

# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 5

München, Mai 1964

19. Jahrgang

## *Bayerns Ärzte grüßen den Deutschen Ärztetag!*



Die Bayerische Landesärztekammer entbietet den in Augsburg versammelten Vertretern der deutschen Ärzteschaft einen herzlichen Willkommensgruß!

Wir freuen uns, daß mit Augsburg zum dritten Male seit dem Wiedererstehen der ärztlichen Selbstverwaltung und des freien ärztlichen Organisationswesens eine bayerische Stadt zum Tagungsort eines Deutschen Ärztetages erwählt wurde. Bayerische Gastfreundschaft und die Schönheit unseres Landes mögen dazu beigetragen haben.

Vielleicht dürfen wir aber auch annehmen, daß der Anteil der Vertreter der bayerischen Ärzte in Kammer, Kassenärztlicher Vereinigung und freien Verbänden an der Gestaltung des ärztlichen Standeslebens in der Bundesrepublik Deutschland damit Anerkennung findet.

In den Mauern der alten Reichsstadt Augsburg lebt seit Jahrhunderten der Geist des Fortschritts und der Aufgeschlossenheit. Die Geschichte des Arztstandes dieser Stadt ist gekennzeichnet durch höchste sittliche Verpflichtung gegenüber dem Kranken und die besondere Pflege der ärztlichen Kollegialität.

Mögen die Beratungen des Deutschen Ärztetages und aller versammelten ärztlichen Gremien von gleichem Geiste getragen sein!

Dr. Sewering  
Präsident der Bayerischen  
Landesärztekammer



# 67. Deutscher Ärztetag in Augsburg

vom 23. bis 27. Mai 1964

## Der ärztliche Beruf im Fortschritt der Medizin

### Eröffnung

Samstag, 23. Mai 1964

18 Uhr s. t., im ehemaligen Goldenen Saal des Augsburger Rathauses:

1. **Musikalisches Vorspiel:** Molto Allegro vivace aus dem Streichquartett in D-Dur, Opus 44, von Felix Mendelssohn-Bartholdy. Es spielt das Schirbel-Quartett des Städtischen Orchesters Augsburg
2. **Eröffnung** des 67. Deutschen Ärztetages durch den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. med. Ernst F r o m m
3. **Vortrag** „Arzt und Staat“. Es spricht der Bayerische Staatsminister d. Innern, Dipl.-Ing. Heinrich J u n k e r

### Festgottesdienste

Sonntag, 24. Mai 1964

- 8 Uhr: **Evangelischer Gottesdienst** in der Goldschmiedskapelle der St.-Anna-Kirche Augsburg, Annastr.
- 8 Uhr: **Katholischer Gottesdienst** im Hohen Dom zu Augsburg
- 8 Uhr: **Jüdischer Gottesdienst** in der Synagoge der jüdischen Gemeinde Augsburg, Halderstraße 8

### Sitzungen des Plenums

Zu den Plenarsitzungen des Ärztetages haben die geladenen Gäste und, soweit es die räumlichen Verhältnisse gestatten, alle deutschen Ärztinnen und Ärzte als Zuschauer Zutritt.

Montag, Dienstag und Mittwoch, 25. bis 27. Mai 1964, jeweils 9 Uhr s. t., im ehemaligen Goldenen Saal des Rathauses:

1. **DER ÄRZTLICHE BERUF IM FORTSCHRITT DER MEDIZIN**  
Referent: Dr. F r o m m, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages
2. **BERICHT DES AUSSCHUSSES „ÄRZTLICHE AUSBILDUNG“**  
Referent: Dr. Sewering, Vizepräsident der Bundesärztekammer und Vorsitzender ihres Ausschusses „Ärztliche Ausbildung“
3. **BERICHT DES AUSSCHUSSES „ÄRZTLICHE GEBÜHRENORDNUNG“**  
Referent: Dr. Christianl, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein und Vorsitzender der Arbeitsgruppe „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer
4. **BERICHT ÜBER DIE ARBEITEN AN EINER NEUEN SATZUNG DER BUNDESÄRZTEKAMMER**  
Referent: Dr. F r o m m, Vorsitzender des Satzungsausschusses
5. **TÄTIGKEITSBERICHT DER BUNDESÄRZTEKAMMER MIT KURZREFERATEN DER MITGLIEDER DES GESCHÄFTSFÜHRENDEN VORSTANDES AUS IHRER REFERATSTÄTIGKEIT**  
Referent zum Tätigkeitsbericht: Dr. S t o c k h a u s e n, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

6. **FINANZBERICHT DER BUNDESÄRZTEKAMMER FÜR 1963**

Referent: Dr. Stockhausen, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer

7. **BERICHT DES FINANZAUSSCHUSSES DER BUNDESÄRZTEKAMMER**

Referent: Dr. Werner, Vorsitzender des Finanzausschusses

8. **ENTLASTUNG DES VORSTANDES DER BUNDESÄRZTEKAMMER**

9. **VORANSCHLÄGE FÜR DIE GESCHÄFTSJAHRE 1964 UND 1965**

10. **WAHL DES FINANZAUSSCHUSSES DER BUNDESÄRZTEKAMMER**

11. **BERICHTE ÜBER DIE HAUPTVERSAMMLUNGEN ODER VERANSTALTUNGEN DER ÄRZTLICHEN ORGANISATIONEN ANLÄSSLICH DES ÄRZTETAGES**

12. **WAHL DES TAGUNGORTES DES 68. DEUTSCHEN ÄRZTETAGES**

### Film-Fortbildungsprogramm

Zeitlich parallel zu den Plenarsitzungen des Ärztetages findet im Augsburger Rathaus (Sitzungssaal der Stadtverordneten) ein ausschließlich durch Filme gestaltetes Fortbildungsprogramm statt. Es werden etwa 40 vom Filmausschuß der Bundesärztekammer sorgfältig ausgewählte Filme gezeigt.

### Öffentliche Abschlußkundgebung

Mittwoch, 27. Mai 1964

16.30 Uhr, im Stadttheater Augsburg:

1. **Musikalische Einleitung:** Akademische Festouvertüre op. 80 von Joh. Brahms
2. **Eröffnung** durch den Ehrenpräsidenten des 67. Deutschen Ärztetages, Dr. med. Ferd. v. Velasco, Donaustauf/Opf.
3. **Begrüßung** durch den Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. med. Ernst F r o m m
4. **Ansprachen** der Gäste
5. **Verleihung der Paracelsus-Medaille** der deutschen Ärzteschaft
6. **Referat des Präsidenten** des Deutschen Ärztetages mit Bericht über die Ergebnisse des 67. Deutschen Ärztetages und Rück- und Ausblick auf wichtige gesundheits-, sozial- und berufspolitische Fragen der deutschen Ärzteschaft
7. **Musikalischer Ausklang:** Ouvertüre zu „Die Geschöpfe des Prometheus“ von Ludwig van Beethoven

Es spielt das Orchester der Städtischen Bühnen Augsburg unter Leitung von Musikdirektor Anton Mooser Ende gegen 18.30 Uhr



### Aus dem kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenprogramm

**Sonntag, 24. Mai 1964, 14.30 Uhr**  
 Fahrt nach Ottobeuren

**Montag, 25. Mai 1964**

9 Uhr

Omnibusfahrt in den „Pfaffenwinkel“

9 Uhr

Omnibusfahrt über die „Romantische Straße“

10 Uhr

Abfahrt zur Besichtigung der ELBEO-Werke in Augsburg

19.30 Uhr

Trauerspiel „Wallenstein“ von Friedrich von Schiller

20 Uhr

Kammerkonzert im weltbekannten Schaezler-Palais

**Dienstag, 26. Mai 1964**

8.30 Uhr

Abfahrt der Omnibusse zur Fahrt über den Ammersee nach Kloster Andechs

8.30 Uhr

Abfahrt der Omnibusse für die Fahrt zu den

Königsschlössern mit Besichtigung des Schlosses Neuschwanstein

9 Uhr

Omnibusfahrt nach Neu-Gablonz und zur Wieskirche

10 Uhr

Wiederholung der Besichtigung der ELBEO-Werke in Augsburg

20 Uhr

Aufführung der Oper „Don Giovanni“ von Wolfgang Amadeus Mozart

20 Uhr

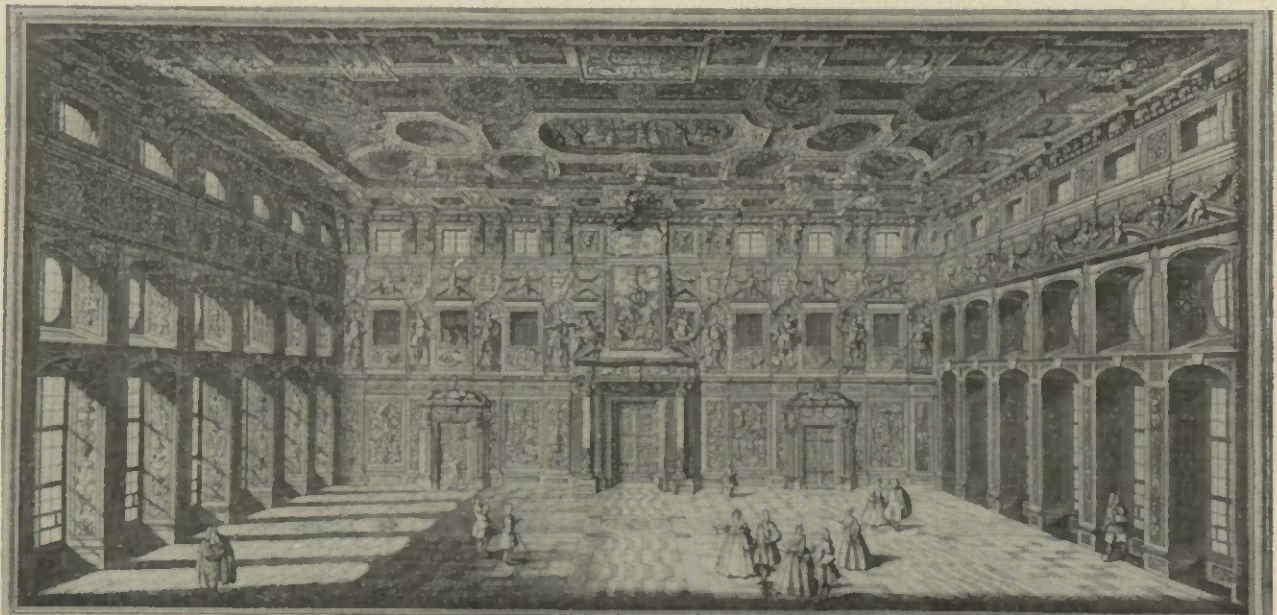
Wiederholung des Kammerkonzertes im Schaezler-Palais

**Mittwoch, 27. Mai 1964, 10 Uhr**

Wiederholung der Besichtigung der ELBEO-Werke in Augsburg.

Über dieses vorbereitete Rahmenprogramm hinaus wird die Möglichkeit zu Stadtrundfahrten mit Besichtigung der historischen und kulturellen Sehenswürdigkeiten Augsburgs geboten.

Titelbild: Dämonenkopf als Ringhalter vom Bronzeportal des Doms. Das heutige Portal, aus zwei ungleichen Flügeln mit 35 romanischen Bronzerelieffeldern ist aus zwei Türen des ehemaligen Ostchors zusammengesetzt. Das kunstgeschichtlich wertvolle Denkmal gibt der Forschung große Rätsel auf, weil bei der Zusammensetzung zu seiner jetzigen Gestalt Platten vertauscht wurden und daher der Sinnzusammenhang der Bilder nicht mehr eindeutig erkennbar ist.

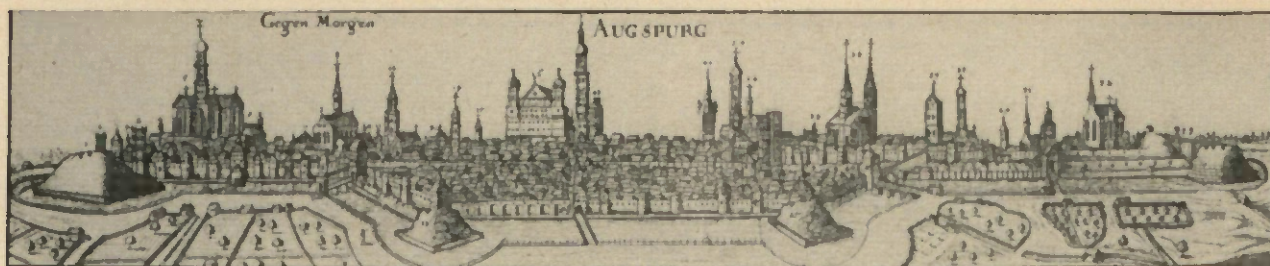


Vue du Salon Doré à Cote marquée B. dans le Plan.

Der Große Goldene Saal auf dem Rath-Hause neben der Seiten- so in dem Grundriß mit B. gebühret, anzusehen

Ehemoliger Goldener Saal im Rathaus. Nach einer Zeichnung von Salomon Kleiner, gestochen von Johann Georg Prinz.





## Das zweitausendjährige Augsburg

Von Josef Bellot

Wer von Augsburg nichts weiß, aber mit wachen Augen Eindrücke von der Stadt sammelt, dem kann nicht entgehen, daß sich hier alle Kulturepochen und alle Kunststile ausgeprägt haben, daß er sich auf einem Boden bewegt, in dem die Geschichte tiefe Spuren hinterlassen hat. Er findet keine künstliche Planung, kein allein vorherrschendes Element und sucht vergebens nach einem Begriff, mit dem er Augsburg charakterisieren könnte. Denn die Kulturschichten, aus denen es sich aufbaut, liegen gleichwertig übereinander, wie es das geschichtliche Wachstum mit sich brachte.

Die älteste dieser Kulturschichten ist römisch. Der Name des Kaisers Augustus, unter dem sich römische Soldaten in einem Legionslager etwa ein Jahrzehnt vor Christi Geburt in Augsburg niederließen, ist der Stadt geblieben. Ihr Wappen zeigt heute noch das römische Fruchtbarkeitssymbol, den Pinienzapfen, den die Soldaten mitgebracht haben. Das Stadtbild aber ist für alle Zeiten vorgeformt worden durch die Via Claudia, die Augusta Vindelicorum über den Brenner mit Italien verband und ihre Lebensader geblieben ist. Die Straße lenkte auch für die Zukunft den Blick nach Süden, sei es bei den Italienzügen des Mittelalters, sei es für den Handel, sei es für Kunst und Kultur. Der Welt geöffnet wurde Augsburg mit dieser Fernverbindung, ihr hat sie entscheidende Schicksale zu verdanken.

Das römische Augsburg, Hauptstadt der Provinz Rätien, hat nur im 2. Jh. ein Kultur- und Handelsleben entfalten können, das ihm das Attribut „splendidissima“ bei Tacitus einbrachte. Die Gefährdungen der Reichsgrenze durch die andrängenden Germanen veränderten schon bald seinen zivilen Charakter und machten eine Garnison aus ihm. Die Zerstörungen durch die Einfälle der Alemannen aber waren so einschneidend, daß die Anlage der römischen Siedlung im Norden der heutigen Altstadt kaum zu rekonstruieren und selbst ihr Umfang nicht überall gesichert ist. Das Römische ging in den Stürmen der Völkerwanderung unter; aber vorher hatte sich eine kleine Christengemeinde gebildet. Ein römisches Mädchen war 304 für den neuen Glauben am Marterpfahl verbrannt worden. Die als Heilige verehrte Afra wurde bei einer Begräbnisstätte an der nach Süden führenden Straße zwei Kilometer von der römischen Stadt entfernt beigesetzt. Um ihr Grab und ein Baptisterium mit einer Kapelle südlich des heutigen Doms scharten sich nach dem Abzug der römischen Truppen im 5. Jh. die wenigen zurückbleibenden Christen. Untergegangen war bereits eine Kathedralekirche

aus dem 4. Jh., und die Reihe der frühen Bischöfe ist nur legendenhaft belegt.

Der Afra-Kult, die Kirchenorganisation und das Straßennetz bewirkten wohl, daß in Augsburg das Leben über vier geschichtlich völlig dunkle Jahrhunderte hinweggerettet wurde. Die neuen Herren des Landes waren die Alemannen, die vom Westen bis zum Lech vordrangen. Schwäbisch ist dann das Volkstum des Augsburger Raumes geblieben. Charakteristisch schwäbische Eigenschaften seiner Bewohner haben die Geschehnisse der Stadt mitbestimmt: Beharrlichkeit, Fleiß und Vernunftbegabung.

Erst die staatsbildende Kraft der Franken und das Anknüpfen an römische Verwaltungstradition und Kultur rissen auch Augsburg wieder aus dem geschichtlichen Dunkel heraus. Seine Zukunft war zunächst mit der Kirche verknüpft. Im 9. und 10. Jh. haben wir uns unter Augsburg nicht mehr vorzustellen als eine bischöfliche Burganlage, kaum ein Drittel so groß wie die ehemalige Römerstadt. Aber Ansehen und Bedeutung des Platzes wuchsen zusehends, denn das naheliegende Lechfeld bot sich Reichsheer, Fürstentagen und Synoden als Versammlungsort an. Grafschaftsrechte und Hofdienst der Bischöfe mehrten ihren Einfluß. Unter der bedeutenden Persönlichkeit Bischof Ulrichs erlebte Augsburg seine erste weltgeschichtliche Stunde, als 955 vor seinen Toren die Ungarn von Otto I. entscheidend geschlagen wurden. Die Verehrung Ulrichs als Heiliger gab der Heiligtumsstätte beim Afra-Grab, wo er sich beisetzen ließ, neues Gewicht und ließ dort ein jahrhundertlang blühendes Benediktinerkloster als Reichsabtei entstehen. Neben dem Dom (807 erstmals erwähnt, seit 996 neu errichtet und in dieser romanischen Form heute noch sein Kernstück) gewann Augsburg eine über die Grenzen der Stadt an Bedeutung hinausreichende zweite Kirche, zugleich für seine Topographie sozusagen einen zweiten Kern, um den sich die Bevölkerung scharte. Die Bischofsburg wurde erst seit dem 11. Jh. zur Bischofsstadt, als das bürgerliche Element in den Raum zwischen Dom und St. Ulrich hineinwuchs. Selbständigkeitsstreben und Abhängigkeit vom Bischof schufen von Anfang an Spannungen. Die Kaufmanns- und Handwerkerstadt riß in zähem Ringen mit ihrem Oberhirten ein Recht nach dem anderen an sich. Zur Zeit der Stauffer fühlte sie sich unter einem königlichen Vogt als königliche Stadt geborgen und entfaltete ihr Wachstum frei. Am Ende der stauffischen Epoche war sie als Stadt fertig; zwar nicht in ihrem Umfang, aber



in ihrer Organisation. Das Lechwasser wurde in die Stadt abgeleitet, um ihren Gewerbebetrieben zu dienen, sie umgab sich mit Mauern, bewachte ihre Tore selbst und zog die Orden der Bettelmönche herein. Nach dem Interregnum verstand sie es, 1276 ihre neu erworbenen Rechte vom König bestätigen zu lassen. 1316 setzte die ausdrückliche Erklärung zur königlichen Stadt für alle Zeiten der bischöflichen Vormundschaft ein Ende.

Das Bürgertum nahm nun seinen Aufstieg. Handel und Gewerbe dehnten sich aus, die Selbstverwaltung brachte neue Aufgaben. Zwischen den religiösen Zentren im Norden und Süden der Stadt behauptet sich als dritter Akzent Stadtturm und Rathaus, Symbole bürgerlichen Stolzes und Eigenverantwortung. Gegen den Bischof und den benachbarten Bayernherzog verstand die Stadt, ihre Rechte in harten Fehden zu verteidigen. Innere Kämpfe zwischen Handwerkern und Stadttadel führten zu einer Zunftherrschaft. Die Gegensätze verwischten sich wieder, als die Erfolgreichen und Tüchtigen vom Handwerk zum Handel überwechselten und eine neue Oberschicht bildeten. Barchentherstellung, Verkauf von Rohmaterial und Fertigwaren brachten einzelne Familien zu Reichtum. Die gotische Kunst, durch großzügige Stiftungen gefördert, veränderte das Gesicht der Stadt. Aber noch war Augsburg Ende des Mittelalters einer unter vielen Handelsplätzen. Da gelang es im 15. Jh. einigen großen Kaufleuten, zu Geldgebern der Landesfürsten und des Kaisers zu werden. Die Kredite brachten riesenhafte neue Einnahmequellen. Aus Kaufleuten wurden Unternehmer und Bankiers, denen die Kupfer- und Silberausbeute Österreichs und Ungarns zufiel. In allen großen Handelszentren Europas errichteten sie ihre Faktoreien. Die Unternehmungen der Fugger und Welser, um nur die wichtigsten zu nennen, überstiegen an Kühnheit und Weitläufigkeit alles bisher Dagewesene. Gemeinsam finanzierten beide Gesellschaften die erste Handelsfahrt der Portugiesen nach Indien, die Fugger führten die Finanzgeschäfte der päpstlichen Kurie, die Welser suchten in Venezuela eine Kolonie zu gründen. Dem Einfluß des Augsburger Geldes verdankte Karl V. seine Wahl zum Kaiser und seine Kriegserfolge. Durch die Gunst Kaiser Maximilians und seine langen Aufenthalte in der Stadt wurde Augsburg zu einer künstlerischen Metropole. Der frühe Buchdruck entfaltete sich, Renaissancekunst und humanistische Bildung breiteten sich aus. Zwischen 1480 und 1530 erlebte Augsburg seine goldene Zeit. In diesen Jahrzehnten überflügelte es an Reichtum alle Städte nördlich der Alpen. Die große europäische Politik wurde hier gemacht. Zugleich stammt aus dieser Zeit als Zeugnis für christliche Verantwortung und soziales Empfinden die Fuggerei, eine Wohnungsstiftung für arme Bürger, die der reichste aller Handelsherrn errichten ließ und die heute noch so steht.

Aber die Schatten der Glaubenskämpfe senkten sich bald über die Stadt. Erbitterte Kämpfe der beiden Konfessionsparteien beherrschten vier Jahrzehnte das öffentliche Leben. Zwischen kaiserlicher Gunst und dem Drängen der Reformen suchte sich Augsburg mit wechselndem Glück einen Ausweg. Neben der eigenen Reformationsgeschichte wurde die Stadt Schauplatz der wichtigsten allgemeinen Entscheidungen.

Die Confessio Augustana, dem Reichstag 1530 vorgelegt, ist zur Bekenntnisschrift aller evangelischen Christen geworden und trug den Namen der Stadt in

alle Welt. Der Friede 1555 zwischen den Konfessionen, die Anerkennung der Lutheraner waren ebenfalls das Werk eines Augsburger Reichstags. Als Ergebnis der Reformation blieb der überwiegende Teil der Bevölkerung evangelisch, die Verwaltung der Ämter wurde streng paritätisch aufgeteilt.

Nun fiel auf die wirtschaftliche Blüte Augsburgs der erste Reif. Staatsbankrotte rissen einige Handelshäuser in die Tiefe, bei anderen nahmen die Außenstände ungläubliche Ausmaße an. Aber der allgemeine Wohlstand stieg gerade jetzt an, weil der Handel in den friedlichen Jahrzehnten zwischen 1560 und 1620 ungefährdet war. Die Stadt nutzte ihren Reichtum, um sich ein neues Aussehen zu geben. Sie ließ die Brunnen anlegen, verbesserte und verschönte ihre Türme und Tore, die Kirchen bekrönten sich nach und nach mit der charakteristischen Zwiebel. St. Ulrich wurde in der heutigen Gestalt vollendet. Ganz knapp vor Ausbruch des Dreißigjährigen Krieges errichtete der Stadtbaumeister Elias Holl das weltberühmte Rathaus mit seinem prächtig ausgestalteten Goldenen Saal. Der stolze Bürgersinn setzte sich damit über alle internen Differenzen hinweg ein Denkmal, das höchsten repräsentativen Ansprüchen genügte.

Dann folgte die Katastrophe des Dreißigjährigen Krieges. Pest, schwedische Besatzung, Lähmung des Handels, Kontributionen und erbitterte Kämpfe der beiden Konfessionen brachten die Stadt in zwei Jahrzehnten dem Ruin nahe. Die Bevölkerung sank von 48 000 auf 12 000.

Als der Krieg zu Ende ging, war die wirtschaftliche und politische Bedeutung Augsburgs dahin. Erhalten blieben ihr Konfessionsfreiheit und Parität. Die Zukunft lag bei den absolutistisch regierten Landesfürstentümern. Aber Augsburg lebte die überholte Existenzform einer freien Reichsstadt im ausgehenden 17. und im 18. Jh. bis zur Neige aus. Es füllte sie mit dem Bienenfleiß und der handwerklich-künstlerischen Begabung seiner Bevölkerung. In der Gold- und Silberschmiedekunst, im Kupferstich, in der Freskomalerei und Stukkatur waren Augsburger Handwerker und Künstler tonangebend. Ihr phantasievoller Sinn für Formenreichtum und ihre schöpferische Virtuosität trugen nicht wenig zur Entstehung des Rokoko bei, das die Zeitgenossen Augsburger Geschmack nannten. Eine kaiserliche Kunstakademie zog bedeutende Künstler in die Stadt, ihr Einfluß wiederum wurde für ganz Süddeutschland mitbestimmend. Aber die Verwaltungsformen waren nun völlig erstarrt und veraltet. Aus eigenem Antrieb neue Lebenskräfte und Lebensformen zu finden, gelang nicht mehr.

Als in der Folgezeit der Französischen Revolution die deutsche Landkarte radikal verändert wurde, schlug auch der freien Reichsstadt die letzte Stunde. 1806 kam Augsburg an Bayern, ohne daß es Widerstand leisten konnte und wollte. Ende der Reichsstadt, ein Einschnitt im Leben Augsburgs, der notwendig war und ihr gut bekam.

Zwar war es mit seiner künstlerischen Bedeutung nun vorbei, aber es paßte sich der neuen Zeit an und behielt seinen guten Klang. Die bedeutendste deutsche Zeitung des 19. Jh. wurde hier gedruckt, das Biedermeierliche verkörperte der Domherr Christoph von Schmid, dessen Volkserzählungen und Jugendschriften ganze Generationen mitgeprägt haben. Die Stadt sah schon bald ihre Zukunft bei Wirtschaft und Technik



und blieb auch damit ihrem Wesen treu. Metall- und Textilindustrie siedelten sich seit 1830 an, und in den neunziger Jahren wurde im größten Werk der Stadt der Dieselmotor entwickelt, ohne den die heutige Technik nicht denkbar ist. Die Industrialisierung sprengte die Grenzen der alten Stadt. Der Mauerring und große Teile des aus dem Mittelalter stammenden Kerns fielen im westlichen Teil der Spitzhacke zum Opfer. Im Viertel der Lechkanäle blieb bis in den 2. Weltkrieg hinein noch vieles unberührt. Dann räumten die Bomben auch dort gründlich auf und schlugen der Stadt sehr schwere Wunden. Aber ihr Gesicht konnten sie

nicht zerstören. Die Straße, die die Römer angelegt hatten, ist heute noch Lebensader Augsburgs. Dom, St. Ulrich und Rathaus sind noch die geistigen Kraftzentren, die alten Stadtumgrenzungen im Osten haben sich mit ihren Toren über die Jahrhunderte erhalten. Altes und Neues, Kunst und Industrie, religiöses Leben und Wirtschaft, evangelischer und katholischer Glaube, all dies ist in einer schöpferischen Spannung zu diesem Gemeinwesen zusammengefaßt, das eine Einheit von Geschichte und Gegenwart darstellt.

Anschr. d. Verf.: Bibl.-Dir. Dr. J. Bellot, Staats- und Stadtbibliothek, 89 Augsburg, Schaezlerstraße 35.

## Alter und Altern in morphologischer Sicht\*)

Von Erich Letterer

Meine Damen und Herren!

Wenn ich als pathologischer Anatom heute als erster zu Ihnen und überdies zum erstenmal in meinem Leben in meiner Vaterstadt Nürnberg zu sprechen die Ehre habe, so könnte es aus der Sicht meines Faches zum heutigen Tagesthema den Anschein haben, als ob Alter in einer unmittelbaren Beziehung zu Krankheit und Leiden stehen würde. Das ist glücklicherweise nicht der Fall, und eine solche Meinung könnte höchstens das Resultat einer sehr oberflächlichen Betrachtung des Problems sein. Vor uns steht von Jahr zu Jahr mehr der alte Mensch als soziologische Aufgabe, mit dem Anruf an uns, den an Jahren Gereiften, in seinen Persönlichkeitswerten keineswegs immer geminderten, wengleich biologisch in seinen Leistungswerten gewandelten, alt gewordenen Menschen als ein Positivum für uns zu erhalten, bzw. zu einem Positivum für uns und ihn zu machen. Davon sind wir allerdings noch weit entfernt. Was der Arzt leisten kann, hat seine Quellen in einem vertieften biologischen Verständnis für Alter und Altern, das sich auf Grund besserer Einsicht zunächst einmal frei macht von dem Kurzschluß direkter und ursächlich bedingter Beziehungen zwischen Alter und Krankheit. Hier kann uns die morphologische Untersuchung um vieles fördern, wengleich die Morphologie nur Leben erhält, wenn wir aus ihr heraus die Funktion begreifen lernen. Um klar zu sehen, müssen unsere Betrachtungen von einer präzisen Unterscheidung der Begriffe Alter und Altern ausgehen. Alter ist Statik, Altern aber ist Dynamik; d. h. Altern ist ein Vorgang und ist damit gebunden an den Begriff der Zeit. Alter dagegen ist der durch den Vorgang des Alterns erreichte Zustand, der in seiner Ausbreitung mehr oder weniger stark mit der verflossenen Zeit korreliert. Wir werden sehen, daß man von einer Pathologie des Alterns, also von Krankhaftigkeit des Alternsvorganges von vornherein gar nicht sprechen kann.

Aber wir können eine Pathologie des Alters als eine Art Zustandslehre umreißen, die uns Aufschluß darüber gibt, welche Arten von Krankheiten in der Lebensphase, die wir eben Alter nennen, überhaupt vorkom-

men und wie dieselben in Art, Häufigkeit und Verlauf von solchen in anderen Lebensphasen sich unterscheiden. Sie aber bezieht sich nur auf die Feststellung einer statistischen Korrelation zwischen krankhaften Vorgängen, die in der dem Ende unseres Daseins angenäherten Lebensphase gehäuft und mit Vorliebe aufzutreten pflegen.

Dabei erkennen wir, daß wir dreierlei verschiedene Gesichtspunkte zu beachten haben. Es gibt Krankheiten, die nur in einer bestimmten Parallelität zum Alter auftreten, oder auch nicht mehr auftreten, ohne mit ihm irgendwie wesensmäßig oder ursächlich in irgendeiner Beziehung zu stehen. Hierzu gehören die im Alter häufiger werdenden Geschwulstkrankheiten. Sie haben mit dem Alter nur in zeitlicher Hinsicht etwas zu tun, weil eben um so mehr Menschen ihr Krebsleiden erleben, je älter sie werden. Dem gegenüber gibt es Krankheiten, die im Alter ihren Verlauf, ihre Schwere und ihr gesamtes Gesicht ändern können, also eine Art Pathomorphose eingehen. Das trifft zu für die Symptomatik der Meningitis und Peritonitis, sowie diejenige der Pneumonie, aber nicht für deren Morphologie. Schließlich gibt es Krankheiten, an deren Auftreten das Alter als Zustandsform des Lebens in mitursächlicher Weise beteiligt ist. Dies kann für die Arteriosklerose gelten und für manche Schäden am Skelettsystem. Wenn diese Tatsachen dem erfahrenen Arzt eigentlich schon immer bekannt sind, so steht für uns im Blickpunkt des Interesses der Vorgang des Alterns, seine möglichen Beziehungen zu krankhafter, gestaltlicher und funktioneller Abwandlung unserer als Orthobiotik zu bezeichnenden normalen Lebensvorgänge und Lebensleistungen.

Wir nennen also den im Ablauf des Lebens sich vollziehenden Wandel an der Struktur des Lebendigen „Altern“. Schon in der unbelebten Materie kennen wir Wandlungen, die wir als Altern derselben ansprechen. Der Physiker belehrt uns darüber, daß anorganische Stoffe altern können. Der Chemiker zeigt das Altern der Kolloide, in deren Lösung zunächst durch elektrische Spannungskräfte bedingt, alle Teile in gleichmäßiger Dispersion sich befinden. Im Laufe der Zeit bilden sich Teilchenaggregate und die Suspensionsflüssigkeit trennt sich von der dispergierten Masse. Das System strebt der Entropie zu, einem Zustand der völligen Zerstreung aller in ihm enthaltenen Energie, der jede konstruktive Anordnung von

\*) Vortrag bei der Wissenschaftlichen Ärztetagung Nürnberg am 13.—15. Dezember 1963.

Alle Vorträge dieser Fortbildungstagung erscheinen als Heft einer von der Bayerischen Landesärztekammer herausgegebenen Schriftenreihe.



Stoff und Kraft schließlich vermissen läßt. Diese Entropie ist auch das große, letztthin Wahrscheinliche des Weltalls und gleichbedeutend mit dessen absolutem Tod. Die Unterbrechung der Entropie aber, in der das Unwahrscheinliche immer wieder erneut zum Ereignis wird, ist das Leben. Solange wir uns nun im Ablauf zum Ziel der Entropie befinden, solange läuft die absolute Zeit, deren einziges Maß die Ablaufstrecke ist, die bis zur Verwirklichung der Wahrscheinlichkeit der Entropie verstreicht. Aber für unsere Betrachtung hier benötigen wir einen anderen Zeitbegriff. Altern ist Ablauf des Lebens in der Zeit. Diese Zeit ist nicht die astronomische, deren Ablauf wir mit Sekunden, Minuten oder Monaten und Jahren zählen, es ist die Zeit des Individuums, die wir die biologische Zeit nennen. Sie hat ihre eigenen Stunden, die in dem Augenblick beginnen, in dem Ei und Samenzelle zu einem neuen Wesen sich vereinen. Dann beginnt die Zeit des Individuums, die biologische Zeit, in der das Leben dem Tode entgegenreift und das Individuum altert. So gesehen ist Altern Wandel der Materie, der Energien, der Formen und Funktionen im Körperlichen wie im Psychischen.

Aber keineswegs ist dieser Wandel einer Abnutzung gleichzusetzen, wie dies so oft in der Vorstellung des Laien, aber auch in der mancher Ärzte immer wieder geschieht. Zwar können wir zwischen zeitlichem Altern und Abnutzung mancher Struktur bestimmte Beziehungen erkennen, doch sie kommen in keiner Weise dem Wesen und Begriff des Alterns nahe. Ein Blick in die allgemeine Biologie zeigt die Gesetzmäßigkeiten des Lebens und des Alterns deutlich auf. Es gibt in den primitiven Organisationen des Lebens Wesen, welche dem Gesetz des Alterns nicht unterliegen. Das *Paramecium* teilt sich, es wächst nach jeder Teilung wieder zur Normalgröße seines Typus heran, teilt sich wieder, altert nicht und stirbt nicht. Gleiches können wir von Zellkulturen normaler und krebsiger Zellen sagen, sofern das Nährmedium, das die Kultur umgibt, immer von gleicher Qualität bleibt. Eine Zellkultur ist also potentiell unsterblich, aber mit jeder Teilung verliert die Zelle ihre Individualität und geht in die zweier neuer Zellwesen über; aber mit der aufsteigenden Organisation der metazoischen Lebewesen von der Zelle zum hochdifferenzierten Organismus des Menschen wird als Tribut für die Höchstdifferenzierung auch Altern und Tod des Individuums gefordert. Das *Paramecium* hat mit der Teilung, die wir seiner Fortpflanzung gleichsetzen können, seine lebensgesetzlichen Funktionen erfüllt. Der Mensch als metazoisches körperlich-geistiges Wesen erfüllt diese Funktion schon in einer viel früheren Phase, über die hinaus ihm noch eine reiche weitere Entwicklung zusteht.

Wir verfahren im Sinne einer synthesiologischen Betrachtung der Vorgänge des Alterns, wenn wir zunächst Zellen und Zellverbände, dann Gewebe, dann Organe und Organsysteme und schließlich den auf ein synergistisches Wirken aus diesen Teilen und Teilkörpersystemen zusammengesetzten Gesamtorganismus betrachten.

Der Leukozyt differenziert sich durch Segmentierung seines Kernes, nimmt also an Differenzierung zu, aber er teilt sich nun nicht mehr und geht zugrunde. Der Gewinn der höheren Differenzierung muß auch von der Einzelzelle kompensiert, mit dem Verlust der

Teilungsfähigkeit und dem Tode bezahlt werden. Die Epithelzelle rückt von der basalen Schicht der Epidermis oder der Schleimhaut, wo sie zu einer Teilung noch fähig ist, langsam in die oberen Lagen des Epithelbandes, gewinnt dort ihre bestimmte Differenzierung, wie Schleim- und Fermentbildung oder Verhornung, um schließlich abgestoßen zu werden und zu sterben. Von den Organzellen, etwa der Leber und der Niere, sowie den Gliazellen des Gehirns, müssen wir annehmen, daß sie nach einer bestimmten Zeit ihrer Funktion, über deren Dauer wir keine Kenntnis haben, zugrunde gehen. Kommt es vorher zu Schädigung und Untergang der Zelle, dann erfolgt der Ersatz durch Teilung noch gesunder, jüngerer Elemente. In den sogenannten zellkonstanten Organen aber, d. h. solchen, die nicht durch numerisches Wachstum ihrer Zellen, sondern nur durch Volumenwachstum ihrer Zellen sich vergrößern, haben wir Zellen vor uns, deren Funktion ungeschmälert ein Leben lang dauert. Hierzu gehören Herzmuskelfasern und Ganglienzellen. Beide altern also nicht. Außer der Zunahme des sogenannten braunen Pigmentes, dem Lipofuscin, sind auch im höheren Alter keine Veränderungen in ihrem gestaltlichen Bau zu finden. Pigmentablagerungen sind keine Alterserscheinungen und auch keine funktionellen Minderungen, sondern sie stehen als Stoffwechselprodukte in Korrelation zum Lebensalter, ohne ursächlich mit ihm zu tun zu haben. Solche Zellen sind auch im Gesamtorganismus potentiell unsterblich. Für das oben genannte unsterbliche Leben der Zellkulturen ist nun schon eine Einschränkung gegeben. Sie sind nur dann unsterblich, wenn das Nährplasma immer wieder erneuert wird. Neben wachstumsfördernden Stoffen sind im Plasma von Mensch und Tier auch wachstumshemmende vorhanden. Die ersteren werden rasch verbraucht, die letzteren nehmen mit zunehmendem Alter des Plasmaspenders zu. Hühnerfibroblasten wachsen im Plasma eines jugendlichen Tieres von 6 Wochen um ein Vielfaches besser als im Plasma eines 3 Jahre alten Huhnes.

So stellen wir also fest, daß Zellen als Einzelzellen dem Alterungsprozeß gegenüber potentiell geschützt sind.

Völlig anders liegen nun die Dinge für die Gewebe. Unter Gewebe verstehen wir einen Komplex aus Zellen mit ungeformten und geformten Grundsubstanzen, Blut- und Lymphgefäßen und Nerven. Nur wo Gefäße und Interstitialsubstanzen vorhanden sind, können wir von Gewebe sprechen. Aber damit treffen wir eine völlig neue Situation. Was für die alternde Zellkultur das gealterte Plasmamillieu darstellt, bedeuten im übertragenen Sinn, aber doch ganz wirklich, für das Gewebe seine Zwischensubstanzen und seine Gefäße. Von ihnen und ihrem Verhalten sind die Zellen abhängig und ihre Strukturwandlung bewirkt das Altern der Gewebe. Damit und mit ihnen, d. h. mit den Zwischensubstanzen und den Gefäßen, altern und sterben auch die Zellen. Der Fortschritt der strukturell höheren Organisation des Gewebes gegenüber dem einfachen, noch gefäßlosen und zwischensubstanzfreien Zellverband bringt zugleich dessen Anfälligkeit gegenüber dem Altern mit sich. Es altern somit nicht die Zellen primär, sondern die Zwischensubstanzen und erst in Abhängigkeit von diesen die Zellen. BÜRGER hat mit seiner Schule Wesentliches zu der Alterswandlung der Zwischensub-



stanzen beigetragen. Er hat gezeigt, daß die als Grundlage des Alterns für Biokolloide angenommene Synhärese und Hysterese, d. h. mit einer zunehmenden Wasserverarmung und einer fortschreitenden Zunahme von Kalzium und Cholesterin in vielen Geweben einhergeht. Synhärese ist die noch reversible Entquellung; Hysterese die zwar partielle, aber irreversible Zustandsänderung auf Grund von Dehydratation. Der Wasserverarmung entspricht die Zunahme des Eiweißstickstoffes, die Zunahme von Kalzium und Cholesterin hingegen wird als Gewebsverschlackung infolge von Wasserverarmung angesehen. Die Histochemie hat gezeigt, daß mit fortschreitendem Alter die sauren Polysaccharide, zu denen auch die Chondroitinschwefelsäure gehört, abnehmen. Solche Untersuchungen ergeben z. B., daß die sauren Polysaccharide mit zunehmendem Alter im Knorpel abnehmen, während die hexosaminhaltigen Polysaccharide sich vermehren. Das Glykogen nimmt ebenfalls ab. Die erste Gruppe ist mit Alzianblaufärbung nachzuweisen, die zweite, also die neutrale, mit der Perjud-Schiff-Reaktion.

Es hängt nun wesentlich von der zyto- und angioarchitektonischen Struktur der Gewebe ab, welche Gewebe und Organe einer besonderen Bevorzugung im Hinblick auf Synhärese und Hysterese der Verschlackung unterliegen. Das wird deutlich bei den von BÜRGER erstmals als bradytroph bezeichneten Strukturen, die auf Grund besonderer Verhältnisse eine verlangsamte und somit relativ schlechtere Stoffwechsellage haben und der synhätetisch induzierten Verschlackung besonders ausgesetzt sind. Hierzu gehört schon das derbe, sehnige kollagene, unter Umständen auch das retikuläre feine Bindegewebe, das zu der sogenannten Hyalinisierung besonders neigt, d. h. zu einem Verlust der Feinstruktur seiner Fasern und einer ihr folgenden präzipitierenden und adsorptiven Ablagerung von Eiweißfraktionen des Blutplasmas aus den Gewebesäften.

Als Grund hierfür müssen wir eine humorale und eine gewebliche Ursache zugleich annehmen, insofern als die Blutplasmaeiweißkörper mit fortschreitendem Alter eine Verschiebung zugunsten der grobmolekularen Proteine zeigen und andererseits die synhätetischen Fasern eine präzipitierende Abscheidung in Form von Amyloid auf ihnen begünstigen.

Zu den eigentlichen bradytrophischen Geweben rechnen diejenigen, denen eine eigene Gefäßversorgung fehlt und die aus diesem Grunde auf Diffusionsernährung angewiesen sind. Das Fehlen von Gefäßen in solchen Strukturen hat eine jeweils funktionsbedingte Bewandnis, wie sich an Knorpel, Hornhaut, Bandscheiben leicht verstehen läßt. Eine solche Diffusionsernährung muß die Durchflutungsgröße der Gewebe im assimilatorischen wie dissimilatorischen Sinne herabsetzen und die Synhärese verstärken.

Auch die Blutgefäße sind Strukturen von bradytrophem Typ, insbesondere die Arterien, deren dichte Geflechte aus muskulären und bindegewebigen wie elastischen Fasern durch die Vasa vasorum von der Außenseite her bis zur Adventitia-Media-Grenze ernährt werden, während von der Blutplasmaseite her nur die Intima durch Diffusion versorgt wird. Somit kommt an der Grenze des Zusammentreffens beider Versorgungsströme das Gefäßwandgewebe in seiner Ernährung relativ zu kurz. Als Ausdruck der verminderten Durchblutung und ihren Folgen im Laufe des

Lebens gilt an den Gefäßen die Zunahme der sogenannten chromotropen Substanzen, jener an Mucopolysacchariden reichen und ungeformten Grundsubstanzen zwischen den Fasern der Arterienwände. Ihre physikalisch-chemische Wandlung haben ursächliche Bedeutung für die Kalk-, Fett- und Cholesterinzunahme in der Arterienwand während des Lebens. Da mit dem Lebensablauf Volumen und Wanddicke der Arterien in unmittelbarer Korrelation zum Herzgewicht zunehmen, wird die bradytrophe Situation der Arterienwand noch verstärkt, und es erfolgt mit zunehmendem Alter ein Umbau der Gefäßwand, indem die hochwertigen muskulären und elastischen Faserelemente gegen das empfindlichere Bindegewebe ausgetauscht werden. So sind es also nicht die Zellen, welche den Altersvorgängen ausgesetzt sind, sondern die Zwischensubstanzen. Für die Zellen aber gilt, daß die aus ihnen gestalteten funktionellen Strukturen infolge der qualitativen Minderung der Zwischensubstanzen sich auch umzugestalten und schließlich zu erkranken beginnen. Dafür sind vielerlei Beispiele möglich. Die fortschreitende Degeneration der Bandscheiben, deren puffernde elastische Kraft in der Jugend von erstaunlichem Ausmaß ist, führt die Wirbelränder einander näher, so daß das vordere Längsband der Wirbelsäule gezerrt wird. Die entstehenden periostalen Reizungen führen zur Spondylosis deformans mit ihren bekannten Rabenschnabelfortsätzen, besonders an den Wirbelkörpern der Lendenwirbelsäule. Ähnliches geht an den großen Gelenken vor sich, die Elastizität der Knorpeldecke schwindet, dadurch ändern sich die Belastungsmomente, der Knorpel kann an einzelnen Stellen zu Verlust gehen, an anderen fängt er an zu wuchern. Der Knochen selbst formt sich um und es entstehen ausgedehnte Deformitäten der Hüft- und Kniegelenke. Auch die Menisei der Kniegelenke gehören zu den bradytrophischen Geweben, und es ist wahrscheinlich, daß ihre oft große Neigung zu degenerativen Regressionen die daraus folgende Disposition zu traumatischen Läsionen auf diesem Umstand beruht.

Sehr wesentlich für spätere Erkrankungsmöglichkeiten ist der Altersumbau der Gefäßsysteme, insbesondere der Arterien für die von diesen versorgten Parenchyme. Dabei sind die einzelnen Organe in verschieden starker und verschiedenartiger Weise anfällig. Der vorhin genannte Umbau der Arterien begünstigt den größeren Gefäßen den Umbau und die als Arteriosklerose genügend bekannte Erscheinung, aber es müssen immer noch zusätzliche Umstände hinzutreten, um diese dann auch wirklich manifest werden zu lassen. Auf der Basis der arteriellen Veränderungen entstehen nun wieder Herzinfarkte oder Nierenveränderungen im Sinne der arteriosklerotischen oder arteriolosklerotischen Schrumpfnieren.

Wenn wir schließlich nicht nur die Teile, sondern auch den Gesamtorganismus als solchen ins Blickfeld nehmen, so finden wir bei der Analyse der Altersvorgänge noch andere Zusammenhänge und gesetzmäßige Abhängigkeiten, die wir nur aus dem synergistisch-organismischen Prinzip des Lebens dieses Organismus begreifen können. Betrachten wir noch einmal die Blutgefäße, jetzt aber im Zusammenhang mit dem Herzen als Kreislaufsystem, dann gehen an ihm insgesamt und an seinen Teilen im Ablauf des Lebens markante Umgestaltungen vor sich, die als gestaltliche



Angleichung an fortdauernd veränderte funktionelle Verhältnisse zu verstehen sind. Mit anderen Worten: nicht die Form ändert sich oder verfällt auf Grund altersbedingter Abnutzung, sondern der von Phase zu Phase entsprechend der biologischen Zeit des Organismus gewandelte Leistungsanspruch an Gewebe und Organe, und ihre Funktion ändert ihre Gestalt. Funktion aber wirkt nicht nur gestaltsändernd, sondern auch gestalterhaltend. Abbau der Funktion, d. h. hier eines bestimmten Leistungsgrades, führt zum Abbau auch der Form. Es nimmt die lebendige Masse mit ihren vielfachen biotechnischen Strukturen entsprechend den von ihr geforderten Leistungen zu und ab.

Durch das ganze Leben hindurch wandelt sich die Herzform. Der Neugeborene hat noch eine deutliche Rechtshypertrophie, bald bekommt aber der linke Ventrikel seine nur notwendige Größe. Mit 30 bis 40 Jahren hat das Herz vollreife Form erreicht, um dann fließend in die Altersform überzugehen. Aus dieser erst entwickelt sich im höheren Alter die Form des senilen Herzens. Messend können wir feststellen, daß die Ostienweiten während des ganzen Lebens zunehmen. Das Herz wird an der Basis breiter, wägend wird Zunahme des Herzgewichtes durch das ganze Leben bis etwa zum 5. und 6. Jahrzehnt gefunden. Letzteres ist Ausdruck der mit dem Leben steigenden Herzleistung, die sich dem steigenden peripheren Widerstand und der damit eintretenden Erhöhung des systolischen Blutdrucks anpassen muß. Entsprechend dem Herzgewicht kommt es zur Dicken- und Weitenzunahme der Arterien, deren elastischer Widerstand aber geringer wird.

In einer unserem Willen unabhängigen Weise wandelt der Organismus das Leistungsbild des ganzen Menschenwesens im Laufe des Lebens in gesetzmäßiger Weise, denn die biotechnischen Strukturen sind wechselnden Funktionsansprüchen ausgesetzt, denen sie mit Substanzneubildung und Ausgestaltung oder mit Rückbildung und Schwund entsprechen. So vor allem ist der vielfach zu erkennende Substanzabbau und die Geweberrückbildung zu verstehen. Die Art und Weise aber, wie dies geschieht, ist in der Jugend wie im Alter genau die gleiche. Wenige Beispiele werden dies belegen. Wir bezeichnen als Atrophie den Rückbildungsschwund und erläutern ihn als das Resultat des Überwiegens dissimilatorischer Vorgänge über die assimilatorischen des Stoffwechsels. Auf diese Weise kann es zum Aufbruch eines Gewebes kommen. Das hat, wie gesagt, mit Alter gar nichts zu tun, denn das Entscheidende ist der funktionelle Anspruch, der aus den innergesetzlichen Notwendigkeiten des Gesamtorganismus an die entsprechende Struktur gestellt wird. So ist die Thymusdrüse im Kindes- und Pubertätsalter um ein Vielfaches größer als in der Phase nach Abschluß des Körperwachstums. Im Funktionskreis des inkretorischen Systems ist sie dann überflüssig geworden und verfällt der Atrophie, die wir in diesem Fall Involutionstrophie nennen. Aber der Vorgang ist genau der gleiche wie im Alter, in dem etwa das Parenchym der Lymphknoten einer Rückbildung verfällt und der Verlust wie in der Thymusdrüse ebenfalls durch Fettgewebszellen ersetzt wird. In diesem Falle sprechen wir nun von seniler Atrophie. Der Vorgang ist der gleiche, nur die Lebensphase ist eine andere. In der Pubertät wachsen rasch die Ova-

rien heran und werden im Alter zwischen 40 und 50 Jahren zurückgebildet, obwohl noch Tausende von reifungsfähigen Follikeln vorhanden sind. In der gleichen Phase bildet sich die Brustdrüse zurück, sie gleicht sich in ihrem Aufbau Infolge Rückbildung des Parenchyms mit Überwiegen des Stützgewebes wieder mehr der virginellen Brust an. Auch dies ist Involutionstrophie auf Grund aufgehobener Leistungsansprüche, aber in einer Phase eintretend, die weitab vom Senium gelegen ist und weder zeitlich noch ursächlich Beziehungen dorthin hat.

Diese Wandlungen in den Rückbildungsphasen können nun, ganz gleichgültig in welcher Lebenszeit sie liegen, durch Störung bestimmter Regulationseinrichtungen zu krankhaften Veränderungen führen. So fassen wir heute die Prostatahypertrophie, die zystische Mastopathie der weiblichen Brust und die zystisch-glanduläre Hyperplasie des Endometriums als derartige Regulationsstörungen auf.

Ein unter Umständen abnehmender Tonus der Muskulatur im höheren Alter führt zu Rückwirkungen auf das Skelett; es kommt zur senilen Atrophie des Knochens, welche bei einzelnen Individuen stark unterschiedlich ist, in dem einen Fall bei gleichem zahlenmäßigen Alter kaum bemerkbar, im anderen groteske Ausmaße annehmend.

Bis zu diesem Punkt gelangt, wird für uns die Frage unausweichlich, in welche direkte und indirekte Beziehung wir die geschilderten Befunde des Alterns schließlich zur Krankheit setzen dürfen.

Man kann mit aller Bestimmtheit verneinen, daß Alternsvorgänge krankhaft an sich sind. Wenn wir Krankheit definieren als Störung oder Verlust der Regulationen des Organismus, so bringt uns diese Definition auch zum Verständnis einer Pathologie des Alterns. Der alters- und lebenszeitlich bedingte Umbau und Abbau der biotechnischen Strukturen der Gewebe kann zu Störungen der Regulationsmechanismen und Regulationssysteme führen und damit natürlich auch zu krankhaften Entregelungen der Funktionen oder zu gestaltlichen Organumwandlungen. Dann wird deutlich, daß es nur die Konstellation verschiedener Umstände sein kann, welche krankhaftes Geschehen oder krankhafte Zustände bedingt und nie der Alternsvorgang an sich und allein für sich. Und es wird weiterhin deutlich, daß Krankheit niemals nur eine Ursache hat. Innere und äußere Ursachen fügen sich mit den ganz natürlichen Umgestaltungen des alternden Organismus zusammen, um das Bild der Alterskrankheit zu prägen. Der Tod an dieser oder ihren Folgen ist um ein Vielfaches häufiger als der reine Alterstod, d. h. das Verlöschen der immer schwächer werdenden Funktionen allein. Wenn wir bisher vom Wandel der Strukturen, insbesondere der Zwischensubstanzen gesprochen haben und den Alternsvorgang in erster Linie auf diese Wandelung der Zwischensubstanzen, ihre Synhaerese und Hysterese zurückführen, so wird dem aufmerksamen Blick nie entgehen, daß dieser Wandel einmal schnell und einmal langsam gehen kann. Er ist in gewisser Beziehung beeinflussbar durch exogene Leistungsansprüche. Er ist andererseits unbeeinflussbar, weil wir alle eine bestimmte genetische Struktur und Konstitution besitzen, die auch das Altern mit einschließt, und nach der wir unseres Daseins Kreise vollenden. Altwerden ist erblich, und das schnelle und das



langsame Tempo des Wandels unserer Strukturen, das Altern, ist in ganz bestimmter Weise auch von dem abhängig, was wir von unseren Vätern als Genkonstitution mitbekommen haben. Insofern ist Altern auch genetisches Schicksal, dem wir und unsere Kranken nicht entfliehen. Arzt und Soziologe, von deren rechter Einstellung zum alten Menschen wir eingangs schon sprachen, haben hier große Aufgaben, die zu meistern die Einsicht in die biologischen Wirklichkeiten hilft. An der Spitze für alles sinnvolle und auch organisatorische Handeln steht das Wissen um die

biologische Zeit. Meist ist es später als wir denken; und der große Biologe Goethe hat einmal etwas pessimistisch gesagt:

Niemand versteht zur rechten Zeit.  
Wenn man zur rechten Zeit verstünde,  
dann wäre Wahrheit nah und breit  
und wäre lieblich und gelinde. —

Anschr. d. Verf.: Prof. Dr. E. Letterer, Pathol. Institut der Universität Tübingen

## Einschränkung der ärztlichen Bestallung durch Röntgenstrahlenschutzverordnung?

Kritik an einem Verordnungsentwurf

Von Willy Reichstein

In der Bundesrepublik soll die medizinische Anwendung der Röntgenstrahlen durch eine Rechtsverordnung geregelt werden. Die Rechtsgrundlagen hierfür bilden die Ermächtigungsvorschriften im Atomgesetz des Jahres 1959.

