umfrage bei den in Bayern tätigen Orden und Mutterhäusern, ob und wo in den nächsten Jahren Schwestern zurückgenommen werden, keine wesentlichen Aufschlüsse. Wie festgestellt werden konnte, können diese selbst für ihre Schwesternschaften und für einzelne Krankenhäuser die Entwicklung der nächsten Jahre nicht voraussehen.

Das Staatsministerium des Innern wird jedoch die Regierungen anweisen, über die örtlichen Gesundheitsämter darauf hinzuwirken, daß die Krankenhausträger berechtigten Wünschen der Schwesternschaften nachkommen und bei drohender Zurücknahme der Krankenschwestern rechtzeitig Verhandlungen mit den Schwesternverbänden aufnehmen.

3. Das Staatsministerium des Innern hat in den letzten Jahren eine Reihe von Maßnahmen getroffen, um dem Schwesternmangel abzuwehren. Die Zahl des Krankenpflegepersonals in den Krankenhäusern in Bayern hat auch von Jahr zu Jahr zugenommen, ebenso die Zahl der Krankenpflegeschulen und die Zahl der Schülerinnen. Der Staat kann den Nachwuchs nur allgemein fördern. Wenn jemand Einfluß auf die Entscheidung der Schwesternverbände, der Orden und Mutterhäuser hat, dann ist es der einzelne Krankenhausträger, der oft jahrzehntelang vertrauensvoll mit diesen Organisationen zusammenarbeitet. Die im Einzelfall notwendigen Maßnahmen muß der Krankenhausträger selbst treffen. Dieser Verantwortung und Entscheidung kann er sich nicht entziehen.

4. Das Staatsministerium des Innern hat in seiner Antwort vom 27. September 1962 (Beilage 3265) auf die

schriftliche Anfrage des Herrn Abg. Dr. Soening vom 11. April 1962 eingehend ausgeführt, was seit Jahren auf diesem Gebiet geleistet wurde. Der Bayerische Staat unterstützt großzügig alle Formen der Schwesternausbildung. Für jede Schwester, die sich ausbilden läßt, erhält der Träger der Ausbildungsstätte 500 DM Zuschuß. Seit 1958 wurden dafür 4¼ Mill. DM ausgegeben. In diesem Jahr allein sind wieder 1,4 Mill. DM vorgesehen. Die soziale Lage der Schwestern wurde verbessert: Die Arbeitszeit wurde verkürzt, die Vergütungen erheblich, bis zu 148%, angehoben, und es wurden gute Schwesternwohnungen geschaffen. Rund 6 000 Schwesternwohnungen sind seit 1951 mit 16,7 Mill. DM aus Mitteln des sozialen Wohnungsbaues erstellt worden. Für den Neubau oder die Verbesserung von Schwesternunterkünften bei staatlichen Krankenhäusern wurden im Bereich des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus rund 5 Mill. und im Bereich des Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge rund 1,8 Mill. DM aufgewendet. Das bedeutet einen Gesamtaufwand von 23,5 Mill. DM. Dazu kommen noch die mittelbar durch Zuschüsse zu Krankenhausbauten aus Mitteln des Finanzausgleichs geförderten Schwesternwohnungen, soweit durch ihre Errichtung Raum für Krankenbetten frei wird. Im Jahre 1963 soll außerdem ein weiteres Schwesternheim beim Versorgungskrankenhaus Bad Tölz für 3 Mill. DM gebaut werden.

Das Staatsministerium des Innern hat darüber hinaus wiederholt Vorschläge zur Überwindung des Schwesternmangels gemacht: Entlastung der Schwestern von nichtpflegerischen Arbeiten durch Hilfskräfte, Weiterbeschäftigung der Schwestern auch nach der Verheiratung und Zurückgewinnung ausgeschiedener verheirateter Schwestern, Einstellung von Halbtagschwestern, Ausbau des sozialen Hilfsdienstes, Rationalisierung auch der pflegerischen Arbeiten durch organisatorische Maßnahmen und durch geeignete technische Hilfsmittel.

Das Staatsministerium des Innern ist bemüht, die bisher erfolgreichen Maßnahmen weiterzuführen. Es möchte aber, wie bereits früher, auch hier betonen, daß der Mangel an Pflegepersonal und die Nachwuchsfrage nicht isoliert für den Pflegeberuf, sondern als Teil des allgemeinen Arbeitskräftemangels betrachtet werden müssen. Alle Pläne, dem Mangel an Pflegepersonal zu begegnen, finden eine Grenze in der durch das Nachwachsen geburtenschwacher Jahrgänge geringer werdenden Zahl Jugendlicher, die in das Berufsleben eintreten. Zudem werden in diesem typisch weiblichen Beruf die Schwierigkeiten noch verstärkt durch die vorhandene und wahrscheinlich zunehmende Abwanderung durch Heirat. Es wäre eine dankbare Aufgabe der Krankenhausträger, hier anzusetzen und zu versuchen, durch Teilzeitbeschäftigung verheirateter Frauen die Abwanderung aufzufangen und wieder auszugleichen.

Für baldige Reform des Medizinstudiums

Sozialpolitischer Landtagsausschuß wünscht baldige Vorlage einer Rechtsverordnung

Nach einem Antrag von Dr. Dehler und Fraktion (FDP) sollte die Staatsregierung ersucht werden, durch eine Initiative im Bundesrat die Bundesregierung zu einer Rechtsverordnung über die Neufassung der Bestallungsordnung für Ärzte gemäß § 4 der Bundesärzterordnung vom 2. Oktober 1961 zu veranlassen, die den vorliegenden wissenschaftlichen Ausarbeitungen und Be-

schließen über die Neuordnung des Medizinstudiums des Deutschen Ärztetages Rechnung trägt.

Bei der Beratung dieses Antrags am 2. Mai im sozialpolitischen Ausschuß des Landtags vertrat der Berichterstatter Otto Mohrmann (SPD) den Standpunkt, der Antrag renne offene Türen ein, weil man im Bund schon seit 1961 mit den Vorbereitungen zu einer solchen Verordnung beschäftigt sei. — Vom Mitberichterstatter Dr. Rudolf Soenning (CSU) wurde geltend gemacht, daß das Thema nicht allein die Ärzte bewegt, sondern die deutsche Öffentlichkeit überhaupt. Das medizinische Studium sei dringend reformbedürftig. Die Vorschläge des Deutschen Ärztetages von 1959 seien denn auch in der Bundesärzteordnung von 1961 berücksichtigt worden. Inzwischen hätten Ende März 1963 die Bundestagsfraktionen der CDU und FDP den Antrag gestellt, die Rechtsverordnung vorzulegen. Man müsse nun abwarten, ob dieser Antrag Erfolg habe oder nicht.

Der Antragsteller Dr. Klaus Dehler sprach von einem Kampf um die Modernisierung der ärztlichen Ausbildung, der schon seit 70 bis 80 Jahren aktuell sei —, eine Folge der explosiven Entwicklung der medizinischen Wissenschaft. Man habe schon oft lesen können, daß wir in der Qualität der medizinischen Ausbildung gegenüber anderen Ländern nachhinken. Tatsache sei, daß die Approbationsordnung von 1953 dringend einer grundsätzlichen Überarbeitung bedürfe. Wenn von einer „offenen Tür“ gesprochen worden sei, so müsse er darauf hinweisen, daß seit Jahren in dieser Sache nichts Entscheidendes passiert sei. Nachdem nur der Bundesrat die Sache zu verabschieden habe, seien die Länder direkt eigenrechtlich angesprochen. Darum könne die bayerische Regierung darauf drängen und sei es überfällig, daß die neue Ausbildungsordnung sehr bald komme.

Ministerialrat Wilhelm Knles vom Innenministerium teilte mit, daß die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Gesundheitsbeamten in der Sache mit einer gutachtlichen Äußerung beauftragt und jetzt zu einem Votum gekommen sei, das in etwa zwei Monaten vorliegen werde. Auch die Kultusministerkonferenz habe sich mit der Sache befaßt. Allerdings sei es kein Geheimnis, daß die Vorstellungen der Fakultäten über die Reform von den Feststellungen, die der Deutsche Ärztetag beschlossen habe und die sehr wahrscheinlich auch von der Konferenz der Gesundheitsminister angenommen werden, nicht unerheblich abweichen, so daß der Stand der ganzen Verhandlungen noch nicht dazu zwingt, daß die bayerische Regierung im Bundesrat eine Initiative ergreife, zumal die Stellungnahme der Länder noch ausstehe. Gerade in diesen Wochen sei die Diskussion in vollem Gange, weshalb eine bayerische Initiative im Bundesrat wohl nicht durchdringen werde, vielmehr der Abschluß der Verhandlungen abgewertet werden solle. — Regierungsrat Meixner als Vertreter des Kultusministeriums betonte seinerseits, daß die Vorschläge des Deutschen Ärztetages von den Hochschulen zum Teil scharf abgelehnt werden. Man sollte daher die Auffassungen der Hochschullehrer „nicht ganz außer acht lassen“.

In der Aussprache bestätigte auch Dr. Karl Brentano-Hommeyer (BP), daß die Fakultäten eine abweichende Meinung haben. Dr. Soenning wiederholte, daß nicht nur die Ärzteschaft, sondern die gesamte Bevölkerung ein Interesse daran habe, bald eine Reform des Medizinstudiums zu erreichen. Könne

der Bayerische Landtag zu einer Beschleunigung beitragen? Der Antragsteller solle überlegen, ob er seinen Antrag abändern könne oder ob er ihn zurückziehe, bis ein Antrag im Bundestag zum Erfolg führe.

Antragsteller Dr. Dehler änderte nun seinen Antrag wie folgt ab:

„Die Staatsregierung wird ersucht, die Vorarbeiten zur Neufassung der Bestallungsordnung für Ärzte zu beschleunigen und beim Bund auf die baldige Vorlage einer entsprechenden Rechtsverordnung gemäß § 4 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 zu drängen.“

Der Bayer. Landtag hat in seiner 22. Sitzung diesen Antrag einstimmig angenommen.

Einführung des vertraulichen Leichenschauheines

Der Landtagsabgeordnete Kollege Dr. Dehler (FDP) hatte folgende Anfrage an die Staatsregierung gerichtet:

Nach Presseberichten hat die Niedersächsische Staatsregierung, auf Anregung der Welt-Gesundheitsorganisation und auf Empfehlung der Ärzteschaft, mit sofortiger Wirkung die Einführung des vertraulichen Leichenschauheines in Niedersachsen verfügt.

Auf den neuen Leichenschauheinen kann der Leichenschauer nunmehr seine Feststellung über die Todesursache in einem vertraulichen Abschnitt der Bescheinigung, der mit einem Kleberand verschlossen wird und nur durch den Amtsarzt geöffnet werden darf, niederlegen.

Die Verwendung dieser neuen Formulare gibt dem leichenschauenden Arzt die Gewißheit, den Anspruch des Toten und seiner Angehörigen auf Geheimhaltung, über den Tod hinaus zu wahren.

Ich frage die Bayerische Staatsregierung, ob sie im Interesse der Stärkung des Schutzes der Intimsphäre des Staatsbürgers bereit ist, eine gleiche Neuerung in Bayern einzuführen.

Der Bayer. Staatsminister des Innern hat die schriftliche Anfrage wie folgt beantwortet:

In Bayern nimmt die Leichenschau nach den noch geltenden Oberpolizeilichen Vorschriften über die Leichenschau und die Zeit der Beerdigung vom 20. 11. 1885 (BayBS II S. 134) der für einen bestimmten Leichenschaubezirk öffentlich bestellte Leichenschauer vor. Er ist Träger eines öffentlichen Amtes. Der von ihm ausgestellte Leichenschauschein dient dem zur Anzeige des Todesfalles Verpflichteten dem Standesbeamten gegenüber als Nachweis des Todes und wird dann an die Gemeinde abgegeben. Die Gemeinde sammelt die Leichenschauheine und übergibt sie dem Gesundheitsamt, das sie nach Auswertung durch das Statistische Landesamt verwahrt. Alle Personen, die an diesem Verfahren beteiligt sind, sind zur Amtsverschwiegenheit verpflichtet. Dem Staatsministerium des Innern sind bisher auch keine Verstöße gegen die Verschwiegenheitspflicht bekanntgeworden. Aus dieser Sicht ist die Forderung nach einem vertraulichen Leichenschauschein nicht begründet.

Anders als in Bayern gibt es vor allem im Gebiet des ehemals preußischen Rechts keine Leichenschau durch amtliche Leichenschauer. Der behandelnde oder sonst hinzugezogene Arzt stellt nur eine ärztliche Bescheinigung über den eingetretenen Tod aus. Er kann deswegen im Hinblick auf die ärztliche Schweigepflicht in eine Konfliktsituation geraten, auch wenn ihm ein Rechtfertigungsgrund zur Seite steht. Diese Befürchtung besteht

in Bayern nicht. Der bayerische Leichenschauer übt ein öffentliches Amt aus, er ist nicht behandelnder oder sonst hinzugezogener Arzt. In den ehemals preußischen Gebieten war der vertrauliche Leichenschauschein daher eine dringende Notwendigkeit.

Der Leichenschauschein ist heute über seinen ursprünglichen Zweck hinaus zu einer unentbehrlichen Grundlage für die Todesursachenstatistik geworden und enthält daher mehr Fragen als früher notwendig waren. Da nach der Änderung des Personenstandgesetzes die Todesursache auch nicht mehr in das Sterbebuch eingetragen wird, ist es möglich, den Leichenschauschein in einen den Zwecken der öffentlichen Sicherheit und Ordnung dienenden offenen und einen lediglich medizinisch-statistischen Zwecken dienenden vertraulichen Teil zu gliedern. Das Bayer. Staatsministerium des Innern wird daher trotz anderer rechtlicher Ausgangslage auch in Bayern einen vertraulichen Teil des Leichenschauscheines einführen, der vom Leichenschauer ausgefüllt und nur vom Amtsarzt und dem Statistischen Landesamt eingesehen wird.

Luftverunreinigungen, Lärm und Erschütterungen

Bericht des Bayer. Staatsministers des Innern an den Landtag

Der Bayer. Landtag hat die Staatsregierung mit Beschluß vom 11. April 1962 ersucht, die Maßnahmen zum Schutze der Bevölkerung vor Luftverunreinigungen, Lärm und Erschütterungen zu verstärken, die Zuständigkeit zu koordinieren und, falls notwendig, einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die Materie ausreichend regelt.

Das Bayer. Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr hat hierzu am 10. Juli 1962 berichtet, daß in seinem Geschäftsbereich bei landesplanerischen Maßnahmen, beim Vollzug der Gewerbeordnung und im Straßen-, Schifffahrts- und Luftverkehrswesen alle rechtlichen Möglichkeiten ausgeschöpft werden, die geeignet erscheinen, solche Belästigungen zu verhindern oder zu verringern.

Über den gegenwärtigen Stand der Bemühungen, dem Landtagsbeschluß vom 11. April 1962 Rechnung zu tragen, wird folgendes berichtet:

1. Entsprechend den Anregungen, die im Ausschuß für sozialpolitische Angelegenheiten und für Angelegenheiten der Heimatvertriebenen und Kriegsfolgeschädigten in der Sitzung vom 29. März 1962 gegeben worden sind, hat das Bayer. Staatsministerium des Innern in verstärktem Maße darauf hingewirkt, daß bei allen behördlichen Maßnahmen zur Verhinderung von Luftverunreinigungen, Lärm und Erschütterungen **die Erfordernisse der Volksgesundheit mit Vorrang** beachtet werden. Dieser Leitgedanke hat auch die Bundesregierung veranlaßt, die Federführung für diese Aufgaben im Bereich des Bundes dem Bundesministerium für Gesundheitswesen zu übertragen.

2. Im Oktober 1962 hatte das Bayer. Staatsministerium des Innern mit dem Bundesministerium für Gesundheitswesen eine eingehende Aussprache, um zu klären, ob, wann und in welcher Weise voraussichtlich die einschlägigen bundesgesetzlichen Vorschriften ergänzt und die noch bestehenden Lücken geschlossen werden. Das Bundesministerium für Gesundheitswesen hat hierzu mitgeteilt, daß die technische Grundlagenforschung auf vielen Gebieten der Luftreinhaltung unerwartet schwierig

und kostspielig sei und noch keineswegs als abgeschlossen gelten könne.

Bei dieser Gelegenheit ist auch zur Sprache gekommen, daß die technischen Maßnahmen der einzelnen Länder zur Verhinderung von Luftverunreinigungen, Lärm und Erschütterungen zwangsläufig solange uneinheitlich (und daher auch rechtlich bedenklich) bleiben müßten, als die Bundesregierung die von ihr nach § 16 GewO zu erlassende Technische Anleitung noch nicht bekanntgegeben habe. Die schwierige rechtliche Lage, die dadurch für die Länder entstehe, werde noch insofern verschärft, als die bei den Ländern anstehenden Probleme der Luftreinhaltung und der Lärmbekämpfung zu stärkerer behördlicher Aktivität drängten. Das Bundesministerium für Gesundheitswesen hat hierzu erklärt, die Arbeiten am Entwurf der Technischen Anleitung seien schon weit gediehen, die Materie sei aber sehr umfangreich und berühre z. T. fachliches Neuland: die Entscheidung habe in einzelnen Fachfragen auch erhebliche finanzielle Auswirkungen; mit großem Nachdruck werde an der beschleunigten Fertigstellung der im Entwurf bereits vorliegenden Technischen Anleitung gearbeitet.

3. Das Bayer. Staatsministerium des Innern hat im vergangenen Jahr auch mit den anderen Ländern Verbindung aufgenommen, um deren Erfahrungen bei der Bekämpfung von Luftverunreinigungen, Lärm und Erschütterungen kennenzulernen. Da die Verhältnisse praktisch in allen Ländern gleich schwierig sind, hat auf Anregung Bayerns und Baden-Württembergs die ständige Konferenz der Innenminister der Länder sich im Februar und im Mai 1962 mit den Problemen der Luftreinerhaltung befaßt und die weitere Sachbehandlung dann der Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder überwiesen. Diese Konferenz hat am 24. Oktober 1962 folgende Entschliebung gefaßt:

„Die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder haben auf ihrer Konferenz am 24. Oktober 1962 erörtert, auf welche Weise die die Volksgesundheit in zunehmendem Maße bedrohende Verunreinigung der Luft wirksamer als bisher bekämpft werden kann.

Die Konferenz ist der Auffassung, daß auf diesem Gebiet eine enge Zusammenarbeit sowohl innerhalb der einzelnen Länder als auch zwischen dem Bund und den Ländern erforderlich ist, um alle Kräfte zusammenzufassen.

Es soll gewährleistet werden, daß im ganzen Bundesgebiet in gesundheitlicher, technischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht abgestimmte Maßnahmen zur Reinhaltung der Luft wirksam werden. Zu diesem Zweck haben die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder eine

Arbeitsgemeinschaft

gegründet, deren Geschäftsführung das Bundesgesundheitsamt (Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene) übernehmen soll.“

Die Arbeitsgemeinschaft hat ihre Tätigkeit bisher noch nicht aufgenommen.

4. Im Hinblick auf die gesundheitspolitische Dringlichkeit der Verhütung von Luftverunreinigungen, Lärm und Erschütterungen hat das Bayer. Staatsministerium des Innern unabhängig von den erwähnten Beratungen

mit den anderen Ländern und dem Bundesministerium für Gesundheitswesen die Bearbeitung derjenigen **Grundsatzfragen und Schwerpunktaufgaben bevorzugt in Angriff genommen**, die wegen ihrer Erheblichkeit für die Volksgesundheit oder wegen ihrer Bedeutung für die künftige Verbesserung der Verhältnisse im Vordergrund stehen und einer schnellen Entscheidung bedürfen.

5. Auf dem Gebiet der Luftreinhaltung sind aus Anlaß der Ansiedlung großer Industriebetriebe im Raum **Ingolstadt** (Erdöiraffinerien und ein Dampfkraftwerk) umfangreiche Untersuchungen über die diesen Industrieunternehmen aufzuerlegenden Bau- und Betriebsbedingungen angestellt worden. Die Besprechungen mit den Industrieunternehmen darüber, inwieweit diese Bedingungen technisch erfüllbar und wirtschaftlich vertretbar sind, laufen noch. Die Unternehmen zeigen sich auch selbst bemüht, alle berechtigten Forderungen zur Reinhaltung der Luft zu erfüllen. Die zu stellenden Forderungen lassen sich nach dem heutigen Stand der Erkenntnisse allerdings noch nicht in allen Einzelheiten genau vorausbestimmen. Das liegt einerseits daran, daß das rechnerische Verfahren zur Ermittlung der Ausbreitung von Staub und Gasen in der Luft die windschwachen Wetterlagen noch nicht hinreichend zu berücksichtigen gestattet und daß über die meteorologischen Verhältnisse im Raum Ingolstadt noch keine ausreichenden langjährigen Erfahrungen vorliegen. Um auch diese Unsicherheit auszuschalten, ist vorgesehen, die Luft in der Umgebung der Betriebe mehrere Jahre lang nach der Inbetriebnahme der Werke durch Meßgeräte auf Verunreinigungen zu überwachen. Bei etwaiger Überschreitung der Grenzwerte kann dann auf die Unternehmen eingewirkt werden, daß sie ihre Betriebsverhältnisse ändern. Die Ergebnisse der Messungen können auch zur Beurteilung der meteorologischen Verhältnisse ausgewertet und zur Entscheidung darüber herangezogen werden, ob und in welchem Umfang späterhin weitere Industriebetriebe in diesem Raum ohne Gefahr für die Bevölkerung und die Vegetation angesiedelt werden können.

6. Zur Klärung der Frage, was getan werden muß, damit die **Abfallöle**, deren Menge von Jahr zu Jahr immer größer wird, in einer den lufthygienischen Bedürfnissen entsprechenden Weise beseitigt werden, laufen z. Z. verschiedene Untersuchungen. Diese Öle fallen als verunreinigte und deshalb nicht mehr verwertbare Heiz- und Schmieröle bei Tankreinigungsfirmen, bei Tankstellen, in Kraftfahrzeugwerkstätten, aber auch bei vielen anderen Stellen im Gewerbe und im privaten Bereich an. Aus Gründen des Wasserschutzes muß verhindert werden, daß die Öle weggegossen werden. Wenn auch die Verbrennung in besonderen Öfen als die hygienisch günstigste Möglichkeit für die Beseitigung der Öle anzusehen ist, so setzt das doch voraus, daß die Öle zunächst gesammelt und zu einer oder zu mehreren zentralen Verbrennungsstätten gebracht werden; denn den Forderungen nach Luftreinhaltung kann nur hinreichend genügt werden, wenn die Verbrennung in vorschriftsmäßig gebauten und ordnungsgemäß betriebenen Öfen vorgenommen wird. Die technischen, wirtschaftlichen, organisatorischen und finanziellen Schwierigkeiten, die eine solche Regelung mit sich bringt, sind z. Z. noch Gegenstand eingehender Besprechungen mit Firmen, die für die Durchführung dieser Aufgabe in Betracht kommen.

7. Die **Verunreinigung der Luft in und über großen Städten** hat in den letzten Jahren wiederholt den Bundestag und die Parlamente aller Länder beschäftigt. Wenn sich auch Bayern in dieser Hinsicht noch bei weitem nicht in einer so ungünstigen Lage befindet wie andere Länder, so muß der Tatsache der zunehmenden Luftverschmutzung in Städten doch auch hier in Anbetracht der ständig wachsenden Industrialisierung und Motorisierung Beachtung geschenkt werden. Soweit landesplanerische Einwirkungsmöglichkeiten, z. B. zur Verhütung zu großer Industrieballungen in oder am Rande von Städten, als vorsorgliche Maßnahme in Betracht gezogen werden können, darf auf den Bericht des Bayer. Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr vom 10. Juli 1962 verwiesen werden. In diesem Bericht ist auch ausgeführt worden, daß die Vorschriften der Gewerbeordnung in der Fassung vom 22. Dezember 1959 (BGBl. I, S. 781) wirksame Möglichkeiten zur verstärkten Einflußnahme auf luftverunreinigende Gewerbebetriebe bieten.

Einen nicht geringen Einfluß auf die Verschmutzung der Luft in Städten haben in den Wintermonaten auch die aus dem Hausbrand stammenden Abgase. Ihr Einfluß wirkt sich dadurch besonders ungünstig aus, daß die Anzahl der Feuerstätten sehr groß, die Verbrennung in den Hausbrandöfen in der Regel nur recht unvollkommen ist, d. h. unter Quaim- und Rußentwicklung vor sich geht, daß Brennstoffe mit verhältnismäßig hohem Schwefelgehalt verfeuert und daß die aus den Schornsteinen austretenden Rauchgase nicht hoch genug, sondern in erdnahe Luftschichten ausgeworfen werden. In mehreren Großstädten des Bundesgebiets, darunter auch in München, werden z. Z. Messungen zur Feststellung der Luftverunreinigung während der Heizperiode durchgeführt. Nach Auswertung dieser Meßergebnisse wird entschieden werden, ob und welche Maßnahmen für den Bau und den Betrieb von Hausbrandöfen getroffen werden müssen. Soweit es sich hierbei um den Erlaß von Vorschriften für die Herstellung dieser Öfen handelt, hat sich das Bundesministerium für Gesundheitswesen die Initiative vorbehalten, Vorschriften für den Betrieb der Öfen können im Wege einer Verordnung nach Art. 34 Abs. 3 des Landesstraf- und Verordnungsgesetzes (LStVG) erlassen werden.

8. Eine Rückfrage bei den Regierungen über den Schutz der Bevölkerung **vor Lärm und Erschütterungen** hat ergeben, daß der Vollzug des Art. 34 LStVG erheblich erleichtert und beschleunigt werden könnte, wenn einige in der Vorschrift enthaltene Begriffe näher definiert würden. Die Vollzugsbehörden haben insbesondere um Aufklärung gebeten.

mit welchen Maßstäben störende Geräusche bewertet werden sollen,

wann ein Lärm als „gefährlich“ anzusehen ist, unter welchen Voraussetzungen Lärm einen „erheblichen Nachteil“ für Leben und Gesundheit bedeuten kann und

welche technischen Abhilfemaßnahmen gegen Lärm in Angleichung an die Bestimmungen der Gewerbeordnung angeordnet werden können, also als „technisch erfüllbar“ und „wirtschaftlich vertretbar“ gelten.

Das Bayer. Staatsministerium des Innern hat zur Unterrichtung der Behörden über den gegenwärtigen Stand der Erkenntnisse auf diesem Gebiet

Technische Richtlinien zur Beurteilung und Abwehr von Lärm

ausgearbeitet. Die im Fachschrifttum und auf Fachtagungen vertretenen Auffassungen zu den oben genannten Fragen und die Richtlinien, die der Verein Deutscher Ingenieure erarbeitet hat, sind darin ausgewertet und zusammengefaßt worden; auch die von der Rechtsprechung aufgestellten, nicht immer einheitlichen Leitsätze sind weitgehend berücksichtigt worden. Es kann wohl erwartet werden, daß die Entscheidungen, die die Behörden unter Beachtung dieser Richtlinien künftig treffen werden, auch einer verwaltungsgerichtlichen Überprüfung besser als bisher standhalten. Die Behörden dürften dadurch, daß nunmehr meßbare Grenzwerte für die zumutbare Lautstärke von Geräuschen in den verschiedenen Bereichen des öffentlichen Lebens genannt sind, auch den immer wieder aufkommenden Meinungsverschiedenheiten zwischen Beschwerdeführern und Verursachern von Geräuschen über die subjektiv empfundene Lärmbelastigung leichter als bisher begegnen können. Den berechtigten Beschwerden wird zugleich schneller und wirkungsvoller abgeholfen werden können. Sollten die praktischen Erfahrungen der Behörden mit den Richtlinien oder die Forschungsarbeiten der auf diesem Gebiet tätigen Fachstellen neue Erkenntnisse vermitteln, so werden die Richtlinien ergänzt oder geändert werden.

9. Die derzeit bestehenden **Rechtsvorschriften** zum Schutz der Bevölkerung vor Gefahren, Nachteilen oder Belästigungen durch Luftverunreinigungen, Lärm und Erschütterungen sind in vielen Bundes- und Landesgesetzen verstreut.

a) **Als bundesrechtliche Vorschriften** kommen insbesondere in Betracht die einschlägigen Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches, des Strafgesetzbuches, der Gewerbeordnung, des Gaststättengesetzes, des Straßen- und Luftverkehrsrechtes und des Bundesbaugesetzes.

b) **Landesrechtliche Vorschriften** sind daneben nur insoweit möglich, als sie das Grundgesetz (GG) zuläßt. Im Luftverkehrsrecht hat der Bund die ausschließliche Gesetzgebungsbefugnis (Art. 73 Nr. 6 GG), so daß hier eine landesrechtliche Regelung von vornherein ausscheidet. Im Gewerberecht, das als Recht der Wirtschaft ein Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung ist — wie auch das Straßenverkehrsrecht und das Kraftfahrwesen — (Art. 74 Nr. 11 und 22 GG), steht dem Land die Gesetzgebungsbefugnis zu, solange und soweit der Bund von seinem Gesetzgebungsrecht keinen Gebrauch gemacht hat (Art. 72 Abs. 1 GG). Für die von Kraftfahrzeugen ausgehenden Emissionen ist in der Straßenverkehrsordnung und der Straßenverkehrszulassungsordnung eine abschließende bundesrechtliche Regelung getroffen, die eine landesrechtliche Regelung ausschließt. Für das Gewerberecht schließt die Sperrwirkung des Bundesrechts aus, daß die in § 16 Gewerbeordnung in Verbindung mit der Verordnung vom 4. 8. 1960 (BGBl. I S. 690) bestimmten Anlagen und sonstige Anlagen wirtschaftlicher Unternehmungen einer landesrechtlichen Beschränkung unterworfen werden. Das gilt z. B. nicht nur für Feuerungsanlagen im Sinne des § 1 Nr. 1 der Verordnung mit einer Leistung von 800 000 Kalorien und mehr pro Stunde, sondern auch für Feuerungsanlagen, die weniger als 800 000 Kalorien in der Stunde leisten. Denn damit, daß der Bundesgesetzgeber Feuerungsan-

gen nur ab einer bestimmten Stundenleistung für genehmigungsbedürftig erklärte, setzte er fest, daß Feuerungsanlagen unter dieser Leistung nicht so gefährlich oder lästig sind, daß sie eines Genehmigungsverfahrens bedürften.

