

# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 11

München, November 1965

20. Jahrgang

## „Meine Kollegen werde ich achten“

(aus dem Genfer Gelöbnis)

### Landgericht München: „UMEL Deutschland“ und die Urheberschaft infamer Verleumdungen im Ausland

Das Urteil des Landgerichtes München vom 30. 9. 1965 enthält bittere Feststellungen für die von den Herren Dr. Sack und Dr. Harless vertretene „UMEL Deutschland“, die sich nach eigener Angabe zum Ziel gesetzt hat, „für die Freiheit und das Berufsethos des Arztes zu kämpfen“. Nun, im vorliegenden Fall bekundete sie jedenfalls eine besondere „Freiheit“, nämlich die „Freiheit“, Kollegen zu beleidigen und zu verleumden und selbstverständliche Grundsätze der ärztlichen Berufsordnung damit zu mißachten.

Da das nachstehend wörtlich abgedruckte Urteil auch den Sachverhalt eingehend darstellt, sind nur noch folgende Bemerkungen dazu erforderlich:

Vorstand und Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hatten am 5. und 6. März 1965 in einer Erklärung die in einer Veröffentlichung der französischen Zeitschrift „Médecine et Liberté“ enthaltenen infamen Verleumdungen der Herren Kollegen v. Gugel, Jungmann, Meider, Reese und Sewering mit Schärfe zurückgewiesen. Diese Erklärung ist im vollen Wortlaut in der März-Ausgabe des „Bayerischen Ärzteblattes“ veröffentlicht worden.

Die deutsche Landessektion der UMEL (Union für eine freiheitliche Medizin), vertreten durch Dr. Peter Sack, München 12, Ganghoferstraße 84, hat daraufhin gegen den Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer eine Einstweilige Verfügung beantragt und auch erhalten, in der den Genannten verboten wurde, zu behaupten, zu verbreiten oder verbreiten zu lassen,

- a) die Antragstellerin oder eines ihrer Vorstandsmitglieder sei Urheberin des Artikels „Réveil de nos confrères d'outre-Rhin“ in der Dezember-Ausgabe des französischen Mitteilungsblattes „Médecine et Liberté“,
- b) die Antragstellerin habe den Antragsgegner Dr. Sewering oder Dr. Meider infam verleumdet, in niederträchtiger und schändlicher Weise versucht, den Antragsgegner Dr. Sewering mundtot zu machen und auszuschalten, und sie habe falsche Vorstellungen über das Anstands- und Sauberkeitsgefühl der ausländischen Kollegen.“

In der Begründung des Antrages der UMEL auf Erlaß dieser Einstweiligen Verfügung heißt es unter anderem wörtlich:

„Die Angriffe (Anmerkung der Redaktion: Gemeint ist hier die Stellungnahme der KV-Vertreterversammlung) enthalten einen schweren Eingriff in die Ehre der Antragstellerin (Anmerkung der Redaktion: Gemeint ist hier die UMEL Deutschland, vertreten durch Dr. Sack) und sind geeignet, sie im öffentlichen Ansehen herabzusetzen. Eine Vereinigung, die sich gerade den Schutz des ärztlichen Berufsethos zum Ziel gesetzt hat, muß durch die Beschuldigung, im Ausland eine infame Hetze getrieben zu haben, um auf niederträchtige Weise Kollegen mundtot zu machen, empfindlich getroffen werden, zumal wenn man bedenkt, daß eine gewisse vornehme Zurückhaltung heute noch in weiten Kreisen der deutschen Ärzteschaft zum Standesbewußtsein gehört. Die Angriffe, die über das ‚Bayerische Ärzteblatt‘ praktisch allen bayerischen Ärzten zugänglich gemacht worden sind, schädigen die Antragstellerin erheblich im öffentlichen Ansehen. Das gilt auch und gerade für den Hinweis auf das ‚Anstands- und Sauberkeitsgefühl‘ der ausländischen Ärzte, womit ausgedrückt werden sollte, daß die Antragstellerin offenbar weder Anstands- noch Sauberkeitsgefühl besitzt.“

In der Begründung zum Antrag auf Erlaß einer Einstweiligen Verfügung wird weiterhin behauptet:

„Die Antragstellerin hat weder als Vereinigung noch über die Vorstandsmitglieder persönlich irgend etwas mit dem Artikel ‚Erwachen unserer Kollegen jenseits des Rheins‘ zu tun.“

Diese Behauptung wurde auf die eidesstattliche Erklärung der Herren Dr. Sack und Dr. Harless gestützt.

Entgegen dem Wortlaut dieser Erklärung stellt das Gericht jedoch fest, daß die Landessektion Deutschland der UMEL Urheberin des Artikels ist.

Statt Widerspruch gegen die Einstweilige Verfügung zu erheben, hatten der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer und der Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung eine Anordnung des Gerichtes beantragt, nach welcher die UMEL gegen sie Klage zu erheben habe (Klageerzwingungsverfahren). Über diese Klage hat das Gericht nun entschieden.

Es ist bedauerlich, wenn ausgerechnet Ärzten durch ein Gerichtsurteil schlechtes Benehmen und grobe Verstöße gegen Gesetze und die Gebote selbstverständlicher Kollegialität bescheinigt werden.

Wer sich das sagen lassen muß, ist sicher kein „Wahrer der ärztlichen Freiheit und des ärztlichen Berufsethos“!

Und nun das Urteil im vollen Wortlaut (Hervorhebung einzelner Stellen durch die Redaktion):

**URTEIL:**

Das Landgericht München I, 6. Zivilkammer, Landgerichtsdirektor Dr. Thomas als Vorsitzender, Landgerichtsrat Dr. Riedel und Gerichtsassessor Dr. Vollkommer als Beisitzer, hat auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 1. Juli 1965

in Sachen

Deutsche Landesektion der „Union pour une Médecine Européenne Libérale“ (Union für eine freiheitliche europäische Medizin) e. V., vertreten durch den Landessekretär Dr. Peter Sack, München 12, Ganghoferstr. 84, und das Vorstandsmitglied Dr. Harless

— Klägerin —

Prozeßbevollmächtigter: Rechtsanwalt Herbert Spiecker, München 8, Prinzregentenplatz 23/III,

gegen

1. Dr. Friedrich Völlinger, Arzt und I. Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns,

2. Dr. Hans-Joachim Sewering, Arzt und Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, beide München 23, Königinstraße 85,

— Beklagte —

Prozeßbevollmächtigter zu 1. und 2.: Rechtsanwalt Hanns Braun, München 27, Geibelstraße 15, wegen Unterlassung

**IM NAMEN DES VOLKES**

folgendes

**Endurteil**

erlassen:

- I. Die Klage wird abgewiesen.
- II. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits.
- III. Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.  
Der Klägerin wird gestattet, die Zwangsvollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe von 350 DM abzuwenden.

**Tatbestand:**

**I.**

1. Die Beklagten bekleiden hohe Funktionen in deutschen ärztlichen Organisationen, der Zweitbeklagte zusätzlich auch in europäischen Organisationen.

Als junger Student war der Zweitbeklagte Mitglied der Reiter-SS ohne jeden Dienstgrad (Bl. 8, 16 a/1, 30 d. A.).

2. Die Klägerin bezeichnet sich als eine Vereinigung deutscher Ärzte mit dem Ziel, für die Freiheit und Erhaltung des ärztlichen Berufsethos zu kämpfen. Sie ist als Deutsche Landesektion Mitglied der gleichgerichteten internationalen „Union pour une Médecine Européenne Libérale“ (UMEL) und hat die Rechtsform eines beim Amtsgericht München eingetragenen Vereins. Die Klägerin wird vertreten durch den Landessekretär Dr. Sack und das Vorstandsmitglied Dr. Harless (Bl. 1, 18 d. A.).

3. In der Dezember-Ausgabe 1964 des französischen medizinischen Mitteilungsblattes „Médecine et Liberté“ erschien unter der Kopfleiste „Syndicalisme Médical de l'Etranger-Allemagne“ (Ärztlicher Syndikalismus im Ausland — Deutschland) ohne Verfasserangabe der Artikel „RÉVEIL DE NOS CONFRÈRES D'OUTRE — RHIN“ (Erwachen unserer Kollegen jenseits des Rheins).

Auf den in Photokopie vorgelegten Artikel und die beigegebene Übersetzung wird Bezug genommen (Bl. 16 a, Anlagen 4 und 5).

4. Die „Kassenärztliche Vereinigung Bayerns“ (KVB) ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, deren Organe ein aus 11 Personen bestehender Vorstand und die „Vertreterversammlung“ sind. Erster Vorsitzender des Vorstandes ist der Erstbeklagte, der Zweitbeklagte ist eines der 8 ordentlichen Vorstandsmitglieder.

Am 5. 3. 1965 nahm der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in einer schriftlichen Erklärung zu dem Artikel „Erwachen unserer Kollegen jenseits des Rheins“ Stellung. Auf die Erklärung vom 5. 3. 1965 (Bl. 16 a, Anlage I) wird Bezug genommen.

An dem Vorstandsbeschuß der KVB vom 5. 3. 1965 haben die beiden Beklagten mitgewirkt (Bl. 10, 28 R d. A.). Die Vertreterversammlung der KVB billigte am 6. 3. 1965 den genannten Vorstandsbeschuß ohne Gegenstimme. Bei der Erörterung des Vorstandsbeschlusses am 6. 3. 1965 haben die Beklagten mitgewirkt (Bl. 28 R.).

5. Die Bayer. Landesärztekammer ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts. Ihre Organe sind ein zwölfköpfiger „Vorstand“ und die „Vollversammlung“ (Bayer. Ärztetag). Der Zweitbeklagte ist der Vorsitzende (Präsident) des Vorstandes der Bayer. Landesärztekammer.

Die Bayer. Landesärztekammer ist Herausgeber und Verleger des „Bayer. Ärzteblattes“. Schriftleiter der monatlich erscheinenden Zeitschrift ist Dr. Reichstein.

Mit Beschluß vom 13. 3. 1965 (Bl. 16 a/Anl. 2) hat der Vorstand der Bayer. Landesärztekammer die von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns am 8. 3. 1965 abgegebene Erklärung begrüßt und sich ihr angeschlossen. Die Erklärungen des Vorstandes und der Vertreterversammlung vom 5./6. 3. 1965 wurden in Heft Nr. 3/1965 des „Bayer. Ärzteblattes“ im Wortlaut abgedruckt (a. a. O. S. 218—219, Bl. 16 a/Anl. 3).

Der Zweitbeklagte hat auch an dem Vorstandsbeschuß der Bayer. Landesärztekammer vom 13. 3. 1965 mitgewirkt (Bl. 11, 12, 28 d. A.).

6. In den zuerst in der Erklärung des Vorstandes der KVB vom 5. 3. 1965 erhobenen Vorwürfen erblickt die Klägerin einen schweren Eingriff in ihre Ehre, der geeignet sei, sie im öffentlichen Ansehen herabzusetzen und sie zu schädigen.

Der Kläger sieht die Ehrverletzung vor allem in den im folgenden wiedergegebenen Teilen der Erklärung vom 5. 3. 1965:

„Der Artikel (sc. „Erwachen unserer Kollegen jenseits des Rheins“) läßt eindeutig die Urheberschaft der UMEL Deutschland erkennen...“

„Er enthält eine Mischung von Herabsetzungen, Verdächtigungen und Verleumdungen der Organisationen und der Kollegen. Es sind dies die Kollegen von GUGEL, JUNGSMANN, MEIDER, REESE und SEWERING.“

„Vom geschäftsführenden Vorstand des Hartmannbundes darauf angesprochen, leugneten die Herren Harless und Sack die Urheberschaft des Artikels.“

„Niedriger gehängt werden müssen aber die infamen Verleumdungen gegen die Kollegen SEWERING und MEIDER.“

„Ihn (sc. Dr. SEWERING)... als SS-Sturmführer zu deklarieren und durch seine Formulierung, der seinen Wohnsitz nach wie vor in Dachau hat' für jeden — insbesondere ausländischen — Leser sofort die Gedankenverbindung mit dem KZ-Dachau herzustellen, ist eine Niedertracht, die nur dem Zwecke dienen

sollte, einen Kollegen mundtot zu machen, der seit weit mehr als einem Jahrzehnt verantwortlich für die bayerische und deutsche Ärzteschaft arbeitet und auch im Ausland hohes Ansehen genießt.“

„Der schändliche Versuch, ihn auszuschalten, ist also mißlungen. Die Herren der UMEL hatten, wie von so vielem anderen, auch hier falsche Vorstellungen über das Anstands- und Sauberkeitsgefühl unserer ausländischen Kollegen.“

„Uns bleibt nur die Möglichkeit der klaren Distanzierung von Ärzten, welche in solcher Weise die Verdächtigung, Beleidigung und Verleumdung zum Instrument ihres Handelns gemacht haben.“

Mit Einschreiben vom 12. 3. 1965 (Bl. 8 d. A. 6 Q 9/65) forderte der Prozeßbevollmächtigte der Klägerin den Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erfolglos auf, die in dem „Rundschreiben vom 5. 3. 1965“ enthaltenen beleidigenden Äußerungen mit dem Ausdruck des Bedauerns zurückzunehmen.

Am 24. 3. 1965 erließ das Landgericht München I auf Antrag der Klägerin gegen die beiden Beklagten folgende Einstweilige Verfügung (Az.: 6 Q 9/65):

„Den Antragsgegnern wird bei Meidung einer Geldstrafe in unbeschränkter Höhe oder Haftstrafe bis zu 6 Monaten verboten zu behaupten, zu verbreiten oder verbreiten zu lassen

- a) die Antragstellerin oder eines ihrer Vorstandsmitglieder sei Urheberin des Artikels „Réveil de nos confrères d'outre-Rhin“ in der Dezemberausgabe des französischen Mitteilungsblattes „Médecine et Liberté“,
- b) die Antragstellerin habe den Antragsgegner Dr. Sewering oder Dr. Meider infam verleumdet, in niederträchtiger und schändlicher Weise versucht, den Antragsgegner Dr. Sewering mundtot zu machen und auszuschalten, und sie habe falsche Vorstellungen über das Anstands- und Sauberkeitsgefühl der ausländischen Kollegen.“

Das von den Beklagten gegen die Einstweilige Verfügung eingeleitete Widerspruchsverfahren ruht (Bl. 27, 33 d. A. 6 Q 9/65).

## II.

Mit der vorliegenden Klage verfolgt die Klägerin ihren Unterlassungsanspruch im Hauptsacheprozeß weiter. Die Klägerin behauptet:

1. Den Artikel „Erwachen unserer Kollegen jenseits des Rheins“ habe sie weder als Vereinigung noch über ein Vorstandsmitglied veröffentlicht und auch nicht die Veröffentlichung veranlaßt. Ihr Vorstand habe von irgendeinem Veröffentlichungsvorhaben nichts gewußt und erst nach Erscheinen des Blattes davon Kenntnis erlangt. Die Klägerin habe mit der Veröffentlichung nichts zu tun und sie bedaure diese (Bl. 3, 4, 20 d. A.).

2. In bezug auf den Artikel „Erwachen usw.“ selbst führt die Klägerin aus:

Der Artikel enthalte nur unbestrittene oder jederzeit beweisbare Behauptungen. Dies treffe insbesondere auf die Ausführungen über den Zweitbeklagten zu. So sei die Behauptung, der Zweitbeklagte sei Sturmführer der „Reiter-SS“ gewesen, gar nicht aufgestellt; lediglich eine dahingehende Äußerung Dr. Wallnöfers sei wiedergegeben. Wallnöfer habe aber diese Äußerung tatsächlich getan. Die Behauptung über den Wohnsitz des Zweitbeklagten entspreche den Tatsachen. Jedenfalls sei der Hinweis auf die NS-Vergangenheit des Zweit-

beklagten im Hinblick darauf, daß der Zweitbeklagte ein führender Funktionär der Ärzteschaft sei und eine wichtige internationale Aufgabe übernommen habe, berechtigt gewesen und habe im wohlverstandenen Interesse der deutschen Ärzteschaft gelegen (Bl. 4, 20). Auch was in dem Artikel gegen Dr. Meider vorgetragen sei, entspreche den Tatsachen. Meider sei Vorsitzender einer Prüfungskommission, die über Honorarkürzungen der Ärzte entscheide. Das in dem Artikel wiedergegebene Zitat stamme aus einem seiner Bescheide (Bl. 21).

Keinesfalls seien in dem Artikel unwahre Behauptungen wider besseres Wissen aufgestellt worden (Bl. 5).

3. Die beiden-Beklagten hätten die in der Erklärung vom 5. 3. 1965 enthaltenen, von der Klägerin beanstandeten Behauptungen auch persönlich aufgestellt, und zwar nicht nur im Rahmen der Vorstandssitzung und der Vertreterversammlung der KVB vom 5./6. 3. 1965, sondern wiederholt auch gegenüber Mitgliedern des Vorstandes der Bayer. Landesärztekammer im Frühjahr 1965 und, was den Zweitbeklagten betreffe, zusätzlich auch gegenüber Mitgliedern des Vorstandes der Bundesärztekammer um die gleiche Zeit (Bl. 20, 28 R, 32 d. A.).

Bei der Erklärung des Vorstandes der KVB vom 5. 3. 1965 handle es sich um einen „Rundbrief“, der an alle Vertreter der KVB versandt worden sei (Bl. 2). Auch nach Erlass der Einstweiligen Verfügung seien die in ihr enthaltenen Behauptungen in einer Vielzahl von Fällen wiederholt worden. Außer der Veröffentlichung im „Bayer. Ärzteblatt“ seien sie auch u. a. in der Zeitschrift „Der Kassenarzt“ erschienen (Bl. 32). Durch die volle Publizierung der Erklärung sei die Klägerin geschädigt.

4. Zum Inhalt der Erklärung vom 5. 3. 1965 führt die Klägerin aus:

- a) Soweit darin die Behauptung aufgestellt werde, die Klägerin sei der „Urheber“ des Artikels „Erwachen usw.“, so sei damit nicht gemeint, daß die Klägerin Verfasserin oder Informant sei, vielmehr solle damit zum Ausdruck gebracht werden, daß die Klägerin die Veröffentlichung des Artikels veranlaßt hat (Bl. 19/20).
- b) Im übrigen meint die Klägerin, die Erklärung vom 5. 3. 1965 enthalte sowohl Formalinjurien als auch falsche Tatsachenbehauptungen und ehrenkränkende Werturteile. Die Klägerin behauptet, den Beklagten sei die Unwahrheit ihrer Behauptungen bekannt gewesen. Den von den Beklagten erhobenen Vorwurf der „Verleumdung“ hält die Klägerin für bewußt unwahr (Bl. 4, 5).

### Die Klägerin stellt daher folgenden Klageantrag (Bl. 1/2):

Die Beklagten werden unter Androhung einer Geldstrafe in unbeschränkter Höhe oder Haftstrafe bis zu sechs Monaten für jeden Fall der Zuwiderhandlung verurteilt, zu unterlassen, zu behaupten, zu verbreiten oder verbreiten zu lassen,

- a) die Klägerin oder eines ihrer Vorstandsmitglieder sei Urheberin des Artikels „Réveil de nos confrères d'outre-Rhin“ (Erwachen unserer Kollegen jenseits des Rheins) in der Dezember-Ausgabe des französischen Mitteilungsblattes „Médecine et Liberté“,
- b) die Klägerin habe den Beklagten zu 2. oder Dr. Meider infam verleumdet, in niederträchtiger und schändlicher Weise versucht, den Beklagten zu 2.

mundtot zu machen und auszuschalten, und sie habe falsche Vorstellungen über das Anstands- und Sauberkeitsgefühl der ausländischen Kollegen.

Mit dem in der mündlichen Verhandlung vom 1. 7. 1965 (Bl. 29) nachgelassenen Schriftsatz vom 22. 7. 1965 (Bl. 31/33) hat die Klägerin hilfsweise die Klageänderung erklärt; danach soll im Falle einer Verneinung der Wiederholungsgefahr die Klage anstelle des Erstbeklagten gegen die Kassenärztliche Vereinigung und anstelle des Zweitbeklagten gegen die Bayer. Landesärztekammer gerichtet sein. Insoweit hat die Klägerin bei Weigerung der Beklagten beantragt, die Änderung für sachdienlich zu erklären (Bl. 33). Vorsorglich bittet die Klägerin um Vollstreckungsschutz (Bl. 2).

#### Die Beklagten beantragen (Bl. 8),

die Klage abzuweisen.

Vorsorglich bitten auch sie um Vollstreckungsschutz. Zur hilfsweisen Klageänderung haben sie sich noch in einem nicht vorbehaltenen Schriftsatz geäußert (Bl. 36).

Die Beklagten bestreiten ihre Passivlegitimation sowie eine Wiederholungsgefahr; ferner erheben sie Einwendungen gegen die Klageforderung.

1. Bezüglich der Passivlegitimation sind die Beklagten der Ansicht, ein Unterlassungsanspruch der Klägerin könne sich allenfalls gegen die Körperschaften (KVB, Landesärztekammer) richten, nicht aber gegen einzelne Vorstandsmitglieder persönlich.

Im einzelnen führen sie hierzu aus (Bl. 9—12, 23/24):

Bei dem Schriftstück vom 5. 3. 1965 handle es sich nicht um einen zu versendenden „Rundbrief“, sondern um einen Antrag des Vorstands der KVB, der am 6. 3. 1965 der „Vertreterversammlung“ zur Beschlußfassung vorgelegt worden sei. Bei der Beschlußfassung des Vorstands vom 5. 3. 1965 hätten die Beklagten lediglich je eine Stimme unter zehn gleichberechtigten Vorstandsmitgliedern gehabt.

Beim Beschluß des Vorstands der Landesärztekammer vom 13. 3. 1965 habe die Zweitbeklagte ebenfalls nur als ein gleichberechtigtes Mitglied von insgesamt zwölfen mitgewirkt.

Die Vorstandsbeschlüsse sowie der Beschluß der Vertreterversammlung wäre nicht anders gewesen, wenn die Beklagten nicht teilgenommen hätten.

Für die Veröffentlichungen im „Bayer. Ärzteblatt“ trage schließlich der bestellte Schriftleiter die Verantwortung.

2. Im übrigen wenden die Beklagten ein (Bl. 12—15, 24—25):

a) Die Klägerin sei die Urheberin des Artikels „Erwachen unserer Kollegen jenseits des Rheins“, ausgenommen das Vorwort. Die Veröffentlichung sei der Bericht des Landessekretärs der Klägerin, Dr. Sack. Dieser Bericht sei auch von dem Vorstandsmitglied Dr. Harless gebilligt worden.

b) Der Artikel enthalte objektive Unrichtigkeiten und diffamierende Äußerungen und Verleumdungen (Bl. 15—16, 26—27). Er bezwecke, den Zweitbeklagten als Generalsekretär des Ständigen Ausschusses der Ärzte der EWG unmöglich zu machen. Der Zweitbeklagte sei nicht „SS-Sturmführer der Reiter-SS“ gewesen; durch den Hinweis auf seinen Wohnsitz sollte er in Gedankenverbindung zum KZ Dachau gebracht werden.

Die Vorwürfe gegen Dr. Meider seien eine beleidigende Entstellung der Tatsachen. Die Bescheide

der Prüfungskommission, der Dr. Meider als Vorsitzender angehöre, seien nicht dessen persönliche Entscheidungen.

#### III.

Das Gericht hat die Akten des Landgerichts München I, Az. 6 Q 9/65, beigezogen.

Ergänzend wird auf die von den Parteien gewechselten Schriftsätze und auf die von ihnen vorgelegten Urkunden Bezug genommen.

#### Entscheidungsgründe:

Die Klage ist unbegründet.

Der Klägerin steht ein Unterlassungsanspruch gegen die Beklagten nicht zu, denn die Beklagten haben die Klägerin nicht durch ehrenkränkende Äußerungen widerrechtlich in ihrer Ehre verletzt.

I. Für den geltendgemachten Unterlassungsanspruch ist die Klägerin aktiv- und sind die Beklagten passivlegitimiert.

1. Auch juristische Personen können beleidigungsfähig sein. Bei der Klägerin ist dies im Hinblick auf ihre Zwecksetzung nicht zweifelhaft. Insoweit haben auch die Beklagten keine Einwendungen erhoben.

2. Gegen die Beklagten entfällt ein Unterlassungsanspruch nicht schon deshalb, weil die Erklärungen vom 5./6. 3. 1965 und 13. 3. 1965 nach Form und Inhalt keine Willensäußerungen von ihnen persönlich, sondern solche von juristischen Personen bzw. von deren kollektiven Organen sind (KVB: Vorstand und Vollversammlung; Landesärztekammer: Vorstand) und sich die Mitwirkung der Beklagten auf die Ausübung ihrer organschaftlichen Rechte beschränkte; denn keinesfalls würde durch eine etwaige Haftung der betreffenden juristischen Personen für die fraglichen Äußerungen eine persönliche Haftung der Beklagten ausgeschlossen.

Gemäß §§ 31, 89 BGB setzt die Haftung der juristischen Personen stets eine zum Schadensersatz verpflichtende Handlung ihrer Organe voraus. Durch die Haftung der jur. Personen wird aber die persönliche Haftung des Organs nicht ausgeschlossen (Enneccerus-Lehmann, Schuldverhältnisse, 15. Bearb., § 243 I 2 f; Palandt, BGB, § 31 Anm. 2; RG JW 24, 1155).

Ohne Bedeutung für den Rechtsstreit ist auch die unstrittige Tatsache, daß die Mitwirkung der Beklagten an den fraglichen Entschlüssen insoweit für diese nicht kausal war, als die betreffenden Organe auch ohne Stimmabgabe der Beklagten die gleichen Beschlüsse gefaßt hätten.

Das schuldige Organ und die juristische Person haften als Gesamtschuldner gem. § 840 BGB (Enneccerus-Lehmann, a. a. O.). Setzt sich das Organ aus mehreren Personen zusammen, so findet auf ihr Verhältnis § 830 BGB Anwendung. Danach genügt es, daß der Schaden durch die gemeinschaftliche Handlung verursacht wurde; auf die Ursächlichkeit des Beitrages des einzelnen kommt es dagegen nicht an (vgl. RGRK, BGB, 11. Aufl. § 830 Anm. 3 und 13).

II. Die Klägerin kann von den Beklagten nicht die Unterlassung der Behauptung verlangen, sie — die Klägerin — oder eines ihrer Vorstandsmitglieder sei Urheber des Artikels „Réveil de nos confrères d'outre-Rhin“ (Ziffer I a der Klageanträge). Insoweit haben die Beklagten zwar eine ehrenrührige Tatsachenbehauptung aufgestellt; die behauptete Tatsache entspricht aber der Wahrheit.

1. Die Behauptung der Urheberschaft eines Zeitschriftenartikels ist eine Tatsachenbehauptung. Die Tatsachenbehauptung ist ehrenrührig, denn der fragliche Artikel ist von beleidigendem und verleumderlichem Inhalt. Die Behauptung der Urheberschaft umfaßt daher zugleich den Vorwurf der Begehung von strafbaren Handlungen.

a) Der Artikel hat beleidigenden Inhalt in bezug auf Dr. Meider und den Zweitbeklagten. Auf ersteren bezieht sich der Satz, beginnend mit:

„Dieser ‚Arzt‘ hatte in einem Bescheid der Honorarkürzung... festgestellt...“

Der Gebrauch der Anführungszeichen ist Ausdruck der beruflichen Geringschätzung des Dr. Meider und damit ein Angriff auf seine berufliche Geltung.

Im Anschluß an den Hinweis auf die frühere SS-Zugehörigkeit des Zweitbeklagten verweist der Artikel auf dessen „ständigen“ Wohnsitz in Dachau („qui a son domicile toujours à Dachau, Oberanger 14“). Bei allen übrigen namentlich in dem Artikel genannten Personen ist die Angabe des Wohnsitzes unterblieben. Die Verbindung der beiden ohne inneren Zusammenhang stehenden Mitteilungen erfolgte ersichtlich lediglich zu dem Zweck, zwischen dem Zweitbeklagten und dem KZ Dachau eine gedankliche Verbindung herzustellen. Dadurch sollte der Zweitbeklagte in der öffentlichen Meinung herabgewürdigt werden.

b) Der Artikel enthält ferner verleumderische Behauptungen in bezug auf Dr. von Gugel, Dr. Meider und den Zweitbeklagten.

Soweit dem Zweitbeklagten — nach der Erklärung einer dritten Person — der Rang eines „SS-Sturmführers bei der Reiter-SS“ beigelegt wird, enthält er die Behauptung einer ehrenrührigen Tatsache. Die Klägerin behauptet aber selbst nicht, daß die Tatsache wahr sei (Bl. 10). Aber auch die Behauptung, Dr. Wallnöfer habe eine entsprechende Erklärung abgegeben, ist unwahr. Die Klägerin hat für diese bestrittene Tatsache kein zulässiges Beweismittel angeboten (Bl. 20). Zeugenbeweis kann nicht mit NN angetreten werden (Baumbach-Lauterbach, ZPO, § 373 Anm. 1).

In bezug auf Dr. von Gugel stellt der Artikel die nicht bewiesene ehrenrührige Behauptung der Amtspatronage auf, in bezug auf Dr. Meider die der willkürlichen Entscheidung in Rechtsangelegenheiten. Diese ehrenrührige Behauptung ist schon deshalb unrichtig, weil, wie auch die Klägerin nicht bestreitet, Dr. Meider in den fraglichen Fällen lediglich Vorsitzender eines kollegial zusammengesetzten Spruchkörpers war.

2. Die von den Beklagten behauptete Tatsache ist jedoch wahr.

Aufgrund von Inhalt und Form des Artikels, der von den Beklagten vorgelegten, unbestritten gebliebenen Urkunden sowie aufgrund des eigenen Vortrages der Klägerin im Prozeß ist das Gericht davon überzeugt, daß die Klägerin Urheberin des fraglichen Artikels ist.

a) Dem Artikel ist ein einleitendes redaktionelles Vorwort vorangestellt, in dem auf die Stellung und Tätigkeit der Klägerin in Deutschland („L'UMEL

Deutschland — Section nationale de l'UMEL Europe“) eingegangen wird. In diesem Zusammenhang wird auf die Quelle des nachstehenden Artikels wie folgt hingewiesen (in Übersetzung):

„Nachstehend einige Kommentare über die Aktivität des Hartmannbundes, geschrieben von mutigen und freiheitsliebenden deutschen Ärzten.“

Der Artikel ist in „Wir“-Form geschrieben, worunter nach einer Fußnote die Klägerin („UMEL allemand — section de l'UMEL Europe“) zu verstehen sein soll. Auch die Namen der beiden Vertreter der Klägerin, Dr. Harless und Dr. Sack, sind in dem Artikel erwähnt. Der Artikel schließt mit folgenden Worten (in Übersetzung):

„Wir hoffen, daß unsere belgischen und französischen Kollegen, die verhältnismäßig fließend Deutsch sprechen, so oft wie möglich zu uns kommen, um uns zu helfen.“

b) Aus den von den Beklagten vorgelegten Urkunden ergibt sich, daß dem Artikel ein vertraulicher, von dem Landessekretär der Klägerin, Dr. Sack, verfaßter und von dem Vorstandsmitglied Dr. Harless gebilligter Bericht zugrunde liegt.

Mit Schreiben der Klägerin vom 2. 2. 1965 an die Redaktion von „Médecine et Liberté“ hat der Landessekretär Dr. Sack auf einen Irrtum im Vorwort des Artikels hingewiesen und um entsprechende Änderung des Artikels gebeten (Bl. 16 a/8 und 9). In einem von beiden nunmehrigen Vertretern der Klägerin unterzeichneten Schreiben vom 15. 2. 1965 an den Verband der Ärzte Deutschlands heißt es in bezug auf den Artikel:

„... wir haben bereits am 2. 2. 1965 einen Brief mit einer Richtigstellung an die Redaktion der Zeitschrift ‚Médecine et Liberté‘ gesandt...“ (Bl. 16a/10).

In seinem Schreiben an Dr. Jungmann vom 16. 2. 1965 (Bl. 16 a/6) äußert sich das Vorstandsmitglied der Klägerin, Dr. Harless, über den Artikel wie folgt:

„Wir haben den Redakteur sofort auf den groben Fehler hingewiesen, denn die zum Teil nicht korrekt wiedergegebenen Sätze Dr. Sacks stammen aus einem rein internen und vertraulichen Bericht an den Vorstand der UMEL, der ausdrücklich von diesem angefordert und nicht zur Veröffentlichung bestimmt war“ (Bl. 16a/6).

Damit übereinstimmt ein Schreiben des Dr. Babiak an Dr. Jungmann vom 1. 3. 1965, in dem es u. a. heißt:

„Durch vertraulich-freundschaftliche Mitarbeit in UMEL und vor allem mit Herrn Kollegen Sack und Herrn Kollegen Harless, habe ich von der Panne, die aufgrund einer vertraulichen Mitteilung des Herrn Kollegen Sack an die UMEL Hauptverwaltung geschehen ist, die Einzelheiten erfahren.“

Es ist sehr bedauerlich, daß so etwas passieren konnte, aber es war nicht die Schuld des Herrn Kollegen Sack“ (Bl. 16 a/7).

c) Die Klägerin hat schließlich nicht ausdrücklich bestritten, daß der Artikel die Übersetzung eines vertraulichen Berichts an die UMEL-Europe darstellt.

Soweit die Klägerin lediglich behauptet, sie habe den Artikel weder veröffentlicht noch die Veröffentlichung veranlaßt, so steht diese Behauptung mit

dem Inhalt der vorgelegten Urkunden im Einklang. Der durch die Zeugenbenennung des Dr. Reverdito (Bl. 4) angebotene Beweis war daher nicht zu erheben. Es handelt sich insoweit nicht um eine beweisbedürftige Tatsache.

Die Klägerin irrt aber über den Begriff des „Urhebers“, wenn sie meint, daß eine eigenmächtige und ohne ihr Wissen vorgenommene Veröffentlichung ihres vertraulichen Berichts ihre Urheberschaft beseitige.

Nach dem allgemeinen Sprachgebrauch, der allein für die Auslegung der Erklärung vom 5. 3. 1965 maßgebend ist, versteht man unter Urheber den geistigen Schöpfer eines Werks. Mit der Frage der Veröffentlichung des Werks hat die Urheberschaft nichts zu tun. Entsteht dem Urheber durch unbefugte Veröffentlichung seines Werks seitens eines Dritten Schaden, so kann er sich an diesen halten. Seine eigene Verantwortlichkeit gegenüber Personen, die durch in dem Werk enthaltene ehrverletzende Äußerungen betroffen sind, bleibt jedoch unberührt.

4. Die Behauptung der ehrenrührigen wahren Tatsache ist grundsätzlich nicht rechtswidrig. Tatsachen, die ausnahmsweise — unter den Voraussetzungen des § 826 BGB — auch die Behauptung wahrer Tatsachen als rechtswidrig erscheinen lassen (vgl. Palandt, BGB, § 826 Anm. 8 c, dd), hat die Klägerin aber nicht vorgebracht. Darauf, ob die Beklagten bei der Mitwirkung an der Erklärung vom 5./6. 3. 1965 in Wahrnehmung berechtigter Interessen gehandelt haben, kommt es daher in diesem Zusammenhang nicht mehr an.

III. Die Klägerin kann von den Beklagten auch nicht die Unterlassung der Behauptungen verlangen,

1. die Klägerin habe den Zweitbeklagten oder Dr. Meider infam verleumdet;
2. die Klägerin habe in niederträchtiger und schändlicher Weise versucht, den Zweitbeklagten mundtot zu machen, und
3. die Klägerin habe falsche Vorstellungen über das Anstands- und Sauberkeitsgefühl der ausländischen Kollegen,

(Ziffer I b der Klageanträge).

Insoweit haben die Beklagten keine Tatsachenbehauptungen aufgestellt, sondern Werturteile abgegeben. Die vorgenommene Wertung erfolgte aber befugt.

1. Die Behauptung zu 1) stellt das Ergebnis einer Subsumtion des klägerischen Artikels unter die Normen der §§ 185 ff. StGB dar und ist damit ein juristisches Urteil. Das juristische Urteil der Beklagten ist jedenfalls vertretbar, denn der Artikel enthält tatsächlich die objektiven Tatseiten von Beleidigungen und Verleumdungen in bezug auf den Zweitbeklagten und Dr. Melder (vgl. oben II 1). Ist aber nach vertretbarer Meinung eine strafbare Handlung begangen worden, so ist der dahingehende auch öffentlich erhobene Vorwurf dann zulässig, wenn die öffentliche Bedeutung des Falles und berechnigte Interessen der Öffentlichkeit dies erfordern (BGH NJW 1965, 294 — „Volkacher Madonna“). Im Hinblick darauf, daß die in dem Artikel der Klägerin erhobenen Vorwürfe sich

gegen hohe Amtsträger von öffentlich-rechtlichen ärztlichen Organisationen richten, ist dies nicht zweifelhaft.

Die Schwere der erhobenen Beleidigungen rechtfertigt auch deren Kennzeichnung als „infam“.

2. Die weitere Behauptung gibt eine zusammenfassende Würdigung des Zwecks des klägerischen Artikels wieder und ist damit eine Meinungsäußerung. Die Meinungsäußerung der Beklagten enthält zwar ein für die Klägerin ehrkränkendes Werturteil; die Beklagten handelten jedoch befugt, denn sie haben mit ihrem Werturteil über die Klägerin berechnigte Interessen wahrgenommen. § 193 StGB, vgl. Palandt, § 824 Anm. 6 a.

Die beanstandete Äußerung der von der Klägerin zuerst angegriffenen Beklagten hält sich im Rahmen des von der Klägerin gewählten Kampfstils. Wer aber seinerseits im Meinungskampf sich auf eine niedrige Stufe begibt und keine Mittel zur Kränkung und Herabsetzung des Gegners scheut, muß es sich gefallen lassen, wenn der Angegriffene sich in gleicher Weise zur Wehr setzt. Niemand kann für sich die Unantastbarkeit eines Bereiches in Anspruch nehmen, den er selbst bei dem anderen nicht achtet (vgl. BGH NJW 1964, 1471 [1472]).

Die Klägerin hat mit dem ihr zuzurechnenden Artikel (vgl. oben II 2) den Boden sachlicher Kritik und ernst zu nehmender Auseinandersetzungen verlassen und das deutsche Kassenarztsystem, die ärztlichen Organisationen und deren Vertreter zum Gegenstand einer polemischen und gehässigen Kampagne gemacht. Darüber ist sich die Klägerin selbst im klaren; denn sie ließ sich selbst im Prozeß vortragen, daß sie den Artikel seinem Inhalt nach außerordentlich bedaure (Bl. 20). Auch die Briefe der Vorstandsmitglieder Dr. Harless und Dr. Sack vom 15. und 18. 2. 1965 (Bl. 16 a/6 und 10) zeigen die Bestürzung über die Veröffentlichung.

Die Klägerin hat damit eine scharfe Reaktion der Beklagten herausgefordert. Daß die Beklagten den mit dem Artikel verfolgten Zweck richtig erkannt haben, ergibt sich sowohl aus dessen Inhalt als auch aus dem Schreiben des Landessekretärs der Klägerin Dr. Sack vom 2. 2. 1965 an die Redaktion von „Médecine et Liberté“, in dem es heißt:

„Aber um auf den neuen Generalsekretär des Ständigen Ausschusses, Herrn Dr. Sewering, zurückzukommen, so handelt es sich um einen ehemaligen SS-Sturmführer der Reiter-SS. Und dabei geht es nicht um eine interne Angelegenheit der deutschen Ärzte. Das ist etwas, was die französischen Ärzte, wie auch alle anderen Ärzte Europas, angeht.“

Die Behauptung, daß der Zweitbeklagte ehemaliger SS-Sturmführer der Reiter-SS ist, ist jedoch objektiv unrichtig. Die Klägerin hat sie im Prozeß nicht aufrechterhalten (vgl. Bl. 20 d. A.).

3. Die Äußerung der Beklagten betreffend die Vorstellungen der Klägerin über das Anstands- und Sauberkeitsgefühl der ausländischen Kollegen ist ihrem Wortlaut nach eine wert-neutrale Behauptung über eine innere Tatsache. Folgt man der Auslegung der Klägerin, wonach damit ausgedrückt sein soll, daß der Klägerin ein solches Anstands- und Sauberkeitsgefühl fehle (vgl. Bl. 4 d. A.), so

enthält sie ein ehrkränkendes Werturteil. Es kann dahinstehen, ob die von der Klägerin vorgenommene Interpretation zutreffend ist. Selbst wenn dies der Fall ist, so wäre die Kränkung doch nicht widerrechtlich, da sie eine Reaktion auf die schweren Angriffe der Klägerin darstellt. Auf die Ausführungen zu 2) wird verwiesen.

IV. Auf die von der Klägerin hilfsweise erklärte Klageänderung ist schon deshalb nicht einzugehen, weil die Klage nicht mangels Wiederholungsgefahr abgewiesen wurde (vgl. aber Bl. 32 d. A.). Im übrigen würde der Schriftsatz der Klägerin vom 22. 7. 1965 den Erfordernissen des § 253 II ZPO nicht genügen, § 264, 281

ZPO (vgl. Thomas-Putzo, ZPO, § 281, 1; Baumbach-Lauterbach, ZPO, § 281, 2 b). Da der Rechtsstreit gegen die Beklagten bereits zur Endentscheidung reif ist, wäre der Parteiwechsel keinesfalls sachdienlich, § 264 ZPO. V. Kosten: § 91 ZPO.

Vorläufige Vollstreckbarkeit: § 709 Nr. 4 ZPO.

Abwendungsbefugnis der Klägerin: § 713 II ZPO.

gez.: Dr. Thomas, LG-Dir.

gez.: Dr. Riedel, LG-Rat

gez.: Dr. Vollkommer, Ger.-Ass.

Verkündet am 30. 9. 1965

## Diabetes mellitus

### Diagnose – Einstellung – Komplikationen

Von H. Mehnert und F. Steigerwaldt

#### Zur Diagnose des Diabetes mellitus

Auf einen bekannten Diabetiker kommt ein weiterer, der nicht weiß, daß er ebenfalls zuckerkrank ist. In Zahlen: 1% der Bevölkerung hat einen diagnostizierten Diabetes (etwa 500 000 Menschen in der Bundesrepublik), bei einer weiteren halben Million Westdeutscher ist der Diabetes noch nicht entdeckt. Allein durch die Aktion der Bundesärztekammer (Harnuntersuchung in der ärztlichen Allgemeinpraxis auf freiwilliger Basis) konnten viele Tausende Diabetesfälle diagnostiziert und einer Behandlung zugeführt werden. Ein Vielfaches davon harret aber noch der Diagnose! Im folgenden werden Hinweise gegeben, worauf in der Praxis zur Erfassung weiterer Diabetesfälle noch geachtet werden sollte.

#### Manifester Diabetes mellitus:

Verdächtige Symptome: Polyurie, Durst, Abgeschlagenheit, Gewichtsabnahme (oft nach vorangegangener Gewichtszunahme infolge Überernährung). Ferner: Exsikkose, Pruritus genitalis (bei 50% aller frisch entdeckten Diabetikerinnen!), Infektneigung (besonders an der Haut), Sehstörungen, Polyphagie, Impotenz, pathologischer Ablauf von Schwangerschaften (Fehlgeburten, Gestosen, Hydramnion, Riesenkinder), Gefäß-erkrankungen aller Art.

Diagnose: Pathologische Hyperglykämie und — beinahe stets — Glykosurie. Cave alleinige Bestimmung eines Nüchternblutzuckers oder eines Morgenharns, da bei leichten Fällen auch bei manifestem Diabetes keine pathologischen Abweichungen vorzuliegen brauchen! Besser ist es, eine Probe des vom Patienten über 24 Stunden gesammelten Harns auf Glucose und Aceton zu untersuchen.

Jede Glucose-Ausscheidung im Harn ist solange als Symptom eines Diabetes mellitus anzusehen, bis nicht durch Untersuchungen des Blutzuckers (evtl. nach Belastung, s. u.) das Gegenteil bewiesen ist. Grenzwerte: Oberhalb 100 mg% (enzymatische Methoden) bzw. 120 mg% (Reduktionsmethoden) besteht beim nüchternen Patienten Verdacht auf das Vorliegen eines Diabetes mellitus; für die wichtigeren Bestimmungen nach den Mahlzeiten (1—2 Std. p. c.) gelten 160 bzw. 180 mg%

als Richtwerte. In Zweifelsfällen sollte stets eine Glucosebelastungsprobe und/oder ein Tolbutamidtest durchgeführt werden (s. u.).

#### Latenter Diabetes mellitus:

Verdächtige Symptome: Wesentlich unauffälliger! Hinweise durch Vorliegen einer Arteriosklerose, verzögerte Wundheilung, Schwangerschaftskomplikationen (s. o.), erbliche Belastung.

Diagnose: Die Diagnose wird mit Hilfe von sog. Provokationstests gestellt, durch deren Anwendung die Leistungsfähigkeit des Insulin-produzierenden Pankreas geprüft wird. Von der Vielzahl der verwendeten Tests werden hier nur zwei besonders eingeführte und erprobte Varianten beschrieben.

#### a) Die einzeitige orale Glucosebelastung:

Eine orale Glucosebelastungsprobe sollte nach dreitägiger kohlenhydratreicher Ernährung (mehr als 250 g Kohlenhydrate pro die) bei nüchternen, nicht bettlägerigen Personen erfolgen. Verabreicht werden 100 g Glucose in 400 ml Wasser oder Tee; Blutzuckerbestimmungen werden vor der Glucosegabe, sowie 30, 60, 90 und 120 Minuten danach durchgeführt. Es ist zu fordern, daß kein Blutzuckerwert (wahre Glucose) über 160 mg% hinausgeht und daß der 2-Stunden-Wert einen Blutzuckerabfall auf weniger als 120 mg% aufweist. Besonders letzteres Kriterium wurde vom Diabetes-Experten-Komitee der Welt-Gesundheitsorganisation als wichtig herausgestellt. Ergebnisse, die innerhalb eines Bereiches von mehr als 20 mg% über den angegebenen Werten liegen, müssen als fraglich pathologisch, noch höhere Werte als sicher pathologisch angesehen werden. Bei fraglich pathologischen Werten kann die kombinierte Cortison- bzw. Prednisolon-Glucose-Belastung mitunter weiter helfen. Hierbei erhält der Patient 2 Stunden vor der ersten Blutzuckerbestimmung 10 mg Prednisolon oral. In vorher zweifelhaften Fällen verlaufen die Kurven bei diabetischer Stoffwechsellage dann oft eindeutig pathologisch.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß sich im höheren Lebensalter eine Verschlechterung der Kohlenhydrat-Toleranz einstellt. Dabei ist es eine Streitfrage, ob man deswegen die Kriterien des Tests ändern oder mehr

Patienten als latente Diabetiker bezeichnen sollte. Das letztere Vorgehen ist insofern sicherer, als sich bei älteren Patienten mit solchen leicht pathologischen Werten doch in sehr vielen Fällen später ein manifester Diabetes entwickelt und dieser Situation durch eine entsprechende Prophylaxe (Gewichtsabnahme!) rechtzeitig begegnet werden kann. Im übrigen gilt gerade für Zweifelsfälle die Regel, daß der Test zu wiederholen und durch andere Untersuchungen (z. B. Tolbutamid-Test, Spiegelung des Augenhintergrundes) zu ergänzen ist. Empfohlen wird auch die Durchführung der einmaligen oralen Belastung mit 50 g Glucose (In 200 ml Flüssigkeit); bei Kindern ist die Berechnung nach  $m^2$  Körperoberfläche zweckmäßig. Auch wenn nach Meinung der Mehrzahl der Diabeteskliniker die Glucosedoppelbelastung keine Vorteile gegenüber der einzeitigen Belastung mit sich bringt, wird der erfahrene Arzt nicht auf eine Probe verzichten müssen, die er seit Jahren richtig zu interpretieren weiß. Für die Deutung der Blutzuckerwerte ist es praktisch nicht von Belang, ob 50 g oder 100 g Glucose beziehungsweise zweimal 50 g Glucose oder zweimal 1 g Glucose/kg Körpergewicht gegeben werden. Der Grund hierfür ist darin zu suchen, daß bei größerem Glucoseangebot infolge des höheren osmotischen Druckes im Magen weniger Zucker pro Zeiteinheit an den Darm weitergegeben und dort resorbiert wird als bei Applikation einer kleineren Glucoseportion, die den Magen rascher passiert. Die Deutung der Glucosebelastungsproben wird erschwert oder ist unmöglich bei Vorliegen von Magen-Darm-Krankheiten, Schilddrüsen- und Lebererkrankungen und nach Magen- oder Darmresektion. Hier empfiehlt sich die Durchführung des Tolbutamidtests.

#### b) Tolbutamidtest:

Ein Insulindefizit läßt sich auch diagnostizieren, wenn man das Ausmaß der Insulinsekretion auf andere Weise prüft: Nach intravenöser Injektion von 1,0 g Tolbutamid (Rastinon oder Artosin), das normalerweise zu einer kräftigen Insulinausschüttung führt, wird beim latenten (und erst recht beim manifesten) Diabetes mellitus das sonst rasch einsetzende starke Absinken des Blutzuckers vermißt.

Durchführung: Der nüchterne, an den Vortagen kohlenhydratreich ernährte (s. o.) Patient erhält nach Bestimmung eines ersten Blutzuckerwertes 1,0 g Tolbutamid i. v. injiziert. Anschließend werden nach 20 und 30 Minuten zwei weitere Blutzuckerbestimmungen durchgeführt.

Bewertung: Ein Abfall des Blutzuckers auf unter 80 Prozent des Ausgangsblutzuckers 20 Min. nach Tolbutamid-Injektion gilt als normales Verhalten, gleichgültig, wie sich der zweite Blutzuckerwert — 30 Min. nach Tolbutamid-Belastung — verhält. Ein 20-Min.-Wert über 80% und ein gleichzeitiger 30-Min.-Wert über 77% des Ausgangswertes werden als pathologischer Ausfall des Tests angesehen. Wenn der 20-Min.-Wert nicht über 80% absinkt, jedoch der 30-Min.-Wert unter 77% liegt, ist eine verzögerte „fraglich pathologische“ Reaktion erkennbar. Bei sehr niedrigen Ausgangsblutzuckerwerten kommt es mitunter nur zu einem geringen Blutzuckerabfall, der ein pathologisches Resultat vorspiegeln kann. In diesen Fällen empfiehlt sich eine Wiederholung des Testes oder die Durchführung einer Glucose-Belastungsprobe.

#### Einstellung des Diabetes mellitus

Eine wichtige Entscheidung nach Diagnostizierung des Diabetes mellitus betrifft die Frage, ob der Zuckerkrankte ambulant oder stationär eingestellt werden soll. Obwohl man natürlich im allgemeinen bei besonders hohen Blut- und Harnzuckerwerten eher eine stationäre Einweisung in Betracht zieht, sind auch andere Kriterien wichtig für den Entschluß, wo die Einstellung erfolgen soll. Eine stationäre Einstellung ist unter folgenden Bedingungen erforderlich:

1. Ersteinstellung eines voraussichtlich insulinbedürftigen Diabetes (Diabetesmanifestationsalter zumeist unterhalb des 40. Lebensjahres, asthenischer Körperbau, Ketoseneigung).
2. Neueinstellung eines insulinbedürftigen Diabetes, wenn eine sehr erhebliche Stoffwechseldekompensation mit hohen Blut- und Harnzuckerwerten, Ketoacidose (Acetonurie) und beeinträchtigtem Allgemeinbefinden vorliegt.
3. Selbstverständlich müssen jedes Präcoma oder Coma und jeder schwere hypoglykämische Schock stationär behandelt und der Diabetes neu eingestellt werden.
4. Patienten, bei denen eine Zweiterkrankung (z. B. Pneumonie, Pyelitis, Gangrän usw.) im Vordergrund steht und bei denen infolge dieser Komplikationen eine Stoffwechselentgleisung sich anbahnt oder zu befürchten ist.
5. Patienten, bei denen sich Augensymptome einstellen und eine Retinopathie diagnostiziert wird. Hier sollte eine stationäre Kontrolle erweisen, ob die Stoffwechsellage wirklich noch kompensiert ist.
6. Ersteinstellung eines voraussichtlich nicht Insulinbedürftigen Diabetes, wenn es auf Grund von Zeit- oder Personalmangel bzw. wegen ungenügender Erfahrung in Diabetesfragen nicht möglich ist, den Patienten diätetisch zu schulen und unter Stoffwechselkontrollen einzustellen. In solchen Fällen kann auch eine Überweisung in eine ambulante Diabetesberatungsstelle oder Fachpraxis erfolgen.

Eine ambulante Einstellung kann unter folgenden Bedingungen vorgenommen werden:

1. Bei allen Patienten, die voraussichtlich mit Diät allein oder mit Diät und Tabletten erfolgreich behandelt werden können (zumeist adipöse ältere Diabetiker ohne Ketoseneigung).
2. Neueinstellungen insulinbehandelter Patienten, die keine starke Stoffwechseldekompensation (Hyperglykämie, Glucosurie, Acetonurie) aufweisen oder die nach einer Insulin-Überdosierung bereits zu Hause aus dem hypoglykämischen Schock erwacht sind.

Hieraus ergibt sich, daß die Mehrzahl der Zuckerkranken ambulant eingestellt werden kann, wenn entsprechende diagnostische und therapeutische Vorbedingungen gegeben sind.

Bei den meisten Patienten, sofern sie nicht die Kriterien, die zur stationären Einweisung führen (siehe oben), aufweisen oder insulinbedürftig sind, ist der Versuch einer alleinigen Behandlung mit Diät gerechtfertigt. Ohne eine ausführliche Diät-Beratung ist dies nicht möglich. Die Verteilung genormter Diätzettel ist sinnlos. Dem Patienten muß eine der Lebensführung,

dem Körpergewicht, der Körpergröße, dem Geschlecht und dem Lebensalter entsprechende, individuelle Kost verordnet werden. Patienten, deren Anfangssymptome des Diabetes (z. B. Polyurie, Durst, Abgeschlagenheit, Juckreiz) nur vorübergehend durch Medikamente beseitigt werden — obwohl dies auch diätetisch möglich gewesen wäre —, bleiben zeit ihres Lebens medikamentengläubig und sind später nur schwer vom Nutzen einer Diabetesdiät zu überzeugen. Wenn die Patienten nicht ausreichend auf die diätetischen Bemühungen reagieren, d. h. binnen 8—10 Tagen nicht harnzuckerfrei und annähernd normoglykämisch werden, ist die zusätzliche Verabreichung von Tabletten (zunächst Sulfonamidderivate, später eventuell zusätzlich Biguanide) gerechtfertigt.

Wirkungsmechanismus, Indikationsbereich und mögliche Nebenwirkungen dieser Präparate sind unterschiedlich. Während die Sulfonamide über eine Stimulierung des körpereigenen Insulins den Blutzucker senken und deshalb der Behandlung des Altersdiabetes vorbehalten sind, haben die Biguanide offensichtlich einen extrapancreatischen Effekt. Der Indikationsbereich der Biguanide ist vorwiegend in der kombinierten Anwendung mit Sulfonamiden (bei „stabilen“, zumeist älteren Diabetikern) oder in Kombination mit Insulin (bei „instabilen“, zumeist jüngeren Diabetikern) zu suchen. Der Biguanidmedikation sind durch gastrointestinale Nebenerscheinungen, die bei höherer Dosierung auftreten können, Grenzen gesetzt. Hinweise für eine chronische Toxizität haben sich weder bei den Sulfonamidderivaten noch bei den Biguaniden finden lassen. Beide Stoffgruppen stellen keinen Ersatz für das in vielen Fällen nach wie vor unentbehrliche Insulin dar. Bei geeigneten Patienten (s. o.) kann man allerdings mit Sulfonamidderivaten oft eine bessere Einstellung als mit Insulin erzielen; Biguanide sind in mancher Hinsicht „insulinähnlich“, aber keineswegs in jedem Fall dem Insulin im Rahmen einer Einstellung wirkungsgleich.

Insulinbedürftige Patienten sollten zunächst stets mit drei bis vier kleineren Dosen Altinsulin eingestellt werden, die zumeist schon innerhalb weniger Tage nach Erreichung der Stoffwechsel-Kompensation durch ein oder zwei Injektionen eines länger wirkenden Insulins ersetzt werden können.

#### Komplikationen bei Diabetes mellitus

Das Ziel der Diabetestherapie ist eine „gute Einstellung“, d. h. eine Stoffwechsellage, die sich möglichst wenig von der des Gesunden unterscheidet. In praxi ist dieses Ziel jedoch nicht immer erreichbar, da das Anstreben von Normoglykämie und Harnzuckerfreiheit bei insulinspritzenden Patienten oft mit hypoglykämischen Reaktionen erkaufte werden müßte. Dennoch läßt sich bei einer sinnvoll zusammengestellten Diät und richtiger Medikation fast stets eine zufriedenstellende Stoffwechselführung erreichen. Eine gute Einstellung ist zugleich die beste Prophylaxe und Therapie in der Behandlung jener Komplikationen, die im folgenden stichwortartig besprochen werden sollen:

Acidose, Präcoma, Coma diabeticum: Entscheidend ist, daß bereits der Hausarzt die Diagnose stellt. Dabei kann neben den bekannten Symptomen (Bewußtlosigkeit, Exsikkose, Kußmaulsche Atmung, Aceton-Geruch etc.) die Anamnese bei Befragung der Angehörigen viel helfen. Das Coma diabeticum hat zumeist eine

längere Anlaufzeit mit mitunter tagelang zurückreichenden Beschwerden (Übelkeit, Brechreiz, Durst, Appetitlosigkeit etc.). Ganz anders ist die Anamnese beim hypoglykämischen Schock, der sich im allgemeinen aus bestem Wohlbefinden entwickelt. Frühdiagnose und rechtzeitige Behandlung sind lebensrettend! Der Praktische Arzt hat nach Erkennung des Coma diabeticum folgende Aufgaben: sofort mindestens je 50 Einheiten Altinsulin intramuskulär und intravenös spritzen (nur bei absolut gesicherter Diagnose!), Herz- und Kreislaufstützung, schnellstmöglicher Transport des Patienten in das nächste Krankenhaus. Behandlung mit Altinsulin im Krankenhaus (u. U. halbstündige Injektionen, anfangs ist die Gefahr der Unterdosierung stets größer als die der übermäßigen Insulinzufuhr!), große Flüssigkeitsmengen (i. v. 5%ige Laevulose bzw. Elektrolytlösungen), Herz- und Kreislaufmittel, Antibiotika, Wärme, laufende Blutzuckerkontrollen, evtl. Magenspülung.

Hypoglykämischer Schock: Glucose i. v. bis zum Erwachen des Patienten (im allgemeinen 50—100 ccm 20—40%ige Glucoselösung), dann Nahrungszufuhr (Kohlenhydrate!).

Diabetische Gefäßkomplikationen: Übertreffende Bedeutung der guten Einstellung für die Prophylaxe und Therapie bei den spezifischen diabetischen Veränderungen kleiner Gefäße und bei der durch den Diabetes geförderten Arteriosklerose! Behandlung der diabetischen Retinopathie und der Glomerulosklerose (Kimmelstiel-Wilson-Syndrom) sonst nur symptomatisch möglich. Bei Retinablutungen Hämostyptika (Erfolg zweifelhaft), bei Niereninsuffizienz Behandlung wie bei Urämien anderer Genese (beachte Unzuverlässigkeit der Harnzuckerkontrollen wegen der erhöhten Nierenschwelle für Glucose; cave Insulinüberempfindlichkeit bei Patienten mit Kimmelstiel-Wilson-Syndrom). Gangränprophylaxe besteht in guter Diabeteseinstellung, sorgfältiger Fußpflege (ärztliche Behandlung scheinbarer Bagatellwunden!) und in der rechtzeitigen Therapie auch bei angedeuteten Durchblutungsstörungen (z. B. Sympathektomie). Gangränbehandlung, wenn möglich, zunächst konservativ mit Antibiotika und optimaler Stoffwechselführung (Insulinbehandlung meist, aber nicht immer erforderlich; entscheidend für die Wahl des Therapeutikums sind allein die Blut- und Harnzuckerwerte!). Versuch mit intraarteriellen Infusionen. Chirurgische Intervention häufig nicht zu umgehen. Bei anderen vaskulären Komplikationen (Herzinfarkt, Apoplexie) Behandlung in üblicher Weise (cave Hypoglykämie!).

Diabetische Neuropathie: Vielleicht auch als Gefäßkomplikation zu deuten (Erkrankung der Vasa nervorum). Außer der guten Diabeteseinstellung haben sich hohe Dosen Vitamin B<sub>12</sub> bewährt (vier Wochen lang 3mal wöchentlich 1000 Gamma i. m.).

Cataracta diabetica: Operation zum richtigen Zeitpunkt.

Infektionen bei Diabetes mellitus: Schlecht eingestellte Diabetiker neigen zu Infektionen, aller Art, z. B. zu Furunkeln, Karbunkeln, Pyodermien, Pilzinfektionen, Pneumonien usw. Am bedeutsamsten sind die Harnweginfektionen und die Tuberkulose. Chronische Cystopyelitiden bei schlechter Diabeteseinstellung sind häufig und können zu einer aufsteigenden Pyelo-

nephritis und zur Niereninsuffizienz führen. Therapie in üblicher Weise (Antibiotika, Schaukeldiät, evtl. Wasser- und Elektrolyttherapie). Lungentuberkulosen bei Diabetikern sind zwar seltener als in den Jahren vor der Einführung brauchbarer Insuline und einer spezifischen tuberkulostatischen Therapie, stellen aber noch immer eine gefürchtete Komplikation dar. Behandlung mit Tuberkulostatika sowie — ausnahmsweise — mit kalorien-(und fett-)reicher Diät. Abdeckung durch häufige Injektionen ausreichender Insulinmengen.

Lebererkrankungen bei Diabetes mellitus: Lebererkrankungen kommen häufiger als bei Nichtdiabetikern vor aus verschiedenen Gründen: a) Hepatitis wegen größerer Infektanfälligkeit der Diabetiker und vermehrter Exposition (Inokulationshepatitis; Grund hierfür nicht die nur vom Patienten selbst benutzte Insulinspritze als vielmehr ungenügend sterilisierte Schnepfer usw. zur Blutentnahme). b) vermehrt Gallensteinleiden. c) vermehrt Cirrhosen [wegen a) und b)] sowie wegen der häufigen Fettleber bei schlechter Diabeseinstellung. Therapie wie üblich (eiweiß-, kohlenhydrat- und vitaminreiche Kost, Bettruhe, Laevulose-Infusionen). Cave Glucoseinfusionen und Cortisonbehandlung! Leberschäden nach Verabreichung der derzeit in Deutschland gebräuchlichen oralen Antidiabetika sind nicht zu erwarten.

Operation bei Diabetes mellitus: In den meisten Fällen Umstellung auf mehrere Injektionen Alt-Insulin

täglich. Am Operationstag morgens Verabreichung der Hälfte der üblichen Insulindosis in Form von Alt-Insulin mit 500 ccm 5%iger Laevulose. Weitere Insulindosierung je nach Blutzuckerhöhe. Gegen eine Belohnung der Therapie mit oralen Antidiabetika ist nichts einzuwenden, wenn damit optimale Stoffwechselwerte zu erreichen sind.

Schwangerschaft und Diabetes mellitus: Von der optimalen Stoffwechselführung während der Gravidität hängt das Schicksal von Mutter und Kind ab. Strenge Einstellung ohne Hypoglykämien, häufige Stoffwechselkontrollen, eiweißreiche Kost (täglich 2—4 g Eiweiß/kg Sollgewicht der Mutter). Oft ist eine Erhöhung der Zahl der Insulininjektionen, besonders gegen Ende der Schwangerschaft, erforderlich. Rechtzeitige Aufnahme in die Frauenklinik, oft Entbindungen durch Kaiserschnitt. — Eine Interruptio graviditatis ist nur noch äußerst selten (z. B. bei schweren Gefäßkomplikationen der Mutter) indiziert. Gute Teamarbeit zwischen Gynäkologen und Internisten vermag die perinatale Sterblichkeit erheblich zu senken. Auch bei Nichtdiabetikerinnen sind während der Schwangerschaft Harn- und evtl. Blutzuckerkontrollen durchzuführen, da durch die Belastung infolge der Gravidität mancher latente Diabetes mellitus manifest wird.

Anschr. d. Verf.: Privatdozent Dr. Hellmut Mehnert, Med. Univ.-Poliklinik München, Pettenkoferstraße 8a; Prof. Dr. Dr. Felix Steigerwaldt, 3. Med. Abt. des Städtischen Krankenhauses München-Schwabing, Kölner Platz 1

## Das Problem der Beziehungen der Ärzteschaft zu den Trägern der Sozialen Sicherheit

Bericht über den Stand der internationalen Diskussion

Von Adolf von Lippmann

Der Arzt ist der Vertreter der Medizin und der medizinischen Forderungen, die auf Grund eines ständigen wissenschaftlichen Fortschrittes erhoben werden. Demgegenüber sind die Sozialversicherungseinrichtungen die Vertreter wirtschaftlicher Forderungen der arbeitenden Bevölkerungsschichten oder auch aller Staatsbürger. Daher steht auf der einen Seite der Interessenschutz der Medizin und der Ärzte, und auf der anderen die Interessenwahrnehmung einer weit vielschichtigeren Wirtschaftsgemeinschaft, die sich auf die von den Staatsbürgern aufgebrauchten Mittel der Einrichtungen der Sozialen Sicherheit stützt.

In ihrer Eigenschaft als Träger von in erster Linie für Arbeitnehmer eingerichteter Dienststellen müssen die Sozialversicherungsanstalten, vornehmlich die der Krankenversicherung, die Forderung der Mitglieder nach einer möglichst guten ärztlichen Behandlung erfüllen. Auf der anderen Seite sollen sie den Forderungen der Ärzteschaft Rechnung tragen, die auf Bewahrung jener Rechte dringt, auf deren Grundlage das Berufsverhältnis des Arztes zu seinem Patienten beruht. Und dabei sollen die Ausgaben in den Grenzen der Beitragseinnahmen oder des Budgets gehalten werden, soweit die Finanzierung ausschließlich auf von Arbeitnehmern und Arbeitgebern erhobenen Beiträgen oder staatlicher oder behördlicher Zuschüsse beruht. Die Erfüllung dieser Bedingung ist nun gerade bei den am höchsten entwickelten Systemen der sozialen

Krankenversicherung am meisten in Frage gestellt. Die Erweiterung der Sozialversicherungssysteme hat einerseits die wirtschaftlichen Bedürfnisse wachsen lassen. Andererseits ist mit dieser Entwicklung des Prinzips der Sozialversicherung eine enorme Weiterentwicklung der Medizin Hand in Hand gegangen, die einen immer wirkungsvolleren Gesundheitsschutz im allgemeinen und im besonderen bei der Gesundheitsvorsorge möglich macht. Damit sind aber nicht nur die ärztlichen Leistungen umfangreicher, sondern notwendig auch aufwendiger geworden. Abgesehen davon, daß es keine versicherungstechnische Definition der Krankheit, ebensowenig wie eine eindeutige medizinische gibt — und vielleicht niemals geben wird —, lassen die Systeme der obligatorischen Krankenversicherung, die bei den medizinischen Leistungen auf dem Prinzip der Sachleistungen beruhen, eine Abgrenzung des subjektiven vom objektiven Risiko nicht zu. Die möglichen Mittel zur Begrenzung der subjektiven Risiken, wie die Errichtung eines Leistungsplafonds für die medizinischen Leistungen (auch die sogenannte Selbstbeteiligung bedeutet praktisch nichts anderes) auf der einen oder Reglementierung der ärztlichen Tätigkeit auf der anderen Seite sind bis jetzt, jedenfalls auch bei uns in der Bundesrepublik, nicht als anwendbar angesehen worden. Infolgedessen kämpfen heute alle Sachleistungssysteme obligatorischer Krankenversicherungen mit unausgeglichene Budgets. Dabei be-

sitzen offenbar die Versicherungsträger größere Möglichkeiten, die Beachtung von Vorschriften über die Leistungsgewährung gegenüber ihren Mitgliedern durchzusetzen. Viel schwieriger hat sich dagegen das Problem erwiesen, eine befriedigende Gestaltung der Beziehungen zu der Ärzteschaft zu finden. Die seit einigen Jahren nicht enden wollenden Kontroversen zwischen der Ärzteschaft und den Institutionen der Sozialversicherung in der Bundesrepublik haben fast in Vergessenheit geraten lassen, daß es sich hier um Fragen handelt, die in ihrer Bedeutung weit über einen nationalen Rahmen hinausgehen. Das Problem der Beziehungen der Ärzteschaft zu den Trägern der Sozialen Sicherheit beschäftigt auf der internationalen Ebene schon seit einer Reihe von Jahren den Weltärztebund einerseits und die Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) in Genf auf der anderen Seite. Über den Weltärztebund braucht in diesem Kreis nichts gesagt werden. Das kann als bekannt vorausgesetzt werden. Jedoch erscheint es notwendig, einmal etwas über die IVSS zu sagen; was sie ist, wie sie entstanden ist und welche Bestrebungen sie verfolgt und schließlich welche Stellung sie in der Frage der Beziehungen der Ärzteschaft zu den Trägern der Sozialen Sicherheit bezogen hat. Dies umso mehr, als die IVSS auf jeden Fall ein potientes Kräftefeld weltweiter Bedeutung in der internationalen Diskussion darstellt, von dem es wichtig ist, Ausmaß und Richtung zu kennen.