Mit dem vom Bundesgesundheitsministerium vorgelegten Entwurf einer „Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen bei der Anwendung auf Mensch und Tier“ vom Juli 1963 (Röntgenstrahlenschutzverordnung) sind schwerwiegende berufsrechtliche und berufspolitische Fragen aufgeworfen worden, die weit über den Entwurf hinaus von grundsätzlicher Bedeutung sind. Im Bundesministerium für Gesundheitswesen hat am 23. und 24. Januar 1964 eine Beratung dieses Entwurfs stattgefunden, in der insbesondere auch die Grundsatzfragen eingehend erörtert wurden. Zu diesen Grundsatzfragen gehört die beabsichtigte Einführung einer Genehmigung für die Anwendung von Röntgenstrahlen durch den Arzt, Zahnarzt oder Tierarzt sowie die Forderung nach einer besonderen Fachkunde des Arztes und ihre Feststellung durch staatliche Stellen.

Es ist verständlich, wenn der von diesem Entwurf betroffene große und in seiner Interessenlage unterschiedliche Kreis von Personen und Vereinigungen in seiner Stellungnahme zu einzelnen Bestimmungen des Entwurfs nicht ganz einheitlich ist.

Das allgemeine Interesse der Ärzteschaft, das dem öffentlichen Interesse in keiner Weise zuwiderläuft, erfordert aber eine einheitliche Auffassung über jene Fragen, welche die Stellung des Arztes und seine Tätigkeit in der freiheitlichen Rechtsordnung der Bundesrepublik berühren.

Von diesem Gesichtspunkt aus, dem auch die besonderen Interessen einzelner ärztlicher Fachgruppen untergeordnet werden müssen, sind die grundsätzlichen Bestimmungen des genannten Entwurfs zu beurteilen. Unter Berücksichtigung dieser Forderungen sollen die folgenden Ausführungen in Ergänzung der Stellungnahme der Bundesärztekammer\*) zur Klärung der Begriffe und zur Erläuterung der Rechtslage beitragen.

### I. Der Entwurf und seine Begründung

Der Entwurf sieht die Einführung einer Genehmigung für die Anwendung von Röntgenstrahlen durch den Arzt und die Forderung nach einer besonderen Fachkunde des Arztes sowie deren Feststellung durch staatliche Stellen vor.

Die entsprechenden Bestimmungen in § 3 des Entwurfs lauten:

„Wer eine Röntgenanlage betreibt, bedarf einer Genehmigung.“

Diese Genehmigung ist einem Arzt zu erteilen, wenn er neben einer Reihe anderer Voraussetzungen „die erforderliche Fachkunde“ besitzt (§ 4). Was unter der „erforderlichen Fachkunde“ verstanden wird, ist in § 5 festgelegt. § 5 lautet:

„(1) Die erforderliche Fachkunde für die Röntgenuntersuchung und die Röntgenheilbehandlung besitzt:

1. der Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde;
2. der Facharzt für Hautkrankheiten, der nach Erteilung der Bestallung durch eine zusammenhängende und ganztägige Ausbildung in der Strahlenheilkunde von 6 Monaten ausreichende Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Röntgenheilbehandlung mit Röntgenstrahlenquellen bis zu 50 kV Erzeugerscheitelspannung hat, für sein Fachgebiet. Die Ausbildung muß unter der verantwortlichen Leitung eines Facharztes für Röntgenologie und Strahlenheilkunde erfolgt sein;
3. der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, der nach Erteilung der Bestallung durch eine zusammenhängende und ganztägige Ausbildung in der Strahlenheilkunde von 1 Jahr ausreichende Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Röntgenheilbehandlung hat, für sein Fachgebiet. Nummer 2 Satz 2 ist anzuwenden;
4. der Tierarzt, der ausreichende Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Röntgenuntersuchung und -heilbehandlung von Tieren hat.

(2) Die erforderliche Fachkunde für die Röntgenuntersuchung besitzt:

1. der Arzt oder Zahnarzt, der nach Erteilung der Bestallung durch eine zusammenhängende und ganz-

\*) Siehe „Ärztliche Mitteilungen — Deutsches Ärzteblatt“, Heft 42/1963, Seite 2135.



tägige Ausbildung in der Röntgenuntersuchung von 2 Jahren ausreichende Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Röntgenuntersuchung hat. Absatz 1 Nr. 2 Satz 2 ist anzuwenden;

2. der Facharzt für Lungenkrankheiten, der durch eine zusammenhängende und ganztägige Ausbildung in der Röntgenuntersuchung von 1 Jahr ausreichende Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Röntgenuntersuchung hat, für sein Fachgebiet. Absatz 1 Nr. 2 Satz 2 ist anzuwenden.

(3) Die erforderliche Fachkunde für die Röntgeneinzelaufnahme besitzt:

1. der Arzt, der nach Erteilung der Bestallung durch eine zusammenhängende und ganztägige Ausbildung in der Röntgenuntersuchung von 6 Monaten ausreichende Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Röntgeneinzelaufnahme besitzt. Absatz 1 Nr. 2 Satz 2 ist anzuwenden;

2. der Zahnarzt, der hierfür ausreichende Kenntnisse im Strahlenschutz hat, für die Röntgeneinzelaufnahme von Zähnen.“

Nach der dem Entwurf zugrunde liegenden Auffassung besitzt also die „erforderliche Fachkunde“ nur der Facharzt für Röntgenologie und Strahlenheilkunde.

Die übrigen Ärzte müssen diese „Fachkunde“ bei einem Röntgenologen durch eine ganztägige und zusammenhängende Tätigkeit von 6 Monaten bis zu 2 Jahren — je nach ihrem Tätigkeitsgebiet — erwerben.

Zur Begründung für diese Regelung wird vorgebracht, daß die Einführung einer Genehmigungspflicht durch die Bestimmungen des EURATOM-Vertrages vorgeschrieben sei. Auch die Forderung nach der „Fachkunde“ ergebe sich aus den Bestimmungen des EURATOM-Vertrages und des deutschen Atomgesetzes, dessen Ermächtigungsvorschriften die Rechtsgrundlage dieser Verordnung bilden.

Im übrigen — so wird weiter betont — habe auch die 1. Strahlenschutzverordnung den Umgang mit radioaktiven Stoffen von einer vorherigen Genehmigung abhängig gemacht. Es sei daher nur folgerichtig, das gleiche Verfahren auch bei einer Röntgenstrahlenschutzverordnung einzuführen.

## II. Genehmigung oder Anzeige?

Der vorgetragenen Auffassung kann nicht gefolgt werden.

Ein Zwang zur Einführung einer Genehmigungspflicht und zur staatlichen Regelung der „Fachkunde“ ergibt sich weder aus dem EURATOM-Vertrag noch aus dem Atomgesetz.

Der Rat der Europäischen Atomgemeinschaft hat am 2. 2. 1959, gestützt auf die Römischen Verträge, „Richtlinien zur Festlegung der Grundnormen für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung und der Arbeitskräfte gegen die Gefahren ionisierender Strahlungen“ —

die EURATOM-Grundnormen

— erlassen. Diese Richtlinien sind hinsichtlich ihrer Zielsetzung für die Mitgliedsstaaten verbindlich, sie überlassen es aber diesen, die zur Durchsetzung dieser Grundnormen geeigneten Rechts- und Verwaltungsvorschriften zu erlassen.

Für die anstehenden Fragen sind insbesondere folgende Artikel der EURATOM-Grundnormen von Bedeutung:

### „Artikel 2

Die vorliegenden Richtlinien gelten für die Herstellung, die Bearbeitung, die Handhabung, die Verwendung, den Besitz, die Lagerung, die Beförderung und die Beseitigung natürlicher und künstlicher radioaktiver Stoffe sowie für jede andere Tätigkeit, die eine Gefährdung durch ionisierende Strahlungen mit sich bringt.

### Artikel 3

Die Ausübung der in Artikel 2 aufgeführten Tätigkeiten unterliegt in allen Mitgliedsstaaten der Anmeldepflicht und in den Fällen, die der einzelne Mitgliedsstaat unter Berücksichtigung der Größe der durch diese Tätigkeiten verursachten Gefahr bestimmt, einem System der vorherigen Zulassung.

### Artikel 5

Abgesehen von den in den Rechtsvorschriften der einzelnen Staaten vorgesehenen Fällen soll ein System der vorherigen Zulassung erforderlich sein, wenn es sich handelt um

- die Verwendung radioaktiver Stoffe zu Heilzwecken;
- den Zusatz radioaktiver Stoffe bei der Herstellung von Lebensmitteln, Arzneimitteln, kosmetischen Erzeugnissen und Erzeugnissen zum Gebrauch im häuslichen Bereich sowie um die Handhabung solcher Lebensmittel, Arzneimittel und Erzeugnisse;
- die Verwendung radioaktiver Stoffe bei der Herstellung von Spielwaren.“

Durch diese Bestimmungen wird den Mitgliedsstaaten also vorgeschrieben, jede Anwendung von radioaktiven Stoffen oder von ionisierenden Strahlen zu regeln. Die Mitgliedsstaaten sind gehalten, die mit diesen Stoffen oder Strahlen verbundenen Tätigkeiten einer Anmeldepflicht zu unterwerfen und bei Vorliegen besonderer Gefahren ein System der vorherigen Zulassung (= Genehmigung) einzuführen. Die Entscheidungsfreiheit der Mitgliedsstaaten wird in Artikel 5 durch eine Solivorschrift wieder eingeschränkt, nach der die Verwendung radioaktiver Stoffe zu Heilzwecken von einer vorherigen Zulassung abhängig gemacht werden soll. Diese Bestimmung gilt für die Anwendung von Röntgenstrahlen jedoch nicht, da diese nicht radioaktive Stoffe sind.

Die aus dem EURATOM-Vertrag erwachsenen Verpflichtungen überlassen es danach der Bundesregierung nicht nur, für die Anwendung der Röntgenstrahlen die geeigneten Rechts- und Verwaltungsvorschriften zu erlassen, sondern weisen noch ausdrücklich darauf hin, daß ein System der vorherigen Zulassung (= Genehmigung) nur dann eingeführt werden soll, wenn aus dieser Tätigkeit besonders große Gefahren entstehen können.

Neben den Verpflichtungen aus dem EURATOM-Vertrag sind die Rechtsgrundlagen für Strahlenschutzverordnungen in der Bundesrepublik die Ermächtigungsvorschriften in § 11 des „GESETZES ÜBER DIE FRIEDLICHE VERWENDUNG DER KERNENERGIE UND DEN SCHUTZ GEGEN IHRE GEFAHREN“ (Atomgesetz) vom 23. 12. 1959.



§ 1 des Atomgesetzes lautet:

„Zweck dieses Gesetzes ist,

1. die Erforschung, die Entwicklung und die Nutzung der Kernenergie zu friedlichen Zwecken zu fördern;
2. Leben, Gesundheit und Sachgüter von den Gefahren der Kernenergie und der schädlichen Wirkung ionisierender Strahlen zu schützen und durch Kernenergie oder ionisierende Strahlen verursachte Schäden auszugleichen;
3. zu verhindern, daß durch Anwendung oder Freiwerden der Kernenergie die innere oder äußere Sicherheit der Bundesrepublik gefährdet wird;
4. die Erfüllung internationaler Verpflichtungen der Bundesrepublik auf dem Gebiet der Kernenergie und des Strahlenschutzes zu gewährleisten.“

§ 11 des Atomgesetzes lautet:

„Ermächtigungsvorschriften (Genehmigung, Anzeige, allgemeine Zulassung).

(1) Soweit nicht durch dieses Gesetz für Kernbrennstoffe und für Anlagen im Sinne des § 7 eine besondere Regelung getroffen ist, kann durch Rechtsverordnung zur Erreichung der in § 1 bezeichneten Zwecke bestimmt werden,

1. daß die Aufsuchung von radioaktiven Stoffen, der Umgang mit radioaktiven Stoffen (Gewinnung, Erzeugung, Lagerung, Bearbeitung, Verarbeitung, sonstige Verwendung und Beseitigung), der Verkehr mit radioaktiven Stoffen (Erwerb und Abgabe an andere), die Beförderung und die Ein- und Ausfuhr dieser Stoffe einer Genehmigung oder Anzeige bedürfen;
2. daß die Errichtung und der Betrieb von Anlagen zur Erzeugung ionisierender Strahlen einer Genehmigung oder Anzeige bedürfen;
3. daß nach einer Bauartprüfung durch eine in der Rechtsverordnung zu bezeichnende Stelle Anlagen, Geräte und Vorrichtungen, die radioaktive Stoffe enthalten oder ionisierende Strahlen erzeugen, allgemein zugelassen werden können und welche Anzeigen die Inhaber solcher Anlagen, Geräte und Vorrichtungen zu erstatten haben.

(2) Die Rechtsverordnung kann Genehmigungen und allgemeine Zulassungen im Rahmen der Zweckbestimmung dieses Gesetzes von persönlichen und sachlichen Voraussetzungen abhängig machen sowie das Verfahren bei Genehmigungen und allgemeinen Zulassungen regeln.“

Auch diese Ermächtigungsvorschriften des Atomgesetzes unterscheiden also zwischen Genehmigung oder Anzeige für den Umgang mit radioaktiven Stoffen und die Anwendung von ionisierenden Strahlen.

Zusammenfassend ist demnach festzustellen, daß weder aus den EURATOM-Bestimmungen noch aus dem Atomgesetz ein Zwang zum Erlaß von Genehmigungsvorschriften für die Anwendung von Röntgenstrahlen abgeleitet werden kann!

Die Bundesregierung ist nun aber auch nicht völlig frei in ihrer Wahl zwischen Genehmigung oder Anzeige. Sie ist bei der Entscheidung vielmehr gebunden an allgemeingültige Rechtsprinzipien und an die durch die Zweckbestimmung des Atomgesetzes (§ 1) begrenzten Ermächtigungsvorschriften des § 11.

Zu den Grundsätzen unserer Rechtsordnung gehört es, in die Freiheit und in die Rechte der einzelnen nur

eingzugreifen, wenn das im Interesse eines gleichen oder übergeordneten Rechtsgutes zwingend geboten ist. Die aus den Grundrechtsartikeln unserer Verfassung abzuleitende und vom Bundesverfassungsgericht wiederholt darauf gestützte „grundsätzliche Freiheitsvermutung“ bindet Gericht, Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung.

Bei Beachtung dieses Grundsatzes versteht es sich von selbst, daß die Anzeige gegenüber der Genehmigung das freiheitlichere und angemessenere Mittel ist, durch das ein geringerer Zwang ausgeübt und weniger in wohlerworbene Rechte eingegriffen wird.

Mit der Bestallung hat der Staat dem Arzt das Recht zur grundsätzlich unwiderruflichen und uneingeschränkten Ausübung der Heilkunde in alien ihren Zweigen erteilt.

In der erst vor kurzer Zeit erlassenen Bundesärzterordnung ist diese Tatsache erneut bekräftigt worden. Zur Ausübung der Heilkunde gehört auch die Anwendung der Röntgenstrahlen. Davon wird auch bei der Erteilung der Bestallung als Arzt, die unter Beachtung des hohen Rechtsgutes der Gesundheit einzelner und der Allgemeinheit erfolgt, ausgegangen. Die bisherigen Erfahrungen haben erwiesen, daß die Bestallungsordnung, die Berufsordnung und das eigene Gewissen die Tätigkeit verantwortlicher Ärzte ausreichend begrenzen.

Die in der sogenannten ersten Strahlenschutzverordnung vorgeschriebene Genehmigungspflicht für den Umgang mit radioaktiven Stoffen ist zur Begründung der Einführung einer gleichen Regelung für die Anwendung von Röntgenstrahlen ungeeignet.

Bei der ersten Strahlenschutzverordnung waren die Sollbestimmungen des Art. 5 der EURATOM-Grundnormen zu beachten (siehe Seite 381), nach welchen für „die Verwendung radioaktiver Stoffe zu Heilzwecken“ ein „System der vorherigen Zulassung“ erforderlich sein soll.

Entgegen dem wiederholt begründet vorgetragenen Wunsch der Bundesärztekammer, den Umgang mit radioaktiven Stoffen für den Bereich der Medizin in einer eigenen Verordnung zu regeln, wurde eine Verordnung geschaffen, die den gesamten Umgang mit diesen Stoffen erfaßt. Damit konnten weder die mit der medizinischen Anwendung verbundenen besonderen Verhältnisse noch auch die Tatsache berücksichtigt werden, daß Ärzte eine andere Art von Verantwortung tragen als z. B. Fuhrunternehmen, die radioaktive Stoffe transportieren wollen.

Für die Beurteilung der Gefahren, die beim Umgang mit diesen Stoffen eintreten können, war dieser Umstand erhebiich; er hat zur Wahl des Genehmigungsverfahrens auch wesentlich beigetragen.

Gelegentlich ist nun auch das Argument zu hören, daß, wenn man die rechtliche Frage dahingestellt sein lasse, die Genehmigung zweckmäßiger sei als die Anzeige.

Abgesehen davon, daß durch eine solche Erwägung vorhandene Rechtshindernisse nicht beseitigt werden können, ist auch nicht erkennbar, wieso ein Genehmigungsverfahren zweckmäßiger sein soll.

Der in diesem Zusammenhang manchmal geäußerte Gedanke, eine Genehmigungspflicht würde den Arzt von seiner Verantwortung bei der Anwendung von Röntgenstrahlen entlasten, ist nicht nur irrig, sondern



auch schon im Wesen falsch; denn es ist nicht Aufgabe des Staates, freien Ärzten die Verantwortung für ihr Handeln abzunehmen.

Im übrigen kann es wohl kaum bezweifelt werden, daß zur Erfüllung des Zwecks einer Röntgenschutzverordnung die Anzeige gegenüber dem Genehmigungssystem auch das zweckmäßigere Verfahren ist!

Ein Genehmigungsverfahren erfordert eine Genehmigungsbehörde, die eine große Zahl fachlich geeigneter Mitarbeiter benötigt, damit die Anträge nicht nur sachgerecht, sondern auch in der gebotenen Schnelligkeit erledigt werden können. Es scheint überhaupt fraglich, ob eine solche Methode im ärztlichen Röntgenbereich praktikabel sein würde.

Die Einführung einer Anzeigepflicht hingegen erfordert keinen nennenswerten Verwaltungsaufwand. Es muß lediglich klar bekanntgegeben werden, welche Voraussetzungen bei der Anmeldung vorhanden sein müssen. Da diesen Anzeigen dann eine große Bedeutung zukommt, würden falsche Angaben weitreichende straf- und berufsrechtliche Folgen nach sich ziehen müssen. Bei einem Verdacht auf falsche Angaben, deren Folgen der dafür Verantwortliche zu tragen hätte, könnte ohne besonderen Aufwand sofort eine Überprüfung durchgeführt werden.

Demnach führen also auch bloße Zweckmäßigkeitserwägungen zu der Feststellung, daß ein Genehmigungsverfahren nur dann eingeführt werden sollte, wenn es trotz seiner Kompliziertheit zur Erreichung des vorgeschriebenen Zweckes als einziges Mittel rechtlich vertretbar und sachlich unbedingt erforderlich ist.

Bei dem Versuch, die im Entwurf vorgesehenen Genehmigungsvorschriften zu rechtfertigen, wird u. a. gern auf die in der Schweiz bestehende Regelung hingewiesen. Diese Hinweise sind aber oft irreführend. Es wird nämlich meistens nur erwähnt, daß in der Schweiz die „Anwendung ionisierender Strahlen auf den menschlichen Körper“ einer Bewilligung bedarf, also genehmigungspflichtig ist. Dennoch ist diese Regelung mit der bei uns vorgesehenen nicht vergleichbar. Die „Verordnung über den Strahlenschutz“, die der Schweizerische Bundesrat am 19. April 1963 beschlossen hat, regelt nämlich den gesamten Umgang nicht nur mit Röntgenstrahlen, sondern auch mit radioaktiven Stoffen. Diese Verordnung hat sich dabei von den gleichen Gesichtspunkten leiten lassen, die zu den EURATOM-Empfehlungen führten, nach denen der Umgang mit radioaktiven Stoffen in den EURATOM-Staaten einem System der vorherigen Genehmigung unterworfen sein soll.

Im übrigen ist in der schweizerischen Schutzverordnung der Nachweis der zur Bewilligung erforderlichen Sachkenntnis für die Anwendung ionisierender Strahlen zur diagnostischen Anwendung durch das eidgenössische Arztdiplom erbracht! Vom Erwerb einer besonderen Fachkunde für diese Zwecke ist dort nicht die Rede.

### III. Die „Fachkunde“

Die Bestimmungen über die „erforderliche Fachkunde“ in § 5 des Entwurfes sind geeignet, die Begriffe zu verwirren und den Eindruck hervorzurufen, die Verordnung wolle sich über die ihr gesetzten Grenzen hinwegsetzen.

Die Worte „Fachkunde des Arztes“ umfassen im allgemeingültigen Sprachgebrauch andere Bereiche als die, deren Regelung aufgrund der Ermächtigungsbestimmungen des Atomgesetzes möglich ist.

Die Ermächtigungsbestimmungen dienen ausschließlich zur Erfüllung des Zweckes des Atomgesetzes (§ 1, siehe Seite 382); sie finden in diesem aber auch ihre Grenze!

Durch die nur in Zusammenhang mit dieser Zweckbestimmung anwendbaren Ermächtigungsvorschriften kann also nicht die ärztliche Fachkunde, sondern nur die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde geregelt werden.

Die erste Strahlenschutzverordnung hat diesen zwingenden Zusammenhang auch beachtet und spricht in den Bestimmungen des § 3 daher nicht von „ärztlicher Fachkunde“, sondern von der „für den Strahlenschutz erforderlichen Fachkunde“.

Sachlich richtiger und sprachlich besser wäre es daher, statt von „Fachkunde im Strahlenschutz“ von den „für den Strahlenschutz erforderlichen Kenntnissen“ zu sprechen.

Der Entwurf der Röntgenstrahlenschutzverordnung enthält diese Worte auch in § 5, jedoch nur als einen der „Fachkunde“ untergeordneten Begriff.

Nur mit diesem Kunstgriff war es auch möglich, in dem Entwurf die zur Erlangung der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz angeblich benötigte Zeit so stark zu differenzieren und an die Ausbildung durch Röntgenologen zu binden!

Diese sehr „geschickte“ Formulierung kann aber nichts daran ändern, daß mit diesen Bestimmungen der genannte Entwurf die einer Rechtsverordnung nach § 11 Atomgesetz gezogene Grenze weit überschreitet; denn er versucht, für ein bestimmtes Gebiet der Heilkunde die ärztliche Fachkunde schlechthin zu regeln; das aber kann mit dieser Rechtsgrundlage nicht geregelt werden und ist im übrigen auch gar nicht mehr regelungsbedürftig.

Der Verordnungsentwurf verstößt darüber hinaus mit diesen Bestimmungen auch zweifellos gegen den selbstverständlichen Grundsatz, daß eine Rechtsverordnung nicht nur durchführbar sein muß, sondern de facto auch nicht auf andere Regelungen hinzielen darf, als de jure erlaubt sind.

Die vorgesehenen Vorschriften, nach denen die „Fachkunde“ nur durch eine ganztägige und zusammenhängende Tätigkeit von 6 Monaten bis zu 2 Jahren bei einem Röntgenologen erworben werden kann, würde aber eben diese unzulässigen Wirkungen haben.

Die Zahl der für eine solche Ausbildung vorhandenen und geeigneten Röntgenologen (ca. 600 in der Bundesrepublik) würde nämlich nicht ausreichen, die vorgeschriebene „Fachkunde“ allen Ärzten zu vermitteln, die Röntgenstrahlen bei ihrer Berufsausübung anwenden müssen.

Eine nicht zu verantwortende Einschränkung der Anwendung von Röntgenstrahlen in der Medizin wäre also die selbstverständliche, aber unerlaubte Wirkung dieser Rechtsverordnung!

Es wird daher mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß Bestimmungen über die Erlangung der für den Strahlenschutz erforderlichen Kenntnisse außer in der



Bestellungsordnung durchaus und ohne staatliche Eingriffe in der ärztlichen Berufs- und Facharztordnung geregelt werden können.

Die Ärzte haben, längst ehe der Staat ihnen und ihrer Selbstverwaltung Aufgaben übertrug, ihr Wirken nach zeitlosen Normen selbst und zum Wohle ihrer Patienten geregelt. Diese Selbstverantwortung ist auch ein wesentlicher Bestandteil der ärztlichen Selbstverwaltung als einer mit unserer demokratischen Staatsform eng verbundenen und dem Gesamtwohl dienenden Form der ärztlichen Berufsvertretung.

Das Recht und die Pflicht zur Selbstverwaltung, mit der die Ärzte auch die Verantwortung für ihren Beruf und die Berufsausübung zu tragen haben, sollte unser Staat respektieren und seine Eingriffe durch Gesetze und Verordnungen auf das unbedingt notwendige Maß beschränken. Der Staat sollte sein Bemühen vielmehr in erster Linie darauf richten, seiner Verantwortung für die Ausbildung zum Arzt stets gerecht zu werden und den Erfordernissen moderner Entwicklungen in der Medizin im gebotenen Umfang in der Bestellungsordnung auch rechtzeitig Rechnung zu tragen!

#### Zusammenfassung

Weder die EURATOM-Grundnormen noch die Bestimmungen des ATOMGESETZES zwingen die Bundesregierung zum Erlaß von Genehmigungsvorschriften für den ärztlichen Umgang mit Röntgenstrahlen.

Im Einklang mit diesen Bestimmungen ist vielmehr das Anzeigeverfahren die unseren Rechtsprinzipien entsprechende Regelung.

Die Vermittlung der für den medizinischen Strahlenschutz erforderlichen Kenntnisse gehört zur Ausbildung zum Arzt.

Sie ist daher als Aufgabe des Staates in der Bestellungsordnung festzulegen.

Die Fortbildung des Arztes ist nach geltendem Recht dessen Pflicht und Aufgabe der Landesärztekammern.

Entsprechende Bestimmungen gehören daher in die Berufs- und Facharztordnung.

#### Literaturverzeichnis:

Richtlinien zur Festlegung der Grundnormen für den Gesundheitsschutz der Bevölkerung und der Arbeitskräfte gegen die Gefahren ionisierender Strahlungen (EURATOM-Grundnormen), Bundestagsdrucksache Nr. 759-3. Wahlperiode vom 17. 12. 1958 (Entwurf eines Gesetzes über die friedliche Verwendung der Kernenergie und den Schutz gegen ihre Gefahren) — MATTERN — RAISCH: Kommentar zum Atomgesetz. — BECK: Kommentar zu: Die Strahlenschutzverordnungen — Material der Bundesärztekammer zur ersten Strahlenschutzverordnung. WEISSAUER, Walter, Ministerialrat: Erläuterungen zur Bundesärzteordnung im Handbuch für den bayerischen Arzt. — JUNKER, Heinrich, Bayerischer Staatsminister des Innern: Staat und Selbstverwaltung. Vortrag bei der Eröffnung des 16. Bayerischen Ärztetages, veröffentlicht in Heft 6/63 des Bayerischen Ärzteblattes.

Anschr. d. Verf.: Dr. med. Willy Reichstein, 8 München 8, Lucile-Grahn-Straße 41

## AUS DEM STANDESLEBEN

### „Keinen Burgfrieden für die Tuberkulose“

Das war das Leitwort einer Veranstaltung anlässlich des Weltgesundheitstages 1964, zu der der Landesverband Bayern der Deutschen Gesellschaft der Vereinten Nationen, die Bayerische Staatsregierung, die Bayerische Landesärztekammer, der Ärztliche Verein München und der Bayerische Medizinalbeamtenverein am 21. April 1964 ins Amerikahaus in München eingeladen hatten.

Im Namen des Landesverbandes Bayern der Deutschen Gesellschaft für die Vereinten Nationen begrüßte Herr Privatdozent Dr. G. Poetsehke die Anwesenden. Er wies dabei darauf hin, daß die Tuberkulose in weiten Teilen der Welt noch immer eine Geißel der Menschheit sei, die große Mittel zu ihrer Bekämpfung erfordere.

Anschließend sprach der Bayerische Staatsminister des Innern, Herr Dipl.-Ing. J u n k e r. Er machte darauf aufmerksam, daß kürzlich 14 Schulkinder im Bayerischen Wald durch einen als Lehrer tätigen Pfarrer mit Tuberkulose infiziert wurden, der an sämtlichen gesundheitlichen Kontrollen, die für Lehrpersonal vorgeschrieben sind, teilgenommen habe. Der Innenminister nannte diesen traurigen Vorfall eine tragische Ouvertüre zum Weltgesundheitstag.

#### Aus der Festansprache von Dr. Sewering

Die Festansprache hielt der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Kollege Dr. S e w e r i n g. Er führte u. a. aus, daß 15 Millionen Menschen auf der Welt an Tuberkulose leiden. 3 Millionen Menschen verlieren jährlich ihr Leben durch diese Krank-

heit. Diese Zahlen seien zwar Schätzungen, beruhen aber auf guten Grundlagen.

Erst mit der Entdeckung der Erreger der Tuberkulose durch Robert Koch am 24. März 1882 konnte diese Erkrankung, die die Ärzte schon seit Jahrtausenden beschäftigt hatte, erfolgreich behandelt werden. Das Erscheinungsbild der Erkrankung sei zwar bereits im Altertum hervorragend beschrieben worden, ihre Ursache aber bis zu Robert Kochs großer wissenschaftlicher Leistung unerkannt geblieben. In einem babylonischen Keilschrifttext sei z. B. folgende Beschreibung der Tuberkulose zu lesen:

„Der Kranke hustet ständig, der Auswurf ist dick und enthält manchmal Blut, sein Atem ist wie eine Flöte. Seine Hand ist kalt, aber seine Füße sind heiß. Er schwitzt leicht und sein Herz ist gestört. Wenn die Krankheit heftig ist, leidet er an ständigen Durchfällen.“

Die bedeutsamsten Beschreibungen der Tuberkulose fanden sich in den Beschreibungen des Hippokrates (Mitte des 5. Jahrhunderts v. Chr.). Die Tuberkulose sei also kein Problem unserer Zeit, sondern eine alte Geißel der Menschheit, kein Erdteil sei von ihr verschont geblieben, Epidemien rafften unzählige Menschen hinweg.

Nach der Entdeckung des Krankheitserregers konnten endlich die gezielten Bekämpfungsmaßnahmen beginnen. So kam es im November 1895 zur Gründung des „Deutschen Central-Komitees zur Errichtung von Heilstätten für Lungenkranke“. Die große gesundheitspolitische Bedeutung dieser Gründung wurde allgemein anerkannt; der Reichskanzler, Fürst zu Hohen-



lohe-Schillingsfürst, übernahm sogar den Vorsitz. In dieser Zeit starben in Deutschland etwa 260 von 100 000 Menschen an der Tuberkulose.

Eine weitere Großtat der Medizin führte zu einer Vervollkommnung der Diagnose und besseren Beurteilung der Behandlungserfolge: Im November 1895 entdeckte der Physiker Röntgen die später nach ihm benannten Strahlen.

Die Röntgenuntersuchung der Lungen, die Untersuchung des Auswurfes auf Tuberkulose-Bazillen und die Tuberkulinimpfung seien bis heute die Mittel zur Erkennung der Tuberkuloseinfektion.

Es dauerte allerdings noch viele Jahre, ehe systematische Bekämpfungsmaßnahmen durchgeführt wurden. Die Entwicklung der Therapie ging langsamer vor sich als die Entwicklung der Diagnose. Es wurden Heilstättenbehandlungen mit Llegekuren durchgeführt, das Klima als Heilfaktor erkannt (z. B. Kuren in Davos). Versuche, durch Einblasen von Luft in die Brust den erkrankten Lungenteil stillzulegen, die Lähmung des Zwerchfells aus dem gleichen Grunde, waren ein Teil der Maßnahmen, zu denen man sich entschloß.

Die medikamentöse Behandlung, die man ebenfalls versuchte (so z. B. mit Gold), führte zu keinem sicheren Erfolg. Es gab auch kein eigentliches gezieltes Medikament zur Behandlung dieser Erkrankung.

Insbesondere nach dem 1. Weltkrieg und in den folgenden Jahren galt die Tuberkuloseinfektion des Säuglings als tödlich, ebenso auch z. B. eine tuberkulöse Hirnhautentzündung. Erst nach dem 2. Weltkrieg, etwa Anfang der fünfziger Jahre, kam es zur Entdeckung spezifischer Tuberkuloseheilmittel. In rascher Folge wurde eine Reihe von Medikamenten geschaffen, die zu großen Erfolgen bei der Bekämpfung und Behandlung der Tuberkulose führten.

Neben anderen hervorragenden Wissenschaftlern sei insbesondere der deutsche Nobelpreisträger Professor Dr. Gerhard DOMAGK zu nennen, der sich große Verdienste bei der Chemotherapie der Infektionskrankheiten, dabei insbesondere auch der Tuberkulose, erworben hat.

Herr Kollege Dr. Sewering kam dann auf den epidemiologischen Verlauf zu sprechen und stellte zur Sterblichkeit bei Tuberkulose in der Bundesrepublik folgendes fest: Im Jahre 1895 kamen auf 100 000 Menschen 260 Todesfälle durch Tuberkulose, 1910 163, 1960 16,2 und 1962 13,7.

Vom Jahre 1890 bis heute sei also ein fast lineares Sinken festzustellen. Dabei sei zu beachten, daß die Verminderung der Sterblichkeit bereits vor dem Wirksamwerden gezielter Bekämpfungsmaßnahmen einsetzte. Die Ursachen dafür dürften in einer allgemeinen Besserung des Lebensstandards sowie der hygienischen Lebensbedingungen zu suchen sein, zu denen dann noch die verschiedenen Bekämpfungsmaßnahmen kamen.

Heute spiele z. B. die Tuberkulose des Kindes- und Jugendalters als Todesursache praktisch keine Rolle mehr. Bis zum Ende des 25. Lebensjahres sei die Chance, an einem Verkehrsunfall zu sterben, beim männlichen Geschlecht ca. 18mal, beim weiblichen Geschlecht ca. 6mal so groß wie die Wahrscheinlichkeit des Todes durch Tuberkulose. (Diese Mitteilungen stammen von Dozent Dr. Vogt aus der Universitäts-

### Notwendige Ergänzung einer Fernsehendung

Am Donnerstag, den 23. April 1964 berichtete die „Münchner Abendschau“ um 19.30 Uhr über die sogenannte 1250-DM-Grenze. Die „Abendschau“ wollte darin die Folgen der seit jeher im Arzt-Ersatzkassen-Vertrag festgelegten Begrenzung der Anspruchsberechtigung freiwillig versicherter Ersatzkassen-Mitglieder diskutieren.

Die Stellungnahme des Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer ist dabei so stark gekürzt worden, daß seine Auffassung nicht zum Ausdruck kam.

Auf die Frage, was die Ärzteschaft den nicht anspruchsberechtigten Versicherten zu raten habe, hatte Herr Dr. Sewering erklärt, daß den Versicherten hier von seiten der Ärzteschaft kein Rat zu geben sei. Die anschließenden Sätze wurden leider nicht wiedergegeben. Herr Dr. Sewering hatte hinzugefügt, der Rat der Ärzteschaft richte sich vielmehr als Forderung an die Ersatzkassen direkt, sie sollten die vereinbarten Verpflichtungen erfüllen und Personen, die keinen Anspruch auf einen Krankenschein haben, auch keinen ausstellen. Wenn sie es trotzdem tun, dann sollen sie auch den vereinbarten doppelten Satz der Ersatzkassen-Adgo an den Arzt zahlen.

kinderpoliklinik.) Eine weitere Mitteilung des Münchener Praktischen Arztes Dr. Dr. Grassl besage, daß in der Bundesrepublik im Jahre 1960 an Kinderinfektionskrankheiten insgesamt 683 Personen bis zu 20 Jahren verstorben sind, davon an Tuberkulose 148. Beim Spielen auf der Straße und im Haus verunglückten im gleichen Zeitraum ca. 1550 Kinder und Jugendliche tödlich.

Der Bestand an aktiver Lungentuberkulose:

1950	458 000 Krankheitsfälle =	900 auf 100 000 Menschen
1960	270 000 Krankheitsfälle =	460 auf 100 000 Menschen
1962		ca. 431 auf 100 000 Menschen

Es sei eine deutliche Verschiebung in die älteren Jahrgänge zu beobachten. Bei Männern z. B. lägen die höchsten Zahlen zwischen dem 40. und 65. Lebensjahr.

#### Der weitere Weg

Die möglichst frühe und vollständige Erfassung aller Krankheitsfälle muß angestrebt werden.

Bei der Erörterung der Röntgen-Reihenuntersuchungen wies Herr Dr. Sewering darauf hin, daß diese zweifellos wirksam sein könnten, wenn sie alle 6 Monate oder alle Jahre durchgeführt werden könnten. Das sei aber undurchführbar. Erfolgreicher und auch praktisch durchführbar sei die Feststellung der Erkrankungen durch die Zusammenarbeit der Praktischen Ärzte und Fachärzte. Heute werden in der Bundesrepublik ca. 75% der Erkrankungen durch Einzeluntersuchungen bei Ärzten, ca. 25% durch Röntgen-Reihenuntersuchungen festgestellt. Diese Tatsache sei ein erneuter Beweis dafür, daß im gesundheitlichen Bereich die Menschen nicht als Befehlsempfänger angesprochen werden sollen und können, sondern daß vielmehr die Eigenverantwortung zu erfolgreicherem



Ergebnissen führe und daß es besser sei, den Mitbürger zum Mithelfen aufzufordern. Die fortlaufende Nachuntersuchung von Personen, die früher an einer aktiven Tuberkulose erkrankt waren, sei unbedingt erforderlich. Die beste Behandlung sei eine Behandlung, die lange genug auch stationär durchgeführt wird.

Die sonstigen Maßnahmen seien insbesondere sozialer Art. Eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Staat und den Ärzten mit ihren Hilfskräften sei der erfolgreichste Weg.

### Ein Blick in die Welt

So wie in der Bundesrepublik, in den meisten anderen Ländern Europas und den anderen hochentwickelten Ländern sei es nicht überall in der Welt. In vielen Ländern Ostasiens, Afrikas und Südamerikas z. B. stehe es noch sehr, sehr schlecht um die Volksgesundheit, und die Tuberkulose sei dort noch eine furchtbare und ungezählte Opfer fordernde Krankheit.

Von den anfangs genannten Zahlen von 15 Millionen Tuberkulosekranken in der Welt komme der weitaus größte Teil auf die sog. Entwicklungsländer. Die aus diesen Ländern stammenden Zahlen mögen im einzelnen nicht ganz leicht oder schlecht vergleichbar sein, sie ändern aber nichts an der Tatsache.

Die große Zahl der Menschen in diesen Ländern, die Unmöglichkeit, auch nur einen wesentlichen Teil davon einmal oder gar regelmäßig zu untersuchen, die weitere Unmöglichkeit, alle, die es nötig hätten, stationär behandeln zu lassen, zeigen die fast trostlose Lage, in der die Ärzte sich bei der Bekämpfung der Infektionskrankheiten, insbesondere der Tuberkulose, in weiten Teilen der Welt noch immer befinden. So wären z. B. Röntgenschirmbildzüge, die in Bayern in einem Jahr vielleicht 10% der Bevölkerung durchleuchten könnten, in den meisten Entwicklungsländern weniger als ein Tropfen auf einen heißen Stein.

Es sei daher nötig, zu erkennen, daß der allgemeine Fortschritt, insbesondere in hygienischer Beziehung, der erste und natürliche Helfer zur Bekämpfung der Infektionskrankheiten und damit auch der Tuberkulose ist. Mit anderen Worten: dazu beizutragen, daß die Menschen in den Teilen der Welt, die noch unter der Tuberkulose und unter vielen anderen Infektionskrankheiten schwer zu leiden haben, Lesen und Schreiben lernen, wäre eine sehr sinnvolle Entwicklungshilfe und würde zu einem segensreichen Fortschritt beitragen können.

### Protest gegen weitere Verzögerung der Preugo-Erhöhung

#### Beschluß der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 25. April 1964

Die am 25. April 1964 zusammengetretenen Vertreter der bayerischen Kassenärzte stellen fest, daß der Antrag der Bundesärztekammer auf Erhöhung der Sätze der Amtlichen Gebührenordnung (Preugo), die letztmals 1957 an die Preisentwicklung angenähert wurden, seit mehr als eineinhalb Jahren unerledigt der Bundesregierung vorliegt. Diese Behandlung eines von der Vertretung der deutschen Ärzteschaft gestellten Antrages stellt eine Brücklerung aller deutschen Ärzte dar, die mit Empörung zurückgewiesen werden muß. Die versammelten Vertreter geben der Erwartung Aus-

druck, daß die Bundesregierung nunmehr unverzüglich über diesen Antrag entscheidet.

### Ausstellung von Blanko-Brillenrezepten ist verboten

Der Berufsverband der Augenärzte teilt folgendes mit:

Nach Feststellungen der bayerischen Augenärzte mehren sich entgegen jeder vernünftigen Erwartung die Fälle, in denen Nichtaugenärzte für Patienten, die eine Brille benötigen, ein Rezept lautend auf „eine Lesebrille“, „eine Lesebrille wegen Myopie“, „eine Lesebrille wegen Weitsichtigkeit“ und dergleichen ausstellen. Die Bestimmung und Verordnung der erforderlichen Gläserstärke wird dabei dem die Brille anfertigenden Optiker überlassen. Immer wieder werden derartige Blankorezepte ohne Angabe der Gläserstärke auch von den Trägern der sozialen Krankenversicherung abgestempelt, so z. B. von der Ortskrankenkasse München und ihren Nebenstellen, der Süddeutschen Knappschaft und anderen. Dieses Verfahren gibt uns Anlaß zu folgenden Bemerkungen:

Nach § 182 RVO ist die Brille Bestandteil der Krankenpflege. Ihre Verordnung setzt eine Bestimmung der Sehschärfe voraus, die nach § 122 RVO nur durch einen approbierten Arzt vorgenommen werden darf. Die Bundesärztekammer vertritt seit jeher die Auffassung, daß die Durchführung der Sehschärfenbestimmung „Ausübung der Heilkunde“ im Sinne des ärztlichen Berufsrechts ist. Auf die entsprechenden Ausführungen im Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer 1962/63 in dieser Angelegenheit wird hingewiesen. Diese Rechtsauffassung wird auch in den nach dem Kriege bekannt gewordenen Gerichtsentscheidungen vertreten, auf entsprechende Veröffentlichungen in den „Ärztlichen Mitteilungen“ 1958, Heft 3, Seite 84, und 1960, Heft 38, Seite 1959, wird hingewiesen. Der Vorstand der Bundesärztekammer brachte anlässlich seiner Sitzung am 6. 4. 1963 zuletzt zum Ausdruck, daß es nicht zu vertreten sei, wenn Ärzte Brillen verordnen und die Bestimmung der Gläser dem Optiker überlassen bleibt.

Ein Optiker, der eine Brillenbestimmung vornimmt, macht sich eines Verstoßes gegen § 1 des Heilpraktikergesetzes vom 17. 2. 1939 schuldig. Ein Arzt, der einem Optiker einen Patienten mit einem Blankorezept zuweist, leistet somit Beihilfe zu einem Verstoß gegen § 1 des Heilpraktikergesetzes. Weiterhin untersagt aber auch § 21 der vom 59. Deutschen Ärztetag beschlossenen Berufsordnung und § 19 des Bayerischen Ärztegesetzes dem Arzt eine gemeinsame Behandlung mit Nichtärzten und verbietet ihm, die Untersuchung eines Nichtarztes mit seinem Namen zu decken.

Neben dieser juristischen Frage gibt es aber noch eine sehr bedeutsame medizinische Problematik in solchen Fällen: Wir sind im Besitz von Verzeichnissen von Patienten, die von einem Optiker (sei es als Privatpatienten oder als Kassenpatienten mit Blankorezept eines Nichtaugenarztes) in letzter Zeit Brillen verordnet bekamen, bei denen aber sehr schwerwiegende Augenkrankheiten bestanden. Es handelte sich dabei um diabetische Netzhautblutungen, sklerotische Maculadegenerationen, fortgeschrittene Linsentrübungen und andere progrediente Augenleiden, bei denen eine Frühdiagnose von entscheidender Bedeutung sein kann.

Es ist also durchaus nicht im Interesse des Patienten, wenn ihm der Weg zum Augenarzt „erspart“ wird.



## Freiwillige Selbstversicherung der freiberuflich tätigen Ärzte

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer hat in seiner Sitzung am 12. 1. 1964 den Kollegen in Bayern dringend nahegelegt, sich bei der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2 Hamburg 6, Schäferkampsallee 24, freiwillig gegen Berufskrankheiten und Berufsunfälle zu versichern\*).

Zur näheren Information drucken wir nachstehend die Neufassung der Bedingungen (1964) der „Freiwilligen Selbstversicherung der freiberuflich tätigen Ärzte“ ab.

### Allgemeines

Freipraktizierende Ärzte sind gemäß § 541 Nr. 4 der Reichsversicherungsordnung von der gesetzlichen Pflichtversicherung ausgenommen.

Nach § 545 der Reichsversicherungsordnung in Verbindung mit der Satzung der Berufsgenossenschaft besteht für Ärzte jedoch die Möglichkeit einer freiwilligen Selbstversicherung.

### Umfang der Versicherung

Die freiwillige Selbstversicherung umfaßt alle mit der Berufsausübung zusammenhängenden Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten im Sinne der Unfallversicherung. Wegeunfälle, die sich im Rahmen der Berufstätigkeit ereignen, sind eingeschlossen, gleichgültig, ob der Weg zu Fuß, im eigenen oder fremden Fahrzeug zurückgelegt wird.

### Anmeldung

Freiberuflich tätige Ärzte, die von der freiwilligen Versicherung Gebrauch machen wollen, haben diese bei der Genossenschaft unter Angabe des gewünschten Jahresarbeitsverdienstes (Versicherungssumme) schriftlich zu beantragen. Ein besonderer Vordruck ist hierzu nicht erforderlich.

### Beginn und Ende der Versicherung

Die Versicherung beginnt mit dem Tage nach Eingang des schriftlichen Antrags bei der Berufsgenossenschaft. Sie ist mit einer Frist von drei Monaten zum Ende des Kalenderjahres kündbar; sie endet ferner mit der Einstellung der freiberuflichen Tätigkeit als Arzt oder mit dem Tode des Versicherten.

Gemäß § 545 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung in der Fassung des Unfallversicherungs-Neuregelungsgesetzes vom 30. 4. 1963 erlischt die freiwillige Versicherung, wenn der Beitrag innerhalb zweier Monate nach Zahlungsaufforderung nicht gezahlt worden ist. Eine Neuanmeldung bleibt bis zur Entrichtung des rückständigen Beitrags unwirksam.

### Beiträge und Leistungen — Jahresarbeitsverdienst (= Versicherungssumme)

Die Versicherung erstreckt sich auf den Jahresarbeitsverdienst bis zum Höchstbetrage von 36 000 DM (vgl. die Aufstellung S. 390). Dieser ist für die Berechnung der Höhe der Geldleistungen maßgebend.

### Beitrag

Die Höhe des im voraus zu entrichtenden Jahresbeitrags (z. Z. 1,5% des der Versicherung zugrunde geleg-

ten Jahresarbeitsverdienstes) wird durch die Vertreterversammlung der Abteilung 8 (Ärzte) festgesetzt.

### Beginn der Renten- und Sachleistungen

Die Verpflichtung der Berufsgenossenschaft zur Gewährung von Heilbehandlung, Berufshilfe und Geldleistungen beginnt gegenüber den freiwillig versicherten Ärzten, wenn der Versicherte nicht auf Grund der Reichsversicherung gegen Krankheit versichert ist, gemäß § 31 der Satzung erst mit der 14. Woche nach dem Unfall. Heilbehandlung soll jedoch schon während der ersten 13 Wochen nach dem Unfall gewährt werden, wenn die vom Verletzten selbst gewählte Behandlung nicht ausreicht, um die Erwerbsfähigkeit schnell herzustellen. Zur Förderung der Heilbehandlung kann während ihrer Dauer dem Verletzten und seinen Angehörigen eine geldliche Unterstützung gewährt werden. Diese Soll- und Kannleistungen in den ersten 13 Wochen werden durch Einräumung eines Rechtsanspruchs auf feste Tagesentschädigung in folgender Weise abgegolten:

Vom Beginn der 2. Woche bis zum Ablauf der 13. Woche nach dem Unfall gewährt die Berufsgenossenschaft z. Z. eine feste Tagesentschädigung. Diese beträgt für jeden Tag der Arbeitsunfähigkeit den 365. Teil des zur Versicherung angemeldeten Jahresarbeitsverdienstes. Ist der Verletzte infolge des Unfalls nicht völlig arbeitsunfähig, jedoch um mindestens 50 v. H. in der Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt, so ist die Tagesentschädigung zur Hälfte zu gewähren. In den Fällen des Satzes 2 im vorhergehenden Absatz ermäßigt sich die Entschädigung um den Betrag der Aufwendungen für die Heilbehandlung.

Besteht bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit kein Anspruch auf Tagesentschädigung, dauert aber die aus der Unfallversicherung zu entschädigende Erwerbsunfähigkeit über die 13. Woche nach dem Unfall an, so gewährt die Genossenschaft abweichend von der oben angegebenen Vorschrift schon für die Zeit vor Ablauf der 13. Woche Rente, jedoch frühestens vom Beginn der zweiten Woche nach dem Unfall.

### Verletztenrente

Die Rente beträgt, solange der Verletzte infolge des Unfalls

1. völlig erwerbsunfähig ist, zwei Drittel des der Versicherung zugrunde gelegten Jahresarbeitsverdienstes (Vollrente);
2. teilweise erwerbsunfähig ist, den Teil der Vollrente, der dem Maße der Einbuße an Erwerbsunfähigkeit entspricht (Teilrente).

Ist die Erwerbsfähigkeit des Verletzten infolge des Unfalls um weniger als ein Fünftel gemindert, so wird eine Rente nur gewährt, solange die Erwerbsfähigkeit auch infolge eines anderen oder mehrerer anderer Arbeitsunfälle gemindert ist und die Hundertsätze der durch die einzelnen Unfälle verursachten Hundertsätze zusammen wenigstens die Zahl zwanzig erreichen.

### Kinderzulage

Solange der Verletzte eine Rente von fünfzig oder mehr vom Hundert der Vollrente oder mehrere Renten aus der Unfallversicherung bezieht, deren Hundert-

\* Siehe „Bayerisches Ärzteblatt“, Heft 2/1964, Seite 136.



sätze zusammen die Zahl fünfzig erreichen (Schwerverletzter), wird zu jeder Rente für jedes Kind bis zur Vollendung des achtzehnten Lebensjahres, bei Schul- oder Berufsausbildung unverheirateter Kinder längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, eine Kinderzulage in Höhe von zehn vom Hundert der Rente gewährt. Die Rente darf jedoch einschließlich der Kinderzulagen 85 v. H. des Jahresarbeitsverdienstes zuzüglich gesetzliches Kindergeld nicht übersteigen.

#### Gegenüberstellung von Beitragshöhe und Geldleistungen

Nach der Höhe des versicherten Jahresarbeitsverdienstes abgestuft, ergeben sich für Versicherungsbeitrag und Geldleistungen folgende Beträge:

Jahresarbeitsverdienst	Jahresbeitrag	Tagesentschädigung bis zum Ablauf der 13. Woche	Monatliche Vollrente (ohne Einrechnung der Kinderzulage)
DM	DM	DM	DM
6 000.—	90.—	16.40	333.40
12 000.—	180.—	32.90	666.70
18 000.—	270.—	49.30	1 000.—
24 000.—	360.—	65.80	1 333.40
30 000.—	450.—	82.20	1 666.70
36 000.—	540.—	98.70	2 000.—

#### Heilbehandlung

Die Heilbehandlung umfaßt

1. ärztliche Behandlung,
2. Versorgung mit Arznei und anderen Heilmitteln, Ausstattung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die erforderlich sind, um den Erfolg der Heilbehandlung zu sichern oder die Folgen der Verletzung zu erleichtern, Durchführung von Vershrtenleibesübungen sowie anderer geeigneter Heilmaßnahmen,
3. Gewährung von Pflege (§ 558 RVO),
4. Wiederherstellung oder Erneuerung durch den Unfall beschädigter Körperersatzstücke oder größerer orthopädischer Hilfsmittel.

Die Heilbehandlung wird so lange gewährt, als sie eine Besserung der Verletzungsfolgen oder eine Steigerung der Erwerbsfähigkeit erwarten läßt oder so lange, als besondere Heilmaßnahmen erforderlich sind, um eine Verschlimmerung zu verhüten oder körperliche Beschwerden zu beheben.

Als Heilbehandlung kann die Genossenschaft auch freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt, einem Krankenhaus oder dergleichen gewähren. Pflege ist zu gewähren, solange der Verletzte infolge des Unfalls so hilflos ist, daß er nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen kann.

#### Sterbegeld und Hinterbliebenenrente

Im Todesfalle wird der zwölfte Teil des angemeldeten Jahresarbeitsverdienstes als Sterbegeld gezahlt. Die Witwe erhält eine Rente von drei Zehnteln des Jahresarbeitsverdienstes bis zu ihrem Tode oder ihrer Wiederverheiratung. Die Rente beträgt zwei Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes, wenn die Witwe das 45. Lebensjahr vollendet hat oder solange sie mindestens ein waisenrentenberechtigtes Kind erzieht oder berufsunfähig oder erwerbsunfähig ist. Die Berufsunfähigkeit

muß mindestens drei Monate bestehen. Heiratet die Witwe wieder, so wird das Fünffache des Jahresbetrages der Rente als Abfindung gewährt. Für die ersten drei Monate nach dem Tode erhält die Witwe eine Überbrückungshilfe in Höhe des Unterschiedsbetrages zwischen der Witwenrente und der Vollrente.

Hat die Witwe eines Schwerverletzten (d. h. eines Verletzten, der eine Rente von fünfzig oder mehr vom Hundert der Vollrente oder mehrere Renten aus der Unfallversicherung bezog, deren Hundertsätze zusammen die Zahl fünfzig erreichen) keinen Anspruch auf Witwenrente, weil sein Tod nicht Folge eines Arbeitsunfalles war, so erhält sie als einmalige Witwenbeihilfe zwei Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes.

Jedes Kind des durch Arbeitsunfall Verstorbenen erhält bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres, bei Schul- oder Berufsausbildung unverheirateter Kinder längstens bis zur Vollendung des 25. Lebensjahres, eine Waisenrente von einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes oder wenn es Vollwaise ist, von drei Zehnteln des Jahresarbeitsverdienstes.

Hinterläßt der Verstorbene Verwandte der aufsteigenden Linie (Eltern, Großeltern, Stief- oder Pflegeeltern), die er wesentlich aus seinem Arbeitseinkommen unterhalten hat oder ohne den Arbeitsunfall wesentlich unterhalten würde, so ist ihnen eine Rente von einem Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes für ein Elternteil, von drei Zehnteln des Jahresarbeitsverdienstes für ein Elternpaar zu gewähren, solange sie ohne den Arbeitsunfall gegen den Verstorbenen einen Anspruch auf Unterhalt hätten geltend machen können.

Die Renten der Hinterbliebenen dürfen zusammen vier Fünftel des Jahresarbeitsverdienstes zuzüglich des gesetzlichen Kindergeldes nicht übersteigen.

#### Höhe der Hinterbliebenenbezüge

Für die Hinterbliebenen ergeben sich hiernach folgende Leistungen:

Jahresarbeitsverdienst	Sterbegeld	Mindestbetrag der monatlichen Hinterbliebenenrente	Höchstbetrag der monatlichen Hinterbliebenenrente
DM	DM	DM	DM
6 000.—	500.—	150.—	400.—
12 000.—	1000.—	300.—	800.—
18 000.—	1500.—	450.—	1200.—
24 000.—	2000.—	600.—	1600.—
30 000.—	2500.—	750.—	2000.—
36 000.—	3000.—	900.—	2400.—

#### Berufskrankheiten

Als Arbeitsunfall gilt ferner eine Berufskrankheit. Berufskrankheiten sind die Krankheiten, welche die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates bezeichnet und die ein Versicherter bei einer versicherten Tätigkeit erleidet.

Von den in die Unfallversicherung einbezogenen Berufskrankheiten kommen insbesondere in Betracht Erkrankungen durch Quecksilber oder seine Verbindungen, Erkrankungen durch Röntgenstrahlen und radioaktive Stoffe, Infektionskrankheiten.