Im einzelnen bestehen derzeit folgende landesrechtliche Vorschriften:

In Art. 17 der **Bayer. Bauordnung** vom 1. August 1962 (GVBl. S. 179) ist für bauliche Anlagen ein ausreichender Schall- und Erschütterungsschutz gefordert.

Nach Art. 18 sind ferner bauliche Anlagen so anzuordnen, daß sie keine erheblichen Gefahren oder Nachteile durch Gerüche, Gas, Staub, Dämpfe, Rauch, Ruß, Flüssigkeiten, Abwässer und Abfälle verursachen.

Nach Art. 62 Abs. 8 müssen Stellplätze und Garagen so angeordnet und ausgeführt sein, daß ihre Benutzung die Gesundheit nicht schädigt und das Arbeiten, das Wohnen und die Ruhe der Umgebung durch Lärm oder Gerüche nicht erheblich stört.

Gemäß Art. 12 Abs. 4 der **Landeswohnungsordnung** vom 8. Februar 1937 (BayBS II S. 463) dürfen Maschinen und ähnliche Einrichtungen innerhalb des Grundstücks nur dann in der unmittelbaren räumlichen Nähe von Wohn- und Schlafräumen aufgestellt werden, wenn dadurch für diese Räume keine erhebliche Belästigung durch Geruch, Geräusch, Erschütterungen und stoffliche Abscheidungen (Staub, Ruß und dgl.) entsteht.

Nach § 5 des **Gesetzes über den Schutz der Sonn- und Feiertage** vom 15. Dezember 1949 (BayBS I S. 380) sind an Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen alle öffentlich bemerkbaren Arbeiten verboten, die geeignet sind, die äußere Ruhe des Tages zu beeinträchtigen; das gilt nach § 9 auch an staatlich geschützten Feiertagen während der ortsüblichen Zeit des Hauptgottesdienstes.

Nach § 6 sind während der ortsüblichen Zeit des Hauptgottesdienstes alle vermeidbaren, Lärm erregenden Handlungen in der Nähe von Kirchen und sonstigen gottesdienstlichen Zwecken dienenden Räumen und Gebäuden verboten.

Nach § 5 Abs. 3 der **Landesverordnung über die Sperrstunde** in der Fassung vom 31. Juli 1957 (GBl. S. 187) können die kreisfreien Gemeinden und die Landratsämter für Gast-, Schank- und Speisewirtschaften, deren Betrieb in bezug auf Ruhe wiederholt zu Beanstandungen Anlaß gegeben hat, den Beginn der Sperrstunde früher oder das Ende der Sperrstunde später festsetzen.

Art. 13 Abs. 1 Nr. 4 des **Landesstraf- und Verordnungs-gesetzes** vom 17. November 1956 (BayBS I S. 327) in der Fassung vom 26. 7. 1962 (GVBl. S. 143) ermächtigt die Gemeinden und die Landkreise, Verordnungen über die zeitliche Beschränkung ruhestörender Hausarbeiten zu erlassen.

Die Gemeinden können ferner nach Art. 20 Abs. 5 Verordnungen zur Aufrechterhaltung der öffentlichen Ruhe bei öffentlichen Vergnügungen oder solchen nichtöffentlichen Vergnügungen erlassen, die zu einer Belästigung der Öffentlichkeit führen können.

In Art. 34 Abs. 1 ist bestimmt, daß die kreisfreien Gemeinden und die Landkreise durch Verordnung die Errichtung von Anlagen und die Benützung von Geräten, die durch Lärm, Erschütterung, Gase, Dämpfe, Flüssigkeiten, Gerüche, Rauch, Ruß, Staub oder Wärme erhebliche Gefahren oder Nachteile für Leben, Gesundheit,

Eigentum oder Besitz herbeiführen können, in bestimmten Gemeindeteilen verbieten oder davon abhängig machen können, daß Störungen durch geeignete Vorkehrungen verhütet werden. In Ergänzung dazu bestimmt Art. 52 Abs. 1, daß die kreisfreien Gemeinden und die Landkreise zum Erlaß der Verordnungen verpflichtet sind, wenn das Wohl der Allgemeinheit es erfordert.

Nach Art. 34 Abs. 2 können die kreisfreien Gemeinden und die Landratsämter durch Anordnung für den Einzelfall vorschreiben, daß bei Anlagen und Geräten, die durch Lärm, Erschütterung, Gase, Dämpfe, Flüssigkeiten, Gerüche, Rauch, Ruß, Staub oder Wärme erhebliche Gefahren oder Nachteile für Leben, Gesundheit, Eigentum oder Besitz herbeiführen können, die von ihnen ausgehenden Störungen vermindert oder beseitigt werden müssen. Die Regierungen können ferner durch Anordnung für den Einzelfall den Betrieb solcher Anlagen oder Geräte an bestimmten Tagen oder zu bestimmten Stunden verbieten. Diese Ermächtigungen zum Erlaß von Anordnungen gelten nicht für Anlagen und Geräte, die nach bundesrechtlichen oder besonderen landesrechtlichen Vorschriften der Genehmigung bedürfen oder einer besonderen Aufsicht unterliegen.

Nach Art. 34 Abs. 3 kann das Bayer. Staatsministerium des Innern, soweit nicht bundesrechtliche oder besondere landesrechtliche Vorschriften bestehen, durch Verordnung Vorschriften für solche technischen Anlagen erlassen, mit denen erhebliche Gefahren oder Nachteile für Leben, Gesundheit, Eigentum oder Besitz verbunden sind. In den Vorschriften können Bestimmungen getroffen werden, die dem § 24 Abs. 1 Nr. 1 bis 5 der Gewerbeordnung entsprechen.

10. Aufgrund der Erfahrungen, die bisher beim Vollzug der bundes- und landesrechtlichen Vorschriften gemacht worden sind, kann noch nicht abschließend gesagt werden, ob die landesrechtlichen Vorschriften ergänzt werden müssen. Eine Prüfung dieser Frage hat vielmehr ergeben:

Der Vollzug der schon bestehenden Gesetze leidet darunter, daß die wissenschaftlich-technischen Grundlagen zur objektiven Beurteilung des Sachverhalts nicht immer ausreichen. Der Vollzug eines neuen Gesetzes würde zwangsläufig vor den gleichen Schwierigkeiten stehen.

In den vorhandenen Gesetzen kann eine wesentliche Lücke, die den Landesgesetzgeber zu vordringlichem Handeln veranlassen könnte, gegenwärtig nicht erkannt werden. Das Bayer. Staatsministerium des Innern arbeitet z. Z. am Entwurf eines Änderungsgesetzes zum Landesstraß- und Ordnungsgesetz. Bei dieser Gelegenheit wird auch geprüft, inwieweit einige Bestimmungen des bisher gültigen Gesetzes, die den Schutz der Bevölkerung vor Luftverunreinigungen, Lärm und Erschütterungen betreffen, entsprechend den beim Vollzug gemachten Erfahrungen ergänzt oder geändert werden müssen.

Die Oberste Baubehörde im Bayer. Staatsministerium des Innern wird die Vollzugsbehörden bei Grundsatzfragen und in Fällen von besonderer Bedeutung weiterhin fachtechnisch beraten und sie mit technischen Richtlinien und Weisungen versehen. Wegen der erheblichen gesundheitspolitischen Bedeutung der Angelegenheit wird dem Bayerischen Landtag zu gegebener Zeit erneut über die Entwicklung auf diesem Gebiet berichtet werden.

Gesundheitsgefährdung der Bevölkerung durch Auspuffgase

Eine schriftl. Anfrage des Landtagsabgeordneten Essl hat der Bayer. Staatsminister des Innern wie folgt beantwortet:

Seit mehr als 50 Jahren beschäftigen sich in Deutschland und im Ausland, insbesondere in den Vereinigten Staaten von Amerika, zahlreiche Forschungsinstitute, Behörden und Industrielaboratorien mit Untersuchungen über die Auswirkungen der Kraftfahrzeug-Abgase auf die menschliche Gesundheit und über geeignete Abhilfemaßnahmen. Die auf diesem Gebiet geleistete Arbeit ist andeutungsweise durch die Zahl der bisher erschienenen einschlägigen Veröffentlichungen gekennzeichnet. Das Battelle-Institut e. V. Frankfurt a. M. hat im Auftrag des Bundesministeriums für Verkehr in den Heften 128/1959 und 138/1960 der Schriftenreihe „Deutsche Kraftfahrtforschung und Straßenverkehrstechnik“ 259 Literaturquellen über Maßnahmen gegen die Belästigung und Gefährdung durch Abgase von Ottomotoren (Benzinmotoren) und 173 Veröffentlichungen über Dieselmotoren nachgewiesen.

In der Bundesrepublik arbeiten z. Z. auf diesem Gebiet auf Anregung und mit Förderung der Interparlamentarischen Arbeitsgemeinschaft, der Deutschen Forschungsgemeinschaft und des Bundesministeriums für Verkehr einige Arbeitsgruppen der Kommission „Reinhaltung der Luft“ des Vereins Deutscher Ingenieure (VDI), mehrere Hochschulinstitute und zahlreiche private Laboratorien und Forschungsstellen, u. a. die Technischen Überwachungsvereine, das Battelle-Institut e. V., die Deutsche Gesellschaft für Mineralölwissenschaft und Kohlechemie, die Forschungsvereine Verbrennungskraftmaschinen und der Verband der Automobilindustrie.

Aus dieser Übersicht geht hervor, daß die für die technische Gestaltung der Kraftfahrzeuge in erster Linie zuständigen Stellen in der Bundesrepublik um die Beseitigung der gesundheitlichen Gefährdungen, die die Luftverunreinigung durch Kraftfahrzeug-Abgase insbesondere in den Ballungsgebieten des Straßenverkehrs verursachen, seit langem intensiv bemüht sind. Die Bayer. Staatsregierung ist über den Stand der kraftfahrtechnischen Forschung und Entwicklung laufend unterrichtet; sie hält eigene wissenschaftliche Untersuchungen gegenwärtig nicht für zweckmäßig, da die Forschungsarbeiten wegen der vielschichtigen, noch nicht gelösten technischen und hygienischen Probleme und wegen der erheblichen Mittel, die solche Untersuchungen erfordern, sinnvoll koordiniert bleiben sollten. Der Freistaat Bayern ist im übrigen im Ausschuß für angewandte Forschung der Deutschen Forschungsgemeinschaft vertreten und kann auf diesem Wege und durch ständige unmittelbare Verbindung mit dem Bundesministerium für Verkehr seinen Einfluß geltend machen.

Die Wirkungen, die das im Abgas von Kraftfahrzeugen enthaltene Kohlenmonoxyd auf die Gesundheit der Menschen auszuüben vermag, können als bekannt angesehen werden. Kohlenmonoxyd ist ein farb- und geruchloses Gas, das beim Einatmen wegen seiner großen Affinität zum Hämoglobin des Blutes die Sauerstoffversorgung des Organismus behindert. Je nach der Dauer der Einwirkung und der Konzentration des Gases in der Atmungsluft können sich Störungen der Sinnesorgane

einstellen. Durch lang anhaltende Einatmung kann der Erstickungstod eintreten, wenn dem Organismus nicht mehr genügend Zeit zum Abbau des Kohlenmonoxyds aus dem Blut verbleibt und die Aufnahme einer ausreichenden Menge Sauerstoff dadurch verhindert wird. Ein Gehalt von 0,01 Prozent Kohlenmonoxyd in der Atmungsluft ist bei täglich 8stündiger Einatmung noch als ungefährlich anzusehen. Eine Steigerung des Gehalts auf 0,03 Prozent und mehr kann Störungen des Gleichgewichts und des Wahrnehmungsvermögens verursachen. Das Gesundheitsamt München hat durch Messungen festgestellt, daß die Konzentration des Kohlenmonoxyds an den Brennpunkten des Verkehrs im Stadtgebiet München während der Hauptverkehrszeiten auch bei ungünstigen Wetterlagen im allgemeinen weit unter 0,01 Prozent liegt und nur in kurzzeitigen Spitzenwerten den Wert von 0,015 Prozent erreicht hat. Das Gesundheitsamt bemerkt hierzu: „Die damit verbundene Belastung des Organismus entspricht etwa der eines mittleren Rauchers.“

Das Kohlenmonoxyd entsteht bei der Verbrennung von Kohlenstoff unter Sauerstoffmangel. Da das Kraftstoff-Luftgemisch in einem richtig eingestellten Dieselmotor immer mit Luftüberschuß, in einem Benzinmotor dagegen meist unter Sauerstoffmangel verbrennt, läßt sich in den Auspuffgasen der Benzinmotoren regelmäßig ein viel größerer Anteil von Kohlenmonoxyd als bei Dieselmotoren nachweisen. Der Gehalt an Kohlenmonoxyd in den Auspuffgasen hängt außerdem in starkem Maße von den jeweiligen Betriebs- und Fahrbedingungen und vom Aufbau und Wartungszustand der Motoren ab.

In freier Luft verdünnt sich das Kohlenmonoxyd schnell. Bei stillstehendem Kraftwagen beträgt die Konzentration des Kohlenmonoxyds im Abgas $\frac{1}{2}$ Meter hinter dem Auspuffende nur noch etwa $\frac{1}{10}$, bei fahrendem Kraftwagen nur noch $\frac{1}{30}$ bis $\frac{1}{100}$ des im Auspuffrohr gemessenen Wertes. Daraus ist ersichtlich, daß in Schwerpunkten des Großstadtverkehrs bei der Gestaltung der Verkehrsräume auf gute natürliche Durchlüftungsmöglichkeit durch Wind aus den Hauptwindrichtungen und bei der Verkehrsregelung auf ungehinderte Abwicklung des fließenden Verkehrs geachtet werden sollte. In einem Tunnel und in langen Straßenunterführungen muß in jedem Falle, insbesondere in Hauptverkehrszeiten, für gute Durchlüftung, z. B. durch Ventilatoren, gesorgt werden.

Neben dem Kohlenmonoxyd sind in den Abgasen von Fahrzeugmotoren einschl. der Dieselmotoren auch zahlreiche andere Bestandteile enthalten, die jede für sich in bestimmten Konzentrationen ebenfalls belästigen oder gesundheitsschädlich wirken können, z. B. Stickoxyde, Kohlenwasserstoffe, Aldehyde, Ruß, Benzpyrene. Für die menschliche Gesundheit ist auch die synergetische Wirkung der einzelnen Abgasbestandteile miteinander und mit den sonstigen Luftverunreinigungen, die aus anderen Emissionsquellen stammen, von erheblicher Bedeutung. Auch bestimmte meteorologische Verhältnisse können bei diesem Zusammenwirken eine wesentliche Rolle spielen.

Ein Gerät, das die Abgase der Kraftfahrzeuge bei allen Betriebszuständen in befriedigender Weise vollständig zu reinigen vermag, ist bisher nicht bekanntgeworden. Trotz intensiver Bemühungen der Wissenschaft und der Technik des In- und Auslands ist es noch

nicht gelungen, brauchbare Verfahren zur Entfernung der besonders gefährlichen Bestandteile aus dem Abgas, insbesondere des Kohlenmonoxyds, zu entwickeln. Die von verschiedenen Stellen vorgeschlagenen Lösungen haben sich bei den stark wechselnden Betriebsverhältnissen der Kraftfahrzeuge bisher noch nicht so bewährt, daß die zwangsweise Einführung bestimmter Geräte schon möglich wäre.

Bei den Zusatzgeräten, die die Volkswagenwerke AG in ihre nach den Vereinigten Staaten von Amerika gelieferten Kraftfahrzeuge einbaut, handelt es sich nach einer Auskunft des Bundesministeriums für Verkehr nicht um Einrichtungen zur Entgiftung der Auspuffgase, sondern lediglich um eine konstruktive Änderung der Entlüftung des Kurbelgehäuses. Durch diese Änderung werden die Gase, die sich im Kurbelgehäuse ansammeln, in die Zylinder zurückgeführt, um dort verbrannt zu werden. Auf Grund einer Absprache des Bundesministeriums für Verkehr mit dem Verband der Automobilindustrie werden seit Januar 1963 auch in allen neuen deutschen Kraftwagentypen die Kurbelgehäuse in der geschilderten Weise entlüftet.

Da die Rauchentwicklung von Dieselmotoren und die Entstehung von Kohlenmonoxyd in Benzinmotoren auch in erheblichem Maße vom Wartungszustand der Fahrzeuge und von den Fahr- und Betriebsbedingungen abhängt, hat die VDI-Kommission „Reinhaltung der Luft“ Richtlinien ausgearbeitet, die von der Polizei, den Verwaltungsbehörden und den sonstigen für die Überwachung der Kraftfahrzeuge zuständigen Stellen zur Beurteilung dafür herangezogen werden können, was nach dem Stand der Technik als unvermeidbare Verunreinigung der Luft im Sinne der §§ 30 und 47 der Straßenverkehrs-Zulassungs-Ordnung in der Fassung der Änderungsverordnung vom 7. Juli 1960 anzusehen ist. Die VDI-Richtlinie über die Rauchentwicklung von Dieselfahrzeugen ist bereits veröffentlicht worden, mit der Herausgabe der Richtlinie für die Begrenzung der Kohlenoxydmengen im Abgas von Ottomotoren ist in Kürze zu rechnen.

Der Haushalt des Arbeitsministeriums

Bei der Plenardebatte über den Haushalt des Bayer. Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge führte Staatsminister **Strenkert** u. a. folgendes aus:

Die Verabschiedung des **Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes** hat die Aufmerksamkeit der Allgemeinheit erneut auf die Probleme des Arbeits- und Unfallschutzes gelenkt. Von den in Bayern tätigen Unfallversicherungsträgern wurden im Jahre 1961 1161 tödliche Unfälle gemeldet. Die Zahl für 1962 ist noch nicht genau bekannt. Der Straßenverkehr forderte in Bayern 1962 2562 Tote. Man rechnet außerdem damit, daß durch Unfälle im häuslichen Bereich etwa weitere 1000 Personen ums Leben gekommen sind.

Der bayerische Ministerpräsident hat am 6. April 1962 alle an der **Unfallverhütung** interessierten Organisationen und Institutionen zu einer Unfallsicherheits-Konferenz in das Maximilianeum in München einberufen, auf der die Intensivierung der Unfallverhütungsarbeit aller Kreise im Bereich der beruflichen Arbeit, im Verkehr und im häuslichen Bereich, diskutiert wurde. Es hat sich als allgemeine Auffassung ergeben, daß allen Bemühungen um eine Intensivierung

der Unfallverhütungsmaßnahmen kein neuer, entscheidender Erfolg beschieden ist, wenn nicht die ganze Bevölkerung, sowohl Arbeitnehmer und Arbeitgeber in den Betrieben, wie alle Teilnehmer am öffentlichen Verkehr, als auch die Frauen und Kinder im Haushalt, sich der vielseitigen Gefahren der modernen Technik noch mehr bewußt und zu unfall- bzw. sicherheitsbewußtem Verhalten erzogen werden.

Die der **Gewerbeaufsicht** neu zukommenden Aufgaben stellen an die Gewerbeaufsichtsbeamten oft hohe Anforderungen und schaffen neue Probleme des Arbeitsschutzes, die nur von einem fachlich und technisch sorgfältig geschulten Personal bewältigt werden können. Es ist deshalb notwendig, der Ausbildung und Fortbildung der Gewerbeaufsichtsbeamten in den nächsten Jahren wie schon bisher besondere Sorgfalt zuzuwenden. Außerdem müssen die Gewerbeaufsichtsämter auch weiterhin personell verstärkt werden.

Im Sommer dieses Jahres wird der Neubau an der Pfarrstraße des **Landesinstituts für Arbeitsschutz** bezogen werden können. Damit kommt dieses Institut zu der schon lange nötigen Erweiterungsmöglichkeit seiner Sammlungen und Laboratorien.

Die zunehmende **Verwendung radioaktiver Stoffe** in der gewerblichen Wirtschaft hat zu einer weiteren Steigerung der Zahl der Genehmigungen nach der Ersten Strahlenschutzverordnung geführt. Mehr als 900 Betriebe wenden solche Stoffe an. Der vom Radiologischen Institut des Landesinstituts für Arbeitsmedizin auf Grund der einschlägigen Vorschriften ärztlich überwachte Personenkreis beläuft sich auf ca. 3100 Personen. Die bevorstehenden weiteren Strahlenschutz-Verordnungen für Röntgenanlagen werden zusätzliche Aufgaben bringen, so daß auch eine personelle Verstärkung der Strahlenschutzgruppe dringlich wird.

Die vorliegenden Berichte der Gewerbeaufsichtsämter zeigen, daß die Vorschriften des **Jugendarbeitsschutzgesetzes** noch nicht ausreichend beachtet werden. Trotz der nunmehr über ein Jahr in Kraft befindlichen Bestimmungen über die gesundheitliche Betreuung haben sich im Schuljahr 1962 von den etwa 100 000 Jugendlichen, die neu ins Erwerbsleben eingetreten sind, nur rund 60 000 der vorgeschriebenen ärztlichen Untersuchung unterzogen. Es wird noch erheblicher Anstrengungen und unermüdlicher Aufklärungsarbeit bedürfen, bis hier ein befriedigender Zustand erreicht wird. Hierzu ist die Mitwirkung der Arbeitgeber, der Eltern und aller beteiligten Organisationen, besonders aber der Presse und des Rundfunks, sehr notwendig und erwünscht.

Das Problem der **Honorierung der Ärzte** für die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz hat auch die letzte Arbeitsministerkonferenz am 21. und 22. Februar dieses Jahres wieder beschäftigt. Die Arbeitsminister und Senatoren für Arbeit der Länder waren der Auffassung, daß eine Neufestsetzung erforderlich ist.

Schon in der letzten Hausbaurede wurde auf die Fragen der **Arbeitsmedizin** besonders hingewiesen. Der gewerbeärztliche Dienst bedarf weiterhin des inneren Ausbaues. Mit der Beziehung der neuen Räume in der Pfarrstraße in diesem Sommer wird das **Landesinstitut für Arbeitsmedizin** den Bedürfnissen entsprechend mo-

derne Arbeitsmöglichkeiten erhalten. Gegenüber dieser zentralen Arbeitsstelle für die vertiefte Behandlung der arbeitsmedizinischen Probleme werden aber auch die Außenstellen, die für den praktischen gewerbeärztlichen Dienst in den Betrieben besonders bedeutungsvoll sind, in den nächsten Jahren nicht vernachlässigt werden. Wir unterhalten bekanntlich in Nürnberg und Bayreuth zwei solche Außenstellen. Sie sollen und müssen durch ihre ortsnahe Tätigkeit die Betriebe und ihre Werksärzte bei ihren arbeitsmedizinischen Problemen beraten und unterstützen und so mit dazu beitragen, die hygienischen und gesundheitlichen Verhältnisse an den Arbeitsplätzen zu verbessern.

Der **Fortbildungsmöglichkeit** der als Gewerbeärzte und Arbeitsmediziner tätigen Mediziner haben wir unser besonderes Augenmerk gewidmet. Im Sommer des vergangenen Jahres ist ein bescheidener Versuch hierzu im Rahmen des Hygienischen Instituts der Universität München gemacht worden. Er soll fortgeführt und ausgebaut werden.

Es müssen noch Erfahrungen gesammelt werden bezüglich der Referenten und der Teilnehmer. Der erste Anfang ist aber sehr verheißungsvoll. Die Lehrgänge sind ein wichtiger Schritt in dem Bestreben, die Obliegenheiten und die Stellung des Werksarztes im Betrieb zu fördern und ihn in den Stand zu setzen, seiner großen und bedeutungsvollen prophylaktischen Aufgabe für die Gesunderhaltung der Erwerbstätigen gerecht zu werden.

Wenn die Arbeitsmedizin an den **Medizinischen Fakultäten** der Universitäten ihre gebührende Stellung gefunden haben wird, wird es vor allem die Aufgabe der Lehrstühle für Arbeitsmedizin mit ihren Instituten sein, Kristallisationspunkte für die Ausbildung von Werksärzten und Arbeitsmedizinern zu werden. Leider konnte bisher der in Erlangen errichtete Lehrstuhl nicht besetzt werden . . .

Wie Sie wissen, liegt dem Bundestag im Rahmen des sogenannten Sozialpakets auch ein **Gesetzentwurf zur Neuregelung der Krankenversicherung** vor. Unsere Krankenversicherung hat sich in der Vergangenheit in ihrer Aufgabenstellung und in ihrer Aufgabenerfüllung, man kann wohl sagen, gut bewährt.

Die **Ausgaben der Krankenkassen** in Bayern haben sich als Folge der im vergangenen Jahr erfolgten Leistungsverbesserungen um rund 15 Prozent erhöht. Da die Krankenversicherung weder über ausreichende Mittelreserven verfügt noch Staatszuschüsse erhält — sie mußte ihre Leistungen einzig und allein aus den Beiträgen bestreiten —, war das eingetretene Mißverhältnis zwischen Einnahmen und Ausgaben nicht mehr durch die nach den Ausgaben ausgerichteten herkömmlichen Beiträge auszugleichen, sondern nur durch Erhöhungen der Beiträge, die heute bei uns in Bayern durchschnittlich rund 9,4 Prozent des Grundlohnes betragen. Der sich immer wiederholende Gleichlauf der Ausgabensteigerung mit den Beitragserhöhungen in der gesetzlichen Krankenversicherung läßt sich im wohlverstandenen Interesse — sowohl der Versicherten als auch der Arbeitgeber — nicht beliebig fortsetzen; er findet seine obere Grenze dort, wo die Lasten weiterer Beitragserhöhungen nicht mehr zumutbar sind. Ich glaube, daß sich die Belastungen dem zumutbaren Höchstmaß nähern und die Krankenkassen finanziell

zu entlasten sind, wenn der gegenwärtige gute Leistungsstand erhalten oder noch weiter angehoben werden soll. Es geht deshalb einmal darum, die Krankenkassen von sachfremden Aufgaben zu entlasten, zum anderen muß eine sinnvolle Verbindung zwischen der in mehr als 70 Jahren erprobten Solidarität und einer nach sozialen Gesichtspunkten vertretbaren Subsidiarität in der Versicherungsgemeinschaft geschaffen werden. Ich bejahe bei der Neuordnung des Rechts der Krankenversicherung die Notwendigkeit der Anpassung an die sich stetig fortentwickelnden und wechselnden sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse sowie die medizinischen Erkenntnisse, ich werde dabei im Rahmen der bestehenden Möglichkeiten für den größtmöglichen Schutz der Versicherten und ihrer Angehörigen durch den entsprechenden Ausbau des Leistungswesens eintreten und die Einführung tatkräftig unterstützen, nach dem Grundsatz, daß Vorbeugen besser als Heilen ist . . .

In der Debatte ergriffen Sprecher aller Parteien das Wort.

Für die SPD führte der Abgeordnete Weishäupl u. a. folgendes aus:

Die **Bedeutung** — der Sozialpolitik — wird sichtbar, wenn man bedenkt, daß in Bayern insgesamt 3,5 Millionen Arbeitnehmer, also Arbeiter, Angestellte und Beamte, beschäftigt sind, daß 1,2 Millionen Menschen in Bayern Leistungsempfänger der Sozialversicherung allein in den Sparten der Invalidenversicherung, der Angestelltenversicherung und der Knappschaftsversicherung sind. Ich füge einen dritten Faktor hinzu: Ende des letzten Jahres waren allein in Bayern 740 000 Kriegsgesopfer zu versorgen.

Nach dieser Vorbemerkung, meine Damen und Herren, darf ich für die sozialdemokratische Opposition grundsätzlich feststellen: Wir bekennen uns zu einer **Sozialpolitik**, die dem Menschen in der Gesellschaft die Grundchance eines Lebens in Gesundheit, Leistungsfähigkeit und Menschenwürde sichern kann. Unsere Bürger sollen ein Leben in eigener Verantwortung — das möchte ich besonders betonen — gestalten, damit sie sich als Persönlichkeit eigener Prägung in die Gemeinschaft einfügen und sich auch in unserer Gemeinschaft behaupten können. Deshalb müssen gesellschaftliche Maßnahmen und persönliche Initiative zusammenwirken.