Die im Jahr 1919 gegründete Internationale Arbeitsorganisation (IAO) umfaßt die Vertreter der Regierungen, der Arbeitgeber und Arbeitnehmer, mit anderen Worten, die für die Gesetzgebung im Sozialbereich Verantwortlichen und die Sozialpartner. Von Anfang an fehlten in diesem Kreis die Vertreter der Institutionen, die rechtlich und praktisch die Verwaltung der Einrichtungen der sozialen Versicherungen durchführen müssen. Schon im Lauf der ersten Jahre des Bestehens der IAO ist infolgedessen bei den verschiedenen Leitern und Direktoren der sozialen Krankenkassen von Deutschland, der Tschechoslowakei, Frankreichs, Belgiens und Österreichs der Gedanke aufkommen, einen besonderen internationalen Zusammenschluß von Krankenkassen bzw. ihren nationalen Verbänden ins Leben zu rufen. Die Gelegenheit, diesem Gedanken näherzutreten, ergab sich auf der X. Internationalen Arbeitskonferenz in Genf im Juni 1927, auf der zwei internationale Übereinkommen und eine Empfehlung über die soziale Krankenversicherung beraten

und angenommen wurden. An der Tagung hatten als Sachverständige eine große Zahl leitender Persönlichkeiten von sozialen Krankenversicherungsträgern teilgenommen. Diese bildeten nun ein Initiativkomitee zum Zweck der Errichtung eines internationalen Zusammenschlusses. In der Einladung zu der vorbereitenden Tagung war ausgeführt worden, daß die Krankenversicherungsträger eine gemeinsame Mission zu erfüllen und dabei eine große Zahl für alle Länder gleicher Probleme zu lösen haben. Als wünschenswert und für alle von großem Interesse wurde es bezeichnet, die in den verschiedenen Ländern auf dem Gebiet der praktischen Anwendung und der Verwaltung der obligatorischen Krankenversicherung gewonnenen Erfahrungen zu sammeln und einander gegenüberzustellen. Zur Hauptaufgabe der neuen Organisation wurde die Erfüllung der in den verschiedenen Ländern erhobenen Forderung angegeben, durch regelmäßigen Austausch von Informationen und Abhaltung gemeinsamer Tagungen zur Entwicklung und Verbesserung der sozialen Krankenversicherung in aller Welt beizutragen. Die Gründungsversammlung fand im Oktober 1927 in Brüssel statt. 84 Delegierte von 17 nationalen Krankenversicherungen mit mehr als 20 Millionen Versicherten gründeten die „Internationale Konferenz für Sozialversicherung“. Diese Bezeichnung wurde kurz darauf abgeändert in „Internationale Zentralstelle von Krankenversicherungsträgern“. Als Sitz der Organisation wurde das Internationale Arbeitsamt, die Verwaltungsstelle der Internationalen Arbeitsorganisation in Genf bestimmt, das auch den Generalsekretär und das Generalsekretariat zur Verfügung stellte. Auf der VII. Generalversammlung dieser Vereinigung im Jahr 1936 in Prag wurde beschlossen, nicht nur Krankenversicherungsträger, sondern überhaupt alle Sozialversicherungsträger als Mitglieder zuzulassen.

Im Zweiten Weltkrieg mußte die Vereinigung ihre Tätigkeit einstellen, wurde aber nach der Beendigung des Krieges von dem Internationalen Arbeitsamt wieder ins Leben gerufen. Inzwischen war unter dem Einfluß der sozialreformerischen Gedanken von Franklin D. Roosevelt und des Sozialplanes von Lord Beveridge auf der Internationalen Arbeitskonferenz von Philadelphia im Jahr 1944 anstelle des engeren Begriffes der Sozialversicherung der umfassendere der Sozialen Sicherheit getreten. Auf der VIII. Generalversammlung nahm daher die Vereinigung der Versiche-



# 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**

Träger eine neue Satzung und einen neuen Namen an, nämlich „Internationale Vereinigung für Soziale Sicherheit“, kurz IVSS. Im Verfolg der Entwicklung wurden nun auch Regierungen und Ministerialbehörden als Mitglieder zugelassen, die Zweige der Sozialen Sicherheit verwalten. Gegenwärtig umfaßt die IVSS 236 Mitglieder, Versicherungsanstalten und ihre Verbände, sowie Ministerialbehörden, die Zweige der Sozialen Sicherheit verwalten, die für mehr als 500 Millionen sozialversicherter Personen zu sorgen haben, aus 90 Ländern der Welt. Die IVSS besitzt eine Reihe von ständigen Fachausschüssen, die sich mit bestimmten Einzelfragen beschäftigen und die die Berichte für die alle drei Jahre in irgendeiner der großen Weltstädte stattfindenden Generalversammlungen ausarbeitet. Die letzte Generalversammlung, die XV., hat im vergangenen Jahr in der Zeit vom 24. September bis 3. Oktober in Washington stattgefunden. Die nächste, die XVI. Generalversammlung, wird im Jahr 1967 in Leningrad abgehalten werden.

Ein ständiger Fachausschuß der IVSS befaßt sich seit Jahren mit sozialmedizinischen Fragen. Von diesem Ausschuß war für die XI. Generalversammlung in Paris im Jahr 1953 ein Bericht über die Beziehungen der Träger der Sozialen Sicherheit zur Ärzteschaft ausgearbeitet und vorgelegt worden. Der Bericht beruhte auf den Landesmonografien der 25 hauptsächlichsten Länder der Welt, die die am höchsten entwickelten Sozialversicherungssysteme besitzen. Bei der Diskussion des Berichtes war der Vorschlag in Erwägung gezogen worden, im Wege einer gemeinsam zu errichtenden Kommission zu einer engeren Zusammenarbeit mit dem Weltärztebund zu kommen, um die Fragen der Beziehungen der Ärzteschaft zu den Trägern der Sozialen Sicherheit gemeinsam beraten und gegebenenfalls zu gemeinsamen Lösungen kommen zu können. Diese Zusammenarbeit hat sich in der Folge nicht verwirklichen lassen, weil die Standpunkte der IVSS und des Weltärztebundes noch zu weit auseinander lagen.

Der Weltärztebund hatte im Jahr 1948 über die Beziehungen der Ärzte zu den Versicherungsträgern 12 Grundsätze aufgestellt, die auf der Tagung von Athen und dem Kongreß in Den Haag im Jahr 1957 noch einmal bekräftigt worden waren. Darin war unter anderem gesagt: „Es darf keinerlei Einmischung einer Drittperson in das Verhältnis des Arztes zum Patienten zugelassen werden; das heißt, auch den Versicherungsträgern ist jeder Einfluß auf die Behandlungsmethoden und die Bewertung der erforderlichen Spezial- und Normalbehandlungsmethoden zu verwehren. Ferner war die absolute Freiheit gegenseitiger Wahl zwischen Arzt und Patient gefordert worden; denn nur zwischen diesen beiden könnte das unumgängliche Vertrauensverhältnis zur Erreichung guter medizinischer Arbeit geschaffen werden. Die freie Wahl sollte auch für den Kranken im Hinblick auf das Krankenhaus gewährleistet sein. Soweit sie eine Pflichtversicherung ist, sollte die Krankenversicherung nur Versicherte schützen dürfen, die nicht selber für die Kosten für ärztliche Hilfe aufkommen könnten. Jedem Arzt muß das Recht auf Teilnahme an irgendeinem Plan der Versicherung oder der Sozialen Sicherheit zugestanden werden und kein Arzt darf gegen seinen Willen zu einer derartigen Teilnahme gezwungen werden. Dazu wurde die absolute Einhaltung des Berufsgeheimnisses gefordert, und

## 16. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg

findet vom 10. bis 12. Dezember 1965 statt.

### Themen:

Therapie der unspezifischen Lungenerkrankungen  
Therapie der Gelenkserkrankungen  
Abusus-Gewöhnung-Sucht

### Anmeldung:

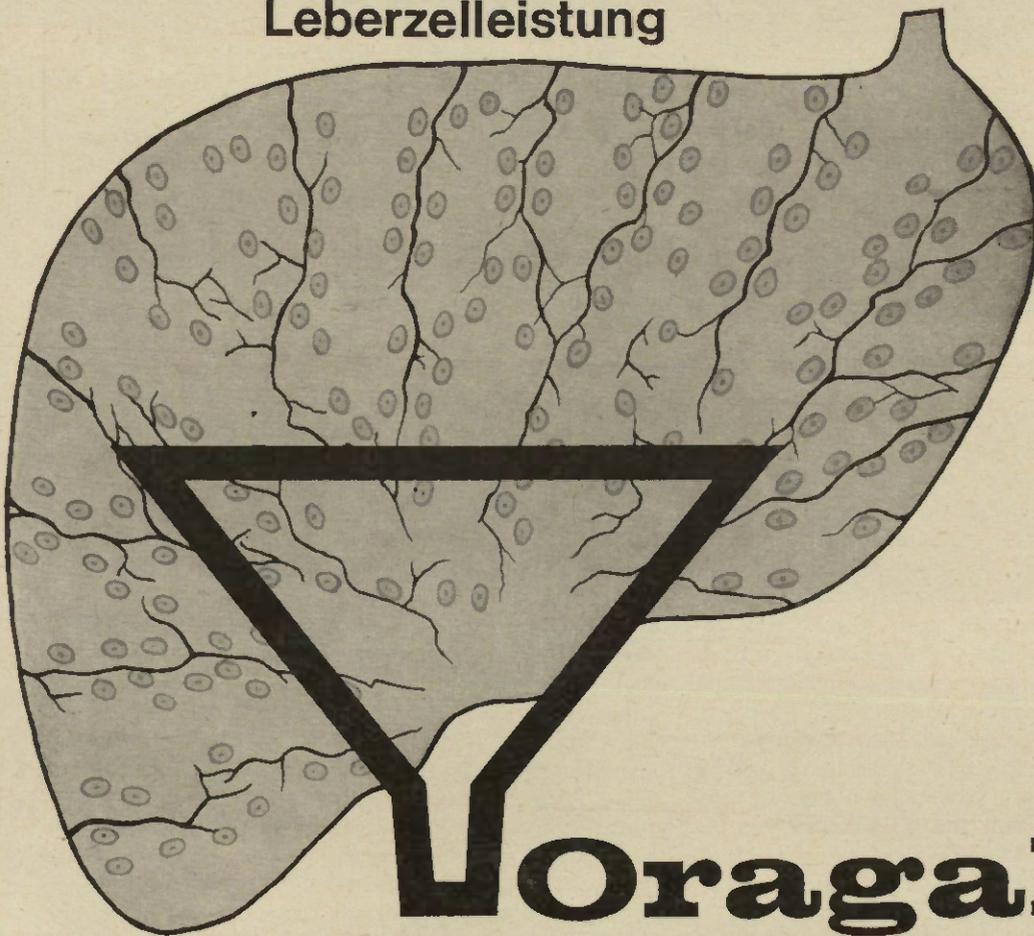
Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23,  
Königinstraße 85

schließlich auch eine angemessene Honorierung der ärztlichen Bemühungen ohne irgendwelche Berücksichtigung wirtschaftlicher Erfordernisse.“

Im Kreis der IVSS wurde dazu ausgeführt, daß durch diese Stellungnahme die Soziale Sicherheit, wie sie auf Grund der Deklarationen von Philadelphia verstanden werden muß, überhaupt in Frage gestellt werde. Die Versicherungsanstalten wollten sich zwar nicht über die Ärzte stellen. Sie könnten es aber nicht zulassen, daß die ärztliche Behandlung zu einem ausschließlichen Monopol der Ärzteschaft, und zwar nur zu ihrem alleinigen Vorteil, ohne Rücksicht auf wirtschaftliche Lasten und höhere Erfordernisse, wird. Die Ärzte sollten nicht auf ihrer Freiheit und ihrem Berufsgeheimnis bestehen; denn die von den Versicherungsträgern geforderten Beschränkungen seien nicht schwerwiegender oder weniger legal berechtigt, als die vom Staat auf dem gleichen Gebiet der Sozialen Sicherheit eingeführten Beschränkungen. Schließlich sollten die Ärzte nicht auf dem Individualcharakter des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient beharren. Dort, wo man bei der Wahl des Systems der indirekten Gewährung von Leistungen diesen Grundsatz voll beachtet, seien die Ärzte auch nicht besonders zufrieden damit, ihr Geld direkt vom Patienten zu erhalten. Oft verfügten die Patienten nicht über die erforderlichen Geldsummen, die sie bis zur erfolgten Rückzahlung durch die Versicherungsanstalt auszulegen haben, so daß der Arzt lange auf die Begleichung seiner Honorare warten muß. Und darüber hinaus könne noch nicht einmal mit mathematischer Sicherheit mit der Honorarzahlgung gerechnet werden. Daraus gehe hervor, daß die ärztlichen Stellen sich im Widerspruch zu befinden scheinen, wenn sie eine freie Berufsausübung fordern, die als absoluter Grundsatz gar nicht mehr besteht. Auch insofern, wenn sie ihren Patienten die Verwerflichkeit der mangelnden Achtung vor einem Berufsgeheimnis zeigen, das selbst die Gesetze nicht mit Unrecht in gewisser Hinsicht bereits geschmälert hat. Zum Beispiel bei den Seuchen, den Infektionskrankheiten und schließlich auch bei den noch abstoßenderen und schandbaren Krankheiten. Es sei auch ein Widerspruch, auf dem Individualcharakter des Vertrauensverhältnisses zu bestehen, um den Versicherungsträger als Dritten auszuschalten, während die Wirklichkeit lehrt, daß die direkt vom Patienten zu zahlenden Honorare nicht immer sicher sind, und daß selbst die Mindesthonorare nicht überall angewendet werden können. Darüber hinaus könne wohl ohne Irrtum behauptet werden, daß die Möglichkeiten kostenloser ärztlicher Inanspruchnahme derartig die Arbeit der Ärzte vermehrt habe — das heißt gerade bei den minderbemittelten Schichten —, daß der Betrag, der

# Oragallin®

aktiviert  
die  
Leberzelleistung



**NEU**

# Oragallin®

macht verdauungssicher

## Oragallin S®

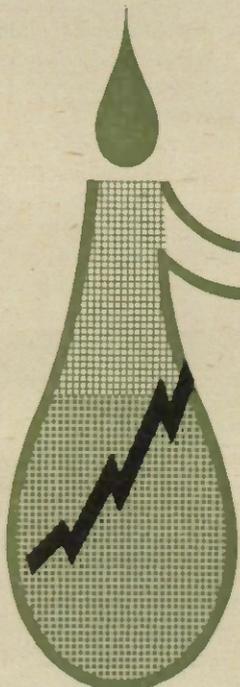
mit spasmolytischem Effekt

### Indikationen

Cholecystitis, Cholangitis  
Cholecystopathie  
Cholangiopathie  
Postcholecystektomie-Syndrom  
Gastrointestinale Beschwerden  
Roemheld-Syndrom  
Meteorismus

**Oragallin® Drageés**  
3-Chlor-pyridazin-6-mercaptoessigsäure-  
diäthylemid · Pankreatin · Cellulase

**Oragallin S® Drageés**  
3-Chlor-pyridazin-6-mercaptoessigsäure-  
diäthylemid · l-Scopolamin-N-methylbromid



BYK-GULDEN-LOMBERG · GMBH · KONSTANZ

für diese Bevölkerungsgruppe von den Krankenversicherungsträgern gezahlten Honorare verhältnismäßig die Honorarsummen der Privatpatienten übersteigt.

An den Bericht über die Beziehungen der Träger der Sozialen Sicherheit zur Ärzteschaft und seine Diskussion hat die IVSS auf der XI. Generalversammlung in Paris die nachstehenden Schlußfolgerungen geknüpft: „Die Träger der Sozialen Sicherheit erkennen die Bedeutung der Zusammenarbeit mit den Ärzten an. Aber diese für den sozialen und medizinischen Fortschritt notwendige Zusammenarbeit ist nur möglich, wenn die Ärzteschaft sich zu den Grundsätzen bekennt, auf denen die Soziale Sicherheit beruht, und sich ihre Ziele zu eigen macht. Die Tätigkeit des Arztes im Rahmen der Sozialen Sicherheit ist ein sozialer Dienst, der ausschließlich im Interesse der geschützten Personen und der allgemeinen Volksgesundheit geleistet werden muß. Die Ärzteschaft sollte daher ihre Berufsgrundsätze in diesem Sinn festlegen. Die freie ärztliche Berufsausübung in diesem Rahmen ist so zu verstehen, daß nur Wissen und Gewissen für die medizinische Behandlung maßgebend sein darf. Diese Freiheit rechtfertigt unter keinen Umständen Mißbräuche. Im übrigen wird vorausgesetzt, daß der Arzt die Heilmethode anwendet, die zugleich die wirksamste und wirtschaftlichste ist. Die Grundsätze für die Beziehungen der Ärzteschaft zur Sozialen Sicherheit hat die Gesetzgebung aufzustellen. Den Trägern der Sozialen Sicherheit oder deren Vereinigungen obliegt die Durchführung, insbesondere der Abschluß von Verträgen mit Ärzten oder ärztlichen Organisationen. Kommen Verträge nicht zustande, so hat das Gesetz eine obligatorische Schiedsgerichtsbarkeit oder andere behördliche Maßnahmen vorzusehen. Das Honorar des Arztes soll unter Berücksichtigung des Umfangs seiner Tätigkeit so berechnet werden, daß es ihm die Erreichung einer seiner sozialen Stellung angemessenen Lebenshaltung gestattet, wobei es der allgemeinen Entwicklung der Volkswirtschaft angepaßt werden muß. Das ärztliche Berufsgeheimnis soll im Grundsatz gewahrt werden, jedoch mit der Einschränkung, daß es auf keinen Fall als eine Verletzung dieses Berufsgeheimnisses angesehen werden darf, wenn medizinische Angaben, die der Versicherungsträger benötigt, von einem Arzt an den zuständigen Träger der Sozialen Sicherheit weitergegeben werden. Allerdings soll dann der Träger der Sozialen Sicherheit die notwendigen Vorkehrungen zur Wahrung des geheimen Charakters der auf diese Weise mitgeteilten Angaben treffen, wobei das Berufsgeheimnis sowohl für das

medizinische als auch für das Verwaltungs-Personal bindend sein muß.

Im Jahr 1961 hat sich der Weltärztebund entschlossen, seine ursprünglichen Grundsätze in gewisser Weise zu modifizieren. Die neue Fassung der Forderungen ist auf der XVII. Weltärzteversammlung am 19. Oktober 1963 in New York angenommen worden. Sie enthalten gegenüber früher gewisse Einschränkungen, die bestimmten Veränderungen der Gesetzgebungen und bei der Anwendung der Maßnahmen der Sozialen Sicherheit tragen sollen. So war z. B. in der ursprünglichen Fassung gesagt worden, daß es nicht im allgemeinen Interesse liegen kann, wenn die behandelnden Ärzte festbesoldete Funktionäre öffentlicher Stellen oder von solchen der Sozialen Sicherheit sind. Dieser Grundsatz wäre mit der gegenwärtigen Situation in England, Frankreich, Deutschland und einer Reihe von anderen Ländern nicht mehr in Einklang zu bringen gewesen. Ähnlich ist es mit dem früher festgelegten Grundsatz, in dem erklärt worden war, daß keinerlei Einmischung von Dritten in das Verhältnis zwischen Arzt und Patient zugelassen werden könne. Wenn in der früheren Fassung des Grundsatzes IV gesagt worden war, daß der Kranke grundsätzlich auch die freie Wahl seines Krankenhauses haben müsse, so erscheint das heute praktisch kaum mehr durchführbar zu sein, obwohl es von der Ärzteschaft immer noch für wünschenswert angesehen wird. Die Verwaltungspraxis einer Reihe von Systemen der sozialen Krankenversicherung bzw. der Sozialversicherung überhaupt lassen eine derartige Forderung unter den gegenwärtigen Verhältnissen als absolut unreal erscheinen. Ebenso verhält es sich mit dem ehemaligen Grundsatz, daß die obligatorische Krankenversicherung nur für diejenigen gelten darf, die die Kosten für die ärztliche Hilfe nicht aus eigenen Mitteln decken können. Angesichts der Erweiterungen der einzelnen Systeme der Krankenversicherung, die zum Teil schon weit über die früher geforderten Begrenzungen hinausgegriffen haben, ist auch dieser Grundsatz gegenüber einer veränderten Wirklichkeit weitgehend unpraktisch geworden. Nichtsdestoweniger kann aber gesagt werden, daß im Grundsatz diese Forderung weiterbestehen geblieben ist. Und wenn sie nur als Gegenstand einer künftigen Reform betrachtet wird, für die sich die Ärzteschaft als zuständig ansieht, sie den gesetzgebenden Körperschaften vorzuschlagen.

Zusammengefaßt enthalten die neu aufgestellten 12 Grundsätze des Weltärztebundes über die Beziehun-

# KOLLATERAL

Bei peripheren Arteriopathien!  
Bei Koronarinsuffizienz und Koronarinfarkt  
und zur Infarktprophylaxe.



Ein Produkt exakter experimenteller  
Wirkungsanalyse.

Kollateral vervielfacht die Kollateraldurchblutung,  
überbrückt arterielle Verschlüsse und verbessert  
die Sauerstoffbilanz.

FERMENT CHEMIE GMBH 4950 MINDEN/WESTF.

gen der Ärzteschaft zu den Trägern der Sozialen Sicherheit noch folgende Forderungen:

„Die Bedingungen der Teilnahme der Ärzte an der Sozialen Sicherheit bzw. an den sozialen Diensten müssen in Zusammenarbeit mit den Vertretern der beruflichen Organisationen festgelegt werden. Der Dienst der Krankenversicherung muß dem Kranken gestatten, den Arzt seiner Wahl zu konsultieren und dem Arzt, den Kranken seiner Wahl zu behandeln, ohne daß durch diese Möglichkeit irgendwelche Rechte beider Seiten verletzt werden. Das Prinzip der freien Arztwahl muß auch in den Fällen Platz greifen können, in denen die Behandlung oder ein Teil davon in einer Krankenanstalt durchgeführt wird. Jedes System der Sozialen Sicherheit muß die Teilnahme aller Ärzte gestatten, die das Recht auf Berufsausübung haben. Weder die Ärzteschaft als solche, noch der einzelne Arzt darf zur Teilnahme gezwungen werden. Der Arzt muß in der Ausübung seines Berufes an dem Ort seiner Wahl und im Rahmen eines Faches, für das er qualifiziert ist, völlig frei sein. Die Ärzteschaft wird in geeigneter Form in allen offiziellen Organisationen vertreten sein, die sich mit den Problemen der Gesundheit und der Krankheit befassen. Das Berufsgeheimnis muß durch alle diejenigen beachtet werden, die bei der Behandlung und der Kontrolle mitwirken. Die Geheimhaltung ist auch strikt von den Behörden zu respektieren. Die moralische, technische und wirtschaftliche Unabhängigkeit des Arztes muß gewährleistet bleiben. Wenn die ärztliche Honorierung nicht direkt im Einkommen zwischen Patient und Arzt festgesetzt wird, muß die Stellung der Ärzte der großen Verantwortung entsprechen, die die ärztliche Berufsausübung mit sich bringt. Die Honorierung der ärztlichen Dienste muß den geleisteten Diensten entsprechen und darf nicht allein nur eine Funktion des finanziellen Zustandes der zahlenden Organisation oder der einseitigen Entscheidung des Staates sein; sie muß auf jeden Fall für die Einrichtung annehmbar sein, die die Interessen der Ärzteschaft vertritt. Die Kontrolle auf medizinischem Gebiet darf nur durch Ärzte erfolgen. Im höheren Interesse der Kranken darf es im Hinblick auf die notwendigen Verordnungen oder die Art der durch den Arzt vorzunehmenden Behandlung keinerlei Einschränkungen geben.“

Anschrift d. Verf.: Adolf von Lippmann,  
8201 Reischach, Post Prutting über Rosenheim, Nr. 10

## AUS DEM STANDESLEBEN

### Honorare für Jugendarbeitsschutz-Untersuchungen

Wie wir soeben erfahren, haben die Referenten der Länderfinanzministerien ihren Widerstand gegen die beabsichtigte Erhöhung des Honorars für die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutz aufgegeben. Eine Rechtsverordnung der Bayerischen Staatsregierung, in welcher das Honorar rückwirkend ab 1. April 1965 mit DM 34,— festgesetzt wird, ist daher nun in den nächsten Tagen zu erwarten.

Die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns teilt mit, daß sie nach Erlaß der Rechtsverordnung die Aufzahlungsbeträge von DM 7,— rückwirkend ab 1. April 1965 Zug um Zug zur Auszahlung bringen wird. Bei rund 60 000 zu bearbeitenden Fällen wird das allerdings einige Zeit in Anspruch nehmen. Die Abrechnungsstelle bittet deshalb die Ärzte, die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz vornehmen, hinsichtlich der Nachforschungen von Reklamationen abzusehen.

### Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung

Die „Deutsche Gesellschaft für Anästhesie“ hat in ihrer Hauptversammlung am 17. 9. 1965 ihre Umbenennung in „Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Wiederbelebung“ beschlossen.

Damit wurde die bereits in der Satzung dieser Gesellschaft zum Ausdruck gebrachte Aufgabe „Ärzte zu gemeinsamer Arbeit am Ausbau und Fortschritt der Anästhesie und Wiederbelebung zu vereinen und auf diesem Gebiet die bestmögliche ärztliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen“ auch im Namen stärker betont.

### Vierter Kurs für Röntgenhelferinnen

Am 21. Oktober wurde der vierte von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Röntgenhelferinnen abgeschlossen. Die Prüfung, die unter Vorsitz von Herrn Professor Dr. FRIK, dem Leiter der Diagnostischen Röntgenabteilung der Medizinischen Universitätsklinik Erlangen, der auch die Leitung des Kurses hatte, stattfand, haben alle 30 Teilnehmer bestanden.

Der nächste Kurs wird voraussichtlich im März 1966 stattfinden.

# Azupanthenol®

20 ccm 50 ccm  
20 Tabletten 50 Tabletten

Tiefgreifende Heilwirkung durch **Azulen + Pantothenensäure**  
**Gastritis**, Sub- u. Hyperacidität, Ulcus ventriculi et duodeni  
Als Liquidum und zur Rollkur seit Jahren bewährt

Adenylchemie 7016 Gerlingen bei Stuttgart

Neu!  
Tabletten

neu.

Sauerstoff  
und Glykosid  
für das  
insuffiziente Herz

# Intensaïn<sup>®</sup>-Lanicor<sup>®</sup>

intensive selektive Mehrversorgung  
des Herzens mit Blut und Sauerstoff  
+ Digoxinwirkung

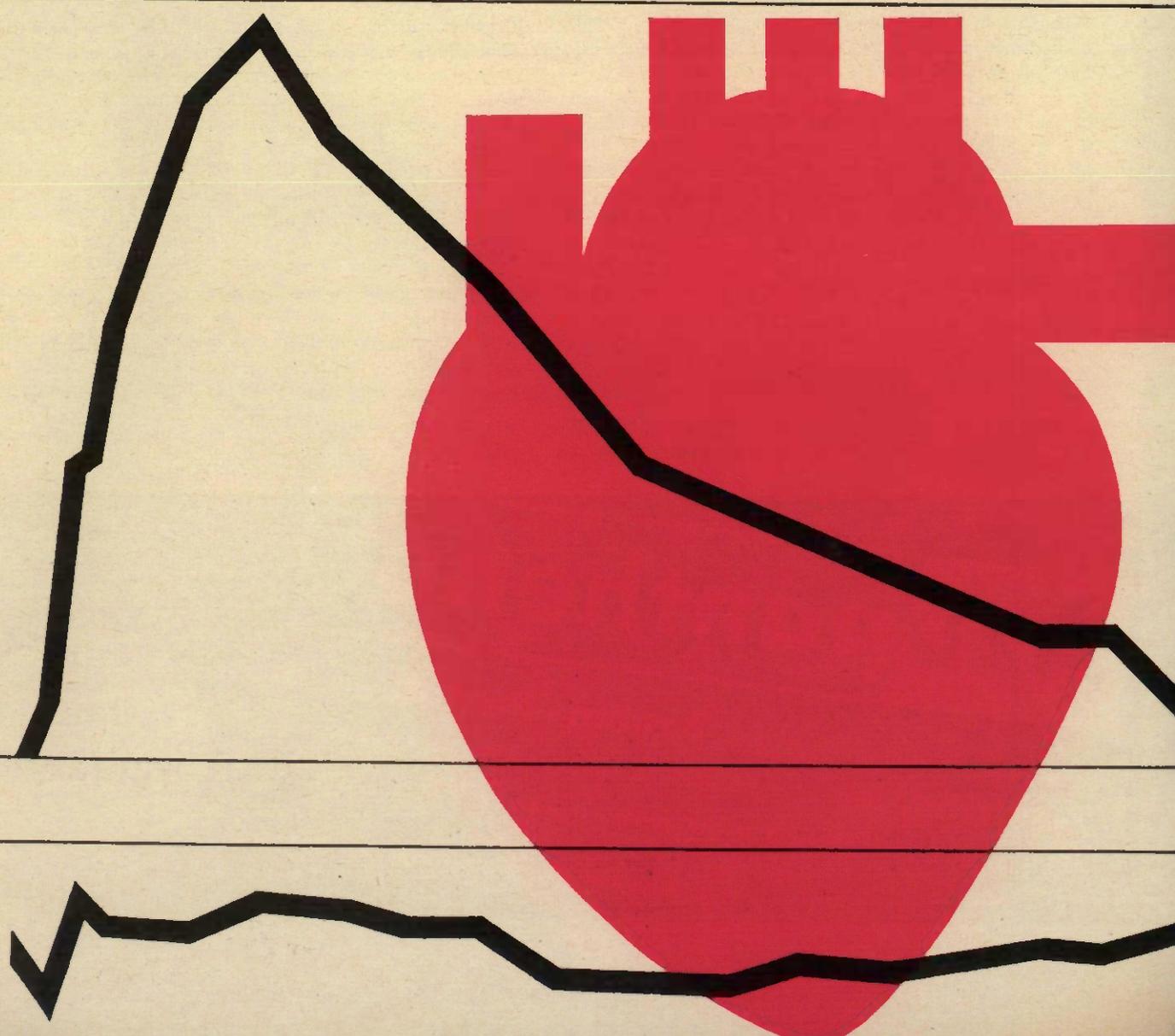
Intensaïn-Lanicor <sup>1</sup>/<sub>8</sub>  
O.P. mit 20 Kapseln DM 4.00 o. U.  
O.P. mit 50 Kapseln DM 8.95 o. U.

Intensaïn-Lanicor <sup>1</sup>/<sub>4</sub>  
O.P. mit 20 Kapseln DM 4.35 o. U.  
O.P. mit 50 Kapseln DM 9.80 o. U.

mannheim  
boehringer cassella  
riedel

Koronardurchblutung

Druck



# Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

34. Fortbildungskurs — Leitung: Professor Dr. D. Jahn

(Schluß)

## 3. Hauptthema: „Fortschritte der antibakteriellen Therapie“

Professor Dr. A. M. WALTER, Wuppertal-Elberfeld:  
„Aktuelle Probleme der antibakteriellen  
Chemotherapie“

Jede Therapie stellt eine Wechselwirkung zwischen einer körperfremden, spezifisch wirksamen Substanz, dem Organismus und den Krankheitserregern dar. Der Organismus versucht, durch Umwandlungen — wie z. B. die Glukuronierung bei Sulfonamiden und Chloramphenicol, die Acetylierung bei Sulfonamiden und PAS und die Oxydation durch die körpereigenen Fermentsysteme — das Chemotherapeutikum abzubauen bzw. zu eliminieren. Das Versagen dieser „Schutzmechanismen“ kann bei individuellen Störungen schwerwiegende, toxische Folgen nach sich ziehen. Bei Lebererkrankungen sind daher die Sulfonamide als contraindiziert anzusehen. Ebenso gilt für das Chloramphenicol eine zurückhaltende Indikationsstellung. Ausscheidungsstörungen sind vor allem bei Nephropathien zu erwarten. Besondere Gefahren bestehen bei ototoxischen Antibiotika, wie Streptomycin, Kanamycin und den übrigen der Neomycingruppe. Neurotoxische Reaktionen finden sich dann auch bei Collistin, Polymyxin und Nitrofurantoin. Tetracycline beginnen über einer Konzentration von 16 gamma pro ml toxisch, insbesondere bezüglich der Leber zu werden. Besonders gefährdet ist sicherlich das Neugeborene, weshalb Sulfonamide, Streptomycin, Chloramphenicol und Novobiocin direkt vor oder unter der Geburt kontraindiziert sind. Bekannt sind inzwischen auch die Veränderungen der Zähne bei neugeborenen Säuglingen und Kleinkindern nach Tetracyclintherapie, auch wenn sie nach dem 4. Schwangerschaftsmonat, also dem Stadium der Odontogenese, unternommen wurde. Prophylaktische Therapieformen sind sinnvoll und erfolgversprechend, wenn sie gezielt eingesetzt werden können, problematisch und schädlich, wenn ihre Anwendung als Routinemaßnahme erfolgt. Die gezielte Prophylaxe hat sich beim Rheumatismus, der Tuberkulose, beim Keuchhusten, bei Meningokokkeninfektionen und einigen Tropenkrankheiten bewährt. Neuerdings kann auch bei chronischen Infektionen eine langdauernde Chemoprophylaxe zur Vermeidung rezidivierender Schübe als durchaus sinnvoll verantwortet werden. Bei Haemopathien sollte nur bei kritischen Situationen unvermeidbarer Infektionen eine Prophylaxe eingesetzt werden. Problematisch sind diese Maßnahmen bei Virusinfektionen, bei Herzinsuffizienz, bei comatösen und paralytischen Patienten, bei Asthma und Diabetes. Dasselbe wäre zu den prae- und postoperativen Phasen zu sagen. Ganz allgemein liegen die Gefahren einer Chemoprophylaxe in der Resistenzsteigerung und der Infektion mit resistenten Keimen, in den allergischen Reaktionen und einer unnötigen Sensibilisierung und mitunter in einer Verschleierung und Maskierung wesentlicher Krankheitssyndrome. Die heutigen For-

schungsergebnisse erlauben einen gezielteren Einsatz der Antibiotica und eine bessere Abschätzung der Grenzen der Chemotherapie.

Dr. E. AUHAGEN, Wuppertal-Elberfeld:

„Weiterentwicklung in der Chemie neuerer Antibiotika und ihre praktische Bedeutung“

Durch die Auffindung der 6-Aminopenicillansäure in Penicillinfermentationsbrühen war sozusagen der Grundkörper aller weiteren Penicillinentwicklungen entdeckt. Ein entscheidender Fortschritt war es deshalb, als KAUFMANN und BAUER in Elberfeld als erste nachwies, daß das viel leichter zugängliche Penicillin G mit Hilfe von bakteriellen Enzymen rasch mit ausgezeichneter Ausbeute in die 6-Aminopenicillansäure überführbar ist. Durch Aeylierung mit vielen organischen Säuren erhielt man eine Auswahl neuer Verbindungen, die man als halbsynthetische Penicilline bezeichnen durfte. In der Wirkung ergaben sich drei Fortschritte: die erste Richtung zielt auf die Verbreiterung des Spektrums mit Einbeziehung der gramnegativen Keime. Es entstand das Ampicillin. Es erreicht sehr hohe Gallen- und Harnspiegel, weshalb es günstig bei Harn- und Gallenwegsinfektionen, auch bei Salmonelleninfekten verwandt werden kann. Es ist säurestabil und oral anwendbar. Gegen Penicillinase ist es nicht resistent. Dies ist die zweite Richtung, welche man verfolgte, indem man den Angriffspunkt der Penicillinase chemisch durch eine Seitendecke abzudecken trachtete. Das Ergebnis war das Methicillin (als Cinopenil im Handel), außerdem vor allem die Oxacilline (Stapenor, Kryptocillin, Dichlorstapenor), welche wirklich penicillinaseresistent und säurestabil waren. Als drittes Ziel erstrebte man eine Verbesserung des Penicillin V, d. h. eine Steigerung der Resorptions- und Diffusions-eigenschaften mit besserer Resistenz gegen Penicillinase, wenngleich nicht in dem Ausmaß wie bei der vorgenannten Gruppe. Das ideale Allzweckpenicillin — ein penicillinase- und säurestabiles Breitbandantibiotikum mit 100%iger Resorption — ist noch nicht gefunden. Schließlich wären noch die Forschungsbemühungen, um einen Ausweg aus den allergischen Komplikationen zu finden, erwähnenswert. Vielleicht führt der Weg über die Cephalosporine, welche keine Kreuzallergie mit Penicillinen zeigen, in der weiteren Entwicklung weiter.

Über das zweitälteste, große Antibiotikum, das Streptomycin, gibt es von chemischer Seite nichts Neues. Die Kohlehydratantibiotica, zu denen auch das Streptomycin gehört, sind einer chemischen Abwandlung relativ unzugänglich. Über die Gleichartigkeit eines Grundbausteins hin verwandt sind jedoch die Neomycine, wovon eine Abwandlung zum Kanamycin führte. Die Tetracyclingruppe war ein dankbareres Objekt für chemische Bearbeitungen. So liegt im Ledermycin ein Aureomycin vor, das um eine Methylgruppe ärmer ist. Als Hydrochloride suchte man eine bessere Verträglichkeit zu erreichen, wie z. B. im Reverin.



Prof. A. M. Walter,  
Wuppertal-Elberfeld



Dr. G. Auhagen,  
Wuppertal-Elberfeld



Dr. M. Plempe,  
Wuppertal-Elberfeld



Doz. Dr. L. Dettli,  
Basel



Doz. Dr. W. Marget,  
Tübingen

Ein grundsätzlich neues Antibioticum, das in absehbarer Zeit in Deutschland angeboten werden dürfte, ist das Linkomycin, welches dem Kohlehydratantibiotica nahesteht, aber doch nicht direkt verwandt ist. Seine Wirksamkeit beschränkt sich im wesentlichen auf grampositive Kokken.

Dr. M. PLEMPPEL, Wuppertal-Elberfeld:

**„Biochemische Wirkungsmechanismen und antibakterielle Wirkungsweise der Antibiotica als Grundlage der Therapie“**

Der Wirkungstyp der Antibiotica, der mit dem Wirkungsmechanismus eng verknüpft ist, umfaßt zwei Alternativen, nämlich bakterizid und bakteriostatisch zu sein. Die Penicilline sind auf wachsende und in Teilung begriffene Bakterienkulturen bakterizid, hingegen auf physiologisch ruhende Zellen nicht oder kaum wirksam. Alle, auch die halbsynthetischen Penicilline, haben den gleichen Wirkungsmechanismus. Sie hemmen den Aufbau der bakteriellen Zellwand. Unter dem Einfluß von Penicillinen werden zwar die Basalstrukturbausteine im Cytoplasma der Bakterienzelle noch synthetisiert, aber nicht mehr in die Zellwand eingebaut. Nach den gültigen Vorstellungen (WEIDEL) wächst eine Bakterienzelle durch Zuhilfenahme zweier Enzymsysteme, einem lytischen, das Löcher in die Zellwand macht, um die Möglichkeit zum Wachstum zu bieten, und einem synthetisierenden, das diese Löcher wieder schließt. Penicillin blockiert das synthetisierende System. Die Zellwand verliert ihre Festigkeit und es kommt zum Platzen der Zelle und zum Zelltod. Dieser Wirkungstyp darf als bakterizid bezeichnet werden.

Der kompliziertere Aufbau der Bakterienwand im gramnegativen Bereich erklärt die mangelnde Wirkung. Einige Breitspektrumpenicilline haben jedoch eine sehr hohe Affinität zum synthetisierenden Enzymsystem,

weshalb sie auch gramnegative Keime erfassen. Vor allem beachte man, daß durch Sulfonamide im Wachstum gehemmte Bakterien mit Penicillin auch in sehr hohen Dosen nicht bakterizid beeinflußt werden können. Die weitgehend fehlende Toxizität der Penicilline erklärt sich aus dem Fehlen der synthetisierenden Enzymsysteme im Säugetierorganismus.

Völlig anders wirkt das Chloramphenicol. Es ist vorwiegend bakteriostatisch. Es hemmt die Übertragung von Aminosäuren von der Transfer-RNS auf das Ribosom. Dadurch erliegt die Proteinsynthese sehr schnell. Wie bei den Sulfonamiden bleibt die Zelle wenigstens für eine gewisse Zeit am Leben, lediglich ihr Wachstum ist gehemmt. Ähnlich dem Chloramphenicol wirken die Streptomycine. Zusätzlich bewirkt es aber auch eine Steigerung der Permeabilität der Cytoplasmamembran, wodurch essentielle Bausteine verlorengehen, die Zelle läuft aus und es kommt zum Zelltod. Dieser Mechanismus verdeutlicht die bakterizide Wirkung des Streptomycins.

Dozent Dr. L. DETTLI, Basel:

**„Pharmakokinetik der Chemotherapeutika — Theorie und Praxis“**

Die Pharmakokinetik versucht mit naturwissenschaftlicher Methodik die Zusammenhänge zwischen Dosierung und Konzentration eines Pharmakons zu verdeutlichen. Für die praktische Chemotherapie ergibt sich die Frage eines optimalen Dosierungsschemas, welches Angaben über die Initialdosis, die Erhaltungsdosis und das Dosierungsintervall enthalten muß.

Nach einer ersten Hypothese ist die für die chemotherapeutische Wirkung notwendige minimale Konzentration des Pharmakons am Ort der Erreger im Organismus proportional der minimalen Hemmkonzentration *in vitro*. Nach einer zweiten Hypothese ist die Konzentration eines nicht eiweißgebundenen Chemotherapeutikums im Plasma nicht nur repräsentativ, sondern gleich der Konzentration am Ort der Erreger. Zusammenfassend ergibt sich dann als Grundpostulat: Ein optimales pharmakotherapeutisches Dosierungsschema muß so beschaffen sein, daß die minimale bakteriostatische Konzentration im Plasma möglichst rasch erreicht, möglichst wenig überschritten und während der ganzen Therapiedauer nicht unterschritten wird. Nach einer dritten Hypothese ist, wenn man von der Elimination des Pharmakons absieht, die durch die Dosis erzeugte Konzentration im Plasma proportional dieser Dosis. Schließlich ist nach einer vierten Hypothese eine exponentielle Eliminierung des Chemotherapeutikums zu erwarten.

Zu dem Bericht über den Vortrag von Herrn Professor Stieve „Der Kaffee in der Diätetik“ in Heft 10/1965, Seite 753, schreibt uns die Herstellerfirma des Kofrosta-Verfahrens folgendes:

„Der genannte Kaffee ist ein Kaffee, der nach dem Lendrich-Verfahren hergestellt wird, und zwar wird hier Rohkaffee mit hochgespanntem Wasserdampf behandelt. Das Kofrosta-Verfahren behandelt jedoch den gerösteten Kaffee mit flüssiger CO<sub>2</sub> bei einer Expansionskälte von -78° und einem Druck von 60 atü. Dadurch werden anhaftende Röstrückstände von der Kaffeebohne weitgehend entfernt.“

Dozent Dr. P. Naumann,  
Hamburg-EppendorfPriv.-Doz. Dr. U. Bucher,  
BernDoz. Dr. H. Haschek,  
WienProf. Dr. H. A. Kühn,  
GießenProf. Dr. H. Spiess,  
Göttingen

Auch die Verabreichung eines zweiten Medikaments kann durch kompetitive Hemmung zu einer starken Verschiebung der Halbwertszeit eines anderen Arzneimittels führen. Es bleibt also schwer, im Einzelfall aus den experimentellen Daten eines Chemotherapeutikums die richtige Erhaltungsdosis mit vollständiger Sicherheit zu berechnen.

Dozent Dr. W. MARGET, Tübingen:

#### „Praktische Probleme der Chemotherapie im Säuglingsalter“

Im Säuglingsalter und noch mehr in der Neugeborenenzeit liegen die Probleme der Chemotherapie einerseits auf dem Gebiet der so unterschiedlichen pharmakokinetischen Verhältnisse gegenüber dem Erwachsenen, andererseits in der Kenntnis der gefürchteten Anergie infolge noch unausgereifter körpereigener Abwehrmechanismen. Hinzu kommen die teilweise erhöhte Virulenz der Erreger und das größere Keimspektrum. Leider ist deshalb die Letalitätsskurve bei bakteriellen Infektionen gerade in der Neugeborenenperiode keinesfalls derart gesenkt, wie man dies vom Kindes- und vor allem vom Erwachsenenalter seit Einführung der Chemotherapie und vor allem der Antibiotika kennt.

Pharmakokinetisch wäre zunächst wegen des vergrößerten Lösungsraumes (beim Säugling und Neugeborenen zwischen 40—45% extrazelluläre Flüssigkeit, bezogen auf das Gesamtgewicht, gegenüber 20% beim Erwachsenen) eine Dosiserhöhung angebracht, doch steht diesem Gedanken bei der verminderten Ausscheidungsrate und vor allem bei der Unreife der Leber mit den mangelnden Entgiftungsfunktionen eine gewisse Einschränkung entgegen. Dies gilt vor allem für das Chloramphenicol, dessen Halbwertszeit erheblich verlängert ist und dessen kumulative Erhöhung des Konzentrationsspiegels hoch toxische Bereiche erlangen kann. Wenig Beachtung fand bisher leider die Resorptionsgeschwindigkeit bei oraler Medikation. Beim Ampicillin scheint sie wesentlich eingeschränkt, günstiger bei Chloramphenicol, Propylcillin und Dichlorstapenor. Trotzdem nehme man als Faustregel bis zur Veröffentlichung von detaillierten Dosierungstabellen an, daß doppelt soviel wie beim Kleinkind dosiert werden müsse, um bakterizide oder -statische Effekte zu erreichen.

Ein Abwarten auf bakteriologische Identifizierung oder gar Resistenzbestimmung ist nicht erlaubt. Man muß von der empirischen Tatsache ausgehen, daß in der Hauptsache gramnegative Keime krankheitsbestimmend sind. In der prozentualen Reihenfolge sind es *Coll*, *Pseudomonas* (*Pyocyanus*) und *Staphylokok-*

ken. Bei Sepsisverdacht ist deshalb die ganze Breite der chemotherapeutischen Therapie gegen diese Erregergruppen anzuwenden, d. h. am besten eine Kombination von Chloramphenicol, Colistin und Dichlorstapenor. Erfreulicherweise sind generell die neurotoxischen Nebenwirkungen in dieser Altersgruppe nicht so deutlich spürbar. Eine besondere Vorsicht ist dagegen nochmals gegenüber Chloramphenicol, Novobiozin und vor allem auch gegenüber den Sulfonamiden, welche eine Billrubinkonkurrenz in der Eiweißbindung haben, hervorzuheben.

Dozent Dr. P. NAUMANN, Hamburg:

#### „Bakteriologische Grundlagen der Chemotherapie beim chronischen Infekt“

Je nach dem Wirkungstyp des Antibiotikums ergeben sich verschiedene Grundlagen der therapeutischen Erwägungen. Bakteriostatische Chemotherapeutika — wie z. B. die Sulfonamide, die Breitbandantibiotika, das Erythromycin, Oleandomycin usw. — benötigen zur Heilung des Infektes und endgültigen Sanierung die aktive Mitwirkung des Organismus mit Hilfe seiner körpereigenen humoralen und zellulären Abwehrkräfte. Bakterizide Antibiotika — wie z. B. Penicilline oder die Substanzen der Polymyxingruppe — erreichen eine echte Bakterienabtötung, leider jedoch nur in seltenen Fällen 100%ig realisierbar. Vielfach verbleiben sog. „Persistens“, welche Anlaß zu Rezidiven sein können. Trotzdem ist die bakterizide Therapie bei Insuffizienz der körpereigenen Abwehrmechanismen deutlich überlegen, wie z. B. die Endocarditis, die chronische Osteomyelitis oder das Salmonellendauerausscheidertum, nur auf diesem Weg saniert werden können. Nachdem die Chemotherapie als ein Konzentrationsgeschehen am Wirkungsort definiert werden darf, wird die Verwirklichung der optimalen Konzentration zum vorrangigen Problem. Beim akuten Infekt erscheint dies ohne Schwierigkeiten. Anders beim chronischen Infekt, wo die besonderen pathologisch-anatomischen und pathophysiologischen Verhältnisse, die Wahl des Antibiotikums, die Dosierung, den Applikationsweg und die Therapiedauer nach gesonderten Überlegungen bestimmen müssen.

Natürlich bedürfen chronisch verlaufende Krankheitsbilder einer chronischen Behandlung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt, daß gerade die körpereigenen Abwehrmechanismen in diesen Fällen insuffizient geworden sind. Entsprechend dem Postulat einer bakteriziden Wirkung, einer möglichst hohen Dosierung und langen Behandlungsdauer bei guter Verträglichkeit ohne bedrohliche Nebenwirkungen haben die Penicilline, auch die halbsynthetischen, eine erstran-

gige Stellung. Die speziellen Indikationsgebiete ergeben sich zwanglos aus den bakteriologischen Merkmalen. Ein erfreulicher Fortschritt besteht vor allem gegenüber Proteus, Enterokokken, zum Teil auch Coli — im Rahmen der Harn- und Gallenwegsinfektionen — durch das Ampicillin. Bei den chronischen Atemwegsinfektionen betrifft es neben den Pneumokokken vor allem auch den Haemophilus influenzae. Entscheidend ist dabei die ausreichende Dosierung, d. h. nicht unter 2 g parenteral pro Tag. Die Bedeutung der Breitbandantibiotica ist weitgehend eingeengt auf die gramnegativen Erreger, speziell der Coligruppe, doch ist die vorangehende Resistenzbestimmung unerlässlich. Bei Bakterium pyocyaneum und Colistämmen mit Resistenz gegen Ampicillin verbleiben nur Polymycin B und Colistin. Das Streptomycin hat heute eine echte Indikation nur noch bei der Tuberkulosebehandlung. Es ist bekanntlich neurotoxisch und außerdem oft Anlaß zu einer fatalen Resistenzentwicklung der Erreger.

Privatdozent Dr. U. BUCHER, Bern:

#### „Die antibakterielle Therapie der chronischen Bronchialkrankheiten“

Die zugehörigen klinischen Diagnosen sind chronische Bronchitis, Bronchiektasen, obstruktives Emphysem und in gewisser Beziehung das Asthma bronchiale. Der bakterielle Infekt ist ja selten die alleinige Ursache, ganz im Gegenteil gibt es abakterielle und natürlich auch virusbedingte Bronchitiden, bei denen sich eine Antibiotikatherapie dann erübrigt, es sei denn, eine komplizierende Superinfektion nach Läsion der Schleimhäute ergibt sich aus dem Verlauf.

Von entscheidender Bedeutung in der Differentialdiagnose und der daraus abzuleitenden richtigen Therapie von chronischen Bronchialkrankheiten ist eine exakte Sputumuntersuchung. Normalerweise kommt ein Gemisch aus Bronchial- und Rachensekret zur Beurteilung. Selbst bei bronchoskopischer Entnahme ist dieser Fehler wegen der dabei erfolgten Verschleppung von Rachensekret kaum zu umgehen. Dennoch erlaubt die Methodik der Sputumuntersuchung eine recht gute Differenzierung, wenn man sich erinnert, daß 1. das Bronchialepithel, welches mit abschilfert, gegenüber dem Rachenepithel histologisch verschieden ist und 2. im Bronchialbaum ein besonders zähes Sekret vorliegt, welches ein „Auswaschen“ dieser wirklich aus der Tiefe stammenden Flocken gestattet. In einer Eosinlösung ist das Flimmerepithel ein Beweis für das Vorliegen von Bronchialsekret. Da das Bronchialsystem normalerweise steril zu sein hat, sind die gefundenen Erreger sicher pathogen. Interessanterweise sind bei Vorliegen von eosinophilen Leukocyten kaum bakterielle Infekte zu erwarten. Erfahrungsgemäß ist bei chronischen Bronchitiden und Bronchiektasen am häufigsten der Haemophilus influenzae zu

finden, dann die Pneumokokken, seltener Staphylokokken und polymorphe Stäbchen. Auffallenderweise ergibt sich häufig nur ein einziger Erreger, nicht wie stets behauptet eine Mischflora.

Die Antibiotikatherapie hat auf diese Erfahrungstatsachen Rücksicht zu nehmen. Chloramphenicol und Tetracycline sind bisher die Mittel der Wahl bei Haemophilus influenzae, in neuerer Zeit auch das Ampicillin, nicht zuletzt wegen seiner bakteriziden Eigenschaften. Pneumokokken reagieren bekanntlich gut auf Penicillin, erfreulicherweise gibt es für beide Gruppen keine Resistenzentwicklung, weshalb eine kulturelle Überprüfung an sich überflüssig ist. Anders ist dies beim Vorfinden von Staphylokokken oder Proteus usw. Die Applikation sollte grundsätzlich per os oder parenteral erfolgen, nicht per inhalationem, weil in dem zähen Sputum der Erreger kaum erreicht wird. Wegen der Tendenz zu Rezidiven ergibt sich die dringende Frage einer Langzeitbehandlung. Die Diskussion um den Vorteil einer wiederholten Stoßtherapie oder einer geringer dosierten Dauermedikation ist noch nicht abgeschlossen. Sicher ist, daß Chloramphenicol nur zur Stoßbehandlung verwendet werden darf, weil es in langer Applikation sicher toxisch wird. Entschließt man sich zur Dauerbehandlung, so sind Tetracycline, etwa von Herbst bis Frühjahr, in einer mittleren Dosierung empfehlenswert. Grundsätzlich käme auch Ampicillin in Frage, jedoch steht der hohe Preis noch etwas dagegen. Auf Sulfonamide ist Haemophilus influenzae nicht empfindlich.

Dozent Dr. H. HASCHEK, Wien:

#### „Probleme und Therapie der chronischen Pyelonephritis“

Die divergierenden Auffassungen von Pathogenese, klinischer Manifestation, Therapie und Behandlungsergebnissen der Pyelonephritis durch Internisten und Urologen erklären sich etwas aus dem unterschiedlichen Krankengut. Der Urologe sieht mehr die obstruierte, hydronephrotische Konstellation, wobei der übrige Organismus gesund und abwehrtüchtig ist, der Internist hat dagegen die bakteriellen, destruierend interstitiellen Entzündungen der Niere mit anergischen Bedingungen vor sich.

In der letzten Zeit hat man aber zudem als pyelonephritisbahnende Faktoren einerseits den Phenacetinabusus, andererseits den vesicouretralen Reflux besonders herausgestellt. Zweifellos besteht nach längerem Phenacetinabusus eine besondere Anfälligkeit gegenüber einer bakteriologisch interstitiellen Nephritis, darüber hinaus sind sogar gehäuft Papillen- und Marknekrosen beobachtet worden. Die komplizierende Harnwegsinfektion beruht vorwiegend auf Bakterium coli.

# LANG'S PFLASTERBINDEN

porös – luftdurchlässig  
elastisch und hochelastisch (extra)

Nichtklebend on Haut und Haaren  
Schmerzfremde Abnahme  
Hautschonend  
Bademöglichkeit mit ang. Verband  
Mehrernals nachzuwickeln

LANG & Co. KG · MÜNCHEN 45

Durch kinematographische Untersuchungen konnte in den letzten Jahren über die bekannten Möglichkeiten eines Harnreflux aus der Blase nach den Nieren bei morphologischen Veränderungen hinaus ein „Regurgitieren“ beschrieben werden, dem kein Abflußhindernis nachweisbar zugrunde liegt. Dagegen scheint vor allem bei akuten Entzündungen der Blase ein derartiger Mechanismus gegeben.

Bei subtiler Untersuchung ist praktisch bei jeder chronischen Pyelonephritis eine röntgenologisch faßbare Veränderung nachzuweisen. Der Gedanke von der pathogenetisch notwendigen Störung des Harnabflusses muß über den röntgenologisch darstellbaren Teil des Harntraktes hinaus auch im Parenchym der Niere weiterverfolgt werden. Experimentelle Untersuchungen legen nahe, daß der Coliinfektion meist eine Staphylokokkeninfektion mit nachfolgenden narbigen Einengungen im Verlauf eines Nephrons vorausgingen. So können Furunkel und Pyodermien das Auftreten einer späteren Pyelonephritis begünstigen.

Die Behandlung der akuten, nicht obturierenden Pyelonephritis ist nach Kenntnis der modernen, hochwirksamen Therapeutika kein Problem mehr. Kommt es nicht in den ersten Tagen zum erwarteten Abfließen, ist ein mögliches Abflußhindernis zu suchen.

Wenn größere anatomische oder funktionelle Abweichungen fehlen, muß die antibakterielle Therapie geradezu noch entschiedener angestrebt werden. Leider zeigt die Erfahrung, daß die Sterilisierung des Harns nach einer einmaligen hoch oder höchst dosierten Antibiotikatherapie noch keinen Dauererfolg verspricht. Auch die Anwendung von Langzeitsulfonamiden hat bei weitem nicht alle gesetzten Erwartungen erfüllt. Deshalb muß versucht werden, im Therapieplan auch körperliche Schonung, Vitaminzufuhr, notwendige Elektrolytkorrekturen usw. mit einzubauen, um auch die Abwehrkräfte des Organismus wieder optimal zu gestalten.

Professor Dr. H. A. KÜHN, Gießen:

**„Grundlagen und Grenzen der Therapie bei chronischen Infektionen der Gallenwege“**

Der disponierende Faktor einer mechanischen Behinderung des Gallenflusses ist für die Infektion von entscheidender Bedeutung. Sicher ist die ascendierende,

intrakanalikuläre Infektion weitaus am häufigsten, wengleich eine lymphogene und vielleicht eine seltene haematogene Besiedelung der Gallenwege bei Allgemeininfektion vorkommen mag. Die therapeutischen Überlegungen müssen deshalb in jedem Fall die Frage einer notwendigen operativen Sanierung der Gallengänge mit einschließen. Häufig erübrigt sich anschließend sogar die antibiotische Behandlung. Natürlich gibt es Ausnahmen einer chronischen Infektion, bei denen entweder eine Operation aus anderer Indikation nicht möglich ist, eine operativ korrigierbare Ursache selbst bei subtiler Untersuchung nicht gefunden werden kann, der choiangitische Infekt schon so weit fortgeschritten ist, daß auch der operative Eingriff keine endgültige Ausheilung ermöglichte, und nicht zuletzt jene Fälle, bei denen die antibiotische Behandlung lediglich Vorbereitung für den operativen Eingriff ist.

Bakteriologisch handelt es sich in der Mehrzahl (40 bis 70%) um Bakterium coli, ferner kommen (in 20 bis 30%) Streptokokken oder Enterokokken in Betracht und in 10–20% Staphylokokken, seltener dann Proteus, Pyoceaneus und Klebsiellen. Die Möglichkeit einer gezielten Therapie nach Resistenzbestimmung der Erreger ist zumindest zweifelhaft. Wenn bei septischer Cholangitis die Erregerzüchtung aus dem Blut gelingt, ist die Sache anders; denn dann ist sicher die ausgewählt hoch dosierte Antibiotikaapplikation am Platz. Wie bei der Pyelonephritis ist jedoch nicht nur der Gallenspiegel des Antibiotikums entscheidend, sondern die Konzentration im Parenchym wegen der gerade dort ablaufenden entzündlichen Vorgänge. Bei chronisch rezidivierenden Infekten mit der Notwendigkeit einer Langzeittherapie kann man vielfach auf die Anwendung von Sulfonamiden nicht verzichten.

Das Problem der Saimonellendauerausscheider führt letzten Endes auch zurück zur Gallenblase. Chloramphenicol, welches beim akuten Typhus abdominalis so wirksam ist, eignet sich nicht für diesen Patientenkreis, dagegen kann mit hoch dosierten Penicillindosen etwa in einem Drittel der Fälle eine Sanierung erreicht werden. Eventuell kombiniert man mit Ampicillin (3–4 g tgl.), in jedem Fall sollte zusätzlich die Cholecystektomie angestrebt werden.



**RR-plus**

Physiologischer  
Blutdruckheber  
mit Langzeiteffekt

erhöht die Aktivität, beseitigt Müdigkeit, Abgeschlagenheit,  
Konzentrationschwäche, fördert die Coronardurchblutung

30 und 60 Dragées  
ADENYLCHEMIE 7016 Gerlingen bei Stuttgart

Professor Dr. H. SPIESS, Göttingen:

### „Neue Gesichtspunkte in der Rheumatismusprophylaxe“

Als neue Gesichtspunkte sind die statistisch sichergestellte Abnahme der Häufigkeit des rheumatischen Fiebers und die Wandlung des Krankheitsbildes im klinischen Erscheinungsbild zu nennen. In der Praxis führt das zu Verkennungen mit schleichend sich anbahnenden Myocarditiden. An das rheumatische Fleber sollte deshalb immer gedacht werden, wenn in der Anamnese eines Kindes nach dem 4. Lebensjahr flüchtige, über Gelenke springende oder anhaltende Gelenkserscheinungen auftreten. Freilich gibt es auch eine Endomyocarditis ohne Arthritis. Auch das Erythema anulare oder marginatum ist nur noch relativ selten zu sehen, weshalb es aus dem Hauptsymptomenkreis entfällt. Der Anstieg des Antistreptolysintiters und des C-reaktiven Proteins, die BKS-Beschleunigung, der Nachweis von haemolisierenden Streptokokken im Rachenabstrich und das EKG sind objektivierende Hilfen. Schon bei begründetem Verdacht sollte die Penicillin- und Pyramidonbehandlung eingeleitet werden. Die ausreichende, frühzeitige Penicillinbehandlung der Tonsillitiden, insbesondere wenn sie infolge Fiebers und starker Halsschmerzen auf einen streptokokkenbedingten Infekt hinweisen, vermindert den nachfolgenden Rheumatismus signifikant. Bei Rezidiven trotz Tonsillektomie und anfänglicher Penicillinbehandlung ist eine Prophylaxe entweder mit Oralpenicillin oder mit monatlichen Injektionen von 1,2 Mill. Benzatin-Penicillin notwendig. Mit Nebenwirkungen — insbesondere bei oraler Penicillinbehandlung — ist nur selten zu rechnen. Bei Überempfindlichkeit kann auf Sulfonamide übergegangen werden. Sicher ist die vierwöchentliche Injektion einer besseren Kontrolle des Patienten zugänglich. W-r.

### von-Langenbeck-Preis 1966

Im Jahre 1966 wird der von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie geschaffene von-Langenbeck-Preis in Höhe von DM 3000.— erneut vergeben. An dem Preisausschreiben können sich die in Oberarzt- oder Assistentenstellen befindlichen jungen deutschen Mitglieder der Gesellschaft mit Arbeiten aus den Kalenderjahren 1964 und 1965 beteiligen. Fristablauf ist der 8. Januar 1966. Bis zu diesem Zeitpunkt sind die Arbeiten in drei Exemplaren an Professor Dr. med. Ernst DERRA, Direktor der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie, 4000 Düsseldorf, Moorenstraße 5, einzureichen.

### Professor Wieland Chefarzt des Klinisch-Chemischen Instituts München-Schwabing

Professor Dr. med. Otto WIELAND wurde zum Chefarzt des Klinisch-Chemischen Instituts des Krankenhauses München-Schwabing berufen. Professor Wieland war von 1945 bis 1952 unter Professor Dr. Gustav v. BERGMANN an der II. Medizinischen Universitätsklinik München tätig. Anschließend arbeitete er drei Jahre im Biochemischen Institut der Universität München. Professor Wieland ist der Sohn des bekannten Nobelpreisträgers Geheimrat Professor Dr. Heinrich WIELAND. Er ist 2. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Klinische Chemie, deren Gründungsmitglied er ist.

### Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes in Regensburg

Auf seiner Mitgliederversammlung in Regensburg, die vom 23. bis 25. 9. stattfand, wählte der Deutsche Ärztinnenbund Frau Dr. Lena OHNESORGE, Minister für Arbeit, Soziales und Vertriebene in Schleswig-Holstein, zur neuen Präsidentin. Frau Kollegin Ohnesorge löst damit die langjährige Präsidentin Frau Dr. Margarete ALBRECHT, Trägerin der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft, ab, die nicht mehr kandidiert hat. In den Vorstand wurden gewählt: Dr. Herta LANGE, Berlin, Dr. Helga THIEME, Goslar, Dr. Dr. Jutta RALL, Hamburg, Dr. Susanne SEYFARTH, Hannover, Dr. KLEIN-SACKERS, Essen-Borbeck, Dr. Nora WUNDT, Stuttgart-Feuerbach, und Dr. Ruth BAUKNECHT, Regensburg.

Der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Kollege Dr. SONDERMANN, überbrachte den Delegierten der deutschen Ärztinnen die Grüße der bayerischen Ärzteschaft:

„Frau Präsidentin, sehr geehrte Gäste, liebe, verehrte Kolleginnen!

Zunächst darf ich Ihnen, Frau Präsidentin, danken für Ihre freundlichen Begrüßungsworte. An meiner Stelle sollte ja der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Kollege SEWERING, stehen und Sie begrüßen, da er aber zu seinem Leidwesen dienstlich verhindert ist, fällt mir die Aufgabe zu, Ihnen den Gruß der Bayerischen Landesärztekammer zu entbieten und Ihnen für den Ablauf Ihrer Tagung allen Erfolg zu wünschen, besonders eine Förderung des so drängenden Problems der Ausbildung von Ärzten und Arztgehilfen.

Ich gestehe offen: Gerne wäre ich um diese ehrenvolle Aufgabe angesichts meiner sonstigen Arbeit herumgekommen. Aber gerade an dem Tage, an dem ich mich entscheiden mußte, las ich, ein amerikanischer Professor habe festgestellt, das männliche Gehirn habe allmählich den Höhepunkt seiner Entwicklung überschritten, dagegen stehe dem Frauengehirn noch eine weitere Entfaltung auf Jahrhunderte hinaus bevor. Mitläufer und Konformist, wie wir sind, glaubte ich doch, diese großartige Tatsache sei Grund genug, zu kommen, um den Anschluß nicht zu verpassen zur Fahrt in die neue schöne Welt.

Ich habe aber noch einen Grund, meine Schüchternheit vor Frauen zu überwinden und hier zu sprechen: Ich möchte Ihnen als Vertreterinnen des weiblichen Geschlechtes gerne aus einer langjährigen Beobachtung und Erfahrung heraus Lob und Preis für einen zweifachen Mut aussprechen:

Zum ersten: für Ihren Mut zur Unlogik. Bitte verstehen Sie mich nicht falsch; ich halte diese Unlogik für eine Tugend, denn — haben Sie die Überzeugung, daß wir Mannsbilder mit unserer berühmten Logik so gut mit dem Leben im Großen und Kleinen fertig geworden sind? Das Leben ist voller Ungereimtheiten und voller Unlogik und davor steht unsere gepriesene Logik doch häufig noch hilflos, dieweilen die List der Natur der Frau die Gabe geschenkt hat, mit so manchem Kuddelmuddel auf geniale Weise fertig zu werden, was wir Männer dann ärgerlich als Unlogik bezeichnen.