Zur Zeit gilt die Dritte Verordnung über Ausdehnung der Unfallversicherung auf Berufskrankheiten vom 16. 12. 36 (RGBl. I S. 1117) in der Fassung der Sechsten Verordnung über Ausdehnung der Unfallver-



sicherung auf Berufskrankheiten vom 28. 4. 61 (BGBl. I S. 505).

Für die Berufskrankheiten gelten die für Arbeitsunfälle maßgebenden Vorschriften entsprechend. Als Zeitpunkt des Arbeitsunfalls gilt der Beginn der Krankheit im Sinne der Krankenversicherung oder, wenn dies für den Versicherten günstiger ist, der Beginn der Minderung der Erwerbsfähigkeit. Berufskrankheiten, die sich der Versicherte vor Beginn der freiwilligen Versicherung zugezogen hat, fallen nicht unter die Versicherung.

#### Meldung von Arbeitsunfällen

Die gesetzliche Frist zur Erstattung der Unfallanzeige beträgt drei Tage. Da Schäden, die innerhalb der ersten Woche nach dem Unfall behoben werden, von der Berufsgenossenschaft nicht zu vergüten sind, kann im Zweifelsfalle die Anzeige bis zum Ablauf der ersten Woche aufgeschoben werden. Zur Anzeige ist der vorgeschriebene gelbbraune Vordruck zu verwenden. Ist ein Vordruck nicht zur Hand und auch nicht rechtzeitig zu beschaffen, so genügt als vorläufige Meldung eine einfache Mitteilung an die Berufsgenossenschaft. Die Berufsgenossenschaft sendet dann die erforderlichen Vordrucke zu.

Alle Unfalldmeldungen und alle weiteren Schreiben in Unfallsachen sind an die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2 Hamburg 6, Schäferkampsallee 24, zu richten.

Bei tödlichen Unfällen ist sofortige Anzeige dringend erforderlich.

#### Meldung von Berufskrankheiten

Berufskrankheiten sind auf der vorgeschriebenen (grünen) „Anzeige des Unternehmers über Berufskrankheiten“ in doppelter Ausfertigung anzuzeigen. Außerdem ist der zuerst behandelnde Arzt zur Erstattung der (grünen) „ärztlichen Anzeige über eine Berufskrankheit“ in doppelter Ausfertigung der Berufsgenossenschaft gegenüber verpflichtet.

#### Eintragung von Ärzten in Sonderverzeichnisse.

Aus gegebener Veranlassung macht die Bundesärztekammer darauf aufmerksam, daß es nach der geltenden Berufsordnung für die deutschen Ärzte nicht gestattet ist, wenn Ärzte sich in private Sonderverzeichnisse, Adreßbücher oder Anschriftenwerke aufnehmen lassen. Die entsprechenden Bestimmungen der Berufsordnung für die deutschen Ärzte in der zuletzt vom 65. Deutschen Ärztetag 1962 beschlossenen Fassung lauten:

„§ 35

#### Anzeigen und Verzeichnisse

(4) Ärzte dürfen sich, abgesehen von amtlichen Verzeichnissen, nicht in Sonderverzeichnisse aufnehmen lassen.

(5) Ausnahmen kann die Ärztekammer genehmigen.“

Die Bundesärztekammer empfiehlt allen Ärzten, ihnen zugegangene oder noch zugehende Aufforderungen von Adreßbuchverlagen, sich gegen Zahlung einer bestimmten Gebühr in ein besonderes Branchenverzeichnis aufnehmen zu lassen, zurückzuweisen.

#### Stiftung „Hufeland-Preis“ für Arbeiten über Vorbeugende Gesundheitspflege

Für die beste Arbeit über Vorbeugende Gesundheitspflege ist bis auf weiteres jährlich ein Preis von

10 000.— DM

ausgesetzt worden.

Die Vergebung des Preises erfolgt in Form einer Ausschreibung. Zwecks Durchführung dieser Ausschreibung ist ein Kuratorium gebildet worden, das sich aus folgenden Herren zusammensetzt:

1. Landesmedizinalrat Dr. med. Petri, Vorsitz, Köln
2. Präsident Dr. med. Schimrigk, Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft Westdeutscher Ärztekammern) in Köln
3. Dr. med. Dr. med. dent. Forstmann, Bundesverband der Deutschen Zahnärzte e. V. in Köln
4. Prof. Dr. med. Fritsche, Deutsches Gesundheits-Museum, Zentralinstitut für Gesundheitserziehung e. V. in Köln
5. Dr. med. Kühn, Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung in Bad Godesberg
6. Generaldirektor Garde, Concordia Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft — Deutsche Ärzteversicherung — in Köln

Die Bewertung der Arbeiten erfolgt durch ein Preisrichterkollegium, dessen Mitglieder von dem Kuratorium bestellt werden. Die Verleihung des Preises nimmt das Kuratorium auf Vorschlag des Preisrichterkollegiums vor.

Die Durchführung der Ausschreibung des „Hufeland-Preises“ erfolgt unter Aufsicht eines Notars.

Die Entscheidung des Kuratoriums und des Preisrichterkollegiums sind unanfechtbar.

Für alle im Zusammenhang mit dieser Ausschreibung entstehenden Streitfragen wird der ordentliche Rechtsweg ausgeschlossen.

Das Kuratorium fordert hiermit öffentlich zur Teilnahme an der

Ausschreibung des „Hufeland-Preises“ 1965 auf.

Der Preis wird durch die Concordia Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft — Deutsche Ärzteversicherung — Köln, zur Verfügung gestellt.

Zur Teilnahme sind berechtigt: Deutsche Ärzte und Zahnärzte.

Die Arbeiten müssen folgende Voraussetzungen erfüllen:

A

Die Arbeit muß beinhalten ein Thema auf dem Gebiet der

- a) Gesundheitsvorsorge oder
- b) der Vorbeugung gegen Schäden oder Erkrankungen, die für die Volksgesundheit von Bedeutung sind, oder
- c) der vorbeugenden Maßnahmen gegen das Auftreten bestimmter Krankheitsbilder oder Schäden, die die Lebenserwartung der Allgemeinheit beeinträchtigen oder Berufsunfähigkeit zur Folge haben können.

B

Art der Darstellung:  
durch Schrift oder Film in allgemeinverständlicher Form.



## C

Voraussetzung ist ferner, daß die Arbeit auf eigenen ärztlichen Erkenntnissen beruht, die von dem Preisrichterkollegium als wesentlich und wissenschaftlich vertretbar angesehen werden. Die Zusammenfassung und Wiedergabe bereits bekannter medizinischer Tatsachen erfüllt diese Voraussetzung nicht.

Die Arbeiten dürfen noch nicht veröffentlicht worden sein und bis zur Verleihung des Preises nicht veröffentlicht werden.

Auf Antrag kann das Kuratorium die Veröffentlichung einer Arbeit vor der Verleihung des Preises gestatten, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Die Arbeit darf jedoch nicht vor Schluß des Einsendungstermins zur Veröffentlichung eingereicht sein.

Jede Arbeit kann nur einmal eingereicht werden.

Das Kuratorium kann Personen, die allgemein oder beruflich straffällig geworden sind oder gegen die ein Strafverfahren schwebt, von der Teilnahme ausschließen.

Arbeiten, die nach dem 31. 5. 1965 eingehen, können nicht berücksichtigt werden.

Der Preis von 10 000.— DM wird dem Einsender der besten Arbeit zugesprochen, die die Voraussetzungen unter A—C erfüllt.

Entspricht keine der eingereichten Arbeiten den genannten Voraussetzungen, so kann von einer Verleihung des Preises abgesehen werden. Mit der Einreichung der Arbeit unterwirft sich der Teilnehmer den Bedingungen dieses Preisausschreibens und gibt für den Fall, daß seine Arbeit preisgekrönt wird, seine Zustimmung zur Erstveröffentlichung in einer von dem Kuratorium bestimmten Zeitschrift oder Fachzeitschrift.

Die Arbeiten sind bis zum 31. Mai 1965 an folgende Anschrift zu senden:

„Hufeland-Preis“, Notariat, Köln, Norbertstr. 21.

Die Arbeit selbst ist mit einem vom Verfasser gewählten Kennwort zu versehen und darf den Namen des Verfassers nicht enthalten. Auf einem besonderen Bogen sind anzugeben:

Vor- und Zuname, genaue Anschrift, Staatsangehörigkeit, Tag der Approbation, Alter, genaue berufliche Stellung und Tätigkeit sowie das Kennwort der Arbeit.

Das Kuratorium:  
Dr. Harald Petri  
Landesmedizinalrat  
Vorsitzer

## Beachten Sie

### die Fortbildungskurse der Bundesärztekammer

in **Grado** vom 1. bis 13. Juni 1964

in **Montecotini** vom 31. Mai bis 13. Juni 1964

## IN MEMORIAM

### Professor Domagk †

Am 24. April 1964 ist Prof. Dr. med. Gerhard Domagk verstorben. Der frühere Direktor und Leiter des Instituts für experimentelle Pathologie und Bakteriologie der Farbenfabriken Bayer war im Jahre 1895 in Lagow in der Provinz Brandenburg geboren worden.

Seine für die Entwicklung der Chemotherapie richtunggebenden Forschungen führten zu der medizinischen Großtat der Entwicklung der Heilwirkung der Sulfonamide. Weitere große Erfolge hatte der Verstorbene bei der Entwicklung von Medikamenten zur Behandlung der Tuberkulose. In seinen letzten Lebensjahren widmete er sich vorwiegend den Problemen der chemotherapeutischen Krebsbekämpfung.

Bei den zahlreichen Ehrungen und Würdigungen, mit denen dem Verstorbenen für seine der ganzen Menschheit geleisteten Verdienste gedankt wurde, ist insbesondere der Nobelpreis für Medizin zu erwähnen, der ihm im Jahre 1939 verliehen wurde. Im Jahre 1951 empfing er die Friedensklasse des Ordens pour le mérite.

### Professor Stepp †

Am 20. April verstarb im 82. Lebensjahr Professor Geheimrat Dr. med. Dr. h. c. Wilhelm Stepp. Die Ärzteschaft verliert in ihm einen profilierten Wissenschaftler und Hochschullehrer, der durch seine vitamin- und ernährungsbiologischen Forschungen internationale Anerkennung errungen hat. Einer Nürnberger Ärztesfamilie entstammend, kehrte er nach Lehraufträgen an den Universitäten Gießen, Jena, Breslau und Würzburg als Ordinarius für Innere Medizin an die Universität München zurück, an der er sein Studium begonnen hatte. Auch nach seiner Emeritierung im Jahre 1949 widmete er sich bis zu seinem Tode der Ernährungsforschung.

### Professor Seiffert †

Ministerialdirigent a. D. Professor Dr. med. Gustav Seiffert ist am 11. April 1964 im 80. Lebensjahr verstorben.

Seit 1912—1933 und von 1945—1952 war er im bayerischen Staatsdienst, nach dem 2. Weltkrieg als Leiter der Abteilung Gesundheitswesen im Bayerischen Staatsministerium des Innern, tätig.

Er war Inhaber des Großen Verdienstkreuzes der Bundesrepublik Deutschland und des Bayerischen Verdienstordens.

### Herr von Stubenrauch †

Am 17. April 1964 ist Maximilian Josef Ritter und Edler von Stubenrauch, der langjährige Prokurist und Leiter der Druckerei des Richard Pflaum Verlages, verstorben.

Auch der Verlag der Bayerischen Landesärztekammer und die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“ haben mit Herrn von Stubenrauch einen stets hilfsbereiten Freund verloren, der mit der stillen Zuverlässigkeit eines Herrn auch manchmal vielleicht zu drängend vorgetragenen Wünschen immer Verständnis entgegenbrachte.

Wir haben ihm für vieles zu danken und werden sein Andenken stets in Ehren halten!



## AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

## Augsburger Ärzte im Mittelalter

Von Elisabeth Nusser

Im medizinischen Bereich war das ausgehende Mittelalter durch eingehende Studien der Schriften von Hippokrates, Avicenna und Galen gekennzeichnet. Neben der Antike belebten neue Erkenntnisse die Heilkunde.

Die Stadt Augsburg hatte im Jahre 1276 ihre Reichsunmittelbarkeit erlangt und entwickelte sich im späten Mittelalter zu einem der tätigsten Handels- und Gewerbezentren Europas. Ein reges Geistesleben begleitete die wirtschaftliche Blüte, die Wissenschaften erfuhren eine sorgfältige Pflege und die reformatorischen Bestrebungen Luthers waren eng mit der Stadt verknüpft. So sind die Begegnung mit Cajetan, die von Melancthon verfaßte „Confessio Augustana“, das Interim vom Jahre 1547 und der Religionsfriede denkwürdige Ereignisse in der Geschichte Augsburgs geworden.

Wiederholte Reichstage erhöhten das Ansehen der Stadt und trugen dazu bei, daß Augsburg im 16. Jahrhundert nicht nur wirtschaftlich, sondern auch politisch und kulturell zu einer der bedeutendsten Städte Europas wurde.

Beim Erlangen der Reichsunmittelbarkeit hatte Augsburg ein Stadtrecht erhalten, das die öffentlichen Angelegenheiten in vorbildlicher Weise regelte. Für die Pflege alter und kranker Personen standen eigene Einrichtungen zur Verfügung, die im Jahre 1348 durch die Jakobsbrüder, 1411 durch die Antonbrüder und 1525 durch die Fuggerei, die älteste Sozialsiedlung Europas, bereichert wurden.

Der Augsburger Arzt Bartholomäus Metlinger gab bereits im Jahre 1473 ein Buch über Kinderkrankheiten heraus. Es trug den Titel: „Ein Regiment der jungen

☐ Aus: Bartholomäus Metlinger „EIN REGIMENT DER JUNGEN KINDER“, AUGSBURG 1473

**W**ann nach aufhebung götlicher vnd menschlicher ordnung vnnnd gesagt ein jeglich vatter vnd müter gebrechelecht so iren kinden besunder die noch in kindlichem alter vnder sibē iaren sein d/ durch iren vnflēiß vnd verfaumnus; zū steen zū verantwurten vnd ze büßē schuldig sein d/ vnd aber sollich verfaumnus; zū zeyten auß vnwissenheit beschehen mag also das vatter noch müter nit versteen noch erkennen wie die kind in gesuntheit vnd in krankheiten gehalten werden sollē vnd doch durch solliche vnwissenheit wa die durch vnflēiß dar kömet nit entschuldiget sein d/ bin ich Barthelomeß metlinger in etzney doctor von Augspurg mit malē bewegt durch krafft des almechtigen gotes d/ iren kurtzē außzug ze begreiffen darauf; ein jeglich vatter vnd müter ab nemē vnd versteen mögend/wie erstgebörne kind vnc; zū den sibē iaren in gesuntheit auch in krankheiten gehalten werdē sollend ze lob got dē almechtigen vnd seiner werden müter Marie der iungkfrauwē gemeinem nutz; ze güt vnd mich selbst in erhebung eigener synnlichkeit ze üben alle die in der hend diß büchlin kömet vnd die der kunst der etzney erfahren sind mit fleiß; bittend/wz; sp; darin strafflich erfundent brüderlich ze straffen / vnd vmb das vnstrafflich darauf; nutz; ersteen mag dem almechtigen ewigen got; der die kunst der etzney vnd alle ding geschaffen

hat lob wird vnd etc; ze sagen/ vnd vmb d; die mater; diß; büchlin; deß; lachter; ze finden sep; hab ich es geteilt in vier teil daz capitel.

☐ Das erst sagt wie man erstgebörne kind halten sol bis; das sp; gon vnd reden lernen in äner gemein.

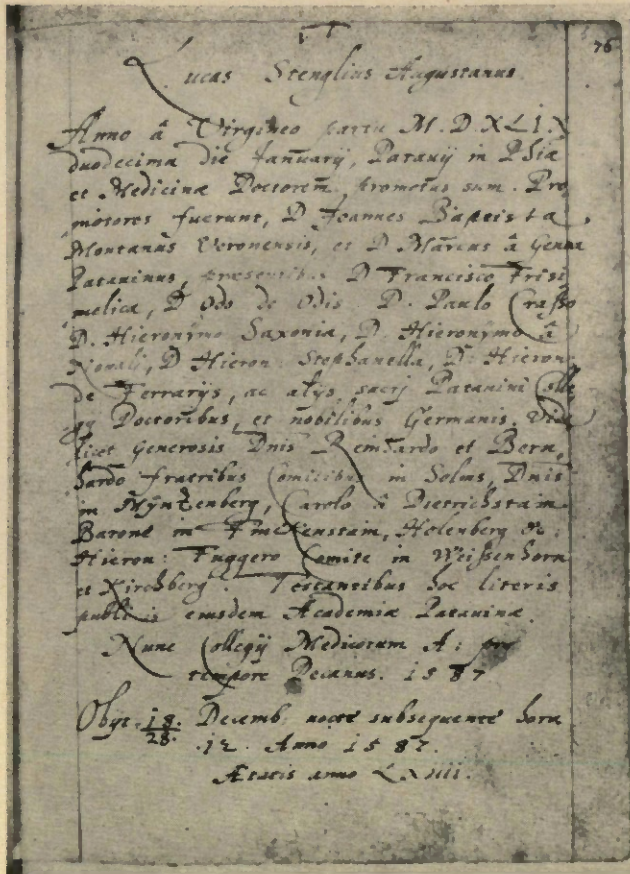
☐ Das ander sagt wie man kind sägen vñ speysen sol vnd wañ sp; ir eygen müter nit sägen können / wie die sägam gestalt sein sol / auch wañ man sp; ab müterē sol vñ wie

☐ Das dritt sagt von krankheiten die kinden den macten teil zū ston d.

☐ Das vierde sagt wie man die kind halten vnd ziehen sol so sp; gon vnd reden lernen / bis; das sp; ergreiffent das alter sibē iare

☐ Von sollicher mater; sagt pocras in lib; 20 affozismozū in aliquibus aphozismis. Galienus primo de regimie sanitatis Quicenna tertia son. primi canonis doctrina prima Quercius sexto colliget ca. secundo Constantin; in pantegni scda parte p; ca. vnnnd Rasis in continete.





Kinder“ und dürfte das erste in deutscher Sprache gedruckte Werk über Kinderkrankheiten sein. Metlinger erteilt in seinem Buch den Eltern Ratschläge über die Behandlung ihrer gesunden und kranken Kinder\*).

Die hygienische Betreuung der Stadt oblag einem Stadtarzt, der auch die Visitation der Apotheken vorzunehmen hatte. Daß er auch bei der Zulassung neuer Ärzte in der Stadt gehört wurde, darf angenommen werden; die Neuzulassung war zunächst ausschließlich Angelegenheit des Senats. Die niedergelassenen Ärzte schlossen sich zu einem „Collegium Medicum“ zusammen, dem später behördenähnliche Aufgaben zufallen sollten.

Der im Jahre 1567 amtierende Stadtarzt Lucas Stenglin schlug eine Medizinalordnung vor, welche einen „Verruf wider die Arzneystümper“, sowie die Einführung einer Medizinal-, Apotheker- und Chirurgenordnung forderte. Ein jährlich zu wählender Dekan und ein beständiger Vizedekan sollten dem Collegium Medicum vorstehen und über die Befolgung der Medizinalordnung wachen. Die 1582 vom Senat erlassene Medizinalordnung enthielt in 28 Artikeln Vorschriften über die Neuzulassung von Ärzten in der Stadt Augsburg. Bewerber um die Zulassung mußten ihre Papiere vorlegen und sich einem Examen sowie einem Kolloquium unter Vorsitz des Dekans unterziehen. Nach der Zulassung hatte jeder Arzt den Eid, das „Juramentum Hippocratis“ abzulegen, in welchem er gelobte, von des Hippokrates Lehren nicht abzuweichen. Die Ärzte wurden ferner ermahnt, fleißig Konsillen zu halten und das Collegium wachte nicht nur über die fachliche Eig-

nung, sondern auch über die sittliche Führung seiner Mitglieder. Der Dekan vollzog die Eintragung in die Matrikel des Collegium Medicum nach der Zulassung und führte sorgfältig Protokoll über die jeweiligen Ereignisse.

Bereits vor der Gründung des Collegium Medicum hatten namhafte Ärzte in Augsburg die Genehmigung zur Ausübung ihres Berufes erhalten. Unter ihnen ist Adolphus Occo I. zu nennen, der einem alten friesischen Adelsgeschlecht entstammte und Leibarzt des Kaisers Sigismund war. Er wurde als tüchtiger Arzt viel gesucht und in ersten Augsburger Familien als Freund und Hausarzt geschätzt und geehrt. Er besaß eine umfangreiche Bibliothek, beherrschte die lateinische und die griechische Sprache und betätigte sich erfolgreich als Dichter von Epigrammen.

Adolphus Occo II. war von Occo I. an Kindes Statt angenommen und vielseitig ausgebildet worden. Als Stadtarzt beaufsichtigte er über 30 Jahre lang das Krankenhaus, das die Familie der Fugger für hilfsbedürftige und arme Leute errichtet hatte. Die Pflege der Wissenschaften bedeutete ihm viel. Unter seinen Zeitgenossen war er als Förderer und wohlwollender Gönner weithin bekannt. Im Jahre 1550 war er mit seinem Sohne Occo III. neben anderen Augsburger Ärzten bei einigen Sektionen zugegen, die Vesalius durchführte. (Vesal war als Leibarzt Kaiser Karl V. wiederholt in Augsburg und stellte hier bei dem Patrizier Leonhard Welser ein Aortenaneurysma fest, das dieser sich bei einem Sturz vom Pferde zugezogen hatte.)



ADOLPHVS OCCO,  
Physicus Augustanus.

nat. d. 17. Oct. 1524.

deut. d. 28. Sept. 1604.

Est. in. Haid. 1604. Aug. Vind.

\*) Das Buch ist im Jahre 1904 von L. Unger und im Jahre 1925 von K. Sudhoff neu herausgegeben worden.



Oeoo III. stieg den Ruhm der angesehenen Arztfamilie noch weiter. Sein in Tübingen begonnenes Studium setzte er in Padua fort und erlangte die Doktorwürde in Ferrara. Nach seiner Rückkehr in die Vaterstadt stand er mit gelehrten Männern in Deutschland, Italien, Frankreich und Spanien in regem Gedankenaustausch. Wegen seiner außergewöhnlichen Fähigkeiten wurde er im Jahre 1564 zum Visitator der städtischen Apotheken bestellt und legte im gleichen Jahr den Entwurf einer Apothekenordnung und ein Medikamentenbuch, die „Pharmacopoea Augustana“, vor. Er beteiligte sich maßgeblich an den Vorarbeiten zur Gründung des Collegium Medicum Augustanum und wurde dessen erster, lebenslanglich bestellter Vize-dekan. Neben seinem beruflichen Ansehen genoß er als Dichter und Historiker, als Philosoph, Paläontologe und Münzensammler einen ausgezeichneten Ruf bei Gelehrten, Fürsten und Monarchen seiner Zeit.

Neben wenigen anderen Ärzten hatte mit Oeoo III. vor allem der bereits erwähnte Lucas Stenglin maßgebend an der Vorbereitung der Augsburger Medizinalordnung gewirkt. Er zeichnete sich nach dem Bericht seiner Zeitgenossen nicht nur durch hervorragende ärztliche Fähigkeiten, sondern auch durch eine vornehme Haltung aus. Seiner außergewöhnlichen Persönlichkeit verdankte er seine Ernennung zum Dekan des seit 1582 legal bestehenden Collegium Medicum auf Lebenszeit. Nach ihm fiel eine solche Auszeichnung keinem Arzte mehr zu, da der Dekan satzungsgemäß jedes Jahr neu gewählt wurde. Stenglin hatte bereits vor der offiziellen Gründung des Collegiums Notizen über die Ärzte Augsburgs in lateinischer Sprache verfaßt und führte als Dekan die Protokolle weiter bis zum Jahr 1587, in welchem er erkrankte und starb.

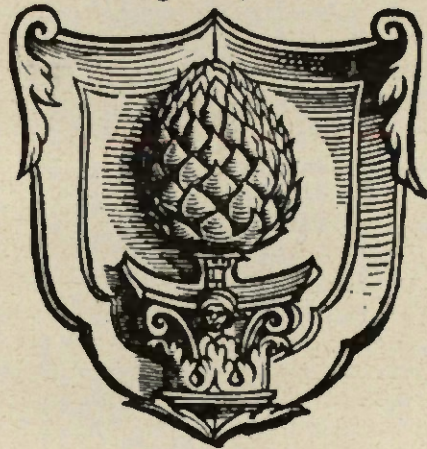
Rat dreier Kaiser und Fuggerscher Leibarzt war Ferdinand Matthioli aus Trient, der im Jahre 1592 nach Augsburg kam, viermal zum Dekan des Collegium Medicum gewählt wurde und maßgeblich für die Verbesserung der Spitäler sorgte.

Die umfassende Bildung der Ärzte im Augsburg des 16. Jahrhunderts ist besonders in Georg Henisch verkörpert, der neben seinem Arztberuf das Amt eines Stadtbibliothekars und eines Lehrers am Annagymnasium ausübte. Er unterrichtete im Lateinischen, Griechischen und Hebräischen sowie in Rhetorik, Logik und Mathematik.

Außergewöhnliche botanische Interessen führten den Augsburger Arzt Leonhard Rauwolf in den Orient. Nach eingehenden Studien der Botanik und der Medizin an deutschen, italienischen und französischen Hochschulen wurde er 1563 in das noch inoffizielle Collegium Medicum aufgenommen und 1570 zum Pestphysikus in Augsburg bestellt. 1573 reiste er nach Syrien, Indien, Arabien und einigen weiteren Ländern des Orients. Seine Niederschriften trugen ihm den Ruf eines der bedeutendsten medizinischen Botaniker seiner Zeit ein und die Beschreibung der indischen Heilpflanze ließ seinen Namen über Jahrhunderte weiterleben.

Der stolze Aufstieg der Stadt Augsburg und das Ansehen Ihrer Ärzteschaft, welches sich im 18. Jahrhundert angebahnt hatte, brach jäh ab nach einer Pestepidemie größten Ausmaßes in den Jahren 1627 und 1828. Wohl hatten schon frühere Seuchen die Stadt heimgesucht, doch konnten sorgfältige Pflege und hy-

# Ordnung zwischen den Herren Doctorn Medicinæ zu Aug- spurg mit eines Ersamen Raths daselbsten wissen vnd be- willigung auff gericht.



Getruckt zu Augspurg / durch  
Valentin Schöniß.  
M. D. LXXXII.

Titelseite der Medizinalordnung

(Wir danken der Augsburger Stadtbibliothek und Stadtbildstelle für die Überlassung der Bilder)

gienische Maßnahmen immer wieder ein Übergreifen auf weitere Bevölkerungsschichten verhindern. Doch in diesen beiden Jahren begünstigten Hunger und Elend des Dreißigjährigen Krieges die Epidemie und rafften allein 9000 Menschen im Jahre 1628 dahin. Von den zwanzig in der Stadt praktizierenden Ärzten fielen sechs der Seuche zum Opfer. Auch Oeoo IV., der Nachkomme der berühmten Arztfamilie, wurde in diesem Jahr mit seiner Familie von der Pest dahingerafft.

Anschr. d. Verf.: OMR Dr. Elisabeth Nusser, Augsburg, Kaiserplatz 1.

## Dokumente aus der Medizingeschichte Augsburgs

Wir bitten die Kolleginnen und Kollegen sowie die Gäste des Deutschen Ärztetages, die Ausstellung zu besuchen, in der das Stadtarchiv und die Staats- und Stadtbibliothek Dokumente aus der Geschichte des Augsburger Ärztstandes zeigen. Der Ort der Ausstellung wird durch Anschlag am Kongreßbüro bekanntgegeben.



# Die Geschichte der Wasserrettung in Augsburg

Von Fritz Aumann

Im eben zu Ende gegangenen Jahre 1963 konnte das Internationale Rote Kreuz sein 100jähriges Bestehen feiern und die Deutsche Lebensrettungsgesellschaft (DLRG) ihren 50. Geburtstag. Die abgehaltenen „Geburtstagsfeiern“ und die entsprechenden Presseberichte gaben einen hervorragenden Rückblick auf das segensreiche Wirken beider Organisationen. Es ist hier wirklich nichts mehr anzufügen. Wer aber widmete sich vor dem Bestehen der genannten Institutionen deren Aufgaben, wie wurde vor DLRG und Wasserwacht der Ertrinkungstod bekämpft?

Diese Fragen sind nicht sehr einfach zu beantworten; das Material hierfür zusammenzutragen erfordert, allein auf Deutschland bezogen, sehr viel Zeit, so daß wir einen anderen Weg wählen wollen.

Betrachten wir die Geschichte der Wasserrettung in Augsburg als Beispiel für viele andere deutsche Städte. Die Berechtigung hierzu können wir aus der Tatsache ableiten, daß Augsburg eine der ersten Städte, wenn nicht gar die erste Stadt Deutschlands war, die einen Wasserrettungsdienst ins Leben rief. Zwar keinen Wasserrettungsdienst im modernen Sinne, zumindest wurden für die damaligen Verhältnisse sehr fortschrittliche Gedanken entwickelt und frühzeitigst in die Tat umgesetzt. Auch das erste deutsche Schwimmlehrbuch (von Wynmannus) ist 1538 in Augsburg erschienen. Der Verfasser war begeisterter Schwimmer und öfters Zeuge gewesen, wie Freunde ertranken, aber auch einige Rettungen sollen ihm gelungen sein. Das von ihm verfaßte Buch sollte deshalb in erster Linie dazu dienen, andere an den Freuden des Schwimmens teilhaben zu lassen, aber auch vorbeugen gegen den Ertrinkungstod. Dies jedoch schon als Beginn von Bemühungen zur Rettung Ertrunkener zu werten, wäre nicht objektiv und auch nicht zutreffend.

Tatsache ist jedoch, daß der Gedanke, den jährlichen Ertrinkungsfällen nicht mehr tatenlos zuzusehen, in Augsburg bereits im Jahre 1751 diskutiert wird. Den Anlaß hierzu gab „die Behandlung einer den 5. August 1751 im Wasser verunglückten Weibsperson, die der damalige Physiker, Dr. Friderich Gutermann, allen Anzeichen nach gerettet hätte, wenn er nicht durch die Lieblosigkeit ihrer Dienstherrschaft daran verhindert worden wäre“. Der Senat der freien Reichsstadt fordert daher vom Collegium Medicum ein Gutachten an, „wie den im Wasser verunglückten Personen in primis momentis zu begegnen sey?“. Diesem Dekrete zufolge wurde am 11. September 1751 ein Bericht und Gutachten des Collegii Medici eingereicht, das für Ertrunkene sechs verschiedene Rettungsmittel vorschlägt, nämlich

1. Bronchotomie
2. Einblasen der Luft in den Mastdarm
3. Aderlässe, besonders an der Drosselader
4. Reiben
5. verschiedene Reizmittel
6. Stürzen und Wälzen auf einem Fasse.

Im Jahre 1756 erläßt der Senat dann ein Dekret, dessen Konzept aber schon ins Jahr 1754 datiert, mit dem Ersuchen an die Bürger, Ertrunkene sofort zu bergen

und ärztliche Hilfe herbeizurufen. Die Ärzte sollten dann nach der an sie gleichzeitig ergangenen Weisung (...den Mund öffnen und in denselben einblasen...) handeln. Das Dekret vom 29. Januar 1756, das auch eine Strafandrohung bei unterlassener Hilfeleistung enthält, wird dann im Jahre 1771 erneut an den öffentlichen Anschlagstellen, z. B. Rathaus und Stadttore, veröffentlicht und den Stadtsoldaten verlesen. Zwischenzeitlich haben aber die verantwortlichen Männer des Senats in Zusammenarbeit mit dem Collegium Medicum auch eine ausgesprochene Rettungsanweisung für Ertrunkene, Erstickte, Erhängte und Erfrorene erstellt, die 1777 wieder durch ein Reichsdekret bekanntgemacht wird. Von Rettungsschwimmen ist hierbei jedoch noch nicht die Rede; dessen Zeit ist noch nicht gekommen. Sehr interessant sind aber die Ausführungen zur Wiederbelebung Scheintoter, und zwar wird

**S**in Hochedler und Hochweiser Rath  
dieser des Heil. Röm. Reichsstadt Augsburg  
hat aus wahrer Menschenliebe und stadtväterlicher Vorfürge  
schon anterem 2. Januar 1756. durch einen offenen Aufschlag;  
gesamter hiesiger Bürger- und Junwoherschaft das mehrere zu erkennen ge-  
geben, daß leider fast jährlichen eine oder mehrere Personen, auf verschiedene  
Art in dem Wasser verunglücken, und viele von denjenigen, die man ohne  
Ansehen des Lebens aus dem Wasser herausziehet, amoch gerettet, und  
dem wärklichen Tod, durch behende und sorgfältige Hülfe entzissen werden  
könten, zu dem Ende auch die Anweisung erteilet, wie hiebey mit schleun-  
ger Hülffreichung zu Werk gegangen werden solle.

Weil aber hievon die verhoffte Wärtung noch zur Zeit nicht verführet  
worden, und aus mehrern in andern Ländern erfolgten Beyspielen zu verneh-  
men kömmt, daß nicht nur Personen, welche in dem Wasser ertrunken, son-  
dern auch solche, die durch Kohlendampf und andere gefährliche Dünste  
erstickt / oder sonsten erhangen oder erfroren gefunden, durch gleich be-  
hende Hülfe wiederum gerettet worden sind:

Als hat ein Hochedler und Hochweiser Rath, aus dem nämlichen Triebe,  
und auf eingeholtes Gutachten dahiesigen Collegii medici, sich bewogen gefun-  
den, die bey dergleichen Fällen erforderliche Hülffsmittel noch unverständlicher,  
und zwar auf jeden vor angezeigten Fall insbesondere hiewit folgendergestal-  
ten vorzuschreiben: und zwar

## bey Ertrunkenen.

Es sollen nämlich alle diejenige, denen ein solcher Fall vorkommt, beson-  
ders aber die Müller, und die in und vor der Stadt am Wasser wohnen,  
und etwa Rechen oder Sperren darin haben, die auf was immer für eine  
Art ins Wasser Gefallen- und Untergelunkene, alles Fleisches aufsuchen, die  
an ihre Rechen, Sperren und Pfähle geschwemmt auffangen, dieselbe eiligt  
doch fürsichtig und ohne Beschädigung herausziehen, auch nicht wie bishero  
aus einem albernem Wahn geschähen, auf den Kopf stürzen, sogleich nur hin-  
legen, und auf nassen Boden und Brettern des Rechens liegen lassen, son-  
dern unverweilt in ihr oder in das nächste beste Haus auf ein schickliches Lager,  
oder nicht alsobald in eine gehezte Stube, noch an einem dünstigen, riechenden,  
oder der Kälte und dem Wind ausgefekten Ort, aufnehmen und verwahren,  
ipnen zufrörderst die nassen Kleider von dem Leib nehmen, ihren Kopf, Haare  
und

Beginn eines Ratsdekrets der Stadt Augsburg mit aus-  
führlichen Anweisungen für die Wiederbelebung Er-  
trunkener aus dem Jahre 1777 (Original im Stadt-  
archiv Augsburg)



hierfür die Atemspende empfohlen. Allerdings wird sie nach heutigen Erkenntnissen nicht richtig gelehrt, heißt es doch: „... den Körper nicht gerade auf den Rücken, sondern etwas auf die Seite legen, daß der Oberleib samt dem Kopf etwas schräg in die Höhe gerichtet bleibe, und besonders der Kopf nicht hinterwärts bange, sofort den Mund ... reinigen, in den Mund vermittelst eines Röhreins, Federkies oder anderer schicklicher Instrumente, warmen Odem, auch einen Mund voll Tabackrauch einblasen, bey diesem Einblasen aber die Nase des Ertrunkenen zuhalten.“

Trotzdem werden in den Jahren 1778, 1780 und 1784 jeweils eine erfolgreiche Wiederbelebung nach diesen Vorschriften durchgeführt von den Chirurgen Eckard, Jäck und Meitinger. Leider sind die Rettungsmaßnahmen nicht näher beschrieben. Nachdem die Zeiten für die Rückkehr des Lebens jedoch zwischen drei Viertel und eineinhalb Stunden betragen haben, steht es außer Zweifel, daß es sich um echte Wiederbelebungen gehandelt hat. Die Retter wurden dann auch mit Geldprämien bedacht. 1780 wurden schon verschiedene Wiederbelebungsgeräte von der Stadt angeschafft und im innerstädtischen Lazarett aufbewahrt. Da man aber bald erkannte, daß diese zentrale Lagerung nicht im Interesse der Verunglückten war, erwog man schon kurze Zeit später, mehrere dezentralisierte Rettungsplätze einzurichten. Allerdings sollten noch einige Jahre vergehen, bis dieser Plan verwirklicht werden konnte. Man war deswegen aber in der Zwischenzeit nicht untätig. Das Collegium Medicum befaßte sich wieder mit unserer Materie und prüfte die 1794 erschienene „Noth- und Hülfstafel für Ertrunkene usw.“ des Dr. C. A. Struve aus Görlitz\*). Auf Vorschlag der Ärzte hin sollte diese Tafel vom Senat beschafft und gehörig bekanntgemacht werden. Ein ungenannter Wohltäter erklärte sich bereit, die Tafel auf seine Kosten vervielfältigen zu lassen und zu verteilen. Durch die Kriegsgeschichte unterblieb dies dann jedoch offensichtlich. Nicht unterblieben ist jedoch die Gründung der seit etwa 1796 geplanten „Rettungsanstalt für Ertrunkene“. Sie wurde getragen von einer „Gesellschaft rechtlicher Bürger aus allen Ständen“. Der Gründungstag war der 5. 7. 1804. Die Gesellschaft hatte bereits eine ausgefeilte Satzung und eine ihrer ersten Tätigkeiten war die Erneuerung der früheren Ratsdekrete. Wichtiger ist aber die Errichtung von drei „Rettungsplätzen“ in- und außerhalb der Stadt, die man als die Vorläufer der heutigen Wasserwacht-Rettungsstationen bezeichnen darf. Die „Rettungswachen“ waren untergebracht an einigen der zahlreichen Lechkanäle und standen unter Leitung von Wundärzten der Stadt. Ihre Ausstattung, aus Stiftungsmitteln beschafft, war für die damaligen Verhältnisse zweifellos sehr gut. Insbesondere begegnen wir dabei dem Ahnen des Resutators, dem Gorcyschen Biasebaig. Mit ihm sollte die direkte Atemspende ersetzt werden; mittlerweile glaubte man nämlich, die geatmete, also verbrauchte Luft, würde zur Wiederbelebung nicht mehr taugen.

Über das weitere Wirken und evtl. Erfolge der „ersten Augsburger Wasserwacht“ konnte ich aber bisher leider noch keine Unterlagen finden. Vielleicht wurde die gute Sache gleich zu Beginn durch die napoleonischen Kriege und die Einverleibung der freien Reichsstadt in das Königreich Bayern wieder beendet. Das soll aber nicht heißen, daß in der nun bayerischen

Stadt Augsburg der Wasserrettung keine Aufmerksamkeit mehr gewidmet worden wäre. Ab 1811 finden sich jedenfalls wieder entsprechende Unterlagen im Stadtarchiv. Danach wurden neue Rettungsstellen ausgesucht und sog. „Rettungszimmer“ eingerichtet; wieder ausgestattet mit den für notwendig gehaltenen Requisiten bis hin zur Nachtmütze. Der Gorcysche Biasebaig fehlt allerdings. Die Zahl der Rettungsstellen belief sich zunächst auf vier, später sechs. Daß diese Rettungsstellen auch wieder an besonders gefährlichen Wasserläufen lagen, versteht sich von selbst. Allerdings handelte es sich wohl mehr um die Aufbewahrungsorte von Rettungsgeräten als um ausgesprochene Rettungsstationen.

Um das zweite Drittel des 19. Jahrhunderts wird dann das Baden in Augsburg „modern“. Eine Schwimmschule nach der anderen wird gebaut, mit dem Erfolg verschiedener Laienrettungen. 1866 taucht schließlich wieder ein Vorgang über „das Verfahren zur Lebensrettung vom Scheintode bei Ertrunkenen“ auf. Das Intelligenzblatt (Amtsblatt) der Stadt bringt am 2. 11. 1868 eine Veröffentlichung über die Wiederbelebung nach Dr. Silvester. Das soll uns im übrigen Veranlassung zu einem kurzen Rückblick sein. In den Archivunterlagen aus dem Jahre 1758 finden wir nämlich einen Hinweis auf die Wiederbelebung eines ertrunkenen „Hospitalhaußknechts“ durch einen Augsburger Arzt durch „Niederdrücken und schneil wieder auffahren lassen der Brust, um das Eindringen der Luft in die erstickte Lunge und die Wiederbewegung der Gebütszirkulation zuwege zu bringen“. Leider waren diese Bemühungen nicht von Erfolg. Im Hinblick darauf, daß schon über 100 Jahre vor Dr. Silvester in Augsburg eine Art manuelle Wiederbelebung versucht wurde, verdienen sie jedoch zweifellos Beachtung.

Aber wieder zurück zum Jahre 1866. Ein ausgesprochener Wasserrettungsdienst besteht um diese Zeit nicht wieder, besser gesagt, immer noch nicht. Als jedoch um die Jahrhundertwende an den Bau des Stadtbades gegangen wird, kommt auch das Rettungsschwimmen „in Mode“. Einige Mitglieder der ab 1903 gegründeten Schwimmvereine erkennen, daß zum Schwimmenkönnen auch Fähigkeiten in der Selbst- und Fremdreitung gehören. Sie nahmen sich deshalb des Rettungsschwimmens an, förderten es in ihren Vereinen und versuchten, es über den sog. Städt. Beirat für Leibesübungen (BfL-Dachverband der Augsburger Sportvereine) zu verbreiten. Ein Protokoll des BfL aus dem Jahre 1922 spricht jedenfalls davon, daß in den vorhergehenden Jahren eine ganze Reihe von Personen durch Mitglieder der Schwimmvereine vom Tode des Ertrinkens errettet wurden. Aber auch Laienrettungen wurden von der Jahrhundertwende an oft beurkundet und durch Prämien honoriert.

Ab 1928 geht es relativ schnell mit dem Aufbau eines neuzeitlichen Wasserrettungsdienstes in Augsburg. Das Rote Kreuz (freiw. Sanitätskolonne) gründet eine techn. Abteilung für Schwimmen und Wasserrettung sowie Katastrophenschutz, und es wird ein Gutachten über einen Wasserrettungsdienst an den Augsburger Gewässern erstellt. Der Wasserrettungsdienst soll vom Roten Kreuz und Schwimmvereinsangehörigen durchgeführt werden. Trotzdem dauert es noch bis 1930, bis die erste Rettungswache aufzog, und das waren weder Angehörige der Schwimmvereine oder der mittlerweile gegründeten Ortsgruppe Augsburg der Deutschen Lebens-

\*) Abbildung s. S. 402.



Erläuterung der zu dieser Abhandlung gehörigen, und in derselben näher erklärten Kupferstiche.

**Erste Tafel.**

- Fig. 1. Der von Herrn Mechanicus Braasch in Hamburg erfundene Sucher, zur Auffindung des Körper unter dem Wasser.
- Fig. 2. Die von eben demselben erfundene Zange, zur Herausholung des Körpers aus dem Wasser, wie dieselbe vor Ergreifung des Körpers geschlossen ist.
- Fig. 3. Eben diese Zange, so wie sie nach Ergreifung des Körpers geschlossen ist.

**Zweite Tafel.**

- Fig. 4. Der Durchschnitt der Breite des von dem Hamburgischen Schutensührer Thomas Kigler erfundenen Eisboots.
- Fig. 5. Der zum Eisboot bestimmte Korb, ehe solcher mit Leder überzogen ist.
- Fig. 6. Zwei Eiskeile mit Haken, zum Fortschieben des Eisboots auf dem Eise und im Wasser.
- Fig. 7. Die zum Eisboot gehörige Rettungsleiter, sammt der daran befestigten beweglichen Verlängerungsstange.

**Dritte**

1822, Nr. 246, 262; 1823, Nr. 307; 1824, Nr. 216, 249, 251; 1825, Nr. 4. S. ebenfalls in der Sammlung der Verhandlungen und Schriften der Gesellschaft, solche ausgezeichnete Fälle, 1ter Bd. Seite 114, 146, 2ter Band, Seite 19, 44, 3ter Band, Seite 11, 41, 4ter Band, Seite 8, 47, 93, 133, 5ter Band, Seite 7, 37, 6ter Band, Seite 12, 36 u. a. m.

Inwech. des Rebal. der 2ten u. 3ten Ausg.

**Vierte Tafel.**

- Fig. 8. Das Eisboot, wie es auf dem Eise fortgeschoben wird.
- Fig. 9. Das Eisboot, wie es über höckerige Stellen fortgetragen wird.
- Fig. 10. Die untere Seite des umgekehrten Eisboots.

**Vierte Tafel.**

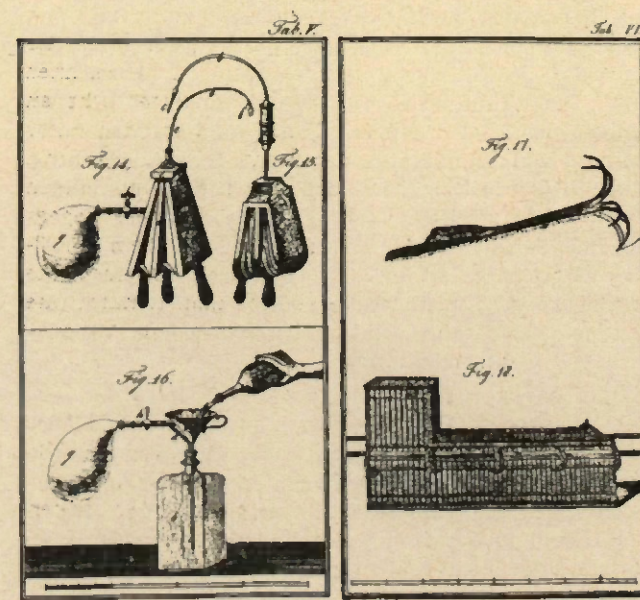
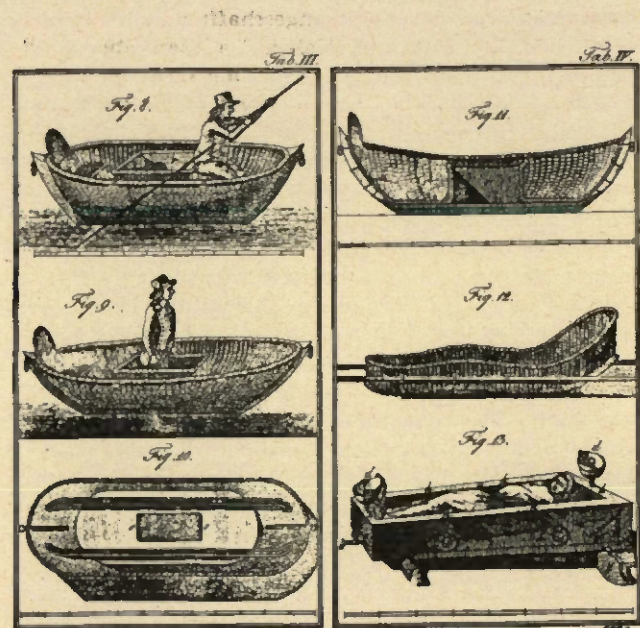
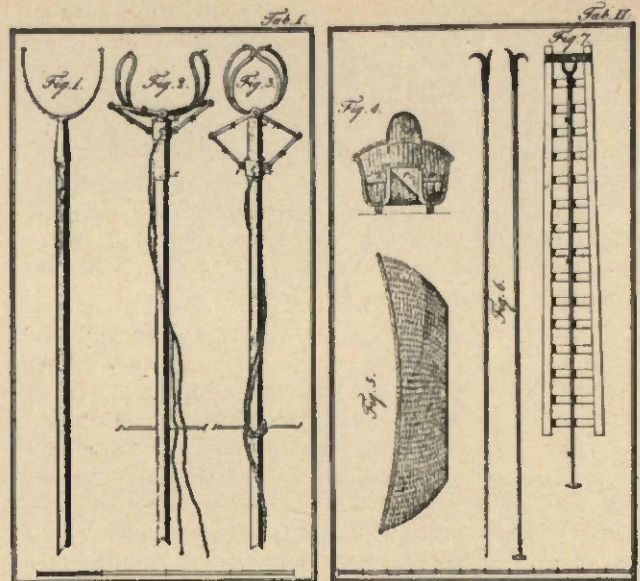
- Fig. 11. Der Durchschnitt der Länge des Eisboots.
- Fig. 12. Der Tragkorb zum Transport der Bretter.
- Fig. 13. Die von Harvey in London erfundene, und von Herrn Mechanicus Braasch in Hamburg verbesserte Blödemaschine.

**Fünfte Tafel.**

- Fig. 14. Der von Herrn Gorey in Neu-Orleans erfundene, und von Herrn Rouland in Paris verbesserte doppelte Blasebalg zur Herstellung der Respiration, sammt dessen Anwendung zur Belüftung dephlogistisierter Luft.
- Fig. 15. Eine Maschine zur Belüftung eines Kistens von Tabakrauch, mittelst eines Blasebalgs.
- Fig. 16. Die Anfüllung einer, zum Anschauen an den Fig. 15. abgebildeten doppelten Blasebalg bestimmten, Blase mit dephlogistisierter Luft.

**Sechste Tafel.**

- Fig. 17. Der Rettungshaken.
- Fig. 18. Der verbesserte Tragkorb.





rettungsgesellschaft, sondern die Turngemeinde Augsburg mit ihrem Arbeiter-Wasser-Rettungs-Dienst. Der Wachdienst wurde am Lech, unterhalb der Lechhauser Lechbrücke, versehen. Die junge DLRG-Ortsgruppe widmete sich zunächst nur Ausbildungs- und Organisationsaufgaben. 1931 folgten zwei weitere Wachstationen an Lech und Wertachkanal, besetzt von Schwimmvereins- und Rot-Kreuz-Angehörigen, die zugleich Mitglieder der DLRG waren. Alle Stationen verzeichneten zunächst hervorragende Leistungen. Durch anderweitige Beanspruchung der Rettungsschwimmer (Luftschutz usw.) wird es später doch etwas ruhiger um den Wasserrettungsdienst. 1936 stagniert die Arbeit dann fast ganz und es werden Verhandlungen mit der Stadt geführt, ob diese den WRD nicht übernehmen könne. Von 1938 an lebt die Arbeit der DLRG aber doch wieder auf und wird bis Kriegsende fortgeführt. Vor allem wird versucht, möglichst viele Rettungsschwimmer auszubilden.

Das Kriegsende brachte dann auch das vorläufige Ende des Wasserrettungsdienstes, nachdem es allen Vereinen und Organisationen unmöglich gemacht wird, ihre Arbeit fortzusetzen. Lange währt die Pause allerdings nicht. Nach der Konstituierung des Bayer. Roten Kreuzes schlossen sich die ehemaligen Rettungsschwimmer des Arbeiter-Wasser-Rettungsdienstes und der DLRG zusammen und gründeten die Rot-Kreuz-Gliederung „Wasserwacht Augsburg-Stadt“. 1946 wurden bereits wieder drei Badeplätze überwacht und die ersten neuen Rettungsschwimmer ausgebildet. Heute betreibt die Abteilung 12 Rettungsstationen im Stadtgebiet, auf denen rund 200 Rettungsschwimmer Dienst tun. Bis heute wurden 94 Lebensrettungen, über 400 Hilfeleistungen im Wasser, rund 7200 Erste-Hilfe-Leistungen und 35 Totenbergungen durchgeführt, über 140 000 Wachstunden geleistet sowie über 30 000 Rettungs- und Jugendschwimmzeugnisse abgenommen, was uns einen kurzen Überblick über die seit 1945 geleistete Arbeit der Augsburger Wasserwacht geben soll. Weitere Ausführungen dürften sich damit erübrigen und würden auch unseren Rahmen sprengen.

Außerdem haben wir der Vollständigkeit halber noch über die Nachkriegsarbeit der DLRG in Augsburg zu berichten. Dazu entnehmen wir der Nr. 8/1963 „Der Lebensretter“, dem Organ des Präsidiums der Deutschen Lebensrettungsgesellschaft:

„Erstmals 1956 versuchten die beiden Brüder H. und M. Sadecki (in Augsburg) eine Ortsgruppe neu zu

## Zur Weltausstellung nach New York

Die Bayerische Landesärztekammer kann in Zusammenarbeit mit der DEUTSCHEN LUFTHANSA den in Bayern tätigen Kollegen folgende verbilligten Flugreisen München — New York und zurück z. Z. der Weltausstellung (Eröffnung 22. April 1964) anbieten:

1. Flug mit einer Sondermaschine vom Typ Boeing 720 B, Preis für Hin- und Rückflug pro Person DM 840,—. Dieser Preis setzt aber voraus, daß alle 132 Sitzplätze der Maschine gebucht werden. Freibleibende Plätze erhöhen den Flugpreis entsprechend. Abflug am 27. Juli 1964, Rückflug am 10. August 1964.
2. Normale Flugreise mit einer Linienmaschine von München nach New York und zurück zum Preise von DM 1550,—. Dieser Preis setzt keine Mindestteilnehmerzahl voraus. Als Abflugtag ist ebenfalls der 27. Juli 1964 vorgesehen. Als Rückflugtag der 11. August 1964. Der Rückflug kann für einzelne oder alle Reisetilnehmer um maximal 5 Tage verlängert werden.

Wegen bereits jetzt bestehender Hotelschwierigkeiten während der Weltausstellung in New York bitten wir alle interessierten Kollegen, sich umgehend anzumelden.

An der Reise Nr. 1 können nach den internationalen Bestimmungen für Sonderflüge nur Ärzte und deren im Haushalt lebende Angehörige teilnehmen.

Die Reise Nr. 2 dagegen unterliegt keinerlei Bestimmungen hinsichtlich der Teilnahme.

Weitere Auskünfte und Anmeldungen durch die Bayer. Landesärztekammer, Pressestelle, 8 München 23, Königinstraße 85, Telefon 38 11 21.

gründen. Im Herbst 1958 versuchte der stv. LV-Leiter S. K. Menters, München, in seiner Geburtsstadt Augsburg Männer zu finden, die den Aufbau vorantreiben sollten. Am 9. 5. 1959 konnte die neue Ortsgruppe aus der Taufe gehoben werden. Ende 1959 waren es wieder über 40 zahlende Mitglieder. Bereits am 31. 12. 1962 stieg die Zahl der Mitglieder auf über 210 an...

Diese Ausführungen müssen jedoch dahin gehend ergänzt werden, daß die DLRG-Ortsgruppe Augsburg im Stadtgebiet keinerlei Wachdienst ausübt.

Anschrift d. Verf.: Stadtinspektor Fritz Aumann, 89 Augsburg, Louis-Braille-Straße 10.



**Eupaco®**

10 Tabletten	DM 2.50
5 Zäpfchen	DM 1.90
5 Zäpfchen für Kinder	DM 1.75
10 Ampullen zu 1 ml	DM 5.30

Preise o. U. n. A. T.  
Cascan GmbH · Wiesbaden

**krampflösend + beruhigend bei allen spastisch  
schmerzhaften Zuständen der glatten Muskulatur**

**cascan**



## AUS DER BUNDESPOLITIK

### Entwurf einer Änderung der Bestallungsordnung

Das Bundesministerium für das Gesundheitswesen hat den Entwurf einer neuen Bestallungsordnung für Ärzte vorgelegt und den beteiligten Bundesressorts, den Ländern und einer großen Zahl von Fachkreisen zugeleitet. Die Ausschüsse der Bundesärztekammer, „Deutsche Akademie der Praktischen Ärzte“ und „Ärztliche Ausbildung“, haben den Entwurf bereits beraten, auch der Geschäftsführende Vorstand der Bundesärztekammer hat sich damit schon befaßt.

Der Entwurf dieser neuen Bestallungsordnung ist nicht identisch mit einer Hochschul- oder Studienreform. Er stellt aber einen Fortschritt und eine Verbesserung gegenüber der zur Zeit geltenden Bestallungsordnung dar.