Sie werden vielleicht sagen: Das ist aus dem Grundsatzprogramm der SPD bekannt; warum wird das hier noch einmal wiederholt? Das ist deshalb notwendig, weil wir immer wieder die Feststellung machen, daß bestimmte Kreise die Behauptung aufstellen, die SPD wolle durch ihre Forderungen in der Sozialpolitik einen Versorgungsstaat, die SPD wolle einen übertriebenen Wohlfahrtsstaat oder — wie man neuerdings sagt — die SPD wolle einen Gefälligkeitsstaat, in dem der Staat dem einzelnen jedes Risiko des Lebens abnimmt. Meine Damen und Herren! Darauf darf ich erwidern: Die SPD will weder einen Versorgungs- noch einen Gefälligkeitsstaat, sondern die SPD will nichts anderes als einen sozialen Rechtsstaat, wie er sowohl im Grundgesetz als auch in der Bayerischen Verfassung verankert ist.

Wir sind nämlich trotz des Wohlstandes, wobei ich bezweifle, ob es ein gerechter Wohlstand ist — zwischen

gerechtem Wohlstand und Wohlstand ist nämlich sehr wohl ein Unterschied —, von dem Zustand eines **sozialen Rechtsstaates**, wie wir ihn uns wünschen und wie er nach der Bayerischen Verfassung eigentlich gestaltet sein müßte, auch von dem Zustand gesunder sozialpolitischer Verhältnisse in der Bundesrepublik noch weit entfernt. Ich möchte Ihnen dafür die Gründe angeben: Wir haben deshalb in der Bundesrepublik noch recht ungesunde Sozialverhältnisse — ich meine jetzt im Bereich der sozialen Gesetzgebung —, weil die angekündigte umfassende Sozialreform in Wirklichkeit steckengeblieben ist, weil die Sozialgesetze, meine Damen und Herren, nicht aufeinander abgestimmt sind und weil die Sozialgesetze in der Bundesrepublik so kompliziert geworden sind, daß der einzelne Staatsbürger nicht in der Lage ist, sich aus diesen Gesetzen herauszulesen, welche Ansprüche er hat, und ich glaube, man kann noch hinzufügen: weil immer noch nicht begriffen wird, daß die Sicherung gegen die Wechselfälle des Lebens nicht nur darin bestehen kann, materielle Nöte zu beseitigen. Diese Nahtlosigkeit und diese Konzeptionslosigkeit in der Sozialpolitik wirkt sich auch nachteilig auf die Durchführung der Gesetze aus. Insoweit stellen diese Gesetze der Bundesrepublik im Bereich der Sozialpolitik eine Belastung für die Sozial- und Arbeitsbehörden dar.

Lassen Sie mich noch folgendes sagen: Wir müssen uns in der heutigen Aussprache auch über zwei Begriffe unterhalten. Der Herr Kollege Dr. Pirkl wird sich erinnern, daß er bei seinem Beitrag zur Aussprache vor zwei Jahren zwei Begriffe sehr hochgespielt hat, nämlich den Begriff der **Personalität** und den Begriff der **Subsidiarität**. Ein ganz klein wenig hat er den Begriff der **Solidarität** vermerkt. Im Zusammenhang mit der Krankenversicherung sagte der Herr Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge:

„Es geht deshalb einmal darum, die Krankenkassen von sachfremden Leistungen zu entlasten, zum anderen muß eine sinnvolle Verbindung zwischen der in 70 Jahren erprobten Solidarität und einer nach sozialen Gesichtspunkten vertretenen Subsidiarität geschaffen werden.“

Die Verbindung zweier Prinzipien in der Sozialversicherung verwirrt.

In der **Versicherung** sind wir auf die Gemeinschaft der Versicherten angewiesen, in der der Stärkere dem Schwächeren zu helfen hat. Darunter verstehen wir von der praktischen Sozialpolitik her **Solidarität**. Die Kirche z. B. und ihre Soziallehre bezeichnet das Verhältnis von Individuum und Gemeinschaft als **Solidarität**. Die CSU, so scheint uns, überbewertet manchmal — ich kann dafür dann Beispiele geben — das Prinzip der **Subsidiarität**. Es kann doch nur den Sinn und Zweck haben, den einzelnen und kleineren Gemeinschaften, vor allem die Familie und die Gemeinde, vor dem übermächtigen Staat und seiner Bürokratie zu schützen. Das kann doch nur der Sinn der von der Kirche her verstandenen und definierten Subsidiarität sein. Ich spreche hier die CSU an: Sie berufen sich oft fälschlich auf die Subsidiarität, und man hat das Gefühl, daß Sie sich hinter dieses Prinzip verstecken, um in Wahrheit dem einzelnen und den freiwillig gebildeten Gemeinschaften die notwendige Hilfe in diesem oder jenem Fall vorzuenthalten.

Ich weiß, daß das ein gewisser Vorwurf ist. Er steht im Raum. Ich bin überzeugt, daß der Herr Kollege Pirkel sich nachher dazu äußern wird. Aber was verbirgt sich in der praktischen Politik hinter dem Prinzip der Subsidiarität? Es verbirgt sich dahinter ein gewisses Bedürftigkeitsdenken, es verbirgt sich dahinter eine Reihe von Anrechnungsbestimmungen, die wir heute nicht nur im Bundessozialhilfegesetz — dort sind sie richtig —, sondern auch in der Sozialversicherung, ja sogar in der Kriegsopferversorgung vorfinden. Es gibt doch viele Fälle in denen das hilfsweise Eingreifen unseres Staates keinesfalls von der Bedürftigkeit abhängig gemacht werden kann. Denn in der Versicherungsgemeinschaft hatte der Versicherte auf Grund seiner Beitragsleistung wohlverworbene Rechte. Die Kirche will in der Soziallehre — ich habe es mir nochmals nachgelesen: auch in der neuesten Sozialenzyklika — durch das Mittel der Subsidiarität die Selbständigkeit des einzelnen gegenüber dem Staat naturrechtlich sichern. Das Prinzip also, das uns vor zwei Jahren hier im Hause durch den Sprecher der CSU empfohlen worden ist, ist nach meiner Meinung kein Patentrezept. Bei der Anwendung sozialphilosophischer Gedanken auf technische und praktische Fragen der Sozialpolitik sollte man sehr behutsam vorgehen.

Ich habe dieses Problem deshalb angeschnitten, um Ihnen zu demonstrieren, wohin das Prinzip der Subsidiarität im praktischen Einzelfall des Lebens in der Sozialversicherung führt, und zwar in dem Gesetzesbereich, der gestern und heute von den Sprechern zum Etat der Landwirtschaft vor allem gerühmt worden ist, nämlich in der Frage der Altenhilfe für die Landwirte. Ich habe das Schreiben des Gesamtverbandes der landwirtschaftlichen Altersklassen vom 20. März 1963 an den Herrn Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung. In ihm steht:

„Nach § 26 des Gesetzes zur Neuregelung der Altershilfe für Landwirte vom 3. Juli 1961 wird einem Altersgeldberechtigten, der seine Rente aus den gesetzlichen Rentenversicherungen oder der Altersversorgung für das deutsche Handwerk beziehungsweise der Versorgungsbezüge erhält, das Altersgeld um den Betrag dieser Bezüge, jedoch höchstens bis zur Hälfte gekürzt.“

Und nun kommt das praktische Beispiel, ein Beispiel, das mir die landwirtschaftliche Alterskasse Niederbayern-Oberpfalz geliefert hat. Ein ehemaliger Landwirt erhält eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung in Höhe von monatlich 10 DM. Da er verheiratet ist, wird das Altersgeld von 60 DM nur in Höhe von 50 DM gewährt. Nach dem Fünften Renten Anpassungsgesetz in der Sozialversicherung werden nunmehr 49,40 DM ausbezahlt. Der Erhöhungsbetrag

von 60 Pfennig pro Monat kommt also dem Rentner der Altenhilfe nicht zugute. Dieses Beispiel wollte ich bringen, damit Sie sehen, wie diese Anrechnungsbestimmungen verärgern, wie unheilvoll und wie ungerecht diese Anrechnungsbestimmungen sein können. Man könnte doch bei den sog. Kleinrenten von einer Anrechnung der Rentenerhöhungen absehen. Die jetzige Regelung, so behaupte ich, ist landwirtschafts- und bauernfeindlich. Das Übel mit strengen Anrechnungsbestimmungen finden wir auch auf anderen Rechtsgebieten, worauf ich bereits hingewiesen habe. Ich möchte den Herrn Staatsminister, den Herrn Staatssekretär, der gehört hat, was ich bisher gesagt habe, bitten, seinen Minister über diesen Gegenstand, zu dem ich soeben gesprochen habe, zu informieren, um darauf hinzuwirken, daß die Milderung der Anrechnungsvorschriften erreicht wird, auch wenn man diese Vorschriften zugegebenermaßen nicht voll und ganz beseitigen kann.

Nach diesen Ausführungen möchte ich mich mit einem Schwerpunkt befassen, nämlich mit dem **Arbeitsschutz** und mit der **Unfallverbütung**, damit natürlich auch mit der **Gewerbemedizin**.

Zunächst zu den **Gewerbeaufsichtsämtern**: Die Gewerbeaufsichtsämter, die die Arbeitsschutzvorschriften durchzuführen haben, werden ihrer Aufgabe immer noch nicht gerecht, weil die personelle Besetzung der Ämter unzureichend ist. Die Beanstandungen nehmen Jahr für Jahr zu. Der Herr Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge berichtete im Pressematerial vom 21. Dezember 1962 seines Ministeriums unter anderem folgendes — ich darf, sicher mit Einverständnis des Herrn Präsidenten, diesen Absatz aus dem Pressematerial verlesen —:

„Nach Feststellung des Ministeriums mußten die bayerischen Gewerbeaufsichtsämter im Zeitraum vom 1. Juli bis 30. September 1962 wiederum 2327 Beanstandungen auf dem Gebiete des Jugendarbeitsschutzes vornehmen. Im einzelnen mußte in 1620 Fällen gegen die Überschreitung der zulässigen Arbeitszeitdauer für Jugendliche eingeschritten werden. Verstöße gegen die Bestimmungen über arbeitsfreie Zeiten, über die Lage der Arbeitszeit sowie über Ruhepausen und Urlaub mußten in 556 Fällen geahndet werden. In 42 Fällen wurden die Vorschriften über Sonntagsruhe übertreten.“

Wir haben zur Etatrede des Herrn Ministers eine Aufstellung bekommen über die **Beanstandungen auf dem Gebiete des Arbeitsschutzes**. Ausweislich dieser Liste war die Gesamtzahl der Beanstandungen im Jahre 1962 160 031. Wir zählen in Bayern etwa 170 000 Betriebe. Jährlich können wegen Mangel an Personal im Gewerbeaufsichtsdienst nur etwa 47 000 Betriebe

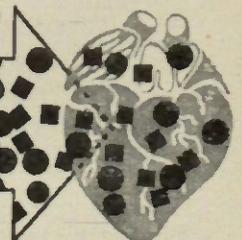
Kationen-„Schlepper“
zur Behandlung der Ischämie.
Prophylaxe, Soforttherapie, Nachbehandlung
des Myocardinfarctes.

TROMCARDIN[®]
zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz

H. TROMMSDORFF · AACHEN

● Magnesiumperarginat

◆ Kaliumperarginat



besichtigt und überprüft werden. Wenn alle bayerischen Betriebe besichtigt, also kontrolliert, überprüft und — was auch nicht vernachlässigt werden darf, — aufgeklärt würden, so bräuhete man noch drei bis vier Jahre; denn auf 800 Betriebe trifft zur Zeit nur ein Gewerbeaufsichtsbeamter. Der Herr Minister wird sagen: Wir haben ja bereits den Bundesdurchschnitt erreicht. Gut, das ist ein Ziel gewesen. Aber ich möchte doch darauf hinweisen, daß dieser Bundesdurchschnitt, um der Aufgabe der Gewerbeaufsicht im Lande gerecht zu werden, nicht genügt. Unser Vorschlag und unser Ziel ist es, daß auf 500 Betriebe ein Gewerbeaufsichtsbeamter trifft; das hieße allerdings, 221 Beamte im Gewerbeaufsichtsdienst neu einzustellen. Aber, meine Damen und Herren, was mich und mit mir die Fraktion der SPD erschütterte, ist die Tatsache, daß der Zugang an Beamten im Haushaltsjahr 1963 nach dem Vorschlag nur 4 Beamte sein soll. Heuer wird erstmals — diese Feststellung erlaube ich mir zu treffen — die personelle Entwicklung der letzten Jahre, die sehr günstig verlaufen ist und die von der früheren Regierung Hoegner eingeleitet wurde, unterbrochen.

Die ausgeworfene Summe im Haushalt 1963 von insgesamt rund 7,5 Millionen DM für die Gewerbeaufsicht, für das Landesamt für Arbeitsschutz und für das Landesamt für Arbeitsmedizin steht auch in keinem gesunden Verhältnis zu der Bedeutung, die auch der Herr Minister laut seiner Etairede dem Arbeitsschutz und der Arbeitsmedizin beimessen will. **Arbeitsschutz** und **Arbeitsmedizin** gehören zu den Schwerpunkten der sozialdemokratischen Sozialpolitik in unserem Lande. Denn die Unfälle nehmen von Jahr zu Jahr rapide zu. Herr Minister Strenkert hat die Zahl genannt: 140 488 Unfälle allein im Jahre 1962 in Bayern. Wir brauchen uns über die Gründe dieser Unfälle im Hohen Haus nicht zu unterhalten. Die Zunahme dieser Unfälle kann aber aufgehalten werden, wenn — und das sind unsere **Vorschläge** —:

1. die Achtsamkeit vor Unfallgefahren Allgemeingut wird,
2. die Unfallverhütung ein öffentliches Anliegen wird, damit sich die Allgemeinheit an diesem Problem stärker als bisher interessiert,
3. eine umfassende Aufklärung über die Gefahren betrieben wird,
4. in allen Schulen ausnahmslos über Unfallverhütung unterrichtet wird,
5. — was sehr wichtig ist und in den Anträgen des Herrn Kollegen Essl immer wieder zum Ausdruck gekommen ist — wir nicht nur an der Universität Erlangen, sondern an allen bayerischen Universitäten Lehrstühle und Institute für Arbeitsmedizin haben und
8. — und das ist die letzte Forderung, die wir nicht aufgeben — eine Akademie für Arbeitsmedizin errichtet wird.

Wir treten der Meinung des Herrn Staatsministers für Arbeit und soziale Fürsorge, die er im Ausschuß zum Ausdruck gebracht hat, entgegen, daß die Errichtung einer **Akademie für Arbeitsmedizin** nur eine Notlösung sei. Wir sind nicht für die Alternative: entweder Lehrstühle mit Instituten oder eine Akademie für Arbeitsmedizin. Wir sind für beide Einrichtungen, näm-

lich für die Institute, die Lehrstühle und für die Akademie. Wir haben seit dem vorigen Jahr auch eine Akademie für Arbeitsmedizin in Berlin, wo für Arbeitsmediziner Kurse durchgeführt werden, die drei bis vier Wochen dauern. Diese Akademie hat sich nach einer Auskunft, die ich erhalten habe, sehr gut bewährt.

Für die FDP sprach der Fraktionsvorsitzende Herr Kollege Dr. Dehler:

Eine Diskussion über den bayerischen Sozialhaushalt steht heute zur Aufgabe, und ich halte es nicht für richtig, eine Art Schlacht im falschen Saal stattfinden zu lassen dadurch, daß bundespolitische Probleme, mehr als es unbedingt in Beziehung auf die eigene Aufgabenstellung notwendig ist, anklingen. Aber der erste Redner der heutigen Diskussion, Herr Kollege Weishäupl, hat einige Vorlagen gegeben, und es reizt mich, aus liberaler Sicht dazu einige wenige Sätze zu sagen: Sie wurden, mit den Begriffen der Personalität, der Subsidiarität und der Solidarität konfrontiert, vom Kollegen Dr. Pirkl übernommen. Aus der liberalen Sicht fehlt ein entscheidendes Agens, nämlich die These von der **Eigenverantwortlichkeit** im sozialen und gesellschaftlichen Raum. Uns scheint die Eigenverantwortlichkeit und Mitverantwortlichkeit das entscheidende Regulans gegen die Anspruchswogen unserer Zeit zu sein, die die Grenzen der absoluten und auch der relativen Schutzbedürftigkeit bei weitem sprengen. Wir Liberalen halten es für eine Fehlthese, daß der Staat die Menschen durch Gesetz zwingen könnte, glücklich zu sein. Allenfalls kann er eine gute gesellschaftliche Verfassung in ihren Grundlagen garantieren, die aber erfüllt und erlebt werden muß durch freie Einzelpersönlichkeiten. Sicher darf ich mit Zustimmung des Herrn Präsidenten ein Wort zitieren, das Max Weber vor nunmehr fast 70 Jahren, 1894, vor dem Evangelischen sozialen Kongreß ausgesprochen hat:

„Ich glaube, wir müssen darauf verzichten, positives Glücksgefühl im Wege irgendeiner sozialen Gesetzgebung zu schaffen. Wir wollen etwas anderes und können nur etwas anderes wollen. Das, was uns wertvoll erscheint am Menschen, die Selbstverantwortlichkeit und den tiefen Drang nach oben, nach den geistigen und sittlichen Gütern der Menschheit, das wollen wir hegen und schützen.“

Ich darf sagen, daß für uns Liberale dieses 70 Jahre alte Wort auch heute noch Gültigkeit hat. Auch wir haben gewisse Zweifel, ob der Begriff des **Prinzips der Solidarität** heute noch richtig interpretiert ist. Wir sind der Meinung, daß das Prinzip der Solidarität das mindestens ebenso wichtige **Prinzip der eigenverantwortlichen Selbstvorsorge** selbst dort verdrängt hat, wo ihm zweckvoll nur die Rolle der ergänzenden Hilfestellung an sich zufiele. Als Beispiel darf auf die soziale Krankenversicherung und die Altersversicherung verwiesen werden.

Auch über das **Subsidiaritätsprinzip** könnte man eingehende Gedanken anstellen. Ich darf einblenden, daß Subsidiarität weniger von Subsidien, gleich Unterstützung, kommt, sondern als Zuständigkeit des kleineren Kreises vor dem größeren zu verstehen ist. Das Jugendwohlfahrtsgesetz und das Sozialhilfegesetz haben aber die Kommunen, die an sich klassische Träger der Zuständigkeit in der Subsidiarität sein müßten,

von der ersten sehr deutlich in die zweite Linie verdrängt.

Nun zu unseren eigenen Problemen im Landesetat! Der Herr Staatsminister hat ausgeführt, daß dies seine erste Haushaltsrede sei, eine Art Jungfernrede in seiner Eigenschaft als Staatsminister. Es gibt eine gute Sitte im englischen Unterhaus, Jungfernredner nicht zu unterbrechen, sondern freundschaftlich zu behandeln. Wir wollen es etwas modifizieren und als Opposition mit dem Herrn Staatsminister heute nicht so hart ins Gericht gehen. Aber ich stehe nicht an zu sagen, daß wir ein wenig vom Herrn Staatsminister, was er ausführte, enttäuscht waren.

Wir hatten eine **grundsätzliche geistige Auseinandersetzung** mit den sozialen Problemen und Strömungen unserer Zeit, mit der Stellung des Menschen in der Gesellschaft, und formende Thesen zu einer freihellichen Gesellschaftspolitik erwartet. Statt dessen haben wir einen sicher sehr fleißig und brav zusammengetragenen Bericht über die Tätigkeit der einzelnen Abteilungen des Hauses erhalten. Aber in der Gesamtbewertung haben wir ein wenig die Sorge, daß hier sicher gut verwaltet, aber zu wenig sozial gestaltet wird. Aber wir haben ein Jahr vor uns und sind der zuversichtlichen Hoffnung, im nächsten Jahr in der nächsten Etatrede mehr zu hören. Denn sonst könnte die außerhalb dieses Hauses manchmal geäußerte Meinung, daß unser bayerisches Sozialministerium weniger eine Eigenexistenz hat, daß es, nun ja, eine Erfüllungsinstitution im Unterverhältnis zur Bundesverwaltung sei, doch allzu zutreffend sein. Und die Gefahr ist nicht gering: Unsere Sozialpolitik ist eingeklemmt zwischen die Grundgesetzgebung des Bundes und die weitgehend der Selbstverwaltung übertragene Ausführung, und der Bewegungsraum ist leider nicht allzu groß. Deshalb waren große Änderungen in den Haushaltsansätzen von vornherein nicht zu erwarten. Wir haben gehört, daß 6 Millionen Mark mehr als Zuschuß notwendig sind, weitgehend bedingt durch gesetzliche Verpflichtungen. Daher kann man zu den Haushaltsansätzen nicht allzuviel Kritik äußern.

Lassen Sie mich zu verschiedenen Einzelproblemen der bayerischen Sozialpolitik Stellung nehmen.

Mit großer Freude haben wir gehört, daß sich die Beschäftigungschancen für die **älteren Arbeitnehmer** in den vergangenen Monaten weiter verbessert haben. Hier handelt es sich um ein sehr ernstes Problem, das nicht nur soziale, sondern ebenso gewichtige psychologische Aspekte hat, die sich beide durchaus die Waage halten. Es ist außerordentlich beachtlich, daß in Bayern nach dem Stand von 1962 über 17 000 Männer mit über 65 Jahren und über 27 000 Frauen mit über 60 Jahren,

also Personen im rentenberechtigten Alter noch in Arbeit stehen. Das mag eine Folge des Arbeitskräftemangels sein; es wäre dann zu begrüßen, wenn es nicht die Gegebenheit eines wirtschaftlichen Zwanges, sondern eine freiwillige Gebundenheit an den eigenen Auftrag und die eigene Arbeit darstellte. Auf jeden Fall können so wertvolle Arbeits- und Lebenserfahrungen der Volkswirtschaft nach wie vor dienstbar gemacht werden. Nach wie vor verdient aber in einer nicht geringen Zahl von Einzelfällen das Problem der beschäftigungslosen älteren Angestellten — es ist schwierig, das will ich zugeben — die Beachtung der zuständigen Behörden.

Zu einer weiteren Folge der Vollbeschäftigung! Wir haben gehört, daß wir derzeit über 100 000 **ausländische Arbeitnehmer** in der bayerischen Wirtschaft beschäftigen. Ich möchte von vornherein sagen, daß wir dies für eine durchaus gute Sache halten, weil hier doch wenigstens in einem kleinen Raum ein vereintes Europa und die Austauschbarkeit der Dienstleistungen vorpraktiziert wird. Die vielen Rahmenanmerkungen, die man gelegentlich in der Presse, insbesondere in der Illustriertenpresse, hierüber lesen kann, scheinen uns bei weitem übertrieben zu sein. Natürlich werden eine ganze Reihe von Problemen, soziale, menschliche und psychologische Probleme, dadurch angerissen. Ich brauche z. B. nur an die relativ höhere Krankheitsquote ausländischer Arbeiter zu erinnern, die sich mit unseren klimatischen und ernährungsphysiologischen Gegebenheiten auseinandersetzen haben. Die Folge dieses höheren Krankenstandes der ausländischen Arbeitnehmer ist, insbesondere in den Ballungszentren, eine weitere Belastung unserer sowieso schon überbelegten Krankenhäuser und ähnliches. Ich habe schon in den vergangenen Jahren einmal darum gebeten — und möchte diese Bitte wiederholen —, auch in der Nomenklatur stillvoll zu sein und den Begriff „Fremdarbeiter“ endgültig daraus zu verbannen . . .

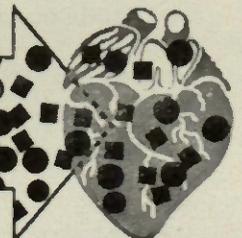
Bestürzt hat uns der Hinweis im Bericht des Herrn Staatsministers, daß sich nur rund 60 Prozent der Jugendlichen der im Jugendarbeitsschutzgesetz vorgeschriebenen **Einstellungsuntersuchung** tatsächlich unterzogen haben. Hier scheint uns eine echte und direkte Aufgabe des Ministeriums zu liegen, nämlich nach den Gründen zu forschen und Abhilfen vorzuschlagen. Möglichkeiten für die Exekutive sind im Gesetz reichlich aufgezeigt. Wir sind der Ansicht, wenn sich der Bundesgesetzgeber zu diesem für die Volksgesundheit außerordentlich wichtigen Schritt entschlossen hat, darf diese gesetzliche Bestimmung nicht de facto ausgehöhlt werden. Wir geben zu, daß im ersten Jahr gewisse Anlaufschwierigkeiten bestehen mögen, aber eine Erfüllungsquote von 60 Prozent scheint uns doch sehr

Kationen-„Schlepper“
zur Behandlung der Ischämie.
Prophylaxe, Soforttherapie, Nachbehandlung
des Myocardinfarctes.

TROMCARDIN®
zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz

M. TROMMSDORFF · AACHEN

● Magnesiumperinat ◆ Kaliumperinat



wenig zu sein. Wenn es im ersten Jahr 80 oder 85 Prozent gewesen wären, hätte man das noch als erträglich bezeichnen können. Ich glaube also, vorschlagen zu können, Herr Staatsminister, daß Sie Ihre Herren beauftragen, sehr eingehend nachzuforschen, wo die Gründe liegen, und dafür zu sorgen, daß im Jahre 1963 eine nahezu hundertprozentige Untersuchungsquote auch tatsächlich erreicht wird.

Wenn ich schon beim **Jugendarbeitsschutzgesetz** bin, erlauben Sie mir noch einige Worte über das — ich darf sagen — Trauerspiel der Frage der Honorierung der ärztlichen Leistungen bei diesen vom Gesetz vorgeschriebenen Untersuchungen. Sie wissen, daß nach § 53 des Jugendarbeitsschutzgesetzes die Landesbehörden vom Bundesgesetzgeber ermächtigt sind, zur Vereinfachung der Abrechnung Pauschbeträge für die Kosten der ärztlichen Untersuchung im Rahmen der geltenden Gebührenordnung festzusetzen. Die Arbeitsministerkonferenz hat im vergangenen Jahr einen Pauschbetrag von DM 20,— festgesetzt. Die Ärzte haben dagegen heftig protestiert und darauf hingewiesen, daß selbst nach der Preugo, der Preußischen Gebührenordnung, die wirkliche Mindestgebührensätze festsetzt, je nach Auslegungsmöglichkeit 34,65 DM, nach anderen Auslegungen bis zu 40,40 DM zu honorieren wären, also 20 DM auf jeden Fall zu wenig seien. Sie werden sich daran erinnern, daß diese Frage bei der Diskussion über den Sozialhaushalt im vergangenen Jahr hier in diesem Haus eine erhebliche Rolle gespielt hat und ein dahin gehender Antrag, in Bayern 30 DM zu gewähren, mit knapper Mehrheit der Ablehnung verfiel. Es ist dem damaligen Herrn Staatssekretär und heutigen Staatsminister außerordentlich zu danken, daß er sich in der Arbeitsministerkonferenz für die 30 DM einsetzte. Aber er mußte vor der Mehrheit weichen; es blieb bei 20 DM. Die Untersuchungen wurden von den Ärzten trotz dieser offensichtlichen Unterhonorierung durchgeführt.

Jetzt kommt aber das Unangenehme: Am 11. 3. 1963 hat der Verwaltungsgerichtshof von Baden-Württemberg — der zweite Senat, ich habe das Urteil vor mir — anlässlich einer Normenkontrollklage die entsprechende Verordnung der Landesregierung als ungültig erklärt. Und ich stehe nicht an, zu behaupten, daß der Bayerische Verfassungsgerichtshof sicher gleich entschiede, weil er nicht anders entscheiden könnte.

Ja! Es ist eine etwas unguete Geschichte wenn man aus der Sicht der Arbeitsministerkonferenz so etwas auf sich zukommen sieht; es stellt so eine Art politische Ohrfeige dar. Nun ist es dem Haushaltsausschuß außerordentlich zu danken, daß er einem Antrag meiner Fraktion zustimmte, im Zuge der Beratung des Arbeitshaushalts den Herrn Staatsminister und die Staatsregierung zu beauftragen, für einen Pauschalsatz in Höhe von etwa 30 DM einzutreten. Und ich möchte den Herrn Staatsminister sehr nachdrücklich bitten, wirklich dafür zu sorgen, daß jetzt Nägel mit Köpfen gemacht werden und nicht wieder irgendwelche Kompromisse herauskommen, die erneute Klagen vor der Verfassungsgerichtsbarkeit nach sich ziehen, weil die Peinlichkeit doch zu groß wird . . .