Und zum zweiten: Ich habe immer Ihren Mut, unangenehme Fragen ohne so alle Umschweife zu stellen,

---

das Herz leistet mehr mit

# LANIBION

---

Lanatosid C  
verbessert  
die Herzleistung  
Hydroxypropyltheophyllin  
fördert  
die Koronardurchblutung  
B-Vitamine  
aktivieren den  
Myokardstoffwechsel-  
bei bester  
Magenverträglichkeit

Zur Dauerbehandlung  
bei Herzinsuffizienz,  
Altersherz

---

1 Dragee oder  
20 Tropfen Lanibion  
enthalten:

0,25 mg Lanatosid C

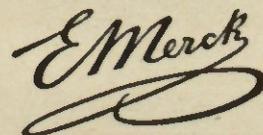
75,00 mg Hydroxypropyltheophyllin

5 mg Vitamin B<sub>1</sub>

5 mg Vitamin B<sub>2</sub>

10 mg Vitamin B<sub>6</sub>

Lanibion®  
Dragees: 20 und 50 Stück  
Tropfen: 20 und 50 ml



DARMSTADT

---

bewundert. Das weiß ich von Ihrer verehrten Frau Präsidentin, die in Vorstandssitzungen der Bundesärztekammer mich manchmal angefahren hat: „Ha, was seid Ihr Männer für feige Leute“ und dann ihre Frage directement ins Ziel geschossen hat.

Aber gerade aus dieser Beobachtung und Bewunderung heraus möchte ich Ihnen — selbst in dieser festlichen Stunde — einen Vorwurf nicht ersparen: Sehen Sie, Sie sind unter rund 90 000 Ärzten 18 000 Ärztinnen. Wir leben in einer Demokratie, in der gewählt wird! Wo sind aber unter den Delegierten, in den Vorständen, Ausschüssen, Arbeitskreisen unserer Standesorganisation Frauen am Werk? Mir ist dies ein ernstes Anliegen; nicht daß ich behaupten möchte, unsere Arbeit würde bei stärkerer Beteiligung der Kolleginnen einfacher; es handelt sich auch nicht darum, daß gerade Frauen manche der mehr oder minder wichtigen Probleme mit beraten müßten, aber es kündigt sich eine Entwicklung in unserer von männlich kalter Logik beherrschten Wissenschaft an, die einem Angst machen muß, und darüber möchte ich noch etwas sagen dürfen.

Mein Vorwurf gegen Sie, der Vorwurf mangelnder Beteiligung am öffentlichen Leben, zumal hier am Leben unseres Standes, hat einen erschreckend ernsten Hintergrund.

Es hat Zeiten gegeben, in denen noch das ‚Wissen um die Grenzen‘ lebendig war, die zu überschreiten — in Wort und Tat — als Hybris von den Göttern gerächt wurde. In diesen Zeiten galt noch das Gleichgewicht zwischen Können und Dürfen — zwischen Erkennen und Sprechen. Diese Grenze ist überschritten. Dieses Gleichgewicht ist zerstört; in Blindheit und Gewissenlosigkeit ist die Menschheit zu dem Grundsatz gelangt: Fertigen, was man fertigen kann und die Folgen nicht bedenken. Weder Weisheit noch Gewissen berät dieses rasende Finden, Erfinden und Erstellen, wie Knaben, die aus Freude am Knallen mit brennendem Feuer spielen, nur daß es hier keine Knaben mehr sind, sondern reife, ehrengedachte Männer.

Noch aber ist diese Entwicklung mit der Atombombe nicht zu Ende. Diese erscheint mir auch gar nicht als die gefährlichste Errungenschaft unserer Forschung; noch bedroht diese ‚nur‘ das Leben der Menschheit. Der Mensch aber bleibt auch hier in seinem Wollen und Streben noch das Maß aller Dinge und in dieser Tatsache beruht ja auch die Hoffnung, daß es ein Weiterleben mit der Atombombe gibt. Aber wir hören schon seit einigen Jahren aus der Ecke der Techniker die Kunde: Der Mensch sei eben — wie er ist, eine Fehlkonstruktion für ihre Pläne; und um diese durchzuführen zu können, müsse man ihn eben in seinem Wesen — vielleicht auch in seiner Form — umkonstruieren. Man hält diesen Ausspruch für einen zynischen Spaß, geboren aus dem Ärger des Technomanikers, nun doch an seinen Grenzen angelangt zu sein, über die hinaus-

zugehen nicht seine Phantasie und sein Können, aber die Beistbarkeit und Leistungsfähigkeit des Menschen verbietet.

Aber — wir haben ja verlernt, das Numinose der uns gesetzten Grenzen zu achten — also: dann eben Umkonstruktion dieses Fehlwesens und dazu war uns die ‚Eugenische Ingenieurstechnik‘, die ‚Chromosomen-Chirurgie‘ gegeben, deren praktische Bedeutung in der Pflanzen- und Tierzucht so augenscheinlich ist, daß unserem grenzenlos schweifenden Denken die zynische Frage: Warum nicht auch beim Menschen? — ganz offensichtlich weder Mühe noch Scham bereitet.

Hier zeichnet sich etwas ab, demgegenüber die düsteren Zukunftsromane über eine versklavte und entmenschte Menschheit, wie sie besonders nach 1945 herauskamen, nur harmlose Kindermärchen sind. Um Ihnen kurz zu zeigen, was hier an Möglichkeiten geboten werden soll, darf ich einige Sätze des bedeutenden Anthropologen Dr. PORTMANN zitieren:

„Ein Überblick muß uns doch das Ausmaß zeigen, in dem in das Erbgeschehen eingegriffen werden soll.

Da wird als geradezu harmlos diskutiert die Zeugung durch künstliche Besamung, die auf einer Kontrolle und Auslese des vorhandenen Erbgutes beruht. Es wird die Aufbewahrung tiefgefrorenen Samengutes für spätere Zeiten erwogen, weil sie im Tierversuch sich als möglich erwiesen hat. Eine Genie-Zucht ist der Traum dieser Ideengänge. Aber auch die Zucht eines brauchbaren Untermenschen liegt im Bereich dieser Planung, und die Forscher stellen seelenruhig fest, daß natürlich das Samengut, das jahrzehntelang tiefgekühlt gespeichert wird, von Zeit zu Zeit auf seine Qualität geprüft werden soll. Was mit den Ergebnissen solcher Probefruchtungen geschehen soll, wenn sie nicht ‚belieben‘, wird uns einstweilen noch vorbehalten.“ So weit Portmann.

Und dies wird nicht etwa in geheim-verschwörerischen Zirkeln, sondern auf wissenschaftlichen Kongressen in aller zynischen Deutlichkeit besprochen.

Aber hier schlägt doch die redliche Forschung in den Frevel um, es Gott gleichzutun zu wollen und nicht mehr daran zu denken, daß bei aller Durchschaubarkeit der Welt unser Dasein in ein Schöpfungsgeheimnis gebettet ist, das unserem Wissen verborgen bleibt.

Abgesehen von der Frage: Wer denn für diese um- und neu zu bildenden Menschentypen die Maße setzt?

Und hier, vor dieser entsetzlichen Möglichkeit, stellt sich, wie von selbst, an die Frauen die Schicksalsfrage: Wollt Ihr Menschenfrauen — Ihr Menschenmütter, daß an Euch und Euren Kindern solcher Frevel vollzogen wird?

Und damit komme ich zurück auf die ganz praktische Frage der Anteilnahme der Frau am öffentlichen Leben. Hier handelt es sich gar nicht um die Frage der Gleichberechtigung — die doch vielfach nur ein Scheinproblem ist —, sondern darum, daß die bewahrende Funk-

**Nuclinal**  
mit großem Indikationsbereich

**Vitamin-  
Heilcreme**

LYSSIA-WERKE · WIESBADEN

tion der Frau die Kraft findet, eine verderbliche Entwicklung zu hemmen, die Kraft, in der öffentlichen Meinung, in der Wissenschaft, in Staat und Gesetzgebung eine bewahrende Macht zu werden; es handelt sich darum, daß die Mütter es nicht zulassen, daß die Eisgletscher dieses männlich-logischen Denkens die Erde für Menschen — echte Menschen — unbewohnbar machen.

Und wer sollte zu diesem Widerstand mehr aufgerufen sein als Sie — die Ärztinnen? Das Goethe-Wort: ‚Willst Du genau erfahren, was sich ziemt, so frage nur bei edlen Frauen an‘, birgt heute noch seine Wahrheit, aber wer von den Mannsbildern fragt noch bei edlen Frauen nach, was sich ziemt? Da haben sich Zeiten und Sitten geändert, nun müssen Sie, die Frauen, es uns sagen, was sich geziemt, und darüber sind wir uns doch alle hier einig: was sich da entwickelt als ‚Eugenische Ingenieurstechnik‘, das ziemt sich wohl nicht, nein — das ziemt sich nicht.“

## PERSONALIA



Professor

Dr. Lob 65 Jahre

Der Chefarzt des Berufsgenossenschaftlichen Unfallkrankenhauses Murnau/Obb. feierte am 7. November 1965 seinen 65. Geburtstag. Aus der LEXER-Schule hervorgegangen, hat er das Unfallkrankenhaus Murnau zu einer der führenden Kliniken für Wiederherstellungschirurgie und Rehabilitation Unfallverletzter entwickelt. Soeben wurde in Murnau der Grundstein zu einem Erweiterungsbau für Querschnittsgelähmte gelegt. Seit 1944 apl. Professor für Chirurgie und Röntgenologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München, hat er seit 1958 zusätzlich einen Lehrauftrag für Rehabilitation inne; die klinischen Vorlesungen und Demonstrationen finden im Unfallkrankenhaus statt.

## FAKULTÄT

### Erlangen-Nürnberg

Professor Dr. Joachim BORNEFF, Hygiene-Institut der Universität Mainz, wurde auf den ordentlichen Lehrstuhl für Hygiene und Bakteriologie in der Medizinischen Fakultät berufen.

Professor Dr. Helmut PAULY, Max-Planck-Institut für Biophysik, Frankfurt/Main, wurde auf den ordentlichen Lehrstuhl für Medizinische Strahlenkunde in der Medizinischen Fakultät berufen.

### München

Cand. med. K. BRÖCKNER, Doktorand an der Chirurgischen Univ.-Klinik, erhielt bei einem Wettbewerb der Amerikanischen Vereinigung der Thorax-Chirurgen, an dem Medizinstudenten der ganzen Welt teilgenommen haben, den 3. von 5 Preisen.

Priv.-Doz. Dr. Peter DEETJEN wurde nach Umhabilitation die Lehrbefugnis für Physiologie erteilt.

Der wissenschaftliche Assistent bei der Kinderklinik, Privatdozent Dr. Otmar GOETZ, wurde am 6. 9. 1965 zum Oberassistenten ernannt.

Apl. Prof. Dr. W. GÖSSNER wurde nach Umhabilitation die Lehrbefugnis für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie erteilt.

Apl. Prof. Oberass. an der Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten Dr. Georg LOEBELL wurde auf sein Verlangen aus dem Beamtenverhältnis auf Widerruf entlassen; er trat eine Stelle als Chefarzt der Hals-Nasen-Ohrenabteilung am Allg. Krankenhaus Hamburg-Altona an.

Wiss. Ass. und Priv.-Doz. bei der Chirurgischen Klinik Dr. Fritz RUEFF wurde zum Oberass. ernannt.

Die Lehrbefugnis in Verbindung mit der Verleihung des Rechts auf Führung der Bezeichnung „Privatdozent“ wurde erteilt an Dr. Ernst Joachim HICKL für Geburtshilfe und Gynäkologie, Dr. Hartmut RABES für Experimentelle Medizin, Dr. Manfred SCHMIDTMENDE für Chirurgie, Dr. Klaus THURAU nach Um-

# PENTAVENON®

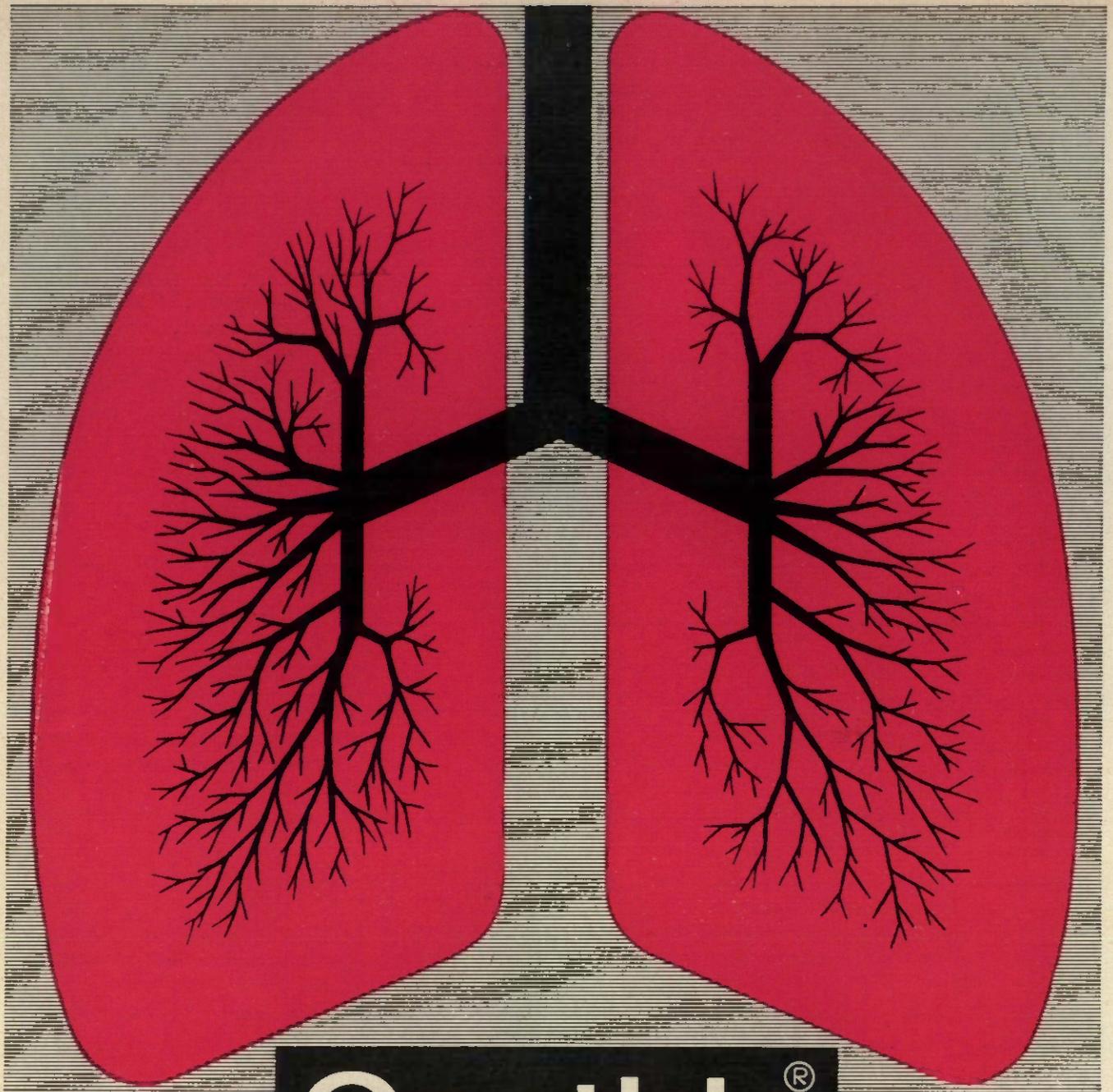
Moderne zuverlässige Venentherapie  
mit hohem Wirkstoffgehalt zu niedrigem Preis

**Pentavenon-Salbe:** Erste Heparin-Salbe  
mit Bioflavonoiden  
5000 I.E. Heparin

Tropfen Dragées Salbe

**1,95** DM  
OP 20 ccm

Adenylchemie 7016 Gerlingen bei Stuttgart



# Ozothin<sup>®</sup>

**Das neue Broncho-Sekretolytikum**

stark sekretlösend · entzündungswidrig  
hustenstillend · ventilationsverbessernd  
Sirup · Ampullen · Suppositorien pro infantibus



JOHANN A. WÜLFING · DÜSSELDORF

habilitation für Physiologie, Dr. Heinz PICHLMAIER für Chirurgie.

Dem Privatdozenten der Kinderheilkunde Dr. Dietrich VOGT wurde die Bezeichnung „außerplanmäßiger Professor“ verliehen.

### Würzburg

Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kuitus hat den außerordentlichen Professor mit der Bezeichnung und den akademischen Rechten und Pflichten eines ordentlichen Professors für Medizinische Poliklinik in der Medizinischen Fakultät, Dr. Hans FRANKE, zum ordentlichen Professor ernannt.

Der o. Professor der Kinderheilkunde Dr. med. Josef STRÖDER, Direktor der Universitäts-Kinderklinik, wurde zum „korrespondierenden Mitglied“ der „Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie“ und zum Ehrenmitglied der „Pädiatrischen Sektion der Tschechoslowakischen ärztlichen Gesellschaft J. E. Purkinje“ gewählt.

Der o. Professor der Inneren Medizin und Direktor der Medizinischen Klinik Dr. med. Ernst WOLLHEIM wurde zum Vorsitzenden der Gesellschaft für Nephrologie für das Jahr 1965/66 gewählt.

Der außerplanmäßige Professor der Pharmakologie und Toxikologie an der Universität Würzburg Dr. Ernst HABERMANN hat einen Ruf auf den ordentlichen Lehrstuhl der Pharmakologie an der Universität Gießen erhalten.

Die Bezeichnung „apl. Prof.“ wurde verliehen an Privatdozentin Dr. Erika GEISLER (Psychiatrie und Neurologie);

Zu Privatdozenten wurden ernannt:

Wiss. Ass. Dr. med. Georg BECKER für „Innere Medizin“;

Wiss. Ass. Dr. med. Werner BOHDORF für „Röntgenologie und Strahlenheilkunde“;

Wiss. Ass. Dr. med. Dr. rer. nat. Hugo FASOLD für „Physiologische Chemie“;

Wiss. Ass. Dr. med. Wolff GROSS für „Innere Medizin“;

Wiss. Ass. Dr. med. Hanns Christian HOPF für „Neurologie“.

## IN MEMORIAM

### Dr. Heinz Mierlein †

Ein Weiser des Altertums sagt: „Ehret die Ärzte; denn sie sind von Gott geschaffen zum Wohl der Menschen.“

Unter Befolgung dieses Spruches mußten wir am 20. Oktober 1965 einem Arzt, unserem

lieben Freund und Kollegen Dr. med. Hans Heinz MIERLEIN, die letzte Ehre erweisen.

Welcher Wertschätzung, welcher Hochachtung und welcher Liebe sich dieser Arzt bei seinen Patienten, bei seinen Kollegen und bei seinen Freunden erfreute, bewies die große Anteilnahme an dem letzten Gang im Waldfriedhof in München, wo er zur letzten Ruhe bestattet wurde.

Herr Kollege Hans Heinz Mierlein war seit 1946 als Praktischer Arzt in Olching tätig.

Das Vertrauen der Kollegen berief ihn bald zur Leitung des Ärztlichen Kreisverbandes Fürstentfeldbruck, dessen 1. Vorsitzender er seit 15 Jahren war. Das Vertrauen der Kollegen berief ihn alsbald auch als Vertrauensmann in die KVB-Bezirksstelle Oberbayern und zum 2. Vorsitzenden des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberbayern. Auch hier war seine ganze Arbeit von der Sorge für die Kollegen erfüllt.

In diesen seinen Doppelberufen — hier große Praxis, dort die Standesorganisation — zehrte er sich buchstäblich auf. Schon zweimal hatte ihn der Tod gestreift. Seine kräftige Natur und sein eiserner Wille ließen ihn wieder gesunden. Statt sich nun zu schonen, hat er sich vermehrt in die Arbeit gestürzt.

Mitten in der Erfüllung seiner standespolitischen Aufgaben ist er in Bayreuth auf der Fahrt zum 18. Bayerischen Ärztetag im Alter von 57 Jahren einem dritten Herzanfall erlegen.

Wir können ihm nur mehr danken.

Sein allzu früher Tod verpflichtet uns, ihn zu betrauern und nicht zu vergessen.

Dr. J. Seidl



# Adenylocrat®

Adenylsäuren-Organextrakt - *Crataegus*

20 ccm 50 ccm

O<sub>2</sub>-Donator für das Myocard

reguliert Myocardstoffwechsel

Coronardurchblutung

ADENYLCHÉMIE

7016 Gerlingen bei Stuttgart

## AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

### Der Kampf von Semmelweis um die Anerkennung seiner Lehre

Von Dr. Walther Koerting

(Schluß)

II.

An

Hofrath Dr. F. W. Scanzoni,

Professor der Geburtshilfe zu Würzburg.

Als ich den offenen Brief an Sie Herr Hofrath schrieb, wegen der Pseudo-Kindbettfieber-Epidemie, welche im Jahre 1859 in ihrem neuen, mit den besten Einrichtungen versehenen Gebärhause herrschte; hatte ich noch keine Kenntniß, daß auch im Jahre 1860<sup>9)</sup> in Ihrem neuen, mit den besten Einrichtungen versehenen Gebärhause eine noch heftigere Pseudo-Kindbettfieber-Epidemie herrschte, als im Jahre 1859.

Im Jahre 1859 ereigneten sich vom 1. Februar bis 15. April '99 Geburten, davon erkrankten an Puerperal-Prozessen 30, 9 starben.

Im Jahre 1860 zogen sich die Erkrankungen während der ersten sechs Monate des Jahres hin, bald stärker, bald schwächer auftretend; ihren Höhepunkt erlangte die Pseudo-Epidemie Ende April und Anfangs Mai; in diese Zeit fallen die acutesten und heftigsten Erkrankungen und die meisten Todesfälle.

In den ersten 6 Monaten des Jahres 1860 kamen 188 Geburten vor; von den Wöchnerinnen erkrankten 44 am Puerperal-Fieber, von diesen starben 14; 19 von den Puerperal-Erkrankten wurden in das Juliuspital transferirt, 7 davon starben; also starben im Jahre 1859 9, im Jahre 1860 21 Wöchnerinnen am Kindbettfieber.

Herr Hofrath haben vom 1. November 1850 bis letzten Oktober 1856 im Würzburger Gebärhause 1639 Wöchnerinnen behandelt, davon starben 20.

Was vom letzten Oktober 1856 bis zu den zwei Pseudo-Kindbettfieber-Epidemien in den Jahren 1859 und 1860 im Würzburger Gebärhause geschehen, ist nicht zu meiner Kenntniß gelangt. Die 6 günstigen Jahre haben mir es möglich erscheinen lassen, daß Sie Herr Hofrath, ich weiß nicht unter welcher Form, meine Lehre beobachten.

<sup>9)</sup> Würzburger medicinische Zeitschrift. I. Band. V. Heft. 1860. Seite 360. Mittheilungen aus der geburtshilflichen Klinik zu Würzburg, von Dr. Otto von Franque, Privatdocenten in Würzburg.

<sup>10)</sup> Carl Braun Ritter von Fernwald (geb. 22. 3. 1822 in Zisterdorf bei Wien, gest. 23. 3. 1891 in Wien) prom. 1847 in Wien, wurde der Nachfolger von Semmelweis als Assistent der Gebärklinik unter Klein. 1853 Priv.-Dozent, im selben Jahr als o. Prof. nach Trient berufen. 1856 wurde er o. Prof. und Vorstand der Gebärklinik in Wien. Er war zwar literarischer Gegner von Semmelweis, ließ aber die Studenten vor der vaginalen Untersuchung die Hände in Chlorwasser waschen. Semmelweis warf Braun in seinem „Offenen Brief an sämtliche Professoren der Geburtshilfe“ vor, daß er „gegen seine bessere Überzeugung“ gegen seine Lehre geschrieben habe.

<sup>11)</sup> Leopold Lehmann (geb. 1817 in Hildesheim, gest. 1880 in Amsterdam) promov. 1841 zum Dr. med. in Utrecht. 1848 Dozent der Geburtshilfe in Amsterdam, 1864 o. Prof. Er war ein sehr verdienstvoller Geburtshelfer und Gynäkolog, obgleich es zu verwundern ist, daß er stets an der Nichtkontagiosität des Puerperalfiebers festhielt und eine antiseptische Behandlung von Wöchnerinnen als völlig überflüssig verwarf. (Dr. C. E. Daniels, Amsterdam, im „Biographischen Lexikon hervorragender Ärzte“.)

Carl Braun<sup>10)</sup> z. B. beweiset bis zur untrüglichen Gewißheit in seinem Aufsätze, aus welchem Lehmann<sup>11)</sup> und Hofrath Siebold ihre Weisheit geschöpft, daß der Cadaver nicht inficirt, und daß der Chlorkalk nicht desinficirt. Wenn er daher seinen Schülern den Auftrag ertheilt, nicht zu untersuchen, so lange der Finger nach Cadaver riecht, und wenn er seine Schüler nach Uebungen am Cadaver Chlorwaschungen machen läßt, so geschieht dies, wie er selbst sagt, bloß um die Form zu beobachten.

Herr Hofrath thun vielleicht auf andere Weise dasselbe.

Die zwei Pseudo-Epidemien haben mich in meinem Glauben an eine maskirte Beobachtung meiner Lehre nicht Irre gemacht, weil mir dasselbe geschehen.

Im Jahre 1848 habe ich in Wien während zwei Monaten gar keine Tode gehabt, in 5 Monaten starb nicht Eine von 100. Im St. Rochusspital starb während 6 Jahren nicht Eine Wöchnerin von 100. Im ersten Jahre meiner Professur starb nicht Eine von 100 Wöchnerinnen. Im zweiten starben 2, im dritten starben sogar 4 von 100. Trotz meinen Maßregeln sind den Individuen in diesen zwei Jahren zersetzte Stoffe von Außen eingebracht worden mittelst unreiner Leintücher.

Es kann ja auch im Würzburger Gebärhause geschehen sein, daß trotz der maskirten Beobachtung meiner Lehre, den Individuen zersetzte Stoffe von Außen eingebracht wurden. Die Pseudo-Kindbettfieber-Epidemien des Jahres 1859 wären unzweifelhaft Infectionen von Außen, welche geschahen vor Ausschließung des Kindes, was die während der Geburt zu beobachtenden Wehen-Anomalien, die Blutflüsse in der Nachgeburtperiode, und der Umstand beweiset, daß die Kinder an einer der mütterlichen ähnlichen Blutentmischung ebenfalls starben.

Die Pseudo-Kindbettfieber-Epidemien des Jahres 1860 waren unzweifelhaft Infectionsfälle von Außen, welche nach Ausschließung des Kindes, also in der Nachgeburtperiode oder im Wochenbette hervorgerufen wurden; was die Abwesenheit von Wehen-Anomalien, das Nichteintreten von Blutflüssen in der Nachgeburtperiode, und der Umstand beweiset, daß die Kinder der erkrankten Mütter gesund blieben.

Stellen Herr Hofrath in diesen Richtungen Untersuchungen an, vielleicht gelingt es Ihnen jetzt noch zu ermitteln, wie diese Infectionen erzeugt wurden.

Zur Erklärung des guten Gesundheitszustandes der Wöchnerinnen des Würzburger Gebärhause während der 6 Jahre können Herr Hofrath Ihre Zuflucht nicht zu einem günstigen Genius epidemicus nehmen, weil Sie dann nicht nur nicht erklären könnten, warum denn dieser günstige Genius epidemicus im Prager Gebärhause zur Zeit, als Sie mehr geniale als gewissenhafte Experimente mit den Chlorwaschungen machten, nur einen Monat dauerte. Sie würden außerdem auch noch in eine Collision mit Carl Braun gerathen, der doch eben

eine so große Autorität, was das Kindbettfieber angeht, ist, wie Sie, Herr Hofrath.

Carl Braun kann sich nun keinen Herbst denken, ohne einer Pseudo-Kindbettfieber-Epidemie, welche nun den ganzen Winter hindurch mordet, bis im Frühjahre die wärmere Jahreszeit dem Morden ein Ende macht. Der Winter ist nach Carl Braun die Zeit der Epidemien, und der Sommer die Zeit des besseren Gesundheitszustandes.

Daß mit dem Herbste, das heißt im Oktober, die Schulen wieder beginnen, und die Schüler sich im Winter mit Dingen beschäftigen, welche ihre Hände mit zersetzten Stoffen verunreinigen, und daß diese Beschäftigungen mit Beginn der warmen Jahreszeit seltener werden, und daß mit Beginn der warmen Jahreszeit die Schüler lieber in die reizenden Umgebungen Wiens, als in die Totenkammer und in das Gebärhaus gehen, kommt natürlich beim Kindbettfieber nicht in Betracht.

Sie können sich Herr Hofrath auch deshalb nicht auf einen günstigen Genius epidemicus berufen, weil während der Jahre des günstigen Gesundheitszustandes der Wöchnerinnen im Würzburger Gebärhause, der Gesundheitszustand der Wöchnerinnen in vielen europäischen Gebärhäusern ein schlechter war. Was hat das Würzburger Gebärhaus von dem ungünstigen Genius epidemicus geschützt? welcher im Jahre 1854 an der I. Klinik zu Wien allein 400 Wöchnerinnen getötet.

Es wird Ihnen ja bekannt sein Herr Hofrath, daß die atmosphärischen Einflüsse, welche den günstigen und ungünstigen Genius epidemicus darstellen, über den ganzen Continent verbreitet sind, und Würzburg liegt ja auch auf dem Continent.

Herr Hofrath haben 13 Jahre Recht behalten, weil ich 13 Jahre geschwiegen, jetzt habe ich das Schweigen aufgegeben, und jetzt behalte ich Recht, und zwar für so lange, als das menschliche Weib gebären wird. Ihnen Herr Hofrath bleibt nichts anderes übrig, wenn Sie von Ihrem Ansehen noch retten wollen, was noch zu retten ist, als sich meiner Lehre anzuschließen. Sollten Sie bei der Lehre des epidemischen Kindbettfiebers verbleiben, so werden mit fortschreitender Aufklärung die Pseudo-Kindbettfieber-Epidemien und Ihr Ansehen aus der Welt verschwinden.

Wenn ich so glücklich wäre, ein neues, mit den besten Einrichtungen versehenes Gebärhaus zu leiten, so würde ich ungleich Ihnen Herr Hofrath, die glückliche Zeit zurückbringen, so im Wiener Gebärhause erst Eine Wöchnerin von 400 starb.

Etwas Gutes haben diese beiden Pseudo-Kindbettfieber-Epidemien in ihrem neuen, mit den besten Einrichtungen versehenen Gebärhauses dennoch gehabt, diese Pseudo-Kindbettfieber-Epidemien haben den Vorschlag der ignoranten Franzosen, neue Gebärhäuser zu bauen, um die Wöchnerinnen gesund zu erhalten, gründlich widerlegt; Herr Hofrath haben bewiesen, daß man trotz einem neuen, mit den besten Einrichtungen versehenen Gebärhause, im Punkte des Mordens Vieles leisten kann, wenn man nur die nöthigen Eigenschaften dazu besitzt.

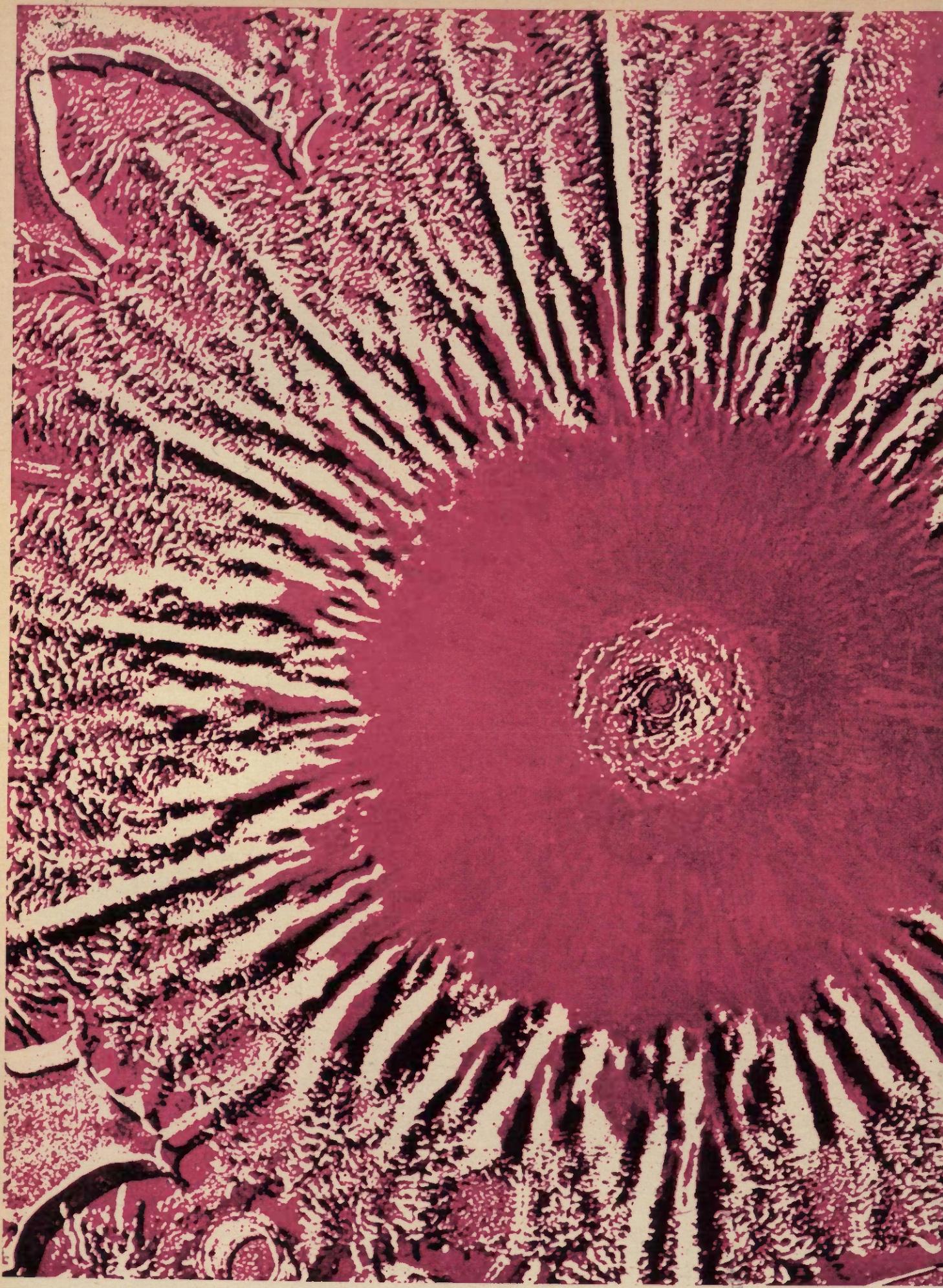
Schließlich veröffentlichte Semmelweis als o. ö. Professor der Geburtshilfe an der königl. ungar. Univer-

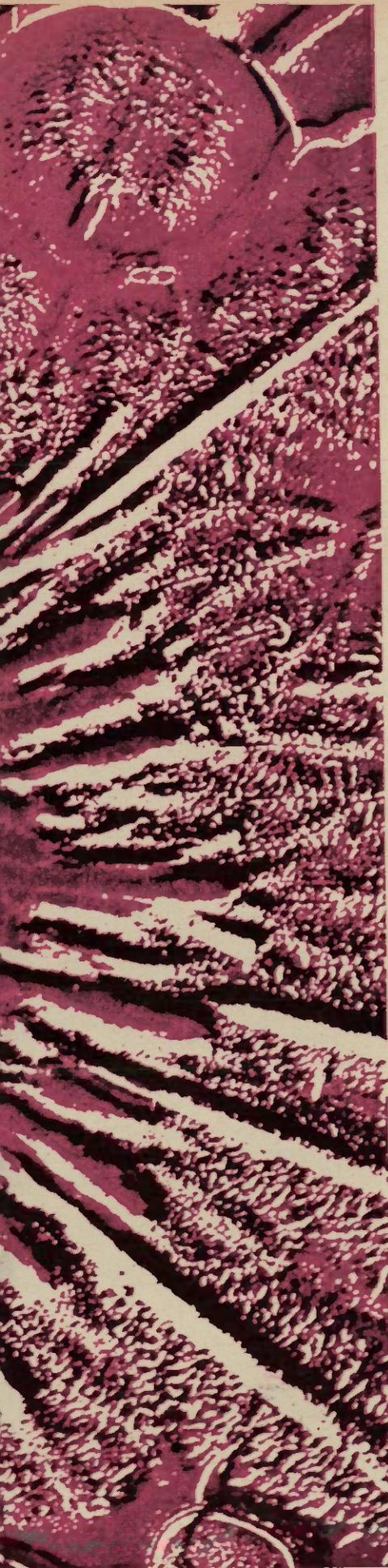


Friedrich Wilhelm Scanzoni von Lichtenfels.

sität zu Pest einen „Offenen Brief an sämtliche Professoren der Geburtshilfe“ (Ofen, 1862). Dort heißt es :

„ Sollten sich die Professoren nicht baldigst dazu bequemen, ihre Schüler und Schülerinnen in meiner Lehre zu unterrichten, sollten die Regierungen noch länger die Kindbettfieber-Epidemien in den Gebärhäusern dulden, so werde ich, um wenigstens die in geographischer Verbreitung Entbindenden vor dem Kindbettfieber zu schützen, mich an das hilfsbedürftige Publikum wenden, ich werde sagen : Du Familienvater weißt Du, was das heißt, einen Geburtshelfer oder eine Hebamme zu Deiner Frau zu rufen, welche bei der Geburt eines Beistandes benöthigt; das heißt so viel als Deine Frau und Dein noch ungeborenes Kind einer Lebensgefahr aussetzen. Und wenn Du nicht Witter werden willst, und wenn Du nicht willst, daß Deinem noch ungeborenen Kinde der Todeskeim eingepflegt werde, und wenn Deine Kinder ihre Mutter nicht verlieren sollen, so kaufe Dir um einige Kreuzer einen Chlorkalk, gieße ein Wasser darauf, und lasse den Geburtshelfer und die Hebamme Deine Frau ja nicht innerlich untersuchen, bevor sich nicht der Geburtshelfer, bevor sich nicht die Hebamme in Deiner Gegenwart die Hände in Chlor gewaschen haben, und auch dann noch laß den Geburtshelfer und die Hebamme noch nicht innerlich untersuchen, bis Du dich nicht durch Betasten der Hände überzeugt hast, daß sich der Geburtshelfer und die Hebamme so lange gewaschen haben, daß die Hände schlüpfrig geworden. . . . Ich hoffe, das hilfsbedürftige Publikum wird gelehriger sein als die Professoren der Geburtshilfe.“





# neu

Hohe Penicillin-Dosen  
bedeuten  
hohe Erfolgssicherheit

Für die orale Penicillintherapie  
in der täglichen Praxis

# Isocillin<sup>®</sup>

Oblong-Tabletten  
mit 600 000 I. E.  
Phenoxymethylpenicillin-  
Kalium

Casuspackung  
mit 10 Tabletten  
Anstaltspackungen  
mit 100 Tabletten  
und 500 Tabletten

Farbwerke Hoechst AG.  
Frankfurt (M)-Hoechst



Ph 11691

In den „Klassikern der Medizin“, herausgegeben von Karl Sudhoff, erschien 1912, eingeleitet von Paul Zweifel, dem Ordinarius für Gynaekologie in Leipzig, das Hauptwerk von Semmelweis, das schon erwähnt wurde<sup>12)</sup>. Zweifel verwies darauf, daß Semmelweis den Sieg nicht mehr erlebte, „sondern im Bewußtsein eines Märtyrers starb, den man mißhandelt hatte“. Semmelweis hatte „den richtigen Gedanken erfaßt, zur Verhütung des Kindbettfiebers, denselben überzeugend begründet und die praktischen Folgerungen richtig gezogen. Das war eine Tat von bahnbrechender Bedeutung, der wichtigsten, jedenfalls der edelsten eine, die überhaupt von Menschen geleistet werden können.“ (Zweifel).

Das Bild von Semmelweis auf Seite 763 ist die Wiedergabe einer Photographie aus dem Jahre 1861, das Bild von Scanzoni auf Seite 857, nach einer Lithographie von Bernhard Hoefling aus dem Jahre 1857, ist dem Entgegenkommen des Bildarchivs des Institutes für Geschichte der Medizin in Wien (Prof. Dr. Dr. Lesky) zu danken.

*Anschrift d. Verf.: 8 München 27, Pienzenauerstr. 1a.*

<sup>12)</sup> Ignaz Philipp Semmelweis, Die Ätiologie, der Begriff und die Prophylaxis des Kindbettfiebers. 543 Seiten. Pest, Wien, Leipzig, 1861.

## AUS DER LANDESPOLITIK

### Gesundheitszustand der bäuerlichen Bevölkerung

Am 6. 12. 1960 gab das Bayerische Staatsministerium des Innern einen ausführlichen Bericht über den Gesundheitszustand der bäuerlichen Bevölkerung. Am 14. 6. 1961 übergab der Bayerische Landesgesundheitsrat dem Landtag eine Stellungnahme zum Gesundheitszustand der bäuerlichen Bevölkerung und Vorschläge zur Verbesserung der Gesundheitsfürsorge auf dem Lande.

Eine schriftliche Anfrage des Vorsitzenden des Bayerischen Landesgesundheitsrates, Dr. SOENNING, nach dem jetzigen Gesundheitszustand der bäuerlichen Bevölkerung beantwortete das Bayerische Staatsministerium des Innern wie folgt:

„Eine repräsentative und zugleich erschöpfende Erhebung über den Gesundheitszustand der bäuerlichen Bevölkerung gibt es weder für die Bundesrepublik noch für Bayern. Wie im Bericht des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 6. Dezember 1960, können sich neue Erkenntnisse daher nur auf die Ergebnisse der Jahresgesundheitsberichte, die Statistik des Wehr-Medizinalamtes und wissenschaftlicher Veröffentlichungen stützen.

Dabei ist zu berücksichtigen, daß die Begriffe „bäuerliche Bevölkerung“ und „Landbevölkerung“ sowie „Gesundheit“ und „Gesundheitszustand“ durchaus nicht immer im gleichen Sinne definiert sind.

Örtliche Einzeluntersuchungen können nur über die in dem betreffenden Bezirk und Personenkreis herrschenden Zustände unterrichten. Sie fußen sehr oft auf kleinen Zahlen. Ihre Ergebnisse lassen keine allgemeinen Schlüsse zu, wenn sie auch zum Gesamtbild beitragen.

Das Statistische Bundesamt hat in jüngster Zeit, aufbauend auf der Todesursachenstatistik, die Ergebnisse einer Sonderauszählung aus dem Jahre 1955 veröffentlicht. In ihr wird für die Bundesrepublik die Häufigkeit verschiedener Todesursachen bei männlichen Erwerbspersonen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren nach Berufen aufgegliedert. Danach weisen die in landwirtschaftlichen Berufen Selbständigen bei den Krankheiten der Kreislauforgane und den Vergiftungen weniger Sterbefälle als nach statistischer Berechnung erwartet auf, während es für Asthma und Krankheiten

der Atmungsorgane mehr als erwartet sind. Tuberkulose und bösartige Neubildungen, Gefäßstörungen des Zentralnervensystems, Geschwüre des Magens und Zwölffingerdarms und Unfälle liegen als Todesursachen innerhalb der Grenzen der einfachen statistischen Fehlerbreite. Demgegenüber zeigt sich in der Gruppe aller selbständigen Erwerbspersonen, daß die Zahl der Sterbefälle an bösartigen Neubildungen, Geschwüren des Magens und Zwölffingerdarms, Unfällen und Vergiftungen niedriger als erwartet ist, während bei den Kreislaufkrankheiten die Zahl größer ist und bei Tuberkulose, Asthma und Krankheiten der Atmungsorgane nicht über die Fehlerbreite hinausgeht.

Die großen methodischen Schwierigkeiten solcher Untersuchungen liegen in der Eingruppierung der Berufsbezeichnung, der Übereinstimmung der Angaben auf den Zählkarten mit denen des Leichenschauzeichens und dessen Genauigkeit hinsichtlich der Todesursache.

Die Kriegs- und Nachkriegsjahre brachten auch in Bayern, besonders durch den Zustrom der Flüchtlinge und die Umsiedlung, eine außerordentliche Durchmischung der Bevölkerung mit sich. Allein dadurch hat sich eine Angleichung von Stadt und Land vollzogen. Beide Bevölkerungsgruppen lassen sich nach den derzeitigen statistischen und wissenschaftlichen Unterlagen nicht mehr scharf trennen.

In Bayern ist der Anteil des Wirtschaftsbereiches Land- und Forstwirtschaft an der Gesamtbevölkerung von 51,1 v. H. im Jahre 1882 auf 20,7 v. H. im Jahre 1950 zurückgegangen. 1959 betrug er nur noch 16,5 v. H. und 1961 15,1 v. H.

Seit Jahren erfährt die Landwirtschaft einen Umwandlungsprozeß. Die Mechanisierung der Betriebe schreitet fort. Kleinere Betriebe können mit der Entwicklung nicht Schritt halten und werden unrentabel. Es herrscht Mangel an Fremdarbeitskräften, so daß die gesamte Arbeitslast in der Regel auf der Familie ruht. Arbeitskräfte wandern in die Industriegebiete ab. Nach einer Übersicht der Weltgesundheitsorganisation ist die Tendenz des Stromes vom Land zur Stadt in der ganzen Welt zu beobachten. Der Wandel im Bild des Landwirts wirkt sich bis in die Familie hinein aus. Nach einer in Bayern durchgeführten Un-

tersuchung ist die Zahl der kinderlosen Ehen in der bäuerlichen Bevölkerung seit 1910 erheblich angestiegen, die Anzahl der Kinder in den Ehen stark zurückgegangen, und zwar stärker als bei der übrigen Bevölkerung.

Bei der Auswertung der vorhandenen Unterlagen werden — wie im Jahre 1960 — der Reglerungsbezirk Oberbayern dem Regierungsbezirk Niederbayern und deren kreisfreie Städte den Landkreisen gegenübergestellt. Der jeweilige Anteil der in der Land- und Forstwirtschaft tätigen Erwerbspersonen an deren Gesamtzahl ist aus nachfolgender Übersicht zu ersehen.

	Erwerbspersonen (Stand: 1961)	
	insgesamt	darunter in Land- und Forstwirtschaft
Bayern	4 698 420	1 014 272 = 21,6 v. H.
davon		
in kreisfr. Städten	1 632 652	22 326 = 1,4 v. H.
in Landkreisen	3 065 768	991 946 = 32,3 v. H.
Oberbayern	1 382 343	199 333 = 14,4 v. H.
davon		
in kreisfr. Städten	638 950	5 938 = 0,9 v. H.
in Landkreisen	743 393	193 395 = 28,0 v. H.
Niederbayern	449 345	176 066 = 39,2 v. H.
davon		
in kreisfr. Städten	58 862	1 670 = 2,8 v. H.
in Landkreisen	390 483	174 396 = 44,7 v. H.

**Geburten und Säuglingssterblichkeit**

In der nachfolgenden Übersicht werden gegenübergestellt:

	Lebendgeborene auf 1000 d. Bevölkerung	Gestorbene auf 1000 d. Bevölkerung	Säuglingssterblichkeit im 1. Lebensjahr auf 1000 Lebendgeb.	Geburtenüberschuß auf 1000	im Jahre 1962			
					Bayern insgesamt	in kreisfr. Städten	in Landkreisen	Oberbayern
Bayern insgesamt	18,6	11,3	31,1	7,3				
davon								
in kreisfr. Städten	14,8	11,2	32,6	3,6				
in Landkreisen	20,7	11,3	30,4	9,4				
Oberbayern	16,9	10,9	30,8	6,0				
davon								
in kreisfr. Städten	14,3	10,5	31,4	3,8				
in Landkreisen	19,1	11,2	30,4	7,9				
Niederbayern	21,2	11,9	37,5	9,3				
davon								
in kreisfr. Städten	15,5	12,1	39,8	3,4				
in Landkreisen	22,1	11,9	37,2	10,2				

Die Zahl der Lebendgeborenen und der Geburtenüberschuß sind in Gebieten mit stärkerem landwirtschaftlichem Gepräge höher. Die Säuglingssterblichkeit beträgt für alle kreisfreien Städte Bayerns 32,8 auf 1000, gegenüber dem Landesdurchschnitt von 31,1, während die Landkreise nur 30,4 aufweisen. Oberbayern liegt mit 30,8 zwar besser als Niederbayern (37,5), jedoch sind die Zahlen für die Landkreise bei beiden Regierungsbezirken günstiger als die für die kreisfreien Städte. In der Zeit seit 1959 hat die Säuglingssterblichkeit auf dem Lande in höherem Maße als in der Stadt abgenommen, zwischen Stadt und

Land besteht kein signifikanter Unterschied mehr. Das Bayer. Staatsministerium des Innern hat die Verhältnisse in einem niederbayerischen Stadt- und Landkreis vergleichen lassen. Danach ergab sich, daß die Zahl der Lebendgeborenen im Landkreis größer war als in der kreisfreien Stadt. Auch der Rückgang der Säuglingssterblichkeit batte über die Jahre im ländlichen Gebiet größere Fortschritte als in der Stadt gemacht.

**Todesfälle**

Die Zahlen der Gestorbenen, aufgeteilt nach Oberbayern und Niederbayern, kreisfreien Städten und Landkreisen, unterscheiden sich nicht wesentlich. Eine Aufgliederung der Gestorbenen nach Todesursachen und Beruf ist für Bayern derzeit nicht möglich. Sie setzt eine besondere Erhebung voraus.

**Sondererhebungen**

Die vergleichende Vorbeugeuntersuchung von landwirtschaftlichen und gewerblichen Bevölkerungsgruppen in unterschiedlich strukturierten Kreisen (Pfaffenhofen/Ilm, Kempen b. Krefeld) von Prof. Dr. KÖTTER wurde nicht fortgeführt.

**Ergebnisse der Schuluntersuchungen**

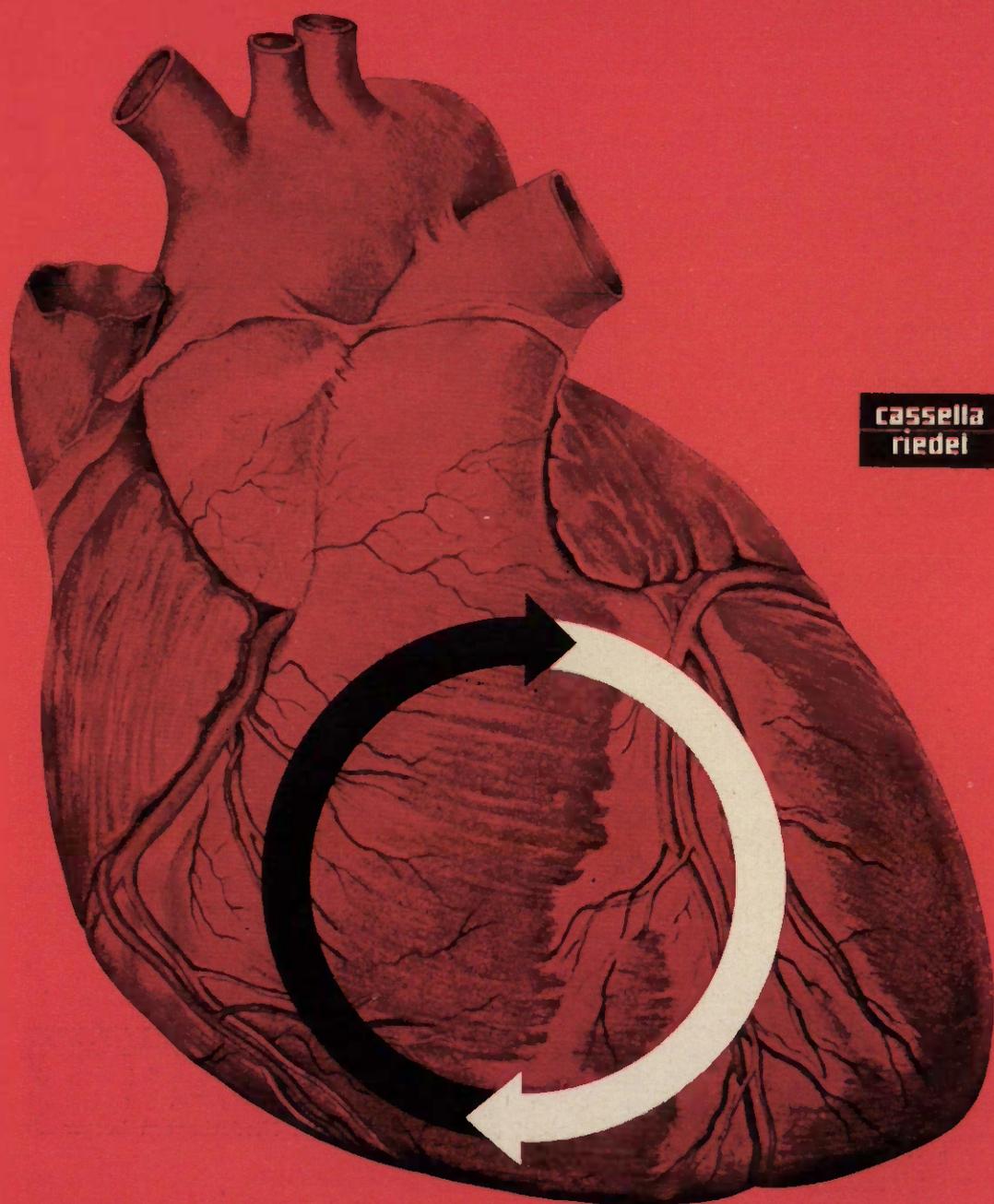
Die Schuluntersuchungen im Schuljahr 1962/63 brachten das folgende Ergebnis:

	Untersuchte		
	mit gutem Allgemeinzustand v. H.	mit Befunden von Krankheitswert v. H.	mit behandlungsbedürftigen Zähnen v. H.
Bayern insges.			
Volksschule			
1. Schuljahr	50	17,4	
4. "	54	18,7	70,4
8. "	56	18,3	
Berufsschule	57	18,7	
Oberbayern			
Volksschule			
1. Schuljahr	49	17,6	
4. "	54	18,5	67,4
8. "	58	17,2	
Berufsschule	49	16,7	
Niederbayern			
Volksschule			
1. Schuljahr	54	12,2	
4. "	56	14,8	88,8
8. "	58	14,3	
Berufsschule	57	15,0	

Es werden der Allgemeinzustand, Häufigkeit von Befunden mit Krankheitswert und die Behandlungsbedürftigkeit der Zähne in verschiedenen Altersklassen verglichen. Beim Allgemeinzustand (Spalte 1) und der Zahl des Fehlens von Befunden mit Krankheitswert (Spalte 2) schneidet Niederbayern besser ab als Oberbayern. Lediglich liegt in Niederbayern die Zahl der Befunde mit Krankheitswert bei den Schulabgängern etwas höher als bei den Schulanfängern, während sich das Verhältnis in Oberbayern nicht nennenswert verändert. Der Zustand der Zähne (Spalte 3) wurde in Niederbayern schlechter befunden.

# Intensaïn<sup>®</sup>

intensiviert die Myokarddurchblutung



cassella  
riedel

Intensaïn

O. P. 30 und 75 Kapseln  
O. P. 3 Ampullen

Intensaïn S

O. P. 30 und 75 Kapseln  
mit 15 mg Phenyläthylbarbitursäure

**Wehrmedizinische Statistik**

Nach Musterungsergebnissen der Bundeswehr (Geburtsjahrgänge 1937 — 3. und 4. Quartal — und 1938 bis 1941) zeigt die „Landbevölkerung“, d. h. die Angehörigen der Land- und Forstberufe in der Bundesrepublik, fast dieselben Tauglichkeitsverhältnisse wie der Gesamtdurchschnitt:

Gegenüberstellung der tauglich I—III und untauglich IV—VI Gemusterten, Berufsgruppen 11, 12 und 13 (Land- und Forstarbeiter, Viehzüchter) sowie Gemusterte insgesamt in v. H.

Geburtsjahrgänge 1938 his 1941

Geburtsjahrgang	Berufsgruppen 11, 12, 13	davon		Gemusterte insgesamt	davon	
		I—III	IV—VI		I—III	IV—VI
1938	100,0	81,0	19,0	100,0	81,75	18,25
1939	100,0	78,8	21,2	100,0	78,57	21,43
1940	100,0	78,7	21,3	100,0	78,08	21,92
1941	100,0	78,9	21,1	100,0	78,42	21,58

Bei annähernd gleicher Wehrtauglichkeit sind Unterschiede hinsichtlich einzelner Körperfehler zwischen der Landbevölkerung und dem Durchschnitt festzustellen. Diese Abweichungen werden bei den Tauglichkeitsgraden IV (beschränkt tauglich), V (vorübergehend untauglich) und VI (dauernd untauglich) besonders deutlich.

Die Befunde der Land- und Forstarbeiter sind (für das ganze Bundesgebiet) bei folgenden Körperfehlern der Tauglichkeitsgrade IV—VI besser als beim Durchschnitt:

Sehschärfe	11,5 v. H. gegenüber	13,7 v. H.
Herz- und Kreislauf	8,4 v. H. gegenüber	8,8 v. H.
Mittelohr	4,8 v. H. gegenüber	5,4 v. H.
Gelenke	3,4 v. H. gegenüber	5,5 v. H.
Lunge, Brustfell	2,8 v. H. gegenüber	5,1 v. H.
schlechter als beim Durchschnitt:		
Wirbelsäule	6,9 v. H. gegenüber	4,8 v. H.
Fußdeformitäten	2,9 v. H. gegenüber	2,0 v. H.

Betrachtet man ausgewählte Körperfehler der beschränkt Tauglichen (tauglich IV) allein, so sind Gebißschäden bei der Landbevölkerung doppelt so häufig als beim Durchschnitt (1,93 v. H. gegenüber 0,97 v. H.).

In einer Auswertung der Musterungsergebnisse nach ausgewählten Kreiswehrrersatzämtern in vorwiegend landwirtschaftlichen Gebieten der Bundesrepublik weist die Bevölkerung zwar schlechtere Gebißverhältnisse, dagegen weniger Fehlsichtigkeit auf.

Wird die Häufigkeit ausgewählter Körperfehler der Geburtsjahrgänge 1938 bis 1941 aus dem Gebiet der Bundesrepublik der in Bayern gegenübergestellt, so zeigt sich, daß fast alle der genannten Körperfehler — vorwiegend Zivilisationsschäden — in Bayern häufiger verzeichnet sind als im Bundesgebiet, vegetative Labilität in den Städten weiter verbreitet ist als auf dem Lande und Bindegewebschwäche und Haltungsfehler auf dem Lande häufiger festgestellt werden als in den größeren Städten.

**Ausgewählte Körperfehler der Gradationen I—VI bei gemusterten Wehrpflichtigen in Bayern Geburtsjahrgang 1938**

Bezeichnung der Körperfehler	von Hundert der Untersuchten hatten den Fehler					
	Bundesgebiet insges.	Bayern	München	Traunstein	Fürstent. feidbrück	Memmingen
<b>vegetative</b>						
Labilität	28,67	34,92	38,33	26,16	11,97	66,24
Herz- u. Kreislauffehler	27,14	33,45	33,82	23,98	42,07	63,41
<b>Bindegewebschäden</b>						
Eingeweidebruch	11,81	11,75	15,18	8,78	6,09	9,13
Hämorrhoid.	2,09	2,54	1,78	7,52	0,21	0,41
Varicocele	2,46	2,88	1,19	6,81	2,12	7,35
Krampfad.	10,51	9,98	9,33	18,89	2,98	9,38
Krampfadergeschwür	0,15	0,12	0,11	—	0,07	0,25
<b>Haltungsfehler</b>						
schiefe Schulter	17,32	16,10	11,12	56,80	11,94	21,71
Fehler der Wirbelsäule	37,30	44,29	46,92	68,03	49,40	62,20
Fehler des Brustkorbes	9,07	12,94	10,40	67,37	9,04	28,53
Fehler des Beckens	1,54	1,58	0,62	0,92	2,72	3,14
Fußdeformität.	73,42	74,09	73,97	90,68	47,05	69,22

Einschränkend muß zu dem Ergebnis der Musterung — wie aller Reihenuntersuchungen — bemerkt werden, daß es nur einen Querschnitt durch eine Bevölkerungsgruppe darstellt, zweckgerichtet ist — so ist beschränkt



TAESCHNER



Bei hartnäckigem  
**Husten**  
hilft zuverlässig

**Hypertussin**®

Kapseln

Täglich 3-5 Kapseln beseitigen den quälenden Hustenreiz und erhalten die Arbeitsfähigkeit

Schnelle Wirkung durch moderne Wirkstoffkombination

tauglich oder untauglich nicht schlechthin gleich krank — und nicht ohne weiteres Schlüsse auf den Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung zuläßt. Nicht erklärbar regionale Abweichungen im Ergebnis der Untersuchungen sind manchmal sicher nicht auf so große Unterschiede des Gesundheitszustandes, sondern auf verschiedene Beurteilungsmaßstäbe zurückzuführen.

Betrachtet man die zusammengefaßten Durchschnittswerte der Musterungsergebnisse der Jahrgänge 1938 bis 1941, so bestätigen sie die Angaben der vorstehenden Übersicht des Jahrganges 1938 allein nicht ganz. Zugleich wird erkennbar, wie schwierig es ist, aus den Übersichten Schlüsse zu ziehen.

#### Ausgewählte Körperfehler der Gradationen I—VI bei gemusterten Wehrpflichtigen in Bayern Geburtsjahrgänge 1938 bis 1941

(zusammengefaßter Durchschnittswert)

Bezeichnung der Körperfehler	Bundesgebiet insges.	Bayern	München	Traunstein	Fürstentfeldbruck	Memmingen	von hundert der Untersuchten hatten den Fehler									
vegetative																
Labilität	31,40	38,40	49,91	29,45	24,72	48,65										
Herz- und Kreislauffehler	27,89	35,08	33,12	38,22	34,81	44,92										
Eingeweidebruch	9,54	10,58	14,89	6,80	5,28	9,05										
Fehler der Wirbelsäule	32,37	43,55	48,15	58,37	51,04	54,61										

Die vegetative Labilität ist wieder bei den aus der Stadt Stammenden häufiger verzeichnet. Ebenso verhält sich bei dieser Betrachtungsweise die Gruppe der Bindegewebsschäden. Fehler der Wirbelsäule dagegen erscheinen bei den Landbewohnern häufiger.

Bei der Auswertung der Einstellungsuntersuchung der Bewerber der Bayer. Bereitschaftspolizei war 1963 ein eindeutiger Unterschied der Befunde hinsichtlich der Untersuchten aus Stadt und Land nicht zu finden.

#### Zusammenfassung

Nach den Ergebnissen der Statistik über Schuluntersuchungen Musterungsuntersuchungen und in wissenschaftlichen Arbeiten

ergibt sich zusammenfassend, daß die allgemeine Feststellung nicht zutrifft, es sei um die Gesundheit der auf dem Lande Lebenden schlechter bestellt als um die der Stadtbewohner.

Die Zahl der Lebendgeborenen ist auf dem Lande höher. Dort hat in den letzten Jahren der Rückgang der Säuglingssterblichkeit raschere Fortschritte gemacht als in der Stadt, wenn auch die Werte in Niederbayern noch etwas höher liegen als in Oberbayern.

Der Allgemeinzustand der Schüler ist in Gebieten mit vorwiegend landwirtschaftlichem Gepräge besser, Befunde mit Krankheitswert finden sich dort seltener. Schlechter ist nach den Schuluntersuchungen und Musterungen der Zustand der Zähne bei der Landjugend.

Die Landbevölkerung zeigt nach dem Ergebnis der Musterungen die gleichen Tauglichkeitsverhältnisse wie der Durchschnitt aller Gemusterten. Nur bei einzelnen Körperfehlern sind faßbare Unterschiede vorhanden. Vegetative Labilität findet sich häufiger in den Städten, Haltungsfehler und Veränderungen der Wirbelsäule werden bei den vom Land stammenden Untersuchten öfters verzeichnet.

#### Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge auf dem Lande

Die gesundheitliche Belehrung der Landbevölkerung wird ständig von den Gesundheitsämtern im Rahmen ihrer dienstlichen Tätigkeit durchgeführt. Bei den Säuglingsberatungen werden den Müttern Ratschläge zur Pflege, Ernährung, Rachitisprophylaxe und vorbeugenden Impfung erteilt. In Niederbayern bestehen z. B. für die insgesamt 908 Gemeinden 416 Mütter- und Kinderberatungsstellen; das bedeutet, daß fast in jeder zweiten Gemeinde eine Beratungsstelle vorhanden ist. Dort wurden allein im Jahre 1962 dem Arzt 12 573 Säuglinge vorgestellt, weitere 10 160 Säuglinge durch Hausbesuch der Fürsorgerinnen betreut. Zur Unterstützung dieser Aufklärungsarbeit wurden im gleichen Zeitraum 30 000 Broschüren „Ratgeber für werdende und junge Mütter“ und im folgenden Jahr 50 000 Merkblätter zur „Verhütung von Unfällen im Kindesalter“ ausgegeben. Gerade der Landbevölkerung, die den Arzt nicht so leicht aufsucht, kommt diese Beratung am Wohnort sehr zugute.

Vor einiger Zeit begann die Aufklärung über die Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere. Die Staatl. Bakt. Untersuchungsanstalt in Regensburg hat in den ersten drei Wochen nach Beginn der Aufklärungsaktion über die Notwendigkeit der Blutgruppenuntersuchungen bei werdenden Müttern schon über 300 Blutproben untersucht. 1962 und 1963 waren es im ganzen Jahr jeweils nur etwa 200.

Jede schulärztliche und schulzahnärztliche Untersuchung, die in allen Landschulen regelmäßig stattfindet, ist mit einer Belehrung über gesunde Lebensweise bzw. Hinweisen zur Verhütung von Körperfehlern verbunden.



# Dismenol

zur gezielten Therapie  
der Dysmenorrhoe

durch Spasmyolyse im Genitaltrakt  
und zuverlässige Analgesie

(Parasulfamidobenzoessäure 0,05 g  
Dimethylamino-phenyldimethylpyraz. 0,25 g)  
AGpharm, Luzern  
Hersteller in Deutschland:  
Simons Chemische Fabrik, Gauting bei München

1962 wurden in den Volksschulen 350 000 Merkblätter über die Bedeutung der Zahnpflege und 1963 100 000 Hefte „Trample nicht auf deiner Gesundheit herum“ verteilt.

Der vor Jahren in Unterfranken unternommene Versuch, in landwirtschaftlichen Berufsschulen Vorträge über gesundheitliche Fragen abzuhalten, hat sich bewährt und wurde in größerem Umfang in ganz Bayern fortgeführt. So berichtete Niederbayern über die Arbeit im Jahre 1963, daß 223 Vorträge abgehalten wurden. Sie fanden gute Aufnahme und reges Interesse. Behandelt wurden Fragen der Ernährung, der allgemeinen und persönlichen Hygiene, Infektionskrankheiten, Impfungen und Sexualpädagogik. Als Unterlage wurden den Gesundheitsämtern die Hefte „10 Regein für gesunde Ernährung“ zugeleitet. Außerdem erhalten die Gesundheitsämter laufend die Ergänzungslieferungen zur Filmkartei und künftig eine Merkblattsammlung des Bundesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung.

In verschiedenen Regierungsbezirken finden Zahngesundheitswochen (1963 in Unterfranken, 1964 in Oberbayern und in Niederbayern) und in Verbindung mit dem Bayerischen Roten Kreuz Gesundheitserziehungswochen statt.

Anlässlich der Weltgesundheitstage der letzten Jahre wurden in der Presse die Themen „Schützt das Augenlicht“, „Vom Hunger bis zum Überfluß“ und „Kein Waffenstillstand im Kampf gegen die Tuberkulose“ behandelt.

Die Aufklärung über die Bekämpfung der Kinderlähmung fand bei der ländlichen Bevölkerung guten Anklang, wie die hohe Beteiligung an der Schluckimpfung zeigte. An dieser nahmen 1962 in den Landkreisen 44,1 v. H. der Bevölkerung teil.