Bedeutsame Bestimmungen sind u. a.:

- Die Einführung schriftlicher Prüfungen,
- die Unterteilung der ärztlichen Prüfung in zwei Abschnitte,
- die Einführung der medizinischen Strahlentechnik als Lehr- und Prüfungsfach,
- sowie klinische Visiten in kleinen Gruppen in der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie der Kinderheilkunde.

Bei der Prüfung hat — nach Wortlaut des Entwurfs — der Kandidat in den einzelnen Fächern nicht mehr die für den Praktischen Arzt erforderlichen Kenntnisse, sondern „die für den Arzt erforderlichen allgemeinen Kenntnisse“ nachzuweisen.

Der vorliegende Entwurf sieht eine Medizinalassistentenzeit von 18 Monaten vor. In diesem Punkte ist das Gesundheitsministerium den Vorschlägen des Lübecker Ärztetages nicht gefolgt. Der Ärztetag hatte sich damals für die Einführung einer Pflichtassistentenzeit anstelle der Medizinalassistentenzeit ausgesprochen.

Über die weiteren Beratungen werden wir berichten

### Entwurf einer Bundes-Tierärzteordnung im Bundesrat

Der Bundesrat behandelte in seiner Sitzung vom 20. März 1964 den von der Bundesregierung eingebrachten Entwurf einer Bundes-Tierärzteordnung. Von den Vorschriften der Reichs-Tierärzteordnung vom 3. April 1936 sind heute im wesentlichen nur noch die Bestimmungen über die Zulassung zum tierärztlichen Beruf als fortgeltendes Bundesrecht in Kraft. In den ersten Nachkriegsjahren sind zudem in diesem Bereich teilweise unterschiedliche landesrechtliche Regelungen erlassen worden.

Die Bedeutung des tierärztlichen Berufs für die Allgemeinheit macht es nach Auffassung der Bundesregierung notwendig, die Zulassung zu diesem Beruf durch ein den heutigen Erfordernissen entsprechendes Gesetz zu regeln. Ferner muß eine Möglichkeit für die Erteilung der Bestallung an Ausländer sowie an Personen, die ihre tierärztliche Ausbildung außerhalb der Bundesrepublik erworben haben, gefordert werden. Damit soll auch der Entwicklung Rechnung getragen werden, die mit dem Abschluß des Vertrages zur Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft eingeleitet worden ist.

Der federführende Bundesratsausschuß für Innere Angelegenheiten und die mitberatenden Ausschüsse hatten dem Plenum eine Anzahl Änderungsanträge zur Annahme vorgelegt. Nach eingehender Begründung dieser Anträge durch den Berichterstatter, Minister Dr. Filbinger, verabschiedete das Plenum des Bundesrates den Gesetzentwurf mit zahlreichen Änderungen. Eine der bedeutsamsten Änderungen ist der Vorschlag auf Streichung der Bestimmungen über die Regelung des Fachtierarztwesens. Die Forderung nach Streichung wurde damit begründet, daß nach Artikel 74 Nr. 19 des Grundgesetzes (GG) der Bund nur zuständig zur Gesetzgebung auf dem Gebiet der „Zulassung zu den ärztlichen Heilberufen“ sei. Zu den ärztlichen Heilberufen gehören nach Meinung des Bundesrates der Beruf des Arztes, des Tierarztes und des Zahnarztes. Die Tätigkeit als Facharzt sei nicht die Ausübung eines daneben bestehenden weiteren Berufes, sondern eine besonders gestaltete Tätigkeit innerhalb des Berufs des Arztes, Tierarztes oder Zahnarztes. Die gesetzliche Regelung dieser Tätigkeit beziehe sich auf die Art der Ausübung des Berufs des Arztes, Tierarztes oder Zahnarztes und falle daher nicht in die Zuständigkeit des Bundes nach Art. 74 Nr. 19 GG. Von dieser Auffassung sei der Gesetzgeber bisher, insbesondere bei der Schaffung der Bundesärzteordnung, ausgegangen, die keine Regelung des Facharztes enthalte, obwohl bei den Ärzten dieselbe Sachlage gegeben sei, wie bei den Tierärzten.

Ein Bedürfnis für eine bundesgesetzliche Regelung bestehe überdies nicht. In den Ländern sei die Materie in den von den Aufsichtsbehörden genehmigten Berufsordnungen der Kammern zufriedenstellend geregelt. Eine gesetzliche Fixierung der im Entwurf vorgesehenen Arten von Fachtierärzten würde eine leichte und rasche Anpassung an die Entwicklung der Wissenschaft und der praktischen Bedürfnisse erschweren.

### Gesetzliche Alters- und Hinterbliebenenversicherung für Rechtsanwälte

Die Bundesregierung hat dem Bundesrat den Entwurf eines Rechtsanwaltsversicherungsgesetzes zugeleitet, durch die die Alters- und Hinterbliebenenversicherung der Rechtsanwälte gesetzlich geregelt werden soll. Die Bundesregierung beabsichtigt mit dieser Gesetzesvorlage, einer Gruppe der Mittelschichten eine Hilfe für den Ausbau solidarischer Sicherungseinrichtungen zu geben. Innerhalb der freien Berufe ist die Rechtsanwaltschaft eine der wenigen Berufsgruppen, deren Angehörige wegen ihres gesetzlich vorgeschriebenen Ausbildungsganges im allgemeinen keine Berechtigung zur freiwilligen Weiterversicherung in der sozialen Rentenversicherung erworben haben.

Bei der Gestaltung dieser Versicherung soll die Entscheidungsfreiheit der Rechtsanwaltschaft erhalten und ihr die Verantwortung für ihre Sicherung weitgehend selbst überlassen bleiben. Dementsprechend geht der Entwurf von folgenden Grundsätzen aus:

1. Eine Versicherungspflicht wird der Berufsgruppe nicht durch Gesetz auferlegt, sondern erst durch einen Beschluß der gewählten Vertreter der Rechtsanwaltschaft begründet. Die Gesetzgebung stellt nur die Ermächtigung und die organisatorische Grundlage dafür zur Verfügung.



2. Die Rechtsanwaltschaft soll in eigener Zuständigkeit über die Art und Weise ihrer Versicherung entscheiden. Hierfür bietet der Entwurf zwei Möglichkeiten: Es kann einmal ein Gruppenversicherungsvertrag vereinbart werden, für den der Entwurf nur wenige Mindest- und Höchstbedingungen gibt. Zum anderen können die Rentenformel und die Beitragsbemessung aus der Rentenversicherung der Arbeitnehmer übernommen, jedoch nach den Bedürfnissen der Rechtsanwaltschaft abgewandelt werden. Auch im zweiten Fall handelt es sich um eine eigenständige Versicherung, die den Bedürfnissen der Anwaltschaft angepaßt werden kann.
3. Durch den Gruppensicherungsvertrag ermöglicht der Gesetzentwurf, daß die Versicherung der Rechtsanwälte in vollem Umfang von der privaten Lebensversicherung getragen werden kann. Auch bei der Alternative läßt er eine Rückdeckung des Versicherungswerks der Rechtsanwälte bei privaten Versicherungsunternehmen zu.
4. Die Bundesregierung verfolgt mit der Vorlage dieses Gesetzentwurfs auch das Ziel, diejenigen Rechtsanwälte oder deren Hinterbliebene vor Not zu schützen, die infolge der Umwälzungen in den letzten 50 Jahren heute nicht über eine ausreichende Sicherung verfügen und sie infolge vorgerückten Alters auch nicht mehr in ausreichendem Maße erwerben können. Der Gesetzentwurf sieht daher vor, daß die Satzung Renten auch an ausgeschiedene Rechtsanwälte und an Hinterbliebene von Rechtsanwälten gewähren kann. Der Bund beteiligt sich an den Aufwendungen für diesen Personenkreis mit einem Zuschuß, der auch in der Form einer einmaligen Zahlung geleistet werden kann.

### Gesetz zur Förderung eines freiwilligen sozialen Jahres

#### Beste Lebensschule für die junge Generation

Von Elisabeth Pitz-Savelsberg, MdB

Das Gesetz stellt den freiwilligen sozialen Dienst der Berufsausbildung gleich. Das bedeutet, daß während der Zeit eines solchen Jahres alle Bezüge für Kinder, wie Renten, Kinderzuschläge, Kindergeld und Steuerermäßigungen, weitergezahlt werden, so wie das auch während einer Ausbildungszeit geschieht.

Dieser Vorteil kommt allerdings nur dem freiwilligen sozialen Jahr im Sinne des Gesetzes zugute. Es bedeutet nämlich nicht nur pflegerische, erzieherische oder hauswirtschaftliche Hilfstätigkeit zur Entlastung der Pflegepersonen, es muß für die Helferinnen und Helfer auch einen inneren Gewinn bringen. Es muß beitragen zur Persönlichkeitsbildung, zur Vermittlung von sozia-

len Erfahrungen und zur Stärkung des Verantwortungsgefühls für das Gemeinwohl. Deshalb ist die praktische Hilfstätigkeit eingeleitet und begleitet von kursähnlichen Veranstaltungen der Träger.

Die Helferinnen und Helfer erhalten nur ein Taschengeld und Sachbezüge in Form von Unterkunft und Verpflegung im Hause des Trägers. Die Sozialversicherungsbeiträge werden vom Träger voll übernommen, ebenso eine eventuelle Höherversicherung.

Träger sind nach dem Gesetz die Verbände der freien Wohlfahrtspflege, die Kirchen und kommunalen Körperschaften. Weitere Träger können zugelassen werden, wenn sie die Gewähr dafür bieten, daß die Voraussetzungen für eine gute Durchführung erfüllt werden können. Die Einrichtungen, in denen der Dienst geleistet werden kann, sind vor allem Krankenanstalten, Altersheime, Kinderheime, Kindertagesstätten, Erholungsheime sowie Einrichtungen für körperlich und geistig behinderte Kinder. Einrichtungen, die Familienhilfe leisten, kommen zunächst nur in bescheidenem Umfang in Frage, weil auf diesem Gebiet noch wenig Erfahrungen vorhanden sind. Die Helferinnen müssen mindestens 17 Jahre alt sein. Kinderbezüge auf Grund dieses Gesetzes werden bis zum 25. Lebensjahr gewährt.

Noch steht das freiwillige soziale Jahr in den Anfängen. Es wurde ins Leben gerufen als diakonisches Jahr und etwas später als Jahr für die Kirche aufgrund der Initiative der evangelischen und katholischen Jugend in enger Verbindung mit den caritativen Verbänden beider Kirchen. Es besteht aber die begründete Hoffnung, daß sich nach Gleichstellung mit der Ausbildung die Zahl der Anwärterinnen vergrößern wird. Der freiwillige soziale Dienst ist die beste Lebensschule für die junge Generation. Die bisherigen guten Erfahrungen mit diesem Jahr lassen wünschen, daß eine möglichst große Zahl, vor allem junge Mädchen, die ausgezeichnete Gelegenheit zur persönlichen Bewährung auch für sich in Anspruch nimmt und ein Jahr lang in uneigennützigem Einsatz hilft.

### Die Krankenanstalten Ende 1962

Ende des Jahres 1962 gab es im Bundesgebiet einschließlich Berlin (West) 3651 Krankenanstalten mit 604 932 planmäßigen Betten. Die Zahl der Krankenanstalten und der dazugehörigen planmäßigen Betten im Bundesgebiet einschl. Berlin (West) ist auch im Jahre 1962 weiter angestiegen. So kommen im Berichtsjahr auf 10 000 Einwohner rund 106 planmäßige Betten gegenüber 105 im Vorjahr. 1938 entfielen im ehemaligen Reichsgebiet auf 10 000 Einwohner rund 94 planmäßige Krankenhausbetten. Fachkrankenanstalten und allgemeine Krankenanstalten mit abgegrenzten Fachabteilungen haben sowohl nach der Zahl der Wirtschaftseinheiten als der planmäßigen Betten weiter zugenommen.

# Cefasabal®

TROPFEN · TABL. · AMP.



CEFAK · KEMPTEN

Pyelitis Cystitis  
Prostatitis  
Prostatahypertrophie



## AUS DER LANDESPOLITIK

### Aus der Debatte zum Haushalt des Bayer. Innenministeriums 1964

*In der Aussprache nahmen Fragen der Gesundheitspolitik einen großen Raum ein.*

*Die Sprecher der einzelnen Fraktionen führten dazu u. a. folgendes aus:*

**Mohrmann (SPD):**

Eine Sache, von der vielleicht mehr zu sprechen sein wird, ist die Forderung oder die Meinung vieler Leute, es wäre gut und würde den Krankenhausbettenmangel etwas mildern, wenn man dazu überginge, in einem größeren Umfang sogenannte Langzeitkrankenhäuser, oder wie man das nennen will, für chronisch Kranke, für Pflegefälle, für alte Patienten, bei denen die Heilung länger dauert als bei den jungen Menschen, zu errichten und diese Menschen, die man als Pflegefälle in den Akut-Krankenhäusern nicht gerne sieht, weil sie eben ein Bett, das man zur Behandlung akut Erkrankter benötigt, unverhältnismäßig lange Zeit belegen, dort einzuweisen. Es geht auch auf den Anteil dieser Gruppe von Patienten zurück, daß im wesentlichen bei uns die Verweildauer höher ist als anderwärts. Nun hat der Herr Staatsminister vor einem Jahr in seiner Haushaltsrede sich auf eine Anregung des Herrn Kollegen Dr. Soenning bezogen, die dahin ging, für die Betreuung chronisch Kranker besondere Einrichtungen zu schaffen, damit man die Akutkrankenhäuser entlastet. Da sagte der Herr Staatsminister zu diesem Vorschlag: „Ich werde ihn aufgreifen.“ Nun ist also ein Jahr vergangen. Ich weiß nicht, was aus dem „Aufgreifen“ geworden ist. Ich möchte, was die Zahl der Betten angeht, doch darauf aufmerksam machen, daß sie insgesamt ganz wesentlich gestiegen ist, dafür hat man ja sehr viel getan, daß aber der Zuwachs sich im wesentlichen auf die Sonderkrankenhäuser bezieht, auf die psychiatrischen Krankenhäuser, auf Heil- und Pflegeanstalten usw., daß aber die Betten in den Akut-Krankenhäusern seit 1956 auf demselben Stand geblieben sind. Das Verhältnis zur Einwohnerzahl — 7,4 Betten in Akut-Krankenhäusern für akut Kranke — ist seit 1956 unverändert bis zum letzten Jahr, von dem Zahlen vorliegen.

(Abg. Dr. Soenning: Aber 10 000 Betten mehr!)

— Weiterer Zuruf von der CSU: Auch entsprechend mehr!)

— Es sind entsprechend mehr Betten, aber im Verhältnis zur Bevölkerungsentwicklung und gerade bei den Akut-Krankenhäusern ist die Verhältniszahl die gleiche,

(Zuruf des Abg. Dr. Merk)

ein Grund, der sicherlich dafür spricht, dem Vorschlag, diese Zahl durch Pflegekrankenhäuser zu verbessern, mit einem gewissen Ernst näherzutreten.

Es kommt ja eine Krankenhausplanung, an der lange und gründlich gearbeitet wird und von der auch gute Anzeichen sichtbar geworden sind. Ich habe eine Frage und beziehe mich dabei auf eine Äußerung des Herrn Ministers in seiner diesjährigen Haushaltsrede, bei der er verkündet: „Ich muß Sie schon heute um Ihr Verständnis bitten, wenn ich Wünsche, die diesen Überlegungen zuwiderlaufen, nicht unterstützen

werde.“ Das sind also Wünsche, die dem Planungsgedanken des Ministeriums, die dann vom Landtag bestätigt werden, zuwiderlaufen. Hier sind wir also bei dem wirklich sehr wesentlichen Unterschied gegenüber der Zeit vor fünf Jahren, wo Sie sich sehr ungern überhaupt nur mit dem Gedanken einer Planung und eines Programms befaßt haben. Da sind wir nun an der Stelle, wo dieser Plan eine starke Verbindlichkeit bekommt. Der Staat wird also kein Krankenhaus fördern — nach der Äußerung des Herrn Ministers, die ich nicht unvernünftig finde —, das nicht den Voraussetzungen entspricht, nach denen es förderungswert ist. Nach dieser Krankenhausplanung — Sie werden sich darüber klar sein — legen Sie eine ziemlich schwere Verantwortung und eine ziemlich schwere Last auf die Schultern des Ministers und seiner Mitarbeiter, und ich bin der Meinung, wenn man überhaupt eine Krankenhausplanung macht und wenn der Staat mit so großen Mitteln, wie er es tut, sich um die Investitionen für die Krankenhäuser bemüht, dann muß das in der Tat sehr sorgfältig geprüft werden, ob es von Fall zu Fall vernünftig und gut ist oder nicht. Dann aber muß der Plan gelten und es geht nicht an, daß etwa ein Landrat vielleicht mit seinem Freund, dem Herrn Landtagsabgeordneten, hier anmarschiert und auf Grund besonderer Bekanntheit,

(Abg. Dr. Dehler: Einem CSU-Abgeordneten!)

besonderer Sympathien, die er ins Spiel bringen kann, erreicht, daß er mit solchen Mitteln dem Plan zuwider doch gefördert wird. Das ist eine schwere Sache, und es wäre vielleicht auch gut zu überlegen, ob man diese Entscheidung ausschließlich dem Minister und seinen Mitarbeitern überlassen oder ob man im Rahmen des Landesgesundheitsrats einen kleinen Unterausschuß bilden und ihn als Beratungsgremium oder als Berufungsinstanz oder in irgendeiner Weise dabei beteiligen sollte. Denn es gibt schon jetzt den einen oder anderen Fall, in dem sich das abspielt, wovon ich hier spreche, wo eine nicht vernünftige Planung mit Gewalt durchgesetzt werden soll. In einem solchen Fall beneide ich die Herren in der Gesundheitsabteilung nicht um die Kämpfe, die sie vielleicht manchmal zu führen haben. Wenn der Herr Minister den Vorschlag aufgreift, ein solches Gremium zu bilden oder bilden zu lassen, dann wird das vielleicht die weitere Arbeit erleichtern.

(Abg. Dr. Soenning: Bisher hat das Finanzministerium das letzte Wort gesprochen, Herr Kollege!)

— Das ist sicherlich noch ein Punkt; ich komme vielleicht noch einmal darauf zurück.

Ich möchte mich jetzt einmal mit dem anderen Punkt, der auch in der Rede des Herrn Ministers anklang, befassen. Die wirtschaftliche Zukunft des Krankenhauses liegt weitgehend beim Bund, sagte er. Die Länder werden aber nach den Beschlüssen der Ministerpräsidentenkonferenz an die Bundesregierung mit konkreten Vorschlägen herantreten. Das, was hier als die wirtschaftliche Zukunft figuriert, ist die Frage des kostendeckenden Pflegesatzes, der sich da-



hinter verbirgt. Das ist eine Frage, für die man sich verschiedene Lösungen denken kann. Man kann sich eine Lösung denken, bei der der Patient oder seine Krankenkasse den reinen kostendeckenden Pflegesatz zahlen soll. Das wäre natürlich ein Pflegesatz, der weit höher liegen müßte als der gegenwärtige, und es scheint sicher,

(Abg. Dr. Dehler: Das Doppelte!)

so wie die Sache jetzt ist, daß die Krankenkasse ohne eine wesentliche Erhöhung ihrer Beiträge nicht in der Lage wäre,

(Abg. Dr. Soening: 0,34 Prozent!)

diesen Satz zu bezahlen. Es scheint ziemlich sicher, daß sich die Pflegesätze sehr wesentlich erhöhen müßten. Dieser Weg ist also wohl schwerlich gangbar, wenn nicht der Bund in einer ganz massiven Weise den Krankenhäusern mit Subventionen beibringt. Das wäre also der eine Weg.

Der andere Weg wäre der eines sogenannten gespaltenen Pflegesatzes, bei dem die Krankenhäuser nur einen gewissen Teil ihrer Kosten berechnen dürften, sozusagen die laufenden Kosten, nicht aber die Investitionen, und das übrige die öffentliche Hand decken soll. Das ist auch wieder so ein Begriff, mit dem man sich vorzüglich um die Verantwortung herumdrücken kann; denn „die öffentliche Hand“ ist je nach dem Standpunkt, von dem aus man spricht, immer der andere. Wenn die Gemeinde von „öffentlicher Hand“ spricht, meint sie den Bund. Wenn der Bund davon spricht, schiebt er die Verantwortung auf die Länder, und die Länder sehen selbstverständlich auch zu, daß sie möglichst nicht zu stark gerupft werden. Es sollte also klar sein, eine Lösung kann nur vom Bund her kommen; denn der Bund setzt die Ordnungen im Bereich der Sozialversicherung und des Pflegesatzes und all dieser Dinge und der Bund muß hier eine vollständige Lösung finden und er muß diese Lösung auch finanzieren. Ob man es so oder so macht, man kommt zum Schluß immer wieder auf den Bund zurück.

Der dritte Weg ist derjenige, den man gegenwärtig geht, und das ist der Weg, den man eigentlich überhaupt und radikal ablehnen muß; denn einfach das Defizit dem jeweiligen Krankenhausträger aufzulasten, ist ein gänzlich unmögliches Verfahren, und das sollte man nicht noch länger hinziehen. Man sollte vielmehr die Regelung des Pflegesatzes mit dem Ziele, die wirtschaftliche Zukunft der Krankenhäuser zu sichern, wirklich auf eine reelle Grundlage bringen. Ich wünsche dem Herrn Staatsminister viel Kraft und Erfolg für die kommenden Verhandlungen im Rahmen der Ministerpräsidentenkonferenz und überhaupt für die Verhandlungen mit den anderen Ländern, die sich nun hierzu stellen müssen.

Die Pflegesätze sind — um das noch zu sagen — in Deutschland relativ niedrig. Es wird Ihnen vielleicht nicht so sehr imponieren, wenn ich davon spreche, daß der Tagessatz in den USA 36 Dollar, also 147 DM, beträgt, weil man immer gern sagt, das ist kein Vergleich, obwohl dabei zu bedenken ist, daß die amerikanischen Ärzte gesondert liquidieren. In diesem Betrag sind die Ärzthonorare nicht entbalten. Aber wenn man liest, daß in Frankreich die Kosten für Sozialversicherte jetzt in den inneren Abteilungen auf 66,5 DM pro Tag, in der chirurgischen Abteilung auf 94 DM festgelegt sind, dann sieht man, in welcher Gegend sich

die Kosten des Krankenhauses bewegen und auch bei uns bewegen müssen, wenn man nicht den Wunsch hat, das Krankenhaus auszuhungern. Und dieser Wunsch besteht sicherlich nirgends.

Wir können auch wohl sagen, das Krankenhaus hat sich in den vergangenen Jahren im Durchschnitt oder im großen Umfang sehr verbessert, und wir müssen uns nur darüber klar sein, daß es eben billig nicht zu haben ist. Einen billigen Weg zu anständigen, großen, ausreichenden Krankenhäusern gibt es nicht. Aber vielleicht gibt es außer den Pflegesätzen und dem, was ich vorhin über das Langzeitkrankenhaus sagte, noch andere Möglichkeiten, dem Krankenhaus ein wenig zu einer größeren Wirtschaftlichkeit zu verhelfen. Sicherlich ist Wirtschaftlichkeit nicht das Ziel oder der Sinn eines Krankenhauses; es hat andere Aufgaben. Aber es soll seine Aufgaben auf möglichst wirtschaftliche Weise lösen, und das ist richtig. Wenn man daran denkt, wie teuer die Anlage eines Krankenhauses heute ist, welche Unsummen darin investiert werden müssen, dann erscheint es richtig, zu fordern, daß diese Anlagen auch wirtschaftlich ausgewertet werden müssen. Dem dient z. B. die Einrichtung von Krankenhäusern für die sogenannten Pflegefälle, von denen ich vorhin sprach. Wenn ein Krankenhausbett sonst 60 000, 80 000, 100 000 oder noch mehr Mark in der Anlage kostet, so handelt es sich im anderen Fall, beim Pflegefall, nicht mehr um all die Einrichtungen, die das Krankbett so teuer machen, und man wird vielleicht sagen, man kann zwei solche Pflegebetten für das Geld schaffen, für das man ein Krankenhausbett errichtet. Das wäre also künftig eine Entlastung, eine geringere Beanspruchung des Krankenhauses, die dazu führt, daß die Überbelegung aufhört, daß das Krankenhaus mit einer vernünftigen Verweildauer arbeiten kann und daß es auch zu einer besseren wirtschaftlichen Ausnutzung seiner Anlagen kommt, was dem Krankenhausträger und dem Patienten dient.

Es käme noch etwas hinzu, ein viel erörterter und viel umkämpfter Vorschlag, nämlich man möge die Krankenhäuser in die ambulante Vor- und Nachbehandlung einschalten, sofern es der behandelnde Arzt so will. Wenn der behandelnde Arzt einen Patienten zur ambulanten Untersuchung in ein Krankenhaus einweist, damit die Diagnose, die dem Krankenhaus zugemutet wird, die von ihm erwartet wird, in geeigneten Fällen ambulant geschieht, ehe der betreffende Patient stationär aufgenommen wird, dann wird man gewisse Einweisungen vielleicht vermeiden und in den anderen Fällen wird man eine gewisse Zeit sparen. Das Bett ist also kürzere Zeit belegt. Das Entsprechende gilt auch für die Nachbehandlung. Nun weiß ich, daß es große Widersprüche dagegen gibt. Vorgesprochen wurde das von den Krankenkassen und von den Krankenhausgesellschaften, also im wesentlichen von den Krankenhausträgern. Die lebhaften Proteste kamen von den Herren der Ärztekammern, die — das wird man verstehen — nicht unbedingt das Allgemeinwohl im Auge haben, sondern natürlich den persönlichen Vorteil der von ihnen repräsentierten Ständegruppen mit berücksichtigen. Das ist klar; dazu sind sie da. Aber nun würde ich, wenn der Herr Minister zu Besprechungen mit den anderen Ländern kommt, um sich für die wirtschaftliche Zukunft des Krankenhauses mit einzusetzen, doch einmal fragen, ob man auch das dort mitbehandelt und ob man nicht eine



mittlere Linie finden kann. Vielleicht läßt sich wenigstens erreichen, daß man irgendwo einmal versuchsweise an einigen Krankenhäusern nach Abmachungen mit den örtlichen Ärzteschaften eine solche Regelung für ein Jahr ausprobiert, um zu sehen, ob wirklich die Ärzte darunter leiden und irgendein Nachteil eintritt und ob die von der anderen Seite erwarteten Vorteile für das Krankenhaus sich einstellen.

Nach diesen Vorbemerkungen möchte ich mit ein paar Worten auf eine Veröffentlichung des Herrn Kollegen Dr. Soenning zurückkommen, die ihm wahrscheinlich nicht gerade die besondere Gunst des Herrn Ministers verschafft hat. Herr Dr. Soenning sagt:

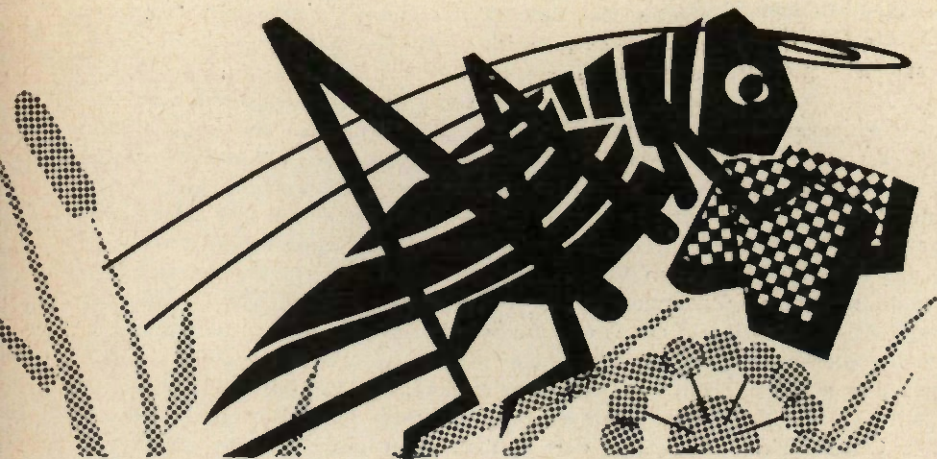
„In Bayern sind vier Ministerien für das Gesundheitswesen zuständig. Diese Zersplitterung lähmt bisher öfters die Arbeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens und war häufig daran schuld, daß gesundheitspolitische Aufgaben nicht oder nur unzureichend durchgeführt werden.“

Nun haben wir auch die Antwort des Herrn Staatsministers darauf gehört und gelesen. Auch in der Haushaltsrede wurde das wieder lebendig. Ich möchte die Frage, ob wir nun einen eigenen Gesundheitsminister oder wenigstens einen Staatssekretär für das Gesundheitswesen haben müßten oder ob die Aufgabe weiterhin durch die gute Koordination der verschiedenen Ressorts gelöst werden kann, nicht für das Entscheidende halten. Denn sehe ich die Tätigkeit der Bundesgesundheitsministerin, die ja wohl im wesentlichen das Herausgeben von Preisausschreiben für Schülerwettbewerbe ist, dann finde ich nicht, daß dies gerade ein unbedingter Beleg für die Nützlichkeit dieses Ministeriums ist. Dabei wird man ja wohl in Rechnung stellen müssen, daß das Ministerium seine Entstehung auch nicht in erster Linie dem Wunsch verdankt, die Gesundheitspolitik zu fördern, sondern daß das mehr der Zufriedenstellung der Unions-Damen im Bundestag dienen mußte. Das war wohl der eigentliche Hintergrund. Bei der letzten Änderung im Kabinett in Bonn war das Ministerium zeitweise schon wieder in Frage gestellt. Die Frage, ob ein eigener Minister oder ein eigener Staatssekretär oder nicht, würde ich vielleicht sogar ebenso beantworten, wie es der Herr Staatsminister tut. Aber eine wirkliche Gesundheitspolitik sollten wir haben, und eine wirkliche Gesundheitspolitik ist nur möglich, wenn zwischen den einzelnen Ressorts eine Zusammenarbeit, eine Ko-

operation und Koordinierung entsteht, die dafür sorgt, daß die Möglichkeiten ausgeschöpft werden, daß keine Gelegenheiten versäumt werden und daß — wie es hier heißt — nichts unzureichend oder gar nicht durchgeführt wird. Da wäre sicherlich manches durch eine bessere Koordinierung zu gewinnen. Ich glaube, nach dieser Richtung sollte man zielen.

Vielleicht wäre einmal eine Überlegung gut, wie hoch eigentlich die Kosten sind, die von Krankheiten verursacht bzw. aufgewendet werden, um den Krankheiten zu begegnen. Denken wir an die Unsummen, die nötig sind, um die Krankenhäuser zu betreiben, die Ärzte, die Medikamente und den ganzen Verbrauch, der hier notwendig ist, um die Kranken zu behandeln oder um die Krankheiten zu erkennen, zu bezahlen, und überlegen wir uns auf der anderen Seite, was eigentlich Positives getan wird, um einmal die Gesundheit im positiven Sinne zu schützen und zu fördern. Das wäre vielleicht einer lehrreichen Überlegung wert; denn ich glaube, daß das positive Wirken dafür, daß der Mensch, besonders der heranwachsende Mensch, das Kind und der Jugendliche, zu einem gesunden und kräftigen Menschen wird, noch zu gering ist; ich meine, daß auf diesem Felde noch bei weitem zu wenig geschieht. Es ist auch bekannt, daß verschiedene Bevölkerungskreise, verschiedene Landesteile mehr oder weniger gut dran sind und daß es Differenzen gibt. Aber man geht der Sache — ich weiß jedenfalls nichts davon — nicht allzu energisch nach. Vor zwei Jahren hat Herr Dr. von Gugel seine Veröffentlichung gebracht, die doch bedenkliche Zahlen enthält und sich zum Teil auf zurückliegende Erhebungen stützt, an denen auch der Herr Staatsminister beteiligt war, als er noch Landrat war, wo einzelne Kreise und einzelne Gebiete untersucht wurden. Es sollte aber doch möglich sein, einmal eine grundlegende Erfassung des Gesundheitszustandes zu machen, wenn man schon nach dem oberflächlichen Anschein den Eindruck haben muß, daß der gesundheitliche Zustand der Landbevölkerung, der gesundheitliche Zustand in den Dörfern und den Bauernhöfen wesentlich schlechter als in der Stadt ist. Dem sollte man doch nachgehen! Vielleicht kann man diese Anregung doch einmal aufgreifen.

Wir haben jetzt auch die ärztliche Untersuchung der Berufsanfänger, und ich habe nun die Frage: Erstens, wieviel Prozent der Schulentlassenen machen denn nun diese Untersuchungen mit, wieviel Prozent bringen ihr ärztliches Zeugnis?



## Bei Heuschnupfen

# Prospien

### Biologisches Antiallergikum

O.P. 25 Dragées 1,45 DM o.U.  
 O.P. 100 Dragées 3,55 DM o.U.  
 O.P. 10 com Tropfen 1,95 DM o.U.



IFAH GMBH · HAMBURG



Frage zwei: Wieviel Prozent befolgen denn die von den Ärzten gegebenen Weisungen und Ratschläge bei einer Berufswahl? Drittens, wieviel Prozent kommen nach einem Jahr zu der Nachuntersuchung?

(Zuruf: Siehe den Etat der Arbeitsverwaltung!)

Das ist aber noch nicht das Wesentliche. Ich meine vielmehr, es wäre wirklich nützlich, nun auf Grund dieser Untersuchungsergebnisse, die immer fast einen vollzähligen Jahrgang betreffen, auch wieder den Gesundheitsstatus dieser Jahrgänge festzulegen. Es müßte doch eine alljährlich herauszugebende aktuelle Gesundheitsstatistik hierüber geben. Ich bringe das auch, weil ich der Meinung bin, daß es nicht ein gleiches Niveau geben, sondern daß es Unterschiede geben wird. Wenn man nun darauf kommt, daß es örtliche, gebietsweise und berufsmäßige Unterschiede gibt, kann man mit den Überlegungen ansetzen, wo und in welcher Weise positive Gesundheitspolitik im Sinne einer generellen und großzügigen Vorbeugung getrieben werden kann.

Ich habe besonderen Anlaß, mich damit zu befassen, weil ich nach Unterrichtung im Wehrbereichersatzamt VI vom Regierungsmedizinalsekretär Dr. Seidl einige Hinweise bekam, wovon ich einen Satz verlesen möchte. Diese Unterlagen ergeben sich aus der Untersuchung bei der Musterung. Dieses Wehrbereichskommando in Bayern untersucht jedes Jahr 90 000 junge Leute und hat natürlich einen guten Überblick über den Gesundheitszustand. So heißt es:

„Die besonders hoch aufgeschossenen Schüler, Studenten und kaufmännischen Angestellten, die mehr oder weniger dem asthenischen Konstitutionstyp, also einem Schlank-Hochwuchs angehören, zeigen auffallend viele Haltungsschäden und neurozirkulatorische Störungen. Aber auch bei den übrigen Wehrpflichtigen wurden zahlreiche Fälle von Anomalien der Wirbelsäule, des Brustkorbs, der Schulter, des Beckens und eine hohe Anzahl von Deformationen der Füße im Sinne von Senk-, Knick-, Spreiz-, Hohl- und Plattfüßen gesehen.“

Ein Musterungsarzt berichtet, er habe bei keinem der Wehrpflichtigen eine normale Fußbildung gesehen. Weniger betroffen waren die körperlich arbeitenden Wehrpflichtigen der Stadt und die sporttreibenden Wehrpflichtigen.“

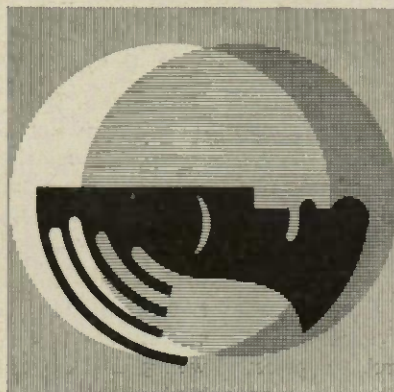
Wenn wir von den sporttreibenden Wehrpflichtigen hören, so nähern wir uns dem Punkte, auf den ich den

größten Wert legen möchte. Ich kann hierzu einen Erfahrungsbild, den ich derselben Stelle verdanke, zitieren, einen Bericht des Kreiswehrersatzamtes Aschaffenburg, in dem es folgendermaßen lautet:

„Der Gesundheitszustand der Wehrpflichtigen der ersten Musterungen in Erlenbach am Main war durchwegs schlecht. Bei den letzten Jahrgängen konnte gegenüber den anderen Gemeinden eine auffallend bessere körperliche Verfassung festgestellt werden. Die Musterungskommission glaubt, diese günstige Entwicklung der körperlichen Verfassung der Wehrpflichtigen auf die erstklassigen hygienischen und sportlichen Einrichtungen, die unterdessen geschaffen worden sind, zurückführen zu können. Es war nämlich eine neue Schule erbaut worden, ferner war ein Sportplatz und ein Schwimmbad errichtet worden.“

Ich möchte dazu bemerken: Diese Musterungsärzte sind sicher keine Romantiker und Phantasten. Wenn sie also eine auffallend bessere körperliche Verfassung der entsprechenden Jahrgänge feststellen, nachdem dort die Schule, der Sportplatz und das Drum und Dran errichtet worden waren, so deutet das in die Richtung, in die ich die Überlegungen lenken möchte, und die heißen: Es muß viel, unvergleichlich viel mehr geschehen, mehr für Turnhallen, für das Turnen und den Sport getan werden. Ich komme hier auf die Antwort, die mir das Kultusministerium hinsichtlich der Zahl der Turnhallen gegeben hat. Ich halte diese Auskunft für gut und bin dankbar dafür. Es ist daraus zu ersehen, daß von den bayerischen Volksschulen nur 900 eine Turnhalle zur Verfügung haben, über 6000 aber keine. Von diesen haben rund 1000 immerhin entweder einen Gymnastikraum, oder sie können irgendwo eine Turnhalle mitbenützen. Es bleiben aber über 5000 Volksschulen in Bayern, die keinerlei Turngelegenheit haben. Auf diese Schulen entfallen schätzungsweise rund 40 Prozent der bayerischen Volksschulkinder. Was wollen wir uns denn bei diesem Zustand des Schulturnens noch wundern über den unzulänglichen oder sogar sehr beklagenswerten gesundheitlichen Zustand eines Großteils dieser jungen Leute? Ich bin der Meinung, wenn wir die Frage so stellen, daß dann jedes Volksschulkind in Bayern Turnunterricht haben muß, und zwar in einer richtigen Turnhalle. Dann haben Sie hier noch ein zweites Argument, ein zweites unwiderlegbares Argument dafür, daß es keine andere

tempidorm®



Ein  
Stufenschlafmittel,  
das Ihr Vertrauen  
verdient

Tabletten, Suppositorien  
Supp. pro inf., comp. (Kapseln)



costopalm 7067 Plüderhausen bei Stuttgart



Lösung der Volksschulprobleme gibt als die vollausgebaute Mittelpunktschule. Da soll man nicht drumherumreden. Eine Turnhalle kann man natürlich nur an einer vollausgebauten Volksschule einrichten, nicht aber an einer Schule mit drei und vier Klassen. Man soll sich den Weg zu dieser besseren Erkenntnis auch nicht durch neue Schlagwörter versperren, damit, was wir hier kürzlich, es war wohl gestern, gehört haben von der Schulkaserne. Das wäre wieder einmal ein Prachtschlagwort. Was soll denn das nun heißen? Man kann daran erinnern, daß noch vor etwa 8 Jahren bei den Krankenhäusern von der Gesundheitsfabrik geredet wurde, als man verlangte, die Krankenhäuser müßten groß, modern, leistungsfähig und technisch auf der Höhe sein. Damals hat man erzählt, das wäre ja eine Gesundheitsfabrik, da fehle das Gemüt, das menschlich Verbindende. Heute spricht kein Mensch mehr dieses Wort aus. Es ist aus dem Sprachschatz verschwunden. Nun will man hier vielleicht das Wort von der Schulkaserne starten. Das wäre völlig falsch; man sollte das nicht tun. Ich meine, man sollte außerdem daran denken, daß in erreichbarer Nähe für jedes Kind in Bayern mindestens im Sommer ein Schwimmbad da sein muß.

(Abg. Schneier: Sehr gut!)

Auch das ist zu einem richtigen guten körperlichen Aufwachsen notwendig, daß außer Turnen und Sport auch Schwimmen betrieben werden kann. Der Staat sollte die freiwillige und gutwillige Hilfe, die ihm von Sportvereinen aller Art geleistet wird, nicht nur anlässlich von festlichen Vorkommnissen und Feiern anerkennen, wo dann immer die Rede von dem gesunden Geist in einem gesunden Körper ist, sondern man sollte daran denken, daß man das Nötige tun muß, um dieses Wort in die Wirklichkeit zu übersetzen. Man sollte also außer den Turnhallen und den Schwimmbädern auch den echten Sportbetrieb der Vereine finanziell fördern, indem man z. B. die Gehälter der Übungsleiter mit tragen hilft oder auf ähnliche Art. Natürlich meine ich nicht den Teil des Sportbetriebes, den man als Sportgeschäft klassifizieren kann, sondern ich meine hiermit den Teil des Sportbetriebes, wo Tausende von Idealisten im Sinne des Turnvaters Jahn oder im Sinne der anderen Sportarten Jahr für Jahr junge Menschen heranzuführen und sie ausbilden helfen und ihnen nicht nur in sportlicher, sondern oft auch in menschlicher Haltung ein Vorbild sind. Man sollte diese sich anbietenden freiwilligen Kräfte der Erziehung auch mit wirklichen Mitteln ermutigen und stärker machen.

(Sehr richtig! bei der SPD)

Was ich in dieser Hinsicht in der Rede des Kultusministers hörte, hat mich nicht befriedigen können. Da lese ich:

„Im Landessportplan ist als Ziel auch die dritte wöchentliche Turnstunde proklamiert worden, sofern genügend Räume und Lehrkräfte zur Verfügung stehen. Wo diese nicht vorhanden sind, läßt sich auch die beste Absicht, eine dritte Stunde abzuhalten, nicht verwirklichen.“

Das ist ein Drumherumreden um die ganze Sache. Wenn man glaubt, daß man damit das Problem gelöst hat, so ist das natürlich ein Irrtum, und wenn man glaubt, man könnte es damit beiseite schieben, so hoffe

ich, daß auch das ein Irrtum ist. Ich frage mich überhaupt nach der Logik; denn wo es sich um die dritte Turnstunde handelt, verstehe ich die Frage nach den genügenden Räumen und Lehrkräften dafür nicht. Sonst würde ich doch sagen müssen, für die dritte Turnstunde nehme ich zunächst einmal dieselben Räume und Lehrkräfte, mit denen die erste und zweite stattfinden. Entweder finden dort überhaupt keine Turnstunden statt — dann ist das kein Zustand —, oder es kann auch eine dritte an die anderen zwei angeschlossen werden. Das scheint mir doch logischer zu sein.

Zum Schluß möchte ich eine andere Äußerung zitieren, die mir wohlgetan hat, obwohl ich sie im Rheinischen Merkur gelesen habe.

(Vereinzelt Heiterkeit)

Der Rheinische Merkur schrieb am 31. Januar:

„Bei 94 600 Musterungen für die Bundeswehr wurden 22,3 vom Hundert Haltungsschäden, 25,2 vom Hundert vegetative Dystonien, 24,2 vom Hundert Herz- und Kreislaufkrankungen festgestellt.“

— Bei 20jährigen!

„Hätte“

— schreibt der Rheinische Merkur —

„die Sportbewegung dem Staat nicht einen Teil der Sorge um seine Bürger abgenommen, die Lage wäre noch katastrophaler.“

Drittens schreibt der Rheinische Merkur:

„Ratlosigkeit steht vor dem Pegel der allgemeinen Volksgesundheit, von dem jetzt genau abzulesen ist, was alles im Schulsport versäumt worden ist. Der Prozentsatz der Plattfüßler und der Haltungsgeschädigten, der Nichtschwimmer und Nichtsportler wird immer größer. Doch das Schulturnen bekommt keine Flügel.“

Das sagt der Rheinische Merkur; und ich meine, der Rheinische Merkur hat hier recht. Warum soll nicht auch in dem Rheinischen Merkur mal ein Goldkörnchen zu finden sein?

Nun will ich zum Schluß meinen, in jedem Bereich weiß man, daß die Investitionen gegenüber anderen Dingen Vorrang haben müssen. Eine der wichtigsten Investitionen für die Volksgesundheit ist der Schulsport. Aber wenn dieser Schulsport nicht in einer ganz entscheidenden Weise stärker gefördert wird, frage ich mich wirklich, ob wir eine Gesundheitspolitik in Bayern haben.

(Beifall bei den Oppositionsparteien)

**Dr. Dehler (FDP):**

Nachdem Herr Kollege Mohrmann sozusagen die erste Runde der Gesundheitspolitik im Rahmen dieser Diskussion bestritten hat, will ich versuchen, zur zweiten zu kommen, mich aber auf die Fragen zu beschränken, die sowohl in den Bereich der Zuständigkeit dieses Hauses als auch des angesprochenen Ressorts fallen.

Herr Staatsminister, Sie haben in Ihrer Haushaltsrede — wir leben in der Zeit der Statistik; und warum soll sie nicht auch nach dem gestrigen Tag heute ein wenig anklingen — 7 von 52 Seiten der Gesundheitspolitik gewidmet; das waren immerhin 13,5 Prozent Ihrer Rede. Wir wollen aber die Dinge nicht



nur quantitativ, sondern selbstverständlich auch qualitativ sehen. Und da will ich Ihnen gleich zu Beginn durchaus bescheinigen, daß — ebenfalls wieder im Gegensatz zum Herrn Kultusminister — das, was Sie im Abschnitt Gesundheitspolitik gesagt haben, sehr weitgehend unsere Zustimmung finden kann, ja, wir sogar ein wenig das Gefühl haben, Sie, sehr verehrter Herr Minister, zumindest gegen eine Minderheit Ihrer Fraktion ein wenig in Schutz nehmen zu müssen.

(Na, na! bei der CSU)

Wir leben auch im Bereich der Pläne und haben also mit großem Interesse festgestellt, daß nach dem sehr viel propagierten Dr. „med.“ h. e.-Rudolf-Eberhard-Plan nun ein „Dr. med.“ — ohne h. e.-„Rudolf-Soening-Plan“ im Raume steht, nämlich die Gesundheitsabteilung aus Ihrem Hause herauszulösen und ein eigenes Gesundheitsministerium zu schaffen oder, wenn es schon nicht ganz so weit reicht, zumindest einen Sonder-Gesundheits-Staatssekretär.

Ich will hier sagen, daß wir die Gründe, die dafür ins Feld geführt wurden, sehr genau geprüft haben, aber keinen sehr überzeugenden Grund fanden, außer dem Vorwurf, daß im bisherigen Gesundheitsressort zu wenig Initiative und zu wenig Aktivität gezeigt worden sei. Nun ja, meine Damen und Herren, hier handelt es sich um einen CSU-internen Hausstreit, zu dem wir vorerst nicht Stellung nehmen müssen.

Wir sind aber sehr nachdrücklich gegen ein Gesundheitsministerium und auch gegen einen Sonderstaatssekretär in Bayern, und zwar aus folgenden sehr konkreten Gründen:

Einmal wollen wir die Geschlossenheit der Inneren Verwaltung nicht sprengen. Wir wissen, daß die Gesundheit in die Nähe der Kommunalpolitik gehört — dorthin, wo sie ja zum größten Teil praktiziert wird —, und daß sie von Aufgaben, wie Veterinärmedizin, Lebensmittelrecht, Strahlenschutz, Wasser, Luft, Lärm, Sport, usw. nicht getrennt werden darf.

Zweitens fürchten wir die Präzedenz der Aushungierung der Inneren Verwaltung.

Zum Dritten wünschen wir kein Zweitrangministerium, da wir — das hat der Kollege Mohrmann schon gesagt — recht ungute spezielle Erfahrungen vom Bund her haben.

Und zum vierten und letzten unterliegen wir nicht der Gläubigkeit, daß neue Begriffe, Namen und Institutionen automatisch neue Aktivität und bessere Wege bewirken können. Wir glauben, daß notwendige Änderungen und Verbesserungen durch aktive Persönlichkeiten und klare Konzeptionen geschaffen werden können.

Wenn wir also dafür sind, die Gesundheit in der Inneren Verwaltung zu behalten, dann aber, Herr Minister, mit dem Wunsch, daß ihr eine ganz besondere Aufmerksamkeit gewidmet wird. Wir mußten erleben, daß das Staatssekretariat im Bundesgesundheitsministerium mit einem Verwaltungsjuristen besetzt wurde. Und nun mußten wir zu unserem Erstaunen auch feststellen, daß zum Leiter der Gesundheitsabteilung im Bayerischen Staatsministerium des Innern ebenfalls ein Jurist berufen wurde, der sich persönlich unserer besonderen Hochachtung und Wertschätzung erfreut, der aber, meine Damen und Herren, eben kein Arzt ist. Hier geht es ein wenig um ein Prinzip. Ich glaube,

ich darf als besten Beleg für dieses Prinzip — mit der gütigen Erlaubnis des Herrn Präsidenten — den Brief eines Staatsoberhauptes an einen Minister zitieren:

„An den Minister von Hagen.

Beste Rat, Besonders lieber Getreuer! Es hat mich gewundert, aus Ihrem Bericht vom 30. Januari zu ersehen, daß der beim Kammergericht gestandene Präsident von Reboeur die Direktorstelle beym Ober-Collegio Medico, mit einem Tractament von 200 Talern gehabt hat, wie schickt sich denn ein Justiz Mann zu dem Medicinischen Fach. Davon versteht er ja nichts, und soll auch keiner dergleichen wieder dahin gesetzt werden. Vielmehr gehört dazu ein guter und vernünftiger Medicus und muß man suchen einen solchen dazu vorzuschlagen, der schickt sich eher dahin; als einer von der Justiz, welches Ich Euch also hierdurch zu erkennen geben wollen, umb Euch hiernach zu achten.“

Dieser Brief wurde, meine Damen und Herren, vor nahezu 180 Jahren am 1. Februar 1787 von dem großen Friedrich an seinen Staatsminister geschrieben, und ich glaube, daß wir 180 Jahre später dem Herrn Minister wohl zurufen dürfen: umb Euch hiernach zu achten!

Herr Staatsminister, wir wünschen, daß eine weitplanende Personalpflege auch bei der Besetzung solcher außerordentlich spezifischen Spitzenpositionen in Ihrem Haus betrieben und sehr bald diese Stelle, wie es auch in den anderen Ländern der Fall ist, durch einen Medizinalbeamten besetzt wird.

Meine Damen und Herren, es hat uns sehr angenehm berührt, daß der Herr Minister hinsichtlich seiner grundsätzlichen Konzeption gesagt hat, daß er keine Verplanung der Gesundheit des Staatsbürgers wünsche. Wir sind durchaus dafür, für die Gesundheit zu planen, aber sehr dagegen, die Gesundheit des einzelnen zu verplanen.

Einige Worte zum Krankenhauskomplex! Es war meine Fraktion, die den Initiativantrag zur Schaffung eines Krankenhausplanes hier eingebracht hat. Das Parlament hat zugestimmt. Nach drei Jahren ist der Plan endlich im Entstehen. Wir kennen ihn. In seinen Grundkonzeptionen entspricht er ziemlich genau dem, was die ärztlichen Fachleute vorgeschlagen haben, und das freut uns. Aber jetzt geht's an die Arbeit, und man muß im Innenministerium die Ärmel aufkrempeln; denn an die Stelle des bestenfalls vorhandenen Nebeneinanders, oft aber auch Gegeneinanders, in der Krankenhausarbeit muß das Miteinander treten. Herr Kollege Mohrmann, wir sind der Überzeugung, daß die Erstellung und Erhaltung von Krankenhäusern eine kulturelle und soziale Aufgabe auch der Gemeinde ist und es sein muß wie bei vielen anderen gemeindlichen Einrichtungen. Hier Lasten auszugleichen und zu helfen, ist Aufgabe des Staates. Niemals könnten wir aber damit einverstanden sein, daß nur um des Experimentes willen die wohlabgewogene Trennung zwischen ärztlicher Versorgung draußen und ärztlicher Versorgung drinnen einer Überlegung, wie man die finanziellen Schwierigkeiten des Krankenhauses beseitigen könnte, geopfert wird.

(Zuruf des Abg. Mohrmann)

— Es mag sein, daß Sie das für falsch halten. Ich erlaube mir, das für falsch zu halten, was Sie dazu meinen.



Meine Damen und Herren, ein abschließendes Wort noch zu den übertragbaren Krankheiten! Herr Staatsminister, seit längerem bedrückt uns die offene Frage, die durch den schnellen modernen Verkehr wieder auf uns zukommt, was mit der möglichen Gefährdung durch die Einschleppung von Pocken in Bayern geschehen soll. Vor mir lag vor wenigen Tagen eine Regierungsentschließung vom 20. Dezember 1963 an die Bezirksregierungen, die von dort aus an die Gesundheitsämter ging und sehr lapidar feststellte, daß für die Bereitstellung von Räumen, Einrichtungen und Transportmitteln die Gemeinden und Gemeindeverbände (Landkreise) zuständig seien. So, meine Damen und Herren, geht's nicht. Wer auch nur einigermaßen Fachmann ist, weiß, was mit diesem, uns hoffentlich nie bedrückenden, Pockenproblem zusammenhängt, wie unendlich groß die Vorhalteleistungen im Personellen und im Institutionellen sein müssen. Was passiert, wenn wirklich ein Pockenverdächtiger kommt? Gott Lob sind es zumeist nur Windpocken. Welcher Alarmzustand wird dann ausgelöst, und welche starke Quarantäneauflagen sind dann notwendig! Wir sind der Meinung — und haben eine entsprechende schriftliche Anfrage eingebracht —, daß sehr bald und sehr schnell, zumindest auf der Ebene der Regierungsbezirke, Zentren geschaffen werden und auch alle betroffenen Stellen informiert sein müssen, wohin sehr schnell und ohne irgendwelche Erschwernisse Verdachtsfälle gebracht und dort betreut werden können.

Noch ein allerletztes Wort! Die Qualität der Gesundheitsverwaltung wird von der Qualität der Medizinalbeamten bestimmt. Hier sehen wir aber mit einiger Sorge eine erhebliche Benachteiligung der Medizinalbeamten gegenüber den Verwaltungsjuristen, die sich, zumindest auf die Dauer, auch auf den Nachwuchs auswirken muß. Ich will jetzt gar keine Berechnungen über die Dauer der Ausbildungszeiten usw. usw. anstellen. Ich möchte nur feststellen: Zumindest eine Gleichbehandlung wäre hier wohl angezeigt, und die bescheidenen Wünsche, die vom Medizinalbeamtenverein angemeldet wurden, scheinen uns berechtigt zu sein.

Herr Staatsminister, wir bitten Sie, die Gesundheitsabteilung — nun ich möchte sagen — das Lieblingkind in Ihrem Hause sein zu lassen und sehr viel freundliche Aufmerksamkeit all denen zuzuwenden, die für die und an der Gesundheit Dienst tun.

(Beifall bei den Oppositionsparteien)

#### Frau Nägelsbach (CSU):

Der Landesplan für die Altenhilfe hat eine Erweiterung erfahren, die allerdings, und vielleicht auch mit einer gewissen Berechtigung, dem Herrn Finanzminister Kummer macht, den Praktikern jedoch eine große Freude bringt. Es sind doch eine große Anzahl reifer Bauprojekte da gewesen für die notwendigen Altersheime. Eine Bauverzögerung hätte wiederum eine Preissteigerung nach sich gezogen und damit eine Entwertung der Zuschüsse und eine Verringerung der Bettenzahl. Nun ist es den Bauträgern heute schon möglich, mit den Mitteln zu beginnen, die sie von anderer Seite zur Verfügung haben. Sie können noch zu den heutigen Preisen bauen und dann im nächsten oder übernächsten Jahr ihre Finanzierung mit dem Staatszuschuß ergänzen. Daß die Konjunkturlage und die Möglichkeiten allerdings so bleiben, daß die Zusagen

auch eingelöst werden können, muß unsere Hoffnung bleiben.