Schon mein Herr Vorredner hat sich mit dem Problem der **Arbeitsmedizin** eingehend befaßt. Ich darf mich auf wenige Anmerkungen beschränken: Auch wir

unterstützen alle Maßnahmen, die dazu dienen, den Schutz des arbeitenden Menschen zu fördern, und vor allem der notwendigen Vorbeugung gegen Arbeitsschäden und auch seelische Schäden gerecht werden. Auch wir sind der Ansicht, daß hier ein recht unangenehmer Nachholbedarf gegenüber der Situation in anderen Staaten, die keineswegs in allen Bereichen unsere wirtschaftliche und geistige Blüte schon erreicht haben, besteht und daß wir Grund haben, uns zu beeilen. Der Herr Staatsminister mußte zugeben, daß es noch nicht gelungen ist, den unter erheblichsten Geburtswehen endlich bei der Universität Erlangen geschaffenen Lehrstuhl für Arbeitsmedizin zu besetzen. Nun, wir Liberalen respektieren das Selbstverwaltungsrecht der Hochschulen sehr, aber wir meinen, irgendwann einmal muß in einer solchen Frage auch ein nachdrückliches Wort gesprochen werden. Wer hier zuständig sein möge, darüber möge man sich im Kabinett unterhalten. Ich meine, daß man im geschlossenen gemeinschaftlichen Gang — Arbeitsministerium und Kultusministerium — sehr nachdrücklich auch den Selbstverwaltungskörperschaften der Universitäten sagen muß, daß begreifliche Wünsche und Erwartungen einzelner Lehrstuhlinhaber dort ihre Grenze finden müssen, wo ein wissenschaftlicher und sozialer Fortschritt von eminenter Bedeutung für die Gesamtheit aller arbeitenden Menschen auf dem Spiele steht.

Ich bin überzeugt, daß der deutsche Sprachraum groß genug ist, hier Bewerber zu finden. Wenn es vorerst in Deutschland nicht möglich ist, könnte ich mir vorstellen, daß die Schweiz oder Österreich sicher gern für eine Übergangszeit eine Persönlichkeit abzustellen bereit und in der Lage ist.

Jetzt noch eine Anregung für den Herrn Staatsminister. Erfreulicherweise findet in Bayern eine Summe von **Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte** statt. Ich darf an Nürnberg, Augsburg, Regensburg und andere erinnern. Vielleicht wäre es richtig, wenn sich das Arbeitsministerium auch mit den Trägern dieser Fortbildungsinstitutionen in Verbindung setzte, um zu erreichen, daß auch der frei praktizierenden Ärzteschaft durch entsprechende Einblendung von Vorträgen oder speziellen Tagungen arbeitsmedizinische Vorgänge noch mehr als in der Vergangenheit nahegebracht werden; denn hier scheint mir auch ein Nachholbedarf zu bestehen.

Dankenswerterweise hat der Herr Staatsminister in der von ihm angeschnittenen Frage des **Krankenversicherungsneuregelungsgesetzes** wenigstens einige grundsätzliche Ausführungen über die Kostenfrage, die Grenze der Belastbarkeit der Mitglieder und die Notwendigkeit der Anpassung an die sich ändernden sozialen Verhältnisse gemacht. Wir vermischen aber eine Äußerung zu den wirklichen Grundsatzfragen, ob, wie und wieweit die Mitverantwortung des Versicherten angesprochen werden soll, wo die Grenze der absoluten und relativen Schutzbedürftigkeit liegen darf, wie und in welchem Umfang die prophylaktische Medizin eingeführt werden soll . . .

Auch einige Worte zum ärztlichen und **versorgungsarztlichen Dienst**. Wir sind uns darüber im klaren, daß die Betreuung der Kriegsoffer wesentlich von der Erfahrung der Versorgungsärzte abhängt. Hier müssen wir dem Ministerium schon gewisse Vorwürfe machen.

Die Verwaltungspraxis der Betreuung dieser Ärzte scheint mir nicht immer sehr glücklich zu sein. Aus allen möglichen Eingaben und Briefen haben wir erfahren, daß die Verbeamtung außerordentlich schleppend vor sich geht und wiederholt verlockende Angebote anderer Dienstgeber die Ärzte in eine schwierige Situation bringen. Die Ärztinnen scheinen mir besonders benachteiligt zu sein. Wir hatten erst kürzlich eine entsprechende Eingabe im Beamtenausschuß zu behandeln. Es handelt sich hier um hochqualifizierte Spezialisten, die durch ihre spezialisierte Tätigkeit praxisfern werden und eine andere ärztliche Tätigkeit schwer ergreifen können. Wir meinen also, Herr Staatsminister — ich habe in den letzten Monaten in einigen Briefen diese Probleme aufgerollt, bin aber leider bis heute noch nicht im Besitz einer Antwort —, daß Sie sich persönlich um diese Fragen im Interesse aller Versorgungsberechtigten kümmern sollten. . .

Für die CSU sprach Herr Pirkl: **Sozialpolitik** ist das Generalthema des heute zu behandelnden Haushalts. Somit handelt es sich um ein Thema, das innerhalb der gesamten Politik wirklich allumfassend geworden ist, **allumfassend** auf der einen Seite vom Finanziellen her, auf der anderen Seite von dem durch die Sozialpolitik erfaßten Personenkreis her. Wenn wir daran denken, daß heute vier Fünftel unserer gesamten Wohnbevölkerung von der sozialen Krankenversicherung erfaßt sind, dann wird uns diese umfassende Bedeutung der Sozialpolitik völlig klar vor Augen stehen. Oder denken wir daran, daß in den sozialpolitischen Bereich und in die sozialpolitischen Überlegungen heute auch Berufsstände einbezogen sind, an die man vor Jahren innerhalb der Sozialpolitik noch nicht zu denken brauchte! Ich erinnere etwa an das Kindergeld auch für die Selbständigen, an die Altersversicherung für die Landwirte oder auch an den Strahlenschutz und ähnliches, lauter Angelegenheiten, die heute unser gesamtes Volk interessieren.

Noch etwas anderes möchte ich ganz allgemein zu diesem gesamten Haushalt sagen: Auch die Sozialpolitik kann heute **keine Geschenke** mehr verteilen. Die 45 Milliarden DM, die in diesem laufenden Jahr allein die staatliche Sozialpolitik in Deutschland kosten wird, müssen von allen Schichten des Volkes aufgebracht werden. Ein reines Klassendenken ist also in der Sozialpolitik von diesen Summen her und von dem vorhin aufgezeigten Personenkreis her nicht mehr möglich und nicht mehr denkbar! Zwei Drittel — das ist der heutige Stand — der sozialpolitischen Leistungen bringen im Durchschnitt die von den sozialpolitischen Leistungen irgendwie Betroffenen selbst auf durch Steuern und durch Beiträge. Daraus folgt, daß Sozialpolitik heute aufgehört hat, eine reine Umverteilungsfunktion wahrzunehmen. Sozialpolitik ist heute

vielmehr eine weitestreichende **Solidarleistung aller Schichten** unseres Volkes, unserer Gesellschaft. Wie sollte es denn auch anders sein, wenn heute etwa jeder fünfte Einwohner Bayerns eine oder mehrere Sozial- oder Versorgungsrenten oder andere öffentliche Unterstützungen laufend bezieht? Von dieser Tatsache her werden uns die eben genannten Dinge schlaglichtartig nochmals ganz deutlich erhellt. Einerseits sind wir stolz auf dieses erreichte Maß an Solidarleistungen in unserem deutschen Volke, ausgelöst durch eine fortschrittliche Sozialpolitik in Bund und Ländern, auf der anderen Seite stellt sich aber für uns doch tatsächlich die Frage, die auch von den beiden Vorrednern in anderem Zusammenhang schon angeschnitten worden ist: Wieweit können denn ohne Schaden die Solidarleistungen reichen; kann man nicht etwa auch die Solidarität überstrapazieren? Diese Frage, glaube ich, muß heute in der Sozialpolitik der Bundesrepublik Deutschland einfach zwingend gestellt und geprüft werden. Deshalb bekennen wir uns klar und deutlich neben dem Solidaritätsprinzip zum **Subsidiaritätsprinzip** und zum **Personalitätsprinzip**, welche beide die Frage nach der **Selbstverantwortung** des einzelnen beinhalten. So wagen wir auch die Frage zu stellen: Wo ist eine zumutbare Selbsthilfe des einzelnen und der kleineren Gemeinschaft möglich? Mit aller Entschiedenheit stellen wir diese Frage in der Sozialpolitik von heute!

Wir wollen nicht durch ein Ausklammern dieser Fragestellung in einen anonymen Versorgungsstaat abrutschen.

Denn ein Ausklammern der Grundsätze der Subsidiarität und der Personalität und ein Überbetonen oder ein Alleinbetonen der Solidarität führt zwangsläufig in den **Versorgungsstaat**.

Deshalb geht auch von dieser Stelle aus hier der Aufruf an die Staatsregierung, bei aller gesetzgeberischen Mitarbeit im Bunde Sozialpolitik auch nach diesem Grundsatz der zumutbaren Selbsthilfe, der zumutbaren Eigenverantwortung und der Vorrangigkeit der tragbaren Eigenleistung zu treiben.

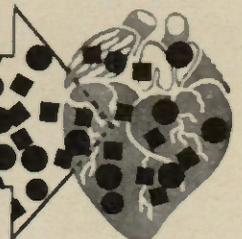
Die Frage nach dem Solidaritätsprinzip und dem Subsidiaritätsprinzip ist eine Frage, die vor den einzelnen gesetzlichen Festlegungen beantwortet werden muß und nicht erst innerhalb dieser einzelnen gesetzlichen Festlegungen. Wir wollen keineswegs innerhalb der sozialen Krankenversicherung den Zustand haben, daß das Prinzip der Solidarität und das Prinzip der Subsidiarität vermischt werden. Nein, das wollen wir keinesfalls; wo Versicherung, da gibt es nur die Frage der Solidarität. Hier ist ein Rechtsanspruch gegeben, der innerhalb der Versichertengemeinschaft erfüllt werden muß, ein Rechtsanspruch auf Leistungen, die von dieser Versichertengemeinschaft aufgebracht werden müssen.

Kationen-„Schlepper“
zur Behandlung der Ischämie.
Prophylaxe, Soforttherapie, Nachbehandlung
des Myocardinfarctes.

TROMCARDIN®
zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz

N. TROMMSDORFF · AACHEN

● Magnesiumparagnet ◆ Kaliumparagnet



Wie man aber vor der gesetzlichen Festlegung die Frage nach der Eigenverantwortung beantwortet, ist eine davon völlig unabhängige Frage. Hier liegt wahrscheinlich der Unterschied in unseren Meinungen: Wir wollen die Frage nach den tragbaren Eigenleistungen vor einer gesetzlichen Festlegung der Solidarleistungen klar beantwortet haben! Das ist die Frage, von deren Beantwortung her wir etwa auch die Zweckmäßigkeit einer Selbstbeteiligung oder die Höhe der Versicherungspflichtgrenze in der sozialen Krankenversicherung erörtern . . .

Es gibt aber nach meinem Dafürhalten über diese beiden erstgenannten Verschränkungen der Sozialpolitik hinaus in unserer Staatspolitik insgesamt noch eine dritte Ebene der Verschränkungen. Auf die kommt es mir in diesem Zusammenhang heute ganz besonders an. Ich meine nämlich jene Verschränkung, daß verschiedenste bayerische Ressorts unmittelbar sozialpolitische Kompetenzen haben. Ich weiß, daß ich mit einer Kritik an der Tatsache, daß ganz **spezifisch sozialpolitische Kompetenzen auf verschiedenste Ressorts verteilt** sind, nicht unmittelbar allen meinen Fraktionskollegen im Hohen Hause aus dem Herzen spreche.

Ich will aber trotzdem diese Frage hier in eigener Verantwortung eines Parlamentariers ansprechen; denn ich meine, man sollte auch das im Parlament sagen, was man etwa vor dem November 1962 in der Öffentlichkeit vertreten hat! Ich bekenne vor diesem Hohen Hause ganz ausdrücklich, daß ich eine verwaltungsmäßige Harmonisierung der quer durch unsere Staatsverwaltung verteilten, spezifisch sozialpolitischen Kompetenzen für notwendig erachte. Oder, um es nun ganz konkret auszudrücken: Ich glaube, daß die Zeit allmählich gekommen ist, daß wir in Bayern von einem reinen Arbeitsministerium weg und hin zu einem umfassenden **Sozialministerium** streben müßten.

Gesundheitswesen, Sozialhilfe, Kriegsopferfürsorge, sind so enge Bestandteile der Sozialpolitik und haben zueinander einen so engen Bezug, daß ich meine, man würde allen diesen einzelnen Zweigen der sozialpolitischen Betätigung im Lande besser dienen, wenn man sie auch organisatorisch zusammenführen würde.

Es wird sicher und ganz verständlich von bewährten Organisationsmaximen der bayerischen Staatsverwaltung hierbei gesprochen werden. Ich persönlich meine, daß man es durchaus als eine klassische Leistung bayerischer Staatsverwaltung ansehen muß, daß seit **Montgelas** bestimmte Verwaltungsgrundsätze in Bayern bis zum heutigen Tag nicht angetastet worden sind. Das ist sicher auf der einen Seite etwas Erfreuliches, auf der anderen Seite möchte ich aber sagen, seit **Montgelas** haben sich die soziologischen und die politischen Verhältnisse in unserem Lande so sehr gewandelt, daß auch die Staatsorganisation auf diese Wandlungen in gebührender Weise Rücksicht nehmen müßte.

Ein anderes, was ich zur Begründung dieser meiner Meinung anführen möchte, ist, daß in fast allen deutschen Bundesländern das Sozialministerium bereits Tatsache geworden ist. Ich hoffe, daß es auch in Bayern in der Zukunft Tatsache werden wird! . . .

Einige Jugendfragen darf ich noch anschnelden. Wir haben in der Bundesrepublik ein fortschrittliches, beispielgebendes **Jugendarbeitsschutzgesetz**. Wir sind des-

halb bestürzt darüber, daß auch im vergangenen Jahr wieder so viele Beanstandungen wegen Übertretungen seiner Vorschriften erfolgen mußten. Der Gesetzgeber — da kann ich mich den Worten **Dr. Dehlers** anschließen — hat sich bei der Verabschiedung dieses Gesetzes etwas gedacht. Er hat an die Gesundheit und Unversehrtheit der heranwachsenden Generation des deutschen Volkes gedacht, und weil er so bedeutsame Gedanken bei der Verabschiedung dieses Gesetzes hatte, müssen wir daran interessiert sein, daß dieses Gesetz auch tatsächlich ohne Verstoß durchgeführt und befolgt wird. Wir bitten die Gewerbeaufsicht, mit aller Strenge beobachtete Verstöße zu ahnden, vor allem aber auch zu untersuchen, wo die Gründe dafür liegen. Daß nur 60 Prozent den Pflichtuntersuchungen nachgekommen sind, die das Gesetz für die neu ins Berufsleben Eintretenden vorschreibt, ist äußerst bedauerlich. Ich kann mich hier völlig dem anschließen, was **Dr. Dehler** gesagt hat.

Man müßte, so meine ich, mehr werben. Der Herr Staatsminister hat ja in seiner Haushaltsrede schon davon gesprochen. Man müßte diese **Werbung** im Zusammenwirken mit dem Herrn Kultusminister ganz besonders in den achten Klassen der Volksschulen durchführen und sie in den ersten Jahrgängen der Berufsschulen fortsetzen. Das schiene mir ein geeigneter Weg zu sein.

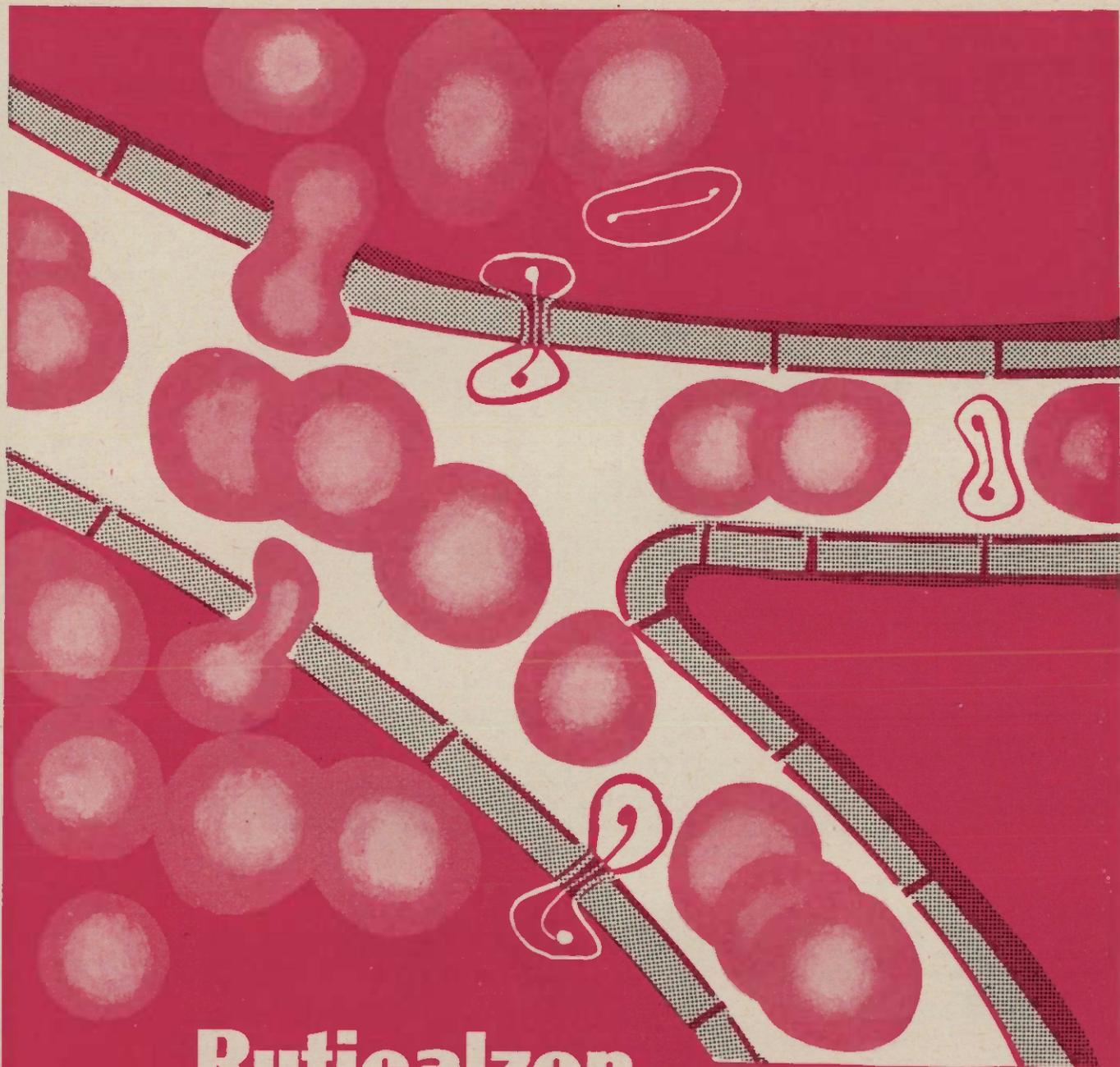
Auch ein kritisches Wort muß ich allerdings noch über diese **Untersuchungen** sagen. Wer mit den von den Ärzten erstellten Gutachten zu tun hatte, war manchmal nicht ganz begeistert über deren Ausführlichkeit und Inhalt.

Hier scheint mir eine echte Ausbildungslücke bei der Ärzteschaft zu bestehen. Man kann noch keinen Vorwurf daraus machen; das Gesetz läuft ja erst an. Aber ich meine, man müßte der Ärzteschaft von Staats wegen auch die Bildungsmittel zur Verfügung stellen, die bessere und qualifiziertere Gutachten ermöglichen. Man muß hier wirklich mehr tun, wenn diese Untersuchungen ihren Zweck auch wirklich erfüllen sollen.

Für die Bayern-Partei sagte der Kollege **Dr. Brentano-Hommeyer** u. a.:

Der Herr Staatsminister hat bezüglich eines Teilgebiets der Sozialpolitik, nämlich der Krankenversicherungsreform, geäußert, daß er die Notwendigkeit der Anpassung an die sich fortentwickelnden und wechselnden sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse bejahe. Das möchte ich nun nicht nur für den Bereich der Krankenversicherungsreform, sondern für die **gesamte Sozialpolitik** im weitesten Sinn gelten lassen: die Notwendigkeit der **Anpassung** an die sich fortentwickelnden und wechselnden sozialen und **wirtschaftlichen Verhältnisse**. Das ist eigentlich der Sinn des sozialen Fortschritts. Sozialer Fortschritt ist ja im Grunde eine stetige Anpassung an die wechselnden Verhältnisse. Und soziale Gerechtigkeit als anerkanntes Fundament eines modernen Rechts- und Kulturstaates ist auch keine Sache, die man sozusagen mal erreicht und auf deren Lorbeeren man dann beruhigt ausruhen kann.

Um die **höchstmögliche soziale Gerechtigkeit** muß ständig gerungen werden, weil sich die Verhältnisse ständig verändern; denn, wie in einem Garten das Unkraut wuchert, wenn man nichts tut, so kommt auch in



Ruticalzon

Erhöhung der Kapillarresistenz,
Normalisierung der Permeabilität,
Hämorrhagische Diathesen.
Netzhaut- und Glaskörperblutungen,
Gynäkologische Blutungen, Haematurie,
Urticaria, nässende Ekzeme, Pruritus,
Apoplexie-Prophylaxe.

JOHANN A. WÜLFING
DÜSSELDORF

Phyto- Balneologie

Salus

mit Pflanzenvalextrakten,
ätherischen Ölen, Vitaminen und Lecithin;
auf der Basis eines dermatologisch gete-
steten und biologisch abbaufähigen Spe-
zial-Schaumträgers.

Salus Baby-Bad

Salus Bronchial-Asthma-Bad

Salus Kreislauf-Bad

Salus Nerven-Bad

Salus Rheuma-Bad

Salus Venen-Bad

Gute Dispergierung und nachweisliche Resorption
der Wirkstoffe.

Schonende Hautreinigung im hauteigenen pH-Be-
reich.

Als therapeutisch wirksame Badezusätze sind Salus
medizinische Badekonzentrate zur kassenärztlichen
Verordnung geeignet.

Bitte verlangen Sie Literatur und Muster.



Salus-Haus

8 München 9 · Schönstr. 10

Sanatorium St. Blasien

südlicher Schwarzwald · 800 m über dem Meer
Deutschlands höchstgelegene Privatheilanstalt
für alle Erkrankungen der Atmungsorgane
Alle neuzeitlichen Behandlungsmethoden

Chefarzt: Obermedizinalrat Dr. Felix BRECKE

Heilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

Brückenau-Bad (300 m). Säuerlinge, Moorbäder, Trinkkuren gegen Erkrankungen des Nierenbeckens, der Blasen- und Harnwege, Kreislaufstörungen, Rheuma, Frauenleiden.

Brückenau-Stadt (310 m). Eisen- und achweifelhaltige Säuerlinge, Trinkkuren, Moorbäder gegen Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten, Rheuma.

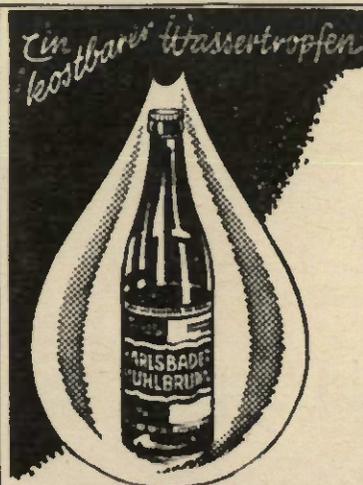
Bad Bürrheim (700—800m). 27^o/ige Solquelle, Atemwege — Rheuma — Kreislauf — chronisch entzündliche Augenleiden.

Neustadt/Saale Heilbad (240 m). Erdsulfatische Kochsalz-säuerlinge für Trink-, Bade- und Inhalationskuren, Moorbäder. Heilanzeigen: Magen, Darm, Galle, Leber, Kreislauf, Gicht, Zucker und Rheuma.

Wildbad Wemding (420 m). Schwefel- und Stahlquelle, Bäder-Trinkkur, Bandscheibenschaden, Kreislaufstörungen, Rheuma, ganzjährig geöffnet. Tel. 300.

Bad Windsheim/Mfr. Rheumatismus der Gelenke und Muskeln, Neuralgien und Neuritiden (Ischias, Lumbago), Frauenleiden, Affektion der Gallenwege und des Darmes (Obstipation, gastrokardialer Symptomenkomplex), Fettsucht, Nieren- und Harnleitersteine.

Bad Wörlishofen (630 m). Geburtsstätte der Kneippkur — Vegetative Funktionsstörungen und deren organische Folgezustände — Herz- und Gefäßerkrankungen — funktionelle Nervenkrankheiten — Endocrine und Stoffwechsel-Störungen — Rheumatisch-neuralgische Zustände — Erkrankungen der Verdauungsorgane, der Atemwege, des Urogenitalbereiches und Frauenkrankheiten — Abhärtung, Vorbeugung, Schlafstörungen, Rekonvaleszenz.



**KARLSBADER
MUHLBRUNN**

und
**NATURL. KARLSBADER
SPRUDELSALZ**

bei Galle, Leber, Magen,
Darm, Stoffwechsel

Verlangen Sie stets echtes
Karlsboder Solz.

Zu beziehen durch
Apotheken u. Drogerien

Alleinimporteur
Fa. Rudolf Mahr, Hersbruck/Mfr.

Privatabteilung des Hospital zum Hl. Geist

Klinik Prof. Dr. Heupke
Bad Homburg v. d. Höhe
Innere Krankheiten
sorgfältige Diät
Telefon 33 77

Beachten Sie bitte

■
unsere Beilagen!

Privatnervenklinik Gauting bei München

mit Sanatoriumcharakter

Heilschlaf
Anoxie und
Elektrobehandlung
Bäderabteilung
Röntgen

Telefon München 86 12 26

einem Staat und in der Gesellschaft die Gerechtigkeit immer wieder aus dem Gleis und entwickelt sich in Ungerechtigkeit wuchernd von selbst.

Man muß also ständig um die soziale Gerechtigkeit ringen, und zwar müssen das alle die tun, die irgendwie mitverantwortlich sind. Auf dem Bewußtsein, daß die Verantwortlichen im Staate ständig diese Aufgabe vor Augen haben, daß sie ringen um soziale Gerechtigkeit im höchstmöglichen Sinne, beruht letztlich auch der ethische Anspruch des Staates gegenüber dem Staatsbürger auf loyale Einordnung und Anerkennung der bestehenden Gesetze. Ein Staat, der nicht auf sozialer Gerechtigkeit aufgebaut ist, braucht sich nicht zu wundern, wenn unter den Bürgern Staatsverdrossenheit und auch Auflehnungsgefühle Platz greifen. Kürzlich hat es der Herr Bundesjustizminister sehr drastisch ausgedrückt, indem er im Bundestag ein Wort des Heiligen Augustinus zitierte, das ich Ihnen doch nicht vorenthalten möchte, weil es mich sehr beeindruckt hat: „Staaten ohne Gerechtigkeit“, so sagte nach Dr. Bucher der Heilige Augustinus, „sind nicht besser als organisierte Räuberbanden.“ Ich würde es gar nicht wagen, mich so scharf auszudrücken, wenn das Wort nicht von einem Kirchenvater geprägt worden wäre. Aber dieses drastische Wort, glaube ich, sollte zum Nachdenken anregen; denn nur ein Staat, der sich wirklich Mühe gibt, die soziale Gerechtigkeit ständig zu verwirklichen, so gut es eben geht, und darum zu ringen, hat den Anspruch einer höheren Ethik, die er dann auch vom Bürger verlangen kann.

AMTLICHES

Überleitungsabkommen zwischen der Bayerischen Versicherungskammer, Ärzteversorgung, in München und der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz

Bezirksvereinigung Koblenz-Montabaur —
Versorgungseinrichtung — in Koblenz

1. Mitglieder der oben aufgeführten Versorgungseinrichtungen, die sich als angestellte Ärzte aufgrund des § 7 Absatz 2 AnVG von der Angestelltenversicherungspflicht zugunsten einer der oben aufgeführten Versorgungseinrichtungen hatten befreien lassen und durch Umzug oder Wechsel des Arbeitsplatzes von dem Bereich der einen in den Bereich der anderen oben aufgeführten Versorgungseinrichtungen gelangen und die dort ausgesprochene Befreiung von der Angestelltenversicherungspflicht weiter aufrechterhalten, haben das Recht, auf ihren Antrag die bei der bisherigen Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge ungekürzt an die Versorgungseinrichtung ihres neuen Arbeitsplatzes übertragen zu lassen.

Die neue Versorgungseinrichtung gewährt diesen Mitgliedern das Recht auf alle von ihr zu erbringenden satzungsmäßigen Leistungen in der Höhe, als wären die bei der bisherigen Versorgungseinrichtung geleisteten Beiträge zu denselben Zeiten bei ihr entrichtet worden.

2. Ärzte, die im Zeitpunkt des Arbeitsplatzwechsels bei ihrer bisherigen Versorgungseinrichtung einen Antrag auf Berufsunfähigkeitsrente gestellt haben oder zu diesem Zeitpunkt bereits berufsunfähig waren,

können in die neu zuständige Versorgungseinrichtung nicht übergeleitet werden.

3. Der Antrag auf Überleitung ist sowohl an die bisherige als auch an die neu zuständige Versorgungseinrichtung zu richten.
4. Die bisherige Versorgungseinrichtung überträgt der neu zuständigen Versorgungseinrichtung sämtliche Beiträge, die der Antragsteller während seiner Mitgliedschaft dorthin abgeführt hat.
5. Der geldliche Ausgleich zwischen den Versorgungswerken erfolgt unmittelbar mit Erstellung der einzelnen Überleitungsabrechnung.