Mit Plakaten, Merkblättern, Presseartikeln und Rundfunksendungen wird auch künftig gezielt vor allem die Landbevölkerung angesprochen, in den nächsten Wochen soll auf die Bedeutung und Notwendigkeit der Diphtherie- und Wundstarrkrampf-Schutzimpfung für Kinder, die in Schulen, Kindergärten usw. eintreten, hingewiesen werden. Besonderer Wert wird auf die Aufklärung der auf dem Lande Wohnenden gelegt werden, die durch Tetanus in erhöhtem Maße gefährdet sind.

Mit einem gewissen Festhalten am Althergebrachten steht zwar gerade die bäuerliche Bevölkerung neuen Erkenntnissen gelegentlich zurückhaltend gegenüber. Sie zeigt sich aber doch auch aufgeschlossen, wenn sie richtig angesprochen wird. Die andauernden Bemühungen lassen im Rahmen der gesundheitlichen Volksbelehrung nach angemessener Zeit auch einen Erfolg erwarten.

Der Gesundheit der Bevölkerung auf dem Lande gilt die Sorge nicht weniger als der in der Stadt und in Ballungsräumen.“

## AUS ANDEREN LÄNDERN

### Weltärztag 1965 in London

Längst sind die Probleme der deutschen Ärzte zu Problemen der Ärzte in aller Welt geworden. Die XIX. Generalversammlung des Weltärztebundes, die vom 19. bis zum 25. September in der britischen Metropole stattfand, ließ keinen Zweifel daran, daß sich die Ärzte aller Erdteile in einer gesellschafts- und sozialpolitischen Auseinandersetzung mit dem Staat — meist ausgelöst durch die verschiedenen Sozialversicherungssysteme — befinden. Die Tagung in London, an der rund 700 Repräsentanten der nationalen Ärzteschaften aus 53 Ländern jenseits des Eisernen Vorhangs teilnahmen, zeigte aber auch, daß die deutsche Ärzteschaft inzwischen bei ihren Kollegen in aller Welt wieder hohes Ansehen genießt. Allerdings haben die Ärzte der Bundesrepublik ihre Bereitschaft zur aktiven Mitarbeit auch stets bekundet und bewiesen. Der Präsident der Landesärztekammer Bayern und Vizepräsident der Bundesärztekammer, Dr. SEWERING, dankte auf dem gänzvollen Abschluß-Bankett als Chefdelegierter der deutschen Ärzteschaft im Namen aller Teilnehmer aus deutschsprachigen Ländern. Während der Plenarsitzungen hatte er über die Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Bundesregierung in Deutschland über eine neue Gebührenordnung für Ärzte berichtet.

O.-R.

### Tagung „Soziale Sicherheit“ in Genf

Am 13. und 14. September 1965 sind in Genf die Vertreter des Weltärztebundes und der Internationalen Vereinigung für Soziale Sicherheit (IVSS) zu Beratungen über eine künftige Zusammenarbeit zusammengetreten. Die beteiligten Organisationen fassen auf der einen Seite die Ärzteverbände und auf der anderen die Träger der Sozialen Sicherheit der ganzen Welt zusammen.

Auf der Tagung wurden die Probleme bezeichnet, die Gegenstand gemeinsamer Prüfungen werden könnten.

Dazu gehören hauptsächlich:

- I. Die Ausbildung der Ärzte
- II. Der soziale und berufliche Status des Landarztes
- III. Wirtschaftliche Aspekte der modernen Medizin
- IV. Vorbeugende Medizin

Es ist vereinbart worden, diese Fragen in Arbeitsgruppen zu prüfen, die von beiden Organisationen gemeinsam ins Leben gerufen werden. Weltärztebund und IVSS haben schon früher eine Reihe weltweiter Erhebungen auf mehreren der in Frage stehenden Gebiete durchgeführt. Beide Organisationen wollen nun den Arbeitsgruppen alle ihre Unterlagen und Erfahrungen zur Verfügung stellen.

v. L.-n.

# Strophoperm

zur perlingualen Herztherapie

# Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesia

P E R M I C U T A N - K G · D R . E U L E R · M U N C H E N 1 3

## AMTLICHES

### Wichtiger Hinweis zur Altersversorgung

Die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) hat bis zum Erlaß eines Grundsatzurteils durch das Bundessozialgericht am 18. 9. 1963 die Auffassung vertreten, daß die Bestimmungen des Angestelltenversicherungsgesetzes (AVG) zum Widerruf einer Befreiung von der Angestelltenversicherungspflicht gem. § 7 Abs. 2 AVG zwingen, wenn die Pflichtmitgliedschaft in der Pflichtversicherungseinrichtung eines Berufsstandes endet.

Seit Erlaß des obengenannten Urteils sieht die BfA von dem Widerruf eines Befreiungsbescheides dann ab, wenn die Pflichtmitgliedschaft in der Standesversicherungseinrichtung beendet wird, der Angestellte aber sein Mitgliedschaftsverhältnis zu den gleichen Bedingungen freiwillig fortsetzt.

Dem Marburger Bund ist es gelungen, in Verhandlungen mit der BfA die Zusage zu erwirken, daß auf schriftlichen Antrag des Betroffenen der Widerrufsbeschluß über die Befreiung rückwirkend aufgehoben wird.

Alle Ärzte, die seit 1957 wegen der Beendigung ihrer Pflichtmitgliedschaft in einer ärztlichen Versorgungseinrichtung wieder angestelltenversicherungspflichtig wurden, haben also die Möglichkeit, ihre ursprüngliche Befreiung von der Angestelltenversicherung zugunsten ihrer berufsständischen Altersversorgung wieder aufleben zu lassen.

Ärzte, deren Befreiung von der Angestelltenversicherungspflicht durch die BfA aufgehoben worden ist, und die nach der Absprache zwischen BfA und Marburger Bund in den Genuß rückerstatteter Angestelltenversicherungsbeiträge zugunsten ihrer berufsständischen Versorgung kommen wollen, werden dringend aufgefordert, sich an ihre jetzige oder frühere ärztliche Versorgungseinrichtung um nähere Auskunft zu wenden.

### Wornung vor gefährlicher Dosisverwechslung bei einem stark wirkenden Arzneimittel

Bei einigen Packungen von „Streptomycinsulfat“ der Firma Heyl & Co., chem.-pharm. Fabrik in Berlin-Zehlendorf, ist die Dosis falsch angegeben worden.

Der **Umkarton** der Kontrollnummern 567901 bis 567905 trägt die Aufschrift

Streptomycin-Sulfat entsprechend ein Gramm reiner Streptomycin-Base.

Die in der Packung befindliche Flasche trägt die Beschriftung

Streptomycin-Sulfat entsprechend fünf Gramm reiner Streptomycin-Base

und enthält auch tatsächlich fünf Gramm Streptomycin-Sulfat.

### Personenwoagen im Gesundheitswesen

Das Bayerische Landesamt für Maß und Gewicht bat Kenntnis erhalten, daß die Eichpflicht der Personenwoagen im Gesundheitswesen von dem Personenkreis des § 13 Maß- und Gewichtsgesetz (MuGG) nicht in allen Fällen beachtet wird. Die Bayerische Landesärztekammer hat auf die Eichpflicht der Personenwoagen im Gesundheitswesen 1956 („Bayerisches Ärzteblatt“ 1956, S. 218/219) hingewiesen. Das damals veröffentlichte Verzeichnis der bayerischen Eich- und Nebeneichämter ist überholt. Nachstehend wird daher das Verzeichnis nach dem neuesten Stand abgedruckt:

Verzeichnis der bayerischen Eichämter (1965)

Lfd. Nr.	Anschrift Telefon-Nr. mit Vorwahl-Nr.	Neben- eichämter	Zugehörige kreisfreie Städte (S) Landkreise (L)
1	Eichamt Altötting 8262 Altötting Bahnhofplatz 5 Tel.-Nr. 0 86 71 / 86 46	Wasserburg am Inn	Altötting (L) Eggenfelden (L) Mühldorf (L) Pfarrkirchen (L) Wasserburg am Inn (L)
2	Eichamt Amberg 845 Amberg Erzherzog-Karl- Straße 6 Tel.-Nr. 0 96 21 / 23 04	Weiden	Amberg (S) Weiden (S) Amberg (L) Nabburg (L) Neustadt a. d. Waldnaab (L) Ober- viechtach (L) Sulzbach- Rosenberg (L) Tirschenreuth (L) Vohenstrauß (L)
3	Eichamt Aschaffenburg 875 Aschaffenburg Alexandrastr. 2 Tel.-Nr. 0 60 21 / 2 27 20	Lohr a. Main Miltenberg	Aschaffenburg (S) Alzenau i. Ufr. (L) Aschaffenburg (L) Gemünden (L) Lohr (L) Miltenberg (L) Obernburg (L)
4	Eichamt Augsburg 8902 Göggingen bel Augsburg Gögginger Landstraße 72 Tel.-Nr. 08 21 / 33 63 33	Dillingen a. d. Donau Krumbach (Schwaben)	Augsburg (S) Dillingen a. d. Donau (S) Günzburg (S) Neu-Ulm (S) Aichach (L) Augsburg (L) Dillingen a. d. Donau (L) Friedberg (L) Günzburg (L) Illertissen (L) Krumbach (Schwaben) (L) Neu-Ulm (L) Schwab- münchen (L) Wertingen (L)

# RECORSAN<sup>®</sup>

# -LIQUID.

Crataegustherapie des Altersherzens

30 ml DM 2,250. U.

- Gesellschaften Gräffling und Lüneburg

**Sanatison-Salbe**

*Dr. Sasse*



Die antibiotikumfreie Kortikoidsalbe für  
die langfristige Behandlung auch groß-  
flächiger Hautentzündungen sowie für  
Rezepturzwecke

In den wirtschaftlichen Packungen zu

20 g DM 3,30

50 g DM 6,35

100 g DM 11,60

Die optimale Dosierung des körpereigenen Hydrokortisons vermeidet bei  
überzeugendem therapeutischem Erfolg  
Nebenwirkungen durch Resorption.



**DR. FRIEDRICH SASSE · 1 BERLIN 10 · POSTFACH 640**

**Spasmen · Diarrhöen · Tenesmen**

# UZARA

**Ein Medikament von bleibendem Wert  
therapiesicher - ohne Nebenwirkungen**

15, 30 u. 50 ccm Liquor

25 Dragées

10 Suppositorien A (Säuglinge), B (Kinder), C (Erwachsene)

**UZARA-WERK · MELSUNGEN**

Lfd. Nr.	Anschrift Telefon-Nr. mit Vorwähl-Nr.	elchämter Neben-	Zugehörige kreisfreie Städte (S) Landkreise (L)	Lfd. Nr.	Anschrift Telefon-Nr. mit Vorwähl-Nr.	Neben- elchämter	Zugehörige kreisfreie Städte (S) Landkreise (L)
5	Elchamt Bamberg 86 Bamberg Herzog-Max- Straße 14 Tel.-Nr. 09 51 / 2 62 64	Coburg Forchheim Lichtenfels	Bamberg (S) Coburg (S) Forchheim (S) Neustadt bel Coburg (S) Bamberg (L) Coburg (L) Ebermann- stadt (L) Ebern (L) Forchheim (L) Höchstadt a. d. Aisch (L) Lichtenfels (L) Staffelstein (L)	11	Elchamt Landshut 83 Landshut Jägerstraße 494e Tel.-Nr. 08 71 / 22 36	Dingolfing	Freising (S) Landshut (S) Dingolfing (L) Erding (L) Freising (L) Landshut (L) Mallersdorf (L) Rottenburg (L) Vilsbiburg (L)
6	Elchamt Bayreuth 858 Bayreuth Jahnstraße 2 Tel.-Nr. 09 21 / 55 44	Kulmbach	Bayreuth (S) Kulmbach (S) Bayreuth (L) Eschenbach i. d. Opf. (L) Kemnath (L) Kronach (L) Kulmbach (L) Pegnitz (L) Stadtsteinach (L)	12	Elchamt München 3 München Franz-Schrank- Straße 9 Tel.-Nr. 08 11 / 87 40 51		München (S) Bad Aibling (L) Bad Tölz (L) Dachau (L) Ebersberg (L) Fürstenfeld- bruck (L) Garmisch- Partenkirchen (L) Miesbach (L) München (L) Starnberg (L) Weilheim (L) Wolfrats- hausen (L)
7	Elchamt Hof 867 Hof (Saale) Mühlidamm 6 Tel.-Nr. 0 92 81 / 24 25	Selb Wunsiedel	Hof (S) Marktredwitz (S) Selb (S) Hof (L) Münchberg (L) Nalla (L) Rehau (L) Wunsiedel (L)	13	Elchamt Nürnberg-Fürth 85 Nürnberg Elbinger Str. 21 Tel.-Nr. 09 11 / 5 15 39	Ansbach Erlangen Fürth Neustadt a. d. Aisch	Ansbach (S) Erlangen (S) Fürth (S) Neumarkt i. d. Opf. (S) Nürnberg (S) Schwabach (S) Ansbach (L) Erlangen (L) Fürth (L) Hersbruck (L) Lauf (Pegnitz) (L) Neumarkt i. d. Opf. (L) Neustadt a. d. Aisch (L) Nürnberg (L) Schwabach (L)
8	Elchamt Ingolstadt 807 Ingoistadt Anatomiestr. 36 Tel.-Nr. 08 41 / 26 85	Mainburg Pfaffenhofen a. d. Ilm	Eichstätt (S) Ingolstadt (S) Neuburg a. d. Donau (S) Beilngries (L) Eichstätt (L) Ingolstadt (L) Mainburg (L) Neuburg a. d. Donau (L) Pfaffenhofen a. d. Ilm (L) Riedenburg (L) Schroben- hausen (L)	14	Elchamt Passau 839 Passau Angerstraße 6 Tel.-Nr. 08 51 / 26 33		Passau (S) Grafenau (L) Griesbach i. Rottal (L) Passau (L) Vllshofen (L) Wegscheid (L) Wolfstein (L)
9	Elchamt Kaufbeuren 895 Kaufbeuren Beethovenstr. 28 Tel.-Nr. 0 83 41 / 21 02		Kaufbeuren (S) Landsberg a. Lech (S) Füssen (L) Kaufbeuren (L) Landsberg a. Lech (L) Markt- oberdorf (L) Mindelheim (L) Schongau (L)	15	Elchamt Regensburg 84 Regensburg Landshuter Straße 59 Tel.-Nr. 09 41 / 2 49 72	Abensberg	Regensburg (S) Schwandorf i. B. (S) Burg- lengenfeld (L) Kelheim (L) Neunburg vorm Wald (L) Parsberg (L) Regensburg (L) Roding (L)
10	Elchamt Kempten 896 Kempten (Allgäu) Illerstraße 27 Tel.-Nr. 08 31 / 21 16	Lindau (Bodensee) Memmingen	Kempten (Allgäu) (S) Lindau (Bodensee) (S) Memmingen (S) Kempten (Allgäu) (L) Lindau (Bodensee) (L) Memmingen (L) Sonthofen (L)				



KREWEL-WERKE  
Eitorf b. Köln

# STANDARTINE

Standartin antifussicum ®

Codeo-Standartin ®

mit 0,1% Dihydrocodein.bitart. in 125 g (= 100 cem) und  
250 g (= 200 cem)

Ephedro-Standartin ®

und Standartin-Hustentropfen ®

**GESETZES- UND RECHTSFRAGEN**

**Zusendung von unbestellten Waren verboten**

(F.) Wenn Waren zugesandt werden, die nicht bestellt wurden, dann hat der Empfänger immer Unannehmlichkeiten. Er wird gezwungen, entweder die Waren zu behalten und dann zu bezahlen oder zurückzusenden, was überaus lästig sein kann. Um sich diesen Belästigungen zu entziehen, entschließen sich die Empfänger oft, die Ware kurzerhand zu kaufen. Ein solcher psychologischer Kaufzwang verstößt aber gegen die guten Sitten und gegen den lautereren Wettbewerb. Er ist daher verboten. Der hierdurch belästigte Empfänger ist deshalb weder verpflichtet, die nicht bestellte Ware zu bezahlen noch an den Absender zurückzusenden.

Das gleiche gilt nach einer neuen Entscheidung des Bundesgerichtshofs auch für den Fall, daß der Empfänger vorher durch Anfordern von Gratisprospekten ein gewisses Kaufinteresse gezeigt hat. Ein Versandunternehmen hatte auf Anforderung Prospekte zugesandt mit dem Hinweis, daß der im Prospekt angebotene Artikel per Nachnahme zugesandt werde, wenn nicht innerhalb einer bestimmten Frist eine beigefügte, unfrankierte Postkarte an das Unternehmen zurückgesandt werde. Auch diese verfeinerte Form der Zusendung von unbestellten Waren hat der Bundesgerichtshof als unlauteren Wettbewerb und daher als nicht zulässig erklärt.

Nach der Rechtsprechung der Gerichte werden nur zwei Ausnahmen anerkannt, in denen die Versendung von unbestellten Waren erlaubt ist. Dies ist einmal dann der Fall, wenn geringwertige Verbrauchsgüter des täglichen Bedarfs zugesandt werden, z. B. Künstlerpostkarten und in dem Begleitschreiben eindeutig darauf hingewiesen wird, daß der Empfänger weder verpflichtet ist, die Gegenstände zu kaufen noch aufzubewahren oder gar zurückzusenden, sondern sie auch wegwerfen oder verbrauchen darf, wenn er sie nicht bezahlen will. Zum anderen ist die Zusendung von Waren ohne Bestellung dann erlaubt, wenn Unternehmen bestimmte Kunden ständig betreuen und davon ausgegangen werden kann, daß diese festen Kunden Warensendungen wünschen und erwarten. In allen anderen Fällen ist die Zusendung von unbestellten Waren stets verboten und verpflichtet den Empfänger zu nichts.

(Urteil des Bundesgerichtshofs vom 21. 5. 1965, I b ZR 106/63.)

Lfd. Nr.	Anschrift Telefon-Nr. mit Vorwahl-Nr.	Neben- eichämter	Zugehörige kreisfreie Städte (S) Landkreise (L)
16	Eichamt Schweinfurt 872 Schweinfurt Ob. Marien- bach 2 1/2 Tel.-Nr. 0 97 21 / 33 95	Bad Kissingen Bad Neustadt a. d. Saale Volkach	Bad Kissingen (S) Schweinfurt (S) Bad Kissingen (L) Gerolzhofen (L) Haßfurt (L) Hofheim i. Ufr. (L) Königshofen i. Grabfeld (L) Meißenstadt (L) Bad Neustadt a. d. Saale (L) Schweinfurt (L)
17	Eichamt Straubing 844 Straubing Platzl 10 Tel.-Nr. 0 94 21 / 25 69	Deggendorf	Deggendorf (S) Straubing (S) Bogen (L) Cham (L) Deggendorf (L) Kötzting (L) Landau a. d. Isar (L) Regen (L) Straubing (L) Viechtach (L) Waldmünchen(L)
18	Eichamt Traunstein 822 Traunstein Kindergarten- straße 1 Tel.-Nr. 08 61 / 43 89	Rosenheim	Bad Reichenhall (S) Rosenheim (S) Traunstein (S) Berchtesgaden (L) Laufen (L) Rosenheim (L) Traunstein (L)
19	Eichamt Weißenburg 8832 Weißenburg i. Bayern Schlachthof- straße 20 Tel.-Nr. 0 91 41 / 2258	Dinkelsbühl Gunzen- hausen Nördlingen	Nördlingen (S) Weißenburg i. Bay. (S) Dinkelsbühl (L) Donauwörth (L) Feucht- wangen (L) Gunzen- hausen (L) Hilpoltstein (L) Nördlingen (L) Weißenburg i. Bay. (L)
20	Eichamt Würzburg 87 Würzburg Rottendorfer Straße 7 Tel.-Nr. 09 31 / 5 36 02	Kitzingen	Kitzingen (S) Rothenburg o. d. Tauber (S) Würzburg (S) Brückenau (L) Hammelburg (L) Karlstadt (L) Kitzingen (L) Markt- heidenfeld (L) Ochsenfurt (L) Rothenburg o. d. Tauber (L) Scheinfeld (L) Uffenheim (L) Würzburg (L)

Der eingehende Bericht über den  
**18. Bayerischen Ärztetag**  
erscheint in Kürze als Sonderheft

*Novicaven<sup>®</sup> entstaubt Venen*

BIONORICA KG.  
NURNBERG

## Die Pflichten des Arztes als Lehrherr von Arzthelferin-Lehrlingen

Das Berufsbild des mit Erlaß des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung vom 12. 1. 1965 anerkannten Lehrberufes der Arzthelferin, das mit dem bisherigen Berufsbild des Anlernberufes der Arzthelferin nahezu völlig übereinstimmt, enthält auch die Aufstellung der Kenntnisse und Fertigkeiten, welche dem Lehrling während der Lehrzeit vom Lehrherrn zu vermitteln sind. Zu diesen gehören u. a. das kassenärztliche Abrechnungswesen und einfache Laborarbeiten (kleines Labor).

Vor allem in diesen Gebieten weist eine Anzahl besonders von fachärztlichen Praxen keine oder nur sehr beschränkte Möglichkeiten einer praktischen Ausbildung auf. Der Arzt als Lehrherr übernimmt jedoch mit Abschluß des Lehrvertrages die Verpflichtung, den Lehrling auch auf diesen Gebieten theoretisch und praktisch auszubilden. Er muß deshalb dafür Sorge tragen, daß der Lehrling mangels entsprechender Möglichkeiten in seiner Praxis die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten auf diesen Anlerngebieten in geeigneter Weise innerhalb der Lehr- und der täglichen Arbeitszeit anderweitig erwirbt. Es obliegt ihm in diesem Fall ferner die Pflicht, sich davon zu überzeugen, daß der Lehrling die erforderlichen theoretischen und praktischen Kenntnisse auf diesen Gebieten auch tatsächlich erlangt hat.

Da bei den Abschlußprüfungen für Arzthelferinnen immer wieder festgestellt werden mußte, daß Lehrherren dieser Verpflichtung nicht oder nur in unzulänglicher Weise nachgekommen sind, obwohl sie von der Kammer wiederholt darauf hingewiesen wurden, erscheint es notwendig, durch die auszugswise Wiedergabe eines einschlägigen Urteils des Bundesarbeitsgerichts die Lehrherren von Arzthelferin-Lehrlingen auf die arbeitsrechtlichen Folgen hinzuweisen, die sich aus einer Versäumnis der genannten Pflichten der Lehrherren ergeben können. Die Überlegungen des BAG lassen sich auf die Verhältnisse einer Arztpraxis (Aufsicht, Ausbildungsmöglichkeit, Krankengut) unschwer übertragen.

Das Bundesarbeitsgericht hat mit seinem Urteil vom 11. 12. 1964 (Az.: 1 AZR 39/64) das Urteil des Arbeitsgerichtes bestätigt, durch das ein Lehrherr zur Zahlung von DM 2184.— an seinen Lehrling verurteilt worden ist.

Der Tatbestand war folgender:

Der Kläger trat am 5. 2. 1958 auf Grund eines Lehrvertrages beim Beklagten als Lehrling mit dreijähriger Lehrzeit ein. Er sollte nach diesem Vertrag im Lehrberuf eines Druckers (Offsetdrucker) ausgebildet wer-

den, und zwar nach Maßgabe des dem Lehrvertrag beigefügten Berufsbildes eines Flachdruckers. Dazu gehört „das Herstellen von Druckerzeugnissen aller Art, ein- und mehrfarbige Flachdruckverfahren“.

Nach bestandener Zwischenprüfung im Jahr 1959 mit der Note „befriedigend“ wünschte die Mutter des Lehrlings die Aufhebung des Lehrverhältnisses, da nach ihrer Auffassung die ordnungsgemäße Ausbildung des Klägers im Betrieb des Beklagten nicht gewährleistet war. Es kam danach vor einem Ausschuß der Industrie- und Handelskammer zu einer Vergleichsverhandlung, wobei von beiden Seiten der Vorschlag angenommen wurde, daß dem Lehrling an einem Tag der Woche der Besuch der Werkkunstschule ermöglicht wird.

Der Kläger bestand jedoch die Lehrabschlußprüfung nicht. In der Kenntnisprüfung erzielte er zwar die Note „ausreichend“, seine Leistungen in der Fertigungsprüfung im Buntdruck wurden aber nur mit der Note „mangelhaft“ bewertet. Das Lehrverhältnis wurde durch eine außerordentliche Kündigung beendet. Der Kläger bestand nach einer kurzen Tätigkeit als unbezahlter Volontär in einem anderen Druckereibetrieb die Wiederholungsprüfung und ist seitdem als Offsetdrucker tätig.

Mit der Klage verlangte der Lehrling (Kläger) vom Lehrherrn (Beklagten) als Schadenersatz die Erstattung des Verdienstaufschlags, den er dadurch erlitten hatte, daß er die Lehrabschlußprüfung erst bei der Wiederholungsprüfung bestanden hat. Er brachte vor, bei der 1. Prüfung sei er nur deshalb gescheitert, weil die im Betrieb des Beklagten erteilte Ausbildung unzureichend gewesen sei. Der Beklagte machte geltend, der Lehrling sei faul und uninteressiert gewesen, und habe deshalb die 1. Prüfung nicht bestanden.

Das Arbeitsgericht hat der Klage in der eingangs erwähnten Höhe der zu zahlenden Entschädigung stattgegeben. Das BAG bestätigte in letzter Instanz diese Entscheidung.

In seinen Entscheidungsgründen führt das Bundesarbeitsgericht folgendes aus:

„Nach § 127 GewO ist der Lehrherr verpflichtet, den Lehrling in den bei seinem Betrieb vorhandenen Arbeiten des Gewerbes dem Zwecke der Ausbildung entsprechend zu unterweisen. Der Lehrherr muß entweder selbst oder durch einen geeigneten, ausdrücklich dazu bestimmten Vertreter die Ausbildung des Lehrlings leiten und den Lehrling zur Arbeitsamkeit und zu guten Sitten anhalten. Eine entsprechende Regelung enthält auch § 2 des zwischen den Parteien geschlossenen Lehrvertrages. Danach war der Beklagte verpflichtet, für eine gewissenhafte Ausbildung und das Wohl des Lehrlings zu sorgen. Insbesondere hat sich der Beklagte verpflichtet, dem Lehrling alle in dem Lehrvertrag er-

# Pepsaldra®

Pepsaldra-Pepsin-Salzsäure-Dragees

Pepsaldra compositum

gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie

Pankreatinhaltes Enzym-Präparat  
gegen Störungen des Pankreas-Galle-  
Dünndarm-Systems

Original-Packungen zu 45 Stück und 125 Stück

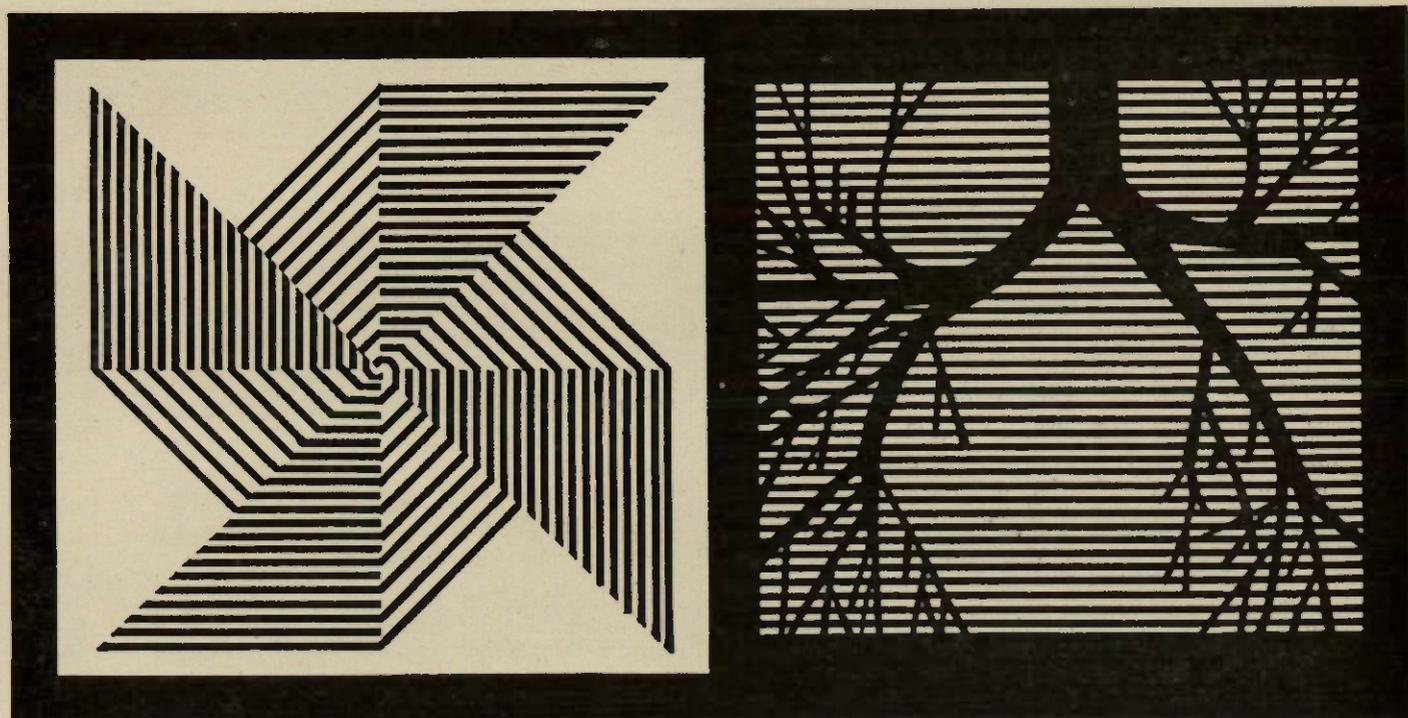
Original-Packungen zu 40 Stück und 100 Stück

Fabrik  
pharmazeutischer  
Präparate  
Karl Engelhard  
Frankfurt a. M.

H O M B U R G

# Perphyllon<sup>®</sup>

entlastet den  
kleinen Kreislauf  
verbessert die  
Lungenventilation



Asthma bronchiale, Status asthmaticus,  
Lungenemphysem, Bronchitis spastica,  
Angina pectoris

Tabletten · Ampullen · Suppositorien für Erwachsene und Kinder



CHEMIEWERK HOMBURG FRANKFURT/MAIN

wähnten, dem staatlich anerkannten Berufsbild entsprechenden Fertigkeiten und Kenntnisse zu vermitteln, sowie die Ausbildung sorgfältig zu überwachen.

Aus den tatsächlichen Feststellungen des Landesarbeitsgerichts geht hervor, daß die Ausbildung des Klägers nicht normal verlaufen ist. Diese Ausbildung war deshalb, weil der Kläger im Laufe seiner Ausbildungszeit so vielen Ausbildern unterstellt war, nicht in Ordnung. Aus den tatsächlichen Feststellungen des Landesarbeitsgerichts, an die der Senat gebunden ist, ergibt sich, daß der Beklagte die ihm auf Grund des Lehrvertrages obliegenden Pflichten nicht in ausreichendem Maße erfüllt hat. Die Ausbildung des Klägers im Buntdruck scheiterte daran, daß die Ausbildungskräfte im Betrieb des Beklagten ständig wechselten und daß in diesem Betrieb keine ausreichende Zahl von Aufträgen im Buntdruck anfiel. Nach den Feststellungen des Landesarbeitsgerichts steht weiterhin für den Senat bindend fest, daß der Kläger die Lehrlingsabschlußprüfung im März 1961 beim ersten Versuch deshalb nicht bestanden hat, weil ihm die praktischen Fertigkeiten im Buntdruck fehlten. Weil einerseits der Beklagte dem Kläger diese Fertigkeiten während der Lehrzeit nicht vermittelt hat und weil andererseits der Kläger in der Prüfung wegen des Fehlens dieser Fertigkeiten gescheitert ist, besteht zwischen der nicht ausreichenden Ausbildung und dem Scheitern der Prüfung ein ursächlicher Zusammenhang.

Unter diesen Umständen war der Beklagte nach § 282 BGB dafür beweispflichtig, daß ihn an dem Mißerfolg in der ersten Prüfung kein Verschulden trifft. Diesen Beweis hat der Beklagte nicht einmal in ausreichendem Umfang angetreten, geschweige denn geführt. Der Beklagte beruft sich zwar darauf, daß er weder für den ständigen Wechsel im Ausbildungspersonal noch für das Fehlen ausreichender Aufträge im Buntdruck verantwortlich gemacht werden könne. Dem ist entgegenzubalten, daß der Beklagte, wenn er Lehrlinge zur Ausbildung auch im Buntdruck annimmt, dafür verantwortlich ist, daß er die erforderlichen Ausbildungskräfte und die erforderliche Ausbildungsgelegenheit stellen kann. Es mag zutreffen, daß dem Beklagten angesichts der heutigen Lage auf dem Arbeitsmarkt die Annahme geeigneter Ausbildungskräfte schwergefallen ist; das gehört aber zu seinem Betriebsrisiko. Der Beklagte hat, wenn er die Pflichten eines Lehrherrn übernimmt, dafür einzustehen, daß er diese Pflichten auch erfüllen kann.

Gleiches gilt für die Frage, ob dem Beklagten vorgeworfen werden kann, daß es ihm nicht gelungen ist, eine ausreichende Zahl von Aufträgen im Buntdruck hereinzuholen, mit denen dann der Kläger unter Anleitung beschäftigt werden konnte. Auch insoweit muß der Beklagte das Risiko seines Betriebes tragen. Jedenfalls aber mußte der Beklagte, als er sah, daß eine ordnungsmäßige Ausbildung des Klägers in seinem Betrieb wegen des Wechsels der Ausbilder und wegen der fehlenden Buntdruckaufträge gefährdet sein würde, dem Kläger diese Ausbildung an anderer Stelle vermitteln. Insoweit hat der Beklagte, der dem im Frühjahr 1960 gestellten Auflösungsbegehren der Mutter des Klägers widersprach und, wie sich aus den Verhandlungen vor dem Ausschuss ergab, auf Fortsetzung des Lehrverhältnisses Wert legte, die ihm obliegenden Pflichten als Lehrherr nicht ausreichend erfüllt.

Die Ausbildung, die der Kläger bei der Werkkunstschule erhielt, reichte, wie das Ergebnis der Prüfung gezeigt hat, nicht aus, um dem Kläger die Ausbildung zu verschaffen, die er im Betrieb des Beklagten nicht

finden konnte, die aber nach dem Lehrvertrag erforderlich war. Insbesondere wurde der Beklagte durch die Einschaltung der Werkkunstschule, deren Besuch nach dem Vergleich lediglich der Ergänzung der betrieblichen Ausbildung dienen sollte, diese also weder ersetzen sollte noch ersetzen konnte, von seinen Pflichten als Lehrherr nicht entbunden. Auch nachdem die Werkkunstschule eingeschaltet war, mußte also der Beklagte selbst für eine gewissenhafte Ausbildung des Lehrlings sorgen und die Ausbildung sorgfältig überwachen. Dafür reichte es nicht aus, daß der Beklagte sich gelegentlich bei der Werkkunstschule und deren Lehrern nach den Leistungen und Fortschritten des Klägers erkundigte. Der Beklagte als verantwortlicher Lehrherr mußte sich vielmehr selbst durch eigene Überwachung und Unterweisung des Klägers vergewissern, ob die Ausbildung des Klägers den bei der Prüfung zu erwartenden Anforderungen entsprach.

Der Beklagte trägt selbst nicht vor, daß er sich in dieser Weise um die Erfüllung seiner Pflichten als Lehrherr gekümmert hätte. Er trägt vielmehr lediglich vor, er habe sich auf die Auskünfte des Lehrers an der Werkkunstschule verlassen und verlassen dürfen. Das aber reicht nicht aus. Der Beklagte mußte insbesondere den Kläger unter Aufsicht an der in seinem Betrieb befindlichen schnellaufenden Druckmaschine unterweisen und ihn dort arbeiten lassen. Nur so war eine ordnungsmäßige Ausbildung des Klägers an dieser Maschine erreichbar und nur so konnte sich der Beklagte selbst, wozu er auf Grund des Lehrvertrages verpflichtet ist, ein ausreichendes Urteil über die Leistungen und Fähigkeiten des Lehrlings bilden und noch bestehende Mängel in der Ausbildung des Klägers abstellen. Ein solches Beobachten und Beurteilen des Lehrlings war erforderlich, um notfalls die Mängel in der Fertigkeit des Klägers in geeigneter Weise zu beseitigen.

Dem Beklagten ist es auch nicht gelungen, den ihm ebenfalls obliegenden Beweis für ein Mitverschulden des Klägers an dem Nichtbestehen der ersten Lehrlingsabschlußprüfung zu führen.

Der Beklagte hat zwar geltend gemacht, der Kläger sei während der Lehrzeit faul und uninteressiert gewesen. Es kann dahingestellt bleiben, ob insoweit der Sachverhalt genügend aufgeklärt ist, da die überwiegende Mehrheit der vernommenen Zeugen den Kläger als fleißig und interessiert bezeichnet und nur ein einziger Zeuge das Gegenteil bekundet hat. Selbst wenn der Kläger nicht das Musterbeispiel eines fleißigen und interessierten Lehrlings gewesen sein sollte, ergibt sich doch aus den hier vorliegenden besonderen Umständen, daß der Kläger im Betrieb des Beklagten die ihm zugesicherte Ausbildung selbst dann nicht erhalten konnte, wenn er besonders fleißig und interessiert gewesen wäre; denn es fehlten im Betrieb des Beklagten, wie sich aus der Gesamtwürdigung durch das Landesarbeitsgericht ergibt, die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen für eine ordnungsmäßige Ausbildung von Lehrlingen im Buntdruck. Hätte also auch ein interessierter und fleißiger Lehrling im Betrieb des Beklagten nicht die Kenntnisse und Fertigkeiten erlangen können, die für die Ablegung der Gesellenprüfung erforderlich sind, so wären mangelnder Fleiß und mangelndes Interesse des Klägers nicht kausal für den eingetretenen Schaden.

Sonach ist der von dem Kläger geltend gemachte Schadenersatzanspruch dem Grunde nach gerechtfertigt."

Dr. L. Sluka

# Lymphozi

## KLEINTABLETTEN

®

die Umstimmungsarznei  
für Lymphatiker  
bei ungenügender Infektabwehr

JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK  
HAUENBERSTEIN b/BADEN-BADEN

## Zur lokalen Kortikoid-Therapie

in der Dermatologie, Röntgenologie, Oto/Rhinologie, Gynäkologie

# Corti - FLEXIOLE®

Echte ölige Lösung von unverestertem, d. h. körpereigenem, sofort reaktionsfähigem Hydrocortison (DBP) in Verbindung mit dem Breitband-Antibiotikum Chloramphenicol und Vitamin A, das eine verstärkte Cortison-Penetration bewirkt.

- **Anti allergisch-ontiphlogistische Komponente:**  
0,4 % g/g Hydrocortison
- **Antibiotische Komponente:**  
0,2 % g/g Chloramphenicol
- **Rezidiv-verhütende Komponente:**  
5000 IE Vitamin A (Palmitat) pro g

Arztmuster und Literatur auf Anforderung



dr. mann · berlin 20

## MIGRÄNE

Op-Assistenten mit kräftigen Händen  
helfen dem Chirurgen.



Im Urwald von Kenia werden hartnäckige Kopfschmerzen vom Medizinmann der Kisii grundsätzlich operativ behandelt. Hier nimmt er mit seinem selbstgeschmiedeten Besteck gerade eine Schädelöffnung vor, während seine Gehilfen den Patienten fest im Griff haben. Wenn die bösen Geister entwichen sind und der Patient noch lebt, gilt der Eingriff als gelungen.

Befreien Sie den Migräne-Patienten  
vom ständigen Schmerztabletten-Gebrauch.  
Erklären Sie ihm die Vorteile der  
Migräne-Langzeit-Therapie mit

## AXEEN-HOMMEL

Wesentliche Merkmale:

kupiert nicht den Schmerz  
sondern führt bei Einhaltung des Therapieplans in  
70-80 Prozent der Fälle zu dauerhaftem Heilerfolg.  
Sehr gute Verträglichkeit, keine Sucht,  
keine Gewöhnung.- Kein Phenazetin, kein Alkaloid.

### Therapieplan

Beginn möglichst nach Abklingen eines Anfalls.

1. Woche: 3 mal täglich 2 Dragées zu den Hauptmahlzeiten  
Erleichterung: ab 24 - 36 Stunden  
Voller Wirkungseintritt: 5. - 15. Behandlungstag
2. - 6. Woche: 3 mal täglich 1 Dragée

In dieser Zeit treten Schmerzanfälle allgemein überhaupt nicht mehr auf. Trotzdem ist die strikte Einhaltung der Kur über mindestens 6 Wochen zur Erzielung eines dauerhaften Erfolges unbedingt notwendig.

Packungen zu 50, 100, 500 Dragées  
à 100 mg 5-Allyl-5-( $\beta$ -hydroxypropyl)-barbitursäure.

## STEUERFRAGEN

### Sparen und anlegen

## „Gratisaktienverdächtig“ - und ein kleines Kapitel Volkswirtschaft für den Aktionär

Es entspricht der Bedeutung des Kapitals in einer modernen, vom technischen Fortschritt getriebenen und die technische Entwicklung vorantreibenden Volkswirtschaft, daß die Aktiengesellschaften etliche Formen der Kapitalerhöhung kennen. Über Wichtiges auf diesem Gebiet ist in den letzten Beiträgen gesprochen worden. Anderes — etwa die jetzt hochaktuelle Wandelanleihe „neuen Typs“ — soll noch zur Sprache kommen.

Die Bedeutung der menschlichen Arbeitskraft geht gegenüber dem Kapitaleinsatz im industriellen Produktionsprozeß laufend zurück. Anders ausgedrückt: Es brauchen immer weniger Arbeitskräfte je produzierter Einheit bezahlt zu werden. Nationalwirtschaftlich betrachtet: Dies bedeutet nicht, daß die Arbeitskräfte immer weniger würden (im Gegenteil: Über eine Million ausländische Arbeiter wurden „importiert“), sondern, daß die Produktion immer schneller wächst. Gleichzeitig allerdings halten die Arbeiter mit ihrem Angebot laufend immer etwas mehr zurück; schon gibt es kaum noch einen Wirtschaftsbereich mit der 48-Stunden-Woche und so manchen, in dem nur noch 42 Stunden gearbeitet wird. Auch die Jahresurlauben werden länger. Daher also und weil die Produktionsdynamik trotz ständig vermehrten Einsatzes technischer Mittel — d. i. das Kapital, und zwar in der Form von „Sachkapital“ — alle vorhandene Arbeitskraft in Anspruch nimmt, ist die Stellung der Gewerkschaften auf dem Arbeitsmarkt stark. Es werden kräftige Lohnerhöhungen durchgesetzt. Diese allgemeine Tendenz ist unbedenklich, denn wenn immer weniger Arbeitskräfte je produzierter Einheit bezahlt zu werden brauchen, kann für die einzelne Arbeitskraft pro Stunde Arbeit ein steigender Lohn verkraftet werden: Das ist nichts anderes als die in der öffentlichen Diskussion so vielberufene „Produktivität“. Dieses Wort meint nichts anderes als den Wert der volkswirtschaftlichen Produktion je Arbeitsstunde — speziell in der Industrie.

Dieser Wert nimmt also zu, und zwar, wie wir gesehen haben, infolge des zunehmenden Einsatzes von Kapital. Es ist eine Streitfrage, die uns hier nicht in-

teressieren soll, ob den Arbeitern und Angestellten — über Lohn- und Gehaltserhöhungen — der ganze Nutzen aus einer wachsenden Produktivität zufließen soll. Da der Produktivitätsanstieg in erster Linie dem Kapital — daneben gewiß auch qualifizierterer Arbeitsleistung, wie sie schon durch den Einsatz hochentwickelter technischer Mittel erzwungen wird — zu verdanken ist, kann man durchaus der Meinung sein, auch derjenige müsse seinen Nutzen davon haben, der sein Kapital in der Wirtschaft arbeiten läßt. Das aber ist der Aktionär, der Besitzer von Anleihen und Obligationen, der Kommanditist usw. — kurzum: Das Interesse nicht zuletzt des in Wertpapieren sparenden Publikums und hier speziell das des Aktionärs, ist angesprochen.

Doch setzen wir die kleine allgemeinwirtschaftliche Betrachtung fort. Weil ungeachtet der steigenden Lohnsätze die auf die Kapitalbereitstellung entfallenden Kosten ein immer größeres Gewicht bekommen, ist es das Interesse der Unternehmungen, den Teil ihrer Kapitalausstattung möglichst groß zu halten, der nicht unbedingt Zinsen kostet, sondern für den höchstens kalkulatorisch in der Betriebsrechnung Zinsen angesetzt werden: Das ist das Eigenkapital, auf dessen Verzinsung kein Aktionär und sonstiger — bei der GmbH usw. — Anteilseigner einen unmittelbaren Anspruch hat; gemeint sind die Rücklagen, die offenen und die stillen, im Gegensatz etwa zum Aktienkapital oder zum Stammkapital einer GmbH. Der andere Teil des Eigenkapitals, der dividendenpflichtig ist, ist dafür das „teuerste“ Geld in einer Aktiengesellschaft, denn zur Befriedigung der Steuer muß ein Mehrfaches der Ausschüttung verdient werden, und außerdem geht die Ausschüttung „hinaus“. Finanziert man sich dagegen zum Teil mit Schulden — mit langfristigen für diesen Bereich natürlich —, so mindern die Zinsverpflichtungen die Steuerlast.

Weil aber hohe Schulden weder ein schönes Bilanzbild geben, noch auch unternehmerisch verantwortet werden können — sie lassen z. B. die Banken bei der Gewährung von kurzfristigem Umschlagkredit sehr zurückhaltend werden —, ist die Finanzierungsrichtung

# Pernionin®



KREWEL-WERKE · Eitorf b. Köln

### Pernionin® -Teil-Bad

Periphere und lokale Durchblutungsstörungen,  
Perniones, Arthropathien,  
Rheumatische u. neuralgische Beschwerden.

### Pernionin® -Voll-Bad

Rheuma, Neuralgien,  
Durchblutungsstörungen,  
Erfrierungsschäden;  
vegetative Dystonien,  
Erschöpfungszustände allgemeiner und nervöser Art.

**neu**

Zur modernen Therapie von  
Osteochondrosen  
Arthrosen  
vertebragenen Erkrankungen  
Spondylosen  
Zervikalsyndrom  
rheumatischen Muskel-  
und Gelenkerkrankungen

- intensiv antiphlogistisch ■
- Herabsetzung der Kapillarpermeabilität ■
- durchblutungsfördernd ■
- analgetisch ■
- fibrinolytisch ■

**Ostochont<sup>®</sup>**  
**Salbe - Dragées**

CORTI-OSTOCHONT-DRAGÉES  
MIT PREDNISOLON

20 DRAGÉES · 50 DRAGÉES  
SALBE 20 G · SALBE 50 G

**Ostochont<sup>®</sup>**

**ADENYL-  
CHEMIE**

ADENYL-CHEMIE 7016 GERLINGEN BEI STUTT GART

eindeutig: Wer immer kann, schafft Eigenmittel, und zwar solche, die er nicht nach außen zu verzinsen braucht. Das nennt man den Thesaurierungsprozeß in der Wirtschaft. Da werden nun nicht nur die Aktionärsinteressen berührt, auch die Gewerkschaften, die das natürlich sehr sorgfältig beobachten, ziehen daraus ihre Folgerungen. Sie verlangen Lohnerhöhungen, die über die Produktivitätssteigerung sogar noch hinausgehen, und zwar oft sehr beträchtlich. Das hat dann mit wirtschaftlicher Vernunft, wie leicht einzusehen ist, nicht mehr viel zu tun.

Sehen wir einmal davon ab, daß auf diese Weise Preiserhöhungen herbeigeführt, oder doch jedenfalls erleichtert werden (die industriellen Kosten steigen, aber zugleich steigen auch die in der Volkswirtschaft nachfragenden Lohnsummen, was den Markt sozusagen von zwei Seiten her für Preiserhöhungen präpariert), so tritt jedenfalls die folgende Konsequenz ein: Steigende Kosten reduzieren die Gewinne der Unternehmungen. Wenn aber die Aktiengesellschaften weniger verdienen, reagiert die Börse negativ: Es gibt eine nervöse, „lustlose“ Tendenz, die nicht zuletzt auch an sich notwendige Kapitalerhöhungen zu einem Wagnis macht, das oft nicht unternommen wird, weil es in solcher Börsenstimmung schon allzuoft schiefgegangen ist; die Börse reagiert dann nämlich auf Kapitalerhöhungen mit scharf nachgebenden Kursen, speziell der fraglichen Gesellschaft, oft aber auch allgemein.

Wir sehen also: Wenn sich, aus welchen Gründen immer (und Lohnentwicklungen sind nur einer unter mehreren möglichen Gründen), die Gewinnerwartungen der Wirtschaft verschlechtern, reagiert die Börse sauer, und wenn die Börse sauer ist, gerät Sand ins Getriebe der Kapitalversorgung, die von Jahr zu Jahr wichtiger wird. Selbstverständlich verstimmen oft auch andere Faktoren die Börse; politische Verwicklungen im In- und Ausland können die „Unternehmungslust“ der Börse lähmen, gesetzgeberische Initiativen — sogar auch wenn sie in wichtigen ausländischen Staaten im Hinblick auf den Kapitalmarkt erfolgen — haben schon öfters plötzliche Flauten an unseren Börsen verursacht, usw.

Ein Gesetz nun, das unverändert gültig ist, hat die große Hausse an den deutschen Börsen in den Jahren 1959 und 1960 kräftig mit angeheizt: Das im Rahmen der sog. kleinen Aktienrechtsreform verabschiedete „Gesetz über die Kapitalerhöhung aus Gesellschaftsmitteln und über die Gewinn- und Verlustrechnung“ vom 23. Dezember 1959. Im vorausgegangenen Beitrag dieser Reihe über das Problem der Stockdividende haben wir bereits über den zweiten Teil dieses Gesetzes gesprochen: Eine Stockdividende ist ja nichts anderes als eine „Kapitalerhöhung... über die Gewinn- und Verlustrechnung“. Das Stockdividenden-Thema

wurde in diesem Gesetz mitgeregelt, weil das deutsche Aktienrecht verlangt, daß ein Gewinn, der Stockdividende werden soll, zunächst auf das Rücklagenkonto gebucht und dann — in Form junger Aktien — verteilt wird.

Da Rücklagen Eigenkapital und damit „Gesellschaftsmittel“ sind, haben wir es bei der Verteilung einer Stockdividende also im zweiten Teil des Prozesses mit dem zu tun, was das Gesetz die „Kapitalerhöhung aus Gesellschaftsmitteln...“ nennt. Eine solche Kapitalerhöhung kann seit Ende 1959 aufgrund dieses Gesetzes nun eben auch ganz allgemein aus Rücklagen erfolgen, und davon haben 1960 über dreihundert Aktiengesellschaften Gebrauch gemacht; sie haben junge Aktien durch Umwandlung von Rücklagen in Aktienkapital im Gesamtbetrag von nom. 1,2 Mrd. DM geschaffen und damit ihre alten Aktienkapitalien um nicht weniger als 60 Prozent aufgestockt — ohne auch nur einen Pfennig neues Kapital erhalten zu haben. Das war ein großer „Boom“ in Zusatz-, oder wie sie auch genannt werden, „Gratisaktien“, an der Spitze stand Daimler-Benz; andere große Gesellschaften wie Siemens, Farben Bayer, Hoechst, BASF und Mannesmann, sind nicht mit von der Partie gewesen; die Farbenfabriken Bayer AG haben im Dezember 1964 ein Kapitalerhöhungsprogramm bekanntgegeben, das in besonders eindrucksvoller Weise Zusatzaktien schafft. — Seither gab es noch zahlreiche Umwandlungen von Rücklagen in Aktienkapital; 1963 waren es 75 Aktiengesellschaften, die für über 200 Millionen DM Zusatzaktien ausgegeben haben.

Der Grund für solche Maßnahmen ist stets offensichtlich. Zahlreiche Gesellschaften haben aus Gewinnen oder auch aus Aufgeldern, die bei Kapitalerhöhungen über den Markt erzielt worden sind, ihre Rücklagen weit über ihre Aktienkapitalien hinaus erhöht. Es war (und ist) nicht selten, daß die Rücklagen bis zu 300 Prozent des Aktienkapitals ausmachen. Wir haben zwar gesehen, daß es finanziell recht angenehm ist, ein so großes, nicht dividendenpflichtiges Eigenkapital zu haben. Daneben aber gibt es noch andere wesentliche Gesichtspunkte. Die Höhe des Aktienkapitals ist für das internationale Ansehen gerade auch von exportintensiven Unternehmungen von Bedeutung. Man macht ganz einfach eine bessere „Figur“ mit einem nicht zu geringen Aktienkapital. Wenn aber die Rücklagen höher sind als das Eigenkapital, das die Garantiefunktion der Eigenmittel aktienrechtlich am strengsten (Gläubigerschutz usw.!) erfüllt, so besteht Grund, einen Teil der Rücklagen in Aktienkapital umzuwandeln.

Die so entstehenden Zusatzaktien gehen automatisch in das Eigentum der bisherigen Aktionäre über, und zwar natürlich im Verhältnis des Altbesitzes. Den

**Liquirit**®  
MAGENTABLETTEN

**zur souveränen Therapie bei Ulcus ventriculi und duodeni, akuter und chronischer Gastritis, Hyperacidität und nervösen Magenbeschwerden**

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

Aktionären wird damit nichts geschenkt, weil ihnen mit dem gesamten Vermögen der AG auch bisher schon die Rücklagen ebenso gehörten wie das Aktienkapital. Insofern ist also die Bezeichnung „Gratisaktien“ falsch (und sozialpolitisch verwirrend). Es findet lediglich die Überführung von Eigenkapital aus der einen in die andere Form statt.

Für die Börse hat das natürlich eine nicht unwesentliche Wirkung: Wenn sich aufgrund einer solchen Maßnahme die Zahl der von einer Gesellschaft umlaufenden Aktien erhöht, ohne daß das Aktienkapital repräsentierte Unternehmensvermögen angestiegen wäre, dann kann die einzelne Aktie nicht mehr ihren bisherigen Wert haben: Der Kurs spielt sich auf einem niedrigeren Niveau ein, die Aktie wird „leichter“. Damit aber kann sie einen erweiterten Interessentenkreis im Publikum finden. Es ist ja ganz einfach auch eine Frage der Liquidität beim Sparer, ob er z. B. 800 DM oder nur 500 DM für eine 100-DM-Aktie anlegen will. Auf jeden Fall kann er seinen Wertpapierbesitz leichter vernünftig mischen, wenn pro Aktie nicht allzuviel aufgewendet zu werden braucht.

Und noch etwas ist von Bedeutung: Je breiter die Aktien eines Unternehmens gestreut sind, je mehr Aktien es also gibt, um so weniger groß ist die Wahrscheinlichkeit heftiger Kursausschläge in diesem Papier. Auch das wiederum kommt der Beliebtheit des fraglichen Papiers im Publikum zugute und nützt damit der Gesellschaft.

Als sich die Zusatzaktienwelle 1959 ankündigte und als sie, 1960, da war, hatte das enorme Kurssteigerungen quer über die ganze Börse zur Folge. Es handelte sich zu einem guten Teil um hektische Übertreibungen, wie sie für das Börsengeschehen immer typisch sein werden. In diesem Punkt jedoch war gute Stimmung am Platze. Man konnte erwarten, daß auf die durch Zusatzaktien aufgestockten Aktienkapitalien die gleichen Dividendensätze wie auf die bisherigen, zu niedrigen Aktienkapitalien, gezahlt würden. Und so kam es dann auch. So wird es — in der Regel — auch künftig sein. Daher höre man ruhig hin, wenn von „gratisaktienverdächtigen“ Unternehmungen die Rede ist.

Anschrift des Verf.: Bernd Baehring, 8 München 25, Krüner Straße 51.

## MITTEILUNGEN

### „Stuka“-Wiedersehenstreffen in München

Am 4. Dezember findet in München (ab 19.30 Uhr) im Löwenbräukeller am Stiglmaierplatz (Galerie-Saal) ein erstes Wiedersehenstreffen aller ehemaligen Angehörigen der früheren Studentenkompanien („Stuko“) Münchens statt. Schon jetzt liegen weit über 200 Anmeldungen vor.

Im Rahmen des Treffens halten am Nachmittag des 4. Dezember (17 Uhr c. t.) kurze Fortbildungsvorträge im Hörsaal der Chirurgischen Klinik die Professoren HELLBRÜGGE (München), BIRKMAYER (Wien) und HAASE (Düsseldorf) über Psychopharmaka. — Nähere Auskunft und Anmeldungen bei den Troponwerken, Köln-Mülheim, Berliner Straße 220—232, Ruf: 67 71.

Sch-r.

### Ärztlicher Ratgeber für die junge Mutter

Herr Kollege Dr. HÄUSSLER hat als Fortsetzung der im Jahre 1964 herausgegebenen Broschüre „Ärztlicher Ratgeber für die werdende Mutter“ nun einen „Ärztlichen Ratgeber für die junge Mutter“ verfaßt, der im Verlag Wort und Bild KG, 8 München 15, Goethestr. 17, zu 20, 60, 120 oder mehr Exemplaren kostenlos angefordert werden kann. Die Broschüre will die Bemühungen der Ärzteschaft unterstützen, nicht nur die Müttersterblichkeit, sondern auch die Säuglingssterblichkeit zu senken, indem sie die jungen Mütter rechtzeitig aufklärt. In einem gemeinsamen Vorwort des Präsidenten der Bundesärztekammer, des Vorsitzenden der Kassensärztlichen Bundesvereinigung, des Vorsitzenden des Hartmannbundes und einem Geleitwort der Bundesministerin für das Gesundheitswesen wird die Veröffentlichung begrüßt.

### Freier Kassenarztsitz in Mittelfranken

In Dinkelsbühl ist ein Kassenarztsitz für einen Praktischen Arzt neu zu besetzen. Der bisherige Praxisinhaber ist verstorben.

Für  
Ihre  
Magen-Patienten

**ULCOLIND®**

1/2 Packung 30 Tabletten  
1/1 Packung 60 Tabletten



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab  
Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungs-  
trakt und hemmt übermäßige  
Sekretion

Dileoprominhydrochlorid

stellt an der  
Magenschleimhaut  
physiologische

Verhältnisse wieder her

Bismut, aluminicum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-  
zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat

## Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat September 1965\*

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Nach einem sommerlichen Tiefstand nahm im September die Zahl der Scharlacherkrankungen wieder zu, die Erkrankungsziffer lag mit 54 Fällen auf 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr umgerechnet), jedoch niedriger als die Septemberwerte der Jahre 1964 (64) und 1963 (60). An übertragbarer Hirnhautentzündung erkrankten im Berichtsmonat etwas weniger Personen als im Vormonat. Übertragbare Kinderlähmung trat im September nicht auf.

Die Zahl der Ruhrerkrankungen stieg im September nochmals an, während Erkrankungen an Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) etwas seltener gemeldet wurden. Die Erkrankungsziffer an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) betrug, wie im Vormonat, 36 Fälle je 100 000 der Bevölkerung.

### Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 29. Aug. bis 2. Okt. 1965 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11				
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare										Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa				
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung												Salmonellose		übrige Formen				
	E <sup>1)</sup>	ST <sup>2)</sup>	E	ST	da. paraf. Fälle	ST	Menigo-	ST	kokken-	ST	übrige	ST	Gehirn-	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	—	—	170	—	—	—	—	2	1	8	1	2	1	10	—	1	—	16	—	65	—	1	—	—	—
Niederbayern	1	—	39	—	—	—	1	—	2	1	—	—	—	1	—	—	—	15	—	16	—	2	—	—	—
Oberpfalz	2	—	35	—	—	—	6	—	1	—	—	—	—	1	—	—	—	5	—	16	—	—	—	—	—
Oberfranken	1	—	58	—	—	—	4	—	8	—	—	—	—	—	—	2	—	1	—	3	—	1	—	—	—
Mittelfranken	—	—	87	—	—	—	1	—	3	1	—	—	—	—	—	3	—	1	—	21	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	57	—	—	—	4	—	5	—	—	—	—	3	—	4	—	19	—	6	—	4	—	—	—
Schwaben	—	—	72	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	3	—	5	—	1	—	34	—	8	—	—	—
Bayern	4	—	518	—	—	—	19	1	31	3	2	1	18	—	15	—	—	58	—	161	—	16	—	—	—
München	—	—	87	—	—	—	—	—	4	—	—	—	—	4	—	—	—	11	—	35	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	29	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	13	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	1	—	5	—	—	—	—	—
Regensburg	2	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	3	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25	
	Botulismus		Hepatitis-intectiosa		Milzbrand		Ornithose				Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>		Brucellose		Leptospirose				Malaria-Erst-Erkrankung		Q-Fieber		Toxoplas-mose		Wundstorr-kampf			
							Peitocose		(übrige Formen)				Bang'sche Krankheit		übrige Formen		Woll'sche Krankheit		übrige Formen									
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	82	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	4	—	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	39	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1
Oberpfalz	—	—	36	—	—	—	—	—	—	30	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Oberfranken	—	—	37	—	—	—	1	—	2	24	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	2	1
Mittelfranken	1	—	43	2	—	—	—	—	—	15	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Unterfranken	—	—	77	—	—	—	—	—	—	19	—	—	—	—	—	—	2	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—
Schwaben	—	—	37	1	1	—	—	—	—	46	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	1	—	351	3	1	—	1	—	2	134	—	—	2	1	1	—	2	1	1	—	2	—	4	—	6	—	4	2
München	—	—	42	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	4	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	15	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	4	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\* Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

Außerdem 1 Erkrankungsfall an Amöbenruhr im Regierungsbezirk Unterfranken.

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.

# Jetzt 2 Neoplexe zur differenzierten Magentherapie

## Neoplex®



## Neoplex®-B



Die bewährten Magentabletten mit der Wirkung auf Saftschicht, Mucosa und Submucosa bei *Ulcus ventriculi* und *duodeni*, Gastritis, Duodenitis, Gastralgien und bei erhöhter Motilität der vegetativ Dystonen.

Durch das Belladonnaalkaloid 1-Hyoscyamin verstärkte Neoplexform für die schweren Fälle und zur Initialbehandlung, hemmt stärker die Säuresekretion, löst rascher den Magenkrampf, behebt nachhaltiger den Schmerz.

Zur Erhaltung des Erfolges kann von Neoplex-B auf Neoplex übergegangen werden.



## BUCHBESPRECHUNGEN

Dr. E. LOBENWEIN-WEINEGG: „Röntgenatlas zur Frühdiagnostik des Bronchuscarcinoms“, 1965; 97 S., mit 122 Einzelabbildungen, Ganzleinen, 49 DM. Springer-Verlag, Berlin—Heidelberg—New York.

Aus einer Ausstellung von Röntgenbildern aus dem In- und Ausland, die von der Tagung der österreichischen Tuberkulosegesellschaft 1963 in Salzburg gezeigt wurde, entstand dieses Buch. Das reiche Bildmaterial wird geordnet vom typischen Lappen- und Segmentensyndrom bis zu dem für ein Bronchuscarcinom uncharakteristischen Lungenbild, bei dem die Frühdiagnose praktisch unmöglich ist. Besonders eindrucksvoll sind eine Reihe von Verlaufsserien mit ergänzenden Aufnahmen, wie Seitenbilder, Schichtaufnahmen und Bronchogramme.

Der erste Teil des Buches umfaßt den sehr kurz, aber prägnant gehaltenen Text, der durch Skizzen ergänzt wird. Den wesentlich größeren Raum nimmt der zweite Teil ein, der Bildteil, wie es ja dem Wesen eines Bildatlasses entspricht. So ist das ganze Buch vorwiegend aus Visuelle eingestell.

Wenn auch in dem vorliegenden Buch keine grundlegend neuen Gesichtspunkte gebracht werden, so werden doch in übersichtlicher und eindrucksvoller Form alle Möglichkeiten, die für eine Frühdiagnostik des Bronchuscarcinoms in Betracht kommen, dargelegt.

Dr. F. St.

Dr. med. H. KENTER, Prof. Dr. med., Dr. rer. nat. h. c., Dr. med. h. c. H. W. KNIPPING, Köln: **Asien — Begegnungen durch Kunst und Medizin „Heilkunst und Kunstwerk“**, Bd. II, 1965, 155 Seiten, 45 Abb., davon 12 mehrfarbig, Leinen, 28,50 DM. F. K. Schattauer-Verlag, Stuttgart.

Der vorangehende und einführende Band I der Buchreihe berichtete über eine Ausstellung „Medizin in der Kunst“ während des 4. Internationalen Kongresses für Herz- und Lungenkrankheiten.

Die Medizin gedeiht nur auf wissenschaftlicher Grundlage, aber nicht ohne menschliche Einfühlung und Intuition. Der Arzt muß auch heute noch, trotz technischer und chemischer Perfektion, trotz eines weiterhin stürmisch wachsenden Arsenalen an Apparaten und automatisierten Analysegeräten, „Künstler“ sein. Am Bilde und an der Plastik lernt der Arzt „sehen“ und findet geistige Verwandtschaft zum eigenen Beruf.

In dem jetzt vorgelegten Band II „Asien“ wird die Diskussion mit asiatischen Gästen des Kongresses weitergeführt. Die Ausstellung in Köln hatte sich aus technischen Gründen im wesentlichen auf Ärzte besonders interessierende Kunstwerke aus europäischen Museen beschränkt. Die Verfasser reproduzieren nun eigene Aufnahmen und Skizzen von vielen strapaziösen Reisen in Asien, die in den vergangenen vier Jahrzehnten sich aus ärztlichem Anlaß ergaben und tief in das Innere jener Länder führten. Selbstverständlich konnte das gewaltige künstlerische Opus Asiens in diesem Rahmen nur angedeutet werden, nur subjektiv, aus dem Blickfeld der Medizin und aus dem Erlebnis heraus, berührt werden. Die medizinischen Themen zwischen jenen Welten weisen in die Zukunft, das wenige jetzt schon Erkennbare und die ersten Programmansätze asiatisch-europäischer Ärztegespräche sind nicht nur für die Medizin von Interesse.

Max BÄRSCHNEIDER: „**Kleines Diagnostikon**“. Differentialdiagnose klinischer Symptome. Geleitet von Prof. Dr. L. Heilmeyer. 14. Aufl. 1964, 359 S. 19,80 DM. Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.

Ein Buch, das in rascher Folge 14 Auflagen und einige Übersetzungen erlebte, bedarf keiner Empfehlung, zumal wenn es wieder zuverlässig auf dem neuesten Stand und stark erweitert vorliegt.

Ausgehend von fast allen denkbaren subjektiven und objektiven, alphabetisch gereihten Symptomen, denen unter exakt herausgestellten Oberbegriffen die Ursachen erstaunlich komplett subsumiert sind, ist Bärschneider eine unvergleichliche Synopsi gelungen, bei der heutigen Zersplitterung um so dringlicher und lobenswerter. Bestechend sind die moderne, knappe präzise Sprache und die scharfe Gliederung. Der Inhalt von Handbüchern aller Fachgebiete ist hier geordnet konzentriert; sicherlich wäre es für den Autor leichter gewesen, hätte er sich zu mehrfacher Umfang bereit erklärt. Ob von der Anamnese, vom „ärztlichen Blick“, von der subtilen Untersuchung am Krankenbett oder vom Labor aus — immer kommt man rasch auf eine diagnostische Fährte. Das verleiht nach dem Prinzip: „Daran denken“ Ruhe und Souveränität. Hinter der Fülle prägnanter Formulierungen stehen Entscheidungen, die von der großen Erfahrung eines Arztes mit umfassend-gründlichem Literaturstudium zeugen.

Man hat den „Bärschneider“ das Taschenbuch schlechthin, den täglichen Begleiter des Arztes genannt, zu Recht! Ein solches Werk hat weiterhin Zukunft.