Die Ursache für den starken Bedarf an Altersheimplätzen wurde heute schon erwähnt. Sie liegt in der verlängerten Lebensdauer, in der Wohnungsenge, in der Berufstätigkeit der Frau. Derselbe Grund spielt auch mit, wenn wir in der Krankenhausplanung die Zweiteilung — Kollege Mohrmann hat es schon erwähnt — fordern, auf der einen Seite für akute Krankheiten, auf der anderen Seite für lang andauernde Krankheiten, die nicht nur Alterskrankheiten sein werden. Es ist wohl richtig, wenn die Krankenhausplanung jetzt erfolgt, damit die erhöhten Mittel auch richtig eingesetzt werden. Herr Kollege Mohrmann, es können nicht alle ehrlich gesteckten Ziele erreicht werden. Es ist einfach nicht ganz möglich gewesen. Aber es ist doch richtig, zuerst eine gute Planung zu haben, damit auch die Ausführung dann zum besten Ziel führt.

Im Zusammenhang mit der Krankenhausplanung taucht natürlich die Frage des Personal mangels, des Mangels an Schwestern für Heil- und Hilfsberufe, für technisches Personal auf. Aber damit ist wie beim Lehrermangel noch nichts gedient, wenn man immer und immer wieder von diesem Mangel redet, ihn erwähnt und bespricht. Es ist ganz besonders bei den Schwestern mit pekuniären Mitteln, mit einem finanziellen Angebot nicht das zu erreichen, was man braucht. Gerade bei diesem Beruf ist es notwendig, daß die diakonische Grundhaltung mit oder ohne Haube erhalten bleibt. So wichtig und notwendig Gewerkschaften in anderen Berufszweigen sind, so wenig sollen sie in den Krankenpflegeberufen das Übergewicht haben; denn die Hingabe an den Beruf und die Willigkeit zu Opfer an Zeit und Kraft werden nicht entbehrlich sein, wenn die Atmosphäre in den Krankenhäusern so sein soll, wie es alle wünschen.

(Abg. Sackmann: Sehr gut!)

Daß dabei von den Krankenhausträgern und vom Staat alles getan werden muß, um die äußere Lage der Schwestern und des sonstigen Personals so gut wie möglich zu gestalten, ist klar. Dabei wäre sehr zu wünschen, daß die Mittel für den Schwesternwohnungsbau besonders ausgewiesen und nicht von den Mitteln für den sozialen Wohnungsbau weggenommen werden. Freilich sind alle Anträge auf Schwesternwohnbauten befriedigt worden, aber die Mittel für den sozialen Wohnungsbau, die wirklich noch sehr notwendig sind, mußten in dem Umfang gekürzt werden. Das ist nicht gut.

Noch ein Wort zur Kindergesundheitsfürsorge. Dafür hat unser Minister sehr viel getan. Ich muß noch einmal dankbar die beiden Zahlen erwähnen, die für mich das Erfreulichste auf diesem Gebiet sind: 1963 nur 13 Fälle von Kinderlähmung gegenüber fast 1200 zwei Jahre vorher. Also fast 1200 Menschen mußten keine Krüppel für ihr ganzes Leben werden, wie es bisher durch die Kinderlähmung der Fall gewesen ist. Daß damit unsere bayerische Lösung und der Mut zu diesem Entschluß vorbildlich für das übrige Bundesgebiet geworden sind, darf uns sicher befriedigen.

(Abg. Sackmann: Jawohl, das darf man auch einmal sagen!)

Auch die Initiative des Innenministeriums in der Vorsorge für schwangere Frauen, besonders in der Untersuchung der Blutgruppen auf Rhesus-Faktor, die



Schach  
in Ihrer Hand



Choleretisch - antibakteriell -  
spasmolytisch - Heperos -  
das neue Präparat  
bei Gallenwegserkrankungen

**HEPEROS**



-Institut GmbH München-Lohhof



allgemein und freiwillig ist und unentgeltlich durchgeführt werden soll, ist außerordentlich zu begrüßen. Dabei muß ich aber eines Berufes gedenken, der, noch immer unentbehrlich, doch sehr schlecht ausgestattet ist, des Berufes der Hebamme. Gerade die Hebamme ist in dieser Hinsicht besonders notwendig; denn sie kann die werdenden Mütter zu rechtzeitiger Vorsorge erziehen, insbesondere die Untersuchungen veranlassen. Die Hebamme draußen hat immer noch das Vertrauen der Frau. Sie wohnt auch in ihrer Nähe und kann in der Hinsicht auf sie einwirken. Wir sehen zwar mit Befriedigung, daß das Mindesteinkommen der Hebamme auf 250 DM monatlich hinaufgesetzt worden ist und, sogar mit Rückwirkung, das Einkommen des Ehemanns bei verheirateten Hebammen auf dieses Mindesteinkommen nicht mehr angerechnet werden kann, es bleiben aber trotzdem noch allerhand Wünsche offen. Der Hebammenberuf hat fast keinen Nachwuchs. Viele Frauen entbinden lieber im Krankenhaus. Aber auch dort braucht man Hebammen. Die Krankenhausbelegung ist auch deshalb so verstärkt worden, weil die Gynäkologischen Abteilungen überall vergrößert werden mußten. Trotzdem sind die Hebammen, insbesondere auf dem Lande, nicht zu entbehren. Weniger Hebammen aber bedeuten größere Bezirke, und größere Bezirke können nicht ohne Auto bedient werden. Wie aber soll sich eine Hebamme mit 250 bis 300 DM Monatslohn ein Auto halten können!

(Zuruf: Mindesteinkommen!)

Bitte erschrecken Sie nicht, aber die Frage eines Dienstwagens der Hebamme, bei diesem halbamtlichen Beruf, muß erwogen werden. Besonders ist eine kostenlose Ausbildung der Hebamme notwendig, woran bei den Ansätzen des nächsten Jahres gedacht werden möchte.

Ich darf noch einmal zurückkommen auf die Kindergesundheitsfürsorge. Da schiebt sich die Sorge um die spastisch gelähmten Kinder, auch für die Kinder mit schweren Mißbildungen, die Contergan-Kinder, in den Vordergrund. Zum Glück ist bei letzteren eine Ausdehnung unterbunden. Aber bei den Spastikern, die noch nicht voll statistisch erfaßt sind, wachsen die Zahlen. Die beiden Gruppen müssen zusammen erwähnt werden, weil bei beiden die Kinder schwere körperliche Behinderungen oder Mißbildungen aufweisen, wobei ein großer Teil geistig völlig normal veranlagt ist. Diese beiden Gruppen bedürfen ärztlich geleiteter Einrichtungen, die dreierlei bieten: ärztliche Behandlung, heilgymnastische Übung und Schulunterricht. Anschließen muß sich aber auch eine beschützende Anlernwerkstätte und womöglich auch eine beschützende Werkstätte, damit die Ausbildung, die in der Schule begonnen worden ist, auch zu Ende geführt und dem Erwerbsleben nutzbar gemacht werden kann. Nun hatten wir in den Haushalt 1961 einen Betrag von 600 000 DM eingesetzt, damit zwei stationäre Heime für spastisch gelähmte Kinder errichtet werden konnten. Die beiden Projekte in Aschau und in Altdorf sind jetzt im Bau und werden 1965 wohl erstellt werden. Sollen aber alle spastisch gelähmten Kinder so lange warten? Zum Glück haben private und kommunale Stellen in einigen Großstädten schon aus eigener Initiative begonnen, zwei ambulante Spastikerzentren zu errichten, so in München und Augsburg. Das Zentrum in München ist trotz seiner Enge vorbildlich. In Nürnberg und

Würzburg sind solche Spastikerzentren im Entstehen. Die ambulanten Spastikerzentren haben den großen Vorzug, daß die Kinder alles das haben, was sie brauchen, nämlich ärztliche Behandlung, Gymnastik und Schule, daß sie dabei aber zu Hause im Elternhaus bleiben können, weil sie — wie andere Schulkinder, die täglich zur Schule gehen — mit besonders eingerichteten Bussen abgeholt und zurückgebracht werden. Diese ambulanten Spastikerzentren entlasten die stationären Heime in großem Maße und sind auch wesentlich billiger. Aber auch sie brauchen Beihilfen, und ich habe deshalb gewünscht, daß der Titel 950, den unser diesjähriger Etat noch aufführt, nicht gestrichen werden soll, sondern erhalten bleibt und im kommenden Jahr wieder neu ausgestattet wird.

Es soll zwar der Titel 623 die Bemerkung erhalten, daß aus dem Ansatz auch Zuschüsse an Einrichtungen für ambulante Behandlung spastisch gelähmter Kinder gegeben werden können, aber, meine sehr verehrten Damen und Herren, ich glaube, das bleibt beim frommen Wunsch. Der Titel 623 ist kolossal überlastet. Dazu muß noch ein Wort gesagt werden. Das sind also Zuschüsse für Einrichtungen der Jugendwohlfahrt. In der verhältnismäßig großen Summe, die da erscheint, sind alle Mittel des Bundesjugendplanes und auch die parallelen Zuschüsse des Bayerischen Staates enthalten. Alle Einrichtungen für Kinder unter 14 Jahren und alle Erziehungsheime haben daran keinen Anteil. Es muß einmal gesagt werden, daß die 700 Jugendheime und Kindereinrichtungen — das geht vom Säugling bis zum erziehungsbedürftigen Jugendlichen — mit ungefähr 20 000 Betten ungefähr denselben Zuschuß genießen wie die eine einzige Anstalt, die der Staat selbst betreibt, nämlich der Jugendhof Lichtenau mit 150 Betten. So kann es ja eigentlich nicht bleiben. Daß davon nun auch noch die Spastiker einen Anteil haben, ist gar nicht möglich.

#### Frau Westphal (SPD):

Aus dem großen Strauß dessen, was im Rahmen des Etats des Innenministeriums vorgetragen worden ist, erlaube ich mir ein paar Punkte herauszugreifen. Ich bitte Sie, Herr Staatsminister, in die Haut des Gesundheitsministers zu schlüpfen, da ich einige Positionen aus dem Etat der Gesundheitsabteilung ansprechen möchte. Sie haben in Ihrer Rede zwei Sätze gesprochen, die ich mit Genehmigung des Herrn Präsidenten zitiere, und zwar:

„Das Staatsministerium des Innern wird auch weiterhin das Bemühen der Krankenhausträger unterstützen, das Interesse für den Krankenpflegeberuf zu wecken und zu fördern. Es wird sich sicher zeigen, daß über die bisher eingeleiteten Maßnahmen hinaus neue und andere Wege beschritten werden müssen.“

Diese Sätze, Herr Minister, habe ich mit besonderer Genugtuung zur Kenntnis genommen, weil uns, so glaube ich, gerade das Problem des Pflegekräftemangels in diesem Haus im Rahmen des Innenetats auch einmal beschäftigen sollte. Wir lesen fast jede Woche einmal darüber, und ich habe vor zwei Tagen wieder einen Ausschnitt aus der Zeitung genommen, in dem es heißt, die Bundesversicherungsanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung in Nürnberg veröffentliche: „Der Mangel an Kranken-



schwwestern hat sich in den letzten Wochen weiter verschärft.“ Ich glaube daher, daß man mit den Maßnahmen, von denen Sie in Ihrer Rede sprechen, die man, weiter treffen muß, nicht allzulang warten darf, und ich erlaube mir, ein paar Dinge aus dem Krankenpflegeberuf und zu den Vorschlägen, die wir in der letzten Zeit zur Überwindung des Pflegekräftemangels gemacht haben, aufzugreifen.

Ich glaube, daß man im Zusammenhang mit dem Mangel im Krankenpflegeberuf einmal ganz klar sehen muß, daß sich kaum ein Beruf im letzten Jahrzehnt so gewandelt hat wie der Krankenpflegeberuf. Während früher Mutterhäuser und Verbände die Verantwortung für diesen Beruf und für die Versorgung der Bevölkerung mit Krankenpflegepersonen übernommen haben, hat sich das in den letzten Jahren ganz wesentlich zugunsten der freien Schwestern verschoben. Damit ist dem Staat eine zusätzliche Aufgabe erwachsen. Ich glaube, daß es kaum einen Beruf gibt, der so traditionsgebunden ist wie der der Krankenschwester. Die Tradition in einem Beruf kann eine Quelle des Fortschritts, sie kann aber auch ein Hemmschuh für die weitere Entwicklung sein, und wir haben darauf zu achten, daß sie kein Hemmschuh ist. Der Herr Kultusminister hat in seiner Etatrede — ich zitiere mit Genehmigung des Herrn Präsidenten —, als er von der Schulpolitik sprach, gesagt:

„Wie jede Schulgattung, so sieht sich auch die Höhere Schule vor die Frage gestellt, wie sie den Ansprüchen der modernen Gesellschaft gerecht wird.“

Diese Höhere Schule habe eine große Wandlung ihrer Struktur erfahren müssen. — Ich glaube, das gilt auch für die Ausbildung und für die Verhältnisse im Krankenpflegeberuf. Während man früher vorwiegend aus religiösen Motiven in die Krankenpflege gegangen ist, sind diese Gründe heute nicht mehr in diesem Ausmaß ausschlaggebend, und die einstmals caritative Aufgabe ist heute mehr eine öffentliche Aufgabe geworden. Daraus resultiert auch die besondere Verantwortung des Staates gerade für diesen Personenkreis, gerade für diesen Berufszweig, weil es Ihnen, wenn Sie eine akute Blinddarmentzündung haben, gar nichts nützt, wenn man in einigen Jahren dafür eine Krankenabteilung zur Verfügung stellen kann. Sie müssen sofort operiert werden, weil Sie sonst eine Lösung dieses Problems nicht mehr erleben. Die Schwester ist in den letzten Jahren immer mehr zu einer qualifizierten Fachkraft des Arztes geworden. Ich glaube, daß wir heute nicht mehr nur mit der wohlwollenden Förderung privater Initiativen für diesen Beruf auskommen, sondern daß der Staat da und dort auch mit eigenen Maßnahmen mehr in die Bresche springen muß, selbst wenn der Gesundheitsabteilung dadurch einige zusätzliche Aufgaben erwachsen. Jeder Staatsbürger hat das Recht, im Falle einer Erkrankung die bestmögliche Pflege und Versorgung zu erhalten.

Ich erlaube mir, eine Tabelle aus der Etatrede des Herrn Ministers zur Hand zu nehmen, in der er uns über die Zunahme des Pflegepersonals in den Jahren von 1953 bis 1961 Aufschluß gibt. Ich gebe zu, daß die Zahlen des Pflegepersonals nach dieser Statistik in einem erfreulichen Ausmaß zugenommen haben. Ich lese aus dieser Statistik aber noch etwas

anderes, wenn Sie mir gestatten, darauf hinzuweisen. In dieser Statistik ist für Bayern ein Stand von 107 000 Krankenbetten ausgewiesen und 15 400 Pflegekräfte sind in den Krankenhäusern tätig. Nach dem Schlüssel der Deutschen Krankenhausgesellschaft, bei dem man für etwa 4,5 bis 4,7 Betten eine Pflegekraft zugrunde legt, würden die 15 000 Krankenpflegepersonen für etwa 70 000 Betten ausreichen. Wir haben aber laut der Tabelle 107 000 Betten. Das bedeutet, daß nach dieser Tabelle im Jahr 1961 6000 Krankenpflegepersonen fehlten, das heißt, daß die anderen die Arbeit mitmachen müssen. Ich glaube, wir haben wirklich einmal Gelegenheit, an dieser Stelle den Schwestern für ihre Arbeit in allen den Jahren zu danken. Wir sind überhaupt nur mehr in der Lage, in unseren Krankenhäusern eine ordnungsgemäße Versorgung der Patienten zu erreichen, weil die Schwestern — und zwar gilt das für alle, für unsere braven Ordensfrauen, für die Schwestern, die in einem freien Verband sind, und für die freien Schwestern — jederzeit bereit sind, nicht auf die Uhr zu schauen, sondern den Patienten zuliebe über die Zeit hinaus zu arbeiten und dafür zu sorgen, daß die Patienten ordnungsgemäß versorgt werden.

(Beifall bei der SPD)

Ich weiß nicht, ob man, wenn alle anderen Arbeitnehmer in unserem Land ihre Arbeitszeit verkürzen und ihre Arbeitsbedingungen verbessern, einer Gruppe Jahrzehnte hindurch zumuten kann, daß sie solche Lücken mit ihrer Kraft, ihrer Bereitschaft einzuspringen, aus ihrer ethischen Haltung zum Beruf heraus ausfüllt. Wenn man in der Bundeswehr mehr Kräfte braucht, versteht man es sehr gut, Anreize zu schaffen und etwas zu finden, was den jungen Menschen die Freude oder unter Umständen den finanziellen Ausgleich gibt, um dort tätig zu sein. Wir müssen das auch in der Krankenpflege tun.

(Zuruf der Frau Abg. Nägelsbach)

— Es ist nicht nur ein finanzielles Problem, Frau Kollegin, aber es spielt sicher eine Rolle. Wir sind uns im Landesgesundheitsrat darüber im klaren gewesen, daß wir die Qualität unserer Krankenpfleges chulen zu verbessern haben, und da man den Trägern das nicht allein zumuten kann, haben wir uns im Landesgesundheitsrat nach langen Überlegungen und Erörterungen mit maßgeblichen Fachleuten auf diesem Gebiet zu dem Entschluß durchgerungen, dem Parlament zu empfehlen, den Zuschuß, den der Staat den Krankenpfleges chulen pro Schülerin gibt, zu erhöhen. Wir haben vorgeschlagen, daß man den Betrag von 500 DM pro Schülerin auf 1000 DM erhöhen möge, um die Qualität der Schulen zu verbessern und damit für die jungen Menschen einen größeren Anreiz zu schaffen, die Schulen zu besuchen. Der Herr Staatsminister hat in seiner vorjährigen Etatrede darauf hingewiesen, daß man als Erfolg der Zuschüsse, die den Krankenpfleges chulen gezahlt werden, eine Erhöhung der Zahl der Ausbildungsstätten zu verzeichnen habe und daß das ein großer Erfolg sei. Er hat bei der Bayerischen Krankenhausgesellschaft in einer Rede ebenfalls zu diesem Problem gesprochen. Er hat auch dort diese Zuschüsse herausgestrichen und im letzten Satz seiner Rede gesagt: Wir haben in dieser Richtung viel getan, viel, aber natürlich nicht genug. Ich habe das mit Vergnügen zur Kenntnis genommen und gedacht, daß das



eigentlich ganz in unserem Sinn, im Sinne einer stärkeren Bezuschussung dieser Schulen liegen müßte.

(Abg. Sackmann: Dann dürfen wir wieder einig sein!)

— Leider Gottes ist unser Antrag im Haushaltsausschuß abgelehnt worden.

(Abg. Sackmann: Eine Gelddruckerei haben wir leider noch nicht!)

Es ist im Haushaltsausschuß allerdings eine Erhöhung der Zuschüsse an die freien gemeinnützigen Organisationen um 100 000 DM vorgenommen worden. Dazu möchte ich auch etwas sagen. Während man in der Kulturpolitik erkannt hat, daß Zwergschulen nicht unbedingt das absolut Zeitgemäßeste sind und man sich jetzt nach langer Zeit entschlossen hat, große, gegliederte und gut ausgestattete Schulen bevorzugt zu bezuschussen, geht man in der Krankenpflege den anderen Weg. Ich darf sagen, daß gerade die Kommunen für ihre Schulen erhebliche Aufwendungen haben und daß man zum Beispiel bei der Stadt München für eine Schülerin jährlich 6000 DM aufwendet. Beim heutigen Stand der Krankenpflegeausbildung ist eine Schülerin keine Arbeitskraft mehr, wenigstens nicht mehr in den Häusern, die es mit der Ausbildung ernst nehmen. Dort ist ein wirklicher Grund vorhanden, diesen Häusern etwas zuzuschießen. Ich glaube, daß man die Anziehungskraft dieser großen Schulen nicht unterschätzen sollte. Wir sollten also auch ihnen die Möglichkeit geben, durch größere Zuschüsse noch mehr Schülerinnen auszubilden; denn die Erfahrung der letzten Jahre in der ganzen Bundesrepublik zeigt die Anziehungskraft dieser großen, gut ausgestatteten Schulen, die ein Maximum an Ausbildung bieten können. Z. B. nützt das Land Hessen diese Erfahrung dahin, daß es in den letzten Jahren an zwei Universitätskliniken zwei große staatliche Krankenpflegeschulen errichtet hat, die eine an der Universitätsklinik Gießen mit ungefähr 200 Ausbildungsplätzen, im vergangenen Jahr, und auch an der Universität Marburg eine große Schule. Überall, wo so große, moderne Schulen errichtet werden, sind sie bis auf den letzten Platz besetzt. Wir haben in Bayern noch relativ viel kleine Schulen, und es wäre zu überlegen, ob wir nicht den Trend der Jugend, große und gute Schulen zu besuchen, fördern sollten, indem auch der Staat Bayern bei den Universitätskliniken solche Schulen errichtet. Das ist eine Anregung, die man sich einmal überlegen könnte.

Damit komme ich zu einem anderen Problem. Das moderne Krankenhaus kennt seit einigen Jahren auch das Problem der leitenden Pflegekräfte, die nicht mit der umfassenden und genügenden Ausbildung für diese Funktion in ihre Aufgabe gestellt werden. Sie wissen vielleicht, daß man nach dem Staatsexamen mit 21 Jahren die berufliche Ausbildung abgeschlossen hat. Dann wird man durch die praktische Erfahrung Unterrichtschwester und Oberin, ohne eine Stunde zusätzlicher Ausbildung, wenn man nicht so vermögend ist, 4000 DM aufzubringen, um auf die Schwesternhochschule der Deutschen Schwesterngemeinschaft nach Frankfurt zu gehen, um sich dort eine solche Fortbildung zu leisten. Dort werden jährlich für die Bundesrepublik 30 Unterrichtsschwester und 30 leitende Schwestern ausgebildet. Diese Schule — das darf ich einmal sagen —, die einen ausgezeichneten Ruf genießt, ist jedes Jahr mit Ihrem Kurs bis auf den letzten Platz

gefüllt. Es gibt auch einige caritative Mutterhäuser, die im Rahmen ihres Mutterhauses eine solche berufliche Weiterbildung haben. Der Vertreter der Staatsregierung hat im Ausschuß zu unserem Antrag gesagt, daß diese Schulen nicht gefüllt seien, das heißt, daß keine Nachfrage nach dem Besuch solcher Schulen bestehe. Ich habe mich noch einmal informiert. Die staatliche Schule in Heidelberg und die Schule der Deutschen Schwesterngemeinschaft in Frankfurt, also die Schulen, die den freien Schwestern offenstehen, sind gefüllt. Ich weiß nicht, ob die Schule des Deutschen Roten Kreuzes in Göttingen, die auch einen ausgezeichneten Ruf hat, bis auf den letzten Platz besetzt ist. Aber ich weiß, daß die anderen Schulen, die der Vertreter der Staatsregierung angeführt hat, geschlossene Schulen im Rahmen eines Mutterhauses sind, die den anderen Schwestern nicht zur Verfügung stehen.

Ich möchte Sie nun einmal mit einer Statistik bekanntmachen, die der Orden der Barmherzigen Schwestern in Bayern im vergangenen Jahre veröffentlicht hat, in der steht: Von den in Bayern wirkenden Barmherzigen Schwestern — es handelt sich hier um einen der größten Orden in Bayern — sind zur Zeit 34 Prozent über 60 Jahre, 28 Prozent zwischen 50 und 60 Jahren, 19 Prozent zwischen 40 und 50 Jahren und nur 19 Prozent unter 40 Jahren. Das ist eine bedenkliche Statistik, Herr Staatsminister, und es ist selbstverständlich, daß die Schulen des Verbandes für den Nachwuchs nicht in dem Ausmaß gefüllt sein können, wie an sich wünschenswert wäre. Ich glaube, daß es bei vielen anderen Mutterhäusern nicht anders ausschauen wird. Es wäre sehr interessant gewesen, einmal festzustellen, wie groß der Bedarf an leitenden Kräften in der Krankenpflege in den kommenden Jahren sein wird. Wir lesen laufend und immer wieder von Kündigungen, und irgendein Landkreis, eine Gemeinde oder eine Stadt hat sich dann mit dem Problem herumschlagen: Woher bekommen wir jetzt die Kräfte, die in unserem Krankenhaus für die Kranken sorgen? Es wäre vielleicht ganz gut gewesen, sich auch darüber einmal einen Überblick zu verschaffen, wie die Entwicklung in den kommenden Jahren läuft. Bei meiner Anfrage hat es der Herr Innenminister nicht für nötig gehalten, sich einen solchen Überblick zu verschaffen, wahrscheinlich deshalb, weil man in dieser Frage davon ausgeht: „weil nicht sein kann, was nicht sein darf.“ (Zuruf von der SPD)

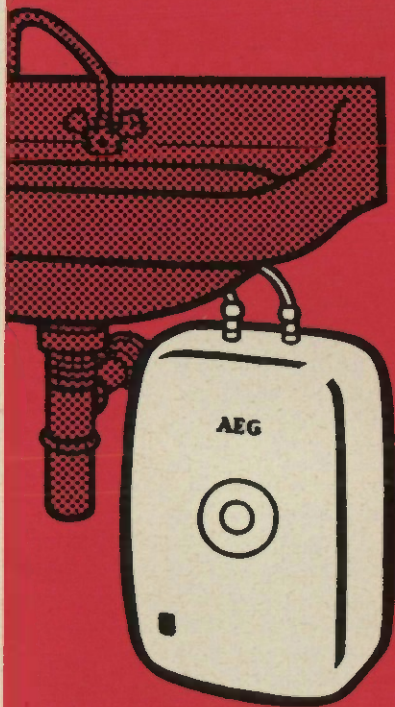
Der Herr Kultusminister — ich darf mit Genehmigung des Herrn Präsidenten noch einmal einen Satz aus seiner Rede zitieren — schreibt:

„Im nahen Zusammenhang mit dem Mittelschulwesen steht der wichtige Bereich der Handelsschulen, die bisher durchwegs kommunal oder privat sind. Der Staat wird prüfen müssen, ob er sich in der Zukunft dieser Schulen nicht stärker annehmen muß, als es bisher notwendig war.“

Ich begrüße sehr, daß er sich dieser vorhandenen Handelsschulen annehmen will. Ich meine aber, einer Schule, die wir überhaupt noch nicht haben, einer solchen Fortbildungsstätte für leitende Schwestern, sollte er sich ganz bestimmt auch annehmen, dies um so mehr, als in der westlichen Welt, in England, in Amerika und in den skandinavischen Ländern staatliche Schwesternhochschulen seit vielen Jahren bestehen und gut besucht werden. Ich habe im



**Darauf  
kommt  
es an**



Sauberkeit in der Klinik, in der Praxis. Dazu gehört warmes Wasser an jedes Waschbecken.

Der AEG-Waschtischspeicher macht Ihnen das leicht. Er ist rasch und einfach unter dem Waschbecken anzubringen. Durch seine flache, schöne Form fällt er kaum auf und nimmt keinen Platz weg. Er hält ständig automatisch 5 Liter warmes Wasser in der eingestellten Temperatur bereit. Temperatur regelbar zwischen 35° und 85° C. Ein weiterer Vorteil: Der bewährte AEG-Kundendienst ist immer für Sie da.

Prospekte über den AEG-Waschtischspeicher erhalten Sie unverbindlich gegen Einsendung untenstehenden Coupons.

**AEG**

**Waschtischspeicher**

**AUS  
ERFAHRUNG  
GUT**

Senden Sie mir bitte kostenlos und unverbindlich Prospekte über AEG-Heißwassergeräte.

Name .....

Ort .....

Straße .....

Bitte ausschneiden und auf eine Postkarte (10 Pfennig Porto) kleben.

An das  
AEG-  
Heißwassergeräte-  
Werk  
Abt. GH 3  
85 Nürnberg  
Postfach 180



Ausschuß erlebt — das darf ich vielleicht noch dazu sagen —, als wir um den Mutterpaß gekämpft haben, daß man uns gesagt hat, deshalb, weil andere Länder einen Mutterpaß haben, müsse er noch lange nicht gut sein. Und: Wir brauchten ihn nicht deshalb, weil andere Länder ihn haben. Bei der Schule der leitenden Schwestern hat man gesagt: Die anderen Länder haben auch keine, also brauchten wir auch keine.

(Zuruf von der SPD)

Das ist eine eigenartige Argumentation.

(Frau Abg. Nägelsbach: Das war nicht der Grund! — Abg. Dr. Soenning: So haben wir es nicht gesagt!)

— Das ist in der Diskussion zu dieser Frage gesagt worden.

(Abg. Dr. Soenning: So war es nicht!)

Ich darf vielleicht zu dieser Frage zusammenfassend noch einmal sagen: Im öffentlichen Dienst hat jeder Verwaltungsbeamte, jeder Pollzist und jeder Sparkassenangestellte — man kann das beliebig erweitern — das Recht, von seinem Arbeitgeber auf öffentlichen Schulen und auf Kosten seines Arbeitgebers weitergebildet zu werden. Es ist eine Selbstverständlichkeit, die er verlangen kann. Sind nicht auch die Krankenschwestern im öffentlichen Dienst, und sind es nicht immer mehr, die in einem direkten Arbeitsverhältnis zu diesem Arbeitgeber stehen, die deshalb ebenfalls seiner Fürsorge bedürfen? Die Bestrebungen, unseren Antrag dahin gehend abzuändern, daß die frei gemeinnützigen Verbände eine solche Schule errichten sollten, würde ich für bedenklich halten, weil die Mitgliederzahlen dieser Verbände, wenn Sie die Statistiken betrachten, in den letzten Jahren gegenüber der Zahl der freien Schwestern zurückgehen. Ich meine, daß eine solche Schule nicht von einem Verband getragen sein kann, sondern daß sie allen zur Verfügung stehen muß. Ein Verband, der Träger einer solchen Schule ist, wird immer in erster Linie das Interesse seines Verbandes vertreten; das ist seine Aufgabe. Das ist die Funktion der Interessenorganisationen. Dort können wir in diesem Fall keine Hilfe bekommen für eine Aufgabe, die wir für eine Aufgabe des Staates halten. Ich glaube nicht, daß die Verbände dieses Problem für die Zukunft lösen. Der Vertreter der Staatsregierung hat bei der Beratung dieser Dinge im Ausschuß gesagt: Auf lange Sicht werden wir vielleicht so etwas brauchen. — Deshalb wollte ich diese Anregung im Rahmen der Etatberatungen noch einmal vorbringen.

Nun kurz einiges über die Unterbringung unserer Schwestern. Vor einem Jahr haben wir uns über eine stärkere Förderung von Wohnbauten für Krankenhauspersonal unterhalten und die Staatsregierung in einem Beschluß ersucht, den Bedarf an solchen Wohnplätzen festzustellen. Diese Feststellung des Bedarfs bei etwa 800 bayerischen Krankenhäusern ist jetzt, nach einem Jahr, offensichtlich immer noch nicht abgeschlossen; denn die letzte „Vollzugsmeldung“ — ein Wort, das mich in diesem Zusammenhang sehr gewundert hat — lautet: „Die Erhebungen über die Unterbringung des Personals bei allen Krankenanstalten in Bayern sind noch nicht vollständig abgeschlossen. Das Staatsministerium des Innern wird berichten, sobald das Ergebnis vorliegt.“

(Abg. Dr. Oechsle: Die Mühlen vieler Behörden mahlen langsam, aber erfolglos!)

Es kann doch nicht allzu schwierig sein, zu klären, wie hoch der Bedarf an Wohnplätzen bei 800 Krankenhäusern ist. Hoffentlich wird das in Zukunft etwas schneller möglich sein. Wir konnten bei den Beratungen des neuen Etats diese Unterlagen nicht verwenden, weil sie noch nicht vorliegen; ich bin überzeugt, daß sie sehr interessant gewesen wären.

Über diese Zuschüsse und darüber, daß die Mittel für dieses Wohnprogramm gesondert ausgewiesen werden sollten, haben wir des langen und breiten diskutiert, und alle Schwesternverbände haben im Landesgesundheitsrat den Wunsch geäußert, man möge ihnen diese Mittel außerhalb des sozialen Wohnungsbaues gesondert ausweisen, weil es sonst bei ihrer Verteilung innerhalb einer Gemeinde immer Schwierigkeiten gebe. Auch Ihr Parteifreund, meine Damen und Herren von der CSU, der Herr Oberbürgermeister Fischer, der Vorsitzende der Bayerischen Krankenhausgesellschaft, hat in dieser Frage —

(Zuruf von der CSU)

— Dann bitte ich um Verzeihung, jedenfalls der Vorsitzende der Bayerischen Krankenhausgesellschaft —

(Zuruf des Abg. Sackmann)

— Wirklich? Dann bitte ich um Verzeihung, ich bin also einem Irrtum unterlegen.

(Weitere Zurufe von der CSU)

Jedenfalls hat ein sachverständiger Mann, der auf jeden Fall nicht der SPD nahesteht, aus seiner Kenntnis als Bürgermeister und aus den umfassenden Kenntnissen, die er als Vorsitzender der Bayerischen Krankenhausgesellschaft hat, den Wunsch geäußert und sehr darum gebeten, die Unterbringung des Personals als eine wichtige Aufgabe im Rahmen der Förderung der Wohnungsbauvorhaben zu sehen, sie nicht im Rahmen des allgemeinen sozialen Wohnungsbaues zu belassen und auch pro Wohneinheit einen etwas größeren Zuschuß als bisher, nämlich 2000 bis 3000 DM, zu geben. Vorgestern hat die „Süddeutsche Zeitung“ einen Artikel veröffentlicht, in dem sie schreibt, die Stadt München brauche für ein Heim für Hausgehilfinnen, das sie in diesem Jahr baue, pro Zimmer 16 000 DM — also für Hausgehilfinnen, für die die Zimmer, wie man wohl annehmen darf, etwas einfacher ausgestattet und auch etwas kleiner sein werden als Zimmer für Krankenschwestern.

Den Gemeinden entsteht also wirklich eine große Belastung dadurch, daß sie ihr Personal ordentlich unterbringen müssen. In der Vergangenheit ist in den Krankenhäusern auf diese Dinge weniger Wert gelegt worden; erst seit einigen Jahren, seitdem sich nämlich der Personalmangel so katastrophal auswirkt, schenkt man diesen Dingen mehr Aufmerksamkeit. Ich meine also, daß wir für eine stärkere Förderung dieser Wohnbauprogramme und vor allen Dingen auch für einen höheren Zuschuß pro Wohneinheit eintreten sollten.

Ein anderes Problem, das der Herr Staatsminister in seiner Etatrede angeschnitten hat, ist die Mütter- und die Säuglingssterblichkeit. Wir haben seine Ausführungen darüber mit großer Freude zur Kenntnis genommen, als er sagte, das Ergebnis der bisherigen Besprechungen lasse erwarten, daß entsprechende Maßnahmen zur Senkung der Mütter- und der Säuglingssterblichkeit in unserem Lande durchgeführt



werden. Dabei handelt es sich vor allem um Untersuchungen zur Feststellung der Blutgruppenverträglichkeit bei werdenden Müttern. Herr Minister, Sie haben uns liebenswürdigerweise eine Statistik zu Ihrer Rede übergeben, in der Sie die erfreuliche Entwicklung, d. h. den Rückgang der Mütter- und der Säuglingssterblichkeit in den letzten zehn Jahren in unserem Lande aufzeigen. Gestatten Sie mir, im Zusammenhang damit darauf hinzuweisen, daß in anderen zivilisierten Ländern diese Sterblichkeitsquote, so erfreulich auch ihr Rückgang bei uns ist, noch sehr viel mehr gesunken ist und daß unser Land im internationalen Vergleich in bezug auf die Mütter- und die Säuglingssterblichkeit an der 15. Stelle steht — trotz des erwähnten Rückgangs bestimmt nicht gerade ein erfreulicher Platz. Wir können uns deshalb nicht mit einer vagen Zusicherung begnügen, sondern müssen schon darauf bestehen, daß diese Untersuchungen vom Staat bezahlt werden, zumal ich aus den vorliegenden Unterlagen ersehe, daß sich die Landesversicherungsanstalten unter Umständen nicht dazu entschließen werden, einen Zuschuß zu geben. Den Landesversicherungsanstalten sind ihre Aufgaben durch Satzung und Gesetz vorgeschrieben, und es ist nicht ganz klar, ob sie sich an der Lösung gerade dieses Problems beteiligen können. Wenn also auf freiwilliger Basis ein entsprechender Erfolg nicht gewährleistet ist, muß sichergestellt werden, daß dann der Staat mit einem größeren Anteil einspringt.

Wahrscheinlich werden Sie sagen, Herr Minister, daß der von mir erwähnte internationale Vergleich nicht stimme, weil man nicht vergleichbare Größen miteinander vergleiche. Deshalb möchte ich — mit Genehmigung des Herrn Präsidenten — aus einer Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes von Herrn Dr. Epping nur folgende Zeilen zitieren:

„Gemessen an der Müttersterblichkeit anderer Staaten sterben in der Bundesrepublik mindestens 500 junge Frauen zuviel in einem Jahr. Die Übersterblichkeit in der Bundesrepublik ist so erheblich, daß gewisse Unterschiede der statistischen Klassifikation der Todesursachen demgegenüber belanglos sind.“

Wenn wir uns also endlich dazu durchringen, diese Untersuchungen vom Staat bezahlen zu lassen, da sich die Kassen nicht dazu bereit finden, kommt aber noch ein anderes interessantes Problem hinzu, das ich auch aufzeigen möchte: Ich lese in der gleichen Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes:

„Bei einem Besuch in Großbritannien fällt auf, daß die Frauen und Mädchen mit besonderer Sorgfalt und erheblichem Aufwand über ein zweckmäßiges Verhalten während einer Schwangerschaft, speziell über die Bedeutung einer rechtzeitig beginnenden, regelmäßig durchgeführten Kontrolluntersuchung während der Schwangerschaft unterrichtet werden.“

In der vergangenen Woche habe ich eine Fernsehsendung gesehen — Sie vielleicht auch —, die sich mit diesem Problem beschäftigt hat. Dort sind viele junge Mädchen aus Ober- und Mittelschulen gefragt worden, was sie schon über die Notwendigkeit dieser Vorsorgeuntersuchungen gehört hätten, ob ihnen das Wort „Rhesus-Faktor“ ein Begriff sei und ob während ihres Unterrichts irgendwann einmal über diese Dinge

gesprochen worden sei. Alle diese Mädchen haben übereinstimmend erklärt, das sei nicht der Fall. Ich glaube, daß man 17- und 18jährigen Mädchen ruhig einmal etwas über die Notwendigkeit dieser Untersuchungen sagen könnte. Neben diesen Untersuchungen sollte man auch die entsprechende Aufklärung verstärken. Herr Minister, ich glaube nicht, daß die 17- und 18jährigen heute noch an den Storch glauben.

(Heiterkeit)

Es ist durchaus möglich, die Mädchen, wenn sie 17 und 18 Jahre alt sind, im Biologieunterricht über diese Zusammenhänge aufzuklären. Ich halte das für eine sehr wichtige Aufgabe, die in anderen Ländern bereits wahrgenommen wird.

(Beifall bei der SPD)

Ein paar Worte möchte ich noch einem kleinen Posten in Ihrem Etat widmen. Sie haben uns in Aussicht gestellt, Herr Minister, daß Sie in jedem Jahr ein gesundheitliches Problem aufgreifen und verstärkt bearbeiten würden. In diesem Zusammenhang möchte ich den kleinen Etatposten von 100 000 DM für die Krebsberatung aufgreifen. Jeder fünfte bzw. sechste Bundesbürger stirbt an Krebs. Und von den Sterbefällen bei 30- bis 60jährigen hat man in den letzten Jahren einen Anteil von 23 Prozent Krebserkrankungen als Todesursache festgestellt. Wir haben 100 000 DM im Etat für die Gesellschaft zur Bekämpfung des Krebses. Ich habe mich mit den Unterlagen, die in der ganzen Welt zu diesem Problem erscheinen, befaßt und festgestellt, daß das Problem Nr. 1 bei der Bekämpfung des Krebses die Früherkennung ist und daß im engen Zusammenhang mit dieser Früherkennung die Laienaufklärung über die Gefahren bzw. über die Notwendigkeit dieser Untersuchungen steht. Ich habe mich auch informiert, was die Gesellschaft zur Bekämpfung des Krebses bei uns in Bayern tut, und festgestellt, daß sie eine ausgezeichnete Sache macht, nämlich die praktizierenden Ärzte über die Erscheinungsformen und über die Früherkennung aufklärt. Ich weiß aber nicht, ob das genug ist, und ich weiß vor allen Dingen nicht, ob es nicht eigentlich sowieso zur Aufgabe der Landesorganisationen der Ärzte gehört, Berufsbildung für ihre Mitglieder zu betreiben. Ich glaube nicht, daß diese 100 000 DM nur eine Verstärkung des Etats der Landesärztekammer sein können. Ich meine also, wenn wir auch nur 100 000 DM geben, so sollten wir doch darauf achten, was damit geschieht. Daß wir auch die Laienaufklärung in dieser Frage etwas verstärken, halte ich für nötig. Ich habe nämlich in den letzten Monaten die Gelegenheit wahrgenommen, wo immer ich draußen vor Frauen gesprochen habe — und gerade bei Frauen besteht die Möglichkeit, die Krebserkrankungen, die bei ihnen am häufigsten auftreten, nämlich Unterleibskrebs, sehr frühzeitig und sehr genau zu diagnostizieren, wenn sie rechtzeitig zu einer Untersuchung gehen —, sie zu fragen, ob sie die Broschüren, die man als Laienaufklärung in dieser Frage bezeichnen kann und die ausgezeichnet sind, kennen. Ich habe niemand getroffen außer einer einzigen Sprechstundenhilfe bei einem städtischen Krankenhaus, die schon einmal so eine Broschüre gesehen hat. Keine der Frauen in dem Alter, die eigentlich diese Broschüren in der Hand haben und wissen müßten, daß sie rechtzeitig bei ersten Erscheinungen zum Arzt zu gehen haben, kannte diese Bro-



schüren. Ich möchte also doch bitten, daß man diesem Problem etwas mehr Aufmerksamkeit schenkt; denn ich weiß, daß man in anderen Ländern in der Laienaufklärung sehr viel mehr tut, allerdings auch sehr viel mehr aufwendet. Ich würde es sehr begrüßen, wenn wir in dieser Frage etwas mehr Öffentlichkeitsarbeit treiben würden. Ich weiß nicht — die Ärztekammer hat ihre Aufgaben, das ist selbstverständlich —, ob man nicht im Interesse der Kranken über den Rahmen ihrer eigenen beruflichen Fortbildung hinausgehen müßte. Das gleiche gilt auch für die Nachbehandlung nach Krankenhausaufenthalt. Auch hier haben andere Bundesländer Einrichtungen speziell zur Nachbehandlung von Geschwulstkranken errichtet, die sich offensichtlich ausgezeichnet bewähren.

Ich habe damit drei Probleme herausgegriffen und darf vielleicht nun noch einen Satz zu unseren Hebammen sagen.

(Abg. Sackmann: Es ist so schön zuzuhören, sogar zwei Sätze!)

— Ich danke Ihnen, Herr Kollege! Wir haben auch in Ihrer Rede mit Vergnügen vernommen, daß das Mindesteinkommen der Hebammen auf 250 DM pro Monat angehoben worden ist. Darüber sind wir sehr froh. Ganz ist diese Erhöhung des Etatpostens allerdings nicht auf die Initiative des Ministeriums zurückzuführen; denn ein Teil dieser Erhöhung wurde durch ein Bundesverfassungsgerichtsurteil auferlegt. Der Vertreter der Staatsregierung hat sich noch im Dezember im Ausschuß verzweifelt dagegen gewehrt, die Ungleichheit zwischen verheirateten und unverheirateten Hebammen bei der Gewährung dieses Mindesteinkommens zu beseitigen. Das ist also in der Zwischenzeit geschehen. Wir glauben aber nicht, daß mit dieser Anhebung des Mindesteinkommens die Probleme der Hebammen schon gelöst sind. Vor allen Dingen, wenn wir im nächsten Jahr bei der sozialen Krankenversicherung die Krankenhausentbindung gewährleistet haben werden, wird man das Problem der frei praktizierenden Hebammen einmal überdenken müssen; denn die meisten Frauen werden begreiflicherweise den Wunsch haben, in einer Klinik zu entbinden, wenn ihnen keine finanziellen Hindernisse mehr in den Weg gelegt werden. Und allein damit, daß man das Mindesteinkommen anhebt, kann man das Problem der frei praktizierenden Hebammen dann nicht mehr lösen.

Ich möchte mich dem Wunsch der Frau Kollegin Nägelsbach anschließen, daß die Ausbildung der Hebammen vielleicht doch in nächster Zeit kostenlos durchgeführt werden kann.

Ich habe nur ein paar Dinge, die mir in diesem Etat aufgefallen sind, aufgegriffen, und ich nehme an, daß Sie meine Kritik nicht als eine negative werten, Herr Minister.

Dem Staat erwachsen im Bereich des Gesundheitswesens — darüber, glaube ich, sind wir uns im klaren — in unserer Gesellschaft laufend neue Aufgaben. Die Gesundheitspolitik in einem Land darf auf keinen Fall nur von Interessenorganisationen dirigiert sein, sondern der Staat hat im Zusammenhang mit diesen Maßnahmen das Wohl der Gesamtheit zu sehen.

Ich möchte am Schluß meiner Rede den Beamten der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums, allen voran ihrem Leiter, dem Herrn Ministerialrat Knies, sehr herzlich für ihre Arbeit im vergangenen Jahr und für das, was sie im Bereich ihrer Möglichkeiten für die Gesundheitspolitik in unserem Lande getan haben, im Namen der Opposition danken.

#### Schlußworte des Innenministers

Der bayerische Staatsminister des Innern, Dipl.-Ing. Junker, führte in seiner Rede am Schluß der Aussprache zu gesundheitspolitischen Fragen u. a. noch folgendes aus:

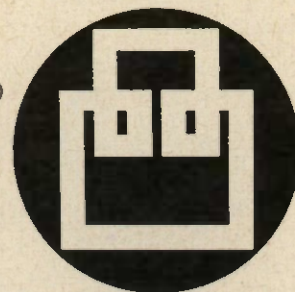
Die Krankenhausfrage ist sicher eine der schwierigsten. Ich bin für jeden Vorschlag in dieser Richtung dankbar. Ich muß mich aber auch darin festlegen, daß ich gegen das vorgeschlagene, auch vom Herrn Abgeordneten Dr. Dehler abgelehnte Krankenhausambulatorium bin. Dessen Sorge wegen einer Pockenepidemie teile ich nicht ganz; denn es ist uns zumindest bisher, Herr Kollege Dr. Dehler, vorbildlich gelungen, solchen Fällen auch ohne eine Regierungsbezirksstelle Herr zu werden. Verdachtsfälle werden und wurden auch bisher schon gut und schnell isoliert.

Ich wäre froh, wenn ich auch hinsichtlich der sonstigen Fragen im Krankenhauswesen ebensoviel Optimismus, wie Sie mir vielleicht hier vorwerfen, entfalten könnte, nämlich vor allem bezüglich der Frage des Krankenpflegepersonals. Diese große Sorge habe ich nämlich ohne die Aussicht, bald dem Kräfte-

Bei verbesserter Herzenergetik risikolose Digitalisierung

# LANATACANTH®

Reinglykos. A+B+C aus Digit. lanata, Crataegus oxyacantha



Herzinsuffizienzen auch bradycarde Formen  
Coronarinsuffizienz  
Insuffizientes Altersherz

liquid 20/100 ml  
Dragées 25/ 50 St.

Lindopharm KG Hilden Rhld





mangel abhelfen zu können. Die von der Frau Abg. Nägelsbach geforderte getrennte Ausweisung von Haushaltsmitteln für die Unterbringung der Pflegekräfte vermehrt leider die Gesamtansätze nicht.

(Zuruf der Frau Abg. Nägelsbach)

Ich kann mir das nicht vorstellen, weil Schwesternwohnheime an und für sich schon Vorrang genießen und damit eigentlich in den Genuß eines Sonderprogramms gekommen sind. Es würde wieder weniger für den Normalbau bedeuten, und das ist auch etwas, wogegen die anderen bei der dünnen Decke, die wir nun einmal haben, sich mit Recht beschweren würden. Die leitenden Kräfte für die Krankenpflege werden in den Anstalten des Roten Kreuzes, der Caritas und der Inneren Mission gut ausgebildet, die der Orden meines Erachtens ebenfalls. Da jedoch der Bedarf in solchen Schwestern immer steigt, würde ich es begrüßen, wenn es gelänge, an die schon vorgesehene Ausbildungsstätte am Klinikum der Universität München auch eine Fortbildungsstätte für leitende Schwestern anzugliedern. Das entspräche auch der Aufgabe eines großen Zentralkrankenhauses, wie es das Klinikum werden soll.

Die Frage der Errichtung von Krankenpflegeschulen an den Universitätskliniken wird geprüft, vor allem hinsichtlich der Möglichkeiten, den Betrieb dieser Einrichtungen, die doch schulschen Zwecken dienen, überhaupt mit einer Schule für Pfleger zu verbinden. Frau Kollegin Westphal, daß die Zahl der Ordensschwestern eine Abnahme zeigt, hat wohl sicherlich seinen Grund in der Politik des Dritten Reiches. Ich freue mich, daß offensichtlich in Ausfluß des Godesberger Programms auch die SPD mehr als früher für die Krankenpflege durch Ordensschwestern zu erwärmen ist.

(Zuruf von der SPD und Heiterkeit bei der CSU)

Wie gesagt, das Interesse der Frau Abgeordneten Westphal ist auf jeden Fall anerkennenswert, wenn ich mir als Minister überhaupt erlauben darf, Kritik an einer, noch dazu mit so charmannten Zurufen bedachten Dame zu üben. Die von Ihnen angemahnte Aufstellung über die Wohnheimplätze ist inzwischen dem Bayerischen Landtag zugegangen.

(Zuruf des Abg. Gabert)

Vielleicht kann ich als Positivum erwähnen, daß es so lange gedauert hat, liegt nicht daran, daß es vor

meiner Haushaltsrede — ein gemalter Türke, wie es von einem Innenminister vielleicht sehr schön wäre — nicht forciert worden wäre, sondern daß die Aufstellung nach meiner Haushaltsrede kommt, gibt Ihnen den Beweis, daß sie mit sehr großer Sorgfalt erstellt wurde und wir wirklich nur der Sache und nicht irgendwelchen politischen Dingen nachgegangen sind.

Hinsichtlich des Plans der sogenannten Rhesusfaktor-Untersuchungen darf ich berichten, daß im Fernsehen nicht alle Mädels von diesen Dingen nichts gewußt haben. Sämtliche Klassen mit Ausnahme von einer haben es gewußt.

(Zuruf von der SPD)

— Nein, es geht nicht gegen mich, Frau Kollegin, ich wil nur den Herrn Kultusminister in Schutz nehmen, als ob überhaupt niemand bei den Mädels es gewußt hätte. Eine Klasse hat es sicherlich gewußt.

(Frau Abg. Laufer: Nur ein Teil der Klasse!)

Ich glaube, daß diese Dinge auch von seiten der Gesundheitsverwaltung an den Herrn Kultusminister herangetragen werden sollten, damit sie nicht nur als Lehrfach, sondern auch als etwas Eigenes in den Unterricht eingebaut werden, was den Mädels für die Zukunft nur von Nutzen sein kann. Man soll auch das, was nicht mit Noten zu beurteilen ist — und diese Kenntnisse sind offensichtlich nicht mit Noten irgendwie zu zensieren —, den Lehrkräften als Auftrag geben, selbst wenn sie meines Erachtens noch ein bißchen Scheu haben. Ich glaube, daß auf diesem Gebiet die Mädchen, aber vielleicht auch einmal die Jungens etwas für das Leben und nicht für die Schule und für das Zeugnis lernen könnten.

Wegen der Krebsberatung hatte ich schon bisher einige Bedenken, aber mehr von der Seite her, daß es nicht Aufgabe des Staates, sondern Aufgabe des Arztes sei, hier zu wirken. Aber seit ich die Auswirkungen, vielmehr Nichtauswirkungen des Terry-Reports gesehen habe und die Gegenwirkung des Urteils unserer deutschen Fachkräfte, bin ich überhaupt über die Möglichkeiten einer Aufklärung oder Seuchenbekämpfung durch ein Ministerium sehr, sehr skeptisch geworden. Ich glaube nämlich, daß, solange bei uns in Deutschland Gesundheitsfragen auch unter wirtschaftlichen Aspekten gesehen werden — auch bei der Frage der Fischkonservierungsmittel, ich möchte das ganz

**Zuverlässig stimuliert**

# Cholaktol

die sekretive Leistung der Leberzellen nach individuellen Normen, ohne drastische oder toxische Belastungen

DR. IVO DEIGLMAYR CHEM. FABRIK NACHF. MÜNCHEN 25



klar ansprechen — und die Raucher sagen: die Gesundheit ist mir völlig egal, solange mir die Zigarette schmeckt! solange kann ich an einen richtigen und großen Erfolg nicht glauben. Ich glaube das auch deshalb nicht, weil ich selbst ebenfalls auch ganz gern rauche.

Wegen der Hebammenbezahlung gebe ich der Frau Abgeordneten teilweise recht. Sicher ist es einem Gerichtsurteil zu verdanken, daß der Verdienst des Ehemannes bei einer Hebamme nicht mehr angerechnet werden darf. Daß die Heraufsetzung des Mindesteinkommens auf 3000 DM so schnell in die Praxis umgesetzt wurde, glaube ich, darf sich die Staatsregierung, das Innenministerium, in aller Bescheidenheit selbst als kleines Verdienst zurechnen.

Wegen der Seuchenfälle möchte ich sagen, daß die beiden letzten Fälle von Grundwasserverseuchung mit Jauche zum Teil fäkalischer Art waren, zum Teil nur vom Misthaufen her, aber beide zu den Fällen gehören, wo Gemeinden ihre Wasserschutzgebiete nicht richtig gesichert haben. Sonst wäre es nämlich nicht möglich gewesen, daß die Jauche so schnell und in solchem Umfang in das Trinkwasser eingedrungen ist. Zur Beruhigung kann ich aber sagen, daß zwar der Fall Waldau, in dem Fäkallen in das Wasser gedrun-gen waren, gesundheitsschädigend war, der andere Fall aber Gott sei Dank nicht, weil dort nur vom Stall herrührende Flüssigkeiten ins Trinkwasser kamen, die zwar unschön, aber nicht gesundheitsgefährdend waren.

## Feuilleton:

# 1200 Jahre Abtei Ottobeuren

Von P. Aegidius Kolb OSB

Eine Sondermarke der Deutschen Bundespost in diesem Jahr wird darauf aufmerksam machen, daß die Abtei Ottobeuren heuer nun 1200 Jahre alt wird. Auch eine Medaille in Gold und Silber verkündet dieses Ereignis den Sammlern in aller Welt.

Es ist nicht alltäglich, daß ein Kloster auf 12 Jahrhunderte seines Bestehens zurückblicken kann. Einmalig sogar ist es, daß ein Kloster eine nie unterbrochene Geschichte von 12 Jahrhunderten aufweist. Geschichte ist geschehen und geworden, ist gestaltet und erlebt, ist getragen und erlitten.

Die Gründungszeit fällt in die endgültige Christianisierung des süddeutsch-alemannischen Raumes. Genau zehn Jahre nach dem Tod des hl. Bonifatius, im Jahre 764, stiftet ein schwäbisches Adelsgeschlecht in seinem Land ein Benediktinerkloster, damit Glaube, Sitte und Kultur fest verankert werden und zur Entfaltung kommen können. Grund und Boden werden dem Kloster geschenkt, damit es die uralte Weisung des Ordens: „Bet und arbeit!“ verwirklichen kann. Das Land und seine Bewohner werden Eigentum des Klosters unter Kaiser Karl dem Großen. Damit ist der Grundstock gelegt zu einem selbständigen Staatsgebiet. So ist das Kloster seit dieser Zeit Reichsabt, weil es ein Stück des Heiligen Römischen Reiches Deutscher Nation in voller Verantwortlichkeit zu regieren und zu ver-

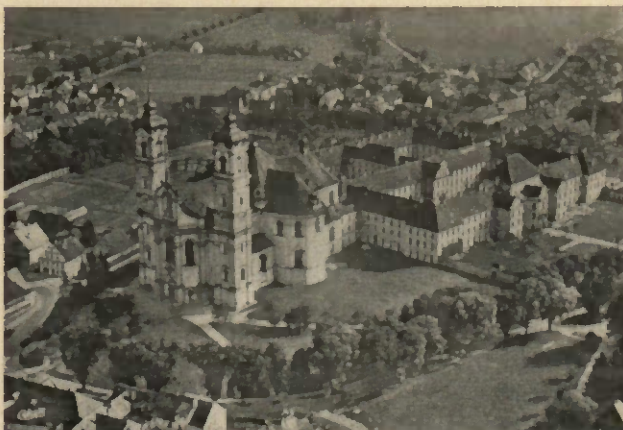
walten hat. Reichsstift und Untertanen sind „gefreit“. Sie brauchen nie in den Krieg zu ziehen und Militärdienste leisten. In völliger Unabhängigkeit und Freiheit konnte sich dieses Reichsstift und sein Staatsgebiet entwickeln. Der hl. Ulrich, der große Bischof von Augsburg und zugleich kurze Zeit Abt von Ottobeuren, erwirkt die freie Abtwahl und damit auch die kirchliche Unmittelbarkeit.