Der Risikoübergang erfolgt mit dem 3. Kalendertag, 00.00 Uhr, nach Absendung der Überleitungsabrechnung. Maßgebend für den Absendetag ist der Poststempel.

Etwaige Beitragsrückstände werden vom bisherigen Versorgungswerk beigesteuert. Das neue Versorgungswerk leistet im Bedarfsfalle Amtshilfe.

6. Dieses Überleitungsabkommen kann durch eingeschriebenen Brief von den Vertragschließenden mit einer Frist von sechs Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden.

Vor Ablauf der Kündigungsfrist beantragte Überleitungen sind durchzuführen.

7. Dieses Abkommen tritt nach Zustimmung der Aufsichtsbehörde der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Bezirksvereinigung Koblenz-Montabaur — Versorgungseinrichtung — in Koblenz am Tage dieser Zustimmung in Kraft.

Es ist in den Ärzteblättern der Vertragschließenden alsbald nach Zustimmung der Aufsichtsbehörde zu veröffentlichen.

Koblenz, den 26. September 1962

Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
Bezirksvereinigung Koblenz-Montabaur
(San.-Rat Dr. Stein, Vorsitzender)

München, den 26. Oktober 1962

Bayerische Versicherungskammer

i. V. (Dr. Mayer, Oberregierungsdirktor)

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Verstöße gegen kassenärztliche Pflichten als Verletzung allgemein-ärztlicher Berufspflichten

In der Rechtsprechung der Sozialgerichte wurde schon wiederholt anerkannt, daß eine Verletzung der ärztlichen Pflichten nach der Berufsordnung durchaus auch ein Verstoß gegen kassenärztliche Pflichten sein kann (vergl. dazu § 3 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns).

Mit dem umgekehrten Fall batte sich neuerdings das Berufsgericht Nürnberg in einem Urteil vom 23. Januar 1963 (BG-Ä 2/62; rechtskräftig) zu befassen.

Der betreffende Arzt hatte in zwei Quartalen eine unkorrekte Abrechnung vorgelegt und sich bei der Überprüfung durch die KV ungehörig verhalten; die Zulassung zur Kassenpraxis war ihm daraufhin entzogen worden. In dem anschließenden berufsgerichtlichen Verfahren wurde ihm ein Verweis erteilt und auf eine Geldbuße von DM 1000.— erkannt.

Aus den Gründen:

Der Beschuldigte hat sich durch sein Verhalten auch einer Verletzung seiner beruflichen Pflichten schuldig gemacht. Nach § 2 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns ist jeder Arzt verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und sich bei seinem Verhalten innerhalb und außerhalb seines Berufes der Achtung und des Vertrauens würdig zu zeigen, die der ärztliche Beruf erfordert. Gemäß Abs. 2 dieser Vorschrift ist ferner jeder Arzt auch verpflichtet, die für die Ausübung seines Berufes geltenden Vorschriften zu beachten. Der Beschuldigte hat gegen diese Bestimmungen in mehrfacher Hinsicht verstoßen.

1. Der Beschuldigte forderte für das letzte Vierteljahr 1960 von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Ersatzkassen eine ungerechtfertigt hohe Vergütung. Der Beschuldigte hat nämlich bei seiner Abrechnung für dieses Vierteljahr in erheblichem Umfang Leistungen in Rechnung gestellt, die er überhaupt nicht erbracht und die er in diesem Umfang auch gar nicht erbracht haben konnte. Der Beschuldigte will nach seiner Abrechnung angeblich rund 12500 ärztliche Leistungen in jenem Vierteljahr erbracht haben. Auf den Kalendertag einschließlich der Sonn- und Feiertage kämen somit rund 140 Leistungen. Bei einem Zeitaufwand von 6 Minuten je Leistung ergäbe das eine durchschnittliche Arbeitszeit von täglich 14 Stunden, also ohne Pause von etwa 6 Uhr morgens bis 20 Uhr abends. Dies schon allein zeigt, daß der Beschuldigte zuviele Leistungen verrechnete. Leistungen in dem Umfang, wie sie der Beschuldigte der Kassenärztlichen Vereinigung gegenüber angab, können vielleicht von drei Ärzten zusammen erbracht werden, die sehr leistungsfähig sind und eine über dem Durchschnitt liegende große Praxis haben, niemals aber von einem Arzt allein.

Von einem Arzt muß man aber fordern, daß er bei seiner Kassenabrechnung peinlich genau ist und nicht eine ihm in der geforderten Höhe nicht zustehende Vergütung fordert, indem er in seiner Abrechnung Leistungen aufführt, die er nicht erbrachte. Ein Arzt, der wie der Beschuldigte anders handelt, macht sich eines Betrugs schuldig und schädigt durch sein Verhalten die Achtung vor dem Beruf des Arztes und mindert das Vertrauen zu diesem Beruf.

2. Der Beschuldigte hat ferner seine beruflichen Pflichten auch dadurch verletzt, daß er entgegen den maßgebenden Bestimmungen und der sich daraus für ihn ergebenden Pflicht den dafür zuständigen Zeugen ... seine Kartei nicht zur Prüfung vorlegte. Angesichts der Tatsache, daß der Beschuldigte im ersten Vierteljahr seiner Kassenpraxis Leistungen verrechnete, aus denen sich der unglaublich hohe Betrag von DM 40 000.— ergab und daß er ferner das Schreiben der Kassenärztlichen Vereinigung vom ... nicht beantwortete, wie auch angesichts der Tatsache, daß der Beschuldigte eine Kürzung seiner Abrechnung um mehr als DM 25 000.— wortlos hinnahm, bestand für die Kassenärztliche Vereinigung dringend Anlaß, die Unterlagen des Beschuldigten zu prüfen. Hinzu kommt, daß der Beschuldigte für das erste Vierteljahr 1961 an Leistungen immer noch gegen DM 26 000.— verrechnete und die Kürzung dieses Betrages auf etwa DM 15 000.— gleichfalls ohne

welteres hinnahm. Die gesetzliche Pflicht des Beschuldigten als Kassenarzt wäre es gewesen, die Prüfung zu unterstützen. Wenn er statt dessen ohne zureichenden Grund den Prüfern die Vorlage seiner Kartei verweigerte, so bedeutet dies eine erhebliche Verletzung der ihm als Arzt obliegenden Pflichten.

3. Der Beschuldigte hat seine beruflichen Pflichten schließlich auch noch dadurch verletzt, daß er sich am ... den beiden Zeugen gegenüber ungehörig benahm. Von einem Arzt muß man verlangen, daß er auch mit Organen seines Berufsstandes sachlich bleibt. Die Zeugen ... waren im Interesse des gesamten Ärztestandes tätig, als sie an jenem Tage die Praxsunterlagen des Beschuldigten prüfen wollten. Sie hatten ein Recht darauf, daß der Beschuldigte sie nicht unhöflich oder gar ungehörig behandelte. Wenn auch der Beschuldigte diese beiden Zeugen nicht persönlich beleidigte, so geht es doch nicht an, daß er ihnen gegenüber immer wieder sagte, man wolle ihn erledigen oder fertig machen, daß er davon sprach, es sei ihm alles egal und es könne alles verrecken, daß er ferner davon redete, daß ein zweiter Fall ... geschaffen werde. Ein solches Verhalten ist ungehörig und eines Arztes nicht würdig. Diese üblen Äußerungen des Beschuldigten waren durch nichts veranlaßt, vor allem begegneten ihm die beiden Zeugen höflich und korrekt. Das Verhalten, wie es der Beschuldigte an jenem .. an den Tag legte, mindert die Achtung vor dem ärztlichen Beruf.

Das Berufsgericht spricht gegen den Beschuldigten einen Verweis aus und bringt damit zum Ausdruck, daß es sein Verhalten als eines Arztes unwürdig mißbilligt. Die Schwere der von dem Beschuldigten begangenen Verletzung seiner Berufspflichten fordert daneben als weitere Maßregel, daß ihm auch eine Geldbuße auferlegt wird. Bei der Entscheidung über die Höhe dieser Buße hat das Gericht beachtet, daß der Beschuldigte in recht erheblichem Maße gegen seine Berufspflichten verstoßen hat. Das Verhalten des Beschuldigten war, auch wenn es innerlich zusammenhängt, doch in mehrfacher Hinsicht eine grobe Verletzung seiner beruflichen Pflichten. Auf der anderen Seite spricht zu Gunsten des Beschuldigten, daß er nunmehr sein falsches Verhalten einsieht, daß er ferner schon dadurch Nachteile erlitten hat, daß ein Verfahren gegen ihn anhängig war, in dem er auf eine Zulassung als Kassenarzt verzichtete, und daß er schließlich, soweit bekannt ist, sich bisher sonst nichts hat zuschulden kommen lassen. Unter Beachtung dieser Umstände wie auch der gegenwärtigen Einkommensverhältnisse des Beschuldigten ist neben dem Verweis eine Geldbuße von DM 1000.— für die Schuld und die berufswidrigen Handlungen des Beschuldigten eine angemessene und ausreichende Sühne.

RA Poellinger, München

**Beachten Sie
die klinische Fortbildung
in Bayern!**

(s. Seite 552)

Verkehrssicherungspflicht des Praxisraummieters

(C.) Die Verkehrssicherungspflicht hinsichtlich eines Gebäudes trifft zwar grundsätzlich den Vermieter. Dieser haftet nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung jedoch nur für den allgemeinen Verkehr in seinem Hause, nicht aber für den durch die besonderen beruflichen oder gewerblichen Belange der Mieter bedingten ausgedehnten Verkehr. Insoweit trifft jedenfalls auch den Mieter eine Verkehrssicherungspflicht, als er in den gemieteten Praxis- bzw. Geschäftsräumen einen allgemeinen Verkehr für seine Praxis (Geschäft) eröffnet hat (RGZ 92, 359; 95, 63).

Wer eine Praxis (Geschäft) in gemieteten Räumen betreibt, hat daher insoweit für die Sicherung des Verkehrs von und zu diesen Räumen einzustehen, als er dafür Vorsorge treffen muß, daß seine Besucher die vorhandenen Zugänge ungefährdet benutzen können. Hierzu gehört unter allen Umständen, daß der Mieter bei Dunkelheit sicherzustellen hat, daß seine Besucher die Geschäftsräume, auf einem ordnungsgemäß beleuchteten Wege verlassen können. Hierbei genügt es nicht, daß der Besucher in den unmittelbar vor dem Eingang der Geschäftsräume beleuchteten Hausflur entlassen wird. Es muß vielmehr dann, wenn eine einheitliche Treppenhausbeleuchtung nicht vorhanden ist, auch dafür gesorgt werden, daß der auf die Benutzung des Treppenhauses angewiesene Besucher auf durchgehend beleuchtetem Wege die Haustür erreichen und den Ausgang zur Straße gewinnen kann (Urteil des Oberlandesgerichts Karlsruhe vom 7. 8. 1959 — 7 U 172/58).

Altersstufen in rechtlicher Bedeutung

(C.) 7. Lebensjahr. Mit dem vollendeten 7. Lebensjahr hört die Geschäftsunfähigkeit und unbeschränkte Haftungsfreiheit für verursachte Schäden des Kindes auf. Es beginnt eine beschränkte Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit. Diese Beschränkung in der Geschäftsfähigkeit kommt dadurch zum Ausdruck, daß zu allen Geschäften, durch die nicht lediglich ein rechtlicher Vorteil erlangt wird, die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich ist.

18. Lebensjahr. Mit dem vollendeten 16. Lebensjahre dürfen weibliche Personen die Ehe eingehen (Ehemündigkeit). Nach Vollendung des 16. Lebensjahres kann man selbständig ein Testament errichten.

18. Lebensjahr. Wer das 18. Lebensjahr vollendet hat, kann auf Antrag und mit Einwilligung des gesetzlichen Vertreters für volljährig erklärt werden. Mit diesem Zeitpunkt endigt auch die bedingte Zurechnungsfähigkeit bei der Haftung für verursachte Schäden. Uneheliche Kinder verlieren den normalen Unterhaltsanspruch gegenüber dem Vater.

21. Lebensjahr. Das vollendete 21. Lebensjahr ist von größter rechtlicher Bedeutung. Mit ihm beginnt die Volljährigkeit, und die Ehemündigkeit des Mannes, die unbeschränkte Geschäftsfähigkeit und die Fähigkeit, Trau- und Testamentszeuge zu sein. Es endet gleichzeitig die elterliche Gewalt.

60. Lebensjahr. Das vollendete 60. Lebensjahr bildet einen rechtlichen Grund, eine angetragene Vormundschaft abzulehnen.

STEUERFRAGEN

I. Zur Einkommensteuer

Beschlagnahme von Handakten bei Steuerberatern, Steuerbevollmächtigten, Wirtschaftsprüfern und vereidigten Buchprüfern

Seit dem Inkrafttreten des Steuerberatungsgesetzes vom 16. 8. 1961 sind § 177 Abs. 1 Ziffer 3 und § 177 Abs. 2 AO auf Steuerberater, Steuerbevollmächtigte, Wirtschaftsprüfer und vereidigte Buchprüfer sinngemäß anzuwenden (§ 119 Abs. 3 StBerG). Dieser Personenkreis ist demnach berechtigt, die Auskunft zu verweigern, soweit es sich um Fragen handelt, deren Bejahung oder Verneinung ihre Auftraggeber der Gefahr einer Strafverfolgung aussetzen würde. Die Handakten von Steuerberatern, Wirtschaftsprüfern und vereidigten Buchprüfern unterliegen gem. § 53 Abs. 1 Nr. 3 und § 97 StPO nicht der Beschlagnahme. Die sinngemäße Anwendung dieser Vorschrift schließt ein, daß der Beschlagnahmeschutz auch den in der Strafprozeßordnung nicht genannten Steuerbevollmächtigten zusteht. Erlaß des FM Baden-Württemberg vom 28. 1. 1963 — S. 1265 A — 1/6 — aus Deutsches Steuerrecht 1963 S. 269.

Behandlung von Aufwandsentschädigungen nach § 3 Ziff. 12 EStG

Die Steuerfreiheit von Sitzungsgeldern der kassenärztlichen Vereinigung Hamburg ist durch BFH-Urteil vom 26. 1. 1962 (BStBl. 62 III S. 201) verneint worden, obwohl vorher anerkannt war, daß die Sitzungsgelder nicht als Entschädigung für Verdienstausschlag oder Zeitverlust gewährt werden. Die OFD Hamburg hat diese Rechtslage zum Gegenstand ihrer Verfügung S 21 14 — 31 — St 21 vom 13. 6. 1962 gemacht.

Es wird anzustreben sein, den Unterschied zwischen öffentlichen und nichtöffentlichen Kassen zu beseitigen, wenn die ehrenamtliche Tätigkeit als eine hoheitliche Tätigkeit anzusehen ist. In der Steuerexpertensitzung vom 21. 2. 1963 wurde anheimgegeben, hierzu Stellung zu nehmen, damit für die nächste Einkommensteuernovelle eine Vorlage in diesem Sinne eingebracht werden kann.

Verpflegungsaufwand für Landärzte

Der BFH entschied durch Urteil vom 20. 8. 1962, daß dann, wenn berechtigte Zweifel gegen die Anwendbarkeit der Pauschbeträge bestehen, die Finanzbehörden und die Steuergerichte von Amts wegen verpflichtet sind, die Höhe des tatsächlich entstandenen Verpflegungsmehraufwandes zu ermitteln. Der Steuerpflichtige könne hierbei seine Mitwirkung unter Hinweis auf die in den EStR vorgesehenen Pauschbeträge nicht versagen. Der Steuerpflichtige könne die Anwendung der Pauschbeträge auch nicht unter Hinweis auf die Steuerfreiheit der Reisekostenvergütung im öffentlichen Dienst wegen Verletzung des Gleichberechtigungsgrundsatzes erzwingen.

Art. 3 Abs. 1 GG; §§ 171, 204, 243, 244 AO; §§ 3 Ziff. 11, 4 Abs. 2 EStG 1955; Abschn. 119 Abs. 3 Ziffer 3 b EStR 1955 — BFH-Urteil vom 20. 6. 1962 in HFR 1963 S. 21.

Behandlung der Kosten eines Fortbildungslehrganges im Ausland

Der Deutsche Anwaltsverein hatte in der Zeit vom 1. bis 13. 9. 1958 in Davos einen Kursus über Wettbewerbs-, Kartell- und Gesellschaftsrecht abgehalten, an dem ein kleiner Kreis deutscher Rechtsanwälte teilnahmen. Der Beschwerdeführer, der seine Ehefrau mit nach dort genommen hatte, begehrte für Unterbringung und Mehraufwendungen für Verpflegung entsprechend Abschnitt 119 Abs. 1 EStR 1958 den Pauschbetrag von 60.— DM täglich für 17 Tage (4 Reise- und 13 Lehrgangstage) als Betriebsausgaben anzuerkennen. Das FA hatte unter Ablehnung eines Teiles der geltend gemachten Aufwendungen einen Gesamtbetrag von 330.— DM als Betriebsausgaben anerkannt, auch von den Kosten der Reise mit dem Kfz. 67.— DM abgesetzt.

Der BFH hatte mit seinem Urteil vom 20. 7. 1962 diese Schätzungen gutgeheißen und das Urteil des BFH vom 18. 11. 1961 (BStBl. 1962 III S. 181) zitiert. Hiernach ist ein Teil der den Teilnehmern an solchen Auslandskursen erwachsenen Aufwendungen im Schätzungswege als nicht abziehbare Lebenshaltungskosten anzusehen, da zwingende Gründe für die Abhaltung eines solchen Kurses im Ausland nicht anzuerkennen seien und damit unwiderleglich davon ausgegangen werden müsse, daß von vornherein bei der Planung derartiger Tagungen auch die Berücksichtigung privater Lebenshaltungsinteressen der Teilnehmer eine Rolle spiele. Aus diesen Gründen könnten die Aufwendungen grundsätzlich nur insoweit als Betriebsausgaben anerkannt werden, als sie auch bei der Abhaltung der Kurse im Inland entstanden wären. Auch sei die Kursdauer nach dem Wunsche der persönlichen Lebenshaltungsinteressen der Teilnehmer bemessen. Bei den vorgenommenen Schätzungen, so wird ausgeführt, seien Verstöße der finanzgerichtlichen Würdigung gegen die Denkgesetze, das geltende Recht, den klaren Inhalt der Akten sowie Willkür nicht festzuhalten. Der BFH habe sich nach Maßgabe der §§ 288, Ziff. 1, 296 Abs. 1 AO an die Würdigung des FG halten müssen.

§ 4 Abs. 4, § 12 Ziff. 1 EStG 1958 — BFH-Urteil vom 30. 7. 1962 in HFR 1963 Nr. 131

Reisekosten für die Ehefrau

Wenn ein Facharzt zusammen mit seiner in der Praxis mitarbeitenden Ehefrau, die ebenfalls Ärztin ist, nicht aber Fachärztin, Fortbildungstagungen besucht, so sind die Reisekosten der Ehefrau ebenfalls Betriebsausgaben. Bei einer qualifiziert mitarbeitenden Ehefrau steht hiernach das berufliche Interesse so sehr im Vordergrund, daß demgegenüber private Erwägungen i. S. des § 12 EStG keine ins Gewicht fallende Bedeutung haben.

— FG Schleswig-Holstein, Urteil vom 20. 12. 1962 — I 57/61 und I 58 — 61/61 — vgl. NWB 1963, Heft 17, Fach 1, S. 93.

Steuerermäßigung für Beschäftigung einer Haushaltshilfe

Der Entwurf der Einkommensteuer-Ergänzungsrichtlinien für das Kalenderjahr 1962 sieht vor, daß Abschnitt 192 Abs. 2 Satz 2 der Einkommensteuer-Richtlinien über den Abzug der Aufwendungen für eine Haushaltshilfe folgende Fassung erhält: „Liegt eine der in

§ 33 a Abs. 3 EStG bezeichneten Voraussetzungen vor und wird statt einer Haushaltshilfe stundenweise eine Haushaltshilfe (z. B. eine Aufwartefrau) beschäftigt, so können die Aufwendungen für sie, höchstens jedoch ein Betrag von 600.— DM im Kalenderjahr vom Einkommen abgezogen werden: diese Regelung gilt in Anpassung der bisherigen Verwaltungsübung an das BFH-Urteil vom 6. 7. 1962 (BStBl. 1962 III S. 469), wonach § 33 a Abs. 3 EStG nicht auf Aufwendungen für eine Haushaltshilfe anwendbar ist, aus Billigkeitsgründen noch bis zum Veranlagungszeitraum 1963 einschließ-lich.“ Die Finanzämter sind angewiesen worden, schon jetzt nach dieser Regelung zu verfahren.

Erlaß des FM NRW vom 16. 1. 1963 — S 2193 a — 8 — VB; vgl. BB 1963, S. 219

II. Zur Umsatzsteuer

Musterungs-Vertragsärzte sind nicht umsatzsteuerpflichtig

Musterungs-Vertragsärzte üben ihre Tätigkeit im Rahmen der Musterungskommission unselbständig aus.

Ein praktischer Arzt mit eigener Praxis übte auf Grund eines jeweils für einen Musterungsabschnitt mit der Bundesrepublik abgeschlossenen Vertrages gegen einen bestimmten Pauschalsatz je Musterungstag die Tätigkeit eines Musterungsarztes aus. In diesem Vertrag ist ausdrücklich das Bestehen eines Angestelltenverhältnisses verneint. Es war streitig geworden, ob die dem Musterungsarzt zugeflossenen Entgelte der Umsatzsteuer unterliegen. Schon in der Vorentscheidung war festgestellt worden, daß sich aus dem Gesamtbild der Tätigkeit des Musterungsarztes eine überwiegende Eingliederung in die militärische Organisation der Musterungskommission ergibt. So muß der Musterungsarzt z. B. den Weisungen der militärischen Dienststellen in bezug auf den Umfang seiner Tätigkeit, die Zeit der Tätigkeit (Festsetzung der Musterungstage) und den Ort Folge leisten. Auch richtet sich die Art der ärztlichen Untersuchungen nach genauen Vorschriften. Ferner stellt das zuständige Kreiswehersatzamt dem Musterungsarzt für seine Tätigkeiten die medizinischen und technischen Instrumente und Geräte sowie das erforderliche Hilfspersonal zur Verfügung. Der Musterungsarzt ist nicht in der Lage, die Ausdehnung und den Erfolg seiner Arbeit durch freie Willensentschlüsse zu bestimmen. Auch trägt er nicht ein irgendwie geartetes Unternehmerwagnis. Wenn bei Personen, die im Hauptberuf Unternehmer sind, auch grundsätzlich die Vermutung vorliegt, daß sie auch an eine mit dem Hauptberuf zusammenhängende Nebentätigkeit in ihrer Eigenschaft als Unternehmer herangehen, so müsse, wie ausgeführt wird, im vorliegenden Falle für die Beurteilung die tatsächliche Ausgestaltung der Beziehung zu einem anderen Schluß führen. Diese Verhältnisse seien von denen der Knappschaftsärzte verschieden. Denn von diesen werde die Praxis auf eigene Kosten eingerichtet. Auch beschaffe sich der Knappschaftsarzt das zur Führung erforderliche Material selbst. Die Entlohnung der Hilfskräfte sowie die Einstellung eines Vertreters liege ebenfalls in den Händen des Knappschaftsarztes. Nach allem hielt der BFH die Entscheidung des FG aufrecht, wonach ein Musterungsarzt nicht umsatzsteuer-

pflichtig ist, da es ihm an der hierfür erforderlichen wirtschaftlichen Selbständigkeit für eine solche Tätigkeit fehlt.

§ 2 Abs. 1 Ziff. 1 UStG — BFH-Urteil vom 13. 12. 1962 — in BStBl. 1963 III S. 167

Sparen und Anlegen

Im Winde segelt man . . . Was über Kurspflege und Konversion zu sagen ist

Nach der sorgfältigen Lektüre der letzten Fortsetzungen dieser kleinen Reihe über das Geld und seine Anlagemöglichkeiten sind wir nun also Rentenbesitzer geworden, und gäbe es noch die gute alte Zeit (in der Preissteigerungen noch bieder „Teuerung“ hießen, als gottgewollt galten und mangels des modernen Inflationbegriffes nicht in eine unmittelbare Beziehung zum Geldwert und damit zur Sparneigung gebracht wurden), so wären wir mit solchem Besitz auf dem besten Wege „Rentiers“ zu werden.

Machen wir uns kurz noch einmal klar, was es heißt, Rentenwerte, also Anleihen, Pfandbriefe usw., zu besitzen. Es heißt einen guten Zins — derzeit etwa sechs Prozent p. a. — für sein Sparkapital bekommen und dieses Kapital, sofern die Rückzahlung der Renten abgewartet wird, frei von Wertschwankungen, die Folge von Kursveränderungen sind, angelegt haben. Andererseits haben wir mit Rentenwerten eine Geldforderung erworben, und ihr Wert verändert sich, wenn sich der Wert des Geldes überhaupt verändert. Wer sein in festverzinslichen Werten investiertes Kapital erhalten will, muß also vom Zinsertrag so viel gleich wieder dem Kapital zuschlagen, wie die jährliche Geldwertminderungsquote beträgt. Die Statistiker nehmen derzeit eine Geldentwertung von drei Prozent pro Jahr bei uns an. Wollen wir also das einmal gebildete Rentenskapital erhalten, so müssen wir von den 6 Prozent Zinsen die Hälfte, d. s. 3 Prozent, sofort wieder neu in Anleihen oder auf andere gut verzinsliche Art anlegen. Nur die restlichen drei Prozent — vermindert um die Bankgebühren für Depotverwaltung usw. sowie u. U. um den auf dieses Einkommen entfallenden Einkommen- und Vermögensteueranteil — dürfen wir verbrauchen, so wie einst die Rentiers.

Wenn jemand heute also reiner Wertpapier-Rentier sein wollte und sich mit Konsumausgaben von 20 000 DM im Jahr begnügen will, so muß er rund eine Million in festverzinslichen Wertpapieren angelegt haben (eine Steuerlast von 10 000 DM unterstellt). Wer mehr vom Zinsertragnis konsumiert, betrügt sich selbst.

Dies, damit die Proportionen hinter den mehr fachlichen und markttechnischen Erörterungen nicht verlorengehen, voraus. Im übrigen wollen wir uns über die Kurspflege am Rentenmarkt und über Konversionsanleihen unterhalten. Wer sich Leihkapital durch die Emission an Anleihen, Pfandbriefen usw. verschafft, legt Wert darauf, daß die Stücke fest placiert sind. Am besten sind private Sparer als Käufer. Sie legen die Papiere in ein Bankdepot und kümmern sich nicht mehr um sie, bis ihnen die Bank mitteilt, jetzt seien die fraglichen Stücke ausgelost oder sonstwie zur Rückzahlung aufgerufen worden, und man empfehle, den freiwerdenden Betrag in soundso Obligationen anzulegen. Die meisten bei uns verkauften Rentenwerte werden aber nicht so gut placiert, sondern meist nur „untergebracht“ — bei Banken etwa, die

vorübergehend Geld anlegen wollen, bei Industriefirmen, die mit der für bereits feststehende Investitionen bereitgestellten Liquidität inzwischen noch Zinsen ernten möchten, und schließlich im Ausland, das das hohe deutsche Zinsniveau schätzt — so lange, bis sich irgendwo auf der Welt reizvollere Anlagemöglichkeiten bieten. Als dritte Anlegergruppe, die eine sehr bedeutende Rolle spielt, kommen die Versicherungen, vor allem die Lebensversicherung, in Frage. Bei den Versicherern sind festverzinsliche Wertpapiere im allgemeinen ebensogut placiert wie bei Privatleuten.

Große Rentenbeträge können also jederzeit wieder auf den Markt kommen, und diese Gefahr wird besonders akut unter zwei Aspekten: Die Notenbank kann die Geldbeschaffung der Kreditbanken so erschweren, daß die Banken einen Teil ihrer festverzinslichen Wertpapiere verkaufen, um Geld zum Ausleihen an Industrie und Handel zu bekommen. Solche Verkäufe werden nur vorsichtig erfolgen, weil sie die Rentenkurse drücken und damit die Rentenverkaufserlöse schmälern würden. Der andere Aspekt ist die Aktienbörse. Wenn die Kurse am Aktienmarkt steigen, verkaufen viele Leute Rentenwerte, um Aktien kaufen zu können. Der winkende Kursgewinn am Aktienmarkt bedeutet ihnen viel mehr als der sichere Zinsnutzen von Anleihen und Pfandbriefen.

Alle diese Erscheinungen können zu plötzlichen Kursschwankungen am Rentenmarkt und damit zu einer Beunruhigung führen, die gerade die besten Kunden, die privaten Sparer, nur verärgern wird. Daher versuchen die Emittenten, also die Hypothekenbanken, in bezug auf Pfandbriefe und Kommunalobligationen, der Staat bezüglich seiner Anleihen und die Industrie hinsichtlich der Industrieobligationen plötzliche, nicht durch eine allgemeine Markttendenz ausgelöste Kursschwankungen in sehr engen Grenzen zu halten. Es geschieht, indem sogenannte Kurspflegefonds gebildet werden, mit denen die beauftragten Banken am Rentenmarkt intervenieren, indem sie plötzlich herauskommendes Angebot aufkaufen. Je sorgfältiger und entschlossener ein Emittent Kurspflege treibt, um so besser ist sein Ruf unter den Sparern, um so begehrt werden seine Emissionen sein und um so eher wird er es sich auch leisten können, bei seinen Emissionen einen um Bruchteile niedrigeren Zins als andere, nur schlecht kurspflegende Emittenden, zu bieten. Es ist eine am deutschen Kapitalmarkt weithin bekannte Tatsache, daß kein Emittent eine so gute Kurspflege betreibt wie die Kreditanstalt für Wiederaufbau in Frankfurt.