Dr. Fissler, Gauting

William HOWELLS: „**Die Ahnen der Menschheit**“. (Der Werdegang des Menschen nach dem heutigen Kenntnisstand allgemeinverständlich dargestellt.) Aus dem Amerikanischen übersetzt und ergänzt von Gottfried KURTH, Anthropologische Forschungsstelle Göttingen. 544 Seiten mit 59 Zeichnungen im Text und 30 Abbildungen auf Kunstdrucktafeln. 1963, Albert Müller Verlag, Rüschiikon-Zürich; Stuttgart und Wien; Leinen, 36,80 DM.

Hunderte von Jahrmillionen zurück in die Vergangenheit, zu den Anfängen allen Lebens auf unserem Planeten, führt uns dieses Buch. Wie auf einer phantastischen Reise in die Vorzeit ziehen vor unseren Augen die Bilder der einzelnen Epochen vorbei, und um so großartiger erscheinen die Wunder der Schöpfung und Menschwerdung, je mehr wir an ihrer Ent-rätselung teilnehmen. Mit geradezu detektivischen Methoden haben die Wissenschaftler Fund um Fund aus den Tiefen der Erde ans Licht gebracht, geordnet, klassifiziert, aus kleinsten Teilchen zusammengefügt, gemessen, datiert — bis hinter den Nebeln der Urvergangenheit das Bild erster menschenähnlicher Wesen sichtbar wurde.

Der Autor des Buches, William HOWELLS, ist Professor für Anthropologie an der amerikanischen Harvard University. Er gilt, wie Professor Alfred BÜHLER schreibt, mit Recht als einer der besten modernen Anthropologen. Er hat also Rang und Namen in der Welt der Wissenschaft. Und dazu ist er ein hervorragender Schriftsteller. „Die Ahnen der Menschheit“ sind von einem führenden Wissenschaftler mit Eleganz und klugem Humor geschrieben, mit der glücklichen Leichtigkeit des Meisters, der sein Fach beherrscht, und mit dramatischer Spannung.

# Cefasabal<sup>®</sup>

TROPFEN · TABL · AMP.



CEFAK · KEMPTEN

Pyelitis Cystitis  
Prostatitis  
Prostatahypertrophie

## KONGRESSE UND FORTBILDUNG

## 16. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg

vom 10. bis 12. Dezember 1965 — Veranstaltet von der Bayerischen Landesärztekammer

Wissenschaftlicher Leiter: Prof. Dr. R. Schubert

Tagungsort: Meistersingerhalle Nürnberg

Freitag, den 10. Dezember 1965

Tagesthema:

**THERAPIE DER UNSPEZIFISCHEN LUNGEN-  
ERKRANKUNGEN**

9.00—9.40 Uhr:

Eröffnung, Begrüßung und Einleitung zu den Haupt-  
themen

9.40—10.20 Uhr:

Prof. Dr. G. Pliëß, Vorstand des Pathologischen In-  
stituts der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Morphologie der unspezifischen Lungenerkrankungen“

10.20—11.00 Uhr:

Prof. Dr. N. Zöllner, Oberarzt der Medizinischen  
Universitäts-Poliklinik München:„Therapie der akuten, chronischen und spastischen  
Bronchitis“

11.30—12.10 Uhr:

Prof. Dr. O. Gsell, Direktor der Medizinischen Uni-  
versitäts-Poliklinik Basel:

„Therapie der verschiedenen Pneumoniefornen“

12.10—12.50 Uhr:

Prof. Dr. R. Schubert, Vorstand der 2. Medizini-  
schen Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:„Konservative Therapie bei Bronchiektasen und Lungen-  
abszeß“

14.30—15.00 Uhr:

Filmvorführung

(Farbenfabriken Bayer, Leverkusen)

„Diabetes heute“

Wissenschaftliche Autoren:

Priv.-Doz. Dr. H. Otto, Münster,

Prof. Dr. E. F. Pfeiffer, Frankfurt,

Prof. Dr. A. E. Renold, Genf,

Prof. J. Salter, Ph. D., Toronto

15.00—15.40 Uhr:

Prof. Dr. G. Hegemann, Direktor der Chirurgischen  
Universitätsklinik Erlangen:„Chirurgische Therapie bei Bronchiektasen und Lungen-  
abszeß“

15.40—16.20 Uhr:

Prof. Dr. O. Hövels, Direktor der Universitäts-  
Kinderklinik Frankfurt:„Der heutige Stand der Mucoviscidose und ihrer  
Therapie“

16.50—17.30 Uhr:

Prof. Dr. K.-Ph. Bopp, Leiter der Staatlichen Kur-  
klinik für innere Krankheiten Bad Ems:

„Inhalationstherapie ohne und mit Aerosolen“

17.30—18.10 Uhr:

Prof. Dr. H. Hartweg, Direktor des Universitäts-  
instituts für Röntgendiagnostik und Strahlentherapie  
Basel:

„Diagnostik, Verlauf und Therapie des Morbus Boeck“

18.10 Uhr: Diskussion

Samstag, den 11. Dezember 1965

Tagesthema:

**THERAPIE DER GELENKERKRANKUNGEN**

9.00—9.40 Uhr:

Prof. Dr. K.-O. Vorlaender, Oberarzt der Medi-  
zinischen Universitätsklinik Bonn:„Therapie des akuten und chronischen Gelenkrheuma-  
tismus“

9.40—10.20 Uhr:

Prof. Dr. E. Wollheim, Direktor der Medizinischen  
Universitätsklinik Würzburg:

„Die Carditis im rheumatischen Geschehen“

10.20—10.50 Uhr:

Pause zum Besuch der pharmazeutischen und medizi-  
nisch-technischen Industrie-Ausstellung

10.50—11.30 Uhr:

Prof. Dr. F. Scheiffarth, Oberarzt der Medizini-  
schen Universitätsklinik Erlangen:„Serologie der primär chronischen Polyarthritits und des  
rheumatischen Fiebers“

11.30—12.10 Uhr:

Dr. J. Kastert, Chefarzt des Sanatoriums Sonn-  
wende Bad Dürkheim:

„Derzeitige Therapie der Gelenktuberkulose“

12.10—12.40 Uhr:

Prof. Dr. H. Kleinfelder, Vorstand der 3. Medizini-  
schen Klinik der Städt. Krankenanstalten Nürnberg:

„Therapie der Arthritis urica“

14.30—15.00 Uhr:

Filmvorführung

(Farbwerke Hoechst, Frankfurt)

„Diabetesdiät im Alltag“

Wissenschaftliche Autoren:

Dozent Dr. H. Mehnert, München,

Prof. Dr. K. Oberdisse, Düsseldorf



**Eusedon**® Sedativum und Nervinum  
**Eusedon-Drageés**® Neurosedativum  
**Cor-Eusedon**® cardiotropes Neurosedativum

KREWEL-WERKE - Eitorf b. Köln

15.00—15.40 Uhr:

Prof. Dr. H. Rössler, Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Bonn:  
„Konservative Behandlungsmöglichkeiten bei degenerativen Gelenkerkrankungen“

15.40—16.20 Uhr:

Prof. Dr. A. N. Witt, Direktor der Orthopädischen Klinik der Freien Universität Berlin:  
„Neue Gesichtspunkte bei der operativen Behandlung der Arthrosis deformans“

16.50—17.30 Uhr:

Prof. Dr. H. Mau, Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik Tübingen:  
„Hüftdysplasie bei Kindern und ihre Therapie“ (mit Film)

17.30—18.10 Uhr:

Prof. Dr. V. R. Ott, Direktor von Klinik und Institut für Physikalische Medizin und Balneologie der Universität Gießen in Bad Nauheim:  
„Physikalische Therapie der chronisch-entzündlichen und der degenerativen Gelenkerkrankungen“

18.10 Uhr:

Diskussion

**Sonntag, den 12. Dezember 1965**

**Tagesthema:**

**GEWÖHNUNG, ABUSUS, SUCHT**

9.30—10.10 Uhr:

Prof. Dr. K. Greeff, Direktor des Pharmakologischen Instituts der Medizinischen Akademie Düsseldorf:  
„Pharmakologische Grundlagen zum Thema: Gewöhnung, Abusus, Sucht“

10.10—10.50 Uhr:

Prof. Dr. H. Bürger-Prinz, Direktor der Psychiatrischen und Universitätsnervenklinik Hamburg-Eppendorf:

„Probleme der Sucht“

11.20—12.00 Uhr:

Prof. Dr. H. Sattes, Oberarzt der Universitätsnervenklinik und Poliklinik Würzburg:  
„Gefahren von Gewöhnung und Abusus“

12.00—12.20 Uhr:

Dr. G. Glatthaar, Med.-Rat an der Heil- und Pflegeanstalt Erlangen:  
„Betreuung Trunksüchtiger durch die psychiatrische Außenfürsorge“

12.20 Uhr:

Diskussion

#### RAHMENPROGRAMM

#### Gesellschaftliche Veranstaltungen

**Donnerstag, 9. Dezember 1965**

18.15 Uhr: Nürnberger Altstadt:

Lichterzug der Nürnberger Volksschulen mit bunten Lampen

Zugweg: Fleischbrücke—Hauptmarkt—Burg

20.00 Uhr: Opernhaus:

„Saison in Salzburg“\*)

Operette von Fred Raymond

20.00 Uhr: Schauspielhaus:

„Minna von Barnhelm“

Schauspiel von G. E. Lessing

**Freitag, 10. Dezember 1965**

20.00 Uhr: Opernhaus:

„Der Postillon von Lonjumeau“\*)

Komische Oper von A. Adam

20.00 Uhr: Schauspielhaus:

„Helden“\*)

Komödie von G. B. Shaw

**Samstag, 11. Dezember 1965**

17.00 Uhr: St.-Lorenz-Kirche:

Modette,

gesungen vom Windsbacher Knabenchor

20.00 Uhr: Opernhaus:

Premiere: „Cosi fan tutte“\*)

Komische Oper von W. A. Mozart

20.00 Uhr: Schauspielhaus:

„Passagiere von Garganos“

von Daniel Christoff

**Sonntag, 12. Dezember 1965**

14.00 Uhr: Opernhaus:

„Der Postillon von Lonjumeau“\*)

Komische Oper von A. Adam

17.00 Uhr St.-Martha-Kirche:

Weihnachtsliederabend,

es singt der Windsbacher Knabenchor

20.00 Uhr: Opernhaus:

„Eine Nacht in Venedig“\*)

Operette von J. Strauß

20.00 Uhr: Schauspielhaus:

„Was Ihr wollt“\*)

Komödie von W. Shakespeare

#### Besichtigungen

Täglich von 10.00—19.00 Uhr:

Nürnberger Christkindlesmarkt auf dem Hauptmarkt

Täglich werktags von 10.00—16.00 Uhr:

sonntags von 10.00—13.00 Uhr:

Germanisches Nationalmuseum

mit Sonderausstellung „Religiöse Volkskunst“,

Volkskunstsammlung Richter

Verkehrsmuseum

Fränkische Galerie:

Verkaufsausstellung des Nürnberger Berufs-

verbandes bildender Künstler

Sonderausstellung: „Nürnberg und das Nürnberger

Land in der Graphik des 19. Jahrhunderts“

Altstadtmuseum im Fembohaus:

„Nürnberger Wohnkultur des 16.—19. Jahrhunderts“

Albrecht-Dürer-Haus

Täglich von 8.00—17.00 Uhr:

Städtischer Tiergarten

Täglich nach vorheriger Vereinbarung:

Stadtrundfahrten\*), Dauer ca. 2 Stunden

Die mit \*) gekennzeichneten Veranstaltungen lassen nur eine beschränkte Teilnehmerzahl zu. Um Ihre Teilnahme zu sichern, bitten wir um möglichst frühzeitige Anmeldung, am besten schriftlich.

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, Tel. 36 11 21.

#### 5. Tagung der Vereinigung der Fachärzte für Innere Medizin Bayerns e. V.

am 27./28. November 1965 in München, Theresienhöhe, Kleine Kongreßhalle des Ausstellungsparkes — Ausführliches Programm siehe Heft 10

Seite 801 —

# INSPIROL = Schutz + Wohlbefinden

Gurgelmittel/Munddesinfiziens - bewährt · wirksam · wohltuend

## II. Münchener Kurs für Arbeitsmedizin

Weiterbildung zum Werksarzt

vom 31. Januar bis 25. Februar 1966 in München

Der Kurs wird vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge gemeinsam mit der Bayerischen Landesärztekammer im Bayerischen Landesinstitut für Arbeitsmedizin veranstaltet.

### Thematik:

Begutachtungswesen,  
beruflich bedingte Hauterkrankungen einschließlich Hautkrebs,  
Taucher- und Caissonkrankheit,  
Ursachen der Frühinvalidität,  
allgemeine Hygiene im Betrieb,  
Arbeitssoziologie,  
ärztliche Probleme im Bergbau,  
Eignungs- und Tauglichkeitsuntersuchungen,  
Gesundheitsschäden durch Benzol und Homologe,  
Abrißbrüche der Wirbelfortsätze,  
Erkrankungen durch Schwefelkohlenstoff und Schwefelwasserstoff,  
Epilepsie und Beruf,  
Automatisierung,  
moderne Berufskunde,  
maximale Arbeitsplatzkonzentrationen bei Gasen, Dämpfen und Stäuben,  
Zoonosen als Berufskrankheiten,  
Diabetes und Beruf,  
Erkrankungen durch aromatische Amine,  
Erkrankungen durch Arsen und seine Verbindungen,  
Erkrankungen der tieferen Luftwege und der Lungen durch Aluminium,  
Erkrankungen an Lungenfibrose durch Metallstaub bei Herstellung und Verarbeitung von Hartmetallen,  
ärztl. Erfahrungen bei der Durchführung des Jugendarbeitsschutzgesetzes,  
Beleuchtungsfragen am Arbeitsplatz,  
Arbeit und Ernährung,  
Alkohol- und Tablettenmißbrauch im Betrieb,  
Rehabilitation nach Herzinfarkt,  
Erkrankungen durch Fluor und seine Verbindungen,  
Erkrankungen durch Beryllium und seine Verbindungen,  
Erkrankungen durch Halogen-Kohlenwasserstoffe,  
Gesundheitsschäden bei Schweißarbeiten,  
Dokumentationsverfahren,  
sowie andere Themen aus der Arbeitsphysiologie, Arbeitspathologie und Arbeitspsychologie.

Mit dem Kurs sind zahlreiche Betriebsbesichtigungen verbunden. Der Kurs berücksichtigt den Beschluß des 67. Deutschen Ärztetages über die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“. Kursgebühr wird nicht erhoben.

Das ausführliche Programm wird noch veröffentlicht. Auskunft erteilt das Bayerische Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8 München 22, Pfarrstraße 3, Tel. 2 18 41.

## Klinische Fortbildung in Bayern 1965

### Kurseinteilung:

#### 1. INNERE KRANKHEITEN

8. bis 13. November 1965

Würzburg: Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Wollheim

#### 2. AUGENKRANKHEITEN

HNO-KRANKHEITEN  
NEUROCHIRURGIE  
NEUROLOGIE

22. bis 26. November 1965

München: Im Städt. Krankenhaus r. d. Isar veranstalten die Chefärzte der Augen- (Prof. Dr. Merté), HNO- (Prof. Dr. Kressner), Neurochirurgischen- (Prof. Dr. Kessel) und Neurologischen- (Prof. Dr. Bannwarth) Abteilung gemeinsam eine Klinische Fortbildungswoche. Die Kurszeiten werden an jedem Tag etwa von 9.00 Uhr bis 12.00 Uhr und 14.30 Uhr bis 16.30 Uhr sein.

Alle Kolleginnen und Kollegen, welche an einem der vorstehend angekündigten Kurse teilnehmen wollen, werden gebeten, sich wegen Auskunft nur an die Bayer. Landesärztekammer zu wenden und auch nur dort anzumelden.

## IV. Internationaler Kongreß für Infektionskrankheiten

vom 26. bis 30. April 1966 in München

Der IV. Internationale Kongreß für Infektionskrankheiten findet in der Zeit vom 26. bis 30. April 1966 in München statt.

Präsident des Kongresses ist Herr Professor Dr. Dr. h. c. L. HEILMEYER, Freiburg/Br.

Tagungsort ist die Kongreßhalle des Messegeländes in München.

### Wissenschaftliches Programm

Folgende Hauptthemen wurden ausgewählt:

#### 1. Aktuelle Infektionskrankheiten

Die Virushepatitis:

Virologie, Serologie und Epidemiologie

Klinik und Therapie

Prophylaxe der Virushepatitis und ihre Bedeutung für die Bluttransfusion

Die Röteln:

Das Röteln-Virus und die spezifische Prophylaxe rötelnbedingter Mißbildungen

Der respiratorische Virusinfekt:

Virologie und Epidemiologie

Klinik



Herr Meier, obwohl sonst modern,  
steckt Spargeld in den Strumpf so gern.  
Doch das ist falsch — denn sieht: Sein Teddy  
macht aus dem Spargeld grad Konfetti!



Herr Klüger pflegt die bess're Art,  
indem er stets „à Conto“ spart.  
Nie geht sein Geld ihm in die Binsen,  
und statt Konfetti — kriegt er Zinsen!



Wer „Köpfchen“ hat, spart nie im Strumpf,  
denn Kontensperen ist sein Trumpf.  
Ein Sperkonto ist nie verkehrt,  
weil Spargeld sich von selbst vermehrt!



Wenn's um Geld geht  
**SPARKASSE**

## 2. Der chronische Infekt

Bakteriologische Probleme:

Persistenz

Resistenz

Klinische und immunologische Probleme

Agammaglobulinämie

Chronische Bronchitis und Folgeerscheinungen:

Pathologische Grundlagen der chronischen Bronchitis

Bakteriologie

Cytologische und histochemische Diagnostik

Klinik

Chronische Pneumonie und Folgen

Die chronischen Erkrankungen und Folgeerscheinungen in chirurgischer Sicht

Therapie

Die chronische Pyelonephritis:

Pathologische Grundlagen

Diagnostik

Klinik: Säugling

Schwangerschaft

Innere Medizin

Pyelonephritis und Diabetes

Therapie und Prophylaxe

## 3. Chemotherapie und Chemoprophylaxe der Virusinfektionen

Einführungsreferat: Virusvermehrung in der Zelle als Angriffspunkt von Chemotherapeutika und Chemoprophylaktika

Virusinhibitorische Wirkungen von Guanidin und Benzimidazolen bei Enterovirusinfektionen und Influenzavirusinfektionen

Viruschemoprophylaxe mit Thiosemicarbazonderivaten

Viruschemotherapie mit Inhibitoren der DNS-Synthese (Joddesoxyuridin, Arabinoside)

Die Rolle des Interferons in der Abwehr von Virusinfektionen

## 4. Beziehungen zwischen Infektionserreger und Wirtsorganismus (Host-Parasite-Relationship)

Genetische Faktoren bei der Antikörperbildung

Die Rolle des Komplements

Die Rolle der Phagozytose

Das intrazelluläre Schicksal von Antigenen

Das Problem der Antigenität

Virus-Wirtsbeziehungen und die Rolle von Interferon Tierparasiten

Maligne Transformation durch Infektion

Epidemiologische Aspekte

Die Kongreßsprachen werden Englisch, Französisch, Italienisch und Deutsch sein.

Anmeldungen zu diesem Kongreß werden erbeten an Herrn Professor Dr. G. HOFFMANN, Generalsekretär des IV. Internationalen Kongresses für Infektionskrankheiten, Medizinische Univ.-Klinik, 78 Frelburg/Br., Hugstetter Straße 55.

Von dort oder der Bayerischen Landesärztekammer-Pressestelle kann auch das genaue Tagungsprogramm angefordert werden.

## 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.

November 1965:

6. 11. in München: Arbeitsmedizinischer Fortbildungskurs des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und soziale Fürsorge und der Bayerischen Landesärztekammer. Auskunft: Bayerisches Landesinstitut für Arbeitsmedizin, 8 München 22, Pfarrstraße 3.
- 8.—12. 11. in Berlin (Ost): Fortbildungslehrgang über aktuelle Probleme der Gynäkologie. Auskunft: Deutsche Akademie für ärztliche Fortbildung, X-1134 Berlin-Lichtenberg 4, Nöldnerstraße 40—42.
- 8.—13. 11. in Wien: 19. Österreichischer Ärztekongreß Vanswieten-Tagung. Auskunft: Österreichische Ärztekammer, Kongreßreferat, Wien 1, Weiburggasse 10—12.
- 6.—19. 11. in Neuherberg bei München: Strahlenschutzkurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
13. 11. in Frankfurt/Main: 4. Arbeitstagung der Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung. Auskunft: Prof. Dr. J u n g h a n n s, 6 Frankfurt/Main NO 14, Friedberger Landstraße 430.
- 13.—18. 11. in Tokio: 2. Internationaler Kongreß des Hedrologium Conlegium (Internationale Gesellschaft für das Studium der Kolon- und Rektum-Krankheiten). Auskunft: Dr. P. G. H. Volkstädt, Chirurgische Universitätsklinik, 8520 Erlangen, Maximiliansplatz.
- 13.—27. 11. in Kairo: Deutsches Fortbildungsseminar. Auskunft: Dr. G. Blume, 653 Bingen a. Rh., Mainzer Str. 3.
- 15.—19. 11. in Bangkok: XVIII. Jahresversammlung des Weltbundes für geistige Gesundheit und Psychohygiene. Auskunft: Fédération Mondiale pour la Santé Mentale, 1 Rue Gevray, Genf.
- 15.—27. 11. in Nürnberg: Erster Kurs für Laborhelferinnen der Bayerischen Landesärztekammer. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85.
- 20.—21. 11. in Hennes (Sieg): Wochenendkurs zur Ausbildung und Fortbildung als Sportarzt. Auskunft: Sportärztebund Nordrhein, 41 Duisburg, Friedrich-Alfred-Straße 15 (Sportschule).
- 22.—24. 11. in Berlin (Ost): Fortbildungslehrgang auf dem Gebiet des Blutspendewesens und der Immunpathologie für Fortgeschrittene. Auskunft: Deutsche Akademie für ärztliche Fortbildung, X-1134 Berlin-Lichtenberg 4, Nöldnerstraße 40—42.
- 27.—28. 11. in München: 5. Bayerische Internistentagung. Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für innere Medizin Bayerns e. V. 6036 Herrsching bei München, Summerstraße 3.

mehrgleisige

ferment-  
therapie

eupeptum

Oberbouchstörungen  
Meteorismus  
DyskinesienO.P. 24 Drogées  
O.P. 100 Drogées  
außerdem Anstellspackungen

IFAH GMBH HAMBURG 22



- 27.—28. 11. in **Bad Bergzabern**: Wochenendkurs für Praktische Elektrokardiographie für Fortgeschrittene. Auskunft: Doz. Dr. Dr. F. Kienle, 6748 Bad Bergzabern.
29. 11.—3. 12. in **Neuherberg bei München**: Strahlenschutz in Röntgendiagnostik und -therapie für Ärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

**Dezember 1965:**

- 4.—5. 12. in **Hennef (Sieg)**: Wochenendkurs zur Ausbildung und Fortbildung als Sportarzt. Auskunft: Sportärztebund Nordrhein, 4100 Duisburg, Friedrich-Alfred-Straße 15 (Sportschule).
- 4.—5. 12. in **München**: Tagung der Bayerischen Röntgen-gesellschaft. Auskunft: Dr. Wittenzellner, 8042 Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.
5. 12. in **Bad Hamm**: VIII. Vortragsveranstaltung der Ärztekammer Westfalen-Lippe „Probleme und Möglichkeiten der medikamentösen Therapie bei rheumatischen Erkrankungen“. Auskunft: Dr. med. habil. O. Lippross, 4600 Dortmund, Hohenzollernstraße 35.
- 5.—11. 12. in **Mar del Plata**: 11. Kongreß der Internationalen Liga gegen Rheumatismus. Auskunft: Dr. A. Caruso, Sarmiento 1272, 2.p., Buenos Aires.
- 6.—10. 12. in **Neuherberg b. München**: Strahlenschutz in Röntgendiagnostik und -therapie für Ärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 10.—12. 12. in **Nürnberg**: 18. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg, veranstaltet von der Bayerischen Landesärztekammer, Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. R. Schubert. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21.
- 10.—13. 2. in **Loccum**: Tagung der Evangelischen Akademie „Planung des Gesundheitswesens“. Auskunft: Evangelische Akademie Loccum, 3055 Loccum.
- 11.—15. 12. in **Davos**: 5. Fortbildungskurs der Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen. Auskunft: Prof. Dr. Müller, Kantonsspital St. Gallen/Schweiz.
- 18.—19. 12. in **Bad Bergzabern**: Wiederholungs- und Übungskurs in praktischer Elektrokardiographie. Auskunft: Doz. Dr. Dr. F. Kienle, 6748 Bad Bergzabern/Südl. Rheinpfalz.

**Beilagenhinweis**

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:  
 Klinge, München 23  
 Byk-Gulden, Konstanz  
 Dr. Rudolf Reiss, Berlin  
 Chem. Fabrik von Heyden AG., München  
 Winterthur-Versicherung, München

„Bayerisches Arzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 65/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. Post-scheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Arzteblatt“). Anzeigenverwaltung:

ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG., früher Verlag u. Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8 München 15, Postfach, Sonnenstr. 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharshinger, München. Druck Richard Pfäum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

**NEU!****NUCONVAL<sup>®</sup>**

Nukleosidhaltiger Organextrakt mit  
 Convallorio-Glykosiden

3 mg Adenosin und 2 000 MSE  
 Convallorio-Glykoside/ml

Zur Therapie der Koronar- und  
 Myokorderkrankungen

**HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN**

**Retten Sie  
 400.- DM**



Wenn Sie noch vor dem 31. Dezember ein Bausparkonto eröffnen, erhalten Sie rückwirkend für das Jahr 1965 vom Staat eine Wohnungsbau-prämie bis zu DM 400,- oder bedeutende Steuer-vorteile.

Ein guter Anfang, wenn Sie später ein Haus bauen oder eine Eigentumswohnung erwerben wollen.

Fragen Sie Ihre Sparkasse oder unseren Bezirks-leiter. Wir senden Ihnen kostenlos unsere Druck-schrift E 20 „Eigenheime jeder Art“. Bitte anfordern!

**BAYERISCHE**

**LANDESPAUSPARKASSE**  
 DIE BAUSPARKASSE DER SPARKASSEN

8 MÜNCHEN 2, KAROLINENPLATZ 1, TELEFON 217 21



rein pflanzlich

Prospan

Gegen **Keuchhusten**

auch als

Gegen **Bronchitiden**  
verschiedener Genese

Aerosol

Gegen **Reizhusten**  
und Altershusten

**PROSPAN**

PROSPAN-Tropfen: O.P. Tropfflaschen mit 20g, 50g, 100cm - PROSPAN-Zäpfchen: O.P. Fallschachtel mit 6 Stück (für Kinder u. Erwachsene)



## BAD MERGENTHEIM

### SANATORIUM AM FRAUENBERG G.M.B.H.

Telefon 70 31 — 70 34

Ärztlicher Leiter:  
**Dr. med. W. Soecker**, Facharzt für innere Krankheiten.

Klinisch geleitetes Sanatorium für Leber-, Galle-, Magen-, Darm-, Zucker- und Stoffwechselkranke. Eigene Bäderabteilung, klinisches Laboratorium und Röntgenanlage. Individuelle Diät unter ärztlicher Überwachung. Eigener Quellenanschluß für Natürl. Mineralbäder mit der Paulsquelle.

## Sanatorium St. Blasien

südlicher Schwarzwald · 800 m über dem Meer · Ruf (07 672) 331

Deutschlands höchstgelegene  
**Privattherianstalt für alle Erkrankungen der Atmungsorgane**

Alle neuzeitlichen Behandlungsmethoden  
Chefarzt: Obermedizinalrat **Dr. Fritz Recke**

**DR. SCHEDE'S Kindersanatorium**  
„Klaus-Andreas-Heim“  
(7891) **Uhlingen**,  
südlich Hochschwarzwald  
650 m, 35 Kinder, 8-13 J.  
Unterricht. Stündliche ärztliche Betreuung im Hauss Hallenschwimmbad.

Ltg.: Frau **Dr. med. E. Ries-Schede**

## Klaviere

neu und gespielt  
alle Größen, alle Preislagen  
Einzigartige Auswahl

## Flügel

Bechstein · Berdux · Blüthner  
Grotrian-Steinweg  
Ibach · Steinway & Sons u. a.

## Cembali

Spinette · Klavichorde  
in allen Größen  
Einzigartige Auswahl

## Orgeln

elektronisch — el.-magnetisch  
Hammond ab DM 3660,-  
Philicorda ab DM 1680,-

## Piano-Lang

München · Kaufingerstr. 28/1  
Augsburg · Bahnhofstr. 15/1  
Regensburg · Kassiansplatz 3

## Prostamed®

Tabletten

gegen Prostataleiden



DR. GUSTAV KLEIN  
Zell-Harmersbach/Schwarzwald

## Unübertroffen!

Der erprobte und bekannte SANIFORM-Ärzte-Schuh. In hervorragender Polform und Qualität. Aus erstklassigem, geschmeidigem Rindbox, ledergelüftet, mit der millionenfach bewährten Fußgelenk- und Fersestütze. Eine wirkliche Wohltat für jeden Fuß. Parokrepplautschle, Farben: Modebraun, schwarz, grau und weiß.

Modell S 4  
Größe 5 1/2-11 **DM 28,90**

auch in Übergrößen lieferbar  
mit Ledersohle DM 31,50



**SANIFORM-SCHUHE ABT. 2a**  
8635 ESBACH BEI COBURG · Tel. 09563/346

Gegen

## Enuresis nocturna

hat sich HICOTON als Spezifikum seit Jahrzehnten bestens bewährt! In allen Apotheken erhältlich. Prospekt und Muster kostenlos durch den Alleinhersteller: „MEDIKA“ Pharm. Präparate, 8 München 42

---

**Anzeigenschluß**  
jeweils am 25. des Monats

## ORIENT-TEPPICHE

seit 1925

Nichts ist so sehr Sache des Vertrauens als der Kauf eines Orientteppichs. Nur der autorisierte Fachmann kann Ihnen durch jahrzehntelange Erfahrung mit niedrigsten Preisen und besten Qualitäten den vollen Gegenwert Ihres Geldes gewährleisten. Schenken auch Sie dem alten erfahrenen Fachgeschäft, welches seit Jahrzehnten traditionsbewußt seine Kunden bedient, Ihr Vertrauen.

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)

**Ihre Kleinanzeige** Stellenausschreibung — Vertretung — Assistenz  
Niederlassungsankündigung usw.

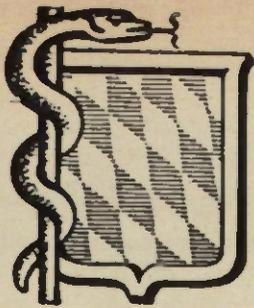
wird entgegengenommen von der Anzeigenverwaltung des Bayerischen Ärzteblattes: Atlas Verlag und Werbung GmbH. & Co. KG., 8 München 15, Sannenstraße 29 — Telefon 55 80 81 — FS 05 33662.

## Privatnervenklinik Gauting

mit Sanatoriumscharakter — Chefarzt Dr. Ph. Schmidt  
Bäder, Heilschlaf, Röntgen, Geriatrie u. a.

8035 Gauting bei München, Bergstraße 50, Telefon München 86 28 06

Auch bei **Mykosen=Jacosulfon** ungt. pulv. } im Wechsel auftragen



# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Sonderheft

München, November 1965

20. Jahrgang

## Eröffnung des Ärztetages

Mit einem Festakt wurde am 15. Oktober 1965 der Bayerische Ärztetag im Markgräflichen Opernhaus zu Bayreuth eröffnet.

Nach einem Konzert für Violoncello und Orchester in D-Dur von Antonio Vivaldi, das vom Kammerorchester der Pädagogischen Hochschule Bayreuth gespielt wurde, und einem Grußwort des Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Bayreuth-Münchberg-Pegnitz, Herrn Dr. Albert Angerer, eröffnete der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Herr Dr. Hans Sewering, den 18. Bayerischen Ärztetag.

Er konnte in seiner Begrüßungsansprache eine sehr große Zahl von Ehrengästen willkommen heißen.

Der Einladung zur Teilnahme an der festlichen Eröffnung des Bayerischen Ärztetages waren u. a. gefolgt:

Der Bayerische Staatsminister des Innern, Herr Dipl.-Ing. Heinrich Junker, der damit zum achten Male

an einem Bayerischen Ärztetag teilnahm, der Bayerische Staatsminister für Arbeit und soziale Fürsorge, Herr Hans Schütz. Auch mehrere Bundes- und Landtagsabgeordnete waren erschienen, darunter die Kollegen Dr. von Brentano-Hommeyer, MdL, Dr. Soening, MdL, und die Senatoren Dr. Dr. von Gugel und Dr. Kläß; ferner waren der Regierungspräsident von Oberfranken sowie der Stellvertretende Präsident des Bezirkstages Oberfranken, der Oberbürgermeister und die Mitglieder des Stadtrates von Bayreuth und der Landrat anwesend.

Von der Gesundheitsabteilung des bayerischen Innenministeriums konnte der Kammerpräsident den Herrn Ministerialdirigenten Knies und den Kollegen Ministerialrat Dr. Hein sowie Herrn Regierungsdirektor Dr. Wilhelm begrüßen.

Von der Bayerischen Ärzteversorgung konnte er deren Leiter, Herrn Oberregierungsdirektor Dr. Hönig, und Herrn Oberregierungsrat Jerke willkommen heißen,



Blick in die Vollversammlung

sowie Herrn Regierungsdirektor Nebel von der Bayerischen Versicherungskammer.

Auch die Präsidenten der Bayerischen Landes Zahnärztekammer, der Landestierärztekammer, und der Landesapothekerkammer waren erschienen, ebenso der Präsident des Bayerischen Landessozialgerichtes, Dr. Haensel.

## Eröffnungsansprache des Präsidenten

Meine Damen und Herren, die Sie als Gäste zu uns gekommen sind! Ich werte Ihr Erscheinen als Ausdruck Ihrer Verbundenheit mit dem Ärztestand; dafür sage ich Ihnen meinen und meiner Kollegen Dank.

Der Beruf des Arztes zählt zu den ältesten der Kulturgeschichte. Das Verhältnis des Arztes zu seinen Mitmenschen, vor allem seinen jeweiligen Patienten, war zu allen Zeiten Gegenstand von Betrachtungen, die vom überschwänglichen Lob bis zur schärfsten Kritik reichten. Vielleicht ist daran der Schutzpatron der Heilkundigen, Asklepios, schuld, der — wie böse Zungen behaupten — einem Liebesverhältnis des Gottes Apoll mit einem irdischen Mädchen entsprungen sein soll.

Der Spruch vom „Arzt als Engel“, wenn er ans Krankenbett tritt, und vom „Arzt als Teufel“, wenn die Rechnung kommt, hat ja in seinem zweiten Teil wohl nur noch partielle Bedeutung, denn wer erhält schon selbst eine Rechnung, und wie viele von denen, die eine erhalten, bezahlen sie selbst?

Die gesetzliche Krankenversicherung tritt für 85 Prozent der Bevölkerung ein. Beim übrigen Teil sind es die Privatkassen, die Dienstherren mit ihren Beihilfevorschriften oder sonstige Sicherungseinrichtungen. Die Fragestellung von heute beschränkt sich daher weitgehend auf das rein persönliche Verhältnis Arzt—Patient. Hier werden von beiden Seiten manche Klagen laut.

Wir Ärzte beschwerten uns gar oft darüber, daß wir bei Nacht und Nebel aus dem Bett geholt werden, obwohl es sich vielfach herausstellt, daß es völlig überflüssig war. Wir haben gar manchmal das Gefühl, daß der Patient in der Sprechstunde sich von einem Hilfesuchenden zu einem Fordernden entwickelt hat. Bei ruhiger Betrachtung, wenn Ärger und Last des Tages etwas abgeklungen sind, kommen wir aber doch immer wieder zu der Überzeugung, daß diejenigen Menschen, welche zu uns kommen oder uns rufen lassen, in erster Linie und in der weitaus überwiegenden Zahl doch nach Hilfe suchen, ja daß der Mensch in unserer Zeit der Hilfe und des Zuspruchs eher noch mehr bedarf als früher. Der Arzt hat also nach wie vor eine echte ärztliche Aufgabe zu erfüllen.

Von unseren Patienten hört man Klagen darüber, sie hätten ihren oder einen anderen Arzt nicht erreichen können, die Ärzte kümmerten sich überhaupt nicht mehr wie früher um ihre Patienten; die Abfertigung sei mechanisch geworden. Sicher, es mag solche Fälle geben. Letzten Endes habe ich aber den Eindruck, daß auch unsere Patienten, wenn sie die Dinge in Ruhe betrachten, anerkennen, daß der Arzt von heute unermüdlich seine Pflicht erfüllt, bei Tag und bei Nacht

Begrüßt werden konnten auch die bayerischen Träger der Paracelsus-Medaille: Herr Dr. Diem, Herr Vizepräsident Dr. Sondermann und Herr Dr. Völlinger.

Ein Grußwort galt den Mitgliedern des Vorstandes der Bundesärztekammer, an ihrer Spitze Herrn Präsident Dr. Fromm, und dem Hauptgeschäftsführer, den Juristen und der Geschäftsführung der Bundesärztekammer.

und ohne Rücksicht darauf, ob er immer mit einem angemessenen Honorar rechnen kann oder auch einmal ausgenützt wird.

Trotzdem hat man die Sorge, daß sich in den zwischenmenschlichen Beziehungen, ja schon in der Einstellung des Menschen unserer Tage zu sich selbst, etwas geändert hat.

Eine fast alltägliche Erfahrung: Ein Patient klagt über verschiedenste Beschwerden. Der Arzt erkennt, daß es sich um Vorboten ernster Erkrankungen, etwa am Herzen oder Kreislauf, handelt. Die Reaktion des Patienten ist immer öfter: „Herr Doktor, beantragen Sie für mich eine Kur, ich habe ja Anspruch darauf, denn ich bin versichert.“ Wenn der Arzt dem Patienten aber sagt, daß in seinem Fall eine Änderung der Lebensgewohnheiten, etwa gar der Verzicht auf irgendeinen Lebensgenuß, auf Nikotin oder Alkohol, der sicherste Weg zur Gesundheit sei, so findet er kein Verständnis.

Der Patient erwartet vom Arzt, daß er die Gesundheit liefert, ohne eigene Mitwirkung, so wie man sich angewöhnt hat, den freien Abend nicht selbst zu gestalten, sondern sich vom Fernsehen unterhalten zu lassen. Selbst der Hinweis des Arztes, daß die Fortsetzung gewisser Lebensgewohnheiten zum Siechtum führen wird, bewirkt leider allzuoft keine Änderung. Man könnte diese Beispiele fortsetzen.

Man muß sich fragen, ob der Mensch von heute zu seinem eigenen Feind, ja nachgerade zum Selbstmörder geworden ist.

Ein gleiches Bild zeigt sich im Bereich der zwischenmenschlichen Beziehungen. Was soll man von einem Menschen halten, der trotz Glatteis und Nebel mit seinem Auto über die Straßen jagt und dabei sich selbst und leider allzuoft auch andere Menschen in den sicheren Tod treibt?

Vor kurzem geriet ein junges Mädchen an einer Haltestelle unter die Straßenbahn und wurde mitgeschleift. Männer und Frauen standen dabei, aber niemand unternahm etwas zur Rettung der Verunglückten.

Auf offener Straße werden Frauen niedergeschlagen, die Passanten nehmen davon keine Notiz.

In Schweden stand ein junger Mensch auf einer Mauerkante hoch über der Straße, um sich in den Tod zu stürzen. Die Polizei versuchte das zu verhindern. Unten auf der Straße sammelten sich sensationslüstern die Menschen und schrien im Sprechchor: „Spring, spring!“

Steht es dazu nicht in krassem Gegensatz, wenn die Feuerwehr einer Stadt an einem Tage zweimal alar-

miert wurde, weil eine Katze auf einem Baum saß und Vorüberkommende in Mitleid und Aufregung verfielen und Sorge hatten, das Tier könnte auf dem Baum verhungern oder sich beim Absprung verletzen? In beiden Fällen sprang die Katze davon, als sich die Feuerwehrleiter näherte.

Hier kann doch irgend etwas nicht in Ordnung sein!

Das Verantwortungsbewußtsein des Menschen und die Humanität sind wesentliche Bestandteile des Menschseins schlechthin. Wenn sie der Mensch für sich selbst und gegenüber seinen Mitmenschen verkümmern läßt oder gar verloren hat, so kann darüber eine auch noch so demonstrative Bezeugung dieser Eigenschaften gegenüber dem Tier nicht hinwegtäuschen! Beides müßte in einer echten Beziehung zueinander stehen.

Lassen Sie mich damit wieder zu meiner Ausgangsfrage zurückkehren: Hat sich in den Beziehungen Arzt—Patient etwas geändert?

Dem Grunde nach sicher nicht. Eines sollte uns aber stets bewußt sein: Die Erkenntnisse der modernen Medizin mit ihren Möglichkeiten, das Leben zu verlängern, zu erhalten, die Gesundheit wieder herzustellen, das Leben also schöner und lebenswerter zu machen, könnten verspielt werden, wenn die Menschen unserer Zeit — auch der Arzt und sein Patient — nicht zurückfinden zu den einfachen und allzeit gültigen Grundregeln des menschlichen Zusammenlebens, wenn die Mechanisierung der zwischenmenschlichen



Dr. H. Sewering  
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

Beziehungen fortschreitet, wenn Verantwortungsgefühl und Humanität verlorengehen.

Wir sollten uns deshalb wünschen, daß bei allem Stolz auf medizinische Fortschritte über dem persönlichen Verhältnis Arzt—Patient — ungeachtet aller äußeren Wandlungen — immer wieder von neuem das Wort von Paracelsus stehen möge:

„Der Arzneien höchste ist die Liebe.“

Damit erkläre ich den 18. Bayerischen Ärztetag für eröffnet.

## Begrüßungsrede des Bayerischen Staatsministers des Innern

Die Bayerische Staatsregierung, die zu vertreten ich die Ehre habe, heißt Sie zum 18. Bayerischen Ärztetag herzlich willkommen.

Ihnen, Herr Präsident, danke ich für die Einladung und für die Worte der Begrüßung. Ich freue mich, auch in diesem Jahr wieder Ihr Gast sein zu dürfen. Zum 18. Male nach dem Kriege treten Sie zusammen, um wie jedes Jahr im Herbst, so auch heuer wieder über wichtige Fach- und Standesfragen zu diskutieren. Als Tagungsort haben Sie heuer Oberfrankens Metropole Bayreuth gewählt, wieder eine Stadt mit glanzvoller Vergangenheit. Allenthalben begegnet man hier den steinernen Zeugen einer ruhmreichen Epoche prunkvollen dynastischen Mäzenatentums. Soviel Barockes zusammen mit Rokoko begegnet einem woanders selten in dieser gedrängten Fülle, wie gerade hier in der altehrwürdigen Markgrafenstadt. Sie, die hier versammelt sind, werden in den nächsten Tagen noch Gelegenheit haben, auch das Nützliche mit dem Schönen dieser Stadt zu verbinden. Ich glaube, daß Sie nicht schlecht beraten waren, als Sie diese schöne oberfränkische Stadt zum Tagungsort gewählt haben.

Die Berufs- und Standesangelegenheiten der Ärzte bewegen heute mehr denn je auch die Öffentlichkeit. Sie erkennt immer mehr, welche wichtige Stellung der freie Arztstand in unserer Gesellschaft einnimmt. Die bestehenden und sich ständig fortentwickelnden sozialen und gesellschaftlichen Verhältnisse bringen für den Angehörigen des freien ärztlichen Berufsstandes zwangsläufig Aufgaben und Belastungen mit sich,

deren Bewältigung die Kraft des einzelnen übersteigt. Die damit zusammenhängenden Probleme zu erörtern und sie zum Besten des Ärztstandes und der von ihm betreuten Menschen einer Lösung zuzuführen, ist eine der wesentlichsten Aufgaben einer repräsentativen Veranstaltung der gesamten Ärzteschaft eines Landes.

Die Bedeutung der Gesundheit, ihrer Pflege und Erhaltung und der sie bedrohenden Gefahren ist, wie wir wissen, ein politisches Thema ersten Ranges geworden. So wie sich die Gesundheitspolitik aus der Gesellschaftspolitik verselbständigt hat, hat sich auch der Anspruch an die Gesundheit fortentwickelt. Der Wert der Gesundheit wird vom einzelnen mehr und mehr verstanden. Nach zuverlässigen demoskopischen Untersuchungen steht unter den Sorgen im täglichen Leben die Sorge um die Gesundheit an erster Stelle. Würde und Wert der Person und das Recht des Menschen auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit müssen die Grundlage der Gesundheitspolitik bilden. Sie muß dem Staatsbürger Pflege, Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit ermöglichen, ihm eine den wissenschaftlichen Erkenntnissen und den Grundsätzen der Humanität entsprechende Behandlung gewährleisten und dem gesundheitlich Gefährdeten und Geschädigten jede Hilfe leisten, die ihm ein sinnerfülltes Leben in Freiheit und Würde ermöglicht. Um das zu verwirklichen, muß vor allem dem Bürger die freie Arztwahl gesichert bleiben. Jeder einzelne Mensch soll und muß in einem der persönlichsten Bereiche seines Daseins, d. h. in Krankheit und Not, den Arzt seines Vertrauens frei

wählen können. Und dieser Arzt soll und muß beruflich so unabhängig sein, daß er unbeschadet seiner Verpflichtung gegenüber der Gemeinschaft dem Wohle seiner Patienten auf die beste Weise dienen kann. Jeder Eingriff in die menschlich-intimen Beziehungen zwischen Arzt und Kranken wäre von Schaden.

Nur der Arzt, der mit allen Lebensumständen des einzelnen vertraut ist, ist in der Lage, diesen Menschen in seiner Ganzheit zu sehen und zu behandeln.

Das gilt für die kurative Medizin genauso wie für die vorbeugende Gesundheitspflege. Eine solche, die nicht von der engen Verbundenheit des Arztes mit seinen Kranken ausgeht, wäre von vorneherein in ihrer Wirkung stark eingeschränkt. Gerade durch die Gesundheitsvorsorge, einem noch sehr jungen Fach in der Medizin, wird der Arzt der Gesundheit des Menschen vielleicht noch mehr dienen können als durch die alte Kunst des Heilens. Damit sollen die großartigen Leistungen auf diesem Gebiet gewiß nicht geschmälert sein; aber dem einzelnen wie der Gemeinschaft ist mehr gedient, wenn eine Krankheit durch sorgfältige Frühdiagnose gar nicht erst zum Ausbruch kommt.

Die Arbeitsmedizin war in den letzten Jahren oftmals Gegenstand wichtiger Diskussionen bei Kongressen und Tagungen. Sie hat heute innerhalb der Medizin die ihr gebührende Anerkennung gefunden. Ich will hier gar nicht erst versuchen, auf ihre Bedeutung und auf ihre Wechselbeziehungen zu den anderen Fächern der Medizin einzugehen; ich freue mich vielmehr, daß Sie dem Rechnung tragen, indem Sie die Arbeitsmedizin als gleichberechtigte Partnerin in die Berufsordnung aufnehmen.

Gestatten Sie mir, daß ich zur Situation des Krankenhauswesens in Bayern noch ein kurzes Wort sage. Sie haben die Krankenhausplanung auf die Tagesordnung der Vollversammlung gesetzt. Damit haben Sie zum Ausdruck gebracht, welche Bedeutung Sie diesem aktuellen Thema beimessen. Der Krankenhausplan für das Land Bayern, der in meinem Haus erarbeitet wurde, liegt nunmehr dem Ministerrat vor. Er dürfte in Kürze im Bayerischen Landtag beraten werden. Ich glaube heute mit Berechtigung sagen zu können, daß wir uns damit für die nächste Zukunft ein klares Ziel gesetzt haben, die Krankenhausverhältnisse in unserem Land zu ordnen. Der Anfang ist nun gemacht. Mit gutem Willen aller daran Beteiligten werden wir das, was wir uns vorgenommen haben, auch zu einem erfolgreichen Abschluß bringen. Mein Mitarbeiter, Herr Ministerialrat Dr. Hein, wird Sie noch mit dem vielschichtigen Problem einer Krankenhausplanung im einzelnen näher vertraut machen. Ich möchte nur hoffen, daß all die Arbeit, die in diesem Werk liegt, nicht vertan ist, sondern in der Ausführung dieses Planes ihre Früchte trägt.

Meine Damen und Herren! Ärzte sind nach dem Urteil der Soziologen mit die besten Multiplikatoren, weil sie über ihre Sprechstunde zu Tausenden sprechen. Ich habe an Sie nun eine Bitte: Machen Sie lebhaften Gebrauch von Ihrer Macht als Meinungsbildner für diesen Plan, der am Ende auch Ihnen selbst nutzen soll. Ich verspreche Ihnen dafür, wenn es wieder einmal um berechnete Anliegen Ihres Berufsstandes geht, mich genauso warm wie schon einmal dafür einzusetzen. Gewinnen Sie die Ihnen in die Hände gegebenen Politiker für unseren Plan, dann werde ich die



Dipl.-Ing. H. Junker  
Bayerischer Staatsminister des Innern

Politiker gerne auch bitten, den ärztlichen Standes- und Berufssorgen ihr Ohr zu leihen.

Ich bin mir sicher, daß auch die Ergebnisse dieser Tagung und die daraus zu ziehenden Folgerungen für das Gesundheitswesen unseres Landes von ihrer eigenen Bedeutung sind.

So wünsche ich Ihnen aus der ernsthaften Arbeit dieser Tage viel Erfolg und Gewinn für Ihre weitere Tätigkeit.

Der Präsident der Bundesärztekammer hob in seinem Grußwort insbesondere die Leistungen der bayerischen Ärzteschaft in der Gesundheitspolitik hervor. Er erwähnte dabei insbesondere die in Bayern seit einigen Monaten durchgeführten Vorsorgeuntersuchungen zur Betreuung werdender Mütter, die er als vorbildlich und nachahmenswert bezeichnete. Er dankte auch dem Bayerischen Staatsminister des Innern für sein großes Verständnis, das er stets ärztlichen Belangen entgegengebracht hatte.

Im Anschluß folgte ein Vortrag von Hans Max Freiherr von und zu Aufsess: „In Franken fangen sich die Winde“, eine feinsinnige Betrachtung der kulturellen und politischen Bedeutung des Frankenlandes.

Den Abschluß der Eröffnungsfeier bildete das Konzert für Violine und Orchester von W. A. Mozart.

### Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft für Staatsminister Junker

Bei der Eröffnung des 18. Bayerischen Ärztetages in Bayreuth überreichte der Präsident der Bundesärztekammer, Herr Dr. med. Ernst Fromm, dem Bayerischen Staatsminister des Innern, Herrn Dipl.-Ing. Heinrich Junker, das Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft.

Mit der Überreichung dieser Auszeichnung ehrte die deutsche Ärzteschaft einen Politiker, der sich stets für die Stärkung des freien Arztiums eingesetzt hat. Als langjähriger Bayerischer Staatsminister des Innern hat er sich den ärztlichen Belangen immer sehr aufgeschlossen gezeigt. Seine Einstellung gegenüber unserem Stand hat er sehr deutlich in seiner vielbeachteten Rede „Arzt und Staat“ anlässlich der Eröffnung des vorjährigen Deutschen Ärztetages in Augsburg zum Ausdruck gebracht. Auch in seiner Eigenschaft als Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Bundesrats hat er großen Anteil bei der Abwehr von Versuchen, über die Gebührenordnung die ärztliche Freiheit einzuschränken.

# Vollversammlung

der Bayerischen Landesärztekammer

am 16./17. Oktober 1965 in Bayreuth, Balkonsaal der Stadthalle

## TAGESORDNUNG

1. Tätigkeitsbericht der Kammer
2. Rechnungsabschluß 1964 für Kammer und Kindergeldkasse; Voranschlag 1966 für die Kammer
3. Formelle Aufhebung des Beschlusses über die Errichtung einer Kindergeldkasse bei der Bayerischen Landesärztekammer, der Verwaltungsanordnung zur Kindergeldkasse und des Teiles B der vom 13. Bayerischen Ärztetag 1960 beschlossenen Beitragsordnung zur Bayerischen Landesärztekammer
4. Einführung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ in die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958
5. Krankenhausplanung in Bayern
6. Die Bayerische Ärzteversorgung
7. Wahl des Tagungsortes des 19. Bayerischen Ärztetages

## TAGUNGSVERLAUF

### Präsident Dr. Sewering eröffnet die Sitzung

Liebe Kolleginnen und Kollegen! Ich eröffne die Arbeitssitzung des 18. Bayerischen Ärztetages und darf Sie hier noch einmal sehr herzlich willkommen heißen. Wie Sie wissen, hat dieser Ärztetag einen tragischen Anfang genommen. Gestern Abend ist bei seiner Ankunft in Bayreuth unser Kollege und alter Freund, der Delegierte des Bayerischen Ärztetages Dr. Mierlein, einem Herzinfarkt erlegen.

(Die Anwesenden erheben sich)

Kollege Mierlein hat seit 22 Jahren in verantwortlicher Stelle in der ärztlichen Standesorganisation, in Kammer- und Kassenärztlicher Vereinigung, mitgewirkt. Er war immer einer unserer eifrigsten und einsatzbereitesten Kollegen, obwohl er schon viele Jahre krank war und sein Schicksal sicher auch erkannte. Er hat es sich auch dieses Mal nicht nehmen lassen, direkt aus seiner ärztlichen Praxis heraus nach Bayreuth zu kommen, wo ihn nunmehr der Tod ereilte. Meine Kolleginnen und Kollegen! Wir sollten uns diesen wirklich hervorragenden Arzt und Freund Mierlein zum Vorbild gereichen lassen, aber auch gleichzeitig zur Mahnung, auch an die eigene Gesundheit zu denken, und vielleicht doch, wenn es einmal nicht mehr so geht, etwas zurückzustecken. Unser Freund Mierlein hat sich zuviel vorgenommen. Wir werden ihm stets ein ehrendes Andenken bewahren. Sie haben sich von Ihren Sitzen erhoben, ich danke Ihnen.

Meine Damen und Herren! Es hat sich eine Reihe von Delegierten wegen Krankheit, Urlaub und dienstlicher Verhinderung entschuldigen lassen. Die Versammlung ist aber zweifelsfrei beschlußfähig, weil die Mehrzahl der Delegierten anwesend ist.

Ich darf in der Arbeitssitzung als Vertreter des Bayerischen Staatsministeriums des Innern unseren Koll.

Herrn Ministerialrat Dr. Hein zusammen mit Herrn Regierungsdirektor Dr. Wilhelm begrüßen. Ich heiße sie herzlich willkommen. Dann darf ich als Gast in unserer Mitte unseren alten Freund Dr. Luber begrüßen. Er nimmt nach wie vor, obwohl er sich im verdienten Ruhestand befindet, vollen Anteil an unserem Geschick. Natürlich hat ihn besonders das Thema des morgigen Tages angezogen. Er hat mir auch viele wertvolle Hinweise für die Beurteilung der Fragen gegeben, denen wir gegenüberstehen.

Als neu hinzugetretenen Delegierten begrüße ich Herrn Kollegen Muth aus Würzburg anstelle des Herrn Kollegen Zillmer, der ausgeschieden ist, dann den Herrn Kollegen Richter aus Neumarkt anstelle des Herrn Kollegen Marlinger, der sein Mandat aus Altersgründen niedergelegt hat, und Herrn Kollegen Zehetbauer aus München anstelle von Herrn Kollegen Bestvater, der aus gesundheitlichen Gründen auf sein Mandat verzichtete.

Meine Herren! Zum technischen Ablauf unserer Tagesordnung darf ich noch folgendes kurz bemerken: Wir haben eine sehr große Tagesordnung. Wir müssen unter allen Umständen versuchen, heute alle Tagesordnungspunkte bis auf den Punkt „Die Bayerische Ärzteversorgung“ zu erledigen, damit wir den morgigen Vormittag allein für dieses Thema zur Verfügung haben.

(Zustimmung)

Es wird uns sicher nicht gelingen, bereits heute mit dem Thema zu beginnen; dazu ist der Tag einfach nicht lang genug.

Die Tagesordnung ist Ihnen rechtzeitig zugegangen. Haben Sie dazu irgendwelche Wünsche oder Anregungen? — Das ist nicht der Fall. Dann können wir ohne Verzug in die Tagesordnung eintreten.

## Tätigkeitsbericht der Bayerischen Landesärztekammer

erstattet von Dr. H. Sewering, Präsident

Meine Damen und Herren! Wie alljährlich, so habe ich Ihnen auch in diesem Jahre den Tätigkeitsbericht der Kammer zu erstatten. Ich hatte mir vorgenommen, nur die wesentlichsten Dinge in diesen Tätigkeitsbericht aufzunehmen; er ist trotzdem umfangreich geworden. Ich bitte Sie um Nachsicht. Ich möchte gleich betonen, daß selbstverständlich alle die Fragen, die ich nicht anspreche, von Ihnen in der Diskussion aufgeworfen werden können. Sie werden von uns beantwortet, und dann kann unsere Stellungnahme diskutiert werden.

### Gesundheits- und sozialpolitische Lage

Lassen Sie mich zunächst mit einem Überblick über die gesundheits- und sozialpolitische Lage und über die Mitwirkung der Kammer in diesem so bedeutungsvollen Bereich beginnen. Gleich an den Anfang stelle ich das Wirken unserer Kollegen im **Landtag** und im **Bayerischen Senat**. Im Bayerischen Landtag haben wir drei Kollegen sitzen; es sind dies bei der CSU Herr Kollege **Soennling**, bei der FDP die Herren von **Brentano-Hommeyer** und **Dehler**. Im Bayerischen Senat vertritt die Anliegen der freien Berufe unser Herr Kollege **von Gugel**. Außerdem ist als weiterer Arzt im Senat noch der Herr Kollege **Kläß** aus Fürth. Er ist allerdings nicht als Vertreter der freien Berufe, sondern als Vertreter des Bayerischen Roten Kreuzes dort. Immerhin sitzen auf diese Weise im Bayerischen Senat zwei Ärzte.

Die Themen, welche im Maximilianeum behandelt wurden, teilweise im Landtag und zum Teil auch im Senat, waren sehr vielfältig. Ich nenne die Fragen zum Jugendarbeitsschutzgesetz, die Fragen der ärztlichen Ausbildung, vor allem der Schaffung von Ausbildungsstätten, die Errichtung neuer Lehrstühle, wo sehr wesentliche Vorstöße unternommen worden sind, wenn auch leider mit sehr geringem Erfolg, die ständigen Bemühungen um die Verbesserung des Krankenhauswesens, die Förderung und Ausbildung von Pflegepersonal und seine bessere soziale Betreuung. Gerade das ist eine große und bedeutsame Frage für das ganze Krankenhauswesen. Beraten wurden ferner die Frage der Arbeitsbedingung der Medizinalassistenten, die Besoldung der Ärzte im öffentlichen Gesundheitsdienst — eine Frage, die mit sehr großem Erfolg im Bayerischen Landtag behandelt wurde. Ich glaube, das kann man ohne weiteres sagen, wenn man weiß, wie groß die Widerstände gerade auf diesem Gebiete immer gewesen sind, ferner Fragen der Ärzteversorgung, der Untersuchungen nach der Strahlenschutzverordnung und so weiter.

Wir können mit Beruhigung sagen, daß unsere ärztlichen Kollegen im Landtag und im Senat allen Fragen nachgehen, die uns berühren, die in den Bereich der Gesundheitspolitik und der Sozialpolitik fallen, so daß wir also stets die Überzeugung haben durften, daß die Gruppe der Ärzte im Parlament zwar sehr klein, dafür aber um so wirksamer ist. Ich möchte an dieser Stelle — und das soll der Anfang meines Tätigkeitsberichtes sein — diesen unseren Kollegen, die ich namentlich genannt habe, den herzlichsten Dank der Kammer und der bayerischen Ärzteschaft aussprechen.

Ich erwähne, daß die Zusammenarbeit mit dem **Landesgesundheitsrat**, einem Gremium, das seit nunmehr gut zehn Jahren besteht, auch weiterhin sehr erfreulich und fruchtbar gewesen ist. Sie wissen, daß der Bayerische Landesgesundheitsrat sich aus Vertretern der verschiedensten Körperschaften Bayerns zusammensetzt, die irgendwie mit Gesundheitsfragen zu tun haben. Es gehört ihm also nur eine kleinere Zahl von Ärzten an. Trotzdem zeigte es sich, daß dieser Landesgesundheitsrat ein hervorragendes Gremium zur Diskussion gesundheitspolitischer Fragen darstellt. Es ist uns gelungen, auf diese Weise über den Landesgesundheitsrat sehr erheblich das Ohr der Öffentlichkeit und vor allem das Ohr des Gesetzgebers für unsere ärztliche Auffassung zu gewinnen. Ich erinnere z. B. daran, daß wir die Errichtung von Krebsberatungsstellen in Bayern, die einmal im Landtag gefordert wurden, durch unseren Vortrag im Landesgesundheitsrat verhindern konnten. Auch im weiteren Verlauf der Arbeiten hatten wir immer wieder die Möglichkeit, ärztliche Gesichtspunkte sehr wirksam zu vertreten.

Der Landesgesundheitsrat hat sich in der letzten Zeit mit Fragen des Unfallrettungsdienstes befaßt und wieder einmal alle Gesprächspartner zusammengeführt, die daran beteiligt sind. Ich hoffe, daß sich daraus Konsequenzen für eine Verbesserung des Unfallrettungsdienstes in Bayern ergeben. Der Landesgesundheitsrat befaßte sich auch mit dem Problem des krankhaften Alkoholismus. Dabei stellte sich heraus, daß dieses Problem zunehmend Bedeutung gewinnt.

Wir werden in der nächsten Zeit die Frage der Erfassung und Betreuung der Diabetiker auch in diesem Gremium behandeln. Ich hoffe, daß wir dann wiederum wie in der Frage der Krebserkennung und Krebsbekämpfung — wenn wir diesen Ausdruck überhaupt gebrauchen dürfen — unseren ärztlichen Standpunkt werden durchsetzen können.

Dem Herrn Kollegen **Soennling**, als dem Vorsitzenden des Bayerischen Landesgesundheitsrates, möchte ich hier meinen sehr herzlichen Dank für das große Verständnis sagen, mit dem er die Zusammenarbeit stets gefördert und gepflegt hat.

Ich wende mich dann unserer Zusammenarbeit mit verschiedenen Ministerien zu, in erster Linie natürlich demjenigen Ministerium, das für das Gesundheitswesen verantwortlich ist und auch die staatliche Aufsicht über die Kammer ausübt, dem **Bayerischen Staatsministerium des Innern**. Über den derzeitigen Chef dieses Hauses noch Worte zu verlieren, hieße Eulen nach Athen tragen. Wir haben das Wirken des Herrn Staatsministers **Junker** gestern abend in der Öffentlichkeit gewürdigt. Ich habe dem nichts hinzuzufügen. Ich möchte nur eines noch einmal in Erinnerung rufen: Ich glaube, daß wir die Schlacht um die allgemeinen Bestimmungen der Gebührenordnung im Januar/Februar dieses Jahres — es war wirklich eine heiße Schlacht — nicht hätten gewinnen können, wenn wir nicht in Herrn Staatsminister **Junker** einen so hervorragenden Freund und Helfer gehabt hätten.

Ich darf aber auch hinzufügen, daß die Ausführungen des Herrn Ministers über das Verhältnis Arzt und

Staat und über das Verhältnis der ärztlichen Organisation zum Staat, die er auf dem Bayerischen Ärztetag in Ansbach und auf dem Deutschen Ärztetag in Augsburg gemacht hat, weit über Bayern hinaus Beachtung fanden und heute allgemein als Richtschnur für die Behandlung dieser Fragen gelten.

Unsere Zusammenarbeit ist im übrigen im wesentlichen eine Zusammenarbeit mit der Gesundheitsabteilung dieses Hauses. Ich kann nur, wie in den vergangenen Jahren, sagen: Eine bessere und vertrauensvollere Zusammenarbeit als wir sie seit drei Jahren pflegen, könnte man sich kaum denken. Ich glaube, daß sich das auch auf die Arbeit, die wir zu leisten haben und die die Gesundheitsabteilung des Ministeriums zu leisten hat, sehr günstig auswirkte. Wir haben gemeinsam manche Fragen bearbeitet, manche Probleme aufgreifen können, die tatsächlich nur auf dem Boden dieses besonderen Vertrauensverhältnisses gelöst werden konnten.

Ich hebe in erster Linie hervor, daß auch von seiten der Gesundheitsabteilung gerade in den Fragen der präventiven Medizin, in der Betreuung des Einzelmenschen der Grundsatz der freien Arztwahl stets hervorgehoben wird. Es bestehen keinerlei Tendenzen, etwa Aufgaben in den Bereich des öffentlichen Gesundheitsdienstes hineinzuziehen, die echte Aufgaben des Einzelarztes sein sollen. Man kann wirklich sagen, daß die Zeiten, in denen es Gegensätze zwischen der freien Ärzteschaft und dem öffentlichen Gesundheitsdienst gegeben hat, bei uns in Bayern der Vergangenheit angehören.

Wie Sie sich erinnern werden, hat das Land Bayern im Bundesrat das Jugendzahnpflegegesetz seinerzeit zwar mit verfassungsrechtlichen Gründen zu Fall gebracht, tatsächlich aber deshalb, weil die Bayerische Staatsregierung den Standpunkt vertreten hat, daß die Durchführung der Jugendzahnpflege nicht eine Aufgabe der Gesundheitsämter sein solle, sondern eine Aufgabe der niedergelassenen Zahnärzte. Der Entwurf des Bundesgesundheitsministeriums hatte vorgesehen, daß diese Aufgabe den Gesundheitsämtern übertragen würde, die dann ihrerseits Ärzte mit der Durchführung betraut hätten. Eine solche Regelung wurde sowohl von uns als auch der Bayerischen Staatsregierung abgelehnt.

Ich möchte dem Leiter der Gesundheitsabteilung, Herrn Ministerialdirigenten K n i e s, sowie Herrn Kollegen H e i n und Frau Kollegin B r e b e e k meinen sehr herzlichen Dank sagen, daß sie in dieser Weise mit uns zusammenarbeiten.

Ein Problem, das vor uns steht und das wir jetzt gemeinsam in Angriff nehmen müssen, habe ich bereits im Zusammenhang mit dem Landesgesundheitsrat erwähnt. Es ist die Frage der Erfassung der Diabetiker und ihrer zweckmäßigen Betreuung. Auch hierzu liegt ein Antrag im Landtag vor, von seiten des Staats etwas zu unternehmen. Unsere bisherigen Gespräche kamen, wie auf anderen Gebieten, zu dem Ergebnis, daß die Erfassung der Diabetiker nur im Rahmen allgemeiner Vorsorgeuntersuchungen möglich ist, die durch die niedergelassenen Ärzte durchgeführt werden, daß es also nicht sinnvoll wäre, wie es in manchen Vorstellungen zum Ausdruck kommt, etwa nun Diabetiker-Beratungsstellen einzuführen, Reihenuntersuchungen und ähnliches zu machen. Die Ärzteschaft hat schon im vergangenen Jahr gezeigt, daß sie sich der Bedeutung

des Problems Diabetes bewußt ist und daß es nicht notwendig ist, irgendwelche staatlichen Maßnahmen zu ergreifen. Es bleibt nur zu hoffen, daß der neugewählte Bundestag nun doch in absehbarer Zeit wenigstens insofern zu einer Neuordnung der Krankenversicherung kommt, als endlich die regelmäßigen Vorsorgeuntersuchungen der Versicherten zu einer Pflichtaufgabe der Krankenversicherung gemacht werden. Denn auf diese Weise wird es am besten möglich sein, alle diese Fragen zu lösen, wie eben die Erfassung der unbekannteren Diabetiker. Ihre Betreuung ist ohnedies eine Aufgabe des niedergelassenen Arztes. Ich hoffe, daß jeder Kollege, der Diabetiker in seiner Praxis betreut, sich auch der großen Verantwortung bewußt ist, die über die allgemeine ärztliche Verantwortung hinaus darin liegt, daß wir uns in einer ständigen Auseinandersetzung mit Kräften befinden, die nie Ruhe geben werden, wenn es darum geht, Aufgaben zu institutionalisieren und aus dem Bereich der freipraktizierenden Ärzte herauszunehmen.