Im 12. Jahrhundert kommt es zu einer ersten Blüte. Der selige Abt Rupert (1102—1145) führt die Ordensreform von Hirsau ein. Das Kloster erstarkt innerlich und äußerlich. Sein Ruf dringt über die Alpen, wohin 1144 Ottobeurer Mönche zur Gründung der heute noch bestehenden Benediktinerabtei Marienberg im Vintschgau (Südtirol) berufen werden. Innerhalb der Klostermauern erblüht in Fleiß und Eifer eine Schreibschule, die Mönche wetteifern im Schreiben und Ausmalen wertvoller Bücher, die heute noch unermessliche Kostbarkeiten mancher Bibliotheken sind.

Das Schicksal des Reiches, das Auf und Ab der Geschichte, Krieg und Frieden im Lauf der Jahrhunderte, wirken sich jeweils fördernd oder hemmend auf dieses schwäbische Reichsstift aus.

Im Aufbruch der Neuzeit erweist sich Ottobeuren als Hort des Glaubens und geistiger Blüte. Unter dem gelehrten Humanisten Prior Nikolaus Elienbog aus Biberach entsteht 1509 schon eine eigene Druckerel, die 1529 mit Kloster und Kirche im Bauernkrieg einer zerstörungswütigen Plünderung zum Opfer fällt. In dieser Zeit kommen aus dem Ottobeurer Klosterstaat zwei schwäbische Bauernsöhne, die für Bayern bedeutende Männer werden: Dr. Johannes Eck, geb. 1486 in dem Ottobeurer Dorf Egg an der Günz; seit 1510 Theologieprofessor zu Ingolstadt bis zu seinem Tode 1543. Sein jüngerer Halbbruder Simon Thaddäus Eck, geb. 1515, ward 1558 der Kanzler des Bayernherzogs Albrecht V.

Aus eigener Kraft gründet die Abtei Ottobeuren 1542—43 eine Universität. Der Schmalkaldische Krieg läßt sie wieder erlöschen. Doch der Geist ist nicht zu töten. 1612 eröffnet wieder eine Haushochschule ihre Pforte auch für junge Mönche aus Nachbarklöstern. So kann 1617 das Kloster Ottobeuren dem Ruf aus Salzburg Folge leisten, dort ein akademisches Gymna-



Reichsabt Ottobeuren





Klosterkirche Ottobeuren (1735—1766)

sium zu errichten. Fünf Ottobeurer Mönche beginnen sofort die Lehrtätigkeit, die 1623 zur Gründung der ersten Benediktineruniversität überhaupt in Salzburg führt, deren erster Rektor P. Albert Keuslin aus Ottobeuren ist, der Sohn eines fürstlich Kemptischen Statthalters im Schloß Liebenthann. Er wird später zum Abt von St. Peter erwählt. In Michaelbeuren und Admont

wirken Ottobeurer Mönche als Priors und Novizenmeister.

Der Schwedenkrieg zwingt Abt und Mönche zur Flucht und bringt dem Volk des Klosterstaates schwere Bedrängnis. Doch einer hält verkleidet, flüchtig, und doch immer da, wo man ihn braucht, als treuer Hirte bei der Herde aus: P. Jeremias Mayer aus Mindelheim.



Nachdem wieder Friede herrscht und die Wunden des Krieges verheilt sind, erlebt Ottobeuren seine dritte Blüte: Unter der Klugheit und Tatkraft der Reichsprälaten ist das Reichsstift wirtschaftlich und geistig erstarkt. So kann unter dem aus Wangen stammenden Abt Rupert Ness 1710 die große Bautätigkeit einsetzen. In zwölf Jahren entsteht die größte Klosteranlage Deutschlands, die nicht nur von dem eigenen Hausarchitekten P. Christoph Vogt aus Dletenheim an der Iller geplant, sondern auch ganz und vollständig zur Ausführung kommt. Trotz hoher Baukosten kann der Abt die Steuern der Untertanen ermäßigen und ohne Schulden 1735 den Neubau der heutigen Klosterkirche beginnen, die unter Johann Michael Fischer 1768 mit der feierlichen Weihe ihre Vollendung findet.

Das Kloster steht in seiner höchsten Blüte. Das Gymnasium zählt über 200 Schüler, darunter der spätere Stenograph Franz Xaver Gabelsberger. Ottobeurer Mönche lehren an den Universitäten Salzburg, Freising und Fulda. Bei der Krönung des Gnadenbildes von Maria Plain (Salzburg) hält 1752 der Ottobeurer Professor P. Alexander Scheffler die Festpredigt. In der Klosterkirche erklingen zum Lobe Gottes die Psalmen gesänge der Mönche in vierstimmigen Sätzen. Zahlreiche Festmessen werden im Haus komponiert, sogar für zwei Chöre und zwei Orgeln. Im Theatersaal werden Opern aufgeführt, von den Mönchen verfaßt und komponiert. Am 22. Januar 1784 startet der erste Luftballon auf deutschem Boden im Hof des Reichsstiftes, konstruiert und gebaut von P. Ulrich Schlegg. Noch 1801 erklingt im Kaisersaal Haydns Schöpfung, aufgeführt von den eigenen Kräften des Hauses.

Wie ein Blitz aus helterem Himmel trifft das blühende Kloster im Zuge der allgemeinen Säkularisation 1802 die Aufhebung. Aller Besitz wird enteignet, damit auch die Weingüter am Bodensee und das Priorat in Feldkirch mit seinen Besitzungen bis nach Liechtenstein hinein. Der vorbildlich verwaltete Klosterstaat von 246 qkm, 25 Gemeinden, über 10 000 Einwohner (mehr als doppelt so groß als das heutige Fürstentum Liechtenstein), schuldenfrei und 130 000 Goldgulden Bargeld wird mit dem übrigen Schwaben an Bayern angegliedert.

Die Mönche haben ihre härteste Bewährungsprobe zu bestehen. Die Ortspfarrei war schon früher dem Kloster einverleibt worden. So wirken einige Mönche als Seelsorger der großen Pfarrei weiter wie zuvor und können mit ihrem Abt und den übrigen Mitbrüdern in einem kleinen Teil der großen Klostergebäude unter bescheidensten Verhältnissen zusammenbleiben. In opfervoller Treue hüten sie das Wenige, das ihnen verblieben, vor allem aber ihr Heiligtum, die Klosterkirche. Im Verborgenen halten sie an der wichtigsten Aufgabe benediktinischen Mönchtums fest: dem Lobe Gottes im Chorgebet. Die Reihen lichten sich im Laufe

der Jahre. Neuaufnahme von Novizen war verboten. Doch ihre Treue wird belohnt in der Wiedererrichtung des Klosters als abhängiges Priorat der neugegründeten Abtei St. Stephan zu Augsburg, deren erster Abt vor der Aufhebung Mönch des alten Reichsstiftes Ottobeuren, gewesen war. Er bekam von König Ludwig I. den Auftrag, den Benediktinerorden im Königreich Bayern wieder zu neuem Leben zu erwecken. So entstehen 1834 die Abtei in Augsburg mit dem Kloster Ottobeuren, und später die Abteien Metten und Scheyern. Der Orden konnte auf diese Weise seine uralte Tradition fortsetzen und die dem Land so segensbringende Lehrtätigkeit wieder aufnehmen.

Unter König Ludwig III. wurde durch die Bemühungen des verdienstvollen Reichsfreiherrn Theodor von Cramer-Klett 1918 Ottobeuren wieder zur selbständigen Abtei erhoben. So darf die Benediktinerabtei Ottobeuren in diesem Jahre auf ihre zwölfhundertjährige Geschichte zurückblicken. Eine uralte Prophezelung, seit dem 12. Jahrhundert überliefert, möge sich auch weiterhin erfüllen: „Ottobura numquam ruitura — Ottobeuren wird niemals zugrunde gehen.“

## GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

### Zur Berufspflicht Kollegialität:

„Herabsetzende Äußerungen“ — Wahrnehmung berechtigter Interessen — Strafanzeigen gegen Kollegen

Urteil des Landesberufungsgerichts für die Heilberufe beim Bayerischen Obersten Landesgericht in München vom 14. 8. 1963. Az: LBG — A — 2/63.

Aus den Gründen:

§ 12 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns von 1958 regelt die Berufspflicht des Arztes zum kollegialen Verhalten, die übrigens auch schon im Vorspruch zur Berufsordnung mit den Worten angesprochen wird: (Der Arzt) . . . „achtet seine ihm in dieser hohen Aufgabe verbundenen Kollegen . . .“. Nach § 12 Abs. 1 Satz 1 hat der Arzt seinen Kollegen durch rücksichtsvolles Verhalten Achtung zu erweisen. Satz 2 erklärt als mit der ärztlichen Standeswürde unvereinbar einmal „in Form und Art herabsetzende Äußerungen über die Person, die Behandlungsweise oder das berufliche Wissen oder Können eines anderen Arztes“, zum andern „jeden Versuch, einen Kollegen aus seiner Stellung oder seiner Behandlungstätigkeit zu verdrängen“.

Während der zuletzt genannte Tatbestand kaum Anlaß zu Zweifeln geben kann, bedürfen die Fragen einer näheren Erörterung, was unter den „in Form und Art herabsetzenden Äußerungen“ über die Behandlungsweise oder das berufliche Wissen oder Können eines anderen Arztes zu verstehen ist, inwieweit einem Schuldspruch wegen eines Verstoßes gegen diese

# Liquirit

bei *Ulcus ventriculi und duodeni, Gastritis, Hyperacidität und nervösen Magenbeschwerden*

Die bewährte, wohlausgewogene Kombination auf therapeut. Breite  
Keine Nebenwirkungen

K.P. mit 30 Tabl. DM 2.85 o.U. / O.P. mit 60 Tabl. DM 4.80 o.U.  
Klinikpackung

Dr. Graf & Comp. Nachf. Hamburg-Bahrenfeld Seit 1889



Vorschrift die Wahrnehmung berechtigter Interessen entgegenstehen kann und unter welchen Voraussetzungen im besonderen die Erstattung von Strafanzeigen Belangen dient, die gegenüber der Kollegialität den Vorrang haben.

1. Die Vorschrift findet sich in ähnlicher Form bereits in früheren Berufsordnungen. So verbot § 10 der Standesordnung für die deutschen Ärzte von 1926 (abgedruckt bei STAUDER-WIRSCHINGER: „Bayerisches Ärzttaschenbuch“, S. 292) jede leichtfertige oder gehässige Äußerung über die Behandlungsweise oder das Wissen eines anderen Arztes vor Nichtärzten. § 12 Satz 2 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte von 1937 (abgedruckt bei KUHNS. „Das gesamte Recht der Heilberufe“, S. II/162) erklärte jede unbefugt herabsetzende Äußerung solcher Art für standesunwürdig. § 11 Abs. 1 Satz 2 der vom Deutschen Ärztetag 1956 beschlossenen Fassung (KUHNS aaO S. II/153) sprach schlicht von herabsetzenden Äußerungen über die Person, die Behandlungsweise oder das berufliche Wissen oder Können eines anderen Arztes. Der Deutsche Ärztetag 1962 ließ in seinem Vorschlag für eine neue, im ganzen Bundesgebiet geltende Berufsordnung diese Formulierung unverändert bestehen („Ärztliche Mitteilungen“ 1962, S. 2323/2325). Sie deckt sich mit der jetzt in Bayern geltenden nur insoweit nicht, als hier noch beigefügt ist, daß es sich um „in Form und Art“ herabsetzende Äußerungen handeln muß. Ein besonderes Gewicht wird man angesichts dieses Werdegangs der Vorschrift dem Zusatz „in Form und Art“ nicht beimessen können. Insbesondere hat er nicht den Zweck, die Anwendung der Bestimmung einzuschränken. Der Nachdruck liegt ersichtlich darauf, daß es sich um „herabsetzende“ Äußerungen handeln muß. Keineswegs soll dem Arzt jede Kritik an der Leistung eines anderen Arztes verwehrt sein; vielmehr ist eine Kritik nur dann unstatthaft, wenn sie darauf gerichtet ist oder wenigstens objektiv dazu angetan ist, das Ansehen des Angegriffenen über Gebühr zu mindern, also mehr zu beeinträchtigen, als dies bei sachlicher Würdigung unvermeidbar ist. Das zu schützende Rechtsgut ist dabei nicht so sehr die Berufsausübung des Arztes, der getadelt wird, als vielmehr das Vertrauen des Publikums zu den Ärzten im allgemeinen. Die Rücksicht auf das Gemeinwohl verlangt, daß dieses Vertrauen nicht durch unsachgemäße Kritik von Ärzten untereinander geschmälert wird. Gleichgültig ist es, ob der Arztkritiker die zulässige Grenze in der Form oder in der Sache überschreitet.

2. Wie sich die Berufspflicht zur Kollegialität und die Wahrnehmung berechtigter Interessen zueinander verhalten, ist nirgends ausdrücklich geregelt.

Daß § 193 StGB im Berufsrecht nicht unmittelbar angewendet werden kann, liegt auf der Hand. Die unmittelbare Geltung der Vorschrift beschränkt sich auf

die Frage, ob nur inhaltlich beleidigende Äußerungen, die jemand in Wahrnehmung berechtigter Interessen macht, strafbar, d. h. mit einer Kriminalstrafe zu ahnden sind. Umstritten ist die Frage, inwieweit die Vorschrift einen allgemeinen Rechtsgedanken enthält, der ihre entsprechende Anwendung auf anderen Rechtsgebieten, etwa im Dienststrafrecht der Beamten, rechtfertigt (vgl. dazu Bayer. Dienststrafhof in BayVGH n. F. 10 III 35 = LINDGEN: „Bundesdisziplinarrecht III“, Nr. 201, sowie die ebenfalls bei Lindgen III, Nr. 200, 202, 241 und 631 abgedruckten Entscheidungen anderer Disziplinargerichte, je mit weiteren Nachweisen). In Übereinstimmung mit dem Bayer. Dienststrafhof (aaO) ist das Landesberufsgericht der Auffassung, daß zwar nicht der Rechtsgedanke, eine in Wahrnehmung berechtigter Interessen gemachte ehrverletzende Äußerung sei nicht widerrechtlich, wohl aber der allgemeine Grundsatz der Güter- und Pflichtenabwägung, der auch in § 193 StGB steckt, sich zu einer entsprechenden Anwendung auf außerstrafrechtlichen Gebieten eignet.

Auch im Berufsrecht der Ärzte ist grundsätzlich für eine solche Güter- und Pflichtenabwägung Raum, wenn auch nicht zu verkennen ist, daß hier die Gefahr eines Mißbrauchs besonders groß ist.

Da, wie dargelegt, die Berufspflicht zur Kollegialität ihren inneren Grund in Rücksichten auf das Gemeinwohl hat, wird sie grundsätzlich gegenüber der Verfolgung persönlicher Interessen den Vorrang haben. Nur dann ist es denkbar, daß die Wahrnehmung eines berechtigten Interesses vorgeht, wenn auch dieses höheren Zwecken der Gesellschaft oder des Staates dient.

3. Die Erstattung von Strafanzeigen ist nicht nur ein Recht jedes Bürgers; vielmehr kann im Einzelfall der Bürger dazu sittlich oder sogar rechtlich verpflichtet sein (vgl. § 138 StGB, wonach die Nichtanzeige bestimmter geplanter Verbrechen strafbar ist). Dem Arzt im Verhältnis zu einem anderen Arzt das Recht der Anzeigeerstattung überhaupt zu nehmen, ist sicher nicht der Sinn der berufsrechtlichen Vorschrift über die Pflicht zu kollegialem Verhalten. Eine gerechte Güter- und Pflichtenabwägung muß aber dazu führen, daß dem Arzt im Verhältnis zu seinem Berufsgenossen auch hinsichtlich des Rechtes, Anzeigen zu erstatten, engere Schranken gesetzt sind als dem Bürger im allgemeinen und auch dem Arzt im Verhältnis zu anderen Mitbürgern. Für den Arzt gilt eben nicht nur die allgemeine Strafvorschrift des § 164 StGB, die es jedem Bürger verbietet, einen anderen wider besseres Wissen, vorsätzlich oder leichtfertig bei einer Strafverfolgungsbehörde einer strafbaren Handlung zu verdächtigen, sondern er muß auch die ihm gegenüber dem Arztkollegen obliegenden Berufspflichten beachten, wenn er eine Anzeige erstatten will. Diese Bindung kann sehr wohl dazu führen, daß er eine Anzeige unter-

# Antiphlogistine\*

\* eingetr. Wz.



Wärmepackung - Wärmeumschlag

bei: Gelenkentzündung  
Nerventzündung  
Rippenfellentzündung  
Hals- und Brustschmerzen  
Rheumatismus

IN LIZENZ DER FIRMA

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW YORK

LYSSIA-WERKE

WIESBADEN



lassen muß, die er als Nichtarzt oder in der Richtung gegen einen Nichtarzt erstatten dürfte, ohne befürchten zu müssen, daß er sich einer falschen Anschuldigung nach § 164 StGB schuldig mache. Mit anderen Worten: Die Erstattung einer Strafanzeige durch einen Arzt gegen einen Kollegen kann, wenn sie sich als unrichtig herausstellt, auch dann ein berufswidriges Verhalten bilden, wenn er dabei nicht wider besseres Wissen, vorsätzlich oder leichtfertig gehandelt hat. Grundsätzlich muß der Arzt, bevor er sich zu einem solchen Schritt entschließt, sorgfältiger als ein anderer Bürger prüfen, ob seine Behauptungen richtig sind und ob eine Strafverfolgung des anderen Arztes veranlaßt ist. Er darf insbesondere nicht aus persönlicher Gehässigkeit oder aus sonstigen unedlen Motiven gegen den Kollegen vorgehen; der Zweck darf nicht sein, dem anderen Arzt zu schaden oder ihm Ungelegenheiten zu bereiten, sondern mit der Erstattung der Anzeige muß dem Standes- und dem Allgemeininteresse mehr gedient sein als mit ihrer Unterlassung.

RA Poellinger, München

### Umfang des Zeugnisverweigerungsrechts des Arztes

Von Rechtsanwalt Dr. Stefan Dittrich

Vorsitzender des Arbeitskreises für Gesellschaftspolitik der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Der Bundesgerichtshof hat sich mit einem Urteil vom 14. November 1963 mit dem Umfang des Zeugnisverweigerungsrechts des Arztes befaßt und dabei folgenden Leitsatz festgestellt:

Das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes umfaßt grundsätzlich alle Tatsachen, deren Kenntnis er in seiner Eigenschaft als Arzt erlangt hat, gleichviel, ob ihm die Gelegenheit dazu freiwillig vom Patienten gewährt oder auch nur im Rahmen von Untersuchungen verschafft worden ist, die der Patient zu dulden verpflichtet war. Wenn auch für den Arzt, der in einem Strafverfahren im Auftrage des Gerichts als Sachverständiger bei einem Zeugen eine Untersuchung vorgenommen hat, in diesem Strafverfahren weder eine Schweigepflicht noch ein Zeugnisverweigerungsrecht hinsichtlich der ihm im Rahmen dieses Auftrages bekanntgewordenen Tatsachen besteht, so gilt das doch nicht für einen späteren Zivilprozeß; in diesem späteren Verfahren hat der Arzt ein Zeugnisverweigerungsrecht nach allgemeinen Grundsätzen.

Im einzelnen führt er dazu aus:

Mit dem Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes will der Gesetzgeber die Intimsphäre des Patienten schützen. Der Begriff „anvertraute Tatsachen“ in § 383 Abs. 1 Nr. 5 ZPO ist daher weit zu fassen und darunter alles zu begreifen, was der Arzt in dieser seiner Eigenschaft wahrgenommen hat, gleichgültig, ob die Wahr-

nehmungsmöglichkeit auf einem besonderen Vertrauensakt beruht oder nicht. Das Zeugnisverweigerungsrecht des Arztes nach § 383 Abs. 1 Nr. 5 ZPO umfaßt deshalb grundsätzlich alle Tatsachen, deren Kenntnis der Arzt auf Grund seiner Vertrauensstellung oder im Zusammenhang damit erlangt hat, gleichviel, ob ihm die Gelegenheit dazu freiwillig vom Patienten gewährt oder auf Grund gesetzlicher Vorschriften zwangsweise verschafft worden ist; entscheidend ist nur, daß der Arzt Kenntnis von der geheimhaltungsbedürftigen Tatsache in der seine Verpflichtung zur Verschwiegenheit bedingenden Eigenschaft und Tätigkeit erlangt hat. Es ist deshalb für die Schweigepflicht des Arztes unerheblich, ob der Patient, dessen ärztliche Untersuchung in einem gerichtlichen Verfahren erzwungen werden konnte, freiwillig dem Arzt die Untersuchung gestattet oder ob er sich nur dem gesetzlichen Zwang unterworfen hat, wie es auch gleichgültig ist, ob der Patient die Untersuchung hätte verweigern können, jedoch von diesem Recht keinen Gebrauch gemacht hat.

Ein Aussageverweigerungsrecht besteht allerdings nicht für denjenigen Arzt, der in einem gerichtlichen Verfahren als amtlicher Sachverständiger eine Untersuchung bei einem Zeugen vorgenommen hat, die der Untersuchte in diesem Verfahren kraft gesetzlicher Vorschrift dulden mußte oder die er hätte verweigern können, aber nicht verweigert hat. Die Prozeßordnungen bestimmen dabei jeweils durch Einzelvorschriften, wieweit sich überhaupt jemand einer solchen ärztlichen Untersuchung gegen seinen Willen unterziehen muß. Soweit die Gesetze jemanden zur Duldung einer ärztlichen Untersuchung in einem gerichtlichen Verfahren zwingen, hindert dessen Widerspruch weder die Untersuchung noch die Bekanntgabe des Ergebnisses dieser Untersuchung an das Gericht. In diesen Fällen geht das staatliche Interesse an der Aufklärung des Sachverhaltes vor. Diese gesetzliche Duldungspflicht ersetzt die sonst erforderliche Zustimmung des Untersuchten. Gleichzeitig erstreckt sich diese Duldungspflicht notwendigerweise auch darauf, daß der untersuchende Arzt das Ergebnis dem Gericht mitteilen darf. Deshalb besteht für einen Arzt, der in einem Strafverfahren als gerichtlicher Sachverständiger einen zur Duldung der Untersuchung verpflichteten Zeugen untersucht hat, bei Erstattung seines Gutachtens weder eine Schweigepflicht noch ein Zeugnisverweigerungsrecht. Diese Ausnahme gilt aber nur im Umfang seines amtlichen Auftrages, also nur im Umfang des jeweiligen Verfahrens und im Umfang der Pflicht zur Duldung dieser Untersuchung.

Diese Begrenzung der Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht auf das jeweilige Verfahren ist auch deshalb geboten, weil es sich dabei um eine vom Gesetzgeber nur im beschränkten Umfange gewollte und vertretbare Ausnahmeregelung handelt. Dementspre-

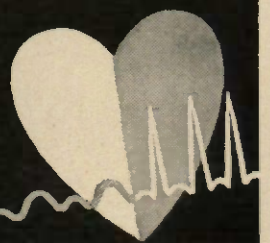
ADENYL-CHEMIE · Stuttgart-Bad Cannstatt

# Adenylocrat®

Adenylsäuren-Organextrakt - Crataegus

20 ccm / 50 ccm

reguliert  
Myocardstoffwechsel  
Coronardurchblutung





息道於智幸

Konfuzius: Auf dem Weg zur Ruhe liegt das Glück der Weisheit



Das A und O der Ruhe

**Aolan**

Beruhigungstabletten  
für Tag und Nacht  
Pharma Beiersdorf  
Hamburg



chend kann die für den amtlichen Sachverständigen bestehende Beseitigung der Schweigepflicht und damit des Zeugnisverweigerungsrechtes nur für das einzelne — nach Tat und Täter begrenzte — gerichtliche Verfahren gelten, soweit der Sachverständige auf Grund eines auf entsprechender gesetzlicher Ermächtigung beruhenden gerichtlichen Auftrages eine Untersuchung durchgeführt hat. Für den späteren Zivilprozeß gilt dagegen wieder die allgemeine Regel, nach der für den Arzt grundsätzlich die Schweigepflicht und ein Zeugnisverweigerungsrecht besteht.

### **Der medizinische Sachverständige hat Anspruch auf einheitliche Entschädigung**

(C.) Dem medizinischen Sachverständigen steht nach dem Urteil des Landgerichts Darmstadt vom 24. 5. 1963 (L 1/S — 8/63) grundsätzlich eine einheitliche Entschädigung für Aktenstudium, Aufnahme der Anamnese, Untersuchung und Befunderhebung, Ausarbeitung des Gutachtens und zur Anfertigung dieses Gutachtens speziell notwendigem Literaturstudium sowie Diktat und Korrektur des Gutachtens zu. Denn er muß gerade hierbei seine besonderen fachlichen Fähigkeiten und Kenntnisse einsetzen, um derentwillen ihm im Einzelfall ein Entschädigungssatz bis zu 10 DM zuzubilligen ist.

Dies schließt jedoch eine Überprüfung der Zusammensetzung des Gutachtens im einzelnen und in besonderen Fällen eine Aufteilung der Entschädigung für die einzelnen Leistungsabschnitte der Gutachtertätigkeit nicht aus. Ein solcher Fall liegt z. B. vor, wenn das Gutachten zu einem unverhältnismäßig großen Teil aus der Wiedergabe des Akteninhalts besteht.

### **Mieterhöhung für Praxisräume**

(C.) Die Miete von Geschäfts- bzw. Praxisräumen, die nach Abschluß des Mietvertrages von den Preisvorschriften ausgenommen worden sind, kann bekanntlich durch einseitige schriftliche Erklärung des Vermieters an den Mieter um einen bestimmten Betrag angemessen erhöht werden (§§ 24, 18 des 1. Bundesmietengesetzes — 1. BMG — jetzt § 24 in der Fassung des Artikels IX Nr. 1 h des Gesetzes über den Abbau der Wohnungszwangswirtschaft vom 23. 6. 1960). „Angemessen“ im Sinne dieser Vorschriften ist eine Miete dann, wenn sie die ortsübliche Miete nicht übersteigt. Umstritten war bisher in Rechtsprechung und Schrifttum:

einmal die Frage, welcher Stichtag maßgebend sein soll für die Ermittlung der ortsüblichen Miete, ferner,

ob der Vermieter eine Mieterhöhungserklärung nach § 24 1. BMG nur einmal abgeben oder ob er sie mehrmals wiederholen kann.

Im Urteil vom 15. 1. 1964 (VIII ZR 61/63) hat der Bundesgerichtshof diese Fragen, die häufig zu Meinungsverschiedenheiten und gerichtlichen Auseinandersetzungen zwischen Vermieter und Mieter von Geschäftsräumen führten, nunmehr wie folgt entschieden:

#### **Ermittlung der ortsüblichen Miete: Welcher Tag ist als Stichtag anzunehmen?**

Abgelehnt wird vom Bundesgerichtshof die im Schrifttum vertretene Auffassung, als Stichtag für die

Ermittlung der ortsüblichen Miete sei der 1. Dezember 1952 anzunehmen. Denn bis zu diesem Tage habe sich die erste freie Marktmiete nach Wiederherstellung der Preisfreiheit auf dem Markte der Geschäftsraum-mieten gebildet, d. h. etwa ein Jahr nach der Preisfreigabe. Nach dem Urteil des Bundesgerichtshofs kann es nicht Sinn und Zweck des erst am 1. August 1955 in Kraft getretenen 1. BMG sein, die Erhöhung der Miete nur nach einem etwa drei Jahre vorherliegenden Stichtag und damit nur auf einen Betrag zuzulassen, der durch die seitdem eingetretene Preisentwicklung längst überholt war, weil damit der Zweck des Gesetzes, die Wirtschaftlichkeit des Grundbesitzes wiederherzustellen, kaum erreicht werden konnte. Deshalb wird auch überwiegend die Auffassung vertreten, als Stichtag sei der 1. August 1955 anzunehmen.

Mindestens nahe liegt es aber nach Ansicht des Bundesgerichtshofs auch, die Miete nach dem Tag zu bemessen, an dem oder zu dem der Vermieter die Mieterhöhung verlangt. Denn das Gesetz enthält insoweit keine Einschränkung. Es ist dem Vermieter insbesondere keine Ausschlussfrist für die Abgabe der Erhöhungserklärung gesetzt. Allerdings würde sich dann ein Vermieter, der bereits 1955 die Miete auf die ortsübliche Miete „angehoben“ hat, möglicherweise schlechter stehen als der Vermieter, der mit seiner Erklärung noch gewartet hat und nunmehr infolge des weiter gestiegenen Mietzinsniveaus für die Folgezeit eine höhere Miete erhält. Das allein kann aber noch kein Grund dafür sein, den Stichtag für alle Vermieter einheitlich auf den 1. August 1955 anzunehmen.

Ein Vermieter, der mit der Abgabe seiner Erklärung noch zuwartet, erleidet dadurch mindestens in der Zwischenzeit einen Mietausfall, der erheblich sein kann. Denn im allgemeinen ist eine während der Preisbindung für Geschäftsräume (vor dem 1. Dezember 1951) vereinbarte Miete nicht unerheblich niedriger als die ortsüblich angemessene Miete, die sich bis zum 1. August 1955 gebildet hatte. Das Abwarten des Vermieters mit seiner Erhöhungserklärung kommt danach auch dem Mieter zugute, der aus der Tatsache, daß sein Vermieter von seinem Recht aus § 24 1. BMG zunächst noch keinen Gebrauch gemacht hat, kaum den Schluß ziehen konnte, er werde es auch in Zukunft nicht tun.

Der Bundesgerichtshof hat, wie aus diesen Ausführungen hervorgeht, dem Vermieter demnach die Wahl offen gelassen, ob er als Stichtag für die ortsübliche Miete den 1. August 1955 oder den Tag ansehen will, an dem er die Mieterhöhung verlangte. Abschließend hat der Bundesgerichtshof diese Frage aus dem Grunde nicht entschieden, weil es sich bei dem ihm vorliegenden Fall nicht um das erste Mieterhöhungsverlangen des Vermieters handelte. Er hatte daher auch noch zu der Frage Stellung zu nehmen:

#### **Kann eine Mieterhöhungserklärung vom Vermieter wiederholt werden bei einem langfristigen Mietvertrag?**

Bei der Stellungnahme zu dieser Frage weist der Bundesgerichtshof darauf hin, daß zwischen einer Mieterhöhung für Wohnraum und einer solchen für Geschäftsraum Unterschiede bestehen. Denn nach § 18 1. BMG könne eine Miete für Wohnraum unter Umständen mehrfach erhöht werden. Das erkläre sich damit, daß bei Wohnraum die einseitig erhöhte Miete wiederum preisgebunden, nämlich die nunmehr preis-



rechtlich zulässige Miete, sel. Wenn später preisrechtlich nochmals eine höhere Miete zulässig wurde, dann mußte auch diese vom Vermieter nachträglich verlangt werden können.

Handelt es sich dagegen um langfristige Mietverträge über Geschäftsräume, so wird, wie der Bundesgerichtshof weiter ausführt, in Rechtsprechung und Schrifttum die Auffassung vertreten, der Vermieter könne nur einmal einseitig eine rechtswirksame Mieterhöhungserklärung abgeben. Durch diese werde die vereinbarte Miete auf die ortsüblich angemessene Miete erhöht, die damit dann für die ganze restliche Vertragszeit maßgebend sei. Der Bundesgerichtshof hat dazu im Urteil mit Aktenz.: VIII ZR 71/59 erklärt, daß ein Vermieter von Geschäftsräumen, der bereits eine Erhöhungserklärung abgegeben habe, jedenfalls dann an der Abgabe einer weiteren Mieterhöhungserklärung nicht gehindert sei, wenn er sich in der ersten Erhöhungserklärung, mit der er lediglich einen unter der angemessenen erhöhten Miete liegenden Mietzins verlangt hatte, eine weitere Erhöhungserklärung vorbehalten hatte.

Anders ist es bei Geschäftsraummiets, die sofort auf die (volle) freie Marktmiete erhöht werden konnten. Würde ein Vermieter von Geschäftsräumen, der vor der Preisfreigabe einen langfristigen Mietvertrag abgeschlossen hat, seine Miete nunmehr entsprechend den laufend steigenden Miets durch immer neue Mieterhöhungserklärungen fortlaufend erhöhen können, so stünde er sich erheblich besser als ein Vermieter, der kurz nach der Preisfreigabe, als die Geschäftsraummiets noch nicht so hoch gestiegen waren, langfristig vermietet hat und der nunmehr für die ganze Vertragszeit daran gebunden ist. Ließe man laufend Mieterhöhungserklärungen zu, so würden auf diese Weise die Geschäftsraummiets bel vor der Mietfreigabe abgeschlossenen Mietverträgen zu sogenannten „Staffelmieten“. Darauf kann aber ein Vermieter nur dann Anspruch haben, wenn das vertraglich festgelegt ist.

Eine mehrfache Mieterhöhungserklärung für Geschäftsraummiets ist daher, von entsprechenden Vereinbarungen abgesehen, grundsätzlich unzulässig.

### Das Praxisschild des Mieters von Praxisräumen

C.) Nicht selten gibt es nach der Vermietung von Praxisräumen Meinungsverschiedenheiten zwischen Mieter und Vermieter über die dem Mieter zustehenden Möglichkeiten, am Mietobjekt in angemessener Form Hinweise auf die Ausübung seiner Berufstätigkeit anzubringen, insbesondere dann, wenn darüber im Mietvertrag nichts enthalten ist. Aus diesem Grunde dürfte ein kurzer Hinweis auf die Rechtslage von Interesse sein.

Nach § 536 des Bürgerlichen Gesetzbuches hat der Vermieter die Vertragspflicht, dem Mieter die gemietete Sache in einem zu dem vertragsmäßigen Gebrauch

geeigneten Zustand zu überlassen und sie während der Mietzeit in diesem Zustand zu erhalten. Der vertragsmäßige Gebrauch umfaßt auch die Mitbenutzung und entsprechende Instandhaltung sonstiger nicht ausdrücklich mitvermieteter Hausteile, wie Zugänge, Treppen, Hausflure. Auch Außenwände des Gebäudes in der Ausdehnung der gemieteten Räume (Fassaden) kann der Mieter ohne besondere Abmachung mit dem Vermieter benutzen zur Anbringung von Namens- bzw. Firmenschildern. Die Benutzung der Hauswände für hausfremde Reklame ist dem Mieter dagegen nicht gestattet.

Der Mieter von Praxisräumen hat ohne weiteres das Recht, an der Außenwand des Hauses in der Nähe des Eingangs, der zu seinen Geschäftsräumen führt, und bei Praxisräumen, die sich in einer Etage befinden, auch am Hauseingang, ein Namens- und Firmenschild sowie eine Nachtglocke anzubringen. Dem Mieter von Praxisräumen steht das Recht zu, sein Namensschild mit Hinweisen auf die Art der Ausübung seiner Berufstätigkeit zu versehen, d. h. mit den üblichen zusätzlichen Angaben über Beruf und Sprechstunden. Der Hausbesitzer kann dem Mieter von Praxisräumen in Ermangelung diesbezüglicher vertraglicher Vereinbarungen nicht verbieten, die Hausfront zu derartigen Hinweisen auf seine Praxis zu benutzen. Etwa in ihren Rechten dadurch beeinträchtigte sonstige Mieter können auf Unterlassung sowohl gegen den seine Rechte überschreitenden Mieter als auch gegen den Hausbesitzer klagen.

Solange ein gekündigtes Mietverhältnis noch andauert, wird dem Mieter von Praxisräumen auch gestattet sein müssen, seine zukünftigen Praxisräume an der Außenwand entsprechend anzuzeigen. Nachdem der Mieter ausgezogen ist, wird eine derartige Befugnis nur dann erzwingbar sein, wenn entweder in dieser Hinsicht eine besondere Verkehrssitte besteht, oder diesbezügliche Abmachungen mit dem Vermieter getroffen wurden.

Nimmt der Mieter seine Rechte wahr, und gestattet später der Hausbesitzer die Benutzung der Außenwand anderen Personen oder Firmen, so verliert der Mieter seine Rechte, wenn er nicht sofort gegen die anderweitige Benutzung der Fläche beim Hausbesitzer Einspruch erhebt. In seiner Untätigkeit würde eine Zustimmung zu der fremden Benutzung zu erblicken sein, die ihn hindert, eine Abänderung des dann bestehenden Zustandes im Rahmen des Mietvertrages mit Erfolg zu verlangen.

### Muß der Vermieter gewerbliche (berufliche) Nutzung von Wohnräumen dulden?

(C.) „Grundsätzlich ist eine nicht genehmigte gewerbliche Nutzung von Wohnräumen vertragswidrig, zum Beispiel braucht der Vermieter die Verlegung der Praxis



## 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-GRÄFELFING



eines Arztes oder Rechtsanwalts in die Wohnung nicht zu dulden (LG Hessen in „Haus und Wohnung“, 1951, 289). Unter besonderen Umständen fehlt aber ein rechtliches Interesse des Vermieters an der Untersagung einer gewerblichen Tätigkeit, und zwar dann, wenn die gewerbliche Nutzung ohne Veränderung der Beschaffenheit des Wohnraums und ohne nachteilige Wirkung auf die übrigen Mieter des Hauses möglich ist“ (Urteil des Landgerichts Berlin vom 14. 3. 1963 — 61 S 238/62).

### Wettbewerbsschutz bei Anmietung von Praxisräumen

(C.) Bei der Anmietung von Praxisräumen handelt es sich um ein gewerbliches Mietverhältnis, das jedem anderen irgendwie gearteten gewerblichen Mietverhältnis gesetzlich gleichgestellt ist. Ein solches Mietverhältnis genießt ohne weiteres den gleichen beruflichen Wettbewerbsschutz, wie er bei der Vermietung geschäftlicher Räume gilt, sofern nur die Zweckbestimmung der Räume vertraglich festgelegt ist.

Der Vermieter einer Arzt- oder Zahnarztpraxis ist in diesem Falle verpflichtet, die Vermietung von Räumen zur Ausübung einer zweiten Arztpraxis der gleichen Art in demselben Hause zu unterlassen. Verstößt er gegen diese Verpflichtung, so macht er sich schadensersatzpflichtig.

Dabei bedarf es keiner besonderen vertraglichen Vereinbarung eines Wettbewerbsverbots, wenn aus den näheren Umständen des Mietverhältnisses zu entnehmen ist, daß der aus der Wettbewerbsbeschränkung Berechtigte in der Entfaltung seiner Tätigkeit nicht beschränkt sein sollte. Gerade der letztere Umstand aber ist bei freiberuflichen gewerblichen Mietverhältnissen von besonderer Bedeutung...

Dabei ergibt sich das Wettbewerbsverbot aus den Grundsätzen von Treu und Glauben im Verkehr gemäß § 242 BGB, weil dem gewerblichen Mieter und damit auch einem freiberuflichen gewerblichen Mieter, also einem Arzt, die gemieteten gewerblichen Räume zur zweckentsprechenden beruflichen Nutzung zur Verfügung gestellt werden müssen. Der Vermieter hat in solchen Fällen dafür Sorge zu tragen, daß sein gewerblicher Mieter nicht durch Vermietung anderer gewerblicher Räume des gleichen Hauses an einen Mieter des gleichen Berufes geschädigt wird, wenn die bestimmte gewerbliche Nutzung vertraglich vereinbart worden ist (Urteil des Landgerichts Düsseldorf vom 26. 3. 1963 — 12 S. 392/62).

### Wahrheitspflicht bei Heilmittelwerbung

(C.) Auf dem Gebiet der Heilmittelwerbung haben die Grundsätze zur Wahrheitspflicht und zur Vermeidung von mißverständlichen und mehrdeutigen Angaben besondere Bedeutung. Eine bildliche Gegenüberstellung

erweckt den Eindruck, als handle es sich um Vergleichsfälle vor und nach der Heilung, wobei es nicht darauf ankommt, ob der Durchschnittsleser die beiden Abbildungen auf ein und dieselbe Person bezieht.

Der Hinweis „ungewöhnliche, rasche, zum Teil verblüffende Erfolge, wie Fälle aus der klinischen Praxis beweisen“, erweckt die irriige Vorstellung, als ob die klinischen Heilerfolge, ohne weitere Überlegung auf die ambulante Eigenbehandlung übertragen werden können (Urteil des Landgerichts Hamburg vom 9. 1. 1963 — 15 Q 633/62).

### Rechtsfolgen eines Schuldbekenntnisses am der Unfallstelle

(F.) Immer wieder bekennen sich beteiligte Kraftfahrer nach Verkehrsunfällen den verletzten oder geschädigten Personen gegenüber für schuldig. Diese Schuldbekenntnisse werden oft in den verschiedensten Formen gegeben. Sei es aus Mitleid, Bestürzung oder auch nur, um den Geschädigten zu veranlassen, nicht die Polizei zu verständigen, wird erklärt, man komme für alle Schäden auf oder der Geschädigte soll sich an ihn halten, er werde die Sache der Versicherung weitergeben. Der Geschädigte, der sich auf eine solche Erklärung verläßt, ist später oft enttäuscht, wie wenig eine solche Erklärung wert ist, der Schuldbekennende aber auch oft überrascht, welche Verteidigungsmöglichkeiten er sich dadurch genommen hat.

Das, was der Geschädigte mit einem solchen Schuldbekenntnis seines Gegners erreichen möchte, wird aber selten erreicht. Er ist meist nur dann bereit, etwa auf eine polizeiliche Unfallaufnahme zu verzichten, wenn er sicher geht, daß er sich später nicht mit der Versicherung „herumschlagen“ muß. Er möchte nicht, daß hinterher Mitverschulden oder auch nur mitwirkende Betriebsgefahr des eigenen Fahrzeugs geltend gemacht und ein Teil des Schadens nicht ersetzt wird. Dies kann aber nur durch ein echtes sogenanntes schuldbegründendes Anerkenntnis erreicht werden. Die später zu verfolgenden Ansprüche ergeben sich dann nicht mehr aus den Umständen, die zu dem Unfall führten, sondern allein aus dem Schuldanerkenntnis. Ein solches echtes Schuldanerkenntnis kann aber nur schriftlich abgegeben werden, und etwa mit dem Inhalt: „Ich anerkenne, Herrn Schulze den Ersatz allen Schadens aus dem Unfall vom 10. 11. 1963 zu schulden.“

Wird lediglich mündlich versprochen, den Schaden zu ersetzen, so liegt kein Schuldanerkenntnis mit dieser Wirkung vor. Ein solches Versprechen hat aber in aller Regel die Wirkung, daß der sich ersatzpflichtig Bekennende sich nicht mehr zu seinen Gunsten auf Umstände berufen kann, die er im Zeitpunkt der Erklärung kannte. Wußte er, daß der andere nicht vorfahrtsberechtigter war und hat er sich dennoch für schuldig

**-Heel**

Bei Schwindel jeder Genese,  
Menière, Reisekrankheiten —

**Vertigoheel®**

**-Heel**

Unruhezustände · banale Infekte

**VIBURCOL®**

Kinderzäpfchen ohne Therapieschäden



und ersatzpflichtig erklärt, so kann er später nicht Mitverschulden des Geschädigten geltend machen, weil dieser die Vorfahrt nicht beachtet hat. Hat sich aber derjenige, der sich für schuldig erklärt hat, über Tatsachen geirrt, hat er z. B. geglaubt, er habe die Vorfahrt des Geschädigten mißachtet, und stellt sich später heraus, daß dies nicht der Fall war, so kann er sein abgegebenes Schuldanerkenntnis wegen Irrtums anfechten. Durch eine solche Anfechtung wird er in seiner Verteidigung wieder freil. Häufig kann aber nach den Umständen die Erklärung eines beteiligten Kraftfahrers, der Geschädigte möge sich an ihn wenden, er werde die Angelegenheit seiner Versicherung weitergeben, nur so verstanden werden, daß der Schaden ohne weiteres ersetzt werden wird, falls eine Ersatzpflicht überhaupt besteht. Besondere rechtliche Folgen hat eine solche Erklärung überhaupt nicht. Wer schuldig ist und wer nicht, muß notfalls vom Gericht ohne Rücksicht auf die abgegebene Erklärung festgestellt werden.

Schuldanerkenntnisse nach Verkehrsunfällen bringen aber meist Ärger mit der eigenen Haftpflichtversicherung. Nach den Versicherungsbedingungen ist es den Kraftfahrzeugführern und -haltern untersagt, Schuld-

anerkenntnisse oder Schuldbekennnisse abzugeben, bevor nicht die Versicherung eingeschaltet ist. Geschlecht dies dennoch und muß die Versicherung deshalb, weil das Schuldbekennnis in rechtsverbindlicher Form vielleicht voreilig abgegeben worden ist, Ersatz leisten, so kann die Haftpflichtversicherung gegen den versicherten Kraftfahrer Regreß nehmen.

### Anmietung eines Ersatzwagens

(C.) Das Oberlandesgericht Hamm hat im Urteil vom 5. 7. 1962 (9 U 64/62) folgende interessante Entscheidung getroffen und damit eine bisher nicht geklärte Zweifelsfrage ausgeräumt:

Auch der geschädigte Kraftwagenbesitzer, der den beschädigten eigenen Kraftwagen nicht zu Geschäftszwecken benutzt, sondern dem der Wagen ausschließlich zu Annehmlichkeiten, Kurzweil und Vergnügen verhalf, darf auf Kosten des Schädigers einen Ersatzwagen anmieten. Dieser Ansprüche geht er jedoch endgültig verlustig, wenn er von seinem Recht, einen Mietwagen zu nehmen, keinen Gebrauch macht. Ein auf Geld gerichteter Ersatzanspruch steht ihm als Gläubiger eines nichtmateriellen Schadens nicht zu.

## STEUERFRAGEN

### Sparen und anlegen

„Meine Herren Abenteurer...“ — Was ist eigentlich ein Aktionär?

Nun also die Aktie. Damit wird das Risiko sozusagen hautnah. Kennen Sie Kostolany — d. h. sein köstliches und kluges Buch über die Börse? Es ist die Lebensbeichte eines Spekulanten, der offenbar dreierlei miteinander zu vereinbaren wußte: leidenschaftlich, liebenswert und erfolgreich zu sein in seinem Fach, das bis zu einem gewissen (ganz bescheidenen) Grade unser aller Fach ist, sobald wir eine Aktie bei einer Bank aufbewahren lassen und gelegentlich meinen: Man sollte sie vielleicht doch jetzt verkaufen, denn... es könnte zum Beispiel sein, daß wir sie in vier Wochen billiger zurückkaufen können, oder daß eine andere Aktie künftig bessere Kurschancen hat, oder daß es vielleicht überhaupt besser ist, erstmal eine Weile nur auf gute Verzinsung (also auf Rentenwerte) umzusteuern, oder, oder, oder...

Wissen Sie, daß die Gründer, also die Aktionäre der ersten Aktiengesellschaften im 17. Jahrhundert, sich offiziell „Abenteurer“ nannten und daß der Präsident der wohl ältesten Aktiengesellschaft der Welt, der Hudson-Bay Company (Gründungsjahr 1670) die Generalversammlung noch heute alljährlich mit der Anrede eröffnet: „Meine Herren Abenteurer...“? — Nun, wenn

man bedenkt, daß es heute gegen praktisch jedes Risiko im bürgerlichen Leben eine Versicherungsmöglichkeit gibt, nur gegen das Kursrisiko bei Aktien nicht, so möchte man beinahe geneigt sein, den Aktienbesitz immer noch als eine Art (sehr, sehr bürgerliches) Abenteuer zu betrachten, als eine Sache für „harte Männer“ sozusagen, die als Pendant zu ihrem täglichen Umgang mit Bären und Wodka wie selbstverständlich noch den Kurszettel und das Dividendenkonto brauchen.

So wie sie Herr sind über die Herbheiten des Daseins, so selbstverständlich fühlen sie sich — ist erst eine Aktie im Depot — als Herr über ein großes Unternehmen, sie spüren die Eigentümerrolle, marschieren in die Hauptversammlungen, um mitzureden (und, gelegentlich, anschließend mitzuspeisen), bombardieren Vorstände und Aufsichtsräte mit Fragen, Anträgen, Protesterklärungen, Stimmenthaltungen und Gegenstimmen — kurzum: sie genießen das Abenteuer, ein Aktionär zu sein in unserer Zeit.

Diesen Aktionärstyp gibt es. Er ist sogar bestrebt, sozusagen über seine eigene Potenz weit hinauszuwachsen, indem er es darauf anlegt, nicht nur seine eigenen, sondern auch noch die Aktien anderer Leute in den Hauptversammlungen zu vertreten. Das ist ein interessantes soziologisches (und manchmal auch pathologisches) Phänomen, das uns hier nur insoweit inter-

# Salistoperm

Das percutane Heilanaestheticum

# Inasthmon

Das percutane Expectorans



essieren soll, als es uns an ein Grundthema allen Aktlenbesitzes heranführt: An die — oft mißverständene — Eigentümerrolle des Aktionärs „selner“ Gesellschaft gegenüber und, demgemäß, an das Spannungsverhältnis, das sich aus dem Umstand ergibt, daß der „Eigentümer“ eine Figur ist, die sich durch bloßen Aktienverkauf vom Unternehmen jederzeit wieder lösen kann, während das Unternehmen, die Aktiengesellschaft, eine eigene Existenz und damit zwangsläufig Rechte hat, die es aus der direkten Einflußsphäre des Aktionärs heraushalten. Repräsentiert wird die Aktiengesellschaft (von Rathenau einmal recht treffend als ein „Unternehmen an sich“ klassifiziert) durch ihre Geschäftsführung, den Vorstand. Der Vorstand ist dem — von den Aktionären zu wählenden — Aufsichtsrat verantwortlich, und er muß einmal jährlich, in der Hauptversammlung der Aktionäre, den Aktionären auch unmittelbar Rede und Antwort stehen — soweit Rede und Antwort sich im Interesse des Unternehmens verantworten lassen. Der Vorstand wird vom Aufsichtsrat ernannt, der Aufsichtsrat von den Aktionären gewählt. — Es ist also alles hübsch demokratisch geordnet.

Wenn vorhin von Rechten der AG gesprochen wurde, die das Unternehmen aus der direkten Einflußsphäre der Aktionäre heraushalten, so ist das sehr cum grano salis zu verstehen. Sobald ein Aktionär oder eine Gruppe von Aktionären mehr als ein Viertel oder gar als die Hälfte des Aktienkapitals einer Gesellschaft besitzen, besteht durchaus ein Herrschaftsverhältnis. Es manifestiert sich schon darin, daß der Großaktionär sich oder einen Vertreter in den Aufsichtsrat wählen läßt, wo dieser Mann dann, meist wohl als Vorsitzender, den Vorstand nicht nur ausschlaggebend beruft, sondern manchmal auch noch viel mehr in die Geschäftsführung des Vorstandes hineinredet, als das Aktiengesetz es will. Dort, wo eine AG nur einen einzigen Aktionär hat, ist in der Tat eine vollkommene Interessengleichheit zwischen dem Unternehmen und seinem Eigentümer gegeben. In der weitaus größten Zahl der Fälle aber sind „Eigentümer“ einer AG neben einem oder mehreren Großaktionären noch viele — manchmal hunderttausend und mehr — andere Leute. Diese „anderen Leute“, zu denen wir schließlich gehören, wenn wir Aktien besitzen, sollen uns hier interessieren. Ihre Gesamtheit ergibt die sogenannte „Publikums-Aktiengesellschaft“ und damit den Unternehmenstyp, dem in der Großwirtschaft noch mehr als bisher die Zukunft gehört. Dies deshalb, weil der technische Fortschritt und die Ausweitung der Märkte bei immer härter werdender Konkurrenz enorme Finanzierungsanforderungen an die Aktiengesellschaften stellen. Es ist aber grundsätzlich klar, daß ein Unternehmen Kapitalbeträge alle paar Jahre mit jeweils mehreren hundert Millionen Mark nicht bei drei oder fünf oder fünfzig Einzelaktionären aufnehmen kann

(und seien diese noch so reich — sie müssen nämlich auch liquide sein!), sondern daß es dazu auf ein Heer von 80 000 oder 130 000 oder — Beispiel Volkswagenwerk — über eine Million Einzelaktionäre zurückgreifen muß.

Das wissen, heißt die prinzipiell starke Stellung erkennen, die der kleine Einzelaktionär gerade großer und größter Aktiengesellschaften als Typus hat. Kluge Unternehmensführungen ziehen daraus die Konsequenz und behandeln die Aktionäre (und solche, die es werden könnten — also die ganze Öffentlichkeit) in einer sehr angemessenen Weise: Sie geben bereitwillig Auskunft über alle Fragen, die Aktionäre und Öffentlichkeit mit Recht interessieren könnten — sie üben eine Publizität, die weit über das Maß hinausgeht, welches im Interesse der Aktionäre ohnehin gesetzlich vorgeschrieben ist.

Dennoch bleibt das latente Spannungsverhältnis, von dem wir sprachen, bestehen. Es erhält gelegentlich noch einen besonderen Akzent dadurch, daß der Großaktionär — in der Tat oder vermeintlich — durch sein Gewicht die Kleinaktionäre zu deren Nachteil majorisiert. Wir wollen aber betonen, daß solches bei den großen Publikumsgesellschaften praktisch ganz ausgeschlossen ist, denn wir haben ja soeben gesehen, daß diese Gesellschaften ein vitales Interesse daran haben, Zehn- und Hunderttausende von kleinen Kapitalgebern gut zu behandeln. Da sich das Anageinteresse des durchschnittlichen Bürgers auf solche Publikums-Aktiengesellschaften konzentrieren wird, brauchen wir uns mit dieser Sonderthematik höchstens insoweit zu beschäftigen, als Fälle denkbar sind, in denen neue Großaktionäre sozusagen still heranwachsen — etwa in der Absicht, die Publikums-Aktionäre einmal aus der Gesellschaft zu verdrängen (auch das gibt es, wie Einzelfälle immer wieder zeigen; es kommt z. B. vor, daß ein Konzern sich ausdehnen will, indem er Aktiengesellschaften allmählich oder in großen Paketen über die Börse oder aus der Hand bisheriger Großaktionäre zusammenkauft).

Wenn man merkt, daß ein Aufkäufer „im Markt“ ist, ist es am besten, man nutzt die Kurssteigerungen, die sich aus solchen Transaktionen in der Regel ergeben, um seinen eigenen Besitz in diesen Papieren zu verkaufen. Es kann dem einzelnen kleinen Aktionär schließlich gleich sein, daß er damit einen Konzentrationsvorgang fördert — wenn er nur seinen Nutzen daraus zieht und zu einem Kurs verkauft, der nach Abschluß der Macht- oder Interessenkäufe dann mit Sicherheit nicht mehr zu erreichen sein wird. Die Banken müßten einen unterrichten, wenn Chancen solcher Art da sind; allerdings wird es gut sein, laufend Gesprächskontakt mit einem Bankmann zu halten — wenn Sie nämlich nicht gerade ein Wertpapier-Millionär sind, lohnt es sich (in der Tat) meist nicht,

Cor-Vel<sup>®</sup>

liquidum

bei Herzinsuffizienz im Intervall, Cor nervosum sowie Altersherz

„NEOS“-DONNER K.G., 1 BERLIN 36



# Der Dreiklang



harmonisch aufeinander abgestimmter Wirkungen: appetithemmend, diuretisch, mild laxierend, macht FUGOA-Depot zu einem wirklich wirkungsvollen Anti-Adiposum.