Es kann im übrigen auch sein, daß einmal eine plötzliche besondere Nachfrage den Kurs eines Rentenpapiers in die Höhe treiben will. Dann muß der Kurspflegefonds so viel von diesem Papier enthalten, daß der Nachfragestoß durch Abgaben aufgefangen werden kann, ohne daß es zu Kurssteigerungen (denen die Reaktion ja auf dem Fuße folgen müßte) käme. — Wir sehen also, Kurspflege ist eine schwierige Sache. Sie kostet oft sehr viele Millionen Mark (wenn größere Beträge an Anleihen zum Abfangen von Kurseinbrüchen aus dem Markt genommen werden müssen); es ist bekannt, daß die große Bank, die im Frühjahr 1959 eine nur zu 5% verzinsliche Weltbankanleihe über 200 Millionen DM in der Bundesrepublik aufgelegt hat, zeitweise fast den gesamten Anleihebetrag „zur Kurspflege“ zurückgekauft hatte.

Das hatte im Grunde mit Kurspflege nichts mehr zu tun, sondern ist wohl mehr eine Prestigesache am Rentenmarkt gewesen. Es gilt nämlich als ein Gesetz, daß die Kurse „nicht gegen den Markt gepflegt“ werden sollen und können. Es kann also nicht Aufgabe der Kurspflege sein, einer allgemeinen Entwicklung des Kapitalzinses (und damit der Kurse für umlaufende Emissionen) entgegenzuwirken. Solche Interventionen würden nicht nur die Kräfte der jeweiligen Emittenten überfordern, sie wären auch wirtschaftlich vollkommen sinnlos, weil es nichts anderes wäre als ein Bemühen um die Verfälschung des Marktes und damit seine Korruption. Der Markt aber hat sich — Gott sei Dank, auch wenn es einen manchmal hart ankommt — noch immer als der Stärkere erwiesen. Wenn Wind kommt, segelt man in ihm, aber man versucht nicht, ihn aufzuhalten.

Geht nun der Weg des Kapitalzinses nach unten, und kann man annehmen, daß es die Zinshöhe nicht mehr geben wird, zu der man einmal eine Anleihe emittierte, so wartet man als Emittent auf den Augenblick, an dem diese Anleihe gekündigt werden kann. In der Regel ist es fünf oder sechs Jahre nach der Emission einer Anleihe oder einer Pfandbriefserie zum ersten Male möglich, die ganze Emission zur Rückzahlung zu kündigen. Von dieser Möglichkeit wird Gebrauch gemacht, weil es in Zeiten, in denen der Kapitalzins sechs Prozent beträgt, für den Schuldner unwirtschaftlich ist, acht Prozent zu zahlen — so wie es die Emission etwa des Jahres 1957 vorgesehen hat. Oft aber braucht der Schuldner, der vor sechs Jahren Geld am Markt aufnahm, dieses Geld ganz oder teilweise auch weiterhin, denn nicht umsonst gab er der Anleihe ja eine „längste Laufzeit“ von 15 oder 20 Jahren. Dann bietet er den Gläubigern der alten Emission eine — nunmehr marktgerecht verzinsliche — Anleihe an, in welche die alten Stücke aus dem Jahre 1957 umgetauscht werden können. Das ist dann eine Konversionsanleihe. Wer nicht damit zufrieden ist, anstelle einer Anleihe, die acht Prozent bringt, eine solche zu haben, die sechs Prozent hergibt, der muß es sich gefallen lassen, daß der Schuldner die zu acht Prozent verzinslichen Stücke zurückkauft. Die Hypothekenbanken stehen dabei noch unter dem Druck ihrer Darlehensschuldner, die bei einem gesunkenen Landeszinsfuß nicht mehr bereit sind, die alten hohen Zinsen weiter zu bezahlen. Sie zahlen ihre Schuld vorzeitig zurück (evtl. indem sie neue, niedriger verzinsliche Schulden machen) und zwingen damit die Hypothekenbank, auch aus rechtlichen Gründen, die diesen Darlehen zugrunde liegenden Pfandbriefe zu kündigen — schon weil jedem Pfandbrief ein auch zinsmäßig kongruentes Deckungsdarlehen gegenüberstehen muß.

So viel für heute. Beim nächsten Mal dann ein Wort über die Aktie.

Bernd Baehring

Ansch. d. Verf.: München 25, Krüner Straße 21.

MITTEILUNGEN

Der Kühlschrank ist kein Lagerhaus

Von Werner Stratenschulte, Frankfurt a. M.

Ernährungswissenschaftler warnen: Hausfrauen sollen Leistungsfähigkeit nicht überschätzen.

Aufschlußreiche Einzelheiten über die Leistungsfähigkeit moderner Kühlschränke hat jetzt die Deutsche Gesellschaft für Ernährung in Frankfurt bekanntgegeben. Sie hat dabei die Verbraucher aufgefordert, die Leistungsfähigkeit der Kühlschränke nicht zu überschätzen und nur frische Waren einzulagern. Es wurde daran erinnert, daß nach einer Mitteilung des Bundesgesundheitsamtes heute mehr Menschen an bakteriellen Lebensmittelvergiftungen erkranken, als in den Jahren vor dem zweiten Weltkrieg.

Die Entschuldigung hört man oft: „Wir haben ja einen Kühlschrank“, sagen Hausfrauen oder Jungesellen, wenn sie ihre Vorräte nicht so schnell verbrauchen, wie es eigentlich vorgesehen war und wie sie zweifellos tun würden, wenn sie nicht im Besitz solch einer fortschrittlichen Kühlanlage wären. Zweifellos gehört sie zu den nützlichsten Gebrauchseinrichtungen eines neuzeitlichen Haushaltes, aber unbestreitbar kann man auch den Fortschritt überschätzen. Lebensmittel können auch im Kühlschrank verderben oder an Qualität verlieren. Vor allem aber: es ist völlig unterschiedlich, wie lange die verschiedenen Nahrungsmittel bei normaler Temperatur im Kühlschrank — wo das Thermometer etwa zwischen +2 und +6 Grad steht — haltbar bleiben.

Diese Werte sind nicht nur in Verbraucherkreisen weitgehend unbekannt, sondern auch in den Berufsschichten, von denen eine entsprechende Belehrung und Beeinflussung der Bevölkerung auszugehen hat. Aus diesem Grunde hat die Deutsche Gesellschaft für Ernährung eine Tabelle zusammengestellt, in der die übliche und die mögliche Lagerdauer der wichtigsten Lebensmittel aufgeführt werden. Als Unterlagen wurden Forschungsergebnisse verwendet, die von der Bundesforschungsanstalt für Lebensmittelrisikohaltung in Karlsruhe erarbeitet worden sind.

Bei der Auswertung dieser Tabelle muß besonderes Augenmerk auf die Tatsache gerichtet werden, daß die Wissenschaftler zwischen einer üblichen und einer möglichen Lagerdauer im Kühlschrank unterscheiden. Es wurde berücksichtigt, daß bei jeder Lagerung die Qualität verderblicher Lebensmittel — je nach ihrer Empfindlichkeit mehr oder weniger schnell — abnimmt und daher ein Qualitätsverlust schon dann eintritt, wenn die sogenannte übliche Lagerzeit überschritten wird. Zwar bleiben die Nahrungsmittel trotzdem noch eine Zeitlang genießbar, nämlich bis zur Grenze der

(Fortsetzung Seite 548)

Wenn Haut
zu heilen —

Lyssia Salbe

Die meldepflichtigen, übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Mai 1963

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen des Bayer. Statistischen Landesamts)

Im Berichtsmonat traten Erkrankungen an Scharlach etwas häufiger auf als im Vormonat — 53 Fälle auf 100 000 der Bevölkerung und 1 Jahr gegenüber 47 im April — und auch häufiger als im Mai 1962 (40). Die Anzahl der Erkrankungen an Meningokokken-Meningitis (übertragbare Hirnhautentzündung) stieg im Mai geringfügig an. Fälle von übertragbarer Kinderlähmung wurden nicht gemeldet.

Die im April auf Grund einer örtlichen Häufung erhöhte Zahl von Salmonellose-Fällen (übertragbare Dünndarmentzündung) ging im Mai wieder zurück. An Hepatitis infectiosa (ansteckende Leberentzündung) erkrankten wieder etwas mehr Personen als im Vormonat, der allerdings eine sehr niedrige Erkrankungsziffer aufwies.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. April bis 1. Juni 1963 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Tuberkulose ²⁾ der						Typhus abdominalis		Paratyphus A und B			
					Kinderlähmung der. paral. Fälle		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung		Atmungsorgane (aktive Form)		Haut		übrigen Organe							
	Meakokken-Meningitis		übrige Formen																			
E ¹⁾	ST ¹⁾	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	5	—	170	—	—	—	11	1	7	—	1	—	274	33	—	—	37	2	2	—	1	—
Niederbayern	1	—	26	—	—	—	7	—	3	—	—	—	68	14	1	—	12	—	—	—	1	—
Oberpfalz	1	—	44	—	—	—	4	—	—	—	1	—	66	9	2	—	11	—	—	—	1	—
Oberfranken	—	—	52	—	—	—	10	1	5	—	—	—	69	23	1	—	4	—	1	—	1	—
Mittelfranken	3	—	82	—	—	—	14	—	5	—	1	1	94	17	3	—	10	—	3	—	3	—
Unterfranken	—	—	43	—	—	—	2	—	6	—	—	—	88	10	3	—	13	1	4	—	—	—
Schwaben	3	—	83	—	—	—	7	—	2	1	—	—	81	12	1	—	15	—	2	—	—	—
Bayern	13	—	500	—	—	—	55	2	28	1	3	1	740	118	11	—	102	3	12	—	7	—
München	2	—	92	—	—	—	2	1	1	—	—	—	128	17	—	—	18	1	2	—	—	—
Nürnberg	2	—	31	—	—	—	8	—	—	—	—	—	22	7	—	—	3	—	—	—	1	—
Augsburg	—	—	14	—	—	—	—	—	—	—	—	—	16	2	—	—	2	—	1	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	2	—	—	5	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25			
	Dakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				Botulismus	Hepatitis infectiosa	Psittacose	Verdachtsfälle von Tollwut ⁴⁾	Brucellose		Well'sche Krankheit	Malaria-Ersterkrankungen	Taxoplas-mose	Trachom	Wundstarrkrampf													
			Salmonellose		übrige Formen						Banq'sche Krankheit	übrige Formen																		
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST		
Oberbayern	17	—	8	—	—	—	—	—	55	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	1	—		
Niederbayern	3	—	3	—	—	—	—	—	17	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	1	1		
Oberpfalz	3	—	9	—	—	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Oberfranken	—	—	1	—	—	—	1	—	53	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—		
Mittelfranken	—	—	2	—	—	—	—	—	7	—	1	—	1	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Unterfranken	4	—	59	—	—	—	1	—	31	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—		
Schwaben	—	—	5	—	—	—	—	—	36	—	1	—	1	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—		
Bayern	27	—	87	—	—	—	2	—	204	—	2	—	10	—	3	—	1	—	1	—	1	—	1	—	3	1	2	—	2	1
München	13	—	4	—	—	—	—	—	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	
Nürnberg	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Würzburg	1	—	28	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	

Ferner wurde 1 Erkrankungsfall an Klebbettleber bei oder nach Fehlgeburt aus dem Regierungsbezirk Oberbayern gemeldet.

1) E = Erkrankungen (inschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle

2) ST = Sterbefälle

3) Nur Neuzugänge, keine Zugänge aus anderen The-Gruppen

4) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers

möglichen Aufbewahrungszeit, aber sie haben bis dahin meistens schon einiges von ihrem ursprünglichen Nährwert verloren. Im übrigen wird die Lagerdauer maximal mit vierzehn Tagen angegeben. Begründung: Der Kühlschrank ist nur für eine kurzfristige Frischhaltung bestimmt und auch gut haltbare Lebensmittel sollten nicht länger in ihm aufbewahrt werden.

Wie groß das Leistungsvermögen eines heutigen Kühlschranks ist, beweist ein Beispiel: In einer bestimmten Menge eines Nahrungsmittels, die normalerweise 2300 Bakterien enthält, wächst die Zahl dieser Bakterien bei einer Aufbewahrung im Kühlschrank (bei 4,5 Grad Celsius) in vier Tagen zwar auf 34 000 an, außerhalb des Kühlschranks bei der sogar noch mäßigen Zimmertemperatur von 15 Grad jedoch auf 3,1 Millionen, also das 1350fache.

Besonders vorsichtig sollte man bei der Lagerung frischer Fleisch- und Fischwaren sein. Die Karlsruher Forschungsanstalt gibt für Fisch, wenn man ihn in der Tropfschale auf Eis lagert, eine übliche Aufbewahrungszeit von einem und eine mögliche von drei Tagen an. Diese Zeiten erhöhen sich bei gekochtem Fisch auf 2 und 4, bei gebratenem auf 2 und 5 und bei geräuchertem Fisch auf 2 und 6 Tage.

Besonders empfindlich ist auch frische Wurst, die man üblich nur einen Tag lagern sollte, möglicherweise aber bis zu drei Tagen im Kühlschrank aufbewahren kann. Frisches rohes Fleisch im Fleischfach unter dem Verdampfer bleibt dort üblicherweise drei Tage, möglicherweise aber bis zu sechs Tagen frisch. Bei gebratenem und gekochtem Fleisch erhöhen sich diese Werte ähnlich wie bei Fisch, während sie sich bei frischem Hackfleisch noch vermindern: Hackfleisch hat eine übliche Lagerzeit von nur einem halben und eine mögliche Aufbewahrungszeit von nur einem ganzen Tag. Hackfleisch sollte deshalb noch am Tage des Einkaufs verbraucht werden. Milch und Sahne halten im Kühlschrank zwei bzw. fünf Tage, Butter im Butterfach (6—8 Grad) zwei bis acht Tage und außerhalb des Butterfachs 6—14 Tage. Für Eier werden 10 bis 14 Tage angegeben und für Gemüse und Salate 3 und 7 Tage.

Zu diesen Erfahrungsnormen bemerkt die Gesellschaft für Ernährung: „Diese Zeiten sind für eine vernünftige Vorrathaltung immer noch sehr hoch und erlauben der verantwortungsbewußten Hausfrau eine bequeme, rechtzeitige Planung. Sie enthalten aber auch gewisse Werte, die stark von den üblichen Vorstellungen abweichen und, wenn man sie nicht kennt, leicht eine fahrlässige Gefährdung der Familienmitglieder herbeiführen können.“

Art der Nahrungsmittel	übliche Lagerdauer Tage	mögliche Lagerdauer*) Tage
Butter (tägl. Bedarf ¹⁾)	2	8
Butter-Vorrat	6	14
Eier	10	14
Fleisch, roh ²⁾	3	6
Fleisch, gekocht	3	7
Fleisch, gebraten	3	8
Hackfleisch	1/2	1
Wurst, frisch	1	3
Wurst, geräuchert	4	7
Fisch, frisch ³⁾	1	3
Fisch, gekocht	2	4

Fisch, gebraten	2	5
Fisch, geräuchert	2	6
Gemüse, Salate ⁴⁾	3	7
Wurzelgemüse	8	14
Käse ⁵⁾	4	14
Konditorwaren	2	6
Milch und Sahne	2	5
Obst, Beeren ⁴⁾	2	10
Steinobst	3	10
Kernobst	8	14
Räucherware (ohne Fisch)	10	14
Speisen zubereitet	2	4

*) Nur bei frischer Ausgangsware und gleichbleibenden Lagerbedingungen.

¹⁾ Im Butterfach bei +6 bis +8° C.

²⁾ Im Fleischfach unter dem Verdampfer bei +2 bis +4° C.

³⁾ In der Tropfschale auf Eis bei 0 bis +1° C.

⁴⁾ Nur im Feuchtraumbehälter.

⁵⁾ Im geschlossenen Behälter.

Weniger Motorräder – weniger schwere Unfälle

Einzelresultate der Verkehrsunfallstatistik von 1962

Auch die „Feinauszählung“ des Statistischen Bundesamtes über die Verkehrsunfälle im vergangenen Jahre hat ergeben, daß der bisher unaufhaltsam erscheinende Gefahrezuwachs im Straßenverkehr zur Zeit zumindest gebremst zu sein scheint. Nicht nur die Gesamtzahl der schweren Unfälle ist rückläufig (1962: 211 842 Unfälle mit Personenschaden gegenüber 230 060 im Jahre 1961 und 239 050 im Jahre 1960), auch viele Einzelresultate der Statistik zeigen ein erfreulicherer Bild.

Am auffallendsten ist die starke Verminderung der Unfallbeteiligung von Motorrad- und Mopedfahrern. Im Jahre 1962 waren 18 546 weniger Motorräder und Motorroller und 21 676 Mopeds weniger an Unfällen beteiligt als im Jahre zuvor.

Das sind 25,6 und 36,9 v. H. weniger; der Bestand an Motorrädern und Motorrollern ging in der gleichen Zeit um 19,9 v. H., der Bestand an Mopeds um 22,2 v. H. zurück.

Hauptursache für die zahlenmäßig günstigere Situation ist also offenbar die ständige Abnahme der Zahl der Zweiradfahrzeuge auf unseren Straßen; immerhin ging die Unfallbeteiligung (ohne Rücksicht auf die Unfallschuld) noch stärker zurück als der Bestand.

Bei den Personenwagen ist demgegenüber eine Erhöhung der Unfallzahlen festzustellen. 1962 waren 19 581 mehr Personenwagen an Unfällen beteiligt als im Jahre zuvor; in Personenwagen wurden 28 646 mehr Personen getötet oder verletzt als zuvor.

Das sind 7,1 und 17,7 v. H. mehr als im Vorjahr; die Zahl der in der Bundesrepublik zugelassenen Personenwagen stieg jedoch um 914 400 oder 18,8 v. H., also immer noch stärker als die Zahl der Unfälle.

Daß die Zahl der Verkehrstopfer bei Personenwagenunfällen stärker angestiegen ist als die Zahl der Unfälle, bedeutet, daß die durchschnittliche Unfallschwere sich erhöht hat. Den Grund hierfür läßt die Unfallstatistik erkennen.

Mehr als die Hälfte der in Personenkraftwagen verletzten Personen waren bei Unfällen außerhalb von Ortschaften zu verzeichnen, drei Viertel der in



Ihr Telefon ist nie allein



Sie sind Arzt und oft unterwegs. Auf Visite. Im Krankenhaus. In der Praxis klingelt Ihr Telefon. Keiner nimmt den Hörer ab. Keiner? Doch - vielleicht Ihre Frau. Vielleicht zum 23. Male heute.

Unvermeidlich? Wer sollte es sonst tun?

Ganz einfach: Sie! Mit Ihrer Stimme. Über den automatischen Anrufbeantworter TELEFUNKEN 101.

Das geht so: Sie (oder wir) sprechen eine Mitteilung vor. Zum Beispiel, daß Sie um 17 Uhr zu erreichen sind. Der TELEFUNKEN 101 teilt das jedem Anrufer mit. In Verbindung mit einem Tonbandgerät

(Magnetophon 75, 76, 77, 85) kann der TELEFUNKEN Anrufbeantworter 101 noch mehr: festhalten, was der Anrufer Ihnen sagen wollte. Alles. Wort für Wort.

Praktisch? Mehr als das. Kein Patient, kein Krankenhaus ruft Sie vergeblich an. Sie sind immer am Telefon. Auch wenn Sie nicht in der Praxis sind. Und der TELEFUNKEN 101 kann schon im ersten Jahr steuerlich voll abgesetzt werden.

Sie möchten den TELEFUNKEN 101 kennenlernen? Sehr bald sogar? Rufen Sie ihn einfach an:

München (0811) 22 05 46. Dann meldet er sich.

Alles spricht für

TELEFUNKEN



Dismenol

zur gezielten Therapie
der Dysmenorrhoe

durch Spasmyolyse im Genitaltrakt
und zuverlässige Analgesie

(Parasulfamidobenzoensäure 0,05 g
Dimethylamino-phenyldimethylpyrazol, 0,25 g)
AGpharm, Luzern
Hersteller in Deutschland:
Simons Chemische Fabrik, Gauting bei München



Fabrik
pharm.
Präparate
Karl
Engelhard
Frankfurt
am Main
gegr. 1872



rein pflanzlich

PROSPAN-Tropfen: O.P. Tropfflaschen mit 20 g, 50 g, 100 ccm · PROSPAN-Zäpfchen: O.P. Faltschachtel mit 6 Stück (für Kinder u. Erwachsene)



BIONORICA KG
NÜRNBERG
BIOLOGISCHE
ARZNEIMITTEL

Solveta

beim Symptomenkomplex
der Verdauungsinsuffizienz



SONDERTARIFE FÜR ARZTE

Krankentagegeld auch für hohe Ansprüche
Krankenhaustagegeld

Operationskosten bis DM 5 000. -

Auslandsrankenversicherung bis DM 10 000. -

VEREINIGTE
Krankenversicherung A.G.

Landesdirektion München 22, Königinstr. 19 · Tel. 227625

Vertragsgesellschaft von ärztlichen Organisationen

ORIENT-TEPPICHE

selt 1925

Nichts ist so sehr Sache des Vertrauens als der Kauf eines Orient-Teppichs. Nur der autorisierte Fachmann kann Ihnen durch jahrzehntelange Erfahrung mit niedrigsten Preisen und besten Qualitäten den vollen Gegenwert Ihres Geldes gewährleisten.

Direkt-Importe aus dem ganzen Orient
Riesen-Auswahl in allen Größen

MAX STEINHAUSEN

MÜNCHEN 2, Briener Straße 10, Telefon 22 61 61 - 29 70 23
(Genau gegenüber Café Leitpold)

SPARKASSE

gibt Sicherheit in allen Geldgeschäften

... auch beim Kauf von Auslandsgeld für die Urlaubsreise

Der Versuch eines Österreicher (Richard Strauhal, Wien), dem wegen einer Straftat in seinem Heimatland der Dr.-Titel und die Approbation als Arzt entzogen worden ist, in der Bundesrepublik wieder als Arzt tätig zu werden, gibt Anlaß zu folgenden Hinweisen:

Vor Einstellung eines Vertreters oder Assistenzarztes feststellen, daß

1. eine gültige Bestallung vorliegt,
2. kein Berufsverbot verhängt worden ist,
3. eine Erlaubnis zur Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in der Bundesrepublik vorliegt, sofern der Bewerber keine deutsche Bestallung als Arzt besitzt.

In allen Zweifelsfragen Auskunft bei der Bayerischen Landesärztekammer einholen.

Personenkraftwagen Getöteten verloren ihr Leben bei Unfällen außerhalb der Ortschaften. Die Kurve der Personenschäden bei Personenkraftwagen steigt außerhalb der Ortschaften noch leicht an, innerhalb der Ortschaften fällt sie.

Hier wird die verordnete und die durch die Verkehrsichte erzwungene Geschwindigkeitseinschränkung innerhalb der Ortschaften sichtbar.

Auf je 100 km Straßenlänge wurden in der Bundesrepublik im vergangenen Jahre 84 Unfälle gezählt. Weit über dem Durchschnitt lagen dabei die Ortsdurchfahrten der Bundesstraßen mit 909 Unfällen auf 100 km und die Autobahnen mit 311 Unfällen auf 100 km. Auf Bundesstraßen in freier Strecke ereigneten sich 180 Unfälle je 100 km.

Ein Vergleich zwischen Bundesstraße und Autobahn müßte jedoch berücksichtigen, daß die Verkehrsleistung der Autobahn erheblich höher ist als die anderer Straßen. Neue Zählungen hierüber liegen nicht vor; in früheren Jahren hat man auf den Autobahnen etwa die dreifache Menge des Verkehrs der Bundesstraßen gezählt, eine Zahl, die für die letzte Zeit sicher schon wieder zu niedrig sein dürfte. ÄPI

Radioaktive Stoffe für Leuchtzifferblätter

Der Bundesminister für Atomkernenergie teilt mit: In der Bundesrepublik ist die Verwendung radioaktiver Stoffe zu Leuchtzifferblättern und Zeigern durch die Erste Strahlenschutzverordnung geregelt. Nach dieser Verordnung sind radioaktive Leuchtzifferblätter und -zeiger genehmigungsfrei, wenn die Dosisleistung der nicht abgedeckten Strahlung in 0,1 m Abstand von der Leuchtfarbe weniger als 0,1 mrem pro Stunde nicht überschreitet. Die deutsche Uhrenindustrie ist daher dazu übergegangen, vorzugsweise Promethium-147 und Tritium für die radioaktiven Leuchtzifferblätter und -zeiger zu verwenden. Die radioaktiven Isotope Promethium-147 und Tritium senden gegenüber Radium eine weniger durchdringende Strahlung aus, die im allgemeinen entweder am Uhrenglas oder am Sprungdeckel von Taschenuhren absorbiert wird.

Das österreichische Abitur

Wer in Österreich die Hochschulreife erwerben will, braucht dort nur acht Jahre auf eine Höhere Schule zu gehen, während er in Bayern neun Jahre studieren muß. Dieser Vorteil wurde bisher von zahlreichen bayerischen Schülern aus dem Grenzgebiet ausgenutzt.

Die Sache hat aber einen Haken, nämlich vor Aufnahme eines Hochschulstudiums in Bayern müssen diese Acht-Klassen-Abiturienten eine Anerkennungsprüfung ablegen, sofern sie nicht in ihrem Abiturzeugnis einen Notendurchschnitt von 2,0 erreicht haben. In einer dem Landtag von einem Interessenten vorgelegten Eingabe wird angeregt, daß diese Zusatzprüfung entfallen soll. Der kulturpolitische Ausschuß schloß sich dieser Meinung jedoch nicht an. Vom Kultusministerium wurde darauf hingewiesen, daß man auch jenseits der Grenze zur neunklassigen Höheren Schule übergehen wolle, woraus hervorgehe, daß auch dort die Notwendigkeit eines neunten Schuljahres zur Erlangung der Hochschulreife erkannt worden sei. Sobald sich Österreich der bayerischen Regelung angeschlossen habe, ergäben sich dann neue Gesichtspunkte für die Anerkennung des österreichischen Abiturs.

BUCHBESPRECHUNGEN

Multiple Sklerose — Fünf Fortbildungsvorträge. Herausgeber Prof. Dr. F. W. Bronisch. F. Enke Verlag, Stuttgart. 63 S., karton., 4,80 DM.

Anhand von fünf Fortbildungsvorträgen, die am 2. Neurologischen Fortbildungskurs in Düsseldorf im Juni 1962 gehalten wurden, vermittelt das Bändchen sowohl dem Nervenarzt als auch dem interessierten Praktiker einen umfassenden Überblick über den heutigen Stand der Diagnostik, Therapie, der sozialen Betreuung und Begutachtung der Multiple-Sklerose-Kranken.

Entsprechend dem Rahmen der Ausgabe, trägt die Beschränkung auf das Wesentliche mit dazu bei, rasch mit der Problematik dieser Erkrankung vertraut zu werden und wichtige Gesichtspunkte aus der Sicht verschiedener Autoren kennenzulernen. So zeigt E. Bay die schwierige Differentialdiagnose der MS gegenüber chronisch progredienten Rückenmarkserkrankungen, insbesondere der funikulären Spinalerkrankung und dem Rückenmarkstumor. Spezielle diagnostische Probleme, wie Lumbal- und Suboccipitalpunktion, Luftencephalographie und Myelographie, werden in ihrem Für und Wider diskutiert. F. Laubenthal setzt sich anhand von übersichtlichen Tabellen mit den bisherigen und heute gebräuchlichen Therapieformen kritisch auseinander. Aufgrund langjähriger Erfahrung wird die Therapie empfohlen, die, je nach akutem Schub, chronisch progredientem Verlauf und stat. Lähmungsstadium, am besten zur Anwendung kommen sollte. R. Broušek behandelt das reichhaltige Kapitel unüblicher und ausgefallener Heilmethoden bei der MS, womit sich ja gerade der in der Praxis tätige Arzt aufgrund häufiger Fragen seiner Pat. immer wieder auseinandersetzen muß. F. W. Bronisch zeigt die besondere Problematik dieser Erkrankung auf sozialem Gebiet und weist in diesem Zusammenhang auf die große Bedeutung des neuen Bundessozialhilfegesetzes und der Landesfürsorgeverbände hin. Schließlich zieht H. Kalm Schlussfolgerungen aus den Gutachtenproblemen dieser Erkrankungen und geht vor allem auch auf die Beurteilung der Schwangerschaftsunterbrechung ein, was gerade für den Hausarzt von besonderer Bedeutung sein dürfte.