In diesen Bereich der Zusammenarbeit mit der Gesundheitsabteilung gehört auch unsere planmäßige Vorbereitung für die Durchführung der **Blutgruppenuntersuchungen der werdenden Mütter**. Wir haben diese Aktion — wenn ich sie einmal so nennen darf — am 1. Juli 1964 begonnen, und zwar in erfreulichem Zusammenwirken auch mit den Landesverbänden der Krankenkassen; das möchte ich ausdrücklich unterstreichen. Ich betone, daß ich über Fragen der Methodik dieser Blutgruppenuntersuchungen mich heute nicht äußern kann. Es würde allein einen Vormittag in Anspruch nehmen, wenn wir etwa diese Frage diskutieren wollten, ob man die Väter mituntersuchen muß oder nicht oder wie es um die ABO-Inkompatibilität usw. steht. Die Systematik der Untersuchung will ich hier nicht erörtern, ich möchte Sie aber mit den Zahlen vertraut machen:

In Bayern sind innerhalb eines Jahres, nämlich vom 1. Juli 1964 bis 30. Juni 1965, immerhin rund 67 000 Untersuchungen durchgeführt worden. Wenn man bedenkt, daß hier etwas ganz Neues auf unsere Bevölkerung zukam, ist das eine sehr beachtliche Zahl. Trotzdem können wir uns damit noch keineswegs zufrieden geben. Im Vergleich zur Zahl der Geburten in Bayern sind 67 000 Blutgruppenuntersuchungen einfach zu wenig. Wir rechnen in Bayern pro Jahr mit rund 185 000 Geburten, die sich aufgliedern in etwa 40 Prozent Erstgeburten, 30 Prozent Zweitgeburten, 30 Prozent Dritt- und Mehrgeburten. Wir müssen also in der Zukunft alles tun, um möglichst auch die letzte Frau zu erfassen. Erst wenn wir einmal durch sind und alle Erstschwangeren untersucht haben, wenn wir in den fraglichen Fällen auch in der Zweitschwangerschaft die Untersuchung durchgeführt haben, wird die Zahl etwas zurückgehen, weil dann alle Mehrgebärenden im großen und ganzen — mit geringen Ausnahmen — ausscheiden.

Zunächst möchte ich Sie aber darauf aufmerksam machen, daß diese 67 000 Untersuchungen zwar ein recht erfreulicher Anfangserfolg sind, aber noch weit von dem erstrebten Ziel entfernt liegen. Bitte, machen Sie alle Ihre Kolleginnen und Kollegen draußen in den Versammlungen darauf aufmerksam, daß diese Blutgruppenuntersuchungen wirklich in keinem Falle übersehen werden. Wir werden auch in der Publizistik dafür sorgen, daß diese notwendigen Untersuchungsmaßnahmen noch mehr in das Bewußtsein der Frauen gebracht werden.

Dann darf ich mich unserer Zusammenarbeit mit dem **Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge** zuwenden. Auch mit diesem Ministerium haben wir sehr gute Kontakte auf zwei Gebieten, nämlich einmal bei den Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz und zum zweiten im Bereich der Arbeitsmedizin, auf letzterem Gebiet in zunehmendem Maße.

Zunächst ein Wort zur Durchführung der **Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz**. Die Zahlen habe ich Ihnen jedes Jahr bekanntgegeben. Ich möchte Sie auch heuer über den letzten Stand unterrichten. In der Zeit vom vierten Quartal 1964 bis einschließlich drittem Quartal 1965 wurden durch die bayerischen Ärzte 83 489 Erstuntersuchungen durchgeführt und 24 733 Nachuntersuchungen, also Nachuntersuchungen nach einjähriger Lehrzeit. Die Zahl der fachärztlichen Ergänzungsuntersuchungen zur allgemeinen Untersuchung liegt bei 6739. Insgesamt sind in der Zeit von 1962 bis 1965 durch die bayerischen Ärzte 336 476 Untersuchungen abgerechnet worden. Das sind sehr beachtliche Zahlen.

Nach wie vor beunruhigt uns die erhebliche Diskrepanz zwischen den Erstuntersuchungen und den Nachuntersuchungen. Wenn man aber die Erstuntersuchungen des Jahres 1963 in Vergleich setzt mit den Nachuntersuchungen des Jahres 1964, dann ergibt sich für 1963, daß 78 818 Erstuntersuchungen durchgeführt wurden, denen im Jahre 1964 nur 27 522 Nachuntersuchungen folgten. Wir haben die zuständigen Behörden auf diese Lücke aufmerksam gemacht. Sie wurde auch erkannt. Die Konferenz der Arbeitsminister beschäftigte sich mit dieser Frage. Es wird über den Bundesrat ein Initiativantrag an die Bundesregierung herangetragen werden, um entsprechende Maßnahmen durchzuführen.

Das Problem liegt darin, daß die gesetzliche Bestimmung über die Durchführung der Nachuntersuchungen zwar dem Arbeitgeber, dem Lehrherrn, aufträgt, die Bescheinigung über die Nachuntersuchung zu verlangen, daß aber kein Zwang dahintersteht, etwa gegen den Lehrling vorzugehen, wenn dieser die Bescheinigung nicht bringt. Wenn also der Zwang zur Durchführung der Nachuntersuchungen verstärkt werden soll — was wir ärztlich für notwendig halten —, dann geht es nur über eine Änderung des Gesetzes durch den Bundestag. Die Konferenz der Arbeitsminister will diesen Weg gehen, weil sie mit uns der Auffassung ist, daß den Nachuntersuchungen erhebliche Bedeutung zukommt und daß sie deshalb nicht einfach stillschweigend untergehen dürfen.

Schließlich noch ein Wort zu der Honorarseite bei diesen Untersuchungen. Seit 1962 bis heute wurden an die bayerischen Kollegen als Honorare für die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz insgesamt 8 871 792 DM ausbezahlt, eine Summe, die doch immerhin beachtenswert erscheint.

Die Konferenz der Arbeitsminister hat inzwischen unter Berücksichtigung der am 1. April in Kraft getretenen neuen Gebührenordnung beschlossen, das Honorar für die Grunduntersuchungen von bisher 27 DM auf 34 DM zu erhöhen. Leider hat — mit Ausnahme Nordrhein-Westfalens — noch kein Bundesland die Verordnung über die Erhöhung dieses Honorars erlassen. Ich habe deshalb in der vergangenen Woche noch einmal beim Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge vorgeführt und mich er-

kündigt, wie der Stand der Sache sei. Dabei wurde mir versichert, daß das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge nach wie vor und in Übereinstimmung mit der Konferenz der Arbeitsminister für die Erhöhung auf 34 DM eintritt, daß aber die Länder Saar, Rheinland-Pfalz, Hessen und Niedersachsen gegen diesen Beschluß der Arbeitsminister durch ihre Finanzminister Einspruch erhoben haben, so daß am 20. Oktober noch einmal eine Konferenz der Länderfinanzminister stattfinden müsse. Die bayerischen Stellen sind der Auffassung, daß es bei dem Beschluß der Arbeitsministerkonferenz bleiben wird, daß also die Erhöhung auf 34 DM kommen werde. Wir müssen aber unsererseits dafür Verständnis haben, daß die Bayerische Staatsregierung von sich aus nicht vordringen kann, weil sie eine grundlegend andere Situation hat wie eben das Land Nordrhein-Westfalen. Bayern ist ein nehmendes Land im Finanzausgleich der Länder, während das Land Nordrhein-Westfalen bekanntlich zu denen gehört, die etwas abgeben müssen. Wir werden also noch eine kurze Frist auf die neue Verordnung warten müssen. Aber die Anhebung der Honorare auf 34 DM scheint mir nach den Auskünften, die ich erhalten habe, nicht zweifelhaft zu sein.

Im Rahmen dieser Aufgabe der Jugendarbeitsschutzuntersuchungen ist ein neuer Gesichtspunkt hinzugekommen, der von uns aus gesehen sehr interessant ist und der auch wiederholt von ärztlichen Stellen aus angesprochen wurde. Wir untersuchen in einem großen Umfang Jugendliche, gewinnen einen Einblick in die Jugendgesundheit, wie es früher überhaupt nicht möglich gewesen wäre, aber die Untersuchungsergebnisse bleiben bei den Akten des einzelnen Arztes und werden niemals ausgewertet. Das war aus ärztlicher Sicht gesehen schon immer ein wesentlicher Mangel dieses Gesetzes.

Es soll deshalb nunmehr eine Auswertung dieser Untersuchungsergebnisse stattfinden, wobei das ärztliche Berufsgeheimnis dadurch gewahrt werden wird, daß der Untersuchungsbogen, welchen der untersuchende Arzt einreicht, keinen Namen enthält. Es kommt für die statistische Auswertung nicht auf den Namen des Jugendlichen an, sondern nur auf die Untersuchungsergebnisse. Wir werden also eine Form finden müssen, die es zwar ermöglicht, bei dem betreffenden Arzt eine Rückfrage zu halten, etwa durch eine Kennziffer, die der Arzt auch auf seinem Untersuchungsbogen anbringt, aber es wird kein Name angegeben sein. Ich glaube, daß wir uns von der ärztlichen Seite her einer solchen Auswertung der Untersuchungsergebnisse nicht entgegenstellen können, sondern daß gerade wir Ärzte daran das größte Interesse haben müssen. Wenn sich nämlich aus einem so großen Material Ergebnisse zeigen, die gesundheitspolitische Konsequenzen im Sinne der Prävention haben, dann müssen gerade wir daran besonders interessiert sein. Wir werden uns um die Art und Weise der Durchführung noch bemühen und werden eine Form finden, die keine besondere zusätzliche Belastung unserer Kollegen mit sich bringt.

Der zweite Bereich unserer Zusammenarbeit mit dem Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge liegt bei der **Arbeitsmedizin**. Die Arbeitsmedizin gewinnt sowohl echt medizinisch, aber weit darüber hinaus auch politisch immer größere Bedeutung. Es sind inzwischen auch schon einige Lehrstühle für Arbeitsmedizin errichtet worden. Die Intensivierung des werksärztlichen Dienstes gehört mit zu den ganz großen Anliegen nicht

nur der Gewerkschaften, sondern auch der Arbeitgeber, aber auch aller Gesundheits- und Sozialpolitiker.

Die deutsche Ärzteschaft war gut beraten, daß sie sich dieser Aufgabe annahm, ehe sie an uns vorbeimarschiert wäre. Auch der Beschluß über die Einführung einer Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“, wie er vom Deutschen Ärztetag in Berlin gefaßt wurde, war eine zwingende Konsequenz der Entwicklung; denn wir hätten sonst mit Sicherheit damit rechnen müssen, daß das Gebiet der Arbeitsmedizin aus der Regelung durch den Berufsstand herausgenommen und dem Parlament übertragen worden wäre. Das aber konnte nicht in unserem Sinne sein, und deshalb sind wir sehr froh darüber, daß der Deutsche Ärztetag diesen Beschluß gefaßt hat.

Wir in Bayern selbst nehmen uns der Fragen der Fortbildung im Bereich der Arbeitsmedizin, aber auch der Weiterbildung der Ärzte für den Beruf des Werkarztes sehr intensiv an. Wir haben die bisherigen Kurse stets gemeinsam mit dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge vorbereitet und auch durchgeführt. Es fand ein Wochenend-Fortbildungskurs statt. Es hat auch bereits der erste vierwöchige Lehrgang für Ärzte stattgefunden, die später einmal als Werkärzte tätig sein wollen. Die Beteiligung war nicht überwältigend groß, wenn man aber bedenkt, daß es sich nur um ein relativ kleines Teilgebiet im Gesamtbereich handelt, dann war sie doch immerhin beachtenswert. Wir werden auch in der Zukunft sehr intensiv mitwirken. Gerade für unser Land kann ich sagen, daß das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge sehr froh darüber ist, wenn die Kammer diese Dinge in der Hand behält und in keiner Weise den Ehrgeiz hat, etwa eine Sache des Ministeriums daraus zu machen. Die Gestaltung bleibt eine Sache der ärztlichen Selbstverwaltung; und das liegt wohl voll und ganz in unserer Konzeption.

Mit dem **Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus** haben wir auch Berührungspunkte, wenn auch nicht in sehr weitem Umfange. Sie liegen vor allem dort, wo es um die Errichtung von neuen Lehrstühlen geht, wo wir allerdings, genau wie unsere ärztlichen Kollegen im Landtag, nur sehr geringe Erfolge verzeichnen können. Unsere Bemühungen um einen Lehrstuhl für Strahlenheilkunde in Erlangen oder für Tropenmedizin an der Medizinischen Fakultät der Universität München, um nur zwei Beispiele zu nennen, sind leider bisher erfolglos geblieben. Die Medizinische Fakultät München sah sich offenbar — um nur ein Beispiel zu bringen — nicht in der Lage, Herrn Professor Herrlich als Ordinarius für Tropenmedizin zu berufen, so daß der Human-Mediziner und Tropenmediziner Herrlich inzwischen ein Ordinariat an der Veterinärmedizinischen Fakultät der Universität München bekommen hat; aus unserer Sicht als einfache Ärzte ist das eine immerhin etwas merkwürdige Entwicklung.

Wir beobachten auch mit Interesse die Vorbereitungen für den Bau des neuen Klinikums in München. Die Arbeiten gehen offensichtlich nur sehr langsam voran. Der unter uns weilende Herr Kollege Dr. Soenning könnte dazu sicher noch manches sagen.

Sie wissen, daß darüber hinaus auch die Universität Regensburg im Entstehen begriffen ist. Der Landtag hat vor längerer Zeit einmal beschlossen, eine Medi-

zinische Akademie in Augsburg zu errichten, ein Projekt, das sicher der fernerer Zukunft angehört. Es ist auch darüber gesprochen worden, wie weit man die Krankenanstalten Münchens noch zusätzlich zur Ausbildung von Medizinstudenten heranziehen könnte, etwa im Sinne einer zweiten Fakultät oder im Sinne einer Akademie. Hier ist sehr vieles, was in den Bereich unserer Zusammenarbeit mit dem Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus fällt. Ich habe die Überzeugung, daß wir in dem nunmehrigen Kultusminister Dr. Huber einen aufgeschlossenen Gesprächspartner haben, und ich hoffe deshalb, daß in der Zukunft in diesen Fragen, die ich kurz andeutete, vielleicht doch etwas mehr geschehen wird als in der Vergangenheit.

Wenn ich von Zusammenarbeit mit anderen spreche, darf ich nicht unerwähnt lassen, daß die Kammer in den vergangenen Jahren weiterhin sehr großen Wert darauf gelegt hat, auch einen sehr vertrauensvollen Kontakt und eine gute Zusammenarbeit mit den **freien ärztlichen Verbänden** zu pflegen. Das war sicherlich eine von beiden Seiten begrüßte Entwicklung, die sich auf uns alle, auf unsere Kollegen, auf unsere Sorgen und Angelegenheiten günstig ausgewirkt hat. Ich bin überzeugt, daß wir diese gute Zusammenarbeit auch in der Zukunft pflegen werden. Wir haben längst über die Gegensätze hinweggefunden, die uns einmal trennten. Es hat jeder inzwischen seinen Bereich, in dem er wirkt. Die Zusammenarbeit funktioniert — so habe ich wenigstens den Eindruck — ausgezeichnet.

Wenn ich an dieser Stelle kurz etwas einblende, was zu berichten mir notwendig erscheint, so ist es mir eigentlich fast unangenehm, es im Anschluß an die Zusammenarbeit mit den freien Verbänden tun zu müssen; ich kann es aber sonst nirgends unterbringen.

Zu Beginn dieses Jahres erschien in einer französischen Zeitschrift ein Artikel, in welchem eine Reihe von Kollegen — Herr Kollege v. Gugel, Herr Kollege Meider und ich aus Bayern, und die Herren Kollegen Jungmann und Reese aus dem übrigen Bundesgebiet, in einer Art und Weise angegriffen und verleumdet wurden, die nicht unwidersprochen bleiben konnte. Wir waren in der Lage, sehr rasch darauf hinzuweisen, daß die Urheber dieses Artikels — nicht die, die ihn veröffentlicht haben, sondern die Urheber — sich ganz in unserer Nähe befinden und daß es eine Splittergruppe unter der Bezeichnung UMEL ist, deren Vorsitzende in München wohnen.

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns hat seinerzeit in einer ausführlichen und unmißverständlichen Stellungnahme die Handlungsweise dieser Herren gegeißelt und einen entsprechenden Beschluß, der einstimmig gefaßt wurde, auch veröffentlicht. Daraufhin wurde von dieser Seite eine Einstweilige Verfügung gegen Herrn Völlinger und mich erwirkt, welche es uns untersagte, die in dem Beschluß der Vertreterversammlung enthaltenen Feststellungen weiterzuerweitern. Wir haben aber die betreffenden Herren zu einer Unterlassungsklage zwingen können. Gerade als ich nach Bayreuth abfuhr, wurde uns das Urteil in dieser Klage zugestellt. Ich kann Ihnen ganz kurz das Ergebnis sagen: Die Klage wurde abgewiesen, das Gericht hat sich dann — womit wir zunächst gar nicht rechnen konnten — eingehend mit der Sache befaßt. Es hat sich nicht damit begnügt,

etwa nur rein formaljuristisch die Klage abzuweisen, sondern es hat sich mit der Sache selbst eingehend befaßt. Es ist ein sehr umfangreiches Urteil, ich will nur einige der wesentlichsten Sätze davon bekanntgeben:

Die Klägerin

— also die UMEL —

kann von den Beklagten

— Völlinger und mir —

nicht die Unterlassung der Behauptung verlangen, sie

— die Klägerin —

oder eines ihrer Vorstandsmitglieder sei Urheber des Artikels. Insoweit haben die Beklagten

— Völlinger und ich —

zwar eine ehrenrührige Tatsachenbehauptung aufgestellt. Die behauptete Tatsache entspricht aber der Wahrheit.

Dann hat sich das Gericht mit einigen Einzelheiten auseinandergesetzt:

Die Klägerin

— UMEL —

kann von den Beklagten

— Völlinger und mir —

auch nicht die Unterlassung der Behauptungen verlangen, die Klägerin

— UMEL —

habe den Zweitbeklagten oder Dr. Meider infam verleumdet.

— Auch das dürfen wir also weiter feststellen. —

Die Klägerin habe in niederträchtiger und schändlicher Weise versucht, den Zweitbeklagten mundtot zu machen.

— Auch das ist also weiter festzustellen. —

Drittens: die Klägerin habe falsche Vorstellungen über das Anstands- und Sauberkeitsgefühl der ausländischen Kollegen.

Insoweit haben die Beklagten keine Tatsachenbehauptungen aufgestellt, sondern Werturteile abgegeben. Die vorgenommene Wertung erfolgte aber befugt.

Das sind nur einige der wesentlichen Sätze aus diesem Urteil. Es kann sich nunmehr jeder Kollege selber dazu seinen Vers machen.

### Optimale Betreuung der werdenden Mütter

Nun wieder zu unserer Arbeit zurück. Lassen Sie mich einiges über die unmittelbar von der Kammer durchgeführten Aufgaben berichten:

Der 17. Bayerische Ärztetag in Oberstdorf hat einen ganz bedeutsamen Beschluß gefaßt, als er die Ärzte zur optimalen Betreuung der werdenden Mütter aufrief. In Durchführung der Aufgabe, die uns vom Ärztetag übertragen wurde, haben wir den Ihnen bekannten Untersuchungsbogen ausgearbeitet. Dieser Untersuchungsbogen wurde auch in einem Probelauf durchgeprüft und inzwischen an alle Ärzte in Bayern, die schwangere Frauen behandeln, verteilt. Wir haben an die Ärzte geschrieben. Wir haben Merkblätter hinausgegeben. Ich möchte hoffen, daß nunmehr die Untersuchung der werdenden Mütter, soweit sie in die Sprechstunde der Kollegen kommen, tatsächlich nach diesen Richtlinien, also nach dem modernsten Stand unserer medizinischen Erkenntnisse, durchgeführt werden.

Es liegen uns schon eine ganze Reihe von Äußerungen vor. Sie sind sehr positiv und erfreulich, wobei wir auch schon wertvolle Anregungen für die Weitergestaltung des Untersuchungsbogens erhalten haben. Denn das, was wir jetzt hinausgeben, ist ja ein erster Versuch. Wir wollen natürlich unter Verwertung der Erfahrungen, die die Kollegen draußen sammeln, diesen Untersuchungsbogen weiter ausgestalten.

Aber eines muß ich in unserem Kreise in aller Offenheit sagen: Soweit sich die Kritik darauf erstreckt, daß der Bogen für zu viele und zu umfangreiche Untersuchungen vorgesehen sei, muß ich nachdrücklichst davor warnen, derartige Überlegungen weiter anzustellen. Der Inhalt der einzelnen Kontrolluntersuchungen, so wie er in diesem Bogen festgelegt wird, sowie der Ablauf der Untersuchungen und der Betreuung im Verlauf der Schwangerschaft, ist nach den heutigen Erkenntnissen und Erfordernissen der Medizin gestaltet. Würden wir etwa sagen, das sei für den niedergelassenen Arzt zu umfangreich, zu kompliziert, wird sofort wieder der Vorwurf erhoben, so etwas könne eben doch nur in der Klinik und im Ambulatorium gemacht werden; die freipraktizierenden Ärzte erklärten selbst, daß sie es so nicht machen könnten. Dann hätten wir wieder das Gefälle Klinik — Praxis, und es würde die Gefahr neuerdings auftauchen, daß diese Aufgabe uns entzogen wird. Ich darf Sie daran erinnern, daß es bereits parlamentarische Anträge gegeben hat, in Bayern Schwangeren-Beratungsstellen einzurichten, die diese Aufgaben durchführen sollen.

Ich bitte Sie also sehr dringend und sehr herzlich: Geben Sie uns Anregungen für die Gestaltung des Bogens an sich, und wir werden sie gern verwerten, aber betrachten Sie die einzelne Untersuchung nicht als zu umfangreich; betrachten Sie den Ablauf der Schwangerenbetreuung nicht als zu ausgedehnt. Wenn wir das nicht in der Form tun, dann wird es uns eben entgleiten. Das wollen wir doch nicht. Wir wollen für die werdende Mutter die freie Arztwahl erhalten. Auch sie soll in die Sprechstunde des niedergelassenen Arztes gehen können.

Sie wissen, daß der Bundestag inzwischen das Gesetz zur Änderung des Mutterschaftsgesetzes und der RVO vom 24. August 1965 erlassen hat. Die darin gewählten Formulierungen sind — das ist ganz klar und eindeutig — stärkstens durch das beeinflusst worden, was wir in Bayern als erste beschlossen haben und was wir anlaufen ließen.

Zu der Zeit, als wir in Oberstdorf tagten, bestanden bereits konkrete Vorstellungen über ein Mutterschaftsgesetz, in welchem analog zum Jugendzahnpflegegesetz die Durchführung der Schwangerenuntersuchung als Aufgabe der Gesundheitsämter festgelegt war, die natürlich ihrerseits dann wieder an Ärzte hätten herantreten müssen. Das Gesetz entsprach nicht dem Grundsatz der freien Arztwahl. Es kam dann aber — wohl auch durch unsere Maßnahmen bedingt — zu der Regelung in dem soeben erwähnten Gesetz, durch die diese Aufgabe eindeutig dem Kassenarzt für den Bereich der Sozialversicherten zugewiesen worden ist.

Entscheidender Paragraph des Gesetzes zur Änderung des Mutterschaftsgesetzes ist § 13 a, der vorsieht: „Zu den sonstigen Leistungen der Mutterschaftshilfe gehören ärztliche Betreuung und Hilfe sowie Hebammenhilfe, Versorgung mit Arznei-, Verband- und Heilmitteln usw.“

§ 13 b schreibt vor, daß der Frau die notwendige Freizeit gewährt werden muß zur Durchführung der Untersuchungen. Dann wurde § 196 RVO geändert. Er ist entscheidend, denn er lautet: „Die Versicherte hat während der Schwangerschaft und nach der Entbindung Anspruch auf ärztliche Betreuung und auf Hebammenhilfe. Zur ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft gehören insbesondere Untersuchungen zur Feststellung der Schwangerschaft, Vorsorgeuntersuchungen einschließlich der laborärztlichen Untersuchungen. Das Nähere über die Gewähr für ausreichende und zweckmäßige ärztliche Betreuung sowie über die dazu erforderlichen Aufzeichnungen und Bescheinigungen während der Schwangerschaft und nach der Entbindung regelt der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen im Rahmen seiner Richtlinien.“

Es wurde also davon abgesehen, hineinzuschreiben, wie viele Untersuchungen nötig sind, es wurde vielmehr im Gesetz nur der Grundsatz festgelegt und das übrige der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen übertragen.

Die Kollegen, welche auf der Bundesebene mit der Ausarbeitung der Einzelheiten befaßt sind, haben sich eingehend über unsere Beschlüsse informiert, haben sich unsere Unterlagen geben lassen. Ich bin überzeugt, daß das, was wir an Vorarbeit geleistet haben, auch wesentlich sein wird für die Gestaltung nunmehr auf der Bundesebene. Wir sind also tatsächlich mit unserem Beschluß vom vergangenen Jahr voranmarschiert. Das hat sich wirklich gelohnt. Wir haben einen Vorstoß unternommen auf einem gesundheitspolitisch so bedeutsamen Gebiet. Innerhalb eines Jahres wurde auf der ganzen Bundesebene nachgezogen, so daß nunmehr, wenn das Gesetz durchgeführt wird — es wird jetzt anlaufen —, überall eine optimale Betreuung unserer Schwangeren möglich sein wird.

Lassen Sie es mich noch einmal sagen: Diese Aufgabe muß ernst genommen werden! Wir dürfen uns nichts schenken! Wir dürfen nicht bequem werden; denn die latente Gefahr, daß uns eine solche Aufgabe wieder entgleiten könnte, ist nun einmal stets vorhanden.

### Ärztliche Situation in Bayern

Ein kurzes Wort über die ärztliche Situation in Bayern: Die Zahl der Ärzte in Bayern liegt nach unseren Unterlagen nun bei 16 349. Diese 16 349 Ärzte gliedern sich in 5485 Praktische Ärzte und 3635 Fachärzte — beide in freier Praxis —, das sind 9119 niedergelassene Ärzte insgesamt. Die Aufgliederung auf die einzelnen Fachgebiete kann ich mir im Rahmen des Tätigkeitsberichts ersparen.

Die Zahl der Kassenärzte in Bayern liegt nach dem Stand vom 1. Oktober 1964 — es werden jetzt etwas mehr sein — bei 7798.

Wir sind in der letzten Zeit auch der Frage nachgegangen, ob die ärztliche Versorgung auf dem Lande, wie manchmal behauptet wird, schon als gefährdet angesehen werden muß. Wir haben ja die Verpflichtung, derartigen Behauptungen, wenn sie in der Öffentlichkeit aufgestellt werden, nachzugehen. Wir haben von den Bezirksverbänden bei der Kammer und den Bezirksstellen bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Mitteilung erhalten, daß etwa 40 bis 50 Kassenarztsitze auf dem Land dringend besetzt werden müßten. Es ist keine sehr große Zahl, aber es ist immerhin eine Zahl,

die Aufmerksamkeit erfordert. Denn unter den heute noch besetzten Kassenarztsitzen auf dem Lande gibt es doch eine nicht unbeachtliche Zahl, deren Inhaber sich schon in einem sehr hohen Alter befinden, also in naher Zukunft ihre Berufstätigkeit aufgeben werden müssen. Wir machen uns Gedanken und wir werden uns weiterhin Gedanken machen, ob es einen Weg gibt, diesen allgemeinen Zug in die Ballungsräume etwas abzu-bremsen. Konkrete Vorstellungen dazu hat wohl im Augenblick noch niemand. Ich darf betonen: Es ist eine allgemeine Tendenz; es ist ein Problem, das nicht nur uns beschäftigt. Ja, ich möchte sogar sagen, daß es uns in Bayern und in Deutschland vielleicht noch weniger betrifft als andere Länder. Es ist beispielsweise in Frankreich die Diskrepanz zwischen der Arztdichte auf dem Lande und in der Stadt teilweise noch viel krasser als bei uns.

Wir müssen uns wirklich ernsthaft überlegen, was man tun kann. Dabei bin ich persönlich der Überzeugung, daß diese Frage sehr eng mit der Neuorientierung und der Stellung des Praktischen Arztes schlechthin zusammenhängt. Wenn wir dem Praktischen Arzt die seiner Bedeutung entsprechende Stellung sichern, dann wird auch die Tendenz, Praktischer Arzt zu werden, wieder stärker sein und dann wird wahrscheinlich dieses Thema auch wieder etwas anders aussehen.

### Facharztanerkennungen

Zur Frage der neuen Facharztanerkennungen: Es wurden im Jahre 1964 259 Facharztanerkennungen durch die Kammer erteilt, davon mit Abstand an der Spitze 65 für die inneren Krankheiten, 43 für die Chirurgie, 28 für Kinderkrankheiten. Dann verteilen sich die Anerkennungen auf die sämtlichen übrigen Fachgebiete, die einzeln aufzuzählen ich mir wohl ersparen kann.

### Neue Gebührenordnung

Noch ein Wort zur wirtschaftlichen Lage der niedergelassenen Ärzte und insbesondere der Kassenärzte: Die Auseinandersetzung um die neue Gebührenordnung, die Übergangsgebührenordnung, welche am 1. April dieses Jahres in Kraft getreten ist, war, wie Sie alle wissen, sehr heftig. Ich selbst gehörte zu denjenigen, die zwar mit dafür kämpften, daß diese Gebührenordnung mit annehmbaren allgemeinen Bestimmungen ausgestattet wurde. Ich habe mich aber innerorganisatorisch sehr nachdrücklich dagegen gewehrt, daß von der Ärzteschaft Aktionen unternommen werden, die letztlich politisch für uns nur ein Hereinfall hätten sein müssen. Das gab, das wollen wir nicht leugnen, erhebliche Spannungen und Auseinandersetzungen, die inzwischen überwunden sind. Aber es ist doch nun ganz interessant, nach den bisherigen Ergebnissen zu sehen, wie sich die Umstellung von der Preugo auf die GOÄ ausgewirkt hat. Dabei ist allerdings der Erfahrungszeitraum nur sehr kurz. Wir verfügen nur über Vergleichszahlen des zweiten Quartals 1965 gegenüber dem zweiten Quartal 1964 im Fallwert dieser beiden Vergleichs quartale. Ich habe noch die Zahlen von Nordwürttemberg, die ich vergleichsweise mitheranziehen konnte. Es zeigte sich dabei, daß die Zahlen aus Nordwürttemberg und unsere Zahlen ganz eng beisammen liegen, was auch für die Wahrscheinlichkeit spricht, daß diese Werte zutreffend sind.

Bei den Praktischen Ärzten ergab sich eine Steigerung des Fallwertes bei uns um 33,1%, in Nord-Württemberg um 31,7%. Dieser Unterschied liegt im normalen Fehlerbereich. Diese Steigerung des Fallwertes, also der Auswirkung der neuen Gebührenordnung, entspricht etwa unseren Erwartungen. Bei den Fachärzten insgesamt liegt die Steigerung bei 32,7% in Bayern, gegenüber 32,6% in Nord-Württemberg; also auch hier eine geradezu überraschende Übereinstimmung.

Wir haben nun befürchtet, daß die Auswirkungen innerhalb der Facharztgruppen sehr, sehr unterschiedlich sein werden, daß es zum Teil sogar Verluste geben könnte. Diese Befürchtungen sind nicht eingetreten. Ich darf nur erwähnen, daß zum Beispiel bei dem Fachgebiet der Röntgenologen damit gerechnet wurde, daß sie gegenüber der Preugo absinken. Nach den uns vorliegenden Unterlagen hat das Honorarvolumen der Röntgenologen in Bayern um 20,5%, in Nord-Württemberg sogar um 29,4% zugenommen, also auch diese Fachgruppe hat, wenn auch nicht gleichmäßig, so doch sehr beachtlich an der Steigerung Anteil. Auch die Laborärzte, für die ein wirtschaftlicher Ruin befürchtet wurde, haben in Bayern um 32% und in Nord-Württemberg sogar um 41,4 in ihrem Honorarvolumen zugenommen. Im übrigen stehen an der Spitze die Nervenärzte mit 48,3%; es folgen die Augenärzte mit 45,4% in Bayern und 43,3% in Nord-Württemberg. Dann folgen ihnen auf dem Fuße die Kinderärzte mit 44,4%.

Gerade den Kinderärzten gönnen wir es am allermeisten, weil wir wußten, daß diese immer das Kind und die Mutter behandeln müssen, und das ist eine sehr schwierige Aufgabe — behandeln natürlich nicht im ärztlich-medizinischen Sinne, sondern sie müssen teilweise darunter leiden; das ist vielleicht die bessere Ausdrucksweise. Die übrigen Fachgebiete lagen dazwischen, nämlich bei 30%, 35%.

Man kann also sagen, daß die Befürchtung, es würde zu ganz katastrophalen Verschiebungen kommen, nicht eingetreten ist.

Vielleicht darf ich noch ein Fachgebiet, nachdem es in unserer Vollversammlung stark und vor allem bedeutend vertreten ist, erwähnen: die Hals-, Nasen- und Ohrenärzte in Bayern mit 28,2% und in Nord-Württemberg mit 29,3%.

Man kann insgesamt sagen: Die Erhöhung, welche die neue Gebührenordnung brachte, ist zwar keineswegs eine rasante Erhöhung, so wie das verschiedentlich in der Öffentlichkeit dargestellt wird, aber die von uns nüchtern geschätzte Zunahme des Honorarvolumens ist tatsächlich eingetreten. Sie liegt insgesamt bei 32,9% in Bayern und bei 32,2% in Nord-Württemberg.

Nachdem es der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns gelungen ist, neue Verträge mit den Krankenkassen abzuschließen, welche ab 1. April 1966 die volle Auszahlung dieser neuen Gebührenordnung gewährleisten, glaube ich, daß sich auch damit die wirtschaftliche Situation der niedergelassenen Ärzte, und vor allem der Kassenärzte, doch ganz günstig weiterentwickeln wird.

### Ausländische Ärzte

Nun darf ich kurz über die ausländischen Ärzte berichten, welche in Bayern tätig sind. Auch hier besteht eine sehr enge Zusammenarbeit mit der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums; es sind zur Zeit in Bayern insgesamt 309 ausländische Ärzte tätig, davon

haben 121 ihr Staatsexamen in der Bundesrepublik abgelegt. Diese Ärzte verteilen sich auf 41 Nationen. An der Spitze steht die Türkei mit rund 22%, gefolgt von Persien mit 17,4%. Die Zahl der österreichischen Ärzte, die hier eine Arbeitserlaubnis haben, beträgt 10,6%. Bei allen übrigen Nationen handelt es sich um weniger als 1%.

Die deutsche Bestallung besitzen zur Zeit in Bayern insgesamt 24 Ärzte aus 15 Ländern, wobei ich sagen muß, daß diese nicht alle die Bestallung in Bayern bekommen haben. Sie haben sie irgendwo im Bundesgebiet erhalten — am wenigsten in Bayern —, aber damit sind sie berechtigt, auch in unserem Lande tätig zu sein. Es sind fünf Ärzte aus Persien, zwei aus Griechenland, zwei aus Großbritannien, drei aus Österreich, zwei aus der Türkei und je ein Arzt aus weiteren zehn Ländern.

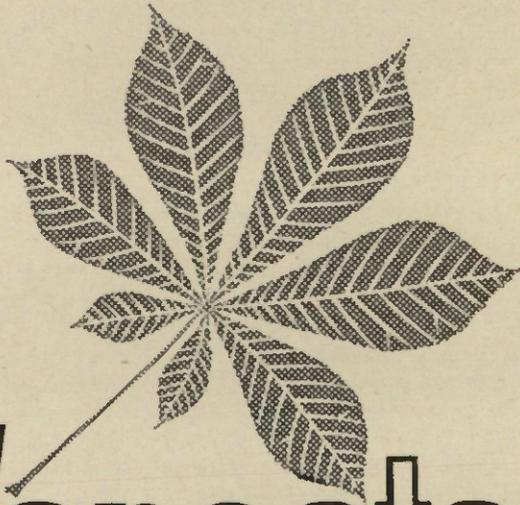
Das bayerische Innenministerium und die Bayerische Landesärztekammer sind nach wie vor der Auffassung, daß die ausländischen Ärzte, die bei uns an den Kliniken tätig sind, zu ihrer Weiterbildung tätig sind, damit sie in ihrer Heimat die ärztliche Versorgung verbessern können.

Wir widersetzen uns also sehr nachdrücklich den Versuchen, daß solche Kollegen den Verlockungen der westlichen Zivilisation erliegen und ihre Bereitschaft, in die Heimat zurückzukehren, damit mehr oder weniger stark erlahmt. Mehr brauche ich zu diesem Thema in diesem Jahre nicht zu sagen.

### Vermittlung von Arztvertretern und Assistenten

Dann ein Wort zu unserer Tätigkeit im Bereich der Vermittlung von Arztvertretern. Ich brauche Ihnen nicht zu sagen, wie schwierig es ist, für die niedergelassenen Ärzte Vertreter zu bekommen. Deshalb nimmt ja auch, Gott sei Dank, die gegenseitige Aushilfe immer mehr zu. Sie ist der weitaus bequemere Weg. Wir haben in der Kammer ein eigenes Referat für die Vermittlung von Arztvertretern. Die Zahl der Anträge, die wir zu bearbeiten haben, war im Jahre 1964 446; wir konnten in etwa 65% der Fälle tatsächlich einen Vertreter vermitteln. In allen Fällen ist es uns leider nicht gelungen, weil wir einfach die Vertreter nicht herbringen. Wir erhalten sehr vielen Dank für diese Arbeit, aber auch immer wieder einmal sehr heftige Kritik. Es geht die Kritik immer in die gleiche Richtung: „Sie haben mir einen Vertreter geschickt, der ein absoluter Versager ist.“

Darauf kann ich immer wieder nur die gleiche Antwort geben: Ob ein Vertreter, den wir vermitteln, ein Versager ist, kann uns immer nur von den Kollegen gesagt werden. Wenn uns das aber von einem Vertreter berichtet wird, den wir schon zehn- und zwanzigmal vermittelt haben, dann können wir uns darauf berufen, daß bis zu diesem Zeitpunkt darüber nichts bekannt war. Ich habe den Eindruck, daß die Kollegen leider Gottes oft zu rücksichtsvoll sind, indem sie einen solchen ungeeigneten Vertreter einfach vor die Türe setzen, wenn er aber draußen ist, sagen: „Mir tut er nicht mehr weh, und ich will ihm auch nicht weiter weh tun.“ Man verzichtet also auf eine Mitteilung an die Kammer. Der betreffende Kollege kommt aber wieder zu uns und sagt uns, die Vertretung sei beendet, man solle ihm eine neue geben. Solange wir nichts Negatives über ihn hören, müssen wir ihn weiter ver-



# Venostasin

# NEU

und unbedingt  
versuchenswert

# forte

DRAGÉES

selbst in schwersten Fällen erfolgreich  
ermöglicht energischen Anstoß-Effekt  
bei Einleitung jeder VENOSTASIN-Behandlung

zur  
**Intensiv-  
Therapie**

---

**massiv dosiert**  
**geschmacksfrei**

20 mg resorbierbares Aescin  
in 110 mg Roßkastanien-Extrakt  
je Dragée

**gut toleriert**  
**standardisiert**

---



München 23

*Rp.* O.P. mit 40 u. 100 Dragées

mitteln. Deshalb richte ich an Sie alle und an die Kollegen draußen im Lande die Bitte: Wenn ein Vertreter ein Versager ist, dann rufen Sie uns bitte sofort an, damit wir dem nächsten den Ärger ersparen können. Das ist eine Bitte, die ich sehr nachdrücklich an Sie alle richten möchte.

Unsere Vertreterzentrale vermittelt auch in zunehmendem Maße Assistentenstellen. Es gibt auch sehr viele Medizinalassistenten, die ihre Stellen immer über uns bekommen. Soweit es die Wünsche der Krankenhausträger betrifft, können wir sie im allgemeinen nur zu 50% erfüllen, weil die Zahl der Angebote eben noch nicht entsprechend ist, man darf aber im großen und ganzen doch sagen, daß die Zahl der Medizinalassistenten laufend zunimmt. Unsere Prognose, daß wir eines Tages wieder mehr junge Ärzte haben werden als freie Stellen vorhanden sind, hat sich zwar bis zum Augenblick noch nicht erfüllt. Man sieht aber ganz genau, daß die Entwicklung wieder dorthin geht. Es ist doch immerhin jetzt auf dem Lande schon leichter geworden, wieder einen deutschen Assistenten zu bekommen als etwa vor zwei oder drei Jahren.

### Chefarztstellen

Ich selbst werde von den Krankenhausträgern — Städten und Landkreisen — häufig bei der Beratung zur Auswahl von Chefarzten zugezogen. Wir haben eine kleine Dreierkommission, in der der ärztliche Vorsitzende der Krankenhausgesellschaft und ich als ständige Mitglieder sitzen, als Dritter tritt jeweils ein Vertreter der Fachgesellschaft hinzu. Ich glaube, daß das eine sehr gute Sache ist; denn auf diese Weise kann man doch weitgehend die Auswahl der Chefarzte politisieren.

Ein Beweis für unsere sachliche Arbeit auf diesem Gebiete scheint es mir doch zu sein, daß selbst die Stadt München die Auswahl ihrer Chefarzte nicht mehr primär durch den Stadtrat vornehmen läßt, sondern durch eine vom Stadtrat berufene Dreierkommission, die sich aus den Herren Professoren Derra, Störmer und mir zusammensetzt. Wir halten diese Beratung für eine fruchtbare Arbeit auch im Bereich der großen Stadt München, wengleich ich für meine Person sagen muß, daß ich nicht nur erfreuliche Konsequenzen aus dieser Tätigkeit erlebt habe.

### Dienstverträge

Beim Abschluß von Chefarzt- und sonstigen Dienstverträgen wird die Kammer erfreulicherweise immer stärker in Anspruch genommen. Ich glaube, wir sollten uns zum Ziele setzen, daß kein Kollege mehr einen Dienstvertrag mit einem Krankenhausträger abschließt, ohne sich von der Kammer beraten zu lassen. Die Tendenzen auf seiten der Krankenhausträger, die Rechte ihrer Ärzte immer mehr zu beschneiden, sind so stark, daß ein Kollege, welcher glaubt, im Interesse des Erhalts einer Chefarztstelle an uns vorbei seinen Dienstvertrag machen zu können, zunächst sich selbst, aber dann dem ganzen ärztlichen Stand ins Fleisch schneidet. Der Leidtragende ist dieser Kollege und sind wir alle. Es hat sich gezeigt, daß die Beratung durch die Kammer letztlich auch von den Krankenhausträgern angenommen wird, weil wir immer einen absolut sachlichen Standpunkt einnehmen und immer anerkennen, daß selbstverständlich im Rahmen eines Vertrags die berechtigten Belange des Arztes, aber auch die des

Krankenhauses gewahrt sein müssen. Es gibt sehr gute Wege, die beides berücksichtigen und trotzdem einen anständigen Vertrag ermöglichen. Sagen Sie also bitte den Kollegen draußen, diese sollen unser Wirken auf diesem Gebiet nicht als Einmischung, sondern als echte Hilfe bei der Wahrung ärztlicher Interessen ansehen.

### Beamtete Ärzte

Es sei auch berichtet, daß wir die Bemühungen unserer beamteten Kollegen, also der Ärzte im öffentlichen Dienst, um eine Verbesserung des Stellenkegels und um Anhebung der Stellen sehr nachdrücklich unterstützt haben. Wir haben den erfreulichen Erfolg, daß sowohl Stellenanhebungen als Stellenmehrungen vom Landtag beschlossen wurden, so daß die Aufstiegsmöglichkeiten der beamteten Ärzte sich ein wenig verbessert haben. Sie sind aber noch weit von dem entfernt, was wir für notwendig halten. Wir werden also auch in der Zukunft unsere beamteten Kollegen nachdrücklich unterstützen, damit ihnen entsprechende Aufstiegsmöglichkeiten im öffentlichen Dienst geboten werden; denn der öffentliche Gesundheitsdienst braucht nun einmal qualifizierte Ärzte. Diese kann er nur bekommen, wenn die Arbeitsbedingungen entsprechend gestaltet werden.

### Fortbildung

Das Thema „Fortbildung“ darf ich vielleicht etwas kurz behandeln. Wir haben uns darüber in jedem Jahre unterhalten. Die großen Kurse erfreuen sich wie immer einer regen Beteiligung. Ich kann sagen, daß das Interesse der Kollegen an der Fortbildung doch recht erheblich ist. Ich möchte vor allem erwähnen, daß die Kreisverbände auf diesem Gebiet Erhebliches leisten. So habe ich mir berichten lassen, daß z. B. der letzte Fortbildungskurs in Bad Wiessee auf einem ganz hervorragenden Niveau stand. Ich möchte als eine wirklich musterhafte Einrichtung die ärztliche Fortbildung im Chiemgau erwähnen, wo vier Kreisverbände gemeinsam Fortbildungsveranstaltungen durchführen: In jedem Monat einen Abend mit ganz vorzüglichen Referenten, mit einer ganz hervorragenden Beteiligung von 120 bis 140 Kollegen. Die Chiemgauer Fortbildung hat jetzt auch ihre erste Wochenendveranstaltung in Bad Reichenhall durchgeführt.

Gerade diese Fortbildung innerhalb der Kreisverbände, wobei sich mehrere Kreisverbände zusammenschließen sollten, scheint mir außerordentlich bedeutsam zu sein. Ich glaube, wir sollten sie fördern. Der Vorstand der Kammer hat dementsprechend auch beschlossen, bei derartigen Fortbildungsbemühungen der Kreisverbände eine finanzielle Unterstützung zu geben.

Über die Arbeitsmedizin und die Fortbildung in diesem Bereich habe ich schon gesprochen. Wir werden das Thema Arbeitsmedizin auch noch einmal auf der Tagesordnung zu behandeln haben im Zusammenhang mit der Einführung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“.

Zur Zeit beschäftigt uns auf dem Gebiete der Fortbildung noch etwas anderes. Es wird zwar immer behauptet, daß der niedergelassene Arzt keine Zeit mehr zum Lesen habe. Ich stelle aber immer wieder in Gesprächen mit Kollegen fest, daß gerade die Kollegen mit besonders viel Arbeit und mit besonders großer Praxis auch gleichzeitig die allerbelesensten sind. Es scheint also so zu sein, daß die Kollegen, die viel in

der Praxis arbeiten, trotzdem auch noch sehr interessierte und fleißige Leser von Fortbildungsschriften sind. Daß sie natürlich keine wissenschaftlichen Zeitschriften studieren können, in denen im allgemeinen nur über Forschungsergebnisse auf immer kleiner werdenden Gebieten berichtet wird, liegt auf der Hand. Ein Projekt verfolgt mich fast Tag und Nacht — zusammen mit meinen Mitarbeitern —, ob wir nicht einen Weg finden, jedem Kollegen in Bayern eine Fortbildungszeitschrift ins Haus zu liefern. Wir haben den Weg noch nicht ganz gefunden, aber irgendwie zeichnet sich etwas ab. Vielleicht können wir nächstes Jahr bereits über konkrete Dinge berichten.

### Hilfswerk

Nun darf ich mich einem Gebiet zuwenden, das im Bereich der Arbeit der Kammer ganz besondere Bedeutung hat, nämlich dem Gebiet der Sorge um die alten Ärzte und um die Hinterbliebenen unserer Ärzte.

An und für sich haben wir in Bayern die Bayerische Ärzteversorgung. Es ist die älteste Einrichtung ihrer Art im Bundesgebiet. Erst Jahrzehnte später folgten ihr ähnliche Einrichtungen in den anderen Bundesländern. Das Thema Ärzteversorgung kann ich ausklammern. Es steht morgen auf der Tagesordnung. Ich will mich jetzt nur der Frage der Hilfe für diejenigen Ärzte zuwenden, die entweder gar nichts von der Ärzteversorgung bekommen, weil sie dort nicht mehr Mitglieder geworden sind, oder die in der Vergangenheit nicht genügend einbezahlt konnten oder die nach dem Kriege erst Mitglied wurden und dann zu wenig bezahlt hatten, die also zu wenig von der Ärzteversorgung Rente erhalten und von dieser Rente nicht leben können.

Für diese Ärzte müssen Kammer und Kassenärztliche Vereinigung gemeinsam sorgen, um es den Kollegen und ihren Hinterbliebenen zu ermöglichen, wirklich die Not zu vertreiben, und zwar in einer Form, die ihnen und ihren Hinterbliebenen jede auch nur scheinbare oder vermeintliche Demütigung erspart.

Was haben die Kammer und die KV auf diesem Gebiete bisher getan? Aus dem Unterstützungsfonds der Kammer wurden — um nur einige Zahlen zu nennen — im Jahre 1955 rund 138 000 DM an 306 Empfänger ausbezahlt. — Im Jahre 1955 138 000 DM! Im Jahre 1960 haben wir 222 000 DM aufgewendet, im Jahre 1964 384 000 und im Jahre 1965 wird die Summe unserer Unterstützungen 420 000 DM übersteigen. In zehn Jahren, also von 1955 bis 1965, dementsprechend eine Steigerung von 138 000 auf 420 000 DM. Das sind die Aufwendungen der Kammer. Das Sozialwerk der Kassenärztlichen Vereinigung, welches auf Beschluß der Vertreterversammlung errichtet wurde, hat im Jahre 1955 bereits 313 000 DM ausbezahlt, im Jahre 1960 schon 746 000, im Jahre 1964 bereits 1 Million DM und im Jahre 1965 werden die Aufwendungen der Kassenärztlichen Vereinigung für Sozialleistungen den Betrag von 1,2 Millionen DM überschreiten.

Zusammen haben Kammer und KV im Jahre 1955 452 000 DM aufgewendet und im Jahre 1964 1,4 Millionen DM. Im Jahre 1965 werden wir gemeinsam mindestens 1,7 Millionen für Unterstützungen alter Ärzte und ihrer Hinterbliebenen aufwenden.

Als Anhaltspunkt für die Einzelunterstützung darf ich Ihnen folgendes mitteilen: Bei Arztehepaaren wird ein Betrag von — als Anhaltspunkt — 450,- DM gegeben,

bei alleinstehenden Ärzten von 400,- DM, bei Arztwitwen von 350,- DM. Diese Beträge sind keine starren Beträge, sondern Maßzahlen, an denen die Ausschüsse dann die jeweilige Unterstützung festlegen. Als Vergleich dazu die Durchschnittsrente der Bayerischen Ärzteversorgung nach dem Stand von 1964: Für alle Renten, die ausbezahlt wurden, war der Betrag 512,- DM durchschnittliche Rente in der Bayerischen Ärzteversorgung. Wenn man allerdings nur die 1964 eingewiesenen Renten vergleicht, dann war die Durchschnittsrente der Ärzteversorgung bereits 659,- DM.

Mit der Höhe dieser Unterstützungsbeträge im einzelnen will ich mich hier nicht weiter befassen. Ich bin der Meinung, daß man sie so hoch wie möglich hält, in einer gesunden Relation zu den Durchschnittsrenten der Ärzteversorgung, daß aber übertriebene Forderungen, wie sie in der letzten Zeit laut geworden sind, mit Unterstützungsbeträgen von 1000,- DM natürlich nicht mehr im Bereich des Realisierbaren liegen können. Immerhin möchte ich doch meinen, daß die bis in die „Frankfurter Zeitung“ vorgedrungenen Klagen einiger alter Ärzte, die in einer Zeitungsüberschrift „Der Schandfleck in Bayern“ gipfelten, doch angesichts solcher Zahlen nicht verständlich erschienen sind.

Wir haben Gespräche mit solchen Kollegen geführt und kamen zu einer sehr merkwürdigen Feststellung: Das Gespräch drehte sich zunächst zwar um die Unterstützung an sich; als wir dann sagen konnten, daß die Kammer zu jeder Hilfe bereit sei, wenn immer ihr der unterstützungsbedürftige Fall gemeldet werde, da wandte sich das Gespräch sehr rasch einer anderen Frage zu, nämlich der Frage nach dem Rechtsanspruch. Es wurde erklärt: „Diese Unterstützungen mögen gut und recht sein, aber wir alten Ärzte haben einen Rechtsanspruch, und wir wollen diesen Rechtsanspruch auch verankert haben.“

Die Fragestellung kann also hier nur lauten — und das haben wir diesen alten Kollegen auch ganz klar erklärt —: Entweder Sie entscheiden sich für den Rechtsanspruch oder für eine anständige und angemessene Unterstützung. Beides zusammen ist nicht möglich. Wenn die Kammer und mit ihr die Kassenärztliche Vereinigung in aller Öffentlichkeit erklären, daß sie es als eine Ehrenpflicht betrachten, diese alten Ärzte und ihre Hinterbliebenen zu unterstützen, auf eine Art und Weise, die so kollegial und so diskret wie möglich ist, sollte das den alten Kollegen genügen; denn vom Rechtsanspruch können sie nicht leben. Leben können sie nur vom Geld, das wir ihnen geben wollen.

Wir werden uns im Vorstand der Kammer über die Planung dieser Unterstützungsmaßnahmen in der Zukunft sehr ernsthafte Gedanken machen. Wir glauben, daß es sinnvoll sein wird, die durch die Kindergeldkasse freigewordenen Mittel für diesen Zweck festzulegen und in der Zukunft zu verwenden, so daß wir die Einkünfte der Kammer damit nicht weiter belasten müssen. Darüber wird im Rahmen des Referates von Herrn Kollegen Aurnhammer über den Rechnungsabschluß und Haushaltspian noch einiges zu sagen sein.

### Vertrag mit der Vereinigten Krankenversicherung

Schließlich darf ich aus dem Bereich unserer Arbeit „Sicherung der wirtschaftlichen und sozialen Situation des Arztes“ noch darauf hinweisen — Sie wissen es schon alle —, daß die Kammer einen Gruppenversicherungs-

vertrag mit der Vereinigten Krankenversicherung abgeschlossen hat, der es den Kollegen ermöglicht, Krankenversicherungsverträge zu erheblich günstigeren Bedingungen abzuschließen, als wenn sie das als Einzelmitglieder tun. Wir haben diesen Beschluß gefaßt nach Absprache mit unseren freien ärztlichen Verbänden, die ebenfalls solche Gruppenversicherungsverträge haben. Darüber ist Ihnen und den bayerischen Kollegen in einem gemeinsamen Brief berichtet worden. Die Kollegen wurden darauf hingewiesen, daß sie nun die Auswahl haben, sich entweder dem Gruppenversicherungsvertrag des Hartmannbundes oder dem Gruppenversicherungsvertrag des Verbandes der niedergelassenen Ärzte oder des Marburger Bundes oder – wer bei allen drei Verbänden nicht Mitglied ist – dem Gruppenversicherungsvertrag der Kammer anzuschließen. Ich habe den Eindruck, daß die Kollegen aus Bayern von dieser Möglichkeit sehr reichen Gebrauch machen. Die Kammern und die Ärzteverbände, die solche Gruppenversicherungsverträge haben, besitzen dadurch natürlich eine wesentlich stärkere Einwirkungsmöglichkeit auf die Handhabung der Verträge von seiten der Krankenversicherungsträger. Auch das ist im Interesse der Kollegen eine sehr wichtige Maßnahme.

### Ärztliches Hilfspersonal

Dann waren wir natürlich auch sehr aktiv tätig auf dem Gebiete der Ausbildung des ärztlichen Hilfspersonals: der Arzthelferinnen, der Röntgenhelferinnen und nunmehr auch der Laborhelferinnen.

#### Arzthelferinnen

Der Beruf der Arzthelferin ist, wie Sie inzwischen bereits wissen, durch Verordnung des Bundesministeriums für Arbeit ein offizieller Lehrberuf geworden. Eine Prüfungsordnung befindet sich jetzt in der Beratung. Zur Zeit werden die Prüfungen nach den bisherigen Richtlinien durchgeführt. Im Jahre 1965 wurden 469 Arzthelferinnen geprüft. Es ist ein steigender Zugang zu diesem Lehrberuf zu beobachten, so daß ich glaube, daß unsere Kollegen wahrscheinlich doch ein genügendes Angebot haben werden. Die Klassen für Arzthelferinnen befinden sich in zwanzig bayerischen Berufsschulen. Vor allem mein Mitarbeiter Sluka glaubt, daß das ausreichen dürfte. Aber die Entwicklung geht weiter. Man wird sie von uns aus sehr nachdrücklich fördern. Mir persönlich ist es ein sehr großes Anliegen, all den Lehrkräften, die bei der Ausbildung der Arzthelferinnen mitwirken, vor allem meinen Kollegen, die Unterricht in den rein ärztlichen Bereichen geben, einen sehr herzlichen Dank zu sagen, daß sie sich für diese Arbeit zur Verfügung stellen.

Einen ganz besonderen Dank muß ich aber auch an dieser Stelle meinem Mitarbeiter Kollegen Sluka aussprechen, der geradezu der Apostel der Arzthelferinnen in Bayern geworden ist und der sich mit unermüdlichem Einsatz dafür verwendet hat, diese Ausbildung zu fördern und aufzubauen, der an den Prüfungen teilnimmt, der wirklich alles tut, damit unseren Kollegen gut ausgebildete Helferinnen zur Verfügung stehen.

Die besonders guten Lehrlinge, also diejenigen, die bei der Prüfung besonders gut abschnitten, bekommen über das Zeugnis hinaus von der Kammer immer noch ein Buch geschenkt mit einem freundlichen Brief des Präsidenten. Ich habe gehört, daß dieses Geschenk auch bei den Mädchen sehr große Anerkennung gefunden hat. Ich hoffe, daß zum Schluß alle Noten so

gut sein werden, daß wir gar nicht mehr genügend Bücher herbringen; denn wenn wir so viele gute Arzthelferinnen haben, sind wir als Ärzte in der freien Praxis die Nutznießer dieser guten Ausbildung.

Einen sehr großen Anklang in der Kollegenschaft und bei den Arzthelferinnen hat es auch gefunden, daß wir die Arzthelferinnen mit mehr als zwanzigjähriger Dienstzeit auszeichnen. Ich glaube, es ist eine Ehrenpflicht, die wir erfüllen.

Ich bitte Sie, uns immer zu berichten, wenn eine solche Arzthelferin das zwanzigjährige Dienstjubiläum erreicht hat, damit wir dem Kreisverband rechtzeitig die Urkunde schicken können. Ich würde es für schön halten, wenn die Überreichung dieser Urkunde immer im Rahmen einer Versammlung der Ärzte stattfinden würde. Denn man soll solchen stillen Mitarbeiterinnen, die ja unter unserer Arbeit leiden müssen, weil sie keine Arbeitszeitbegrenzung haben, weil sie immer da sein müssen, weil sie unsere Launen ausstehen müssen, bei einer solchen Gelegenheit einmal echt eine Ehrung zuteil werden lassen.

#### Röntgenhelferinnen

Die Ausbildung der Röntgenhelferinnen hat ebenfalls, wie ich feststellen kann, einen sehr großen Anklang gefunden. Es läuft zur Zeit wieder ein Kurs für Röntgenhelferinnen in Erlangen unter wissenschaftlicher Leitung von Herrn Prof. Frik. Die Zahl der Anträge auf Teilnahme an diesen Kursen nimmt ständig zu. Wir können aber nur eine beschränkte Teilnehmerzahl pro Kurs nehmen. Im laufenden Kurs sind es 28 Damen und ein Herr.

Wir erhalten zunehmend auch Anfragen von Kollegen außerhalb Bayerns, die gerne ihre Röntgenhelferinnen in unseren Kursen ausbilden ließen. Wir können aber nur ausnahmsweise einmal eine Röntgenhelferin von außerhalb Bayerns annehmen, weil wir immer noch mehr Meldungen aus Bayern haben als Plätze zur Verfügung stehen.

Ich möchte die Gelegenheit benutzen und dem Herrn Kollegen Frik, dem Leiter unserer Kurse in Erlangen, und all den Damen und Herren, die dort an der Fortbildung dieser Röntgenhelferinnen mitwirken, sehr herzlich dafür danken, daß sie sich zur Verfügung stellen und damit der Kammer die Durchführung dieser Aufgabe erheblich erleichtern.

Ich möchte auch ausdrücklich der Firma Siemens-Reiniger in Erlangen danken, die uns durch Zurverfügungstellung von Mitarbeitern, von Räumen und ihrer Werkskantine die Durchführung der Kurse erheblich erleichtert, ja überhaupt erst ermöglicht hatten.

#### Laborhelferinnen

Inzwischen war es uns auch endlich möglich, einen Beschluß des Ärztetages durchzuführen, nämlich analog zur Ausbildung der Röntgenhelferinnen nunmehr auch Laborhelferinnen zu schulen. Der erste Kurs dieser Art wird im November dieses Jahres durchgeführt werden, und zwar an den Städtischen Krankenanstalten in Nürnberg unter der Leitung von Herrn Professor Hillmann und unter Mitarbeit von Kollegen aus den klinischen Abteilungen der Städtischen Krankenanstalten. Die Anmeldungen sind natürlich auch hier wesentlich mehr als die Zahl der Plätze. Ich hoffe, daß wir in Bälde in München einen zweiten Kurs werden durchführen können. Die vorbereitenden Gespräche sind bereits im Gange.

Nachdem auf absehbare Zeit — fast möchte ich sagen, auf nicht absehbare Zeit hinaus — doch nicht genügend medizinisch-technische Assistentinnen zur Verfügung stehen werden, glaube ich, daß die Weiterbildung dieser Röntgenhelferinnen und der Laborhelferinnen eine sehr große Bedeutung hat. Wir müssen mit diesen Mitarbeiterinnen arbeiten und wenn wir sie schulen, können wir auch mehr sorgfältige und zuverlässige Arbeit von ihnen erwarten. Es ist dies also eine echte Aufgabe der Kammer im Dienste der bayerischen Kollegen.

Lassen Sie mich noch einem Kollegen besonders danken, der die Vorbereitung dieser Kurse übernommen hat, der sich laufend darum bemüht, daß sie richtig durchgeführt werden, der also eine erhebliche organisatorische Leistung vollbracht hat. Es ist mein Mitarbeiter Reichstein, der allein und ohne daß immer wieder die Einschaltung des Präsidenten notwendig ist, diese Aufgabe in einer Art und Weise durchführt, wie man es besser nicht machen könnte. Also auch Herrn Reichstein meinen allerherzlichsten Dank!

### „Bayerisches Ärzteblatt“

Über das „Bayerische Ärzteblatt“ brauche ich in diesem Jahre nicht viel zu sagen. Ich darf aber nicht verschweigen, daß das Interesse an diesem Blatt außerhalb Bayerns immer mehr zunimmt. Die Zahl der Bezieher aus dem übrigen Bundesgebiet und aus dem Ausland wird ständig größer. Das zeigt mir, daß das Niveau dieses Blattes hervorragend geworden ist. Wir sind bemüht, es immer noch besser zu machen. Auch hier leistet Herr Reichstein wirklich Hervorragendes und ich möchte ihm meine volle Anerkennung aussprechen. Die Auflage beträgt derzeit 16 500 Stück.

Ich erwähne in diesem Zusammenhang den Namen eines alten Kollegen, der seit dem Zusammenbruch, seit er als vertriebener Arzt nach Bayern gekommen ist, in der Kammer schon immer fleißig mitgearbeitet hat und der jetzt im hohen Alter immer noch Beiträge für das „Bayerische Ärzteblatt“ liefert, die als Beiträge zur Medizingeschichte allgemeine Anerkennung finden. Es ist der Herr Kollege Koerting.

Auch ihm sehr herzlich zu danken und zu wünschen, daß er in seiner geistigen Frische noch lange für uns erhalten bleibt ist mir ein Bedürfnis.

### Pressestelle

Unsere Pressestelle pflegt weiterhin die Kontakte mit der Presse in jeder nur möglichen Form. Ich habe schon in früheren Jahren immer wieder darauf hingewiesen, daß bei der Arbeit der Pressestelle das „Verhindern“ oft wichtiger ist wie das „Etwas-bringen-Können“. Gerade auf dem Sektor des Verhinderns, über den man sonst nicht viel reden kann, wird Erhebliches geleistet und das muß man, glaube ich, auch einmal hervorheben. Durch unsere Stellungnahmen zu falschen Berichten haben wir viel tun können. Die Presse kommt zu uns und fragt uns. Das ist ein Zeichen für eine gute Wirkung der Pressestelle.

Außerdem wird aber Herr Kollege Reichstein als Leiter der Pressestelle in zunehmendem und mich fast etwas besorgendem Umfange für die Vorbereitung und pressemäßige Betreuung wissenschaftlicher, ärztlicher Kongresse herangezogen. So haben wir an der Gestaltung des Kongresses für Krankenhaushygiene mitgewirkt. Wir haben weiterhin den ersten Internationalen

Kongreß für Sportmedizin mitgetragen und wir bereiten zur Zeit den vierten Internationalen Kongreß für Infektionskrankheiten vor, der alle paar Jahre einmal in irgendeiner Stadt der Welt stattfindet. Der nächste Kongreß dieser Art wird in München sein. Man hat sich an uns gewandt und um Hilfe gebeten. Wir haben sie von der Kammer aus nicht verweigert, weil wir glauben, daß es auch eine Aufgabe der Kammer ist, auf diesem Sektor mitzuwirken; denn das gehört ja alles zur Gestaltung des Gesundheitswesens in unserem Lande.

### Der Ständige Ausschuß der Ärzte In der EWG

Nun zum Schluß ein ganz kurzes Wort über die Situation in dem Bereich der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft. Wir haben schon früher immer wieder darüber berichtet. Wir haben darüber auch publiziert. Es sind gerade in der letzten Zeit einige sehr beachtliche Beiträge im „Deutschen Ärzteblatt“ von den Herren Kollegen Eckel und Schlöggel erschienen, die dem einzelnen Arzt, wenn er sie gelesen hat, einen sehr guten Einblick geben in die Probleme und in den Aufbau der EWG.

Heute möchte ich nur sagen: Wenn hier sichtbare Ergebnisse nicht so schnell für den einzelnen zu erkennen sind, so dürfen Sie das nicht etwa darauf zurückführen, daß nichts geschieht, sondern Sie müssen dabei berücksichtigen, daß es unendlich schwer ist, die Ausbildungsbedingungen, die Weiterbildungsbedingungen und die Berufsausbildungsbedingungen des Arztberufes in sechs Ländern zu koordinieren, wo in jedem Land eine uralte Tradition besteht, aus der heraus der heutige Zustand gewachsen ist. Schon deshalb ist es auch beim besten Willen nicht möglich, rasch etwas zu erreichen. Unter Berücksichtigung aller Umstände möchte ich sagen, daß die Zusammenarbeit zwischen den ärztlichen Vertretern der sechs Länder eine sehr gute ist. Man merkt bis jetzt auch noch nichts von dem, was zur Zeit die EWG im großen politischen Bereich belastet.

Ich persönlich habe den Eindruck, daß alle Kollegen aus den sechs Ländern ebrlich bemüht sind, zu einer gemeinsamen Form, zu einem Rahmen zu gelangen, der vergleichbare Verhältnisse schafft. Denn die Herstellung der Freizügigkeit, der freien Niederlassung innerhalb der EWG, ist nun einmal ein Grundsatz der Römischen Verträge und er muß verwirklicht werden, wenn auch mit einer gewissen Verspätung. Im Vordergrund stehen zur Zeit die Fragen der Facharztweiterbildung, die Fragen der Vorbereitung des Praktischen Arztes auf seine spätere Niederlassung. Gerade das scheint mir besonders interessant zu sein, wenn ich mir überlege, daß doch offenbar in den Kreisen unserer deutschen Kollegen der Eindruck besteht, als sei das eine reine Angelegenheit der Praktischen Ärzte in Deutschland. Nein, die Vorbereitung des Praktischen Arztes auf seine Niederlassung, analog der Vorbereitung des Facharztes, ist ein — man kann es ruhig sagen — weltweites Thema geworden. Es ist damit auch eines der Themen, mit denen wir uns zur Zeit im Bereich der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft besonders intensiv beschäftigen. Am nächsten Wochenende habe ich bereits wieder drei Tage Arbeitssitzungen im Rahmen der EWG, die sich mit diesen Fragen beschäftigen.