Optimale Verträglichkeit durch Depot-Form.

**FUGOA**  
»Depot«



**E. SCHEURICH**  
PHARMWERK GMBH · APPENWEIER · BADEN

## ORIENT-TEPPICHE

seit 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.

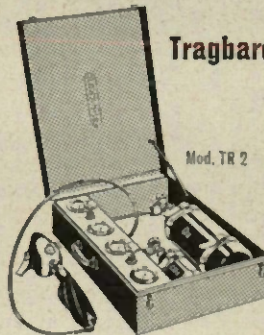
Direkt-Importe aus dem ganzen Orient

Riesen-Auswahl in allen Größen

Spezialität: Orientteppiche in Übergrößen

### MAX STEINHAUSEN

8 MÜNCHEN 2, Briener Straße 10, Telefon 22 61 61 — 29 70 23  
(Genau gegenüber Café Luitpald)



**HORNUNG** gegr. 1919

Tragbare Sauerstoff-Inhalationsgeräte

zur Verwendung

- in Arztpraxen
- in Rettungsdiensten
- im Katastropheneinsatz
- bei Betriebsunfällen
- bei Verkehrsunfällen
- in Badeanstalten etc.

ohne und mit CO<sub>2</sub>- (Kohlensäure-) Zusatzrichtung, im stabilen, dauerhaften Stahlblechkoffer. Erstklassige Funktion, genaue Dosierung. Anschluß an die Stahlflasche ohne Schlüssel mittels pat. Handverschraubung I.

Autogen-Apparate- und Maschinenfabrik

Ferdinand Hornung

Frankfurt am Main-Höchst, Königsteiner Str. 48

Telefon 313039

Wenn's um Geld geht

# SPARKASSE



... auch beim bargeldlosen Zahlungsverkehr über Ihr Girokonto



Ihretwegen die Hand zur Telefon-Wählscheibe auszustrecken...

Ihr Verhältnis zur Aktiengesellschaft ist also ein recht loses. Sie sind überhaupt nur „wirtschaftlich“ und nicht etwa juristisch Mit-Eigentümer des Vermögens einer AG. Sie bilden mit den anderen Aktionären nämlich einen regelrechten Verein — und dieser Verein erst ist der wirkliche Unternehmenseigentümer. Gelegentlich taucht dieser Zusammenhang, der recht bedeutsam ist, auch in Firmenbezeichnungen auf — beispielsweise beim „Gutehoffnungshütte Aktienverein“.

Soviel für heute. Beim nächsten Mal ein paar Worte über das neue Aktienrecht, das in Bonn seit fünf Jahren geboren wird.

Ansch. d. Verf.: Bernd Baehring, 8 München 25, Krüner-Strasse 51

## Die Vermögensteuerbescheide für 1963 bis 1965 kommen

### Winke für die Nachprüfung

(C.) Die im vergangenen Jahr abgegebenen Vermögenserklärungen und die Erklärungen zur Einheitsbewertung des gewerblichen Betriebsvermögens werden jetzt von den Finanzämtern bearbeitet. Das Ergebnis dieser Arbeit ist ein neuer Vermögensteuerbescheid und eine neue Festsetzung des Einheitswertes des gewerblichen Betriebsvermögens, die den Steuerpflichtigen demnächst zugehen werden. Die Neufestsetzung der Einheitswerte des Grundbesitzes ist einstweilen noch ausgesetzt worden. Eine Nachprüfung der zugehenden Bescheide möchten wir empfehlen.

Die Vermögensteuer beträgt jährlich 1 vom Hundert des steuerpflichtigen Vermögens. Die Steuer ermäßigt sich auf jährlich 7,5 vom Tausend für den Teil des steuerpflichtigen Vermögens, der den Betrag der festgesetzten Vermögensabgabeschuld (§ 31 Lastenausgleichsgesetz) nicht übersteigt. Als steuerpflichtiges Vermögen gilt bei natürlichen Personen der Vermögensbetrag, der nach Abzug der Freibeträge vom Gesamtvermögen verbleibt.

### Gesamtvermögen

Vier Vermögensarten der zusammen zu veranlagenden Personen werden zu einem Gesamtvermögen zusammengefaßt, nämlich das land- und forstwirtschaftliche Vermögen, das Grundvermögen, das Betriebsvermögen (mit den Betriebsgrundstücken) und das „Sonstige Vermögen“. Es ist darauf zu achten, daß die ersten drei Vermögensarten mit den für diese festgesetzten Einheitswerten angesetzt werden. Beim Grundbesitz ist damit in den meisten Fällen immer noch der Einheitswert vom 1. Januar 1935 maßgebend.

Für das „Sonstige Vermögen“ gibt es keinen Einheitswert. Es umfaßt alle Gegenstände (Wirtschaftsgüter), die nicht zu den drei erstgenannten Vermögensarten gehören.

### Freibeträge

Es ist vor allem zu prüfen, ob die Vorschriften über die verschiedenen Freibeträge angewandt wurden. Vermögensteuer wird nur erhoben, wenn das steuerpflichtige Vermögen die Summe der dem Steuerpflichtigen zustehenden Freibeträge übersteigt. Ein Freibetrag von je 20 000 DM wird gewährt für jede Person, d. h. für den Steuerpflichtigen selbst, für seine mit ihm zusam-

menlebende Ehefrau und für jedes Kind, das das 18. Lebensjahr am 1. 1. 1963 noch nicht vollendet hatte.

Auf Antrag ist ein Freibetrag von 20 000 DM zu gewähren für ein Kind über 18 bis 25 Jahren, wenn es zu mehr als der Hälfte auf Kosten des Steuerpflichtigen unterhalten und für seinen Beruf ausgebildet wird. Als unschädlich gelten eigene Einkünfte und Bezüge des Kindes bis zur Höhe von 200 DM monatlich. Der Freibetrag wird auf Antrag auch gewährt für ein Kind, das am Stichtag Wehrdienst (Ersatzdienst) geleistet hat, wenn durch die Einberufung zum Wehrdienst die Berufsausbildung unterbrochen wurde, und der Steuerpflichtige vor der Einberufung die Kosten des Unterhalts und der Berufsausbildung zu mehr als der Hälfte getragen hat.

Hatte der Steuerpflichtige es bisher versäumt, diesbezügliche Anträge zu stellen, so kann er dies noch nach Erhalt des Steuerbescheids bis zu dessen Rechtskraft nachholen.

Ein Altersfreibetrag von 5000 DM ist Steuerpflichtigen zu gewähren, wenn sie das 60. Lebensjahr vollendet haben (oder voraussichtlich für mindestens drei Jahre erwerbsunfähig sein werden) und das Gesamtvermögen nicht mehr als 100 000 DM beträgt. Bei Ehegatten wird dieser Freibetrag von 5000 DM gewährt, wenn ein Ehegatte das 66. Lebensjahr vollendet hat (oder drei Jahre erwerbsunfähig ist) und ihr Gesamtvermögen nicht mehr als 200 000 DM beträgt. Wenn beide Ehegatten diese Voraussetzungen erfüllen, erhöht sich der Freibetrag auf 10 000 DM.

Ein erhöhter Altersfreibetrag von 25 000 DM ist zu gewähren, wenn der Steuerpflichtige das 65. Lebensjahr vollendet hat oder mindestens drei Jahre erwerbsunfähig sein wird, sein Gesamtvermögen nicht mehr als 100 000 DM beträgt und die ihm etwa zustehenden vermögenssteuerfreien Renten einen monatlichen Betrag von 300 DM nicht übersteigen. Bei Zusammenveranlagung von Eheleuten verdoppeln sich auch diese Beträge auf 50 000 DM, wenn das Vermögen bis zu 200 000 DM, die Rente höchstens 600 DM beträgt und beide Eheleute über 65 Jahre alt sind. Es ist auch möglich, daß nur ein Ehegatte den erhöhten Freibetrag erhält, wenn nur in der Person der Ehefrau oder des Ehemanns allein die Voraussetzungen erfüllt sind.

### Die vermögenssteuerfreien Renten

Unter die vorstehend erwähnten vermögenssteuerfreien Renten, auf deren Jahreswert es ankommt, fallen: Sozialversicherungsrenten (Angestelltenrente, Invalidenrente usw.), Renten aus Kranken- und Unfallversicherungen, Renten aus Witwen-, Waisen- und Pensionskassen, betrieblichen Alters-, Invaliden- oder Hinterbliebenenrenten, gleichgültig, ob sie unmittelbar vom Betrieb oder von einem Versicherungsunternehmen ausgezahlt werden, gesetzliche Versorgungsbezüge (Beamtenpensionen, Versorgungsansprüche nach Artikel 131 Grundgesetz), Bezüge aus privaten Rentenversicherungen, die zur Altersversorgung abgeschlossen wurden und aus diesem Grunde vermögenssteuerfrei bleiben, sowie um sonstige Renten und wiederkehrende Bezüge (Altentell, Nießbrauch, Veräußerungs- und Versorgungsrenten), die durch einen besonderen Freibetrag begünstigt sind. Nicht dazu gehören Renten aufgrund des Lastenausgleichsgesetzes, des Altspargesetzes, des Allgemeinen Kriegsfolgengesetzes, des



Bundesentschädigungsgesetzes und des Bundesrück-erstattungsgesetzes. Bei der Prüfung, ob dem Steuerpflichtigen steuerfreie Rentenansprüche im Jahreswert von mehr als 3600 DM bzw. 7200 DM zustehen, kommt es nur auf die entstandenen und bereits fälligen Rentenansprüche an. Dazu gehören alle Renten und Pensionen, die bereits ausgezahlt werden.

Maßgebend für die Gewährung des Freibetrages sind die Verhältnisse zu Beginn des Veranlagungszeitpunktes. Die Höhe des Jahreswertes der steuerfreien Renten und Pensionen ist mit dem zwölffachen Betrag anzusetzen, der für den mit dem Veranlagungszeitpunkt beginnenden Monat Januar gezahlt wird. Änderungen im Laufe des Jahres bleiben unberücksichtigt.

Erwerbsunfähig ist, wer außerstande ist, durch eine Tätigkeit, die seinen Kräften und Fähigkeiten entspricht und ihm unter billiger Berücksichtigung seiner Ausbildung und seines bisherigen Berufs zugemutet werden kann, die Hälfte dessen zu erwerben, was er als körperlich und geistig gesunder Mensch mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit verdienen würde. Dabei kommt es weder darauf an, daß der erwerbsunfähige Steuerpflichtige oder sein Ehegatte in der Vergangenheit überhaupt einen Beruf ausgeübt hat, noch daß er den Lebensunterhalt aus anderen Quellen als aus den Einnahmen aus einer Berufsausübung bestreiten kann.

### **Aufwendungen eines Arztes für die Wiederherstellung seiner Gesundheit**

(C.) Aufwendungen, die ein berufstätiger Steuerpflichtiger für seine Gesundheit macht, gehen nach dem Urteil des Bundesfinanzhofs (Aktenz.: VI 10/61 U) wie die Ausgaben für Verpflegung, Wohnung, Erholung usw. gleichzeitig den privaten und beruflichen Lebensbereich des Steuerpflichtigen an und müssen deshalb den nicht als Betriebsausgaben oder Werbungskosten abziehbaren Kosten der Lebenshaltung zugerechnet werden, sofern sie nicht — ganz oder teilweise — klar und eindeutig durch die berufliche Tätigkeit veranlaßt sind. Für Kosten zur Abwendung von Krankheiten oder zur Wiederherstellung der geschädigten Gesundheit wird ein solcher Zusammenhang angenommen, wenn, wie bei sogenannten typischen Berufskrankheiten, nach den gesicherten Erfahrungen der Medizin und der Berufsgenossenschaften die Entstehung der Krankheit wesentlich durch den Beruf mit bedingt ist.

Die neue Rechtsprechung des Bundesfinanzhofs erkennt darüber hinaus die Krankheitskosten als Betriebsausgaben oder Werbungskosten an, wenn im einzelnen Fall der Zusammenhang zwischen dem Beruf und der Entstehung der Erkrankung offenkundig ist, besonders bei allen körperlichen Schäden, die der Steuerpflichtige bei der Ausübung seines Berufs oder auf dem Weg zur Arbeitsstätte durch Unfall erlitten hat.

Ein Zusammenhang zwischen der beruflichen Tätigkeit und der Entstehung der Krankheit ist im allgemeinen leicht festzustellen, wenn die Krankheit durch eine äußere Einwirkung, besonders durch einen Unfall, hervorgerufen worden ist. Bei inneren Leiden, die nicht typische Berufskrankheiten sind, ist aber ein solcher Zusammenhang oft schwer festzustellen. Eine innere Krankheit wird in ihrer Entstehung und ihrem Ablauf von mannigfachen Faktoren bestimmt. Wesentlich sind z. B. die Konstitution des Betroffenen, sein Alter und seine Lebenshaltung; auch die Art des Be-

rufs und das Maß der beruflichen Belastung können zwar oft von Einfluß sein. Es ist aber nach den bisherigen Erkenntnissen der Medizin kaum möglich, den Einfluß der verschiedenen Faktoren so zuverlässig gegeneinander abzugrenzen, daß die Besteuerung daran anknüpfen könnte. Im allgemeinen muß man deshalb annehmen, daß bei inneren Erkrankungen, soweit sie nicht als typische Berufskrankheiten anerkannt werden, nicht eindeutig und klar abzugrenzen ist, wieweit ihre Entstehung ausschließlich oder überwiegend auf die berufliche Tätigkeit zurückzuführen ist.

Der Beschwerdeführer (Bf.) beruft sich auch darauf, daß die Krankheitsbeihilfen, die die Behörden an ihre Beamten und Angestellten geben, steuerfrei blieben. Er sieht eine Verletzung der steuerlichen Gleichbehandlung darin, wenn unter diesen Umständen bei ihm die Krankheitskosten nicht als Werbungskosten abgesetzt würden. Dieser Einwand greift aber nicht durch. Selbst wenn durch diese Steuerbefreiung der Gleichheitsgrundsatz verletzt würde, weil bestimmte Bezüge nicht als Arbeitslohn erfaßt würden und die Befreiungsvorschrift darum verfassungswidrig und nichtig sein würde, so könnte der Bf. doch damit nicht erreichen, daß seine Krankheitskosten entgegen §§ 9 und 12 EStG als Werbungskosten abgesetzt würden.

### **Besuch von Ärztekongressen im Ausland**

(C.) Im Urteil vom 29. 8. 1963 (IV 334/61) hat der Bundesfinanzhof folgenden Leitsatz aufgestellt:

„Macht ein Steuerpflichtiger eine Reise, die vorwiegend Erholungs- und Bildungszwecken dient, so werden die Kosten einer solchen Reise nicht dadurch zu Betriebsausgaben, daß auf ihr gleichzeitig das eine oder andere Berufsgeschäft erledigt wird. Die durch eine solche Reise veranlaßten Aufwendungen gehören vielmehr zu den Kosten der Lebenshaltung. Betriebsausgaben sind nur die Mehrkosten, die auf der Privatreise ausschließlich durch die Erledigung der Berufsgeschäfte entstehen.“

Aus der Urteilsbegründung verdienen noch folgende Ausführungen vermerkt zu werden: Voraussetzung für die Anerkennung der streitigen Aufwendungen als Betriebsausgaben (§ 4 Abs. 4 Einkommensteuergesetz — EStG) ist, daß die Auslandsreisen des Steuerpflichtigen ausschließlich oder weitaus überwiegend beruflich bedingt waren. Wichtig für die Abzugsfähigkeit dieser Aufwendungen ist die Vorschrift des § 12 Ziff. 1 EStG, nach der weder bei den einzelnen Einkunftsarten noch vom Gesamtbetrag der Einkünfte Aufwendungen für die Lebensführung abgezogen werden dürfen, soweit sie durch die wirtschaftliche oder gesellschaftliche Stellung des Steuerpflichtigen verursacht wurden. Dies gilt auch dann, wenn die Aufwendungen der Förderung des Berufs oder der Tätigkeit des Steuerpflichtigen dienen. Bei der Anerkennung als Betriebsausgaben oder Werbungskosten ist ein strenger Maßstab anzuwenden, soweit es sich um Vorgänge handelt, die auch in den Bereich der Lebensführung fallen. Dies gilt im besonderen Maße für Reisen, die nach ihrer äußeren Gestaltung der Erholung, der Wissensbereicherung oder dem Vergnügen zu dienen geeignet sind. Aufwendungen für solche Reisen können, wenn sie nicht im Rahmen einer lehrgangsmäßigen Organisation durchgeführt werden, als beruflich bedingt nur anerkannt werden, wenn die Möglichkeit einer privaten Bildungsreise nahezu ausgeschlossen ist.



## MITTEILUNGEN

### Regelung der Kindergeldzahlung durch die Kindergeldkasse der Bayer. Landesärztekammer nach Inkrafttreten des Bundeskindergeldgesetzes

Die Neuregelung der Kindergeldzahlung tritt ab 1. Juli 1964 in Kraft.

Von diesem Tag an übernimmt der Bund die Aufwendungen für die Zahlung des Kindergeldes. Die Durchführung dieses Gesetzes wird von diesem Zeitpunkt an von der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung übernommen. Gleichzeitig werden die Familienausgleichskassen und die nach dem Kindergeldgesetz vom Jahr 1955 geschaffenen Eigeneinrichtungen, somit auch die Kindergeldkasse der Bayer. Landesärztekammer, aufgelöst.

Das Bundeskindergeldgesetz hat die Kindergelder wie folgt festgesetzt:

für das 2. Kind	25.— DM monatlich
für das 3. Kind	50.— DM monatlich
für das 4. Kind	60.— DM monatlich
für das 5. und weitere Kinder	70.— DM monatlich

Die Einkommensgrenze für den Anspruch auf Kindergeld für das 2. Kind bleibt bei DM 7200.— im Jahr.

Für die Zeit vom 1. 1. 1964 bis zum 30. 6. 1964 ist im Bundeskindergeldgesetz folgende Übergangsregelung getroffen worden:

- a) Für Zweitkinder wird das Kindergeld in unveränderter Höhe von den Arbeitsämtern wie bisher gezahlt.
- b) Für dritte und weitere Kinder wird das Kindergeld wie bisher von der Kindergeldkasse der Bayer. Landesärztekammer ausgezahlt. Für jedes dieser Kinder wurde Ende März für die Monate Januar, Februar und März 1964 je ein monatliches Kindergeld von DM 50.— von der Kindergeldkasse ausgezahlt.
- c) Für vierte Kinder besteht seit 1. 1. 1964 ein Anspruch auf monatlich DM 60.—, für fünfte und weitere ein solcher auf monatlich DM 70.—. Der Unterschiedsbetrag zwischen diesen Beträgen und dem Betrag von DM 50.— je Kind wird nicht von der Kindergeldkasse der Bayer. Landesärztekammer, sondern im Wege der Nachzahlung nach dem 1. 7. 1964 von den Arbeitsämtern geleistet.

Die nächste und letzte Kindergeldzahlung durch die Kindergeldkasse der Bayer. Landesärztekammer erfolgt daher Ende Juni 1964 mit dem monatlichen Kindergeld von DM 50.— für die Monate April, Mai und Juni 1964 für jedes dritte und weitere Kind.

### Krankenhäuser für die Zukunft

Der Landtag von Baden-Württemberg hat der Regierung freie Hand gegeben, das Krankenhauswesen in Südwestdeutschland nach den modernsten Gesichtspunkten so umzugestalten, daß es in wenigen Jahren beispielgebend für andere Bundesländer sein kann.

Wie in der Zeitschrift „Das Krankenhaus“, 1/1964, mitgeteilt wird, hatte in mehrjähriger Arbeit die Innenverwaltung des Landes entsprechend dem Deutschen Ärztetag und mit Zustimmung der beteiligten Fachverbände Vorschläge zu einer völligen Neuordnung und Sanierung der Krankenhäuser ausgearbeitet. Nur durch einen Strukturwandel im Krankenhauswesen sei es möglich, den ständig wachsenden Bettenmangel zu beseitigen. Die Planungen fanden fast uneingeschränkt die Billigung des Landtages, so daß nunmehr mit der Verwirklichung begonnen werden kann.

Kein Bewohner des Südweststaates soll demnach in wenigen Jahren weiter als 20 km von einem Krankenhaus entfernt leben. Die Abgeordneten billigten ein Sanierungsprogramm mit einem Gesamtvolumen von 907 Millionen DM. 10 000 neue Betten sollen in den Krankenhäusern und mindestens 1300 Betten in den Alterspflegeheimen mitfinanziert werden.

Es ist außerdem beabsichtigt, die größten leistungsfähigen Krankenhäuser in sogenannte Hauptschwerpunkt-Krankenhäuser und Schwerpunkt-Krankenhäuser umzuwandeln und in ausreichender Zahl über das ganze Land zu verteilen. Die kleineren Krankenhäuser mit einer Bettenzahl bis zu etwa 100 Betten sollen dagegen in Zukunft für Leichtkranke und Genesende, Pflege- und Alterskranke zur Verfügung stehen.

Leichtkranke sollen demnach nicht in den viel teureren Betten der Schwerpunkt-Krankenhäuser liegen und dort wertvollen Platz belegen; andererseits will man Schwerkranke der besseren Obhut größerer Häuser anvertraut wissen, die finanziell in der Lage sind, zum Beispiel Eiserner Lungen, Röntgenabteilungen und andere teure medizinisch-technische Geräte zu halten und zu bedienen.

Baden-Württemberg erstrebt demnach für die Bevölkerung eine „gestufte Krankenhausversorgung“. Diese moderne Planung wird sicher große Beachtung in Fachkreisen und Öffentlichkeit finden. Ob sich die neue Strukturänderung bewähren wird, hängt weitgehend davon ab, wie sie später in der Praxis gehandhabt wird. Eine zu schematische Verteilung der Patienten in Schwer- und Leichtkranke Häuser kann beispielsweise auch mancherlei Nachteile bringen. Bei der Krankenhauseinweisung kann vielfach nicht vorausgesagt werden, wie sich die Krankheit entwickelt. Ursprünglich leicht verlaufende Krankheiten können zu Komplikationen führen und bedürfen dann einer Behandlung unter Einsatz aller erforderlichen diagnostisch-therapeutischen Möglichkeiten. Der einweisende Arzt wird es nicht immer leicht haben, die Patienten in das „richtige“ Krankenhaus zu legen, solange die Diagnose noch unklar ist.

Die Krankenhäuser für Leichtkranke werden vermutlich das Bestreben haben, sich medizinisch gut auszustatten, damit Komplikationen im Krankheitsverlauf ausreichend beherrscht werden können. Ein weiteres Problem liegt auf psychologischem Gebiet. In den Schwerkrankenstationen bzw. -hospitälern würden unter Umständen zwei und mehr Schwerkranke und besonders pflegebedürftige Patienten in einem Zimmer



gemeinsam untergebracht werden, was sich auf den Genesungsprozeß vielleicht nachteilig auswirken kann. In dieser Hinsicht müssen die bisher gemachten Erfahrungen gut ausgewertet werden. DMI

### Mehr Gesundheitsschäden bei berufstätigen Frauen

Es ist bekannt, daß immer mehr Frauen, die eine Doppeltätigkeit in Beruf und Haushalt ausüben, die ärztliche Sprechstunde aufsuchen. Die Ursache hierfür ist die Unterbrechung des natürlichen Rhythmus zwischen Ruhe und Arbeit. Der Gedanke, nach Büroschluß noch die Arbeit im Haushalt bewältigen zu müssen, führt zu einer erhöhten Nervenbelastung. Hinzu kommt, daß der berufstätigen Hausfrau meist zu wenig Zeit übrigbleibt, um eine vollwertige Mahlzeit herzustellen.

Das richtige Essen zur rechten Zeit wird im Berufsalltag häufig durch die arbeitsmäßige Überforderung gefährdet. Oft muß ein kleiner Imbiß, der meist nicht die richtigen Nährstoffe enthält, eine komplette Mahlzeit ersetzen. Das Hungergefühl wird nicht selten durch Kaffee oder Zigaretten unterdrückt. Erhöhte Nervosität und vermehrte Erkrankungen, speziell des Magen-Darm-Kanals, können sich hieraus entwickeln.

Nach Erhebungen des Max-Planck-Instituts für Arbeitsphysiologie in Dortmund zeigte sich, daß etwa 25% der ledigen berufstätigen Frauen 2—3 Stunden und ebenso viele 3 und mehr Stunden für häusliche Arbeiten aufwenden. Besonders gefährdet ist die verheiratete berufstätige Frau mit Kindern. Von den Verheirateten wendeten schon 60% der kinderlosen mindestens 3 Stunden für Hausarbeiten auf, bei den Verheirateten mit 1—2 Kindern waren es schon 90% und bei mehr Kindern 100%. Zeiten, die der arbeitende Mann für seine Erholung verwenden kann. Hinzu kommt, daß das sogenannte freie Wochenende für all die Arbeiten benötigt wird, die während der Woche liegenbleiben mußten. Damit wird die notwendige Erholungszeit der berufstätigen Hausfrau noch weiter herabgesetzt.

Es muß daher versucht werden, auch von seiten der Ernährung alles zu tun, um eine zusätzliche gesundheitliche Gefährdung der berufstätigen Frau zu vermeiden. Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung hat sich eingehend mit dem Problem anlässlich einer Arbeitstagung in mehreren Referaten angesehener Wissenschaftler befaßt und diese Referate in einer Broschüre: „Die Frau und ihre Ernährung“ zusammengefaßt, die viele praktische Hinweise bringt. DMI

### „Genesungsrente“ für Krebskranke

Jeder Krebskranke sollte im Anschluß an die erste Krankenhausbehandlung automatisch für ein volles Jahr berufs- und erwerbsunfähig geschrieben werden. Nach einem Jahr müßte dann eine genaue Nachuntersuchung erfolgen. Damit sich die wirtschaftliche Lage des Krebskranken nach einer chirurgischen oder Strahlenbehandlung nicht verschlechtert, ist die Einführung einer „Genesungsrente“ zu fordern.

Diese dringende Empfehlung gab Prof. Dr. med. Kirchhoff anlässlich einer Tagung des deutschen Zentralausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung. Eine Ausnahme könnten vielleicht die günstiger verlaufenden Fälle von Hautkrebs bilden. DMI

## Vertreter dringend gesucht.

Vormerkung bei der Bayer. Landes-  
ärztekammer — Vertreterzentrale —  
8 München 23  
Königinstraße 85, Telefon 36 11 21

### Die Chancen der „Harmonisierung“ in Frankreich

Es ist ein Irrtum, anzunehmen, in Frankreich sei die Einheitsversicherung oder gar die Staatsbürgerversicherung bereits verwirklicht. Von 14 Millionen Versicherten sind nur 8 Millionen im allgemeinen Regime der Sécurité Sociale erfaßt; es gibt noch immer nahezu 100 Sondersysteme, weil es dem Sozialgesetz vom 22. 5. 1946, das damals von allen Parteien in Bausch und Bogen angenommen worden ist, nicht gelungen ist, sich durchzusetzen. Im Jahre 1960 hat man sich sogar genötigt gefühlt, ein Koordinierungs-Komitee hinsichtlich der Leistungen zu bilden. In diesem Komitee kam man aber im Herbst 1963 überein, nicht an die bestehenden Institutionen zu rühren. Läßt man also die dominierende Position des allgemeinen Regimes der Sécurité Sociale außer Betracht, so ergibt sich eine Vielschichtigkeit, die die Gliederung in der Bundesrepublik übertrifft.

Die vorhandenen Sonderkassen genießen zum Teil die Unterstützung der Gewerkschaften. Die Einstellung des Staates ihnen gegenüber hat sich seit der Fünften Republik geändert. Bis 1958 war es sein Ziel, das allgemeine System durch die Hereinnahme weiterer Bevölkerungsgruppen immer mehr auszuweiten. Seit 1960 erfahren die Sonderkassen sogar eine gewisse Unterstützung. Einer innerfranzösischen „Harmonisierung“ — also einer institutionellen Vereinheitlichung — scheint gegenwärtig in Frankreich nicht viel Aussicht gegeben zu sein.

Hier sind also gleichgerichtete Bestrebungen wie in Deutschland festzustellen, nämlich die vorhandene Gliederung zu erhalten oder nach Möglichkeit zu stärken. Selbst die „Force Ouvrière“ verneint in einer Denkschrift mit dem Titel „Die Zukunft der sozialen Sicherheit“, die sich mit der Harmonisierung der Sozialleistungen in der EWG befaßt, die von ihr wie folgt gestellte Frage: „Muß die Harmonisierung im nationalen Bereich der Harmonisierung im Bereich der Gemeinschaft vorausgehen?“ Sie stellt allein die Forderung, die europäische Harmonisierung ohne Verzögerung anzugehen, wobei das allgemeine System als Leitsystem zu nehmen sei, dem auf nationaler Ebene die weniger leistungsfähig arbeitenden Sondersysteme anzunähern sind. Dieser gewerkschaftlichen Denkschrift zufolge wird auch von französischer Seite zwar die Einbeziehung aller Bevölkerungsgruppen und die Anhebung der Leistungen auf ein Maximum gewünscht, nicht aber eine Unifizierung der geltenden Systeme bzw. Versicherungseinrichtungen.



### Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat März 1964

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach, die in den vergangenen Wintermonaten höher als in den Jahren zuvor lag, ging von 95 Fällen im Februar auf 69 im März, je 100 000 der Bevölkerung und ein Jahr, zurück. Übertragbare Kinderlähmung trat im Berichtsmonat nicht auf.

Die Zahl der Erkrankungen an Bauchtyphus war im

März etwas niedriger als im Februar, die der Ruhrfälle etwas höher. Salmonellose (übertragbare Dünndarm-entzündung) trat nur geringfügig häufiger als im Vor- monat auf. Deutlich seltener wurden dagegen Erkran- kungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberent- zündung) gemeldet; im Februar trafen 42, im März 32 Fälle auf 100 000 der Bevölkerung und ein Jahr.

### Die meldepflichtigen, übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 1. bis 28. März 1964 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11	
	Oiphtherie		Scharlach		Übertragbare																	
					Kinderlähmung dar. paral. Fälle		Hirnhautentzündung				Typhus ab- dominalis		Paratyphus A und B		Bakteri- elle Ruhr (ohne Amö- bearuhr)		Enteritis infectiosa					
	Meningo- kokken- Meningitis		übrige Formen				Gehirn- entzündung		Salmo- nellose								übrige Formen					
E <sup>1)</sup>	ST <sup>2)</sup>	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	2	—	224	—	—	—	7	—	4	—	—	—	2	—	1	—	13	—	12	—	—	—
Niederbayern	1	—	19	—	—	—	2	—	1	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—
Oberpfalz	4	—	34	—	—	—	8	—	1	—	—	—	8	—	—	—	2	—	3	—	—	—
Oberfranken	2	—	69	—	—	—	3	1	2	—	—	—	—	—	—	—	1	—	6	—	—	—
Mittelfranken	1	—	83	—	—	—	7	1	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Unterfranken	1	—	43	—	—	—	5	—	2	—	—	—	—	—	1	—	1	—	11	—	2	2
Schwaben	—	—	52	—	—	—	3	—	6	1	2	—	—	—	1	—	5	—	3	—	1	—
Bayern	11	—	524	—	—	—	35	2	16	1	3	1	10	—	3	—	23	—	38	—	3	2
München	2	—	109	—	—	—	6	—	3	—	—	—	2	—	1	—	—	—	10	—	—	—
Nürnberg	—	—	41	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Regensburg	2	—	8	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	9	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19	
	Botu- lismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (übrige Formen)		Ver- dachts- fälle von Tollwut <sup>3)</sup>		Tularämie		Q- Fieber		Toxoplas- mose		Wundstarr- krampf	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	40	—	1	—	—	—	—	—	19	—	1	—	—	—
Niederbayern	—	—	27	1	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	1
Oberpfalz	—	—	22	—	—	—	8	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Oberfranken	—	—	52	—	1	—	26	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	18	—	2	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	29	—	—	—	9	—	1	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	2	—	57	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	2	—	245	1	4	—	44	—	2	—	19	—	6	—	1	1
München	—	—	12	—	—	—	—	—	—	—	17	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

1) E = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle 2) ST = Sterbefälle  
3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers



A black and white photograph of a hand holding a single pink, circular dragee. The hand is positioned in the upper right quadrant of the frame. The background is dark and textured. A thin red line runs horizontally across the middle of the image.

ne  
**1x1**

der vegetativen Dystonie  
1x1 Dragee morgens

Originalpackungen  
mit 10 und 25 Dragees

**OMCA®**

wirkt zentral



## PRESSERUNDSCHAU

### Pressestimmen zum belgischen Ärztestreik

Die politischen Hintergründe des Ärztestreiks. („Handelsblatt“, Düsseldorf, v. 6. 4. 64): C. E. Brüssel — Der Generalstreik der belgischen Ärzte droht eine Krise in unserem Nachbarland einzuleiten, deren Folgen noch nicht abzusehen sind. Kommt es nicht bald zu einer Beilegung des Konflikts, wird Belgien einer neuen ersten Innenpolitischen Auseinandersetzung kaum entgehen können. Das ist vor allem deshalb riskant, weil der leidige Sprachen- und Volkstumsstreit noch längst nicht beigelegt ist und sich leicht wieder entzünden könnte.

Die belgischen Ärzte sind mit dem für sie ungewöhnlichen Mittel eines Streiks zunächst nur einem Beispiel gefolgt, das ihnen zuvor u. a. die Polizei- und Finanzbeamten gegeben haben. Die Streiks der Staatsdiener blieben aber im vorigen Jahr auf ihre Herde beschränkt. Auch die Streiks in der Metall-Industrie und in der Chemie, die z. T. über Wochen gingen, griffen nicht über den betrieblichen oder regionalen Rahmen hinaus. Beim Ärztestreik hingegen sieht die Sache anders aus. Parallelen könnten sich hier zu dem Lehrerstreik Ende 1960 ergeben, mit dem seinerzeit der bis Januar 1961 dauernde, mehrwöchige Generalstreik begonnen hat. Damals standen die Gewerkschaften gegen die christlich-liberale Regierungskoalition auf der Seite der Lehrer. Jetzt sind sie auf Seiten der christlich-sozialistischen Koalition die prononciertesten Gegner der streikenden Ärzte. Hier liegt wohl auch einer der Schlüssel zum Verständnis der komplizierten Ausgangslage: In der letzten entscheidenden Verhandlungsrunde waren es die Gewerkschaften, die sich dem Kompromiß verschlossen und die taktisch in diesen Fragen nicht sonderlich erfahrenen Ärztevertreter in die Sackgasse des Streiks trieben.

Ministerpräsident Lefèvre hat bis zuletzt versucht, eine Einigung zu erzielen, die offensichtlich auch schon in Sichtweite war. Hätten die Ärzte bei der Auseinandersetzung um die Änderung der bereits in Kraft getretenen KrV-Reform nur mit der Regierung zu tun gehabt, wäre sicher manches anders gelaufen. Ministerpräsident Lefèvre hatte selbst im Parlament zugegeben, daß solche Änderungen noch notwendig seien. Bei der überragenden und nicht immer eindeutigen Rolle, welche die Parteien und die Gewerkschaften in Belgien in der Hierarchie der KrV spielen, wurden der Regierung jedoch Zügel angelegt. Für die Verhandlungen wurde eine große Kommission gebildet, der neben Regierung und Ärztevertretern auch Vertreter der Krankenkassen und der Tarifpartner angehören. In diesem Kreis konnten die Ärzte allenfalls noch auf die Unterstützung der Arbeitgebervertreter rechnen. Die Regierung aber war Gefangene der hinter ihr stehenden Koalitionsparteien und der sie bestimmenden Kräfte vor allem des linken Flügels.

„Es ist schwer zu umreißen, wo eigentlich der schwache Punkt beim Abbruch der Verhandlungen lag“, sagte der Ministerpräsident nach deren Scheitern in der vierten Morgenstunde des 1. April. Zur Diskussion standen die aus der Reform für die Ärzte erwachsenden Verpflichtungen, sich in Verträgen den Krankenkassen zu unterwerfen, Witwen, Waisen, Invaliden und Pensionäre kostenlos zu behandeln und den staatlichen Gesundheitsbehörden Einsicht in ihre Bücher zu gewähren. Die Gegenforderung der Ärzte vor allem auf höhere Vertragshonorare, eine größere Zahl freier Nachmittage für die Behandlung von Privatpatienten und die Wahrung des Ärztegeheimnisses stießen vor allem auf den Widerstand der Krankenkassen und der Gewerkschaften, aber auch einiger sozialistischer Regierungsmitglieder.

Angesichts dieser Ausgangslage wird die christlich-sozialistische Partei bestrebt sein, die Entwicklung wieder in die Hand zu bekommen. Daß ihr die anderen Parteien dazu Gelegenheit geben, ist wenig wahrscheinlich. Um so größer ist die Gefahr, daß Belgien über einen sich

am Rande der großen Probleme entwickelnden Konflikt in eine politische Krise gerät, in der seine großen und schmerzlichen Wunden aufbrechen, die auszuhellen bisher noch keinem Politiker gelungen ist.

Das Kassen-System war rückständig. (Neue Rhein-Ztg., Köln, v. 7. 4. 64): . . . Die Auseinandersetzung, die zu einer Machtprobe zwischen der christlich-sozialistischen Koalitionsregierung Lefèvre und den Medizinern geworden ist, wird nur vor dem Hintergrund des rückständigen Gesundheitssystems verständlich, über das Belgien heute verfügt und das erstaunlicherweise erst aus dem Jahre 1945 datiert. Denn erst nach dem Ende des letzten Weltkrieges wurde in Belgien eine obligatorische KrV für Arbeitnehmer eingeführt.

Wie in Frankreich zahlt heute auch jeder Belgier, der zum Arzt geht, für jede Konsultation noch in der Sprechstunde sofort den vollen Betrag, den der Arzt verlangt. Von seiner Kasse erhält er später 75% dieser Summe zurück — vorausgesetzt allerdings, daß der Arzt sich an die Richtonorare der Kassen hält. Dazu aber ist bis heute kein belgischer Arzt verpflichtet. Viele Mediziner kassieren höhere Honorare, so daß der private Kostenanteil oft mehr als 25% der Richtonorare beträgt.

Das von den Ärzten heute bestreikte, von dem sozialistischen Gesundheitsminister Leburton konzipierte und vom Parlament bereits verabschiedete Gesetz sieht nun vor, daß wenigstens die Ärmsten kostenlos behandelt werden. Etwa einer Million Rentnern, Invaliden, Waisen und Witwen sollen die in Belgien von Parteien und Gewerkschaften getragenen Sozialkassen künftig nicht mehr nur 75%, sondern 100% der Arzthonorare und Apothekerrechnungen zurückerstatten. Die höhere Belastung der Kassen wird durch Staatszuschüsse gedeckt. Um diese Subventionen nicht in den Himmel wachsen zu lassen, wollten die Schöpfer des Gesetzes die Arzthonorare nicht nur für die Ärmsten, sondern für alle Mitglieder der Sozialkassen gesetzlich einfrieren. Die Beträge, die das Gesetz den Ärzten zugestehen will, liegen im Durchschnitt jedoch weit unter dem, was die belgischen Mediziner seit Jahren pro Visite oder Konsultation von ihren Patienten fordern. So verlangt ein guter Spezialist in Brüssel pro Konsultation zwischen 250 und 300 belgische Francs, das sind etwa 20,— bis 24,— DM. Die Regierung will ihm jedoch nur 8,— bis 10,— DM zugestehen.

In den dramatischen Verhandlungen Ende März, die schließlich zum Abbruch der Gespräche und zum Streik führten, stellte die Regierung den Ärzten einen wenig glücklichen Kompromiß in Aussicht. Drei oder vier Nachmittage pro Woche sollten die Ärzte künftig allein für wohlhabendere Patienten praktizieren, von denen sie freie Honorare fordern dürften. Praktisch bot die Regierung damit die Einführung des Klassensystems in die Sprechstunden an, das es bislang nicht gibt. — Um Mißbräuchen der kostenlosen Behandlung vorzubeugen, hatte sich Minister Leburton ferner eine Maßnahme einfallen lassen, die unangenehm an die Methoden totalitärer Staaten erinnert: Jeder Kassenpatient sollte ein Gesundheitsbuch erhalten, in das jeder Arzt bei jeder Behandlung Diagnose und Therapie eintragen sollte. Zwar sollen diese Eintragungen verschlüsselt geschehen, aber die Mediziner behaupten, daß sich die Schlüssel mühelos dechiffrieren lassen und das Ärztegeheimnis damit nicht mehr gewahrt bleibt. Jedem Belgier leuchtet ein, daß die Ärzte gegen die zweifellos mißglückten Paragraphen dieses Gesetzes opponieren. Daß sie gleich so weit gehen, ihre Patienten im Stich zu lassen, findet dagegen keine Sympathie. Alles das, was die Ärzte durchsetzen wollen, läßt sich nämlich notfalls durch einen administrativen Streik erzwingen. Z. B. brauchten sich die Mediziner nur zu weigern, Eintragungen in das Krankenbuch vorzunehmen oder die Honorarkonvention zu unterschreiben.

(Fortsetzung Seite 454)



## Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Jahre 1963

Während im Jahre 1962 die Erkrankungszahlen meldepflichtiger übertragbarer Krankheiten zum großen Teil zurückgegangen waren, traten 1963 einige Infektions-

krankheiten wieder häufiger auf, so daß die Summe aller gemeldeten Erkrankungen höher lag als 1962.

Gebiet	Jahr	Diphtherie	Scharlach	Übertragbare				Tuberkulose <sup>1)</sup> der			Typhus abdominalis	
				Kinderlähmung		Hirnhautentzündung		Gehirnentzündung	Atmungsorgane (aktive Form)	Haut		Übrigen Organe
				insgesamt	dar. paral. Fälle	Meningokokken-Meningitis	übrige Formen					
								1.	2.	3.		4.

### Grundzahlen

Oberbayern	1962	26	1 739	15	11	62	60	4	2 127	18	355	45
	1963	21	1 892	3	2	97	81	10	2 206	16	349	61
Niederbayern	1962	36	316	7	6	21	18	5	934	12	138	27
	1963	16	375	2	2	45	19	4	919	6	154	13
Oberpfalz	1962	46	332	5	5	50	20	5	873	10	91	13
	1963	13	496	3	3	39	9	1	774	15	108	5
Oberfranken	1962	35	688	10	10	40	17	4	960	24	148	16
	1963	34	853	2	2	74	50	2	838	12	107	23
Mittelfranken	1962	34	748	2	1	51	14	4	1 048	25	110	16
	1963	16	1 197	2	-	78	13	8	997	18	127	15
Unterfranken	1962	5	533	3	3	35	15	5	955	16	148	18
	1963	3	562	-	-	52	48	7	951	15	117	23
Schwaben	1962	11	585	19	17	35	9	13	1 048	15	176	22
	1963	16	964	1	1	43	24	4	990	23	171	20
Bayern	1962	193	4 941	61	53	294	153	40	7 945	120	1 166	157
	1963	119	6 339	13	10	428	244	36	7 675	105	1 133	160

### Auf 100 000

Oberbayern	1962	0,9	61,4	0,5	0,4	2,2	2,1	0,1	75,1	0,6	12,5	1,6
	1963	0,7	65,3	0,1	0,1	3,3	2,8	0,3	76,1	0,6	12,0	2,1
Niederbayern	1962	3,7	32,6	0,7	0,6	2,2	1,9	0,5	96,5	1,2	14,3	2,8
	1963	1,6	38,5	0,2	0,2	4,6	2,0	0,4	94,3	0,6	15,8	1,3
Oberpfalz	1962	5,1	36,9	0,6	0,6	5,6	2,2	0,6	97,1	1,1	10,1	1,4
	1963	1,4	54,7	0,3	0,3	4,3	1,0	0,1	85,3	1,7	11,9	0,6
Oberfranken	1962	3,2	63,0	0,9	0,9	3,7	1,6	0,4	88,0	2,2	13,6	1,5
	1963	3,1	77,9	0,2	0,2	6,8	4,6	0,2	76,5	1,1	9,8	2,1
Mittelfranken	1962	2,4	53,6	0,1	0,1	3,7	1,0	0,3	75,2	1,8	7,9	1,1
	1963	1,1	84,9	0,1	-	5,5	0,9	0,6	70,7	1,3	9,0	1,1
Unterfranken	1962	0,5	48,2	0,3	0,3	3,2	1,4	0,5	86,4	1,4	13,4	1,6
	1963	0,3	50,1	-	-	4,6	4,3	0,6	84,8	1,3	10,4	2,1
Schwaben	1962	0,8	42,4	1,4	1,2	2,5	0,7	0,9	75,9	1,1	12,8	1,6
	1963	1,1	68,8	0,1	0,1	3,1	1,7	0,3	70,7	1,6	12,2	1,4
Bayern	1962	2,0	51,1	0,6	0,5	3,0	1,6	0,4	82,2	1,2	12,1	1,6
	1963	1,2	64,7	0,1	0,1	4,4	2,5	0,4	78,3	1,1	11,6	1,6

<sup>1)</sup> Nur Neuzugänge, keine Zugänge aus anderen Tbc-Gruppen; die Ergebnisse sind den Monatsberichten der Tbc-Fürsorgestellen entnommen (für 1963 vorläufige Zahlen).



Die Zahl der Scharlachfälle nahm im Berichtsjahr, nachdem sie in den vergangenen zwei Jahren verhältnismäßig niedrig gewesen war, wieder zu. Auf 100 000 Personen der Bevölkerung trafen 1962 51, 1963 65 Erkrankungen. Ähnliche Schwankungen in mehrjährigem Abstand, bei denen vorübergehend noch höhere Werte erreicht wurden, waren in den vergangenen Jahren einige Male zu beobachten gewesen. Dagegen setzte sich 1963 der Rückgang der Diphtherieerkrankungen ziem-

lich unvermindert fort. Übertragbare Kinderlähmung trat nur mehr ganz vereinzelt, insgesamt bei 13 Personen, auf. Etwas häufiger als im Vorjahr wurden Erkrankungen an übertragbarer Genickstarre (Meningokokken-Meningitis) und an anderen Formen der übertragbaren Hirnhautentzündung berichtet.

Typhus und Paratyphuserkrankungen wurden 1963 in etwa gleicher Anzahl wie 1962 bekannt, Ruhrfälle in etwas geringerer Zahl. Erheblich mehr Personen als im

Paratyphus A und B	Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)	Enteritis infectiosa		Botulismus	Hepatitis infectiosa	Mikrosporidie	Milzbrand	Ornithose		Amöbenruhr	Verdachtsfälle von Tollwut 2)	Tularämie	Brucellose	
		Salmonellose	Übrige Formen					Psittacose	Übrige Formen				Bangetische Krankheit	Übrige Formen
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
28	155	113	13	1	765	-	2	4	14	-	2	-	10	-
26	182	423	2	5	710	-	-	8	5	3	2	-	13	-
14	11	18	1	-	110	1	-	2	-	-	-	-	7	-
7	15	68	46	4	194	-	-	-	-	-	-	-	4	-
21	102	103	5	4	183	-	-	1	1	-	45	-	6	1
10	105	92	3	2	145	-	1	-	1	-	41	-	1	-
11	15	36	3	2	479	-	-	1	12	-	114	-	1	-
3	10	55	38	3	1 039	-	-	-	9	-	126	-	1	-
14	93	41	2	4	192	-	-	4	5	-	60	-	15	-
14	12	110	-	1	153	-	-	2	9	-	20	-	17	2
6	18	64	9	2	635	-	-	-	7	-	26	-	2	-
28	19	329	5	5	707	-	-	1	2	-	117	1	4	-
18	35	51	9	-	187	-	1	3	1	-	11	-	14	-
16	46	58	2	-	308	1	1	1	2	2	21	-	15	-
112	429	426	42	13	2 551	1	3	15	40	-	258	-	55	1
104	389	1 135	96	20	3 256	1	2	12	28	5	327	1	55	2

der Bevölkerung

1,0	5,5	4,0	0,5	0,0	27,0	-	0,1	0,1	0,5	-	0,1	-	0,4	-
0,9	6,3	14,6	0,1	0,2	24,5	-	-	0,3	0,2	0,1	0,1	-	0,4	-
1,4	1,1	1,9	0,1	-	11,4	0,1	-	0,2	-	-	-	-	0,7	-
0,7	1,5	7,0	4,7	0,4	19,9	-	-	-	-	-	-	-	0,4	-
2,3	11,3	11,5	0,6	0,4	20,4	-	-	0,1	0,1	-	5,0	-	0,7	0,1
1,1	11,6	10,1	0,3	0,2	16,0	-	0,1	-	0,1	-	4,5	-	0,1	-
1,0	1,4	3,3	0,3	0,2	43,9	-	-	0,1	1,1	-	10,4	-	0,1	-
0,3	0,9	5,0	3,5	0,3	94,9	-	-	-	0,8	-	11,5	-	0,1	-
1,0	6,7	2,9	0,1	0,3	13,8	-	-	0,3	0,4	-	4,3	-	1,1	-
1,0	0,9	7,8	-	0,1	10,9	-	-	0,1	0,6	-	1,4	-	1,2	0,1
0,5	1,6	5,8	0,8	0,2	57,4	-	-	-	0,6	-	2,4	-	0,2	-
2,5	1,7	29,3	0,4	0,4	63,0	-	-	0,1	0,2	-	10,4	0,1	0,4	-
1,3	2,5	3,7	0,7	-	13,5	-	0,1	0,2	0,1	-	0,8	-	1,0	-
1,1	3,3	4,1	0,1	-	22,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1,5	-	1,1	-
1,2	4,4	4,4	0,4	0,1	26,4	0,0	0,0	0,2	0,4	-	2,7	-	0,6	0,0
1,1	4,0	11,6	1,0	0,2	32,2	0,0	0,0	0,1	0,3	0,1	3,3	0,0	0,6	0,0

\*) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres od. Tierkörpers.



Vorjahr erkrankten an übertragbarer Dünndarmentzündung (Salmonellose), zum Teil ist dies auf eine zeitweise Häufung von Erkrankungen in Unterfranken zurückzuführen. Auch Fälle von übertragbarer Leber-

entzündung (Hepatitis infectiosa) wurden 1963 wieder häufiger gemeldet — eine örtliche Häufung trat in Oberfranken auf —, doch blieb die Gesamtzahl noch unter der von 1961.

Gebiet	Jahr	Kindbettfieber 1) bei oder nach einer		Leptospirose			Malaria		Q-Fieber	Toxoplas-mose	Trachom	Mundstarrkrampf
		standesamtlich meldepflichtigen Geburt	Fehlgeburt	Weilsche Krankheit	Feldfieber	übrige Formen	Ersterkrankung	Rückfall				

Grundzahlen

Oberbayern	1962	-	9	2	1	1	-	1	-	2	1	2
	1963	1	6	2	1	1	2	1	-	3	2	7
Niederbayern	1962	-	-	-	-	-	-	-	-	8	-	19
	1963	-	-	-	-	1	-	-	-	10	-	13
Oberpfalz	1962	-	4	-	-	-	1	-	-	3	-	4
	1963	2	-	-	-	-	-	-	-	5	-	2
Oberfranken	1962	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	5
	1963	-	-	1	-	-	-	-	-	3	-	3
Mittelfranken	1962	-	-	3	-	-	-	-	-	3	-	7
	1963	-	-	-	-	-	-	-	-	6	1	8
Unterfranken	1962	-	1	-	-	-	-	-	-	5	-	2
	1963	4	-	-	-	-	-	-	-	7	1	2
Schwaben	1962	-	-	1	-	5	-	-	2	3	-	6
	1963	-	-	1	1	1	-	-	-	3	2	1
Bayern	1962	-	15	6	1	7	1	1	2	24	1	45
	1963	7	6	4	2	3	2	1	-	37	6	36

Auf 100000 der Bevölkerung

Oberbayern	1962	•	•	0,1	0,0	0,0	-	0,0	-	0,1	0,0	0,1
	1963	•	•	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	-	0,1	0,1	0,2
Niederbayern	1962	•	•	-	-	-	-	-	-	0,8	-	2,0
	1963	•	•	-	-	0,1	-	-	-	1,0	-	1,3
Oberpfalz	1962	•	•	-	-	-	0,1	-	-	0,3	-	0,4
	1963	•	•	-	-	-	-	-	-	0,6	-	0,2
Oberfranken	1962	•	•	-	-	0,1	-	-	-	-	-	0,5
	1963	•	•	0,1	-	-	-	-	-	0,3	-	0,3
Mittelfranken	1962	•	•	0,2	-	-	-	-	-	0,2	-	0,5
	1963	•	•	-	-	-	-	-	-	0,4	0,1	0,6
Unterfranken	1962	•	•	-	-	-	-	-	-	0,5	-	0,2
	1963	•	•	-	-	-	-	-	-	0,6	0,1	0,2
Schwaben	1962	•	•	0,1	-	0,4	-	-	0,1	0,2	-	0,4
	1963	•	•	0,1	0,1	0,1	-	-	-	0,2	0,1	0,1
Bayern	1962	-	0,7	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,5
	1963	0,5	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,4	0,1	0,4

1) Beziehungszahlen, berechnet auf die weibliche Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 45 Jahren; für die Regierungsbezirke liegen keine entsprechenden Bevölkerungszahlen vor.



### Das Kassen-System war rückständig (Fortsetzung)

Da jedoch die Radikalen unter den Ärzten sich durchsetzen konnten, bleibt der Regierung kein anderer Weg, als ebenfalls hart zu bleiben. Neue Verhandlungen mit den Medizinern soll es so lange nicht geben, bis der Streik der Ärzte beendet ist.

„Ein schlechter Streik“ ... („Frankfurter Neue Presse“ v. 8. 4. 64): Kardinal Suenens hat am 6. 4. im Namen der belgischen Bischöfe die Regierung und die streikende Ärzteschaft des Landes dringend zu Verhandlungen aufgefordert, um ihren Konflikt beizulegen und damit eine ausreichende Versorgung der Kranken sicherzustellen. Dabei müsse eine befriedigende Regelung zum Nutzen des allgemeinen Wohls gefunden werden... Die belgischen Ärzte nun liegen aus wirtschaftlichen Gründen in Fehde mit dem Staat, weil sie sich durch ein neues Gesetz benachteiligt fühlen. Sie haben als Waffe den Streik gewählt wie beliebige andere Arbeitnehmer. Ist das legitim? Zunächst einmal ist es politisch höchst bedenklich, wenn man einem von der Volksvertretung ordnungsgemäß verabschiedeten Gesetz mit anderen als legislativen Mitteln den Garaus zu machen versucht. Es ist gewiß das Recht der Ärzte, den Staat an seine Mitverantwortung zu erinnern, aber nicht mit Methoden, die allein den Schuldlosen treffen... Hier ist unverrückbar die Grenze markiert zwischen ärztlicher Verantwortung und der Freiheit, wirtschaftliche Interessen auf Wegen zu verteidigen, die anderen Menschen offenstehen, deren Beruf kein oder ein weit geringeres Ethos verlangt. Aber auch das belgische Parlament sollte prüfen, ob es seiner Verantwortlichkeit Genüge getan hat und ob sein Gesetz dem allgemeinen Wohl, von dem die Ärzte nicht ausgeschlossen werden dürfen, tatsächlich nützt!