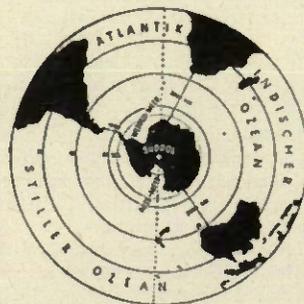
Gerade bei der Vielzahl der Literatur über die MS dient dieses kleine Buch also in hervorragender Weise dazu, den vielbeschäftigten, interessierten Arzt rasch und gründlich zu informieren. Dr. Láhoda

Die Beurteilung der körperlichen und geistigen Eignung des Kraftfahrers. Von E. Peukert und W. Nieschke. F. Enke Verlag, Stuttgart, 1963, 147 Seiten, kartoniert DM 13.80.

In den letzten 10 Jahren sind in allen Bundesländern medizinisch-psychologische Untersuchungsstellen eingerichtet worden, die mit der Begutachtung von Führerscheinebewerbern oder -inhabern hinsichtlich ihrer Kraftfahreignung betraut sind. Diese Institute verfügen inzwischen über ein außerordentlich großes Erfahrungsgut und es ist sehr zu begrüßen, daß die Verf. — zwei ausgezeichnete Sachkenner — das Gebiet in knapper Form erstmals dargestellt haben. Das Buch enthält mehrere einleitende Abschnitte über rechtliche Grundfragen. Der Hauptteil befaßt sich sodann in klarer Gliederung mit der Beeinträchtigung der Fahrtauglichkeit durch einzelne Erkrankungen und andere Störungen der Organfunktion. Bei jeder aufgeführten Erkrankung sind die von der Verf. erarbeiteten Beurteilungsgrundsätze angeführt. Abweichende Auffassungen anderer Autoren werden zitiert. Ein umfassendes Literaturverzeichnis erleichtert das Quellenstudium und ein Stichwortverzeichnis die schnelle Orientierung über Details. Der praktische Arzt wird vielleicht mit Erschrecken feststellen, wie viele Krankheiten zur Teilnahme am motorisierten Verkehr ungeeignet machen und sich seiner Patienten erinnern, die trotz solcher krankheitsbedingter Leistungseinbußen unbehindert am Verkehr teilnehmen. Fragen des ärztlichen Berufsgeheimnisses werden in diesem Zusammenhang treffend behandelt. Die Beurteilungsrichtlinien mögen streng erscheinen, sind aber bei der heutigen Verkehrssituation angemessen. Es ist den Verfassern beizupflichten, wenn sie die gegenwärtigen gesetzlichen Grundlagen für die Handhabung der Führerscheinerteilung als nicht ausreichend bezeichnen. Das Buch ist für alle Ärzte sehr empfehlenswert, denn die zentrale Bedeutung der Fahrerlaubnis für die Mehrzahl der arbeitenden Bevölkerung braucht nicht hervorgehoben zu werden.

Gg. Schmidt, Erlangen-Nürnberg

An alle Ärzte und Philatelisten



Zum Spätherbst ist die Ausreise der ersten deutschen wissenschaftlich-bergsteigerischen ANTARKTIS-EXPEDITION nach dem Kriege geplant. Ziel des Unternehmens ist die Erschließung des sogenannten Möblig-Hofmann-Gebirges auf „Neuschwabenland“. Die private Finanzierung der Expedition ist äußerst schwierig und muß daher viele Wege gehen; einer davon ist unsere GRUSSKARTENAKTION.

Gegen DM 12.— erhält jeder Einzahler auf das „Herrligkoffer-Antarktiskonto“ Postscheckkonto München Nr. 35070 oder

„Herrligkoffer-Antarktiskonto“ Deutsche Bank München Nr. 37625

eine philatelistisch wertvolle Ansichtskarte aus dem Expeditionsgebiet zugesandt; sie trägt die Unterschriften sämtlicher 20 Teilnehmer, sowie Stempel und Vignette der Expedition.

Jeder Beitrag ist für uns wertvoll und jede Grußkarte wird dem Empfänger Freude bereiten. Bitte unterstützen auch Sie die

Deutsche Antarktis-Expedition 1963/64

Mit kollegialem Gruß und Dank

Dr. med. habil. Karl M. Herrligkoffer

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Klinische Fortbildung in Bayern 1963

Kurseinteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

4. bis 9. November 1963

München, I. Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Schwiégk.

21. bis 26. Oktober 1963

München, Städtisches Krankenhaus r. d. Isar

Chefarzt: Doz. Dr. Blömer.

11. bis 15. November 1963

Würzburg, Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Wollheim.

2. KINDERKRANKHEITEN

4. bis 9. November 1963

Erlangen, Univ.-Kinderklinik

Direktor: Prof. Dr. Windorfer.

4. bis 9. November 1963

München,

Städt. Kinderkrankenhaus München-Schwabing

Chefarzt: Prof. Dr. Hilber.

3. CHIRURGIE

4. bis 9. November 1963

München, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Zenger.

4. bis 9. November 1963

München, Städtisches Krankenhaus r. d. Isar

Direktor: Prof. Dr. Maurer.

4. bis 9. November 1963

Erlangen, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Hegemann.

4. bis 9. November 1963

Würzburg, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Wachsmuth.

4. FRAUENHEILKUNDE

4. bis 9. November 1963

München, I. Univ.-Frauenklinik

Direktor: Prof. Dr. Bickenbach.

4. bis 9. November 1963

Würzburg, Univ.-Frauenklinik

Direktor: Prof. Dr. Schwalz.

Unterkunft und Verpflegung in der Klinik möglich.

5. NERVEN- UND GEMÜTSKRANKHEITEN

2. und 3. November 1963

Haar b. München, Nervenkrankenhaus

Direktor: MDir. Dr. Nadler.

Klinisches Wochenende. Thema: „Psychopharmaka“
Verpflegung im Nervenkrankenhaus möglich.

Alle Kolleginnen und Kollegen, welche an einem der vorstehend angekündigten Kurse teilnehmen wollen, werden gebeten, sich wegen Auskunft nur an die Bayerische Landesärztekammer zu wenden und auch nur dort anzumelden. Außer der Teilnahme an den vorstehend aufgeführten Kursen besteht auch die Möglichkeit, als Gastarzt an den genannten Kliniken und darüber hinaus fast an allen Fachabteilungen der Städtischen Krankenanstalten in Augsburg, München und Nürnberg tätig zu sein. Sofern kein persönlicher Kontakt dorthin besteht, vermittelt die Bayerische Landesärztekammer auf Wunsch gerne eine solche Gastarztstätigkeit.

Internationale Gesellschaft für orthopädische Chirurgie und Traumatologie

Unter dem Präsidium von Prof. Phil. D. Wilson, New York, findet der 9. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie und Traumatologie vom 1.—7. September 1963 in Wien statt.

Das Programm umfaßt neben freien Vorträgen drei Symposien über folgende Themen: 1. „Die derzeitigen Möglichkeiten für die Verwendung von Isotopen in der orthopädischen Chirurgie“; 2. „Die chirurgische Be-

handlung der rheumatischen Arthritis"; 3. „Traumatische Verletzungen der Halswirbelsäule“.

Auskunft: Sekretariat, Medizinische Akademie, Wien IX, Alserstraße 4.

Vom 5. bis 7. September 1963 findet die erste Tagung der

Deutschen Gesellschaft für angewandte Zytologie

in München unter dem Vorsitz von Professor Dr. W. Bickenbach statt. Hauptthemen: Möglichkeiten zur Vereinfachung und Verbesserung der zytologischen Krebsfärbensuche („Cytoanalyser“, Fluoreszenzmikroskopie, sonstige Möglichkeiten); Zytodiagnostik der übertragenden Schwangerschaft. Zytodiagnostik der Lunge, des Magen-Darm-Kanals, des Liquor cerebrospinalis.

Auskunft: Dr. H.-J. Soost, I. Universitäts-Frauenklinik, 8 München 15, Malstraße 11.

Ein Kongreß des

Gesamtverbandes deutscher Nervenärzte

wird vom 5. bis 8. September 1963 unter der Leitung von Prof. Dr. J. Zutt in Wiesbaden veranstaltet. Thema: Intelligenz und Intelligenzstörungen.

Auskunft: Prof. Dr. C. Kulenkampff, Universitäts-Nervenklinik, Frankfurt am Main, Heinrich-Hoffmann-Straße 10.

4. Internationaler Kneippärztekongreß in Salzburg vom 8. bis 14. September 1963 im Kongreßhaus und Paracelsus-Kurhaus, Auerspergstraße 2-6.

Veranstalter: Deutscher Kneippärztebund e. V., Bad Wörishofen, in Verbindung mit dem Österreichischen Kneippärztebund, Villach.

22. Fortbildungslehrgang für Kneipp-Therapie Möglichkeiten und Grenzen der Allgemeinen Therapie in der Praxis

Referate:

Dr. J. Früchte, Hannover:

Möglichkeiten und Grenzen der allgemeinen Therapie in der Dermatologie.

Dr. W. Brüggemann, Neheim-Hüsten:

Möglichkeiten der allgemeinen Therapie in der Angiologie.

Dr. R. May, Innsbruck:

Grenzen der allgemeinen Therapie in der Angiologie.

Dr. B. Jettmar, Klagenfurt:

Allgemeine Therapie bei cerebralen Durchblutungsstörungen.

Dr. med. habil. Schlüter, Berleburg:

Möglichkeiten der allgemeinen Therapie in der Gastro-Enterologie.

Doz. Dr. P. Grüneis, Wien:

Grenzen der allgemeinen Therapie in der Gastro-Enterologie.

Dr. L. Felbermayer, Gaschurn:

Vegetarismus überholt?

Dr. N. Kandutsch, Klagenfurt:

Möglichkeiten und Grenzen der allgemeinen Therapie in der Frauenheilkunde.

Die Kneipp-Therapie im hausärztlichen Alltag (Roundtable-Gespräch).

Prof. Dr. H. Schaefer, Heidelberg:

Wissenschaftliches Symposium: „Zur Methodik von experimentellen und sozialmedizinischen Untersuchungen in der allgemeinen Therapie“.

Dr. K. Hagenbuchner, Innsbruck:

Raucherentwöhnung.

Dr. A. Hoff, Bad Wörishofen:

Kneipp-Therapie gestern.

Dr. med. Jos. H. Kaiser:

Kneipp-Therapie heute.

Prof. Dr. M. J. Halhuher, Innsbruck:

Kneipp-Therapie morgen.

Sonderkurse:

Diätkurs:

Dr. H. Anemüller, Bernau, Fr. Kunde-Exner, Villach.

Phytotherapeutischer Kurs:

Dr. R. F. Weiß, Marstetten-Altrach.

Hydrotherapiekurs:

Dr. W. Zimek, Hermagor, Frl. Tschebull, Klagenfurt, Gesundheitslehrer Peter, Bad Wörishofen.

Auskunft: Kneippärztebund e. V., 8937 Bad Wörishofen, Adolf-Scholz-Allee 6, Postfach 180.

Internationale Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke

Die Internationale Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke wird vom 12.-14. September 1963 im Rahmen des 25. Kongresses des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren e. V. in Freudenstadt/Schwarzwald ihre 5. Arbeitstagung durchführen.

Die Tagung steht unter der Thematik: „Theoretische und praktische Grundlagen sowie ausgewählte Kapitel zur klassischen Neuraltherapie“.

Auskunft: Dr. med. H. F. Voss, 792 Heidenheim, Friedrichstraße 10.

25. Kongreß für Naturheilverfahren

Der Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren veranstaltet im Stadthaus und Kurhaus in Freudenstadt/Schwarzwald seinen 25. Kongreß für Naturheilverfahren in der Zeit vom 14.-22. September 1963.

Hauptthemen: 1. Periphere Durchblutungsstörungen; 2. Herz und Kreislauf im Alter. Im Rahmen dieses Kongresses werden verschiedene Sonderkurse durchgeführt.

Auskunft: Dr. H. Haferkamp, 65 Mainz, Adam-Karrillon-Straße 13.

Vom 22. bis 26. September 1963 findet die 65. Zusammenkunft der

Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft

in Heidelberg statt. Hauptthemen: Vererbung. Demonstration bemerkenswerter Fälle von Augenerkrankungen. Auge und Verkehr.

Auskunft: Professor Dr. W. Jaeger, Universitäts-Augenklinik, Heidelberg.

21. Deutscher Sportärztekongreß

Im Physiologischen Institut in Münster/Westfalen veranstaltet der Sportärztebund Westfalen e. V. den 21. Deutschen Sportärztekongreß vom 26.-28. September 1963.

Hauptthemen: 1. Sport in der Therapie und Rehabilitation; 2. Sport in der Therapie und Rehabilitation (Chirurg.-orthopäd. Tag); 3. Probleme des Tauchens.

Auskunft: Kongreßbüro des 21. Deutschen Sportärztekongresses, 44 Münster/Westf., Physiol. Institut, Westring 6.

Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin

Die 32. Vortragsreihe der Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin vom 27. mit 29. September 1963 behandelt das Thema: „Die Entwicklung der modernen Arzneimitteltherapie aus der Sicht der Praxis“.

1. Arzneimittel auf dem Prüfstand der Forschung.
2. Vom biologischen Wirkstoff zum Pharmakon.
3. Die differenzierte Glykosidbehandlung.
4. Moderne Oedemtherapie.
5. Alte und neue Antihypertonica.
6. Moderne Anaesthetica.
7. Substitutive und pharmakodynamische Hormontherapie.
8. Hormonbehandlung in der Gynäkologie.
9. Psychopharmakologische Therapie der Depressionen in der Praxis.
10. Wege und Ziele der antirheumatischen Therapie.
11. Fortschritte der praktischen Antibiotika-Therapie.
12. Die histologischen Grundlagen einer antidiabetischen Therapie.
13. Die orale Diabetestherapie unter dem Aspekt ihres Wirkungsmechanismus.
14. Stand und Ausblick der Chemotherapie maligner Tumoren.

Das ausführliche Programm wird im Augustheft des Bayer. Ärzteblattes erscheinen.

Auskunft: Ärztlicher Kreisverband, Augsburg, Schaezlerstraße 19.

Die

35. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie findet vom 13. bis 17. Oktober 1964 in München im Deutschen Museum statt. Es sind folgende Referatsthemen in Aussicht genommen:

1. Morphologie und Physiologie des Uterusmuskels.
2. Die Ovulation, ihre Anatomie, Pathologie, Physiologie, Auslösung und Unterdrückung.
3. Die Bedeutung der Toxoplasmose für den Geburtshelfer.
4. Ergebnisse der Behandlung mit energiereichen Strahlen in der Gynäkologie, ihre Radiometrie und Dosimetrie, sowie die Zukunft der gynäkologischen Strahlentherapie.

Außerdem ist beabsichtigt, ein Podiumsgespräch über die Diagnose der fetalen Hypoxie und Azidose und ihre geburtshilflichen Folgerungen zu halten.

Auskunft: Prof. Dr. med. W. Bickenbach, I. Universitäts-Frauenklinik München 15, Maistraße 11.

USA-Fachstudienreise für Ärzte zu günstigen Bedingungen!

Die Bayerische Landesärztekammer kann den in Bayern tätigen Kolleginnen und Kollegen mit ihren Gatten und Kindern in Zusammenarbeit mit der Studienreisen-Gesellschaft TERRA und der DEUTSCHEN LUFTHANSA folgende Reisen anbieten:

Programm A:

Teilnahme nur am Sonderflug der Lufthansa München — New York — München
Teilnehmerkosten ca. DM 930.— p.P.

Programm B:

Teilnahme an einer USA-Fachstudienreise ab und bis New York DM 1860.— p.P.

Programm C:

Teilnahme an einer touristischen Reise ab und bis New York
Teilnehmerpreis ca. DM 1400.— p.P.

PROGRAMM A

Dieses Programm sieht lediglich die Beteiligung am Sonderflug ohne Arrangements in den USA vor. Es ist also ideal für Teilnehmer, die Verwandte oder Bekannte in den USA besuchen oder Nordamerika auf eigenem Wege kennenlernen möchten.

Hinflug am 27. Oktober gegen Mittag ab München.

Ankunft in New York am späten Nachmittag des gleichen Tages.

Rückflug am 11. November ab New York gegen 20 Uhr.
Ankunft in München im Laufe des Vormittags des nächsten Tages (12. November).

Vorgesehen ist der Sonderflug mit einer modernen Düsenverkehrsmaschine vom Typ Boeing 720 der Deutschen Lufthansa, die sonst im planmäßigen Flugverkehr über dem Atlantik eingesetzt ist.

Der Flugpreis von 930.— DM pro Person ist auf der Basis einer Beteiligung von 100 Personen errechnet und kann, je nach der tatsächlichen Beteiligung, Änderungen nach oben oder unten unterliegen.

Die TERRA-Studienreisen-Gesellschaft, Augsburg, der wir die Organisation des Gesamtprogramms übertragen haben, wird Sie gerne beraten über Mietung von

Pkw in den USA und deren Bedingungen. Vielleicht dürfte auch ein Greyhound-Abonnement interessant sein, das den Inhaber zu beliebigen Fahrten innerhalb von 99 Tagen auf den Omnibuslinien dieser Gesellschaft berechtigt, zum Preis von 99.— Dollar.

Das ausführliche Programm der Reisen B und C bitten wir den vorhergehenden Heften des „Bayer. Ärzteblattes“ oder Sonderdrucken zu entnehmen, die bei der Schriftleitung des Ärzteblattes angefordert werden können.

Anmeldung für die Reisen bei der Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstr. 85.

Anmeldeschluß 7. August 1963

KONGRESSKALENDER

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir auf jeden Fall, vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Jul/August 1963:

29. 7.—9. 8. in Schloßgut Neutrauburg B. Isny/Allgäu: Einführungslehrgang in die Manualtherapie (WS und Extremitäten). Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.

August 1963:

- 1.—4. 8. in Hannover: Einführungslehrgang in die Chirotherapie — Diagnostik-Kurs. Auskunft: Sekretariat der FAC, 47 Hamm/W., Ostentallee 83, Klinik für manuelle Therapie.
- 4.—11. 8. in Oslo: Internationales Seminar für Gerontologen. Auskunft: Norsk gerontologisk Selskap, Inkognito gt. 1, Oslo.
- 8.—9. 8. in Hamburg: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Klefer- und Gesichtschirurgie. Auskunft: Prof. Dr. Dr. K. Schuchardt, Hamburg 20, Martinistraße 52.
- 9.—15. 8. in Edinburgh: 8. Internationaler Kongreß für Ernährung. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V., Frankfurt a. M., Feldbergstraße 28.
- 10.—11. 8. in Hamburg: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für plastische und Wiederherstellungschirurgie. Auskunft: Prof. Dr. Dr. Schuchardt, Hamburg 20, Martinistraße 52.
- 11.—16. 8. in Kopenhagen: 8. Internationaler Kongreß für Gerontologie. Auskunft: Dr. Per Hansen, DIS Congress Service, 18 St.-Peders-Str., Kopenhagen.
- 18.—23. 8. in Detroit: 5. Internationaler Kongreß für klinische Chemie. Auskunft: Dr. D. G. Remp, Henry-Ford-Hospital, Detroit 2/Mich., USA. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 19.—23. 8. in Nordseebad Juist: Diagnostik-Kurs der ärztlichen Forschungs- und Arbeitsgemeinschaft für Chiropraktik (FAC). Auskunft: Sekretariat der FAC, Hamm/Westf., Am Markt 1.
- 19.—31. 8. Meran: XI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lebrgang für praktische Medizin — Thema: „Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Seuche unseres Jahrhunderts.“ Auskunft und Prospekte ab Mai 1963 durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 20.—23. 8. in Prag: 2. Internationaler Pharmakologen-Kongreß. Auskunft: Prof. Z. Votava, Albertov 4, Prag 2. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 25.—29. 8. in Prag: 2. Internationaler Kongreß für Nephrologie. Auskunft: Dres. V. Fencel und J. Jirka, Institut für Kardiovaskularforschung, Prag 4-Krc.



Dränaven®

Tropfen, Salbe, Suppositorien

für kranke Venen

appezifisch
venotrope
Pflanzenauszüge



26.—31. 8. in Lissabon: IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Hämatologie. Auskunft: Instituto de Medicina Tropical, Dpt. of Haematology, Lissabon. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

Aug./Sept. 1963

30. 8.— 7. 9. in Bad Aussee: 6. Weltkongreß für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene. Auskunft: Generalsekretariat Wien VIII, Piaristengasse 41.

31. 8.—14. 9. in Madonna di Campiglio: 2. Fortbildungslehrgang im Sommerbergsteigen. Auskunft: OMR Dr. Friedrich, München 23, Wilhelmstraße 16.

September 1963

1.— 4. 9. in Hannover: Einführungslehrgang in die Chirotherapie = Diagnostik-Kurs. Auskunft: Sekretariat der FAC, 47 Hamm-W., Ostentallee 83, Ruf 2 59 54, in Klinik für Manuelle Therapie.

1.— 7. 9. in Wien: 9. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie und Traumatologie. Auskunft: Medizinische Akademie, Wien IX, Alserstraße 4. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

1.— 7. 9. in Karlsruhe: 15. Deutsche Therapie-Woche und 15. Deutsche Heilmittelausstellung. Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, Karlsruhe, Kaiserallee 30.

1.—12. 9. in Genf: 20. Konferenz des Internationalen Roten Kreuzes. Auskunft: Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, Petit-Saconnex, Genf.

1.—14. 9. in Pörschach/Wörthersee: 10. Internationales Fortbildungsseminar für die tägliche Praxis der Ärzte und Zahnärzte. Auskunft: Prof. Dr. F. v. Bormann, Bad Nauheim, Burgallee 18.

2.—10. 9. in Den Haag: 11. Internationaler Kongreß für Genetik. Auskunft: Prof. S. J. Geerts, 14 de Monchylein, Den Haag.

5.—7. 9. in München: 1. Tagung der Deutschen Gesellschaft für angewandte Zytologie. Auskunft: Dr. H.-J. Soost, I. Universitäts-Frauenklinik, München 15, Malstraße 11.

5.—8. 9. in Wiesbaden: Kongreß des Gesamtverbandes deutscher Nervenärzte. Auskunft: Prof. Dr. C. Kulenkampff, Univ.-Nervenklinik, Frankfurt a. M., Heinrich-Hoffmann-Straße 10.

8.—13. 9. in Freudenstadt: Atemtherapie-Seminar und Atemmassage-Lehrgang. Auskunft: Dr. V. Glaser, Freudenstadt, Straßburger Straße 25.

8.—14. 9. in Salzburg: 4. Internationaler Ärztekongreß — 22. Fortbildungslehrgang für Kneipptherapie. Auskunft: Kneippärztebund e. V., Bad Wörishofen, Postfach 180.

8.—14. 9. in Bad Wörishofen: 22. Fortbildungslehrgang für Kneipp-Therapie im Rahmen des 4. Internationalen Ärztekongresses. Auskunft: Kneippärztebund e. V., Bad Wörishofen, Postfach 180.

9.—16. 9. in Westerland/Sylt: 19. Ärztliches Seminar für Meereshelkunde. Auskunft: Univ.-Institut für Bioklimatologie und Meereshelkunde der Univ. Kiel, Westerland-Sylt.

12.—14. 9. in Freiburg: Zentraleuropäischer Kongreß der österreichischen, deutschen und schweizerischen Anästhesiengesellschaften. Auskunft: Doz. Dr. K. Wieners, Freiburg/Br., Hugstetterstraße 55, Anästhesieabteilung der Chirurg. Univ.-Klinik.

14.—21. 9. in Freudenstadt: 25. Fortbildungstagung der Internationalen Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke im Rahmen des 25. Kongresses für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. Hans Voss, 792 Heldenheim, Friedrichstraße 10

14.—21. 9. in Rom: 20. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. P. Martin, 43 rue de Champs Elysées, Brüssel. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

14.—21. 9. in Freudenstadt: Diagnostik-Kurs der ärztlichen Forschungs- und Arbeitsgemeinschaft für Chiropraktik (FAC). Auskunft: Sekretariat der FAC, Hamm/Westf., Am Markt 1.

14.—22. 9. in Freudenstadt/Schwarzwald: 25. Kongreß für Naturheilverfahren des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. H. Haferkamp, 66 Mainz, Adam-Karillon-Straße 13.

15.—21. 9. in Madrid: Internationaler Kongreß für Arbeitsmedizin. Auskunft: Prof. Dr. Symanski, Institut für Arbeitsmedizin, Saarbrücken 1, Malstatterstraße 17.

16.—18. 9. in Köln: 63. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. Bennholdt-Thomsen, Köln-Lindenthal, Josef-Stelzmann-Straße 9.



Teppich-Haus BREHM

Größtes Teppichlager
Oberfrankens mit eigenen Importen

Aus dem ganzen Orient, einschließlich Kaukasus, bieten wir Ihnen zu günstigen Preisen:

Belutsch	129×95	160,—	Bidjar	221×135	880,—	Kirman, feine KnOpf.	419×296	4800,—
Mahal	195×130	260,—	Koltak Bidjar	198×129	980,—	Sherkat, fein	354×241	4550,—
Massul	203×138	350,—	Serap	322×82	695,—	Kirman Laver, antik	375×263	9500,—
Khamsee	198×135	480,—	Karabagh, alt	410×180	3900,—	Djoshegan	322×223	1280,—
Melas, alt	189×133	850,—	Kasak, alt	468×123	2320,—	Gaszwin,		
Kayserie Bild	180×120	350,—	Meshghin, alt	352×102	980,—	sehr feine KnOpfung	479×310	10 400,—
Kirman	116×57	220,—	Täbris	280×198	1980,—	Sinneh Täbris, antik		
Tarki, alt	192×161	680,—	Heris	250×350	1950,—	sehr feine KnOpfung,		
Isfahan	225×147	980,—	Heris	198×312	980,—	ohne Fehler	759×446	36 000,—
Araun Käschan	210×130	980,—	Sabsewer	273×209	1980,—	Kasak, alt	220×110	2200,—

Ca. 1100 weitere Teppiche, Brücken und Läufer aus allen Gebieten des Orients, in allen Preislagen, haben wir für unsere Kunden stets zur Verfügung.

Unverbindliche Beratung und Vorlagen frei Haus in allen Gebieten durch Ihren Fachmann

H. U. H. BREHM - BAYREUTH LUDWIGSTRASSE 1
TELEFON 5916

Pepsaldra®

Pepsaldra-Pepsin-Salzsäure-Dragees

Pepsaldra compositum

gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie

Pankreatinhaltiges Enzym-Präparat
gegen Störungen des Pankreas-Galle-
Dünndarm-Systems

Original-Packungen zu 45 Stück und 125 Stück

Original-Packungen zu 40 Stück und 100 Stück

Fabrik
pharmazeutischer
Präparate
Karl Engelhard
Frankfurt a. M.

September 1963

- 19.—22. 9. in Salzburg: 5. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin. Auskunft: Sekretariat der „Internationalen Gesellschaft f. prakt. angewandte Medizin“, Dr. med. K. Engelmeier, 4740 Oelde/Westf., Lange Straße 21a.
- 20.—25. 9. in Bad Mergentheim: 3. Lebertagung der Sozialmediziner. Auskunft: Dr. L. Wannagat, Stoffwechselklinik, Bad Mergentheim.
- 21.—25. 9. in Freudenstadt: XX. Psychotherapie-Seminar. Auskunft: Seminarbüro der Arbeitsgemeinschaft „Psychotherapie-Seminare“, München 23, Königinstr. 101.
- 22.—26. 9. in Heidelberg: 65. Zusammenkunft der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. W. Jaeger, Universitäts-Augenklinik, Heidelberg.
- 22.—29. 9. in Mexiko: 17. Generalversammlung der World Medical Association. Auskunft: Dr. H. S. Gear, 10 Columbus Circle, New York 19, N. Y.
- 24.—28. 9. in Rom: 17. Internationale Tuberkulose-Konferenz. Auskunft: Prof. G. L'Eltore, Via Ezio 24, Rom. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 26.—29. 9. in Cambridge: 4. Jahresversammlung der Deutsch-Englischen Ärztevereinigung. Auskunft: Dozent Dr. G. Griesser, Tübingen, Postfach 191.
- 26.—29. 9. in Brüssel: 9. Internationaler Therapie-Kongreß. Auskunft: Dr. Baudin, Faculté de Médecine, 15 Bd. de Waterloo, Brüssel.
- 26.—28. 9. in Münster/Westf.: 21. Deutscher Sportärztekongreß. Auskunft: Kongreßbüro des 21. Deutschen Sportärztekongresses, 44 Münster/Westf., Physiol. Institut, Westring 9.
- 26.—28. 9. in Mainz: 9. Wissenschaftliche Tagung des Deutschen Zentralkomitees für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e. V. (Deutscher Krebskongreß). Auskunft: Geschäftsstelle des DZA, Mainz, Pathologisches Institut der Universität, Langenbeckstr. 1.
- 27.—29. 9. in Marburg: 47. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher HNO-Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. W. Becker, Universitäts-Hals-, Nasen-Ohrenklinik, Mainz, Langenbeckstraße 1.

- 27.—29. 9. in Augsburg: 32. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“. Auskunft: Sekretariat der Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin, Augsburg, Schüzlerstraße 19.
- 27.—29. 9. in Bad Nauheim: 29. Fortbildungslehrgang der Vereinigung der Bad Nauheimer Ärzte. Auskunft: William-G.-Kerckhoff-Institut, Bad Nauheim.
- 29.—29. 9. in Lindau/Bodensee: Herbsttagung der Bayerischen Röntgenvereinigung. Auskunft: Doz. Dr. F. Ekert, München 9, Ismaninger Straße 22.
- 29.—29. 9. in Bad Wiessee/Tegernsee: 11. Fortbildungskurs in praktischer Medizin. Auskunft: Dr. Neresheimer, Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.