Sie haben vielleicht gelesen, daß der Vorsitz des Ständigen Ausschusses der Ärzteschaft in der EWG auf die deutsche Delegation übergegangen ist. Zum Präsidenten des Ständigen Ausschusses wurde Herr Kollege

Fromm gewählt, das Amt des Generalsekretärs wurde mir übertragen.

Die Geschäftsstelle leitet mein Kollege und Mitarbeiter Reichstein.

Gerade in diesen entscheidenden Entwicklungsjahren zur europäischen Einheit liegt die Verantwortung bei uns; aber ich darf Ihnen versichern, daß wir uns dieser Verantwortung in vollem Umfange bewußt sind und daß wir ohne Rücksicht auf uns, auf unsere Freizeit und auf unsere privaten Wünsche und Bedürfnisse für diese Aufgabe mehr hergeben, als man vielleicht von uns verlangen könnte.

### Dank für Mitarbeit

Damit möchte ich zum Schluß kommen. Ich habe sicherlich eine Reihe von Punkten nicht angesprochen, aber ich überlasse es Ihnen, sie in der Diskussion zu erwähnen. Mir selbst ist es am Schluß meines Tätigkeitsberichtes ein Bedürfnis, meinen Kollegen im Kammervorstand und den Mitgliedern der Ausschüsse der Bayerischen Landesärztekammer sehr herzlich zu danken für ihre Kollegialität, ihr Vertrauen und ihre Freundschaft, die sie mir erwiesen haben, und dafür, daß sie immer bereit sind, mitzugehen, auch dann, wenn ich einmal etwas überraschend ein Problem in die Versammlung werfe und die Wellen hochgehen. Ich möchte Ihnen sagen, daß die Diskussionen im Vorstand der Kammer, die wir in den letzten Sitzungen geführt haben, auf einem hohen Niveau standen, und daß sie immer um Grundsatzfragen der Ärzteschaft geführt wurden.

Auch hier, wie in unserem ganzen Kammerbereich, kann man sagen: Wir reden nicht mehr über Standesstreit. Wir reden wirklich nur noch über die Anliegen der Ärzteschaft.

Das zu sagen ist mir immer wieder ein besonderes Bedürfnis.

Nachdem es in der Welt immer komplizierter wird und weder der Arzt noch sonst ein Bürger ohne den Juristen und seine juristische Beratung leben können, auch wenn wir manchmal noch so darüber schimpfen, wenn uns etwas an diesen juristischen Überlegungen nicht paßt, sind wir doch immer wieder sehr froh, wenn wir unsere Juristen haben. Deshalb möchte ich einmal ganz besonders die hervorragenden Leistungen unserer juristischen Berater, des Herrn Justizrat Poellinger, des Herrn Ministerialrates Weißbauer, der uns ein wertvoller Berater in allen Grundsatzfragen ist, erwähnen.

Ich darf aber, wenn ich hier Namen nenne, auch die Juristen der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums erwähnen. Sie treten uns nie als Staatsaufsicht, sondern immer als freundschaftliche Berater entgegen. Herr Ministerialdirigent Knieß hat hier eine Tradition geschaffen. Ich habe den Eindruck, daß sein neuer Mitarbeiter, Herr Regierungsdirektor Dr. Wilhelm, schon jetzt — obwohl er erst angefangen hat — in die gleichen Fußstapfen tritt.

Ich möchte aber auch sehr dankbar die hervorragenden Ratschläge und die Hilfe erwähnen, die wir von zwei Juristen empfangen haben, die beide den Namen Braun tragen. Der eine Braun heißt bei uns im Hause Steuer-Braun und der andere Marburger Braun. Beide möchte ich hier erwähnen. Sie unterstützen uns immer und bereitwilligst, und ich verdanke auch diesen beiden Herren sehr wertvolle Hilfen bei der Gestaltung unserer Angelegenheiten.

Last not least darf ich aber auch unseren Mitarbeitern in der Kammer, den Damen und Herren, die an den Schreibtischen der Kammer sitzen, meinen allerherzlichsten Dank sagen. Sie haben es nicht immer einfach; denn die neuen Aufgaben, die die Kammer übernehmen muß, und die sie freiwillig übernimmt, denen sie sich zuwendet, haben auch immer Konsequenzen in der geschäftsmäßigen Abwicklung und Durchführung, so etwa, wenn wir leichtweg sagen: Ausbildung der ärztlichen Hilfskräfte, Ausbildung der Röntgenhelferinnen und der Laborhelferinnen. Das macht dann in unserer Buchhaltung gleich wieder tausend oder zweitausend neue Buchungen aus. Die Damen, die an sich schon stark genug belastet sind, müssen das auch noch mit übernehmen. Unsere Sekretärinnen leisten fleißige und sorgfältige Arbeit.

Ich möchte sagen, daß wir in der Kammer über einen Stab von Mitarbeitern verfügen, über den wir uns täglich freuen und dem ich deshalb auch einmal vor diesem Kreis meinen herzlichsten Dank und meine Anerkennung aussprechen möchte.

### Entschließungsanträge des Vorstandes

Damit schließe ich meinen Tätigkeitsbericht. Ich freue mich nun, wie immer, auf eine lebhaftige Diskussion.

Vorher möchte ich Ihnen noch den Entwurf von zwei Entschließungen vortragen:

#### Betr.:

#### Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz

„Der 18. Bayerische Ärztetag stellt mit Bedauern fest, daß sich die Bayerische Staatsregierung noch nicht dazu entschließen konnte, das Honorar für die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz entsprechend den Empfehlungen der Konferenz der Arbeitsminister anzuheben.“

Der Bayerische Ärztetag erwartet, daß die sich aus der neuen Gebührenordnung ergebende Erhöhung des Honorars für diese Untersuchungen mit Rückwirkung ab 1. 4. 1965 nunmehr ohne weitere Verzögerung erfolgt.“

#### Betr.: Unfallrettungsdienst

„In Übereinstimmung mit dem Bayerischen Landesgesundheitsrat weist auch der 18. Bayerische Ärztetag darauf hin, daß die in Bayern zur Verfügung stehenden Einrichtungen des Unfallrettungsdienstes sowohl qualitativ wie quantitativ im Hinblick auf den steigenden Verkehr nicht mehr ausreichend sind.“

Der Unfallhilfs- und Rettungsdienst ist zu einer öffentlichen Aufgabe geworden, die von den beteiligten Organisationen nicht mehr ohne finanzielle Hilfe des Staates bewältigt werden kann. Der 18. Bayerische Ärztetag unterstützt deshalb die Forderung des Bayerischen Landesgesundheitsrates, im Staatshaushalt 1966 einen Betrag von 1 Million DM als erste Jahresrate einzuplanen.

Der 18. Bayerische Ärztetag hält es auch für dringend erforderlich, daß angesichts des immer dichter werdenden Verkehrs Maßnahmen eingeleitet werden, durch welche sichergestellt wird, daß bei Unfällen Polizei, Feuerwehr, Unfallwagen und auch Ärzte zu den Verletzten gelangen können.“

Diese beiden Entschließungen möchte ich von uns aus vorlegen und Sie um Annahme bitten. Damit beende ich meinen Tätigkeitsbericht und danke Ihnen.

**Geh lieber  
sicher —  
geh in die  
Vereinigten!**

Der Gruppenversicherungsvertrag, den die Bayerische Landesärztekammer mit Wirkung vom 1. September 1965 mit der Vereinigten Kronenversicherung A.G. und deren Tochtergesellschaft, der Solus Kronenhouskosten-Versicherungs-A.G., abgeschlossen hat, bietet:

### **Krankentagegeld bis 200 DM**

für den niedergelassenen Arzt

### **Krankentagegeld bis 100 DM**

für den angestellten Arzt

### **Krankenhaustagegeld bis 100 DM**

zusätzlich für jeden Arzt

### **Krankenhauskostenversicherung**

für Familienangehörige bis 100 DM täglich.

Die Ärzte im Bereich der Bayerischen Landesärztekammer haben Anspruch auf Versicherungsschutz zu besonders günstigen Bedingungen: Keine Wartezeiten, Einschluß von Vorerkrankungen, Leistungen auch bei Kuraufenthalten und Erkrankungen im Ausland sowie bei Berufs- und Sportunfällen. Gegenüber der Einzelversicherung sind die

### **Prämien bis zu 25% niedriger.**

Hinzu kommt bei schadenfreiem Verlauf während eines Kalenderjahres eine hohe Prämienrückgewähr. Sie betrug in den vergangenen Jahren für Tagesgeldversicherungen 25%. Allein 1965 zahlte die Vereinigte auf diese Weise an ihre Versicherten insgesamt 25 Millionen DM zurück. Für die Versicherten nach dem Salustarif besteht — in Form eines Sterbegeldes — Anspruch auf Gewinnbeteiligung.

Die Vereinigte unterhält mit zahlreichen ärztlichen Organisationen und Landesvertretungen Empfehlungs- und Gruppenversicherungsverträge. Sie ist mit mehr als 1,2 Millionen Versicherten eines der größten Unternehmen ihrer Art. Bitte nutzen auch Sie — wie viele Ihrer Berufskollegen im ganzen Bundesgebiet — die Vorteile, die Ihnen der Gruppenversicherungsvertrag bietet.



**VEREINIGTE KRANKENVERSICHERUNG A. G.**

Generaldirektion · 8000 München 23 · Leopoldstraße 24

Vertragsgesellschaft der Bayerischen Landesärztekammer

## Aus der Aussprache zum Tätigkeitsbericht

Dr. Wendelstein: Ich glaube, zunächst müssen wir unserem verehrten Herrn Präsidenten, Herrn Dr. Sewering, unseren aufrichtigen und herzlichen Dank dafür aussprechen, daß er uns einen so klaren, umfassenden und übersichtlichen Rechenschaftsbericht über die im vergangenen Jahr geleistete Arbeit abgelegt hat. Es ist, glaube ich, für einen Degelegten immer außerordentlich erstaunlich zu hören, mit welcher Fülle von Problemen und mit welcher Arbeit sich die Kammer zu befassen hat und was alles an die Kammer als unsere oberste Berufsvertretung in Bayern herangetragen wird.

Wenn ich jetzt zwei Stichworte herausgreife, so deshalb, weil mir diese zwei Fragen am Herzen liegen und weil ich weiß, daß auch andere Ärzte an diesen Fragen interessiert sind. Zunächst bitte ich, zum Stand der **Honorarverhandlungen mit der Bundeswehr** Stellung zu nehmen. Darüber haben wir heute nichts erfahren. Vor längerer Zeit ist ein Verband von Ärzten an die Öffentlichkeit getreten und hat uns aufgefordert, die Bundeswehrangehörigen als Privatpatienten zu behandeln. Wir wissen im Augenblick nicht, wie die Kammer dazu steht.

Als zweites Stichwort spreche ich die „**alte Last**“ an. Wir wissen alle, daß ein gewisser Prozentsatz von vorwiegend älteren vertriebenen Ärzten in Bayern lebt, die täglich von der Sorge umgeben sind, wie sie ihren Lebensabend bestreiten können, wenn sie ihren Beruf aus gesundheitlichen oder Altersgründen aufgeben müssen. Gewiß, im Einzelfall ist eine Unterstützung möglich. Aber ich glaube, nachdem Mittel vorhanden sind aus der Kindergeldkasse, sollte diese Einzelunterstützung noch etwas mehr in eine Kollektivunterstützung legalisiert werden. Es sollte diesen alten Kollegen endlich einmal die drückende Sorge abgenommen werden, sie könnten im Alter allein dastehen, sie könnten von den Ärzten im Stich gelassen werden. Wir sollten diesen Ärzten, von denen ich weiß, daß es höchstens 60 oder 70 in Bayern sind, zwar nicht einen Rechtsanspruch, aber einen moralischen Anspruch einräumen.

Wir, die wir hier das Parlament der bayerischen Ärzte sind, sollten es als unsere moralische Pflicht auffassen, diesen Kollegen in irgendeiner Form kollektiv zu helfen.

Selbstverständlich sollen die Einzelfälle nach wie vor von einem Ausschuß überprüft werden. Aber wir sollten die Einzelunterstützung nicht, wie es immer wieder vorkommt, als eine Art Almosen deuten lassen. Ich habe mir deshalb erlaubt, einen Antrag vorzulegen. Ich kann mir nicht vorstellen, daß sich in diesem Hause jemand dem Antrag verschließen könnte. Es kommt mir auf die Resonanz in diesem Hohen Hause an und darauf, daß der Antrag, rein optisch und psychologisch gesehen, in die Ohren jener dringt, die wirklich unserer Hilfe dringend bedürfen. Er lautet:

„Der Bayerische Ärztetag hält die Versorgung der für ihr Alter noch unversorgten Ärzte und ihrer Angehörigen, dabei vor allem auch der älteren vertriebenen Ärzte, für eine der vornehmsten Aufgaben, für ein officium nobile der Kammer.“

Die Kollegen und ihre Angehörigen müssen von dem bitteren Gefühl, im Alter verlassen zu sein, end-

lich befreit werden. Der Bayerische Ärztetag hält deshalb die Bereitstellung entsprechender Mittel auch für die Zukunft für dringend erforderlich.“

Ich bitte, über diesen Antrag abstimmen zu lassen.

Dr. Brendler: Zu zwei Punkten des Tätigkeitsberichts möchte ich sprechen. Es handelt sich um die von Herrn Kollegen Wendelstein angesprochene „**alte Last**“. Zunächst einmal müssen wir wohl, ich will nicht sagen stolz, aber doch befriedigt darüber sein, welche Summen Kammer und KV in den letzten Jahren für diesen betroffenen Kollegenkreis und die Hinterbliebenen dieser Kollegen aufgebracht haben. Freilich ist es sehr schwer zu erkennen, wie diese Globalsummen das Einzelschicksal lindern oder ändern konnten. Zu einem will ich nur am Rande Stellung nehmen, gerade weil dieser Angriff, der den „**Schandfleck**“ auf Bayerns Ärztekammer anprangern sollte, aus meinem engeren Bezirk kam. Das ist dieser vermeintliche Rechtsanspruch. Worum handelt es sich eigentlich dabei? Wenn man das analysiert und mit alten Kollegen darüber spricht, handelt es sich darum, daß diese Kollegen, die noch zu einem Zeitpunkt arbeiten, in dem sie es eigentlich gar nicht mehr können, wissen möchten: „Was kriegen wir denn, wenn wir jetzt aufhören?“ Wenn sie zu uns kommen – ich selbst sitze in diesem Gremium in der KV –, sagen wir: „Nun hör erst mal auf, dann sag, was du selbst hast, was du selbst leisten kannst, und dann werden wir dir so viel geben, daß du nicht Not zu leiden brauchst.“ Das genügt diesen Kollegen aber nicht.

Wenn wir ehrlich sind, es würde uns in dieser Situation auch nicht genügen. Es ist kein Rechtsanspruch im juristischen Sinn, sondern es sollte ein überschaubares Bild sein, ein überschaubares Recht; sie sollten wissen, was sie dann bekommen könnten. Deshalb begrüße ich ganz besonders den Antrag des Kollegen Wendelstein, der ja das mit enthalten kann. Wir sollten uns überlegen, ob wir diese Zuwendung aus Kammer und KV und wo auch immer her – womöglich auch aus einer Forderung an irgend jemand, ich will mich hier nicht näher ausdrücken – nicht in eine Form gießen sollten, womöglich in die Form einer Stiftung für diesen bestimmten Personenkreis, so daß aus den Satzungen der Stiftung ein gewisses Recht abgeleitet werden könnte. Das würde diesen Kollegen genügen. Deshalb bitte ich Sie dringend, diesen Globalantrag des Kollegen Wendelstein zu unterstützen und ihn womöglich auszudehnen. Aber dazu braucht es sicherlich die Vorbereitung durch Juristen, ohne die wir auch hier nicht auskommen können, und womöglich auch durch Versicherungsmathematiker, die ja, wie wir gestern abend gehört haben, mit zu unseren wichtigsten Männern gehören. Das zu diesem Thema.

Nun möchte ich noch etwas zur **optimalen Betreuung der werdenden Mutter** sagen, und zwar insbesondere zum Teilgebiet der Blutgruppenuntersuchungen und zur Antikörpersuche. Wenn man sich in Theorie und Praxis mit diesem Gebiet eingehender beschäftigt und dazu noch das Gebiet der Bluttransfusionen betrachtet, muß man ehrlich eingestehen, daß man den neuen Erkenntnissen nicht mehr so ganz folgen kann, wenn man sich nicht immer wieder mit ihnen beschäftigt. Dieses Gebiet ist viel komplizierter, als wir alle es uns vorstellen.

Alle Ärzte, die werdende Mütter betreuen, müssen genauestens über dieses ganze Gebiet Bescheid wissen.

Ich habe es deshalb begrüßt, daß im Rahmen der Augsburger Fortbildungskurse in einem ganz ausgezeichneten Kurzfortbildungskurs durch Chefarzt Dr. Gatow, dem Leiter der Blutbank des Bayerischen Roten Kreuzes, die Kollegen und deren nichtärztliche Mitarbeiter unterrichtet und fortgebildet wurden. Ich verweise auf einen sehr wichtigen Artikel von Frau Dr. Böttger in der September-Nummer des „Bayerischen Ärzteblattes“. Gerade dieser Artikel sollte allen deutlich machen, wie wichtig und ungemain schwierig der ganze Fragenkomplex ist. Ich rege an, daß im Rahmen der ärztlichen Fortbildung nach Möglichkeiten gesucht werden möge, die Fortbildung auf diesem Gebiet zu erweitern und zu ergänzen – für die Kollegen und deren Mitarbeiter, die es angeht. Auch noch aus einem anderen Grund! Wir wollen auch etwas mehr wissen als die Hebammen, mit denen wir arbeiten. Denn die werden in ihren jeweiligen turnusmäßig drei- bis fünfjährigen Fortbildungskursen genauestens darüber unterrichtet.

Dr. Doerfler: Ich möchte als Vorsitzender des Hilfsausschusses der Bayerischen Landesärztekammer zu dem Thema „alte Last“ sprechen. Wir sind, glaube ich, alle unserem Herrn Präsidenten sowie dem Herrn Vizepräsidenten großen Dank dafür schuldig, daß sie sich dieses Problems überhaupt schon seit Jahren annehmen, so daß auch für die Ärzte, die weder von der KV, noch von der Bayerischen Ärzteversorgung etwas zu erwarten haben, etwas getan werden kann. Es sind, wie Sie eben von Herrn Kollegen Wendelstein gehört haben, nicht etwa 110 oder 120, wie wir angenommen haben, sondern 60 alte Kollegen, die unter diese Voraussetzungen fallen.

Was mein Herr Vorredner gesagt hat, daß wir etwas festsetzen sollten, mit dem diese Herren rechnen können, ist praktisch kaum möglich; denn die Verhältnisse sind zu verschieden. Aber wenn wir dem Antrag Wendelstein, den ich aufs wärmste unterstützen möchte, zustimmen, erfahren diese Kollegen, daß bei uns für sie zwar kein Rechtsanspruch, aber ein moralischer Anspruch auf Unterstützung besteht.

Ich darf wohl dazu Ihre Zustimmung erwarten, daß wir uns in diesen Fällen nicht immer ganz an die Grenzen von 450,-, 400,- bzw. 350,- DM halten müssen, sondern daß wir das individuell gestalten, wie wir es auch bisher schon getan haben. Sie können die Zuversicht haben, daß wir nicht zu freigebig, aber auch nicht zu engherzig in diesen Zuteilungen sein werden. So bitte ich, den Antrag Wendelstein doch anzunehmen und damit den alten Ärzten eine Grundlage zu geben, daß sie wissen, sie sind nicht verlassen.

Dr. Paschke: Der Herr Präsident hat in dankenswerter Weise in seinem Rechenschaftsbericht ein Thema behandelt, das uns Landärzten sehr am Herzen liegt. Er ist dabei leider zu keinem Vorschlag gekommen, wie man diesen eventuell zu befürchtenden **Ärztmangel auf dem Land** für die Zukunft beheben kann.

Über das Problem der langsamen, aber ständig zunehmenden Verwaisung von Arztsitzen auf dem Land wird sich in den letzten Jahren wohl jeder Landarzt seine Gedanken gemacht haben. Ich bin durchaus der Meinung von Herrn Präsident Sewering, daß die ärzt-

liche Versorgung noch sichergestellt ist; ich sage „noch“, denn ich befürchte, daß das in fünf oder zehn Jahren auf dem Land nicht mehr der Fall sein wird.

Was ist nun eigentlich die Ursache dafür, daß gut-situierte Praxen auf dem Land nicht oder oft nur mühsam besetzt werden können? Die Zeit, in der man aus Idealismus aufs Land ging, weil man dort in allen Sät-teln gerecht sein mußte und noch wirklich Arzt im hippokratischen Sinn sein konnte, scheint mir endgültig vorbei zu sein. Denn darüber besteht kein Zweifel, daß der Landarzt auch heute noch große persönliche Opfer bringen muß. Er hat selten ein freies Wochenende, und es gibt viele Landärzte, die zeit ihres Lebens nicht in Urlaub waren, weil sie keinen Vertreter bekommen konnten. Diese ständige Einsatzbereitschaft, unter der der Landarzt steht, scheint mir ein wesentlicher Grund für unsere jungen Kollegen zu sein, das Land zu meiden. Es wäre vielleicht interessant, wenn die jungen Kollegen, die hier unter uns sitzen, einmal zu diesem Problem Stellung nehmen könnten, wie sie sich diesen Zug der jungen Kollegen in die Stadt erklären. Denn es ist klar, die jungen Kollegen verdienen in der Stadt ihr Geld leichter, unter weniger Opfern für ihre eigene Person und ihre Familie. Denn auf dem Land ist die Arztfrau unentbehrlich, was allein das Finanzamt natürlich nicht einsieht.

Wenn wir als Delegierte die drohende Gefahr des Arztmangels auf dem Land für die Zukunft bannen wollen, müssen wir dem Arzt das Arztsein auf dem Land attraktiver machen. Wir müssen vor allem jedem Landarzt die Möglichkeit geben, in Urlaub zu gehen, und zwar zusammen mit seiner Frau; nicht daß die Frau daheim mit dem Vertreter die halbe Praxis macht und der Arzt allein herumgondelt! Solange aber von diesen Möglichkeiten kein Gebrauch gemacht wird, kann man von den jungen Kollegen unter den heutigen Verhältnissen nicht erwarten, daß sie aufs Land gehen. Ich glaube, wir müssen uns heute schon mit diesem Problem befassen; denn es kann in fünf oder zehn Jahren, wenn die Sache akut ist, dazu vielleicht zu spät sein.

Dr. Flach: Ich möchte zu zwei behandelten Punkten Stellung nehmen, und zwar erstens zu den **Vorsorgeuntersuchungen** und zweitens zum **Jugendarbeitsschutzgesetz**. Bis jetzt ist es Gott sei Dank nicht gelungen, Vorsorgeuntersuchungsstellen staatlicher oder halb-staatlicher Natur zu errichten. Nun scheint man aber durch die Hintertür, über Kreistage usw., doch zu diesem Wunsch zu kommen. So veröffentlicht z. B. eine Provinzzeitung unter der Überschrift „Voruntersuchungsstellen für Krebs“ mit dem Untertitel „In Bayern fehlen in den Landkreisen ortsnahe Voruntersuchungsstellen für Krebs“ einen Artikel, in dem die Ärzteschaft insofern auch wieder angegriffen wird, als es darin heißt, daß diese Vorsorgeuntersuchungsstellen für Krebs aus Gründen hintertrieben würden, die jedenfalls sehr bedauerlich seien.

Es ist noch eine Frage, was man dazu tun soll. In dem Artikel werden besonders die bayerischen Abgeordneten angesprochen. Ich darf das der Pressestelle geben; denn es scheint mir wichtig zu sein, daß man dagegen etwas unternimmt. Es wird so hingestellt, als ob die Ärzteschaft diese Art bis zu einer gewissen Weise unterstützen würde; es wird dort gesagt, daß wir selbst bestimmte Sachen – es wird von den Impfterminen und noch einigem Anderen in dem

Artikel gesprochen – bereits getan hätten; es wird so hingestellt, als ob die Ärzteschaft im geheimen solche Krebsuntersuchungsstellen auf halbstaatlicher oder staatlicher Grundlage unterstützen würde.

Zum Jugendarbeitsschutzgesetz möchte ich auf folgendes aufmerksam machen: Bei uns hat sich herausgestellt, daß durch die Leitung der Betriebe die Jugendlichen teilweise in großem Umfang ihren Hausärzten entzogen werden und teilweise von Betriebsärzten, teilweise von Amtsärzten, in wesentlichem Umfang aber von Schulärzten, in Bausch und Bogen untersucht werden. Wenn es dazu kommt, daß z. B. an einem Nachmittag von einem Schularzt in den Schulräumen 17 Jugendliche untersucht werden und z. B. bei der Bundesbahn in zwei Tagen rund 70 Jugendliche von einem Bahnarzt, so scheint mir das nicht angängig zu sein.

Dr. Soening: Zunächst möchte ich dem Herrn Präsidenten den herzlichen Dank dafür aussprechen, daß er die Arbeit der ärztlichen Abgeordneten im Parlament gewürdigt hat, sowie auch dafür, daß er hier an dieser Stelle die Arbeit des Bayerischen Landesgesundheitsrats gewürdigt hat. Ich möchte nicht vergessen, darauf hinzuweisen, daß die verhältnismäßig vielleicht bescheidenen Erfolge, die wir im Parlament und auch im Landesgesundheitsrat gehabt haben, mit darauf zurückzuführen sind, daß eine ausgezeichnete Zusammenarbeit mit der Kammer, besonders mit dem Präsidenten, bestanden hat; die Erfolge sind auch auf die sehr gute Zusammenarbeit mit den Herren von den Ministerien, besonders vom Innenministerium, zurückzuführen. Hervorheben möchte ich nicht zuletzt die Zusammenarbeit der ärztlichen Abgeordneten untereinander, der Herren Kollegen Dr. Dehler, Dr. v. Brentano-Hommeyer und Senator Dr. Dr. von Gugel; sie hat sich auch im Landesgesundheitsrat bewährt.

Ich möchte heute vor Ihnen über einige große Sorgen sprechen, für die ich die Unterstützung der Ärzteschaft erbitte. Schon gestern abend hat der Herr Minister Junker darauf hingewiesen, wie wertvoll die Unterstützung, die Öffentlichkeitsarbeit der Ärzte für das Gesundheitswesen im allgemeinen ist. Ich möchte zunächst einmal dafür danken, daß hier eine Entschließung zum **Unfallrettungsdienst** gefaßt werden soll. Wenn ich darüber spreche, habe ich meine Gründe. Ich möchte die Dinge hier ganz ohne Kommentar sagen.

Wir hatten im Bayerischen Landtag zu den Haushaltsberatungen 1964 zwei wichtige Anträge zur Unterstützung der **Schwesternausbildung** gestellt. Über die Bedeutung dieses Themas möchte ich gar nicht sprechen. Dann ist das folgende Schicksal passiert: Der Sozialpolitische Ausschuß hat zwei Anträge, die ich hier nicht wörtlich anzuführen brauche, einstimmig angenommen; sie zielten darauf ab, die Zuschüsse im Haushalt des Arbeitsministeriums für die Schwesternausbildung zu erhöhen sowie auch die Zuschüsse, die im Haushalt des Innenministeriums für diesen Zweck ausgewiesen sind, anzuheben. Der Haushaltsausschuß hat diese beiden Anträge, die außerordentlich wichtig sind, mit großer Mehrheit abgelehnt. Ich möchte nur feststellen, daß es sich hier nicht um Beträge von -zig Millionen gehandelt hat, sondern um eine Summe, die sich zwischen einer und drei Millionen DM bewegt. Es waren jedenfalls außerordentlich wichtige Unterstützungsgelder.

Wir haben jetzt bereits einen Antrag gestellt, der

schon von den verschiedenen Fraktionen behandelt worden ist. Er betrifft den Unfallrettungsdienst und hat folgenden Wortlaut: „Die Staatsregierung wird ersucht, dem Bayerischen Roten Kreuz für den notwendigen Ausbau des Unfallhilfs- und Rettungsdienstes in Bayern im Rahmen eines 5-Jahres-Planes ausreichende Mittel zur Verfügung zu stellen.“

Die Anträge, die ich vorhin erwähnt habe, laufen auch in diesem Jahr wieder, und der Antrag für den Unfallhilfs- und Rettungsdienst ist schon eingereicht. Aber ich habe berechtigte Zweifel, ob wir in diesem Haushaltsjahr, für 1966, mit diesen verhältnismäßig bescheidenen Anforderungen zum Zuge kommen werden. Deshalb möchte ich Sie, Herr Präsident, und die Landesärztekammer wirklich bitten, in diesen beiden wichtigen Fragen alle Möglichkeiten auszunutzen, um die Herren vom Parlament und vom Ministerium darauf hinzuweisen, daß wir an diesen bescheidenen Forderungen einfach nicht vorbeikommen, wenn wir es ehrlich meinen mit unserem Willen, für das Gesundheitswesen etwas zu tun.

Noch eine andere Sache, die zur Zeit die Öffentlichkeit auch etwas bewegt. Ich habe gehört, jetzt solle ein Deutscher oder ein Bundesgesundheitsrat wieder ins Leben gerufen werden. Das ist, soviel ich weiß, ein Antrag der CDU. Ich muß ganz offen sagen, daß ich gar nicht so richtig weiß, wie ich diesen Antrag auffassen soll. Wir haben doch letzten Endes schon den Bundesgesundheitsrat. Wie er gestaltet werden soll, dazu kurz ein paar Worte. Ich möchte darum bitten, wenn man wiederum ein solches Gremium schafft, den Bayerischen Landesgesundheitsrat zum Vorbild zu nehmen. Über die Arbeit brauche ich nicht weiter zu sprechen. Es hat sich herausgestellt, daß der Bayerische Landesgesundheitsrat außerordentlich aktionsfähig gewesen ist. Warum ist er so aktionsfähig? Weil er nicht irgendwie ein Anhängsel eines Ministeriums ist, sondern, durch Gesetz geschaffen, in seiner Arbeit vollkommen selbständig ist. Wenn in diesem Sinne ein Bundesgesundheitsrat geschaffen werden sollte – der genauso konstruiert und genauso vom Ministerium unabhängig ist –, könnte ich mir vorstellen, daß er wirklich für die Aktivierung des Gesundheitswesens von Nutzen sein könnte. In diesem Sinne möchte ich Sie bitten, meine vorgetragenen Anliegen weiterhin zu unterstützen.

Dr. Braun: Herr Kollege Dr. Paschke hat schon das Problem des Praktischen Arztes auf dem Lande angesprochen. Es gibt in der Tat jetzt eine ganze Reihe von zum Teil sehr gut fundierten Landpraxen, die nicht besetzt werden können. Ich selbst bin in den letzten Monaten gezwungen, über dieses Problem sehr eingehend nachzudenken. Ich bin in der Lage, daß ich eine Landpraxis in unmittelbarer Nähe einer Großstadt, nämlich Regensburg, habe und dort für 7000 bis 8000 Leute allein da bin. Das gibt natürlich ein enormes Maß an Arbeit. Ich habe mich deshalb bemüht, für eine Nachbarpraxis, deren Inhaber wegen Alters aufgehört hat, einen Nachfolger zu finden, und zwar sehr intensiv. Der Kollege, der aufgehört hat, bewohnt nach wie vor sein Haus, macht auch eine ganz kleine Privatpraxis, und ich habe deshalb für seinen Nachfolger Wohnung und Praxisräume in Neubauten besorgt.

Es zählt in diesem Zusammenhang auch nicht das Argument, daß die Kinder auf dem Land schlecht aus-

gebildet werden könnten, weil die Stadt Regensburg von dort in 15 Minuten zu erreichen ist. Was sind also die Ursachen? Eine der Hauptursachen liegt wohl darin, daß der junge Kollege in der Klinik noch ein ganz falsches Bild von der allgemeinen Praxis und von der Landpraxis überhaupt hat. Man hat noch die Ansicht, es herrschten zum großen Teil vorsintflutliche Arbeitsverhältnisse, wahnsinnig schlechte wirtschaftliche Verhältnisse, und es gebe dort meist sehr schlechte Straßen; auch werde für die Kultur eigentlich gar nichts getan, und es sei eine enorme Menge von Arbeit und Opfern zu bringen, besonders Nacht- und Sonntagsdienst usw.

Ich habe den Eindruck, daß der junge Kollege in der Klinik als ideales Leitmotiv immer vor sich seinen Chef hat, der so horrend viel Geld verdient; er sagt sich, das möchte ich auch einmal werden. Nur daraus kann ich erklären, daß es bei den Fachärzten, im Facharztwerden, eine Mode gibt, momentan z. B. die Urologen und Orthopäden; die sind heute sehr gefragt. Wenn es so weitergeht, werden wir bald fast in jedem Bauerndorf einen Urologen und einen Orthopäden haben.

Es ist tatsächlich nicht mehr so, wie es sich der junge Kollege vorstellt. Die wirtschaftlichen Verhältnisse eines Landarztes sind heute garantiert besser als die vieler Kollegen, die ihre Praxis in der Stadt ausüben. Die Arbeitsbedingungen muß sich der Kollege selbst schaffen; er soll sich z. B. ein anständiges Labor einrichten. Auf dem Land kann er sehr viel selber tun und braucht verhältnismäßig wenig Überweisungen; er kann eine Arbeit leisten, die einen auch medizinisch außerordentlich befriedigen kann. Es kommt noch hinzu, daß das persönliche Verhältnis Arzt - Patient auf dem Land viel befriedigender ist als in der Stadt. Auch kann man kaum mehr schlechte Straßenverhältnisse auf dem Land als Argument anführen. Im Gebiet meiner Praxis kann ich heute zu jedem einzelnen Bauernhof auf Betonstraßen fahren, nachdem die Flurbereinigung durchgeführt und jeder Feldweg betoniert ist. Die kulturellen Bedingungen sind vielleicht in der Tat manchmal noch schlecht, besonders bei abgelegenen Landpraxen; aber sonst weniger.

Die Opfer, die man auf dem Land bringen muß, sind sicher größer als in der Stadt; darüber besteht kein Zweifel. Aber es dürfte heute überall auf dem Land ein Sonntagsdienst bestehen, so daß man nicht jeden Sonntag da sein muß, sondern höchstens jeden dritten oder vierten Sonntag. Der Urlaub ist weitestgehend durch kollegiales Zusammenwirken zu regeln. Bei uns brauchen wir schon lange keinen Urlaubsvertreter mehr, wir machen das immer in gegenseitiger Vertretung, und die Abrechnung ist in diesen Fällen von der KV geregelt. Es wäre dringend notwendig, den Beruf, das Ansehen des Praktischen Arztes in irgendeiner Richtung, vielleicht in der Facharztordnung, anzuheben. Es wäre in dieser Hinsicht vielleicht auch einmal der Verband der angestellten Ärzte einzuschalten; er könnte bei den jungen Kollegen aufklärend wirken; er könnte sich in den Krankenhäusern bemühen, das verzeichnete Bild des Landarztes wieder zu korrigieren.

Ein zweites liegt mir am Herzen, das ist die Entschliebung über den **Unfallrettungsdienst**. Ich glaube nicht, daß das nur ein finanzielles Problem ist. Beim Unfallrettungsdienst und beim Katastropheneinsatz handelt es sich in erster Linie wohl um ein personelles Problem.

Es liegt zum großen Teil daran, daß die Helferinnen und Helfer, die in den freien Organisationen zur Verfügung stehen, ungenügend ausgebildet sind. Das wiederum liegt daran, daß die Ausbildung in weitesten Bereichen in den Händen von ungenügend und nicht auf dem Niveau stehenden Laienausbildern liegt. Ich selbst bin in der Situation, Chefarzt des Roten Kreuzes im Bezirksverband Oberpfalz/Niederbayern zu sein. Ich habe mich oft mit diesem Problem beschäftigt.

Der Herr Präsident Ehard hat vor acht Tagen auf der Jahresversammlung des Bayerischen Roten Kreuzes in Bad Kissingen mit sehr harten Worten darauf hingewiesen, daß im Roten Kreuz nicht einmal zehn Prozent der bayerischen Ärzte Mitglieder seien. Es liegt sicher daran, daß es nur einige Ärzte sind, die in diesen Organisationen - im Roten Kreuz, bei den Johannitern und Maltesern sowie bei der Arbeiterwohlfahrt - mitwirken und daß diese wenigen Ärzte die enorme Ausbildungsarbeit einfach nicht leisten können, so daß überall der Laie eingeschaltet ist. Ich glaube, es wäre eine Ehrenpflicht eines jeden Arztes, in diesen Organisationen mitzuwirken. Ich weiß auch, daß dem sehr wesentliche psychologische Gründe von seiten der Ärzteschaft entgegenstehen. Das sind vor allem Gründe, die sich auf die hauptamtlichen Leute, besonders die Geschäftsführer in den Kreis- und Bezirksverbänden, beziehen, die sich in den letzten Jahren seit dem Krieg ein großes Maß an Macht angeeignet haben. Sie bilden sich heute zum großen Teil ein, auch über ärztliche Probleme entscheiden zu können, und sie meinen, sie könnten die Ärzte, die sie an der Hand haben, so einsetzen, wie sie das gerne möchten. Aber die Schuld daran haben letzten Endes die Ärzte selber, weil sie sich nicht den nötigen Einfluß in diesen Organisationen gesichert haben; sie haben dadurch nicht nur die Ärzte, sondern auch die ehrenamtliche Vorstandschaft in die Situation gebracht, daß diese Geschäftsführer, die zum großen Teil aus der aktiven Unteroffizierslaufbahn hervorgehen, eigenmächtig und selbständig handeln und entscheiden können. Man müßte das einmal deutlich sagen und viele Ärzte dazu bewegen, in diesen Organisationen mitzuwirken und damit auch einen Machtfaktor zu bilden. Ich bin nämlich der Meinung, daß in Organisationen, die das menschliche Leben, die Rettung von menschlichem Leben, zur Grundlage haben, der Arzt das erste Wort zu sprechen hat.

Dr. Dr. v. Gugel: Wenn wir einen solchen Bericht über die Arbeit eines Kollegen hören, der mitten in der ärztlichen Berufspolitik steht, so sehen wir eine Gliederung in zwei ganz klare Gruppen. Auf der einen Seite versucht sie das ärztliche Tätigkeitsfeld abzuschirmen gegen Einflüsse von außen, und auf der anderen Seite versucht die Ärzteschaft, für die geleistete Arbeit ein ausreichendes Honorar zu bekommen. Dankenswerterweise haben wir in der letzten Zeit diesen ärztlichen Wirkungskreis allmählich verschieben können. Wir haben Beratungsstellen und dergleichen verhindern können, und wir haben auch durch den neuen Stellenschlüssel, durch das sog. Harmonisierungsgesetz, die Posten in der Verwaltung dort, wo Ärzte betroffen sind, verbessern können.

Aber ich habe den Eindruck, daß wir uns in diesem Bereich allmählich selbst aushungern. Wo ich hingehe und frage, bei der Bundeswehr, beim **vertrauensärztlichen Dienst** innerhalb der Versorgungsämter, den Landes-

versicherungsanstalten, überall fehlen Kollegen. Man sollte darauf aufmerksam machen, daß diese Tätigkeit, die im Interesse der Volksgesundheit ungeheuer notwendig ist, auch eine Arbeit ist, die einen Arzt voll ausfüllen kann. Es stimmt allerdings äußerst bedenklich, wenn man hört, wie gerade an den Ärzten arbeitsrechtliche Vorzüge, die erstritten werden, vorbeigehen. Ich habe gehört, daß hier im Bereich der Landesversicherungsanstalt Bayreuth den Vertrauensärzten, die bisher täglich fünf Stunden zu untersuchen hatten — auch am Samstag —, nach Fortfall der fünf Stunden des Samstags vorgeschrieben wird, jeden Tag der übrigen Woche sechs Stunden zu untersuchen. Der Rest geht dann für die Büroarbeit darauf, d. h., diesen Kollegen wird praktisch zugemutet, ihre Büroarbeit von nun an am Abend zu Hause zu erledigen. So kann man nach meiner Ansicht mit Ärzten nicht umgehen. Ich werde darauf hinwirken, daß das geändert wird. Das kann aber nur geändert werden, wenn sich mehr Kollegen entschließen, diese Tätigkeit auf sich zu nehmen.

Nun noch etwas anderes! Ich bin vollkommen mit dem Vorschlag des Herrn Kollegen Wendelstein einverstanden, daß wir uns grundsätzlich bereit erklären, die schweren Sorgen derjenigen Kollegen auf uns zu übernehmen, die nicht in der Lage waren, sich eine eigene wirtschaftliche Sicherung zu schaffen.

Wir haben immer den Standpunkt vertreten, die soziale Sicherung des freien Berufes sei ein ausreichendes Honorar. Wir haben nun die Chance, in Zukunft eine echte Einzelleistungshonorierung zu bekommen. Aber noch schwebt über der Methode, wie die ärztlichen Abrechnungen beurteilt werden, der Nebel der bisherigen Vertellung eines Gesamtpauschales. Ich glaube, wir müssen dort, wo wir in den Kassenärztlichen Bezirksstellen vertreten sind, darauf hinweisen, daß es unklug wäre, diese Gesichtspunkte in den nächsten Quartalen noch zum Tragen zu bringen. Denn dann geben wir denen, die später mitprüfen werden, die Handhabe zu sagen: „Na ja, das habt ihr früher auch weggestrichen.“ Ich glaube, wir müssen nun zu einer Abrechnung nach der Einzelleistung kommen, und wir müssen auch die Gebührenordnung soweit ausschöpfen, als wir sie ausschöpfen können, auch wenn die Quote auf 50 Prozent sinkt!

Noch ein Weiteres! Ich bemerke immer wieder, daß die Kollegen meinen, das Geld, das sie verdienen, sei reines Konsumgeld. Wir haben zwar die Verpflichtung, einen gewissen Betrag in die Bayerische Ärzteversorgung einzubezahlen. Aber ich glaube, der Ärzteschaft ist es noch nicht klargeworden, daß wir nicht mehr auf eine Inflation zu tendieren, sondern wir stehen bereits am Anfang einer echten Deflation. Sehen Sie, wie die Aktien stehen, das sind Realwerte, die einfach nicht höher gehen, weil keiner mehr das Geld hat, sie zu erwerben. Die Geldschwemme ist vorbei. Sie wissen, daß die Zinssätze allmählich ansteigen, die Sieben-Prozent-Grenze ist überschritten; wir haben jetzt bereits Geldbedürfnisse, die gegen acht Prozent abgesichert werden. Das bedingt ein totales Umdenken, das bedingt die Rückkehr zum Sparwillen. Ich darf Ihnen sagen: Wenn wir stabile Verhältnisse bekommen wollen, und das ist doch unser Ziel, müssen wir allmählich daran denken, daß der Nachholbedarf abgeschlossen ist, und daß jeder einzelne von uns jetzt die Aufgabe hat, wieder einmal echt zu sparen. Das lohnt sich, schon wegen der Zinsen, die geboten werden.

Dr. Schön: Nochmals ein Wort zum Thema „alte Last“! Ich für meine Person muß einen Rechtsanspruch auf Unterstützung durch die Kammer ablehnen. Die „alte Last“ soll selbstverständlich ausreichend versorgt werden. Aber ein Rechtsanspruch hat den Nachteil, daß die jüngeren Kollegen in der Eigenfürsorge nachlassen werden, im Vertrauen auf diesen Rechtsanspruch, und sich sagen werden: „Die Kammer muß ja helfen, wenn ich keine genügende Rente bekomme.“ Der Rechtsanspruch ist also eine Benachteiligung des Kollegen, der versucht, sich aus eigenen Mitteln genügend zu versorgen. Ich muß den Rechtsanspruch ablehnen; denn sonst müssen wir gleich einen Schritt weiter machen und der Kammer eine allgemeine Altersversorgung ohne Beitragspflicht angliedern.

Vizepräsident: Von einem Rechtsanspruch in diesem Fall ist auch nicht die Rede; wir lehnen ihn ab.

Dr. Watke: Im Bericht des Herrn Präsidenten ist nichts über die **Kampfgemeinschaft der bayerischen Ärzte** gesagt worden. Diese Kampfgemeinschaft ist ein selbständiger Verein. Vielleicht ist es nicht richtig, daß man in diesem Gremium darüber spricht. Aber ich bin doch auch von verschiedenen Mitgliedern unseres Kreisverbands daran erinnert worden, daß in der Satzung steht: „Sollte es der Verband als notwendig erachten, den Verein länger als bis zum Ablauf der Wahlperiode des derzeitigen Deutschen Bundestags bestehen zu lassen, so beschließt eine vom Vorstand einberufene Mitgliederversammlung über das weitere Bestehen des Vereins und seinen neuen Vorstand.“ Man sollte also jetzt in Angriff nehmen, nachdem der Deutsche Bundestag neu gewählt wurde, eine derartige Mitgliederversammlung der Kampfgemeinschaft der bayerischen Ärzte einzuberufen.

Dr. Baumgartner: Herr Präsident, Sie haben in Ihrem Referat davon gesprochen, daß in Frankreich ein großes Mißverhältnis zwischen der **Zahl der Ärzte** in der Stadt, vor allem in Paris — dort trifft auf 300 bis 400 Einwohner ein Arzt, soviel ich weiß —, und der Zahl der Ärzte auf dem Land besteht; in Südfrankreich sind es 4000 bis 5000 Einwohner, die ein Arzt zu versorgen hat. Auch in Deutschland zeichnet sich allmählich ein echtes Mißverhältnis ab, d. h. eine gewisse Landflucht. Aber sie ist noch nicht kraß. Herr Koll. Paschke hat die Gründe angeführt, und auch der Kollege aus dem Landkreis Regensburg hat darüber gesprochen. Im Landkreis Schrobenhausen z. B., der verhältnismäßig unterbesetzt ist, waren zwei Kollegen, die anderswo hingegangen sind, einer nach München, einer nach Ingolstadt. Den einen habe ich gefragt, warum er nach Ingolstadt will. Er sagte, es seien vor allem familiäre Gründe; die Kinder müßten ins Gymnasium bzw. in die Mittelschule gehen; außerdem sei ihm die Praxis auf dem Land zu strapaziös geworden, obwohl nicht mehr, wie früher, Dreckstraßen, sondern Betonstraßen da sind, obwohl weiter der Besuchsdienst ebenso wie die gegenseitige Vertretung auf dem Land besser geworden sind.

Die Notwendigkeit, einen finanziellen Anreiz dafür zu schaffen, daß die Kollegen auf das Land gehen, besteht weniger. Es ist Tatsache und bekannt, daß die Kollegen auf dem Land zum Teil besser verdienen als die in der Stadt. Aber die Kollegen sagen mir, daß ihnen die Arbeit auf dem Land zu strapaziös geworden ist, und vor allem sind es eben auch familiäre Gründe. Die Vorteile der Kollegen, die in der Stadt sind, sind zahlreich; sie können z. B. ihre Kinder, wenn sie in einer

Universitätsstadt sind, während des Studiums bei sich haben, die Kinder können nur in größeren Orten auf das Gymnasium gehen. All das ist für den Landarzt ein außerordentliches Problem, darüber brauche ich nicht eigens zu sprechen. Nach meiner Meinung sind es im wesentlichen familiäre Gründe, warum die Kollegen nicht auf dem Land bleiben wollen und mit 45 oder 55 Jahren sagen: „Herr Kollege, ich will in die Stadt ziehen, dort entstehen große Wohnblöcke, wo gleich in einem Block 300 bis 400 Menschen wohnen.“ Wenn vier oder fünf solche Wohnblocks beisammen sind, hat er alle seine Patienten beisammen und braucht zu keinem lange zu fahren. Auf dem Land ist das dagegen sehr zeitraubend.

Deshalb möchte ich fragen, ob man nicht in die **Zulassungsordnung** einbauen kann, daß die Kollegen, die sich neu niederlassen, mindestens ein oder zwei Jahre vorher auf dem Land tätig sein müssen. Das wäre ein gewisser Zwang, das weiß ich. Aber es würden dann doch viele Kollegen mehr auf dem Land sein. Der Landarzt muß mehr können als der Kollege in der Stadt. Denn er kann nicht einfach jemanden ins Krankenhaus zur Untersuchung, zur Röntgenuntersuchung schicken, sondern er muß sich erst einmal selbst behelfen. Das absolute Können auf dem Land muß höher sein als das mancher Kollegen in der Stadt. In der Stadt anzufangen ist nicht schwer, aber auf dem Land anzufangen, gehört ein gewisses Können her. Wenn man diesen meinen Vorschlag in die Zulassungsordnung einbauen könnte, würden vielleicht 10 bis 15 Prozent — höher schätze ich das nicht ein — für dauernd auf dem Land bleiben.

Dr. Stetter: Ich möchte nur ganz kurz zum Problem der „alten Last“ und zu den Beratungsstellen sprechen. Bei der „alten Last“ scheint es darum zu gehen, daß die alten Kollegen, die gern einen Rechtsanspruch eingeräumt hätten, damit vor allem zwei Dinge meinen: Einmal handelt es sich darum, daß nicht kleine Einkünfte, die sie aus anderen Quellen beziehen, angerechnet werden. Zum anderen wollen sie, daß sie trotz Grundbesitz, den sie eventuell haben, von dem sie aber nicht herunterbeißen können, auch etwas bekommen. Nun sind die Bestimmungen, vor allem des Sozialwerks der KV, seinerzeit so aufgestellt worden, daß das an sich nicht möglich ist, so daß also alles angerechnet werden und der Grundbesitz notfalls beliehen oder veräußert werden muß.

Warum hat man das damals so gemacht? Vor allem wohl deshalb, weil wir nicht in eine Konkurrenz zur Ärzteversorgung oder zu sonstigen Versorgungseinrichtungen kommen wollten. Davon kann man grundsätzlich nicht ausgehen. Welche Möglichkeiten bestünden nun, um es diesen Kollegen doch zu erleichtern, die Praxis aufzugeben? Es gibt wohl nur zwei Möglichkeiten; ich weiß aber nicht, wieweit sie sich realisieren lassen. Erstens sollte man einen gewissen Mindestbetrag nicht anrechnen und das den Kollegen sagen. Das gilt dann aber nicht nur für die „alte Last“, sondern für alle, die wir, von der Kammer oder von der KV, unterstützen. Das würde es sehr vielen Kollegen erleichtern, aufzuhören, und sie hätten die Gewißheit, daß sie genug haben werden. Versetzen wir uns in die Lage eines Kollegen, der in der Praxis nicht mehr sehr viel, aber doch noch so viel verdient, daß er davon leben kann. Er weiß, wenn er aufhört, bekommt er trotz aller Belastungen, die ja weitergehen, nur einen gewissen

Prozentsatz, der vielleicht noch ausreicht zu einem knappen Leben. Wenn er aber beispielsweise wüßte, er bekommt das auch dann, wenn er meinetwegen 300,- DM — man soll das auch nicht zu hoch anrechnen — sonst noch von irgendwoher bekommt, sei es von einer kleinen Versicherung, sei es von sonstigen Einnahmen, dann wird ihm das Aufhören erleichtert. Ich meine also, daß etwa diese 300,- DM noch zu dem dazukommen sollten, was die KV oder die Kammer zuschießt.

Auch beim Grundbesitz habe ich einen Vorschlag, von dem ich gleichfalls nicht weiß, ob er durchgeführt werden kann. Es handelt sich oft auch um alleinstehende Ärzte, die keine Hinterbliebenen haben. Die können überlegen, ob sie das berenten sollen; aber dann kommt die Sorge, wenn sehr viel berentet ist, daß es dann am Schluß doch nicht zum Leben reicht. Da ist nun mein Vorschlag, ob nicht die Kammer sagen könnte: „Ich beleihe bis zu einem gewissen Satz den Grundbesitz.“ Das könnte wieder bis zu einer gewissen Höhe — 200,- oder 300,- DM — auf das Haus eingetragen werden, aber die Kammer würde vielleicht garantieren, daß der Grundbesitz nicht gegen den Willen des Eigentümers verkauft werden kann. Das wären zwei praktische Möglichkeiten, um hier weiterzuhelfen. Wir sollten natürlich auch die vorgeschlagene allgemeine Resolution annehmen, aber ich glaube, daß die Kollegen damit nicht zufrieden sein werden.

Wenn immer vom Rechtsanspruch geredet wird, so basiert das zum Teil darauf, daß es Kollegen gibt, die sagen: „Wir haben im Osten, wo wir früher wohnten, auch lange Jahre in eine berufsständische Einrichtung bezahlt und bekommen daraus nichts.“ Wir können das nicht honorieren; wir können keine Versicherung oder Stiftung machen; das ist aus den heute schon angesprochenen Gründen klar.

Als weiteres möchte ich die **Beratungsstellen** ansprechen. Diese Gefahr ist nicht gebannt, und zwar deshalb, weil es auch maßgebliche Kollegen gibt, die immer wieder von Beratungsstellen sprechen. Auf dem letzten Fortbildungskongreß in Velden habe ich mit einem Gynäkologen von Graz, mit dem Vorsitzenden der Van-Swieten-Gesellschaft gesprochen, mit Herrn Prof. Nawratil. Er hat gesagt, wenn die Ergebnisse der Krebsbekämpfung nicht besser werden, werde er trotz aller Bedenken von sich aus den Antrag auf Einrichtung von Beratungsstellen stellen. Es geht darum, vor allem die Kollegen, die von der Fortbildung nicht erfaßt werden, die nicht zu den Kreisverbandsabenden kommen, bei denen also eine Lücke entsteht, irgendwie zu erreichen. Es ist schwer zu sagen, wie man sie erreichen kann.

Vorhin ist schon gesagt worden, es sollte ein Fortbildungsheft, das nicht seitenlange Beiträge enthält, sondern auf wenigen Seiten schlagwortartig ein Gebiet anspricht, in Angriff genommen werden; vielleicht könnte man das auch mit Merkblättern machen. Wenn man das in kurzer präziser Fassung den Kollegen immer wieder einhämmert, wenn man diese Druckwerke gezielt verbreitet, ist es vielleicht möglich, allmählich auch diese Kollegen zu erreichen.

Dr. Wollmann: Heute ist schon mehrfach von der Landflucht der Ärzte die Rede gewesen. Wir haben also auch von der negativen Seite des Landarztes gehört; wir haben vernommen, welche Strapazen tatsächlich der Landarzt auf sich nehmen muß. Aber es wurde noch kein rechter Gedanke darüber vorgetragen, wie wir den

Dingen begegnen können. Ich möchte deshalb einmal anregen zu prüfen, ob es nicht möglich ist, das Kammergesetz oder die Ärzteordnung in bezug auf die **Gemeinschaftspraxis** zu prüfen, ob man nicht auf dem Land die Möglichkeit, eine Gemeinschaftspraxis einzurichten, erleichtern sollte, so daß die Strapazen einer Landpraxis nicht immer auf einem Kollegen allein liegen; er könnte sich dann in die Last seines landärztlichen Seins mit einem anderen teilen. Zur Schaffung solcher Erleichterungen ist unser Hohes Haus zuständig. Dann hätten wir vielleicht die Möglichkeit, wieder mehr Ärzte auf das Land hinaus zu bekommen.

Zwar hat der Herr Präsident gesagt, daß die ärztliche Versorgung auf dem Land zur Zeit zwar noch keine bedrohlichen Formen angenommen habe, daß noch genügend Landärzte zur Verfügung stünden. Aber man sieht doch, daß die jungen Ärzte mehr und mehr den Drang aufs Land hinaus verlieren. Die Gründe sind, wie gesagt wurde, zum Teil persönlicher Natur, zum Teil will man die Strapazen nicht auf sich nehmen. Ich glaube, daß wir uns über diese Fragen wirklich echte Gedanken machen müssen.

Dr. Mößmer: Ich möchte ein Wort zum **Jugendarbeitsschutzgesetz** sagen. Die Ärzteschaft hat seit Einführung des Gesetzes eine erhebliche Arbeit im Rahmen dieses Gesetzes geleistet; sie kommt in der Honorarsumme von fast 9 Millionen DM zum Ausdruck. Wenn die Ärzteschaft eine solche Arbeit leistet, sollten wir uns auch Gedanken über die Wirksamkeit dieser Arbeit machen; man sollte sich darüber Rechenschaft ablegen. Ich habe daher an den Herrn Präsidenten die Frage, ob Anhaltspunkte dafür vorliegen, welche Wirksamkeit diese Arbeit hat, ob etwa dadurch die Betreuung der jungen Menschen zweckmäßiger als früher erfolgt, und ob Fröhschäden oder spätere Schäden durch die Arbeit verhindert oder gemildert werden können? Der Herr Präsident hat schon ausgeführt, daß statistische Unterlagen, die einen gesamten Überblick und eine Gesamtbeurteilung gewähren, nicht vorliegen. Ich meine, daß wir von uns aus selbst darauf sehen müßten, darüber Unterlagen zu erhalten, einen Beitrag dazu zu leisten, um unsere Arbeit kritisch beurteilen zu können.

Wenn nun heute ein zusätzlicher Antrag vorliegt, der ausdrückt, daß der Ärztetag mit Bedauern feststellt, daß die Erhöhung des Honorars für die Arbeit nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz noch nicht durchgeführt ist, so ist das ungenügend. Ich möchte deshalb vorschlagen, diesem Antrag einen Absatz mit etwa folgendem Wortlaut vorzusetzen:

„Der 18. Bayerische Ärztetag begrüßt alle geeigneten und die Grundforderungen ärztlicher Tätigkeit berücksichtigenden Maßnahmen, die darauf abzielen, die ausgedehnte und intensive bisher geleistete Arbeit der Ärzte im Rahmen des Jugendarbeitsschutzgesetzes im allgemeinen auszuwerten und zuverlässige Unterlagen zu erhalten, um das Gesetz auszubauen und in seiner Wirksamkeit nötigenfalls zu verbessern.“

Zur „alten Last“ möchte ich meinen, daß die bisherige Handhabung sehr gut ist, was vor allem in der Zunahme der Beträge zum Ausdruck kommt. Man kann die Beträge durchaus im Rahmen des Möglichen erhöhen. Ich würde aber jede weitere Bindung unserer Seite ablehnen, und zwar im Hinblick auf mögliche spätere Konsequenzen.

Dr. Hackens: Ein sehr sympathischer Eindruck

kam in mir gestern gleich zu Beginn auf – mein erster guter Eindruck von den vielen, die ich nachher noch in Bayreuth gewonnen habe –, als ich in einer Hauptstraße im Vorbeifahren auf der Suche nach einem Parkplatz ein Schild sah: „Parkplatz für Arztwagen BT...“. Das war ein Parkplatz vor einer Kollegenpraxis mitten in der Stadt. Das ist ein Anliegen, das vielen Stadtkollegen sehr am Herzen liegt, daß sie in einigermaßen erreichbarer Nähe der Praxis den Wagen abstellen können. Ich komme von Fürth, das fast 100 000 Einwohner hat. Mir ist es niemals möglich, auch nur in einer halbwegs erreichbaren Nähe der Praxis den Wagen abzustellen. Zum Teil muß ich bis zu zehn Minuten gehen, bis ich vom Abstellplatz des Wagens in die Praxis komme. Ich lasse ihn deshalb oft überhaupt daheim in der Wohnung, die von der Praxis getrennt ist, muß dann freilich auf mich nehmen, daß es, wenn ich während der Sprechstunde abgerufen werde, sehr lange dauert, bis ich wiederkomme. Neulich war ich deswegen über eine Stunde der Praxis fern, wobei die wartenden Patienten darüber nicht gerade befriedigt waren. Solche Arztparkplätze gibt es also in Bayreuth; ich weiß es auch noch von Berlin und Hamburg, und ich glaube, daß ich auch in Garmisch-Partenkirchen einen solchen Parkplatz gesehen habe. Mir ist auch bekannt, daß darauf kein Rechtsanspruch besteht und daß die Bevölkerung ihn nicht respektieren muß; aber sie wird ihn doch zum großen Teil respektieren.

Der Initiative des Herrn Präsidenten und vor allem auch der Aktivität des Innenministers ist es zu verdanken, daß auf diesem Gebiet überhaupt etwas vorangegangen ist. Es sind bestimmte Ausnahmegenehmigungen für Park- und Halteverbot ergangen. Wir in Fürth mußten, wenn wir interessiert waren, einen Antrag auf Erteilung einer solchen Ausnahmegenehmigung stellen. Ich habe dann auch etwas erhalten. Da steht nun eine ganze Menge drauf; praktisch ist es überhaupt nur für ernsteste Fälle gedacht, wobei nicht festzustellen ist, wer nachprüft, ob das ein ernster Fall war. Im übrigen hilft das herzlich wenig; denn wenn wir die Routinebesuche nicht mehr weitermachen können, ist unsere Arbeit überhaupt sinnlos.

Da habe ich nun eine ganz konkrete Sache. Für diese Ausnahmegenehmigung mußte ich 26,- DM zahlen. Das Geld mußte ich zahlen, nicht weil ich für mich etwas will – ich will gar nicht fahren; ich wäre froh, wenn ich nicht fahren müßte –, sondern weil ich es im Dienst der Öffentlichkeit tue. Ob das ganz richtig ist, weiß ich nicht. Es waren in dem Schreiben, das ich erhalten habe, entsprechende Bestimmungen des Bayerischen Kostengesetzes zitiert. Mir wurde darüber hinaus gesagt, die Kommune hätte noch viel mehr verlangen können; es wurden bis zu 200,- DM genannt, und aus besonderem Entgegenkommen wären es nur 26,- DM. Mich würde interessieren, ob das in anderen Städten ähnlich ist, wie sich die anderen Städte verhalten.

Noch etwas anderes. Es ist oft äußerst schwierig, als Arzt im **Sonntagsdienst** tätig zu werden. Ich kann mich an ein Gespräch erinnern, das ich mit Herrn Kollegen Reichel aus Hersbruck geführt habe, in dem er mir auch sagte, daß es ihm ganz unmöglich sei, auf einer Hauptausfahrtstraße Nürnbergs, die an Sonntagen ganz besonders in Anspruch genommen wird, tätig zu werden. Ich bin dieselbe Strecke vor acht Tagen gefahren; ich fahre an Wochenenden öfters dorthin, weil ich dort eine

kleine Ausweichstelle habe, um mich zu erholen. Ich habe für 56 km zweieinhalb Stunden gebraucht. Ich war ja nicht im Dienst, aber ich habe mir vorgestellt, was passieren würde, wenn hier ein Arzt tätig werden müßte. Die Kolonnen standen, immer wieder 20 m fahrend, von Hersbruck bis Lauf. Die Kollegen, die die Gegend kennen, können ermessen, was das für eine Strecke ist.

Ich habe erst im ADAC-Mitteilungsblatt gelesen, daß eine Firma eine Art Lampe angeboten hat, die man auf dem Dach befestigen kann, die ein Zeichen gibt, Gelblicht oder so etwas. Zunächst bin ich mir darüber klar, daß das sicherlich nicht Rechtens ist. Ich kann mich erinnern, wie schwer es war, die Rote-Kreuz-Fahrzeuge — ich bin selbst Rote-Kreuz-Arzt — mit Blaulicht auszustatten. Der Staat wollte da lange nicht drangehen. Ich will auch gar nicht Blaulicht oder so etwas. Aber es wäre zu überlegen, wie es möglich gemacht werden kann, daß ein Arzt in einer solchen Lage tätig werden kann.

Ich möchte noch zum **Jugendarbeitsschutzgesetz** sprechen. Als es damals erlassen wurde, habe ich mir Gedanken gemacht, ob ich überhaupt daran teilnehmen kann, weil ich mir ausgemalt habe, daß ich dazu eminent viel Zeit brauchen würde. Wir haben es einmal im Kollegenkreis überlegt und sind zunächst auf eine Stunde, später vielleicht auf 40 Minuten Arbeitszeit gekommen, die man dazu braucht, wenn man es ordentlich machen will. Ich war ernsthaft daran, zu sagen, da tue ich nicht mit, das kann ich nicht. Weil es dann aber allgemein hieß, wir können uns dieser Arbeit nicht entziehen, und weil ich das auch eingesehen habe, habe ich doch mitgemacht. Jetzt muß ich feststellen, daß ich die Arbeit spielend machen kann: es kommt nämlich niemand! Wenn ich denke, was aus meiner Praxis an jungen Leuten, die ich schon als Kinder betreut habe, kommen müßte, und die dann wieder zu mir kommen, diesmal allerdings schon als Lehrling, weil sie irgendwie krank geworden sind, einen Arbeitsunfall erlitten haben und dergl., so kann ich mich nur wundern. Wenn ich sie dann frage: „Bist du denn untersucht worden und wo bist du untersucht worden?“, sagen sie immer ja, und ich weiß auch, wo sie untersucht worden sind. Vielleicht gilt das nur für Fürth, und ich möchte gewiß nicht gegen beamtete Kollegen Stellung nehmen. Auch hier ist die freie Arztwahl selbstverständlich, es können sich auch beamtete Kollegen einschalten. Aber es ist bei uns so, daß praktisch die Klassen in cumulo zum Schularzt gebracht werden. Ich weiß die Zahl nicht genau, aber ich schätze, daß mindestens 20 Klassen — wahrscheinlich sind es viel mehr — festgestellt sind, die im Lauf von einer Stunde durchgeschleust wurden, vom Schularzt untersucht worden sind. Gewiß, der Schularzt hat Unterlagen von den Jahren zuvor. Aber wenn ich denke, daß ich immer noch 40 Minuten brauche, ist das ein Mißverhältnis.

Was kann man nun dagegen tun? Es ist klar, den Kindern wird nicht gesagt, sie müßten mit; sondern es heißt selbstverständlich nur: „Morgen ist Schuluntersuchung, da gehen wir hin.“ Einzelne der Jugendlichen wußten von den Eltern, die ich gelegentlich angesprochen hatte, daß sie sagen könnten, sie möchten lieber vom Hausarzt untersucht werden. Aber nun zeigen Sie mir die Jugendlichen, die den Mut und das Verständnis aufbringen, zu sagen: „Nein, ich schließe mich aus der

Klasse aus, ich möchte vom Hausarzt untersucht werden!“

Mein Herr Vorredner ist schon auf die Frage eingegangen, was die Jugendarbeitsschutzuntersuchung nützt. Wie kann man feststellen, welche Schäden aufgetreten und welche vielleicht vermieden worden sind? Wenn die Jugendlichen schon zu mir nicht kommen, kommen sie zur Nachuntersuchung aufs Amt, wo sie der Schularzt untersucht, nach einem Jahr schon gleich gar nicht! Außerdem ist es viel richtiger, wenn ich die Jugendlichen weiter betreue, die ich schon als Kleinkinder gehabt, die ich zum Teil in meiner ersten Tätigkeit auf die Welt gebracht habe. Ich kann dann feststellen, ob sich etwas geändert hat, und warum. Das ist besser, als wenn diese Unterlagen irgendwo schlummern und kein Mensch etwas Näheres feststellt. Wenn der Jugendliche bei der ersten Untersuchung nicht bei mir war, dann aber dankenswerterweise zur zweiten kommt, kann ich trotzdem nicht gut feststellen, was sich geändert hat. Das ist ein schwieriges Kapitel, über das wir uns schon einmal mehr Gedanken machen müssen.