**Ärztestreik** (Dr. J. W. Koch in „Kölnische Rundschau“ v. 8. 4. 64): ... So steht Empörung gegen Empörung. Denn auch die Ärzte, die mit ihrer außergewöhnlichen Verhaltensweise gegen eine als ungerecht empfundene Neuordnung des öffentlichen Gesundheitsdienstes reagieren, wobei es um so delicate Gegensätze wie „Wahrung der individuellen Freiheit“ und „Unterwerfung unter Staatskontrolle“ geht, auch sie wännen sich in ihren wichtigsten Daseinsvoraussetzungen getroffen. Dürfen einem Berufsstand, der nach einer langen Ausbildung erst spät zur praktischen Betätigung kommt, angemessene Einkommenschancen vorenthalten oder gar plötzlich wieder beschnitten werden? Die Gewerkschaften, die mit Streikdrohungen und -verhängungen mit betonter Vorliebe auch in weniger dringenden Fällen bei der Hand sind, haben am wenigsten Grund, darauf hinzuweisen, daß dieser Streik Mitmenschen und -bürger zu Last- und Leidtragenden mache. Verhält sich das anders, wenn bei von Gewerkschaftsseite zu verantwortenden Ausständen oder durch das Fehlen von Transportmöglichkeiten oder durch Stromausfall Menschenleben gefährdet sind? ... Es hätte allerdings auch in Belgien legale Mittel geben müssen, um eine Einigung zwischen Staat und Ärzteschaft zu finden... Die entscheidende Frage, ob es Ärzten als Träger eines mit ... vielfachen Vorrechten ausgestatteten Berufsstandes gestattet sein kann, zu streiken, ist damit nicht beantwortet. Jeder Arzt hat, sobald er unter immerhin idealistischen Vorzeichen seine Berufstätigkeit beginnt, den Schwur geleistet, sich niemals zu versagen, so oft

er von kranken Menschen um Hilfe angegangen wird. Der vielzitierte hippokratische Eid kann nicht nur Gegenstand von Festansprachen auf Kongressen oder Preisverkündungen sein... Ärzte stehen, das zu sagen muß angesichts der unerfreulichen Entwicklung in Belgien erlaubt sein, unter einem Sondergesetz, das ihnen den Streik verwehrt... Wenn allerdings von den Ärzten ein Verzicht auf das extreme Kampfmittel des Streiks verlangt wird, so muß gewährleistet sein, daß dieser Beruf seiner Besonderheit entsprechend sozialpolitisch nicht ungebührlich beeinträchtigt wird. Insofern ist der Ärztestreik in Belgien auch hierzulande eine Lehre.

**Überreiztes Spiel.** („Der Volkswirt“, Frankfurt, vom 10. 4. 64): Wer bisher noch nicht wußte, bis zu welchem Grade der Interessenpluralismus desintegrierend wirken kann, dem hat der Ärztestreik in Belgien die Augen geöffnet. Unzweifelhaft bietet die auf allgemeinem, gleichem Wahrecht und Koalitionsfreiheit basierende Gruppendemokratie der westlichen Industrieländer der Freiheit und Gerechtigkeit eine große Chance, vielleicht die größte der Geschichte. Doch gefährlich ist der Glaube, der moderne Pluralismus sichere sozusagen automatisch das Gemeinwohl. Davon kann keine Rede sein. Der Interessenpluralismus ist die freiheitlichste, aber auch die am schwierigsten zu handhabende Ordnung staatlichen Zusammenlebens. Je nachhaltiger nämlich das Berufsethos säkularisiert, je mehr beispielsweise aus dem ehemals hohen Idealen verpflichteten Stand der Ärzte eine schlichte „pressure group“ wird, desto dringlicher stellt sich die Aufgabe der Allgemeinwohlsicherung. Sie ist nur dann zu meistern, wenn die innere Demokratie aller Gruppen gewahrt bleibt und die politische Führung Regierungskunst übt. Gemeinwohl, in seiner materiellen Dimension, kann hier nur heißen: eine von der Mehrheit als gerecht empfundene Verhältnismäßigkeit aller Gruppen im Anteil am Sozialprodukt. Der Fall Belgiens sollte in der Bundesrepublik zum Nachdenken anregen. Auch hier könnte morgen ähnliches geschehen, wenn Gruppen und Regierung die ungeschriebenen „Spielregeln“ des Pluralismus mißachten. Zu diesen Spielregeln gehört, daß keine der Gruppen ernsthaft versucht, eine tatsächliche oder vermeintliche Monopolstellung rigoros auszuspielen. Auf die Dauer bleiben nämlich doch alle aufeinander angewiesen. Und noch etwas darf dabei nicht übersehen werden: Überreizt der zahlenmäßig schwache „Monopolist“ sein Spiel, dann läuft er Gefahr, sehr rasch von den verbündeten „Anderen“ über den Stimmzettel seiner Monopolstellung entkleidet zu werden: Was in bezug auf die Ärzte den staatlichen Gesundheitsdienst bedeutete.

**Anzeichen der Entspannung im Ärztestreik.** (FAZ v. 10. 4. 64): Im belgischen Ärztestreik gibt es deutliche Zeichen der Entspannung. Am 8. 4. empfing Innenminister Giison in Gegenwart des Verteidigungsministers von Seegers zum erstenmal seit Streikbeginn offizielle Vertreter der Ärzte-Gewerkschaften, die für die Organisation des Notdienstes zuständig sind. Leburton, Minister für Sozialversicherung, nahm von einer Delegation von Gewerkschaftsvertretern aus Lüttich den Entwurf eines Protokolls für einen Modus vivendi entgegen, den die dortigen Gewerkschaftsvertreter mit einer örtlichen Vereinigung von 50 Ärzten ausgehandelt hatten. König Baudouin empfing Prof. Bouckaert, der

Physiologischer Blutdruckheber  
● mit Langzeiteffekt

erhöht die Aktivität, beseitigt Müdigkeit, Konzentrationsschwäche,  
fördert die Coronardurchblutung

**RR-plus**

30 und 60 Dragées

ADENYL-CHEMIE 7016 Gerlingen  
bei Stuttgart



# Benzoderm<sup>®</sup>

Variable Anwendung

Individuelle Mykosebehandlung

Lösung

Puder

Salbe

Seife

## Benzoderm<sup>®</sup>

zur

Behandlung von

**Dermatomykosen**

**Dermatosen**

**Ekzemen**

**NEU**

**Benzoderm<sup>®</sup>-H-Salbe**

mit Hydrocortisonacetat

**akut entzündliche Dermatomykosen**

**superinfizierte Dermatitis**

**ekzem. Mykosen, nässende Ekzeme**

**NEU**

**Benzoderm<sup>®</sup>-H-Salbe**

mit Hydrocortisonacetat

Zusammensetzung: 100g Salbe enthält: 0,25g Hydrocortisonacetat  
und 3,00g Undecylensäure in einer mineralfettfreien O/W-Emulsion



ARZNEIMITTELFABRIK HÜLS

DR. ALBIN HENSE

4153 HÜLS



12 Jahre lang Dekan der Medizinischen Fakultät der Universität Gent war... Letztes Anzeichen der Entspannung ist die Entlassung der zwei in Haft gehaltenen Ärzte, die für den Tod eines Kindes verantwortlich gemacht worden waren. Am 8. 4. hatte Minister Leburton eine Rundfunkrede gehalten, die ebenfalls als Brückenschlag gedeutet werden konnte. Er ging dabei auf die am 7. 4. von der Ärzte-Gewerkschaft vorgelegten acht Punkte ein, von denen auch der Sprecher der Ärzte gesagt hatte, eine Übereinkunft darüber sei nahezu erzielt gewesen oder sie sei möglich. Leburton bestätigte das gleiche. Der schwierigste Punkt scheine seiner Ansicht nach die Forderung der Ärzte nach höheren Honoraren und sonstigen materiellen Forderungen zu sein, die über die Haushaltsmittel der Kassen hinausgehen.

Auf die Ärzteschaft hat der Appell des Kardinals Suenens einen gewissen Eindruck gemacht. Suenens hatte gesagt, einer angemessenen Gesundheitsfürsorge komme der Vorrang zu; er hatte beide Seiten um Wiederaufnahme der Verhandlungen gebeten. Zahlreichen Katholiken war diese Stellungnahme allerdings viel zu sanft. Es ist kein Geheimnis, daß führende Kirchenmänner, zumal die Moraltheologen, den Streik schärfstens verurteilen und auch gern gesehen hätten, wenn das von der offiziellen Leitung offen ausgesprochen worden wäre. Im Gespräch mit Führern der Ärzte-Gewerkschaft meinte einer ihrer Sprecher, es gebe heute keine Vorbedingungen für die Wiederaufnahme der Verhandlungen mehr, wie z. B. die der Regierung, daß erst der Streik aufhören müsse. Andererseits hat die Brüsseler Streikleitung die bisher noch betriebenen Entbindungsstationen der privaten Krankenhäuser geschlossen. Einer der Ärztesprecher nannte das eine Maßnahme der Verhärtung des Streiks, ein anderer erklärte sie mit technischen Gründen, weil bei einer Dezentralisierung mehr für die Geburtshilfe getan werden könne.

Wolfgang Horlacher: „Hippokrates“. („Stuttgarter Zeitung“, 10. 4. 64): ... Die schlimmste Sünde, die begangen wurde, ist wohl die Einschätzung ihres „Berufes“ durch die Ärzte selbst. Sie denken in den Kategorien der Arbeits- und Sozialpolitik und beziehen ihre Waffen aus deren Arsenal; sie fühlen sich als Erwerbszweig, der darauf ausgerichtet ist, seine Stellung in kommerzieller Hinsicht zu festigen; sie fühlen sich als Kontrahenten eines anderen Partners, und sie fühlen sich vogelfrei, wenn sie keinen Vertrag haben. Sie tun so, als seien sie eine Vorhut im Arbeitskampf, wenn es darum geht, Gewinne abzuschöpfen oder zu bewahren. Dies alles ist berechtigt, möglicherweise sogar notwendig in unserer industrialisierten Gesellschaft, sofern es sich um Materie handelt... Menschen aber sind keine Ware, und Arzt sein ist in diesem Sinne kein Beruf, sondern eine Berufung. Für Ärzte gilt von vornherein nicht, was sonst das Verhältnis der Arbeitspartner auszeichnet und was zu einem Streik führen kann. Auf keinen Fall können Ärzte so tun, als streikten sie gegen den Staat, während sie in Wirklichkeit gegen das Volk, ihre Patienten, streiken. Arzt sein ist mehr als ein Beruf, weil der Arzt in einem unmittelbar menschheitlichen Dienst steht und nicht in einem sonstigen Erwerbszweig. Wenn der Arzt seine Aufgabe, dem Menschen mit allen Mitteln und nach besten Kräften zu dienen, wirklich wahrnimmt, dann sind geistige, rein ethische, letztlich religiöse Bindungen am Werk, die sich nicht auflösen lassen in unsere vergleichsweise

blassen Kategorien von besserer Bezahlung und geringerer Arbeitszeit, sozialer Sicherung, Interessenkollision und Gebührenfestsetzung, von VersReform und staatlichem Eingriff. Dies alles muß freilich ausgefochten werden, aber nicht im hltzigen Klima eines „Berufskampfes“, sondern in jenem anderen, das durch den hippokratischen Eid als einer zweitausend Jahre alten ethischen Verpflichtung vorgezeichnet wird...

**Verhandlungen in Brüssel abgebrochen — Ärztestreik spitzt sich dramatisch zu — Erregung auf dem Höhepunkt.** („Die Welt“, Hamburg, v. 13. 4. 64: hi — Brüssel): Der belgische Ärztestreik hat sich dramatisch zugespitzt. Nach einer 14stündigen Sitzung zwischen Vertretern der Regierung, der Gewerkschaften und Ärzte wurden die Verhandlungen zur Beendigung des Ausstandes am Sonntag früh (12. 4.) ergebnislos abgebrochen. Die Regierung traf sofort scharfe Maßnahmen und ließ 2000 Ärzte dienstverpflichten.

Ferner wurden die Ärzte, die Reserveoffiziere sind, eingezogen; sie stehen unter Militärrecht. Eine Sonderausgabe des belgischen Staatsanzeigers, die noch am 12. 4. früh erschien, machte die Beschlüsse des Kabinetts sofort rechtskräftig. Sie waren vom Kabinet in einer sofort anberaumten Sondersitzung nach dem dramatischen Abbruch der Verhandlungen gefaßt worden. Schon vor dem Beginn der Verhandlungen hatte eine mißverständliche Äußerung Ministerpräsident Lefèvre die Erregung der Ärzte noch gesteigert. Auf die Frage von Journalisten, wie er die Aussichten für eine Einigung in der bevorstehenden Gesprächsrunde beurteile, antwortete der Ministerpräsident: „Wenn es sich um eine normale Gewerkschaft handeln würde, wäre die Wiederaufnahme der Arbeit schon beschlossen worden. Die Regierung ist bis an die Grenzen der Konzessionsmöglichkeiten gegangen. Ich hoffe, daß Belgien kein Zeitalter der Mörder erlebt.“

Innenminister Gilson erläuterte später im Rundfunk die Erklärung des Ministerpräsidenten. Lefèvre habe nur eine literarische Anspielung auf ein französisches Buch „Das Zeitalter der Mörder“ gemacht. Nach dem Zusammenbruch der Verhandlungen behauptete Lefèvre, die Ärzte benutzten eine unglückliche Bemerkung nur als einen Vorwand, die Gespräche scheitern zu lassen. Der belgische Innenminister Gilson stellte fest, die Ärzte hätten nach dem Scheitern der Verhandlungen erklärt, daß sie die Verantwortung für den Notdienst ab Sonntag 12 Uhr an die Regierung übergeben würden. Sie hätten damit eine Drohung wahrgemacht, die sie schon Tage zuvor für den Fall angekündigt hätten, daß Regierung und Gewerkschaften versuchten, weiteren Druck auf sie auszuüben. Die Regierung habe daraufhin sofort mit der Dienstverpflichtung der Notstandsärzte sowie der Einberufung der Reserveoffiziere unter den Ärzten auf Grund der Militärgesetze geantwortet. Die Reserveoffiziere gelten als „unter den Waffen“ stehend. Sie versehen ihren Dienst in Uniform.

Die Verhandlungen in der Nacht zum 12. 4. waren daran gescheitert, daß die Ärzte in die von der Regierung geforderte Beendigung des Streiks nur dann einwilligen wollten, wenn die Regierung ihrerseits garantierte, daß das umstrittene Gesetz, das seit dem 1. April in Kraft ist und gegen das die Ärzte streiken, von der Ärzteschaft nicht anerkannt werden müsse, auch nicht so lange, bis ein „Zusatzgesetz“ in Kraft treten kann.

ADENYL-CHEMIE Stuttgart-Bad Cannstatt

**Azupanthenol®**

Azulen und Pantothensäure

beherrscht

**Gastritis**

Sub- und Hyperacidität,  
Ulcus ventriculi et duodeni

20 ccm / Klinikpackungen



Die Regierung hat damit den Streik der Ärzte mit Mitteln des Ausnahmezustandes bekämpft. Die innenpolitischen Folgen sind noch nicht abzusehen.

Die unter der „sozialen Front“ zusammengefaßten drei großen Gewerkschaften und die fünf Organisationen der Sozialversicherten haben in Brüssel schon Kundgebungen angekündigt, die in ihrer politischen Bedeutung weit über den Ärztestreik hinausgehen dürften. Die Sprecher der in der Opposition stehenden Liberalen fordern den Rücktritt der Regierungskoalition (Christliche und Sozialisten) und die Ausschreibung von Neuwahlen.

Der Sprecher der Ärzte, Dr. Wynen, erklärte, die Regierung habe „auf brutalen Befehl der Gewerkschaften“ gehandelt. Dennoch hat es die Regierung bisher vermieden, das überraschende Ende der Verhandlungen Sonntag früh als Abbruch oder Scheitern zu bezeichnen. Gewisse Hoffnungen auf Wiederaufnahme der Gespräche wurden geäußert. Die Ärzte haben sich noch in der Nacht zum Sonntag zu jeder „wirklichen Verhandlung“ erneut bereit erklärt. — Gerüchte, daß in Lüttich und in der belgischen Provinz Limburg sowie in Antwerpen Scharlach- und Masern-Epidemien ausgebrochen sind, haben sich als übertrieben herausgestellt.

**Belgien stellt 5600 streikende Ärzte unter Militärrecht** — Durch Order des Königs („Hamburger Abendblatt“, 13. 4. 1964; Martin Saller in Brüssel): ... Militärische Gestellungsbefehle zwingen rund die Hälfte der 10 000 streikenden Ärzte an die Krankbetten zurück. Rund 3600 Ärzte, die Reserve-Offiziersrang haben, wurden einberufen. Gleichzeitig wurden die 2000 Ärzte des von der Streikleitung aufrechterhaltenen Notdienstes in den öffentlichen Krankenhäusern dienstverpflichtet...

...Die Streikführung beugte sich grollend der von König Baudouin unterzeichneten Order, deren Nichtbefolgung militärgerichtliche Verfahren nach sich zieht. Sie kündigte aber ihrerseits die Verantwortung für die Notdienste auf und schob der Regierung bzw. den militärischen Befehlsstellen die delikate organisatorische Regie zu...

**Die belgischen Ärzte: Wir streiken weiter** („Echo am Abend“, Hamburg, 13. 4. 1964): ... Das belgische Kabinett will heute die Krise in einer Sondersitzung weiterberaten. Ministerpräsident Theo Lefèvre kann auf die volle Unterstützung der Sozialisten, der katholischen und liberalen Gewerkschaften hoffen, die mit Demonstrationen oder drastischeren Maßnahmen drohen, sollten die Ärzte eine Änderung der vorgeschlagenen Gesundheitsgesetze zu ihren Gunsten erreichen. — Ministerpräsident Lefèvre hatte unmittelbar nach den gescheiterten Beratungen blaß und in tiefer Erregung die Ärzte aufgefordert, die Arbeit am 14. 4. wieder aufzunehmen...

**Dürfen Ärzte streiken?** (Rudolf Bauer in „Rheinische Post“, Düsseldorf, 7. 4. 1964): Der Streik der belgischen Ärzte geht schon in die zweite Woche. Ein Ende ist noch nicht abzusehen. Mit der Dauer des Streiks wächst die Erregung der Bevölkerung. Bei ersten Demonstrationen sind bittere Worte gefallen: „Ärzte legen an das menschliche Leben den Maßstab des Geldes! — Sind die Kranken eure Feinde?“ — Täglich gibt es neuen Zündstoff. Am 6. 4. suchte die Schwägerin des Königs, Prinzessin Paola, verzweifelt einen Arzt für ihr Kind, das von hohem Fieber geschüttelt wurde. Erst nach langem Hin und Her erteilte die Ärztekammer eine Sondergenehmigung. In einem kleinen Städtchen wurden zwei Ärzte wegen verweigerter Hilfeleistung ver-

haftet; mit ihrem Streik sollen sie den Tod eines kranken Kindes verschuldet haben.

Solche Meldungen erregen die Gemüter. Mit Recht, wenngleich es schwer sein dürfte, einen zwingenden ursächlichen Zusammenhang zwischen dem Sterben eines Menschen und dem Fernbleiben eines Arztes zu beweisen. Der Tod kennt keinen Streik, und er zwingt auch in normalen Zeiten die Künste der Medizin und Wissenschaft.

Der Streik der belgischen Ärzte ist ein politischer Streik... Der politische Hintergrund ist die Sorge, die Sozialisten, die mit den Christlichen Demokraten die Regierung bilden, wollten die individuelle Freiheit der Ärzte beschneiden, den Gesundheitsdienst Schritt um Schritt zu verstaatlichen. Die Sozialisten haben vorigen Sommer die KrV-Reform bei ihrem Koalitionspartner für die Zustimmung zum Sprachengesetz eingehandelt.

Die Forderung der belgischen Ärzte, das Reformgesetz müsse revidiert werden, mag gute Gründe haben. Sie können aber nicht ausreichen, einem kranken Menschen Hilfe zu verweigern. Dafür gibt es keinen Grund; für niemanden, erst recht nicht für einen Arzt. Die belgischen Mediziner spekulieren vielleicht darauf, daß die Erregung der Öffentlichkeit ein Druckmittel gegen Parlament und Regierung sei. Aber sie werden die Bevölkerung ausschließlich gegen die Ärzteschaft aufbringen, wenn Kranken nicht geholfen wird. Das kann dazu führen, daß die Bestrebungen der Sozialisten von einer immer breiteren Öffentlichkeit unterstützt werden. Dann würde der Streik genau das Gegenteil von dem erreichen, was er ursprünglich wollte.

Für die Gewerkschaften ist die Situation grotesk. Wann hat es das schon einmal gegeben, daß sie einen Streik verurteilten und bekämpften? In Belgien müssen sie es jetzt tun. Nicht nur, weil sie mit den Sozialisten für die Reformen sind, sondern auch, weil dieser Streik unmenschlich und deshalb unverantwortlich ist. — Dürfen Ärzte streiken? Man könnte genauso fragen: Dürfen Priester streiken? Diese Fragen beantworten sich von selbst.

**Dürfen Ärzte streiken?** (H. Kranz in „Lübecker Nachrichten“ vom 12. 4. 1964): ... Welche Lehren gilt es, aus dem belgischen Ärztestreik zu ziehen? Auch bei uns. In jedem Falle sollte der Schutz vor Krankheit und die Pflicht zur Hilfeleistung den Vorrang haben. Gerade weil der Staat sich dem wachsenden Zwang zur kollektiven Sicherheit nicht entziehen kann, muß er darauf achten, daß der Hort eines freien Ärztestandes nicht vollends zerstört wird. Eine solche Freiheit am Dienste des Mitmenschen bleibt unumgänglich. Umgekehrt sind die Ärzte gehalten, den zunehmenden Zwiespalt zwischen Gewissen und Gewinn selbst zu bewältigen. Das erfordert der Kompromiß zwischen Individualismus und Kollektivismus, den jede moderne Massengesellschaft eingehen muß. Die zurückhaltende Reaktion der deutschen Ärzteschaft auf den Streik ihrer Kollegen zeigt denn auch, daß der Wille zum Kompromiß vorhanden ist, und daß man keine „belgischen Verhältnisse“ zulassen möchte. Trotz der auch in der Bundesrepublik bestehenden Differenzen der Ärzte mit den Kassen und gelegentlich mit dem Gesetzgeber ist keine Neigung zu verspüren, wie in Belgien im äußersten Falle über das Ziel hinauszuschießen. Ärzte dürfen nicht streiken. Das wäre ein Verrat an Hippokrates.

**Hippokrates und Ärztestreik.** (Dr. med. Klaus Menten, Köln, Bundesvorsitzender des Ärzte-Regreß-Schutz e.V., in „Welt am Sonntag“, Hamburg, vom

Röntgen- und elektromedizin. Apparate **KURT PFEIFFER** Ärzte- und Krankenhausbedarf

NURNBERG, Gleißbühlstraße 7  
FRANKFURT a. M.-S, Gartenstr. 114

Elektrofrequenz F. Schwarzer GmbH., München, und Albert Dargatz, Hamburg  
Generalvertretung der Firmen: Röntgenwerk F. Hafmann GmbH., Erlangen

► Projektierung und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenseinrichtungen ◀

Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsräume!



12. 4. 1964): Seit Hippokrates erwartet man vom Arzt, „daß die Gesundheit des Patienten sein erstes Gebot sei und weder Religion, Nationalität, Rasse, Parteipolitik oder sozialer Stand zwischen seine Berufspflicht und seine Kranken treten dürfen“. — Wer will es dem Kranken verdenken, wenn er sich instinktiv auf diese ärztliche Moral verläßt? Wie aber soll man es nennen, wenn die menschliche Gesellschaft aus solcher Moral ein Geschäft macht? — Teils staunend, teils bewundernd erleben wir, wie sich eine einige und geschlossene Ärzteschaft eines Landes — auf ihr Berufsethos stützend — einer moralin-saueren Gesellschaft mit den gleichen Mitteln erwehrt, die diese auf anderen Gebieten des gesellschaftlichen Zusammenlebens stets anzuwenden oder zu erdulden bereit ist.

Sozialistische Gewerkschaft kontra Hippokratische Gewerkschaft! Eine klare und saubere Konsequenz, so will es scheinen. Hier werden acht Tage lang keine Kohlen gefördert — dort wird acht Tage lang keine „Gesundheit verkauft“. — Die Konsequenz ist richtig, und auch das Ziel der ärztlichen Gewerkschaft entspricht dem Berufsethos. Doch trotzdem stimmt etwas nicht: Die Voraussetzungen sind anders. — Wohl sind wir Ärzte in der Lage, sofern wir einig sind, das marxistisch-sozialistische Kampfmittel des Streiks ad absurdum zu führen, wenn wir es den anderen auf unserem Gebiete vorexerzieren. Doch Kohle ist nicht Gesundheit. Der streikende Arzt muß vor seinem Gewissen verantworten können, ob Hippokrates den Streik gebilligt hätte. — Alles sollte getan werden, und zwar von Staats wegen, um solche Situation zu verhüten. Eine soziale Gesellschaft, die nicht erkennen will, daß Berufe, deren Fundament auf Ehre beruht, auch ehrenhaft behandelt werden müssen, hat das Recht auf die eigene Ehre verspielt. Doch keinem gibt die Unehrenhaftigkeit des anderen ein Recht, seine eigene Ehre einer Gefahr auszusetzen.

**Gesundheitsbüttel?** (gel. in „Stuttgarter Zeitung“ vom 15. 4. 1964): ... Die Vorgänge in Belgien verdienen unsere größte Aufmerksamkeit, auch, was gelegentlich übersehen wird, weil hier deutlicher als anderswo die immer wache Lust staatlicher Obrigkeit sichtbar geworden ist, die Ärzte zu Gesundheitsbütteln zu machen, womit ein Vorbild geschaffen werden kann, das eines Tages in einem harmonisierten sozialpolitischen EWG-Status wieder auftauchen könnte. Ob dieser Umstand allerdings Sympathieerklärungen und Asylangebote deutscher Ärzteverbände an ihre belgischen Kollegen rechtfertigt, bleibe dahingestellt. Die unbefristete Verweigerung ärztlicher Hilfe verstößt gegen alle ethischen Prinzipien dieses Berufes. Man kann gegen die Krankenkassen streiken, indem man ihre Scheine nicht annimmt, man kann Ungehorsam üben, indem man unzumutbaren Anordnungen nicht nachkommt, aber dem Heilungsuchenden die Hilfe verweigern, das kann man nicht. Darüber tröstet auch ein Notdienst nicht hinweg. Was wäre denn geschehen, wenn die belgischen Ärzte gegen einige Bestimmungen des von ihnen so verabschiedeten Gesetzes verstoßen hätten, in denen Strafen bis zu einem Monat Gefängnis vorgesehen sind? Die Justiz wäre wohl bald dahintergekommen, daß man Ärzte nicht reihenweise einsperren kann. Die Ärzte hätten die volle Sympathie ihrer Mitbürger gehabt... Denn natürlich sind die Bürger an diesem Gesetz nicht unschuldig, wie immer behauptet wird. Ihre Abgeordneten haben es gutgeheißen. An sie müssen sich die Wähler halten. Da das Gesetz von vornherein Korrekturen nach den Erfahrungen des ersten Jahres vorsieht, wäre es ja denkbar, daß die ganze Angelegenheit parlamentarisch weiterbehandelt würde. Wie es anders weitergehen wird, weiß niemand genau zu sagen. Immerhin ist jetzt die Öffentlichkeit darüber informiert, ... in welcher Weise ideologische Vorurteile die Köpfe von Sozialpolitikern verwirren können. Die verlangen in Belgien mit dem Gesetz die Preisgabe der Diagnose und der Behandlungsmaßnahmen gegenüber außerärztlichen Institutionen und heben damit die Schweigepflicht des Arztes auf, schränken die freie Arztwahl des Patienten ein, beseitigen durch zentrale Kontrollinstanzen praktisch die Freiheit der Berufsausbildung und schmälern durch staatliche Zwangstarife das Honorar

der Ärzte. Sieht man vom letzten Punkt ab, darf man wohl feststellen, daß die Ärzte nicht nur gegen, sondern, auf lange Sicht gesehen, für ihre Patienten streiken, wenn eben diese Form des Streiks nicht abzulehnen wäre.

**Das Monopol der Ärzte** (Richard Kaufmann in „Christ und Welt“, Stuttgart, vom 17. 4. 1964): (Auszug) ... Die belgischen Ärzte haben sich eines Kampfmittels aus der Frühzeit der Arbeiterbewegung bedient, um Forderungen durchzusetzen — eines Mittels, das dazu erdacht war, sozial Ausgebeutete gegen Willkür von oben zu schützen. Man kann melancholische Schlußfolgerungen daran knüpfen: etwa, daß in der pluralistischen Gesellschaft die angesehensten Stände über Nacht in die Situation des sozialen unter dog geraten können; daß, was gestern für Handarbeiter galt, heute auf korporierte geistige Eliten zutrifft. ... Verhandlungen, die am Wochenende hoffnungsvoll begannen, scheiterten plötzlich, weil koalitionspolitische Bedenken über die Bereitschaft zum Kompromiß siegten. Die Ärzte selbst erklären offen, das ganze Gesetz sei nichts weiter als ein Trick, um sie für die gewerkschaftlichen Krankenhäuser „billig einzukaufen“. — ... Wie der Streik auch ausläuft, er hat die Ärzteschaft ganz Europas nachdenklich gestimmt. Alles in allem genommen: Ärzte dürfen für ihre Rechte kämpfen; streiken, zumal in dieser Form, dürfen sie nicht. Sie müssen sich etwas Besseres einfallen lassen, das ihrem hohen Stande gemäßer ist.

**Hartmannbund empört sich über Erklärung aus dem hessischen Sozialministerium. Deutsche Ärzte lehnen „Streik am Patienten“ ab** („Wiesbadener Kurier“ vom 13. 4. 1964): Vor der Delegiertentagung des hessischen Landesverbandes des Hartmannbundes bezeichnete Landesvorsitzender Dr. Kappen einen Streik am Patienten als unverantwortlich. In Deutschland habe es auch noch nie einen Ärztestreik gegeben. Allerdings hoffen die im Hartmannbund zusammengeschlossenen Ärzte, daß die im Zuge der Preissteigerung aufgetretenen Wünsche von der Regierung erfüllt werden.

Empört zeigte sich die Versammlung über eine Erklärung des Staatssekretärs Schmidt vom hessischen Sozialministerium vor Mitgliedern der SPD. In der Verlautbarung sei behauptet worden, daß der Stand der ärztlichen Ausbildung im allgemeinen nicht den medizinisch-technischen Möglichkeiten entspricht, die Hausarztpraxis nicht dem schnellen Fortschritt der Medizin gerecht werde und daher Ärztezentren und Ambulatorien eingerichtet werden müßten. Dieser Auffassung wolle der Hartmannbund in einer Erklärung entgegenreten. Darin werde — so sagte Dr. Kappen — zum Ausdruck gebracht, daß die Bundesärztekammer ständig ärztliche Fortbildungskurse veranstaltet, die von einer wachsenden Zahl von Ärzten besucht werden. Ebenso sorgten die Landesärztekammer Hessen sowie die Bezirksvereinigungen dafür, daß die Ärzte genügend Gelegenheit hätten, sich das notwendige Wissen und Können anzueignen. Obwohl die Honorare nicht mit der wirtschaftlichen Entwicklung in Einklang zu bringen seien, schafften sich immer mehr Ärzte moderne Apparate an und bekundeten damit den Willen, sich der modernen Medizin anzupassen. — Zu der Befürwortung der Ärztezentren und Ambulatorien durch Staatssekretär Schmidt erklärte Dr. Kappen, daß diese Einrichtungen nur aus der Sowjetzone bekannt seien und der östlichen Ideologie entsprächen. Die freie Arztwahl aber sei in Deutschland von allen Parteien gewünscht und bestätigt worden. Auch in den USA mehren sich die Stimmen zur Überwindung des Spezialistentums, so daß dem praktischen Arzt und dem Hausarzt wieder größere Bedeutung zukomme. Allerdings sei es nicht vertretbar, wenn der Arzt — wie z. B. bei der Einführung des Mutterpasses — im Bundesgebiet Aufgaben ohne Honorierung übernehmen müsse und dadurch in seiner finanziellen Leistungsfähigkeit absinke.



## BUCHBESPRECHUNGEN

**Herbert SCHÄFER: Der Okkulttäter (Hexenbanner, magischer Heiler, Erdentstrahler).** 278 Seiten, 44 Abbildungen. Kriminalistik-Verlag, Hamburg, 1959. Gzl. 24,60 DM.

Mit einer bemerkenswerten Gründlichkeit hat der Verf. ein Thema behandelt und beleuchtet, das, wie Zeitungsberichte aus der jüngsten Zeit aus England und Deutschland bewelsen, leider immer noch sehr aktuell ist. Es wäre daher irrig, zu glauben, daß das Werk nur historischen Wert besitzt. Anhand einer gründlichen Literaturstudie und zahlreicher kriminalistischer Akten wird hier, um nur einiges hervorzuheben, der Hexenaberglaube (auch der Gegenwart) und das Kapitel der magischen Heiler behandelt. Neurose und Krankheit, Wunderdoktoren, Erdentstrahler, die „Kunst“ des Rutengehens, die Opfer ihres „Glaubens“, finden Besprechung. Hexenbanner und Hexen, Hexenbanner und Verhexte, magische Heiler und die Kranken, Erdentstrahler und Strahlengläubige finden in weiteren Abschnitten des lesenswerten und gerade für Ärzte wichtigen Buches Berücksichtigung. „Der Okkulttäter und das Recht“ gibt wichtige Aufschlüsse. Am Schlusse werden kriminalpolitische Folgerungen gezogen und Forderungen an die Verwaltung, die Rechtsprechung und die Gesetzgebung gerichtet. Nicht weniger als 44 Bildtafeln illustrieren den Text. Eine Übersichtskarte über die Verbreitung des kriminellen Aberglaubens der Gegenwart, projiziert auf die einzelnen Länder der Bundesrepublik mit Einzeichnung der aktenkundig gewordenen Straffälle, ist eine gute Beigabe. So ist denn das Buch über Theorie und Praxis der „Okkulttäter“, worunter der Autor die einschlägigen Materien zusammenfaßt, auch deshalb zu empfehlen, weil es nicht weniger als 95 Akten moderner Hexenprozesse aus der Zeit von 1950 und 1956, 28 Gerichtsakten mit Verfahren gegen magische Heiler und 81 Verfahren gegen Erdentstrahler bearbeitet.

Dr. W. Koerting

**Hans SCHERPNER: Theorie der Fürsorge.** Herausgegeben von Hanna Scherpner. 219 Seiten. Verlag Vandenhoeck und Rupprecht, Göttingen und Zürich, 1962. Lw. DM 14.80.

Aus dem Nachlaß des verstorbenen Direktors des Seminars für Fürsorgewesen und Sozialpädagogik an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität zu Frankfurt a.M., Prof. Dr. Hans Scherpner, wird hier eine knappe, aber sehr gute Arbeit geboten. Sie umfaßt die Fürsorgetheorien in der Geschichte, die Theorien der modernen Fürsorge, ihr Wesen und ihre Entwicklungsformen. In einem Anhang findet man Auszüge aus einem Teil der behandelten Quellen, die eine wichtige Beigabe darstellen. Das Werk, das auch für den Arzt von Interesse ist, enthält neben dem systematischen Aufbau und diesen unterstützend eine ganze Reihe von Details, die manche Einblicke vermitteln. So z.B. wenn darauf hingewiesen wird, daß es ein großer Irrtum ist, zu glauben, daß Sachunterstützungen die mißbräuchliche Verwendung von Unterstützungen verhindern können. So bestand in der Altstadt von Frankfurt Anfang des Jahrhunderts eine „Butterbrotbörse“, wo die Bettler die erbettelten Brote verhandelten. Sie hatten je nach Art, ob Schwarz- oder Weißbrot, Butter oder Margarine, Wurst- oder Schinkenbelag, ihren bestimmten Kurswert und wurden von den Wirten mancher düsterer Altstadtwirtschaften aufgekauft und ihren Gästen vorgesetzt. Im besonderen wird auf die Gesundheitsfürsorge hingewiesen. Es werden die Suchtkrankenfürsorge, die Trinkerfürsorge, die Probleme der Tuberkulosenfürsorge, der Fürsorge für Körperbehinderte und die Wiedereinfügung in den Arbeitsprozeß kurz besprochen. Angemerkt sei das Fehlen eines Sach- und Namensregisters. Die wiederholte Schreibung des Namens Hilgenrainer statt Hilgenreiner ist irrtümlich. Der mit Fürsorgefragen befaßte Arzt wird aus diesem Buche manche Anregung empfangen können.

Dr. W. Koerting

Anzeige

### Deutsche Apotheker- und Ärztebank e.G.m.b.H. im Dienste der Heilberufe

Die außerordentliche Entwicklung der Landesbank ist besonders im Geschäftsjahr 1963 ein beachtliches Merkmal gewesen. Die Erhöhung der Bilanzsumme auf nahezu

**DM 100 000 000.—**

bestätigt erneut die Anerkennung der Arbeit unserer Bank.

Mit diesem Geschäftsvolumen nimmt die Landesbank einen beachtlichen Platz unter den Bankinstituten der Bundesrepublik ein, der ihr die Erfüllung weiterer Aufgaben im Interesse der Ärzte-, Zahnärzte- und Apothekerschaft und deren Organisationen und Einrichtungen ermöglicht.

In dem starken Zugang an Geschäftsfreunden, die die Verbindung mit der Bank neu aufgenommen haben, einerseits, um Geld anzulegen oder ihren Zahlungsverkehr über neu eingerichtete Konten abzuwickeln, andererseits, um die Kredithilfe der Bank für die verschiedensten wirtschaftlichen Vorhaben in Anspruch zu nehmen, sieht die Bank eine Bestätigung für die Richtigkeit ihrer Arbeit und Zielsetzung.

Die Bank hat sich zur Aufgabe gemacht

- a) dem einzelnen Arzt bei der Verwirklichung seiner beruflichen Vorhaben und Planungen mit absolutem Verständnis für alle dabei auftretenden Schwierigkeiten zu helfen;
- b) jedem Angehörigen dieses Standes die Grundlagen für seine Existenz, seine Selbständigkeit und die damit verbundenen finanziellen Voraussetzungen zu vermitteln.

Da es zum Wesen der Landesbank gehört, auf der Grundlage des Spezialwissens sowie der fachlichen Qualifikation eine in jeder Hinsicht individuelle und fachkundige Beratung vornehmen zu können, ist aus der hiermit verbundenen Erfahrung Gewähr dafür geboten, ohne Säumnis und mit vollstem Verständnis für alle Anliegen sehr schnelle Entschlüsse für die jeweils richtigen Maßnahmen treffen zu können. Hierfür gibt es die verschiedensten wirtschaftlichen und finanziellen Anlässe, z. B.

- die Verlegung oder Modernisierung einer Praxis;
- Beschaffung neuer oder zusätzlicher Einrichtungen;
- Leistung von Mietvorauszahlung für Praxisräume;
- Autoanschaffung;
- Aufbringung besonderer Kosten aus familiären Anlässen.

Für die in Frage kommenden Berufsangehörigen stellt die Bank ihre langjährigen Erfahrungen auch bei der Beantragung und Durchleitung öffentlicher Kredite zur Verfügung.

Um die sich seit Jahren mehrenden Bestrebungen der Mitglieder und Geschäftsfreunde, im eigenen Haus zu wohnen und größtenteils auch zu praktizieren, auf finanziellem Gebiet mit verwirklichen zu helfen, hat die Bank in allen Zweigstellen hierfür mit Spezialkräften ausgestattete Bauförderungsabteilungen geschaffen.

In diesem Zusammenhang sei erwähnt, daß die Zweigstelle der Bank in München,

**München, Goethestraße 10,**

eine enge Verbindung zu der bayerischen Ärzteversorgung unterhält.

Um dem verstärkten Interesse der Ärzteschaft an einer zweckmäßigen und den individuellen Bedürfnissen entsprechenden Rücklagen- und Vermögensbildung Rechnung zu tragen, hat die Bank bei ihren Kundenberatungen auch diesem Gebiet ihre besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Die Mitarbeiter der Sparabteilungen und Wertpapierabteilungen werden von der Ärzteschaft aufgrund ihrer sachkundigen Beratung und Vermittlung besonders gern in Anspruch genommen.

Der Grundsatz der Bank, ihren Geschäftspartnern jederzeit eine besonders leistungsfähige bankliche Institution zur Verfügung zu halten, wird immer zu ihren vorrangigen Aufgaben gehören.



## KONGRESSE UND FORTBILDUNG

### 13. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung

vom 19. bis 24. Mai 1964 auf dem Ausstellungsgelände am Berliner Funkturm

Den Festvortrag hält Prof. Dr. E. B. Chain, London, Nobelpreisträger für Physiologie und Medizin, am Dienstag, den 19. Mai 1964, 20.00 Uhr, zum Thema: „Gedanken zur Arzneimittelforschung“.

Die wissenschaftliche Gestaltung: Kuratorium Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung.

Kongreßleitung: Prof. Dr. G. Schettler, Heidelberg

Mittwoch, den 20. Mai 1964

#### 1. Hauptthema:

„Fortschritte der praktischen Medizin“

Tagungsvorsitz: Prof. Dr. G. Schettler, Heidelberg

Referenten: Prof. Dr. F. Büchner, Freiburg; Prof. Dr. N. Henning, Erlangen; Prof. Dr. F. Hoff, Frankfurt/M.; Prof. Dr. P. Thurn, Aachen; Prof. Dr. A. Lambing, Paris; Prof. Dr. R. Zenker, München; Prof. Dr. W. Schink, Köln; Prof. Dr. A. N. Witt, Berlin; Prof. Dr. A. Stender, Berlin; Prof. Dr. H. Lax, Berlin.

Donnerstag, den 21. Mai 1964

#### 2. Hauptthema:

„Nieren und harnableitende Organe“

Tagungsvorsitz: Prof. Dr. M. Schwab, Göttingen.

Referenten: Prof. Dr. K. J. Ullrich, Berlin; Prof. Dr. A. Bohle, Stuttgart; Doz. Dr. D. P. Mertz, Freiburg; Prof. Dr. H. Berning, Hamburg; Doz. Dr. P. Naumann, Hamburg; Prof. Dr. O. Olsson, Lund; Prof. Dr. W. Brosig, Berlin; Prof. Dr. R. Übelhör, Wien; Dr. D. Tille, Ludwigshafen; Dr. A. Hauge — Priv.-Doz. Dr. K. Oeff, Berlin; Prof. Dr. M. Schwab, Göttingen.

Freitag, den 22. Mai 1964

#### 3. Hauptthema:

„Rheumatismus, Klinik und Therapie“

Tagungsvorsitz: Prof. Dr. A. Böni, Zürich.

Referenten: Dr. W. Belart, Zürich; Dr. A. Evers, Bad Nenndorf; Prof. Dr. A. Böni, Zürich; Dr. M. Enderlin, Zürich; Dr. F. J. Wagenhäuser, Zürich; Dr. P. D. Gross, Zürich; Priv.-Doz. Dr. G. Neuhaus, Berlin.

#### 4. Hauptthema:

„Neue Ergebnisse der Krebsforschung“

Tagungsvorsitz: Prof. Dr. Dr. K. H. Bauer, Heidelberg.

Referenten: Prof. Dr. Dr. K. H. Bauer, Heidelberg; Dr. W. Rapp, Paris; Dr. K. zum Winkel, Heidelberg; Dr. H. G. Nickling, Berlin; Priv.-Doz. Dr. H. Grunze, Berlin; Dr. G. Ott, Heidelberg; Priv.-Doz. Dr. W. Ch. Hecker — Dr. D. Dörr, Heidelberg.

Sonnabend, den 23. Mai 1964

#### 5. Hauptthema:

„Hormone, Vitamine und Fermente in der Therapie“

Tagungsvorsitz: Prof. Dr. L. Weissbecker, Kiel.

Referenten: Prof. Dr. E. F. Pfeiffer, Frankfurt/M.; Prof. Dr. H. E. Bock, Tübingen; Prof. Dr. A. Lab-

hart, Zürich; Prof. Dr. W. Creutzfeldt, Freiburg; Prof. Dr. G. Stötter, Augsburg; Prof. Dr. H. Nowakowski, Hamburg; Prof. Dr. H. Jesserer, Wien; Prof. Dr. N. Zöllner, München; Dr. K. Müller-Wieland, Hamburg.

Sonntag, den 24. Mai 1964

#### 6. Hauptthema:

„Aktuelle Probleme der Ernährung“

Tagungsvorsitz: Prof. Dr. Dr. R. Ammon, Homburg/Saar.

Referenten: Nobelpreisträger Dr. P. Müller-Rüeggsegger, Basel; Prof. Dr. Dr. F. Bär, Berlin; Prof. Dr. C. den Hartog, s'Gravenhage; Prof. Dr. J. Kühnau, Hamburg.

#### Parallelveranstaltungen:

Arbeits- und Sozialmedizin

Sportmedizin — Sportschäden und ihre Verhütung

Internationale Gesundheitsfragen

Colloquium:

„Medikamentöse Empfängnisregelung“

(Hormonale Kontrazeption)

#### EKG-Kursus

Anmeldungen und Anfragen an: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e.V., 1 Berlin 41 (Steglitz), Klingensorstraße 21, Telefon 72 78 23/24.

### Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V.

Unter dem Vorsitz von Professor Dr. A. N. Witt, Berlin, findet der Kongreß vom 7. bis 10. 6. 1964 in Würzburg statt.

Die Hauptthemen lauten:

1. „Die Verletzungen des Herzens und der Gefäße“
2. „Die Verletzungen des Fußes und seine Wiederherstellung“
3. „Die Verletzungen der peripheren Nerven“
4. Freie Themen und Filme.

Auskunft: Prof. Dr. A. N. Witt, Berlin-Dahlem, Clayallee 229.

## 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.

Mai 1964:

19.—22. 5. in Berlin: 12. Vortragstagung der Deutschen Gesellschaft für Arzneipflanzenforschung e. V. Auskunft: Dr. med. H. Tombergs, Ratingen, Noldenkothlen 1a.

19.—22. 5. in Frankfurt/Main: 4. Studententagung der Bundesvereinigung „Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind“. Auskunft: Bundesvereinigung „Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind“, Marburg/Lahn, Barfußertor 25.

19.—22. 5. in Stuttgart: Tagung der Stuttgarter Gemeinschaft „Arzt und Seelsorger“. Auskunft: Sekretariat der Gesellschaft, 7 Stuttgart-W., Gustav-Siegle-Str. 43.

# LANG'S PFLASTERBINDEN

porös — luftdurchlässig

elastisch und hochelastisch (extra)

Nichtklebend an Haut und Haaren  
Schmerzfremde Abnahme  
Hautschonend  
Bodemöglichkeit mit ang. Verband  
Mehrere Male nachzuwickeln

LANG & Co. KG · MÜNCHEN 45



- 19.—24. 5. in Berlin: 13. Deutscher Kongreß für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Berlin 41, Klingsorstr. 21.
- 22.—23. 5. in Straßburg: Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin in Verbindung mit der Société de Médecine du Travail de Strasbourg. Auskunft: Dr. Fuchs, München-Allach, Krauß-Maffei-Straße 2.
- 23.—27. 5. in Augsburg: 67. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm. Auskunft: Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 25.—27. 5. in Karlsruhe: 8. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung. Auskunft: Doz. Dr. Dr. Giese, Hamburg 20, Martinistraße 52.
- 25.—30. 5. in Neuberberg bei München. Strahlenschutz. 2. Fortbildungskurs für Werksärzte. Auskunft: Dr. Wittenzellner, 8042 Neuberberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.
- 29.—30. 5. in Oberstdorf: Fortbildungskurs „Klimakur u. Physikalische Medizin in der Therapie und Prävention von Aufbrauchskrankheiten“. Auskunft: Forschungsstelle Oberstdorf des Balneologischen Instituts bei der Universität München, 898 Oberstdorf, Kurmittelhaus.
- 29.—30. 5. in Regensburg: Tagung der bayerischen Nervenärzte. Auskunft: Direktion d. Nervenkrankenhauses Regensburg.
- 29.—30. 5. in Regensburg: 9. Kongreß der Deutschen Gesellschaft d. Ästhetischen Medizin und ihrer Grenzgebiete. Auskunft: Prof. Dr. C. Fr. Funk, 84 Regensburg, Postfach 105.
- 29.—31. 5. in Marburg: Wissenschaftliche Tagung in Biophysik, Strahlenbiologie und Nuklearmedizin des Deutschen Atomforums e. V. zusammen mit der Abteilung für Strahlenbiologie und Isotopenforschung der Universität Marburg. Auskunft: Abteilung für Strahlenbiologie und Isotopenforschung der Universität Marburg, Robert-Koch-Straße 8a.
- 30.—31. 5. in Freiburg i. Br.: Süddeutsche Kinderärztetagung. Auskunft: Prof. Dr. W. Künzer, Direktor der Univ.-Kinderklinik, Freiburg i. Br., Mathildenstr. 1.

#### Mai/Juni 1964:

31. 5.—13. 6. in Montecatini-Terme: II. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. Thema: „Gastroenterologie in der Praxis“. Auskunft und Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

#### Juni 1964:

- 1.—6. 6. in Brüssel: Internationaler Kongreß der Europäischen und Mittelmeer-Gesellschaften für Gastroenterologie. Auskunft: Prof. Dr. G. A. Martini, Hamburg 20, Martinistraße 52.
- 1.—13. 6. in Grado: XII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. Thema: „Gastroenterologie in der Praxis“. Auskunft und Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 4.—6. 6. in Baden-Baden: 14. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: Med. Dir. Dr. B. Kläß, 851 Fürth i. B., Blumenstraße 22.
- 6.—7. 6. in Gießen: Fortbildungskurs für praktische Ärzte mit dem Thema: „Diagnostische und therapeutische Hinweise für die tägliche Praxis“. Auskunft und Prospekte: Sekretariat f. ärztl. Fortbildungskurse, 63 Gießen, Klinikstraße 32 g.
- 7.—10. 6. in Würzburg: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V. Auskunft: Prof. Dr. A. N. Witt, Berlin-Dahlem, Clay-Allee 229.
- 8.—13. 6. in Neapel: 1. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für tropische Dermatologie. Auskunft: Dr. P. Santoianni, Clinica Dermatologica dell' Università, Piazza Miraglia, Neapel.

## Gegen Müdigkeit am Morgen

Depression nach dem Erwachen, Erschöpfung, Arbeitsunlust, Arteriosklerose, morgens 1 Kapsel

### permorgen - vitamin

Rp.: Vitamin A, Vitamin D<sub>2</sub>, Vitamin B<sub>1</sub>, Vitamin B<sub>2</sub>, Methionin, ungesättigte Fettsäuren, Calciumlevulinat, Magnesiumthiosulfat, Natriumsilicat

Packung mit 30 Kapseln

permorgen-vitamin-schwarzaupt DM 5.90

## Gegen Müdigkeit am Abend

vorzeitigen Leistungsabfall, Schwäche, Geiztheit, Kältegefühl, Rekonvaleszenz, Nachtblindheit, nachmittags oder abends 1 Kapsel

### perabend - vitamin

Rp.: Vitamin B<sub>1</sub>, Vitamin B<sub>2</sub>, Vitamin K, Vitamin E, Folsäure, Nicotinsäureamid, Cholin, Inosit, Glycerin, Natriumglycerophosphat, Natriumfluorid

Packung mit 30 Kapseln

perabend-vitamin-schwarzaupt DM 5.90

## Gezielte Vitaminversorgung und spezifische Ergänzung der täglichen Nahrung!



### Bestellschein

Erbitte kostenloses Versuchsmuster von

permorgen-vitamin-schwarzaupt

perabend-vitamin-schwarzaupt

Persönliche Unterschrift und Stempel:

### SCHWARZHAUPT • KÖLN



- 11.—14. 6. in Köln: 12. Europäische EEG-Tagung. Thema: „Das EEG im Anfangsstadium vaskulärer, raumfordernder, entzündlicher und traumatischer zerebraler Prozesse.“ Auskunft: Professor Dr. R. Ch. Behrend, Max-Planck-Institut für Hirnforschung, Köln-Merheim, Ostmerheimer Str. 200.
- 13.—19. 6. in Helsinki: XVIII. Generalversammlung des Weltärztebundes. Auskunft: Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 15.—16. 6. in Heidelberg: 5. Symposion der Arbeitsgemeinschaft zur Erforschung der ärztlichen Allgemeinpraxis. Auskunft: Dr. Robert N. Braun, Brunn a. d. Wild, Niederösterreich.
- 15.—19. 6. in Prag: Kongreß über Antibiotika. Auskunft: Dr. V. Vizek, Forschungsinstitut für Antibiotika, Roztoky bei Prag.
- 15.—27. 8. in Freudenstadt: 12. Sportärztelehrgang. Auskunft: Professor Dr. W. Kohirausch, Freudenstadt, Sanatorium Hohenfreudenstadt.
- 17.—20. 8. in Wien: XIV. Kongreß der Internationalen Vereinigung zum Studium der Bronchien. Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, Wien IX, Alserstraße 4.
- 19.—25. 6. in Kopenhagen: 2. Internationaler Kongreß für Mundchirurgie. Auskunft: Dr. J. Rud, 2nd International Conference on Oral Surgery, c/o DIS Congress Service, 19, Sankt Peders Strade, Copenhagen K.
- 21.—27. 6. in London: 5. Internationaler Kongreß der Internationalen Akademie für Pathologie. Auskunft: Dr. F. K. Mostofi, Armed Forces Inst. of Pathology, Washington 25, D. C., USA.
- 22.—29. 6. in Westerland/Sylt: 20. Ärztliches Seminar für Meereshellkunde. Auskunft: Universitäts-Institut für Bioklimatologie und Meereshellkunde in Westerland/Sylt.

#### Junli/Jul 1964:

29. 6.—3. 7. in Sandefjord/Norwegen: Tagung des Internationalen Ärztinnenbundes. Auskunft: Frau Dr. H. Lezlius, Hamburg 19, Schwenckestraße 19.
29. 6.—3. 7. in Neuherberg bei München: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. W. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.
29. 6.—17. 7. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs. Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.

#### Jul 1964:

- 8.—10. 7. in Neuherberg bei München: Strahlenschutz. 1. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.
- 13.—17. 7. in Neuherberg bei München: Strahlenschutz. 2. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, Post Schleißheim.

- 13.—16. 7. in London: 4. Weltkongreß über Verhütung von Berufsunfällen und -krankheiten. Auskunft: ROSPA, 52, Grosvenor Gardens, London S. W. 1.
- 13.—24. 7. in Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu: Einführungslehrgang in die Manual-Therapie (Wirbelsäule und Extremitäten). 1. Kurs von 4 Kursen der Ärztlichen Lehr- und Forschungsstätte für manuelle Therapie. Auskunft: Sekretariat der MWE, 7972 Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.
- 20.—24. 7. in Toronto: 5. Internationaler Kongreß der Internationalen Diabetes-Vereinigung. Auskunft: Drs. O. & V. Sirek, Charles Best Institut, 112, College Street, Toronto 5, Kanada.
- 24.—25. 7. in München: 41. Tagung der Bayerischen Chirurgenvereinigung. Auskunft: Professor Dr. W. Flick, 8 München 19, Huberiusstr. 1.

#### Jul/August 1964:

26. 7.—1. 8. in New York: 8. Internationaler Biochemischer Kongreß. Auskunft: Congress-Sekretariat, 9650 Wisconsin Avenue, Washington 14, D. C., USA.

#### August 1964:

- 2.—7. 8. in Westerland/Sylt: Diagnostik-Kurs (D-Kurs) der Ärztlichen Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC) e. V. 1. Kurs von 4 Kursen in manueller Therapie. Auskunft: Sekretariat der FAC, 47 Hamm/Westf., Ostentallee 63, Klinik für manuelle Therapie.
- 2.—6. 8. in Ljubljana/Jugoslawien: 15. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für angewandte Psychologie. Auskunft: Odsjek za psihologiju, Filozofski fakultet, Djure Salaja b. b., Zagreb, Jugoslawien.
- 3.—7. 8. in Bern: Internationale Konferenz „Psychische Gesundheit und Industrialisierung“. Auskunft: Weltverband für Psychische Gesundheit, 1, Rue Gevray, Genf.
- 16.—21. 8. in Frankfurt/Main: II. Internationaler Kongreß für Gewebe- und Zellchemie. Auskunft: Prof. Dr. T. H. Schiebler, Anatomisches Institut der Universität Kiel, Neue Universität.

#### Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:  
Klinge, München 23  
Chemiewerk Homburg, Frankfurt  
Helopharm KG., Berlin  
Luitpold-Werk, München  
Deutsche Verlags-Anstalt, Stuttgart.

„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 vierteljährlich DM 2.40 einschl. Postzeitungsgebühren. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung:

Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8 München 15, Sonnenstr. 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse: Gabler-Preß. Für den Anzeigentell verantwortlich: Ernst W. Scharfingher, München. Druck: Richard Pfaum 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 beigelegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.



**PENTAVENON®**  
Tropfen Dragees Salbe

mit doppeltem Entstauungsprinzip:

**Spartein** und **Roßkastanie**