September/Oktober 1963:

19. 9.—4. 10. in Neuberberg bei München: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs) für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzelner, Neuberberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
29. 9.—2. 10. in Schaffhausen: 46. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik. Auskunft: Dr. H.-H. Eulner, Institut für Geschichte d. Medizin, Frankfurt a. M., Senckenberganlage 27.
30. 9.—2. 10. in Heidelberg: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V. Auskunft: Dr. Grossjohann, Institut f. gerichtl. Medizin, Mainz, Langenbeckstraße 1.

Oktober 1963

- 2.—4. 10. in Luzern: Gemeinsame Tagung der Bayer., Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. Auskunft: Dozent Dr. R. Kaiser, I. Frauenklinik und Hebammenschule der Universität, München 15, Malstr. 11.
- 4.—5. 10. in Bad Homburg: 5. Ärztliche Fortbildungstagung des Arbeitskreises für neurovegetative Therapie. Auskunft: Dr. Dr. G. Ross, Frankfurt a. M., Blebergasse 1.
- 7.—10. 10. in München: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerichtliche Medizin. Auskunft: Prof. Dr. W. Laves, München 15, Frauenlobstraße 7.

Resedorm®

Bromfreies, mehrschichtig wirkendes
Sedativum und Hypnotikum

Liquidum
Tabletten

PAUL LAPPE · CHEM. PHARM. FABRIK · BENSBERG-KÖLN.

- 9.—10. 11. in Würzburg: 3. Bayerische Internistentagung. Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für innere Medizin Bayerns, Herrsching vor München, Summerstraße 3.
- 10.—13. 10. in Regensburg: Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Sekretariat der ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a.
- 13.—17. 10. in München: 35. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Prof. Dr. med. W. Bickelbach, I. Univers.-Frauenklinik München 15, Maistraße 11.
- 17.—19. 10. in Bad Lippspringe: 9. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Allergieforschung. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Allergieforschung, Bad Lippspringe, Arminiuspark.
- 21.—22. 10. in Tübingen: 8. Tagung der Gesellschaft für Konstitutionsforschung. Auskunft: Prof. Dr. J. Hirschmann, Universitäts-Nervenklinik, Tübingen, Oslanderstraße 22.
- 25.—27. 10. in Berlin: Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. Auskunft: Frau Dr. med. Lezius, Hamburg 19, Schwenckes'raße 19.
- 25.—27. 10. in Erlangen: Fortbildungskurs in der Elektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat der Med. Poliklinik Erlangen, Ostl. Stadtmauer 29.
- 28.—29. 10. in Frankfurt: Kongreß der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V. Auskunft: Dr. W. Best, Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., Frankfurt am Main, Cronstettenstr. 25.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:
Klinge, München 23
Dr. F. Sasse, Berlin
Chemiewerk Homburg, Frankfurt/Main
Lindopharm KG., Hilden

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/III, Tel. 36 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.
Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis für Nichtmitglieder der Ärztlichen Kreisverbände in Bayern DM 2,40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellgebühr. Postscheckkonto Nr. 53 53 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 53 80 81. Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse: Gablerpreß. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

A Alleiniger Inhaber der Verlagsrechte ist die Bayer. Landesärztekammer, München, Königinstraße 85.

IMPfVORDRUCKE

- Impfbuch** (amtliches Muster) Nr. 51/0100
Merkblatt für die Pockenschutz-Erstimpfung Nr. 51/011
Merkblatt für die Pockenschutz-Wiederimpfung Nr. 51/012

Zu beziehen durch den Fachverlag

Richard Baarberg Verlag
8 München 27, Morio-Theresio-Str. 26
Telefon 483850 und 483866



Gegen Müdigkeit am Morgen

Depression nach dem Erwachen, Erschöpfung, Arbeitsunlust, Arteriosklerose, morgens 1 Kapsel

permorgen - vitamin

Rp.: Vitamin A, Vitamin D₂, Vitamin B₆, Vitamin B₁₂, Methionin, ungesättigte Fettsäuren, Calciumlevulinat, Magnesiumthiosulfat, Natriumsilicot

Packung mit 30 Kapseln

permorgen-vitamin-schwarzhoupt DM 5.90

Gegen Müdigkeit am Abend

vorzeitigen Leistungsabfall, Schwäche, Geiztheit, Kältegefühl, Rekonvaleszenz, Nachtblindheit, nachmittags oder abends 1 Kapsel

perabend - vitamin

Rp.: Vitamin B₁, Vitamin B₂, Vitamin K, Vitamin E, Folsäure, Nicotinsäureamid, Chalin, Inosit, Glycerin, Natriumglycerophosphat, Natriumfluorid

Packung mit 30 Kapseln

perabend-vitamin-schwarzhoupt DM 5.90

Gezielte Vitaminversorgung und spezifische Ergänzung der täglichen Nahrung!

Bitte hier abtrennen!



Bestellschein

Erbitte kostenloses Versuchsmuster von

permorgen-vitamin-schwarzhoupt

perabend-vitamin-schwarzhoupt

Persönliche Unterschrift und Stempel:

SCHWARZHAUPT-KÖLN

Chirurgische Assistentenstelle

auch für **Medizinal-Assistenten** in Münchener Klinik per 1. 8. 1963 frei. Interne Vorbildung erwünscht, wenn auch nicht Bedingung.

Volle Facharztausbildung möglich. Vergütung tariflich und nach Vereinbarung.

Bewerbungen, schriftlich oder persönlich, vormittags zwischen 9 und 10 Uhr in der

Privatklinik „Josefinum“, 8 München, Schönfeldstr. 16

Für die chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses **Trostberg/Obb.** wird gesucht: zum baldmöglichsten Eintritt

1 Oberarzt

mit Facharztanerkennung für Chirurgie.

Vergütung nach Gruppe Ib Lkr. A. T., Vergütung von Bereitschaftsdienst und Nebeneinnahmen durch Gutachtertätigkeit und Vertretung, geregelte Arbeits- und Freizeit, Gewährung von Umzugskosten und Trennungsschädigung bei Verheirateten und Unterstützung bei Beschaffung einer Wohnung. Inaussichtstellung einer Neubauwohnung nach erfolgtem KH-Neubau.

1 Medizinalassistent

zum 1. 10. 63. Vergütung nach Tarif, zuzüglich freier Verpflegung.

Bewerbungen mit den erforderlichen Unterlagen umgehend erbeten an den leitenden Krankenhausarzt **Dr. Fraunhofer, Trostberg/Obb., Kreiskrankenhaus**

Auf der Inneren Abteilung (238 Betten) des Versorgungs-krankenhauses **Bayreuth** (520 Betten) sind die Stellen von

2 planmäßigen Assistenz-(Stations-)Ärzten

neu zu besetzen.

Bezahlung nach Verg.-Gr. II bzw. III BAT, Facharztausbildung ist möglich; tarifliche Vergütung für Bereitschaftsdienst, Zusatzversorgung, Nebeneinnahmen durch Gutachten.

Unterbringung und Verpflegung zu günstigen Bedingungen im Hause möglich. Verheirateten ist das Haus bei der Wohnungsbeschaffung behilflich.

Bewerbungen werden mit den üblichen Unterlagen erbeten an den Chefarzt des Versorgungskrankenhauses **Bayreuth**.

Das **Kreiskrankenhaus Kronach**, Bayern, mit 280 Betten (nach Fertigstellung des derzeitigen Erweiterungsbaues, 400 Betten), sucht zum baldmöglichsten Eintritt

1 Assistenzarzt(in) für die chir. Abteilung

1 Assistenzarzt(in) für die innere Abteilung

Facharztausbildung für vier Jahre möglich; vielseitiges Krankengut, modernste Einrichtungen.

Vergütung nach Gruppe II BAT; Bereitschaftsdienst wird bezahlt.

Familienwohnung (Neubau) oder Einzelzimmer im modernen Personalwohnheim kann gestellt werden.

Kronach ist eine malerische Kleinstadt (10 000 Einw.) in dem landschaftlich sehr schönen Frankenwald.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten an den Chefarzt, Kreisobermedizinalrat **Dr. Müller**.

In dem neuerrichteten und nach modernsten Gesichtspunkten ausgestatteten Knappschaftskrankenhaus **Penzberg/Obb.** bietet sich einem qualifizierten (auch jüngeren) Arzt die Möglichkeit, als

Oberarzt für die innere Abteilung

tätig zu werden.

Es handelt sich um eine verantwortliche Tätigkeit. Längere Ausbildung in der Inneren Medizin, Ausbildung in der Röntgenologie u. Elektrokardiographie ist erwünscht, jedoch nicht Voraussetzung. Vergütung: KnAT (BAT) I, Rufbereitschaftszulage, weitere feste mtl. Zahlungen und Nebeneinnahmen (Gutachten, Chefarztvertretung usw.), Altersversorgung in der knappschaftlichen Rentenversicherung. Unterbringung im Knappschaftskrankenhaus möglich.

Für das gleiche Krankenhaus wird gesucht:

1 Assistenzarzt und 1 Medizinalassistent

für die Innere Abteilung

Vergütung: KnAT III/II zuzügl. Bereitschaftsdienstzulage und Nebeneinnahmen. Zwei Jahre werden auf die Facharztausbildung angerechnet, außerdem ist ein halbes Jahr auf die röntgenologische Ausbildung anrechenbar.

Bezahlung für den Medizinalassistenten nach Vereinbarung; beste Ausbildungsmöglichkeiten.

Beim **Kreiskrankenhaus Viechtach/Niederbayern** (110 Betten, Unfallkrankenhaus mit Durchgangsverfahren), in landschaftlich schöner Gegend mit Bade- und Wintersportmöglichkeiten, ist sofort die Stelle eines

Assistenzarzes(-ärztin)

zu besetzen. Vergütung erfolgt nach Vergütungsgruppe II. Nebeneinnahmen durch den Chefarzt werden zugesichert.

Für ledige Bewerber ist Unterkunft im Krankenhaus vorhanden. Verheirateten Bewerbern wird eine Neubauwohnung (Küche, 2 Zimmer, Bad, Flur, Speicher- und Kelleranteil) zur Verfügung gestellt. Die Wohnung ist sofort bezuehbar.

Bewerbungen mit Lichtbild, handgeschriebenem Lebenslauf, Nachweis der Bestallung als Arzt und über die Ableistung der Medizinalassistentenzeit sowie Zeugnisabschriften sind an das **Landratsamt Viechtach** zu richten.

In der **Heilstätte Münnerrstadt** — Tuberkulosekrankenhaus des Bezirks Unterfranken —, 220 Betten für lungenkranke Männer und Frauen, ist

eine Assistenzarztstelle

nach BAT III/II baldmöglichst zu besetzen. Vergütung für Bereitschaftsdienst nach BAT. Modern einger. Klinik in landschaftl. schöner Lage, Nähe **Bad Kissingen**; Zusammenarbeit mit **Würzburger Univ.-Klinik**; 6 Ärzte, Lungenfachausbildung voll anrechenbar. Für Unverheiratete Wohnung und Verpflegung im Haus. Für Bewerber mit Familie wird Wohnungsfrage gelöst; **Gymnasium am Ort**. Voraussetzung für die Bewerbung ausl. Ärzte ist volle Beherrschung der deutschen Sprache. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind an den Chefarzt der Heilstätte, **8732 Münnerrstadt**, zu richten.

Beim **Kreiskrankenhaus Landshut-Achdorf** ist eine

Assistenzarzt-Planstelle

der Inneren Abteilung zu besetzen. Gute Ausbildungsmöglichkeit, volle Anerkennung für die Facharztausbildung. Vergütung nach BAT III, Ortsklasse A, Bereitschaftsdienstvergütung. Bewerbungen erbeten an **Landkreisverwaltung — Landratsamt Landshut, Altstadt**.

Nach München wird **Facharzt für Orthopädie** als Vertragsarzt (Dauerstellung) gesucht. Keine operative Tätigkeit. Zuschr. unt. 331/641 üb. **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH**, 8 München 2, Karlsplatz 13

Anzeigenschluß
jeweils am 20. des Monats



BAYERISCHE

LANDESPAUSPARKASSE

DIE BAUSPARKASSE DER SPARKASSEN

München 2 · Karolinenplatz 1 · Telefon 228501

Es werden gesucht:

Für das in reizvoller Umgebung im Alpenvorland gelegene, neue und nach modernsten Gesichtspunkten eingerichtete Knappschaftskrankenhaus Penzberg/Obb. (160 Betten) sofort

1 junger, fähiger Facharzt der Chirurgie als Oberarzt der chirurg. Abteilung

Vergütung: Vergütungsgruppe II KnAT (BAT) zuzügl. Abgeltung für Wechselrufbereitschaft, Nebeneinnahmen und Aufstieckungsmöglichkeit nach Verg.-Gr. I KnAT. Wohnung vorhanden. Für das in unmittelbarer Nähe des Schliersees gelegene Knappschaftskrankenhaus Hausham/Obb.

je 1 Medizinalassistent

für die chirurg. und interne Abteilung. Bezahlung nach Vereinbarung. Bewerbungen sind zu richten an:

Süddeutsche Knappschaft, 8 München 13, Friedrichstraße 19

Am Kreiskrankenhaus Simbach am Inn ist die Stelle des

leitenden Arztes der internen Abteilung

alsbald zu besetzen. Die interne Abteilung umfaßt vorläufig 34 Betten, eine Erweiterung ist geplant.

Für die Besetzung der Stelle kommt nur ein gut qualifizierter Facharzt mit mehrjähriger verantwortlicher Tätigkeit, umfassenden Kenntnissen und praktischen Erfahrungen in Frage.

Die Einstellung erfolgt mit Sondervertrag.

Bewerbungen mit handschriftlichem Lebenslauf, Lichtbild, beglaubigten Abschriften von Zeugnissen, Approbations- und Promotionsurkunden, der Facharztanerkennung und Angabe der Gehaltsansprüche an

Landratsamt Pfarrkirchen/Ndb., Landkreisverwaltung

Landkreis Wasserburg am Inn

Für das im Bau befindliche und etwa bis Mitte 1964 fertiggestellte neue

Kreiskrankenhaus Wasserburg am Inn

mit 200 Betten, werden folgende Stellen zur Besetzung ausgeschrieben:

1 leitender Facharzt

für die innere Abteilung
mit speziellen Kenntnissen in der Neurologie

1 Facharzt

für die gynäkologisch-geburtshilfliche Abteilung

1 Facharzt für Orthopädie als Belegarzt

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (handgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften von Zeugnissen und Tätigkeitsnachweisen) bis spätestens 1. Oktober 1963 an das

Landratsamt Wasserburg am Inn

Auf der internen Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder (180 Betten mit Infektionsabteilung) ist ab 1. August 1963

1 Assistenten-Stelle

(Stationsarzt)

zu besetzen.

Bezahlung nach BAT III, Nacht- und Sonntagsdienstpauschale, Nebeneinnahmen durch Gutachten. — Röntgentätigkeit.

Eigenes Zimmer im Hause.

Bewerbungen erbeten an

Chefarzt Dr. med. Eugen Körner, Regensburg,
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder (Männerabteilung),
Prüfeninger Straße 86



sucht für die Leitung und Durchführung klinischer Prüfungen neuer Arzneimittel verhandlungsgeschickten, kontaktfähigen

promovierten Arzt

mit klinischer Ausbildung.

Nähere Einzelheiten bleiben ggf. einem persönlichen Gespräch vorbehalten.

Interessenten werden gebeten, ihre Bewerbung mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild und Zeugnisabschriften unserer Personalabteilung zuzuleiten.

HEINRICH MACK NACHF.
CHEM.-PHARMAZEUTISCHE FABRIK
7918 ILLERTISSEN/BAYERN

Assistenzarzt oder -ärztin

wird gesucht in Krankenhaus (80 Betten) in der Umgebung Zürichs. Eintritt baldmöglichst. Günstige Wohngelegenheit (Hausteil) vorhanden. Ideal für Arzt mit Familie.

Bewerbungen bitte unter 331/652 Ob. CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13.

Am Städt. Med. Krankenhaus in Freising ist zum 1. August 63 die Stelle einer

med.-techn. Assistentin

mit Ausbildung in Röntgen und Laboratorium zu besetzen. Bezahlung erfolgt je nach Dienstzeit und Ausbildung nach Verg.-Gr. BAT VII oder VIB.

Bewerbungen mit Lichtbild, Lebenslauf u. Zeugnisabschriften sind an die Stadt Freising zu richten.

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes

Ich mache zur Zeit Hausbesuche...

Bitte rufen Sie mich nach 16 Uhr an...

Soiche Auskünfte (o. ä. wie Urlaub, Angabe des Vertreters usw.) gibt Ihren Anrufern unser preisgünstiger selbst besprechbarer automatischer Anrufbeantworter. Ein Markengerät für nur DM 395.—. In Verbindung mit diversen Tonbandgeräten können Sie auch bis zu 250 Mitteilungen in Ihrer Abwesenheit entgegennehmen.

Verlangen Sie unverbindliches Angebot!

Büro Electronic Wilfried Thoms, 8 München 61, Vollmannstraße 44, Telefon 48 61 52 (Tag und Nacht)

Für die chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Landau a. d. Isar wird zum möglichst baldigen Antritt

ein Assistenzarzt(in) und ein Medizinalassistent(in)

gesucht. Das Krankenhaus ist zur Behandlung Unfallverletzter zugelassen. Gelegenheit zum selbständigen Operieren wird gegeben. Vergütung erfolgt nach Verg.-Gr. II (Assistenzarzt) bzw. III (Medizinalassistent).

Bereitschaftsdienst wird vergütet.

Nebeneinnahmen durch den Chefarzt.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften werden erbeten an das Landratsamt Landau a. d. Isar — Personalabteilung.

Das Kreiskrankenhaus Memmingen im Allgäu (32 000 Einwohner) sucht für sofort eine

Röntgen-Assistentin

für modernst eingerichtete Röntgenabteilung (autom. Entwicklungsmaschine).

Vergütung nach BAT VI b, zusätzl. Altersvers., Wohnung und Verpflegung im Hause.

Bewerbungen an Kreiskrankenhaus, 894 Memmingen.

Für die Chirurgische Abteilung (100 Betten) des Kreiskrankenhauses Berchtesgaden (Neubau, 220 Betten) wird zum 1. 9. oder früher ein

jüng. Assistenzarzt od. eine Assistenzärztin

gesucht. Tarifliche Bezahlung u. Bereitschaftsdienstvergrütung.

Für Unverheiratete Wohnung im Hause möglich und üblich.

Bewerbungen erbeten an Chefarzt Dr. L. Schindler, Facharzt für Chirurgie, Kreiskrankenhaus Berchtesgaden.

Kreiskrankenhaus Waldsassen

sucht für sofort oder später

I med.-techn. Assistentin

Bezahlung Vergütungsgruppe V, bei Bedarf Wohnung vorhanden.

Bewerbungen an die

Verwaltung des Kreiskrankenhauses Waldsassen

Am Diakonissenhaus Hof ist auf der geburtshilflich-gynäkologischen Abteilung umgehend die Stelle eines

Medizinalassistenten(in)

zu besetzen.

Es handelt sich um ein modern eingerichtetes Haus. Das Haus ist für die Ausbildung von Medizinalassistenten zugelassen.

Entgelt nach Tarif. Bewerbungen mit Lebenslauf u. Zeugnisabschriften sind zu richten an den Chefarzt Dr. Meyer, Hof, Diakonissenhaus, Biengäßchen.

Medizinalassistent(in)

für das Kreiskrankenhaus Kipfenberg zum 15. 8., spätestens 1. 9. 1963 gesucht.

Zur Ausbildung in Chirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe ermächtigt!

Vergütung nach Vereinbarung!

Angebote u. Anfragen an Landratsamt, 8833 Eichstätt, erbeten.

Landesversicherungsanstalt Württemberg

Beim Sanatorium Grotterbad bei Freiburg im Breisgau mit 140 Betten für Männer und Frauen (Leitender Arzt Dr. med. Heinz Stelnrücken) ist die Stelle

eines Assistenzarztes zu besetzen.

Vergütung nach Vergütungsgruppe III BAT; bei Vorliegen der Facharztanerkennung für innere Krankheiten II BAT.

Das klinisch geführte Sanatorium für Herzkrankheiten, Kreislaufstörungen, Bronchialkrankheiten und Rheuma ist mit modernen Einrichtungen für die Diagnostik und Therapie ausgestattet.

Verheirateten wird Unterstützung bei der Wohnungssuche zugesichert. Ledige erhalten im Sanatorium Unterkunft und Verpflegung. Verheirateten Bewerbern wird für die Dauer der getrennten Haushaltsführung Trennungsschädigung gewährt. Umzugskosten werden vergütet.

Bewerbungen mit Angabe des möglichen Eintrittszeitpunkts und etwaigen Wohnbedarfs unter Anschluß der üblichen Unterlagen (handgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften der Approbations-, Promotions- u. Facharzturkunden, Zeugnisabschriften u. ä.) werden erbeten an die

Landesversicherungsanstalt Württemberg, 7 Stuttgart W, Rotebühlstraße 133

Für das neu eröffnete, modernst ausgestattete Dr.-Otto-Gessler-Krankenhaus (200 Betten) in Ländenberg/Allgäu werden zum baldmöglichsten Termin

Assistenzärzte (Ärztinnen)

für Chirurgische und Interne Abteilung, und

Medizinalassistenten

gesucht. Vergütung entsprechend BAT. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen unter M. R. 76459 über CARL GABLER WERBEGESSELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Suche zum 1. Oktober oder früher eine

Sprechstundenhilfe für Allgemeinpraxis

mit Kenntnis in Röntgenaufnahme-technik in Gruppe II und alle anfallenden Praxisarbeiten.

Dr. Georg Schmid
Seib/Ofr., Körnerstraße 1



Psychoanaleptikum - bei Störungen von Bewußtsein und Intellekt

Helfergin®

Dragées - Ampullen - Suppositorien

Centrophenoxin „Helfenberg“



Wohin zum Studium? Eine gründlich zu prüfende Frage!

die am Ort das Gymnasium, die Oberrealschule und die vierklassige Mittelschule besuchen wollen. Gymnasium und Oberrealschule sind mit dem Seminar baulich verbunden. Das traditionsreiche Haus steht unter geistlicher Leitung. Studienüberwachung durch erfahrene Erzieher ist gewährleistet. Nachhilfe, wo erforderlich, möglich. Minderbemittelte erhalten bei Fleiß und guter

Führung aus dem Stipendienfonds der Stiftung fühlbare finanzielle Zuwendungen. Anfänger werden zwecks Vorbereitung auf die Aufnahmeprüfung schon ab 22. April aufgenommen. Ausführlicher Prospekt erhältlich vom Direktor des Studienseminars, 8858 Neuburg/Donau, Wolfgang-Wilhelm-Platz B 90.

Das Studienseminar Neuburg, nimmt katholische Schüler auf.

Landesversicherungsanstalt Württemberg

Für das Herz- und Kreislaufsanatorium Höhenrodt in Lossburg-Rodt bei Frensdorf mit 105 Betten für Männer und Frauen (leitender Arzt Dr. med. Bernhard Krahe) wird zum sofortigen Eintritt

1 Assistenzarzt

gesucht.

Vergütung nach Vergütungsgruppe III BAT. Bei Vorliegen der Facharztanerkennung für innere Krankheiten II BAT.

Es bestehen gute Ausbildungsmöglichkeiten auf dem Gebiet der Herz- und Kreislaufkrankungen, der diätischen und physikalischen Therapie. Die Assistenzarztstätigkeit wird für die Dauer eines Jahres auf die Facharztbildung für das Fachgebiet der inneren Medizin angerechnet.

Für Verheiratete kann Wohnung vermittelt werden. Ledige erhalten im Sanatorium Unterkunft und Verpflegung. Für die Dauer der getrennten Haushaltsführung wird Trennungentschädigung gewährt. Umzugskosten werden vergütet.

Bewerbungen mit Angabe des möglichen Eintrittszeitpunkts und etwaigen Wohnbedarfs unter Anschluß der üblichen Unterlagen (handgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften der Approbations-, Promotions- und Facharzturkunden, Zeugnisabschriften u. ä.) werden erbeten an die

Landesversicherungsanstalt Württemberg, 7 Stuttgart W, Rotebühlstraße 133

Verschiedenes

HNO.-Vertretungen

übernimmt ab Juli erfahrener Facharzt (ohne Op.). Angeb. mit Termin und Bedingungen unter 331/645 üB. CARL GABLER WERBEGESellschaft MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Wegen Übernahme in den Staatsdienst ist bis zum 1. 10. 1963 gute

Landpraxis

(Alleinarzt)

zu den üblichen Bedingungen abzugeben, 60 km von Nürnberg in landschaftl. reizvoller Gegend der Opf. Bus-Verbindung zu höheren Schulen (12 km). Gemeindeeig. Haus mit Wohnung und Praxis.

Angebote unter 331/654 über CARL GABLER WERBEGESellschaft MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Stellengesuche

Prakt. Arzt (37)

möchte nach Abgabe seiner großen Landpraxis eine leichtere Tätigkeit in Kuranstalt od. ähnl. übernehmen. In Naturheilverfahren u. Kneipp-schen Heilwesen gut ausgebildet. Mögl. in Süddeutschland. Zuschriften erbet. unt. M.W. 76599 über CARL GABLER WERBEGESellschaft MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Welche Klinik bildet klinische Psychologin 1/2 Jahr (IBM-Vorschrift) im EEG aus? Gegenleistung: Diagnostik, Psycho- und Arbeitstherapie. Angeb. erbeten unter 331/644 üB. CARL GABLER WERBEGESellschaft MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Beachten Sie unsere Beilagen

Arzthelferin mit Diplom



Halbjährige Berufsfachlehrgänge für kaufm.-praktische ARZTHelfERINNE N Kursbeginn jeweils Oktober und April Mod. Wehrheim - Ausbildungs-Bathilfen Fordern Sie Freiprospekt 9 M

Privates Lehrinstitut

Dr. med. Buchholz

Univ.-Stadt Freiburg, Schwarzwald, Starckenstraße 36

Chirurgiemechan. Werkstätte führt Schleifarbetten an

Mikrotom-Messern

Skalpellen, Rasiermessern, Scheren, Kanülen etc. fachmännisch und schnellstens aus. Reparieren und Verchromen aller chirurg. Instrumente der Arzt- und Krankenhauspraxis.

JAKOB LANG chirurg.-mech. Betrieb 8 München 3, Werinherstr. 46 Telefon 49 56 66

Staatl. gepr. Krankenpfleger 41 Jahre, kath., z. Z. in ungek. Stellung, mit langj. OP-Praxis, sucht sich zu verändern in süddeutsch. Raum, selbst gebürt. Bayer. Wert wird gelegt auf gutes Betriebsklima und Hilfe bei Wohnungsbeschaffung. Angeb. unt. 331/661 üB. CARL GABLER WERBEGESellschaft MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Facharzt für Gynäkologie

36 Jahre, selbständiger Operateur, erfahrener Geburtshelfer, Strahlenth., wissenschaftl. Tätigkeit, sucht für Ende August od. später entsprechende Stellung in Klinik Raum Süddeutschland. Off. erbet. unt. 331/665 über CARL GABLER WERBEGESellschaft MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

ZOLGHADAR



Teppiche aus Persien

MÜNCHEN-MAXIMILIANSTR. 33

Gegen Enuresis nocturna

hat sich HICOTON als Spezifikum seit Jahrzehnten bestens bewährt. In allen Apotheken erhältlich. Prospekt und Muster kostenlos durch den Allein-

Hersteller: „MEDIKA“ Pharm. Präparate, 8 München 42

Kleinklaviere

Einzigartige Auswahl

Bis zu 40 Monatsraten

Pianohaus Lang

München · Kaufingerstraße 28/1
Augsburg · Bahnhofstraße 15/1
Regensburg · Kassiansplatz 3

Auch bei Mykosen = **Jacosulfon** ungt. pulv. } im Wechsel auftragen

A N A C I D I T Ä T

die Wurzel für viele andere Erkrankungen

- ▶ Roemheld Syndrom
- ▶ Neuritis · Flatulenz
- ▶ Hypovitaminose
- ▶ Anämie
- ▶ Meteorismus
- ▶ Gastrogene Diarrhoe

Zur Feststellung:

Desmoidpillen „Pohl“

G. POHL-BOSKAMP · 2214 HOHENLOCKSTEDT/HOLST.

LENICET[®] - Salbe



Wiederherstellung des normalen Säurewertes von Haut und Wundfläche. Förderung der baktericiden Abwehrkraft. Reizlos, kühlend, adstringierend.

INDIKATIONEN

Dermatosen, Verbrennungen, Rhagaden, Verletzungen, Ekzeme, Massagen

1/4 Dose DM 0.80 1/1 Dose DM 1.95
1/2 Dose DM 1.15 Tube DM 1.70
(Unverbindliche Richtpreise)



Dr. Erdt Arnulf
Balndlkirch

1611

„Wir wollen kein einzig Volt von Brüdern...“