Dr. Breidenbach: Zumindest in Kreisen meiner Kollegen besteht allmählich Unruhe über uns vollkommen unverständliche Urteile gegen Ärzte. Wir sind oft mit den Verurteilungen und oft auch mit den Freisprüchen nicht einverstanden. Ich spreche das an, weil das jedem von uns passieren kann, und weil dann ein Arzt möglicherweise ganz allein und schutzlos den Problemen gegenübersteht. Meine Frage lautet: „Welchen Schutz bietet die Kammer einem angeklagten Arzt?“ Es ist absolut notwendig, daß diese Dinge in irgendeiner Form bearbeitet werden, weil zweifellos die Juristen bei jedem Urteil gegen einen Arzt überfordert sind. Sie sind niemals in der Lage, den wirklichen Tatbestand zu klären. Dafür habe ich ein Beispiel. Ich habe eine Frau in fortgeschrittenem Alter wegen eines Myoms operiert und fand, daß sie schwanger war. Darauf hat sich die Universität München dankenswerterweise hinter mich gestellt. Hingegen hat das Gericht es als eine Fahrlässigkeit angesehen — es war kein Strafprozeß, sondern nur ein Schadensersatzprozeß —, daß keine Froschprobe, also kein Schwangerschaftstest, gemacht worden sei. Dabei ist das zunächst einmal nicht ohne weiteres bei jedem Ersatzkassenpatienten möglich; ich glaube, daß die KV dagegen erheblichen Einspruch einlegen würde, wenn ein Myom vorhanden ist, zumal bei einer 44jährigen! Es kam dann ein Vergleich zustande, den die Allianz abgeschlossen hat. Weil ich ein eigensinniger Doktor bin, bin ich darauf sofort aus dieser Versicherung ausgetreten, obwohl sie das bestens gedeckt hatte, weil ich der Meinung war, die Sache sei nicht richtig, es sei nur Erweckung der Begehrlichkeit des Patienten gewesen.

Ein Kollege aus Aschaffenburg hat genau den entgegengesetzten Fall gehabt. Er hat einen Schwangerschaftstest durchgeführt, der negativ war, hat darauf operiert und fand ebenfalls eine Schwangerschaft; darauf hat er ebenfalls wieder zugemacht. Er kam sogar in einen Strafprozeß, weil er angeblich hätte wissen müssen, daß der Schwangerschaftstest nicht hundertprozentig sei! Derart widersprechende Urteile in einem Bundesland zeigen, daß die Richter überfordert sind. Das ist auch ganz klar.

Welche Schutzmaßnahmen gedenkt die Kammer einzubauen, damit die Kollegen das Gefühl haben, sie sind

in solchen Situationen durch die Kammer geschützt? Es kommt hinzu, daß ein Teil zumindest der publizistischen Öffentlichkeit, vielleicht aber auch — wie manchmal in München verdachtweise geäußert wird — der Juristen das Vorurteil hat, daß ein operierender Arzt ein potentieller Mörder sei. Es ist doch für den Laien unverständlich, wenn irgend jemand dem anderen den Bauch aufschlitzt, ob das nun zum Vorteil des Patienten ist oder nicht. Wir sind bis dato immer noch Körperverletzer; meines Wissens hat sich im Gesetz noch nichts geändert, daß eine Operation zunächst einmal eine bedingte Körperverletzung ist. All diese Dinge sollten in nächster Zeit durchaus einmal in Angriff genommen werden, weil insbesondere auch die Presse im allgemeinen Sachverhalte darstellt, die sie für den Arzt gar nicht mehr als glaubhaft erscheinen lassen und die doch sehr gewaltige Unruhe und zum Teil das Gefühl der Schutzlosigkeit des einzelnen Arztes hervorrufen.

Dr. Gartner: Wenn ich vielleicht abschließend — oder um Herrn Kollegen Wendelstein nicht vorzugreifen, als Vorletzter — zum Thema „alte Last“ sprechen darf, so möchte ich erst einmal versuchen, mit Zahlen aufzuwarten. Ich möchte Sie bitten, mich zu korrigieren, wenn ich etwas falsch verstanden hätte oder falsch interpretierte. Nach Ihren Angaben, Herr Präsident, handelt es sich um etwa 60 bis 70 Kollegen, die jetzt aufhören möchten, die wohl Kassenärzte sind, oder jedenfalls zum größeren Teil Kassenärzte sind; sie würden durchschnittlich im Monat 400,— DM an Zuschuß bekommen. Das heißt, es handelte sich um 400 mal 60 bis 70, also um 25 000 bis 30 000 DM im Monat, um 300 000 bis 350 000 DM im Jahr. Bisher werden gut 200 000 DM gegeben. Es würde sich nach all dem um eine Verdoppelung bzw. Verdreifachung der Summe handeln, die von der Kammer an die „alte Last“ ausgeschüttet wird.

Diese alte Last wird im Durchschnitt, so schätze ich, 70 Jahre alt sein; d. h. die Kollegen sind mit 50 Jahren, im Jahr 1945, nach Bayern gekommen und haben hier angefangen, Praxis zu machen. Mit 40 Jahren, d. h. mit 40 $\frac{1}{2}$  Jahren, konnten sie nicht mehr in die Bayerische Ärzteversorgung gehen. Es werden also noch 10 Jahrgänge nachhinken, bis die „alte Last“, also die, die nicht mehr in die Ärzteversorgung aufgenommen werden konnten, allmählich ausgeglichen werden kann. Bis jetzt ist es also noch im Ansteigen. Man muß also zunächst mit einer weiteren Zunahme und dann mit einem Absinken der „alten Last“ rechnen. Die übrigen Normalfälle, die jetzt da sind und später bleiben werden, können von der Kammer versorgt werden.

Wenn Sie sich erinnern, Herr Präsident, hat damals, als wir das Sozialwerk der KV geschaffen haben, im Rahmen der KV Bayerns in München eine Sitzung stattgefunden, in der über die möglichen monatlichen Zuwendungen an ausscheidende Kassenärzte gesprochen wurde. Damals waren die größten Gegner dieser Zuwendungen an ausscheidende Kassenärzte die Jungärzte; denn die Jungärzte haben ja wohl die Hauptlast der finanziellen Zuwendungen für die alten Kollegen, die ausscheiden, zu tragen. Wir haben gehört, daß es sich um Kassenärzte handelt und daß 60 bis 70 versorgt werden müßten.

Soviel ich weiß, gibt es in Niederbayern keine unversorgte „alte Last“, dank der Voraussicht und der unermüdeten Arbeit des Kollegen Forchheimer, den ich heute nicht unerwähnt lassen möchte! Wenn es in Nie-

derbayern möglich ist, von seiten der Bezirksstelle Niederbayern der Kassenärztlichen Vereinigung, die unversorgte „alte Last“ zu eliminieren, also die alten Kollegen zu versorgen, so müßte das auch im Rahmen der übrigen KV möglich sein, wenn nur die alten Kollegen aufgeklärt werden, daß eine Versorgung möglich ist. Das würde bei sieben weiteren Bezirksstellen etwa 40 000 DM ausmachen, eine Summe, die im Rahmen des jährlichen Honorars von 20, 30, 40 oder 50 Millionen DM, die pro Bezirksstelle ausgezahlt werden, ein Nichts ist, ein Minimum. Diese Last würde ja auch wieder sofort absinken.

Ich kann also eigentlich nicht ganz verstehen, was eine Resolution enthalten soll, die heute von der Kammer für — in der Regel — Kassenärzte gefaßt werden soll, und zwar für Kassenärzte, die eigentlich versorgt sind, wie Niederbayern zeigt, wenn man nur das Sozialwerk der KV richtig handhabt.

(Zuruf: Es ist nicht für Kassenärzte!)

Zum großen Teil wird es sich um Kassenärzte handeln.

(Zuruf: Nein, das stimmt nicht!)

Dann hätte ich falsche Schlüsse gezogen, wenn es sich um 70 Nichtkassenärzte handeln sollte.

Präsident Dr. Sewering: Das ist gleich, ob es die einen oder die anderen übernehmen.

Dr. Gartner: Wir haben keine „alte Last“ in Niederbayern, weil das Sozialwerk so gehandhabt wird, daß die „alte Last“ versorgt wird.

(Präsident Dr. Sewering: Nur die Kassenärzte!)

Nur die Kassenärzte, aber andere sind wenig da. — Das wollte ich nur noch gesagt haben.

Dr. Berling: Ich darf mir erlauben, ein hoffentlich letztes Wort zur Frage der „alten Last“ zu sprechen. Wie wir früher gehört haben, sollten es 110 bis 120 Kollegen sein; nach den heutigen Angaben sind es nur noch 50 bis 60. Ich nehme an, daß sich diese Zahl noch weiter verringert, weil doch festgestellt wurde, daß vielleicht einige Kollegen in erster Linie eine Versorgung der Kassenärztlichen Vereinigung in Anspruch nehmen können. Außerdem glauben wir festgestellt zu haben, daß mindestens in einigen Fällen eine sozusagen vorsorgliche Meldung von Kollegen vorliegt. Denn in einem Fall haben wir festgestellt, daß bei den Anmeldungen ein Kollege war, der heute und seit vielen Jahren sehr erhebliche, überdurchschnittliche Beträge erzielt. Man kann das ruhig sagen: Wenn ein Kollege 24 000 bis 26 000 DM im Vierteljahr abrechnet, kann er sich nicht heute schon vorsorglich melden. Bitte, das ist festgestellt!

Die Kollegen, die weder ein Privatvermögen noch ein Grundvermögen noch sonstige Einkünfte haben, sind in einer großen Minderzahl. Wenn die armen Kollegen nun versorgt werden sollen, so soll das selbstverständlich in großzügiger Weise geschehen. Ich glaube, daß die bisherige Praxis des Sozialausschusses bewiesen hat, daß das auch geschieht. Wenn als Durchschnittssätze angegeben werden, daß ein Kollege mit Gattin bis zu 450,— DM, Witwen bis zu 350,— DM usw. bekommen sollen, so sind das Richtlinien, Richtbeträge, die in sehr vielen Fällen nicht eingehalten werden, weil z. B. berücksichtigt werden muß, daß der Kollege krank ist, daß er laufend Krankenhausaufenthalte hat, daß er eine Hilfe oder sonstiges zusätzlich braucht, was ihn so be-

lastet, daß er natürlich nicht mit 450,- DM auskommen kann. Der Ausschuß ist in all diesen Fällen verhältnismäßig sehr großzügig verfahren. Es ist bestimmt kein Kollege da, der sich seine Zigarre und sein Glas Wein am Abend nicht doch noch leisten kann.

Zur Frage der Angaben über die noch vorhandenen Einkünfte sind wir der festen Überzeugung, daß die Angaben manchmal nicht gerade hundertprozentig stimmen. Wir bekommen Angaben, die so präzise sind, daß teilweise 5,- DM als Einzeleinnahmen angegeben werden; aber wir haben auch manchmal den Eindruck, daß vielleicht auch 100-DM-Beträge vergessen werden. All diese Dinge werden genau unter die Lupe genommen. Es wird deshalb kein einziger Kollege bis auf das Hemd ausgezogen, um herauszubringen, was er etwa noch an sich hat!

Eine sehr unangenehme Begleiterscheinung der Unterstützung der Kollegen ist manchmal die Tatsache, daß Kollegen, die im Laufe ihres Lebens unter allen Umständen ein mindestens mittleres oder eventuell sogar großes Vermögen erarbeitet haben müssen, im Fall ihrer Außerdienststellung gewissermaßen praktisch nichts mehr haben. Hier muß mit großer Vorsicht vorgegangen werden. Es kommt nicht selten vor, daß die Werte den Kindern oder irgendwelchen Angehörigen überlassen worden sind, die sich dann unter Umständen als nicht unterstützungsfähig für ihre alten Eltern ausweisen. Wie gesagt, der Ausschuß ist immer bestrebt, den Einzelfall auf das intensivste und genaueste zu prüfen und dementsprechend auch eine individuelle, durchaus nicht unbedingt an die Richtlinien gehaltene Unterstützung zu gewähren. Wir sind der Überzeugung, daß jeder Kollege, der unterstützt wird, eine bestimmte angemessene Hilfe erfährt. Ich bin absolut dagegen, daß ein Rechtsstatus für eine Versorgungsleistung getroffen wird. Aber die Kollegen sollen eine absolute Gewißheit haben, daß es für uns eine moralische Verpflichtung ist. Sie sollen immer wieder darauf hingewiesen werden, daß es sich der Gesamtstand als Ehrenpflicht anrechnet, sie entsprechend zu versorgen. Ist es nicht besser, man hat von einem immerhin ehrenwerten und angesehenen Stand die Gewißheit einer moralischen Verpflichtung, als daß man von einer Staatsinstitution oder von irgendeiner halbstaatlichen Angelegenheit die Gewißheit einer Rechtspflicht hat?

Dr. Schwaabe: Ein Kollege hat über den Rechtsanspruch der „alten Last“ gesprochen und gesagt, der Gewährung eines Rechtsanspruchs stehe unter anderem die Überlegung entgegen, daß dann manche jungen Kollegen leichtsinnig sein könnten und sagen könnten: „Wenn ein Rechtsanspruch besteht, brauche ich nicht zu sparen; denn später habe ich den Rechtsanspruch.“ Das ist eine falsche Vorstellung! Denn bei der „alten Last“ handelt es sich nur um Kollegen, die irgendwann einmal nicht mehr zur Unterstützung in Frage kamen; meistens sind es Kollegen, die als Flüchtlinge herübergekommen sind. Deshalb empfehle ich, den Begriff der „alten Last“ ganz konkret zu fassen. Irgendwann muß ja der Begriff der alten Last einmal aufhören. Deshalb ist das, was der Herr Kollege heute zum Rechtsanspruch und über den möglichen Leichtsinns der jungen Kollegen ausgeführt hat, abzulehnen. Einer genau abgegrenzten alten Last kann man einen Rechtsanspruch zuerkennen, aber sonst nicht mehr!

Heute ist schon viel über die Tätigkeit des **Praktischen Arztes auf dem Land** gesagt worden; der Land-

arztberuf sollte attraktiver gestaltet werden. Ich kann mir vorstellen, daß viele junge Kollegen, die in der Stadt arbeiten und die vor der Niederlassung stehen, sich sehr genau überlegen, ob sie auf das Land gehen sollen. Die meisten Kollegen sind zu diesem Zeitpunkt verheiratet; die Frau, die in der Stadt oft auch in einem ganz anderen Beruf steckt, müßte ihren Beruf aufgeben, wenn der junge Kollege aufs Land geht. Es ist oft nicht möglich, daß die finanzielle Beihilfe, die die Frau mit ihrer Arbeit zum Unterhalt der Familie beiträgt, wegfällt. Warum könnte das nicht in irgendeiner Form attraktiver gemacht werden? Die Frau des Arztes muß auf dem Land sehr häufig in der Praxis mitarbeiten und bekommt dafür eigentlich keinerlei Entgelt. Wir haben keine Möglichkeit, dies dem Finanzamt gegenüber so in Anrechnung zu bringen, daß es auch von den Frauen her gesehen vorteilhafter wäre, in der Landarztpraxis mitzuarbeiten. Wäre es nicht möglich, den Finanzämtern oder überhaupt dem Staat gegenüber die Leistungen der Familienangehörigen so zu gestalten, daß sie auch anerkannt werden? Ich halte gerade diese Frage für außerordentlich wichtig. Mancher Kollege, der von sich aus gern aufs Land ginge, wird wohl aus diesen Gründen durch die Intervention der Frau daran gehindert werden. Das müßte auch einmal gebührend berücksichtigt werden.

Dr. Kolb: Die Sicherstellung der **ärztlichen Versorgung auf dem Land** ist ein Problem, das mit immer größerer Dringlichkeit in den nächsten Jahren auf uns zukommen wird. Wir haben von den ärztlichen Organen aus wenig Möglichkeiten, diese Dinge zu steuern. Und weil wir sowenig Möglichkeiten haben, sollten wir uns rechtzeitig Gedanken darüber machen, wie wir der gefährlichen Entwicklung entgegenreten können. Aus einer freiheitlichen Sicht, die unserer demokratischen Staatsform entspricht, würde ich den Zwang nur dann befürworten, wenn es nicht anders geht.

Die Gründe für die Landflucht der Ärzte liegen nicht so sehr im Finanziellen, sondern im Trend der Zeit, weniger zu arbeiten. Er ist an den freien Berufen und an den verantwortlich Tätigen insgesamt vorübergegangen. Noch niemals mußten die Selbständigen und die in verantwortlicher Stellung Stehenden soviel arbeiten wie zur Zeit. Besonders trifft dies für den Landarzt zu. Hauptsächlich deshalb finden sich die jungen Kollegen in immer geringerem Maß bereit, auf das Land zu gehen. Einen zweiten Grund sehe ich darin, daß es der rapide Fortschritt der wissenschaftlichen Medizin für einen jungen Kollegen immer schwieriger macht, in allen Sätteln gerecht zu sein. Als Landarzt muß er viele Gebiete beherrschen.

Das Fehlen der Schulen und der kulturellen Veranstaltungen ist schon angesprochen worden. Einen gewissen Grund mag auch das Fehlen eines finanziellen Anreizes bilden; aber das scheint nicht entscheidend zu sein.

Was können wir tun, um den Kollegen draußen ihre schwere Arbeit als Landarzt erträglicher zu machen? Wir müssen den Sonntagsdienst, die Gemeinschaftspraxis, die gegenseitige Urlaubsvertretung über Urlaubsvertretungsscheine usw. ausbauen. Die wenigen Vertreter, die es gibt, müssen auf die Landärzte konzentriert werden; das wird zwar schon weitbin gemacht, aber nicht überall gibt es einen geregelten Sonntagsdienst. Wir müssen die Weiterbildung des Arztes zum

Praktischen Arzt verbessern und müssen ihm auch seinen Status etwas aufwerten. Wir haben das gerade beim Gesetz über die Krankenpflege gesehen. Auch da wird nun für die Krankenschwester eine höhere Vorbildung gefordert. Das soll einen Anreiz bieten, daß sich mehr junge Mädchen dem Beruf der Schwester zuwenden. So etwas Ähnliches sollte es für den Praktischen Arzt auch geben. Gewisse Vorschläge liegen in der Richtung ja schon vor.

Es sollten aber auch gewisse finanzielle Anreize gegeben werden, weil auch sie eine Hilfe sein können. Steuerlich ist es durchaus möglich, die Mitarbeit der Ehefrau anzusetzen. Es bringt zwar nicht viel ein beim Splitting, nur den Freibetrag. Ich setze die Mitarbeit meiner Frau in der Stadtpraxis an; aber viel Steuersparnis ist dadurch nicht gegeben.

Wir sollten aber eine gewisse Vergütung für die ständige Dienstbereitschaft, die sowohl der Landarzt als auch der Arzt in der Stadt ohne jedes Entgelt erbringen, von den Versicherungsträgern, von den Gemeinden, anstreben. Die Dienstbereitschaft ohne jedes Entgelt ist nicht mehr ganz zeitgemäß.

Wir haben ein Urteil des Verfassungsgerichts, daß in diesem System, wo die ärztliche Versorgung durch freiberufliche Ärzte aufrechterhalten wird, eine Planung und ein Zwang zur Zulassung und Beschränkung nicht möglich ist. Wir sind heute nicht mehr ganz glücklich darüber, daß es das Urteil eines Gerichts war, das die Liberalisierung der Zulassung gebracht hat. Denn damit legt der Gesetzgeber fest: Es ist unmöglich, in diesem System irgendeinen Zwang auszuüben; und wenn die Verhältnisse sich weiter verschlechtern sollten, könnte es sein, daß der Gesetzgeber sagt: „In diesem System geht es nicht, also muß sich das System der Aufrechterhaltung der ärztlichen Versorgung durch freipraktizierende Ärzte ändern.“ Das ist die große Gefahr, die auf uns zukommt.

Zur „alten Last“ ist heute sehr viel gesagt worden. Es geht um die Kollegen, die sich de facto eine Altersversorgung nicht mehr aufbauen konnten, die nicht mehr Mitglieder der Ärzteversorgung werden konnten. Wir wollen alle keinen Rechtsanspruch; das war wohl die Meinung aller Redner heute. Aber wir wollen einen moralischen Anspruch, weil sich diese Kollegen gedemütigt fühlen, wenn sie sagen, ich will ein Almosen von meiner Standesorganisation. Dieser moralische Anspruch ließe sich durchaus sanktionieren, indem die heute gemachten Vorschläge genau auf die Möglichkeit, sie zu verwirklichen, untersucht würden. Die Kollegen sollten schon vorher in etwa wissen, was sie dann zu erwarten haben. Diese Entschädigung der alten Kollegen ist eigentlich ein Ausgleich, den wir als alteingesessene Ärzte denen bieten, die das politische Schicksal unseres Volkes getragen haben, die ihre Heimat verlassen mußten. So sehe ich das an. Für diese Kollegen, die immer weniger werden, sollen uns keine Mittel zu viel sein.

Dr. Niedersteiner: Wenn wir **Landärzte** auf unseren Beginn und auf das weitere Leben auf dem Land zurückschauen, so sehen wir, daß am Beginn unserer Arbeit das finanzielle Problem gestanden hat. Die Zeit nach der Währungsreform hat uns meistens nur eine Tasche und ein Stethoskop mit auf den Weg zum Land gegeben. Heute wird es kaum anders sein. Freilich sind die Kollegen, die heute aus den Kliniken kommen, besser situiert, haben größere Verdienstspannen mitge-

bracht und eine größere Basis. Aber trotzdem ist es schwer, irgendwo Fuß zu fassen. Man muß Geld aufnehmen, schauen, daß man zu einer Wohnung und später zu einem Haus kommt. Das ganze Geld, das man in den ersten zehn Jahren einnimmt, ist dafür nötig, und dann hat man auch noch eine ziemlich hohe Schuldenlast.

Mit 45 oder 50 Jahren wird man dann einigermaßen frei und die Schulden werden übersehbar. Dann kann man in die Altersversorgung hineinzahlen. Wir wissen, daß die Altersversorgung auch heute daran krankt, daß man erst zwischen 45 und 60 Jahren größere Beträge freibekommt, um sich für das Alter zu sichern. Das ganze Problem der „alten Last“ und der Altersversorgung überhaupt wäre leichter, wenn wir in jungen Jahren, zu Beginn der Praxis, soweit wären, daß wir richtig hineinkommen. Man sollte den jungen Kollegen, die von den Kliniken kommen und Lust haben, auf dem Land zu leben – es ist eine schöne Sache, auf dem Land zu leben – eine Starthilfe geben. Bedenken wir einmal, daß die Bundeswehr einen enormen Bedarf an Ärzten hat, den sie nicht decken kann, und deshalb versucht, den Kollegen, die sich zur Bundeswehr melden, insofern einen Anreiz zu geben, daß sie einen bestimmten Betrag bekommen, wenn sie fünf Jahre bei der Bundeswehr bleiben. Ähnlich müßte es möglich sein, Kollegen, die sich verpflichten, mindestens fünf Jahre oder längere Zeit auf dem Land zu leben, einen bestimmten Sicherungsbetrag zu geben, damit es für sie mehr Reiz hat, sich auf das Land zu begeben. Ich glaube aber nicht, daß es Sache der Ärzteschaft, der Kassennärztlichen Vereinigung sein sollte, die Beträge zu geben. Der Gesetzgeber hat die Kassenzulassung fixiert, d. h. aufgehoben. Deshalb müßten auch die Kommunen und der Staat etwas tun, um diese Starthilfe für die Kollegen zu schaffen.

Dr. Reichel: Ich darf Ihnen einige Ausführungen zum **Verkehrsproblem** machen. Bis zum Juli d. J. war ich in Hersbruck bei Nürnberg tätig. Beim Sonntagsdienst war es für uns immer ein Problem, uns, wenn wir als Sonntagsdienstärzte gerufen wurden, in die Bundesstraße 14 einzuschleusen, die den ganzen Ausflugsverkehr von Nürnberg hinaus in die Fränkische Schweiz zu bewältigen hat. Vor vier Jahren haben wir versucht, über alle möglichen Stellen, auch über das Landratsamt – ich bin bis zum Verkehrsministerium gegangen – eine Regelung zu finden, daß sich Ärzte im Sonntagsdienst bevorrechtigt einschleusen dürfen. Überall haben wir den Bescheid bekommen, es bestehe keine Möglichkeit, einen Arzt bevorrechtigt einzuschleusen. Unser Landrat hat mir dann nahegelegt, ich solle mir selbst irgendeine Möglichkeit schaffen. Darauf habe ich mir an meinem linken Schutzblech eine Öse anbringen lassen und habe, wenn ich Sonntagsdienst hatte, eine Tafel hineingesteckt, auf der – entgegen den Vorschriften, ein rotes Kreuz auf weißer Tafel – darauf stand: „Arzt im Sonntagsdienst“. Während ich früher, wenn ich in die B 14 einschleusen wollte, bis zu 20 Minuten warten mußte, bis mich einer der Autofahrer einfahren ließ, batte ich in dem Augenblick, von dem ab ich das Schild hatte, höchstens ein bis zwei Autofahrer abwarten müssen; ich habe praktisch sofort das Einfahrtrecht erhalten. Nun weiß ich, daß ich mit dieser Einrichtung ein Risiko auf mich genommen habe. Es war eine Blechtafel, und wenn da etwas passiert wäre, wäre ich haftbar gewesen. Es hat mich ein Kollege

darauf aufmerksam gemacht, daß in der letzten ADAC-Zeitschrift von einer Firma ein Schild angeboten wird, das genau dem Taxifahrerschild auf dem Dach entspricht. Wenn sich die Kollegen das zulegen würden, würden sie die Kraftfahrer, die erkennen, daß es sich um einen Arzt im Sonntagsdienst handelt, in 99 Prozent der Fälle bevorrechtigt fahren lassen.

Prof. Dr. Vogt: Zunächst zum Problem der „alten Last“. Hier stimmen wir grundsätzlich vollständig mit Herrn Kollegen Wendelstein und dem Herrn Präsidenten überein. Wir halten es nicht für zweckmäßig, daß man in dieser Frage einen Rechtsanspruch neu begründet. Das würde eine neue Versorgungseinrichtung werden; die ist sicherlich nicht notwendig und muß deshalb abgelehnt werden.

Dagegen stimmen wir durchaus der Auffassung von Herrn Wendelstein zu, daß es eine Ehrenpflicht aller zur Zeit tätigen Kollegen ist, für diese „alte Last“ noch zu sorgen, solange das wirklich nötig ist.

Auch beim Problem des Landarztes sind wir angesprochen worden. Gerade die Anregungen, die Herr Kollege Braun aus dem Bereich Regensburg und die zuletzt auch Herr Niedersteiner gegeben haben, scheinen mir außerordentlich beachtlich. Ich persönlich glaube nicht, daß sich die Verhältnisse so schlecht entwickeln, wie das im Augenblick manchmal den Anschein haben kann. Die Zahl der Medizinstudenten, die im Augenblick durch unsere Staatsexaminatetermine gehen, ist so groß, daß wir eigentlich eher befürchten, es würde schwierig werden, wie man diese Leute später unterbringen kann. Die Befürchtung, daß sich irgendwo bei uns ein Notstand entwickeln könnte, haben wir nicht. Im übrigen ist es zur Zeit noch so, daß im ganzen Bereich Bayerns, auch die ländlichen Gebiete gerechnet, mehr Kollegen niedergelassen sind als vor der Liberalisierung, wenn man die Zahl auf die Gesamtbevölkerung bezieht.

Weiterhin erstreckt sich die Landflucht nicht nur auf die Ärzte, sondern auf einen großen Teil der übrigen Bevölkerung, so daß die Besiedelung auf dem Land dadurch allgemein dünner wird. Auf der anderen Seite werden die Transporterfolge zunehmend besser, so daß auf die Dauer gesehen wahrscheinlich die Zahl der Landärzte, die effektiv benötigt werden, kleiner wird als sie zur Zeit ist.

Man sollte aber schon das tun, was speziell Herr Kollege Braun vorgeschlagen hat: Reklame machen für den Landarzt! Die jungen Kollegen sind sicherlich zu wenig über die Verhältnisse in den Landpraxen aufgeklärt; sie sehen sie nicht, sie kennen sie nicht aus eigener Erfahrung, sie kommen vom Studium über die Medizinalassistentenzeit an die Krankenhäuser und bleiben dort ziemlich lang und wissen eigentlich nicht, was da geschieht. Es wäre deshalb begrüßenswert, wenn sich die Kollegen vom Land bereit erklären würden, aus ihrer Sicht Artikel zu schreiben, z. B. im „Mitteilungsblatt des Marburger Bundes“ oder auch im „Bayerischen Ärzteblatt“. Wo das auf große zeitliche Schwierigkeiten stoßen sollte, könnte man den Weg gehen, daß journalistisch versierte Kollegen Interviews machen und zu ihnen kommen und die wesentlichen Gesichtspunkte durchsprechen. Der Artikel sollte dann aber unter dem Namen eines Landarztes erscheinen. Es hat keinen Zweck, wenn einer von uns für den Landarzt Reklame macht. Denn dann heißt es: „Die sitzen in der Stadt,

sagen aber, dem Landarzt geht es so gut.“ Die Frage, wie ein finanzieller Anreiz, auf das Land zu gehen, geschaffen werden könnte, hat Herr Niedersteiner angedeutet.

Zur Schule ist zu sagen: Es ist nicht nur die höhere Schule, die einen Hinderungsgrund bildet; sondern solange die Schulverhältnisse auf dem Land in Bayern so schlecht sind, wie sie das zur Zeit in großen Teilen des Landes sind, wird man es auch den Kollegen mit kleinen Kindern oft kaum zumuten können, mit ihrer Familie in solche Orte zu ziehen. Und die Schulausbildung in den ersten Lebensjahren ist mindestens so wichtig wie das, was später noch geschehen kann.

Zum **Jugendarbeitsschutz** noch ganz kurz etwas. Ich würde auch dringend den Antrag, der vorhin gestellt worden ist, unterstützen, daß man in die vorgesehene Entschließung einen Passus aufnimmt, der sich auf die Auswertung der bisherigen Ergebnisse bezieht. Es ist außerordentlich wichtig, einen Überblick zu erhalten über das, was eigentlich gearbeitet worden ist, wie es sich ausgewirkt hat und wie der Gesundheitszustand im Augenblick ist. Ich glaube, daß man außerdem durch eine solche Auswertung einen gewissen Einblick auch in die unerfreulichen Dinge gewinnen könnte, die mit Recht kritisiert worden sind, wo Jugendliche in großer Zahl in kurzer Zeit von irgendwelchen Institutionen untersucht worden sind, was zweifellos dem Sinn des Jugendarbeitsschutzgesetzes widerspricht.

Dr. Herrmann: Ich anerkenne und unterstütze sehr wohl die Förderung bzw. **Unterstützung** der altgewordenen und notleidenden Kollegen. Ich muß Ihnen aber etwas zu bedenken geben, was mir diesen ganzen Vormittag über Sorgen gemacht hat. Ein Mitglied dieses Hohen Hauses, das jahrzehntelang hier mitgearbeitet hat und sich hohe Verdienste um den ärztlichen Stand erworben hat und auch – darüber besteht kein Zweifel – ordnungsgemäß seine Beiträge und soweit möglich auch seinen Obolus zusätzlich in die Versicherungskammer einbezahlt hat, bezieht heute monatlich 550,- DM. Wenn hier nun Unterstützungszahlen von 450,-, 470,- oder großzügigerweise sogar von 600,- DM genannt werden, kommt es mir nicht aus dem Sinn, daß doch eine Diskrepanz besteht zwischen dem Kollegen, der treu und brav bezahlt hat, der heute keine Möglichkeit mehr hat, etwas zu verdienen, dessen Pension aber durch die Geldentwertung weniger wird, und den anderen Kollegen. Ich finde, eine gewisse Grenze muß zwischen der Unterstützungshöchstsumme und dem, was ein normal einzahlender Kollege bekommt, aufrechterhalten werden. Denn sonst würde ich, wenn ich ein junger Kollege wäre, folgenden Gedankengang haben – ich könnte mir auch vorstellen, daß es schon Kollegen gibt, die so folgern –: Ich zahle immer nur den Mindestbeitrag, kaufe mir Pfandbriefe, und wenn es soweit ist – von den Pfandbriefen weiß ja keiner –, gehe ich an die Kammer und verlange Unterstützung.

Dr. Forchheimer: Ich möchte einen Punkt anschnelden, von dem bis jetzt nicht die Rede war. Im Tätigkeitsbericht des Herrn Präsidenten, der erfreulicherweise anerkannt hat, daß die einzelnen Kreisverbände hinsichtlich der **Fortbildung** allerhand tun, Vorträge usw. halten lassen, ist eines nicht erwähnt, und zwar, daß in letzter Zeit einiges eingerissen ist, das nicht mehr tragbar ist. Das ist die Bewirtung gelegentlich dieser Vorträge. Es sollte möglich sein, hier eine

in Bayern einheitliche Meinung zu bilden. Ich will keinen Antrag stellen. Ich wäre dankbar, wenn der Herr Präsident in seinem Schlußwort dazu kurz Stellung nehmen würde.

Dr. Schloßer: Zum **Landarztproblem** bitte ich die Überlegung anzustellen, ob gegebenenfalls durch eine Änderung der Zulassungsordnung vor Erteilung der Zulassung eine landärztliche Tätigkeit, zum Beispiel von einem halben Jahr, gefordert werden soll. Das würde meiner Meinung nach keine Einengung der freien Berufswahl bedeuten, sondern eine gewisse Modifizierung der Berufsausübung; präzedierende Urteile in dieser Richtung sind ja bereits vorhanden. In der Diskussion hat heute ein Redner gemeint, der Fonds der Kampf-gemeinschaft könne für die Versorgung der „alten Last“ mit herangezogen werden. Vor dieser Meinung kann ich nur warnen. Ich glaube, daß die jetzigen Gespräche um die Regierungsbildung ganz deutlich zeigen, daß wir sehr gut daran tun, noch etwas in Reserve zu lassen; denn dieses Problem kommt sicher auf uns zu, sicherlich auch mit der Zielsetzung, uns zu rüffeln.

Zur **Parkerlaubnis** in den Städten kann ich mitteilen: Wir haben in Rosenheim vor mehreren Jahren eine Vereinbarung mit der Stadt getroffen, entsprechende Schilder herzustellen. Im ersten Jahr kostete die Erlaubnis 20,- DM; in den nächsten Jahren haben wir auch diese Gebühr fallenlassen. Es gibt keine Schwierigkeiten mit dem Parkproblem.

Noch eine Anmerkung zu Herrn Forchheimer: Wir haben Erfahrungen mit der ärztlichen Fortbildung im Chiemgau, sowohl unter Einhaltung der Industrie als auch ohne diese. Wir haben regelmäßig über den Besuch der Veranstaltungen Buch geführt, er war in jedem Fall völlig gleich.

### Schlußwort des Präsidenten

Ich darf mich darauf beschränken, einige wesentliche Punkte aus der sehr umfangreichen und fruchtbaren Diskussion herauszugreifen. Es sind von einigen Diskussionsrednern schon Antworten gegeben worden, die ich für außerordentlich wertvoll halte und die mir meine Ausführungen erleichtern.

Zunächst zum Thema „**Versorgung der alten Kollegen und ihrer Hinterbliebenen**“. Ich glaube, wir sollten dieses Problem weder komplizieren noch dramatisieren. Ich habe Ihnen anhand der Zahlen gezeigt, daß Kammer und KV schon jetzt außerordentlich viel auf diesem Gebiet leisten. Denn 1,4 Millionen DM pro Jahr, die wir jetzt erreicht haben, sind schon eine recht beachtliche Summe. Es werden aber auch in der Zukunft noch Kollegen hinzukommen, die ohne ihr Verschulden oder vielleicht mit einem Verschulden, das sich heute nicht mehr messen läßt, in schlechten, schwierigen Verhältnissen sind. Für sie müssen wir übergangsweise etwas tun. Ich werde morgen noch einmal beim Thema „**Ärzteversorgung**“ darauf eingehen.

Wir haben eine Gruppe der Kollegen, die als Vertriebene zu uns gekommen sind. Soweit sie nicht mehr in die Ärzteversorgung eintreten oder nicht mehr genügend einzahlen konnten, müssen wir ihnen helfen. Wir dürfen nicht vergessen, daß die gesamte standespolitische Tendenz in der Versorgungsfrage vor dem letzten Krieg eine andere war als heute. Die Standesführung der Vorkriegszeit in den 20er und 30er Jahren hat nicht, wie wir heute, dauernd getrommelt und ge-

trommelt und den Kollegen gesagt, sie sollten in die Standesversorgung soviel als möglich einzahlen, sondern sie hat immer wieder erklärt: Was hier geschaffen wurde, sei gewissermaßen die letzte Auffangstellung. Man hat noch irgendwelchen privatwirtschaftlichen Träumereien nachgegangen und erklärt, das Richtige sei doch, daß ein freier Beruf in der freien Wirtschaft seine Versorgung für das Alter suche. Damit hat man Schiffbruch erlitten. Wir müssen daher den alten Kollegen, die zu wenig einbezahlt haben, zugute halten, daß sie auch zum Teil das Opfer einer falschen, wenn auch gutgemeinten Lenkung waren. Im übrigen ist das Ganze eine Frage des Übergangs. In einem Jahrzehnt sieht das alles völlig anders aus. Ich sehe unsere Aufgabe eigentlich nur darin, daß wir uns jetzt über das Problem wieder einmal völlig klarwerden, daß wir, nachdem sich die Möglichkeit dazu bietet, jetzt gewisse Summen für diesen Zweck binden und dann draußen immer wieder verkünden: Wer in Not ist, soll kommen. Niemand braucht sich zu genieren. Es wird ihm geholfen. Das ist das Entscheidende.

Ich stimme dem Herrn Kollegen Herrmann zu, wenn er sagt, daß eine Relation zwischen den Unterstützungen, die wir geben, und den durchschnittlichen Renten der Bayerischen Ärzteversorgung bestehen muß. Es ist tatsächlich nicht möglich zu sagen: Wer gar nichts bekommt aus der Ärzteversorgung, weil er nicht dabei war, oder wer ganz wenig bekommt, erhält eine Aufstockung auf 1000,- DM, und der, der zufällig 500,- DM Rente hat, dem sagen wir, er müsse damit auskommen. Es muß eine gesunde Relation bestehen bleiben. Darauf wurde bisher geachtet und darauf muß auch in der Zukunft geachtet werden. Ich glaube, daß wir unseren Ausschüssen in jeder Hinsicht vertrauen dürfen. Wir müssen ihnen nur die Möglichkeit schaffen, mit den Unterstützungssätzen immer an der Zeit zu bleiben. Wenn wir auch nicht etwa Großverdiener sind, so glaube ich doch, daß wir es uns leisten können, unsere alten, schlecht versorgten Kollegen und ihre Hinterbliebenen anständig zu betreuen. Mehr können wir, mehr sollen wir nicht und mehr müssen wir nicht tun. Aber das ist unsere Verpflichtung, und wir sollten sie immer wieder anerkennen. Das ist heute von allen Diskussionsrednern aus geschehen.

Ich glaube, die alten Kollegen, soweit sie es gehört haben oder hören werden, können wirklich beruhigt in die Zukunft sehen. Ich persönlich hielte es für sehr begrüßenswert, wenn ein alter Kollege, der sich überlegt, ob er aufhören kann oder nicht, zum Vorsitzenden des Ausschusses geht und sich mit ihm bespricht und damit ein Bild davon bekommt, womit er rechnen kann. Es sollte nicht so sein, daß er erst einmal aufhören und dann den Antrag stellen muß, um erst dann zu sehen, was er bekommt. Man muß diese Kollegen echt beraten. Das halte ich für eine Aufgabe der zuständigen Ausschüsse. Ich halte es auch für notwendig, daß in dieser Frage eine sehr enge Verbindung zwischen Kammer und KV besteht, damit nicht unterschiedliche Schritte getan werden. Denn auch das sollte aufeinander abgestimmt sein, damit keine Kluft entsteht.

Unsere Bitte an Sie geht nur dahin, daß Sie uns durch Ihre Willensbildung und die Beschlüsse die Möglichkeit geben, im Rahmen der Vorstandsarbeit auch für die Zukunft konstruktiv vorzuplanen. Das ist das Entscheidende.

Einem Wort möchte ich mich ganz besonders anschließen, das allerdings denen, für die wir jetzt zu sorgen haben, nichts mehr nützt, wohl aber denen, die heute noch für ihre spätere Alterszeit etwas zahlen können. Es sind dies die Ausführungen des Herrn Kollegen von Gugel, der auf den Sparwillen und darauf hingewiesen hat, daß man auch bereit sein muß, für eine Altersversorgung einen Konsumverzicht zu leisten. Wenn man von den großartigen Pensionen unserer beamteten Kollegen spricht, muß man auch immer wieder hinzufügen, daß diese sich ihre Pensionen, die standesgemäß sind, durch einen lebenslangen Konsumverzicht in Form niedrigerer Gehälter erworben haben, während bei uns so manchmal etwas der Gedanke durchklingt: Solange wir noch arbeiten können, wären wir am liebsten freipraktizierende Ärzte, aber am Tage des Eintritts in den Ruhestand wären wir dann lieber Beamte.

Einige Worte zum Thema „Landarzt“. Ich habe den hervorragenden Ausführungen, die die Herren Braun und Kolb gemacht haben, nichts hinzuzufügen. Das Bild des Landarztes muß dem jungen Arzt bewußt werden. Dazu aber müssen wir ihm das Bild des Praktischen Arztes überhaupt erst bewußt machen, und dazu gehört es, daß wir den Praktischen Arzt in der Berufsordnung ganz klar neben den Facharzt stellen. Das ist ein ganz großes, standespolitisches Anliegen.

Ich hielte es für den schlechtesten Weg, für die Versorgung des Landes irgendwelche Zwangsmaßnahmen zu ergreifen. Die Regelung, wie sie einmal in der Zulassungsordnung bestand, ist nicht mehr möglich. Das Bundesverfassungsgericht hat zu der Frage Stellung genommen. Es hat im ersten Teil seiner Entscheidung, daß man jedem Zulassungswilligen und Zulassungsfähigen die Zulassung geben sollte, mit Sicherheit recht gehabt. Ob das Bundesverfassungsgericht auch recht hatte, als es die Planung aufhob, ist eine zweite Frage, die erst in der Zukunft beantwortet werden kann. Das wollen wir ganz sachlich feststellen; aber heute ist nichts mehr zu wollen. Mit Zwang geht es nicht. Ich möchte auch nicht, daß etwa bei der Landbevölkerung durch irgendwelche Vorschriften der Eindruck entstünde, daß die jungen Ärzte, die gerade fertig geworden sind, draußen auf dem Lande die ärztliche Versorgung sicherstellen und dann, wenn sie sich an der armen Landbevölkerung ihre ersten Sporen verdient haben, in die Stadt gehen, um dort als bereits erfahrene Praktiker zu wirken. Es wäre schlecht, wenn das Land zur Durchgangsstation für die Stadt würde.

Was könnte man attraktiver gestalten? Ich darf Ihnen aus meinen Erfahrungen in der KV – viele unter Ihnen sind ebenfalls in der KV, so daß sie sicher die gleichen Erfahrungen machen konnten – sagen, daß es heute mit Sicherheit am Geld nicht mehr liegt. Die Plätze, die wir heute gern besetzen würden und nicht besetzen können, sind Kassenarztsitze, bei denen man den Kollegen fast mit absoluter Sicherheit sagen kann, daß sie schon im ersten Quartal 800 Scheine abrechnen werden. Das Vierteljahreshonorar ist gesichert. Es ist in vielen Fällen wesentlich höher als in den städtischen Praxen. Also fallen auch sämtliche Begründungen für finanzielle Unterstützungen solcher Ärzte, die aufs Land gehen, weg.

Ich wundere mich oft über unsere Kollegen in den Städten. Da sitzen sie – gerade in Oberbayern kann ich es genau sehen – in Starnberg vielleicht dicht beieinander, während ein anderer Ort zu dünn mit Ärzten

besetzt ist. Ich frage mich, warum der Kollege in Starnberg, wo er vielleicht nur 137 Scheine im Quartal macht, nicht weggeht und sich dorthin setzt, wo er von vornherein mit 800 Scheinen rechnen kann.

Auch die Schulfrage ist, glaube ich, nicht so entscheidend. Wir haben sehr viele Landarztsitze, bei denen gute Schulen in der Nähe sind. Ein Kollege hat mir erzählt, er kenne ein gutes Internat, teuer und sehr attraktiv. In diesem Internat seien auffallend viele Arztkinder, alle aus der Großstadt, alle aus Städten, die entsprechende Schulen haben. Diese Frage ist also nicht immer entscheidend.

Der Frage der **Gemeinschaftspraxis** stehen wir in Bayern sehr aufgeschlossen gegenüber. Es bedarf dazu gar keiner besonderen Beschlüsse. Wenn zwei Ärzte an einem Ort bei uns die Genehmigung einer Gemeinschaftspraxis beantragen, weil sie sie miteinander betreiben wollen, weil sie überzeugt sind, daß das das Bessere ist, dann wird ihnen weder von der Kammer noch von der KV ein Widerstand entgegengesetzt werden. Wenn auf diese Weise die Versorgung besser durchzuführen ist, wenn für die Kollegen die Arbeit erleichtert wird, warum sollen wir dann nicht eine Gemeinschaftspraxis von zwei Ärzten genehmigen?

Für uns ist heute nicht mehr die Gemeinschaftspraxis von zwei Ärzten eine Frage, sondern die Gruppenpraxis von acht, zehn, zwölf Ärzten, wie sie sich in Amerika zunehmend entwickelt und wie sie auch in England gefördert wird. Dagegen haben wir ernsthafte Bedenken, hier könnte das Ambulatorium entstehen, ohne daß wir es wollen. Eine Gemeinschaftspraxis von zwei Ärzten werden wir jederzeit unterstützen. Soviel zum Thema Landarzt.

Ich kann Ihnen versichern, daß mir die Hebung des Ansehens und der Wirkungsmöglichkeiten der **Praktischen Ärzte** ganz besonders am Herzen liegt, und ich glaube, dafür auch in der Zukunft noch etwas tun zu können.

Zum **Jugendarbeitsschutzgesetz** eine ganz kurze Bemerkung: Ergebnisse darüber, was bisher bei den Untersuchungen herausgekommen ist, haben wir leider nicht; denn die Untersuchungsbogen wurden nicht ausgewertet. Das dürfte sich wohl in Zukunft ändern. Auch ich befürworte sehr nachdrücklich die Auswertung dieser Untersuchungsergebnisse. Ob es richtig ist, im Augenblick dazu noch einmal einen Beschluß zu fassen, möchte ich fast ein wenig bezweifeln. Denn ich habe in meinen Gesprächen in den letzten Wochen erklärt: Wir seien selbst dafür, daß ausgewertet wird, aber ich sei der Meinung, daß die Herren des Ministeriums im Moment mit dem Honorar am Zuge seien. Wenn diese Frage geregelt sei, seien wir wieder am Zuge mit der Auswertung der Untersuchungen. Mir würde jetzt ein allzu demonstrativer Beschluß aus Ihrer Mitte etwas in die Quere kommen. Die Sache ist sowieso im Gang und wir haben unsere Meinung dazu gesagt. Es bedarf also eigentlich keiner weiteren Unterstreichung.

Die hier aufgezeigten Mißstände, z. B. die Reihenuntersuchungen durch Schulärzte, hat Herr Kollege Hein aufmerksam zur Kenntnis genommen, und er wird diesen Dingen nachgehen und dafür sorgen, daß das in Ordnung kommt.

Einige Einzelfragen sind noch aufgetaucht. Zu den **Honorarverhandlungen mit der Bundeswehr** wird Herr

Reichstein berichten, der diese Verhandlungen für uns führt.

Dann wurde über **Parkplätze** und **Kennzeichnung der Fahrzeuge** gesprochen. In der Frage der Kennzeichnung der Fahrzeuge zeichnet sich eine Lösung mit einem Schild ab, das man auf das Dach setzen und wieder abnehmen kann. Sonst sind wir eigentlich sehr zurückhaltend. Es ist schon die Frage des Blaulichts und des Martinshorns diskutiert worden: Ich weiß nicht, ob wir uns einen Gefallen tun würden, wenn uns derartige Rechte eingeräumt würden. Die haftpflichtmäßigen Konsequenzen, die sich daraus ergeben, wenn man gegen die Verkehrsvorschriften mit einem solchen Blaulicht fährt, könnten unter Umständen von Einzelärzten gar nicht ausgestanden werden. Eine Kennzeichnung der Arztfahrzeuge, die allerdings nur den anderen Verkehrsteilnehmer gewissermaßen bittet, Rücksicht zu nehmen, erscheint uns gut und richtig. Wenn es sich darum handelt, auf einer verstopften Straße etwa zu einer Unfallstelle vorzudringen, wäre dem einzelnen Arzt auch mit einem Blaulicht nicht geholfen. In diesem Falle halte ich es für besser, daß man die Polizei anfordert und der Arzt bei der Polizei in den Wagen steigt und zur Unfallstelle fährt. Diese Frage ist noch in der Diskussion. Dazu werden wir uns noch sehr eingehend äußern.

Mit den gesicherten Parkplätzen für Ärzte hat man leider im allgemeinen auch in Berlin nicht die besten Erfahrungen gemacht. Es gibt eben gewisse Einschränkungen. Man könnte hier zum Thema Landarzt zurückbleiben. Der Landarzt hat weder Wohnungssorgen in der Form wie sie der Stadtarzt hat, er hat nicht die hohen Mieten, und er hat immer einen Parkplatz für sein Auto. Leider ist auch das kein Anreiz für die Ärzte, aufs Land zu gehen.

Einige Worte zur **Kampfgemeinschaft**. Sie besteht, sie ist im Augenblick still. Wenn Sie die Zeitung verfolgt haben, haben Sie sicher auch gelesen, daß Herr Blank, ohne zu wissen, ob er noch einmal Minister wird, auf jeden Fall schon erklärt hat, daß die Krankenversicherungsreform sofort wieder aufs Tapet kommt. Wir sollten also solche Waffen, die wir besitzen – und diese Waffe ist nur eingemottet, aber nicht vernichtet –, im Augenblick nicht aus der Hand geben. Vielleicht brauchen wir sie noch einmal, dann sind wir froh, wenn wir sie wieder einsetzen können.

Die Hilfestellung der Kammer bei **Gerichtsverfahren von Ärzten** ist etwas ganz Schwieriges und Heikles. Dazu kann ich eine verbindliche Stellungnahme auch heute nicht abgeben, die Kammer berät jederzeit die Kollegen, aber die Kammer kann in Gerichtsverfahren und in Strafverfahren nicht eingreifen. Das ist unmöglich. Wir werden aber immer zur Verfügung stehen, wenn der Strafverteidiger eines Arztes etwa beantragt, daß ein Gutachten der Kammer eingeholt werden soll. Wir vermitteln Sachverständige für die Gerichte. Wir sind immer bereit zu helfen, wo es geht. Aber wir müssen die Grenzen beachten, die sich aus den Rechtsgrundsätzen unseres Staates ergeben. Im übrigen wird die Kammer von allen Urteilen unterrichtet, so daß wir einen recht guten Überblick haben über das, was im einzelnen vor sich geht.

Zum Thema **Blutgruppenbestimmung** brauche ich nicht viel zu sagen. Auch ich bin dafür, daß sich die Kollegen damit möglichst intensiv befassen. Anderer-

seits bin ich der Meinung, daß es wenig Sinn hätte, wenn nun jeder Kollege den Ehrgeiz hätte, selbst alle Bestimmungen zu machen. Das sollte man denen überlassen, die wirklich Erfahrungen haben und die Bestimmungen im großen Umfange machen. Es ist wirklich kompliziert, und die Verantwortung, die ein Kollege übernimmt, der nur selten eine Blutgruppenbestimmung mit Untergruppen macht, ist viel zu groß. Trotzdem muß man das Prinzip kennen.

Ich verhandle laufend mit Experten über das, was man tun soll und was man lassen kann. Die Meinungen gehen auseinander. Für uns als Kammern, die wir das realisieren müssen, bleibt nichts anderes übrig, als gewisse Erfahrungsgrundsätze herauszugreifen und zu sagen, man müsse auch einmal bereit sein, eine Wahrscheinlichkeit, die mit 0,1 Prozent eintreten könnte, zu vernachlässigen. Denn wenn wir diese Untersuchungen allzu kompliziert und umfangreich machen, töten wir unter Umständen die gesamte Aktion, weil keiner mehr dazu bereit ist.

Zu der Bewirtung bei **Fortbildungsveranstaltungen** darf ich noch ein Wort sagen. Wir haben mit Sorge beobachtet, daß die Ärztlichen Kreisverbände sich zum Teil angewöhnten, einen Fortbildungsabend fix und fertig bei einer pharmazeutischen Firma zu bestellen. Das heißt, die pharmazeutische Firma kommt nicht nur mit dem kalten Büfett, sondern auch mit dem Referenten und allem, was dazu gehört. Wir haben dieses Thema auf der Bundesebene breit diskutiert und sind zu dem Ergebnis gekommen: Der richtige Weg sei der, eine scharfe und klare Trennung zu vollziehen. Die Ausrichtung einer Fortbildungsveranstaltung, die Auswahl der Themen, die Bestellung des Referenten muß allein Sache des Kreisverbandes sein. Die Kammer ist jederzeit bereit, ihn dabei zu unterstützen. Wenn aber eine seriöse pharmazeutische Firma im Sinne der Good-will-Werbung und um ihre Verbindung mit der Ärzteschaft zu betonen, im Anschluß an den Fortbildungsabend noch zu einem Imbiß einladen möchte, dann ist dagegen nichts einzuwenden. Die Zahlen, die über die Beteiligungen angegeben werden, sind unterschiedlich. Also nochmals: Die Gestaltung des eigentlichen Fortbildungsabends muß Sache des Kreisverbandes sein.

Ich möchte mich wegen der zeitlichen Ökonomie auf diese wenigen Bemerkungen beschränken. Herr Kollege Reichstein wird zum Honorar im Zusammenhang mit der Bundeswehr noch etwas sagen. Damit ich nicht noch einmal anfangen muß, darf ich Ihnen sehr herzlich für die lebhafteste, anregende und für uns wirklich wertvolle Diskussion danken und ich versichere, daß wir Ihre Anregungen sehr genau zur Kenntnis genommen haben. Wir werden sie verwerten für unsere weitere Tätigkeit.

Dr. Reichstein:

#### Honorarverhandlungen mit der Bundeswehr

Zur Zeit gilt für die Honorierung ärztlicher Leistungen im Rahmen der freien Heilfürsorge, also bei Überweisung von Truppenärzten zur fachärztlichen Begutachtung und Untersuchung und bei der Behandlung von Soldaten, die im Urlaub erkrankt sind, die Gebührenordnung, und zwar deren einfache Sätze. Seit März dieses Jahres, also bereits vor Inkrafttreten der neuen Gebührenordnung, haben der Hartmannbund, der Marburger Bund, der NAV und die Bundesärzte-

kammer — letztere vertreten durch mich — Verhandlungen im Verteidigungsministerium über einen neuen Zuschlag zu den einfachen Sätzen der kommenden Gebührenordnung geführt. Diese Verhandlungen haben sich sehr in die Länge gezogen. Sie sind zur Stunde noch nicht abgeschlossen. Unsere Forderungen waren: Einfache Sätze plus Zuschlag 40%, geltend ab 1. April, also mit dem Inkrafttreten der neuen Gebührenordnung. Die Begründung der 40% kann ich mir hier wohl ersparen. Sie ist Ihnen bekannt. Die einzelnen Bundesressorts haben, mit Ausnahme des Verteidigungsministeriums, widersprochen. Das Verteidigungsministerium hat sich unsere Forderungen nach anfänglichem Zögern zu eigen gemacht und in den Kabinettsvorlagen auch seinerseits 40% als Zuschlag zu den einfachen Sätzen für richtig gehalten.

Dadurch, daß sich die Ressorts nicht einigen konnten, mußte sich das Kabinett damit befassen. Das Bundeskabinett hat sich in mehreren Kabinettsitzungen damit beschäftigt und uns einen Vorschlag unterbreitet: Einfache Sätze, Zuschlag 20%. Diesen Vorschlag haben wir abgelehnt, weil er auch gegenüber der bisherigen Regelung eine deutliche Verminderung gewesen wäre. Die nächste Verhandlung wird in Kürze stattfinden. Es besteht Anlaß zur Annahme, daß man sich bei Rückwirkung ab 1. April bei einem Zuschlag treffen könnte, der zwischen den geäußerten Zahlen liegt. Sollte das nicht der Fall sein, so würden wir uns nicht mehr in der Lage sehen, über die Dinge weiter zu verhandeln, denn die Zeit und unsere Geduld sind hinreichend strapaziert worden. Für diesen Fall würde der Sachverhalt so sein, daß die Kollegen nach den Bestimmungen der Amtlichen Gebührenordnung liquidieren, also unter Berücksichtigung der ärztlichen Leistung, ihrer Schwierigkeit und des Einkommensstandes des Betreffenden. Es würden also der General, der Oberst, der Major eine andere Rechnung bekommen als der Gefreite.

Der Ärztetag nahm dann die nachstehenden Entschlüsse an:

**Betr.: Honorar für Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz**

„Der 18. Bayerische Ärztetag stellt mit Bedauern fest, daß sich die Bayerische Staatsregierung noch nicht dazu entschließen konnte, das Honorar für die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz entsprechend den Empfehlungen der Konferenz der Arbeitsminister anzuheben.

Der Bayerische Ärztetag erwartet, daß die sich aus der neuen Gebührenordnung ergebende Erhöhung des Honorars für diese Untersuchungen mit Rückwirkung ab 1. April 1965 nunmehr ohne weitere Verzögerung erfolgt.“

(Die Entschlüsselung wurde einstimmig angenommen.)

**Betr.: Unfallrettungsdienst**

„Wie der Bayerische Landesgesundheitsrat ist der 18. Bayerische Ärztetag überzeugt, daß der Unfallhilfe- und Rettungsdienst in Bayern sowohl qualitativ wie quantitativ im Hinblick auf den steigenden Verkehr unzureichend wird.

Der Unfallhilfe- und Rettungsdienst ist heute eine öffentliche Aufgabe, die von den beteiligten Organisationen nicht mehr ohne finanzielle Hilfe des Staates bewältigt wird.

Der 18. Bayerische Ärztetag unterstützt deshalb die Forderung des Bayerischen Landesgesundheitsrates, im Staatshaushalt 1966 einen Betrag von 1 Million Mark als erste Jahresrate einzuplanen.

Der 18. Bayerische Ärztetag hält es auch angesichts des immer dichter werdenden Verkehrs für dringend erforderlich, Maßnahmen einzuleiten, durch die bei Unfällen Polizei, Feuerwehr, Unfallwagen und Ärzte zu den Verletzten gelangen können.“

(Einstimmig angenommen.)

Es folgte noch der Antrag des Kollegen Wendelstein: **Betr.: Hilfsmaßnahmen für unversorgte Ärzte**

„Der Bayerische Ärztetag hält die Versorgung der für ihr Alter noch unversorgten Ärzte und ihre Angehörigen, dabei vor allem auch der alten, vertriebenen Ärzte, für eine der vornehmsten Aufgaben und für ein Officium nobile der Kammer. Die Kollegen und ihre Angehörigen müssen von dem bitteren Gefühl, im Alter verlassen zu sein, befreit werden. Der Bayerische Ärztetag hält deshalb die Bereitstellung entsprechender Mittel auch für die Zukunft für dringend erforderlich.“

(Einstimmig angenommen.)

Antrag des Kollegen Stetter zur Gestaltung der zukünftigen Hilfsmaßnahmen für unversorgte Ärzte:

„Der Bayerische Ärztetag ist der Auffassung, daß allen nicht ausreichend versorgten Kollegen dadurch noch wirksamer geholfen werden sollte, daß bei der Feststellung der Unterstützung durch das Sozialwerk der KV und durch den Hilfsfonds der Kammer ein geringes Einkommen aus anderen Quellen nicht angerechnet wird und daß diesem Personenkreis die Möglichkeit gegeben wird, trotz Grundbesitzes einen ausreichenden Unterstützungsbetrag zu erhalten, wenn dieser Betrag durch den Grundbesitz abgesichert wird. Dabei wird ihnen zugesichert, daß zu ihrer und ihrer Witwen Lebzeiten der Grundbesitz ihrer alleinigen Verfügungsgewalt erhalten bleibt und auch dann nicht zwangsverkauft wird, wenn die ihnen gewährten Beiträge den Wert des Grundbesitzes erreicht haben.“

(Mit Mehrheit angenommen.)

Die Versammlung befaßte sich sodann mit den Punkten 2 und 3 der Tagesordnung (Rechnungsabschluß 1964 für Kammer und Kindergeldkasse; Voranschlag 1966 für die Kammer — Formelle Aufhebung des Beschlusses über die Errichtung einer Kindergeldkasse bei der Bayerischen Landesärztekammer, der Verwaltungsanordnung zur Kindergeldkasse und des Teiles B der vom 13. Bayerischen Ärztetag beschlossenen Beitragsanordnung zur Bayerischen Landesärztekammer). Nach eingehender Aussprache stimmte die Versammlung einstimmig den Vorlagen zu und beschloß die Aufhebung der Kindergeldkasse.

## Einführung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ in die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns

Präsident: Ich darf die notwendigen Erläuterungen geben:

Ich sagte bereits im Tätigkeitsbericht, daß die Arbeitsmedizin aus der medizinischen Sicht, aber auch aus der politischen Sicht heraus enorm an Bedeutung gewonnen hat. Sie ist auch auf der europäischen Ebene eines der wesentlichsten Gesprächsthemen. Die Tendenz, auf diesem Gebiet mit gesetzlichen Regelungen einzugreifen, ist außerordentlich stark. Um aber auch diese Materie in der ärztlichen Hand zu behalten, hat der Deutsche Ärztetag auf Vorschlag des Vorstandes der Bundesärztekammer beschlossen, eine Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ einzuführen, und er hat die Voraussetzungen geklärt, welche ein Arzt erfüllen muß, wenn er diese Zusatzbezeichnung beantragt.

Wer von Ihnen in Berlin war, weiß, daß die Diskussion sehr heftig gewesen ist. Ich gestehe Ihnen offen, daß ich im Verlauf der Diskussion manchmal das Gefühl hatte, als ob der Deutsche Ärztetag in Verkennung der echten Zusammenhänge den Antrag des Vorstandes ablehnen, die Zusatzbezeichnung also nicht einführen würde. Hätte der Deutsche Ärztetag diesen Antrag abgelehnt, dann wäre es zugleich — darüber müssen wir uns alle klar sein — die größte politische Pleite gewesen, die wir uns jemals geleistet hätten.

Ich hatte die Ehre, den Herrn Bundeskanzler vor der Abschlußkundgebung auf dem Flughafen Tempelhof abzuholen und ihm auf der Fahrt zur Kongreßhalle Bericht zu erstatten über unsere Verhandlungen, weil er sich darauf einstellen wollte hinsichtlich seiner Begrüßungsrede. Seine erste Frage an mich war — obwohl doch das gar nicht sein Metier ist: „Was haben Sie in bezug auf die Arbeitsmedizin beschlossen?“ Die gleiche Frage war auch bei allen anderen Politikern die erste, die an uns gerichtet wurde. Hätten wir erklären müssen, wir haben den Antrag abgelehnt, ich glaube, die Reaktionen wären außerordentlich bitter gewesen.

Sie wissen, daß die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages im rechtlichen Sinne eine Empfehlung darstellen und für den einzelnen Arzt im Bereich der Ärztekammern nicht wirksam werden. Deshalb ist es Sache des Bayerischen Ärztetages, nun entsprechende Beschlüsse zu fassen, damit unsere Berufsordnung für die bayerischen Ärzte — nach Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde — entsprechend ergänzt werden kann. Erst dann werden diese Beschlüsse für unsere Kollegen in Bayern wirksam.

Wir haben Ihnen zunächst einen Entwurf vorgelegt, der dann durch eine zweite Fassung ersetzt wurde. Wir

sind nach nochmaliger Überlegung zu dem Ergebnis gelangt, daß es besser sei, in die Berufsordnung in Analogie zu den sonstigen Zusatzbezeichnungen nur den Grundsatz aufzunehmen, die Bestimmung der Voraussetzungen aber, die der Arzt erfüllen muß, zu den Ausführungsbestimmungen zu nehmen, die wir auch für den Badearzt, den Tropenmediziner usw. haben. Dem entspricht die Vorlage in der zweiten Fassung, die Sie vor sich haben. Sie lautet:

«Nach § 23 der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958 wird folgender § 23a, „Führen des Zusatzes „Arbeitsmedizin“, eingefügt:

„§ 23a

Führen des Zusatzes „Arbeitsmedizin“

(1) Ärzte, die auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin tätig sind, können nach Genehmigung durch die Bayer. Landesärztekammer den Zusatz „Arbeitsmedizin“ führen. Das Führen des Zusatzes ist jedoch nur zulässig während der Ausübung und an der Stelle der arbeitsmedizinischen Tätigkeit.

(2) Das Nähere über die Voraussetzungen einer Genehmigung bestimmt die Bayer. Landesärztekammer.“»

Es folgen dann die Ausführungsbestimmungen. Zur Erläuterung darf ich noch sagen: Was bedeutet der Satz 2 im Absatz 1? Darüber wurde in Berlin ausführlich diskutiert. Wir haben in Deutschland eine nicht allzu große Zahl hauptamtlicher Werksärzte und eine nicht unbeachtliche Zahl nebenamtlicher Werksärzte, also von Kollegen, die irgendwo in der Stadt eine Praxis ausüben, die aber nebenamtlich noch Betriebsärzte in einem Betrieb sind. Es sollte nun verhindert werden, daß ein solcher Kollege auf seinem Arztschild bei seiner Praxis schreibt: „Praktischer Arzt“ und darunter „Arbeitsmedizin“. Damit hätte dieser Zusatz einen werbenden Charakter, was nicht erwünscht ist. Deshalb soll diese Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ nur am Ort der Tätigkeit geführt werden. Wenn also dieser Kollege in das Werk geht und schreibt in seiner Eigenschaft als Werksarzt einen Brief, dann kann er einen Kopfbogen nehmen, auf dem steht „Betriebsarzt der Firma XY, Dr. Z., Praktischer Arzt (Arbeitsmedizin)“. Nur für diesen Zweck der Ausübung der Tätigkeit ist diese Bezeichnung gedacht. Natürlich kann auch der Gewerbearzt, der hauptberuflich tätig ist, den Zusatz „Arbeitsmedizin“ auf seinem Briefbogen führen. Man wollte dadurch Weiterungen vorbeugen. Wie die Entwicklung sein wird, wissen wir nicht. Aber die Be-

### VERTRETER

für URLAUB und KRANKHEITSFALL

**Medizinalassistenten**  
**Assistenten**  
**Oberärzte**

finden Sie durch die:

**Vertreter- und Assistentenvermittlung**  
**der Bayerischen Landesärztekammer**

8 München 23, Königinstr. 85, Tel 36 11 21

rufsordnungen sind keine Betongebäude, die man nicht mehr abbrechen kann. Wenn wir schlechte Erfahrungen machen, oder wenn sich Erfahrungen ergeben, die berücksichtigt werden müssen, können wir das eines Tages wieder ändern, also Korrekturen anbringen. Ich bitte Sie daher, den Antrag in der zweiten Fassung, wie er vorliegt, anzunehmen, ebenso die Ausführungsbestimmungen zu § 23a der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958. Sie entsprechen den Beschlüssen des Deutschen Ärztetages.

Es wäre theoretisch möglich, Änderungen vorzunehmen, aber es wäre praktisch ein Beschluß, der mit Sicherheit zu einer Anarchie auf dem Gebiete der Berufs- und Facharztordnung führen müßte. Solche Dinge müssen einheitlich in allen Ärztekammern geregelt sein. Auf dem Gebiete der Berufsordnung, soweit es sich um Facharzt- und Zusatzbezeichnungen handelt, ist an sich zwar das Recht der Beschlußfassung allein den Kammerversammlungen vorbehalten. Sie können aber dieses Recht nur insoweit wahrnehmen, als sie die Beschlüsse des Deutschen Ärztetages übernehmen, denn sonst bekommen wir Unterschiede in den Ordnungen der verschiedenen Länder. Das würde die Freizügigkeit der Ärzte behindern und damit die Selbstverwaltung auf diesem Gebiete gefährden.

#### Aussprache zum Thema „Arbeitsmedizin“

Dr. Rothlauf, Erlangen:

Ich glaube, es gibt wohl keinen Anlaß, zur Vorlage selbst eine Erläuterung zu geben. Aber ich möchte doch die Aufmerksamkeit des Hauses auf die Möglichkeit

einer verschiedenen Auslegung dieser Bestimmungen lenken, weniger bei der Zuerkennung der Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“ für diejenigen Damen und Herren, die bereits hauptamtlich auf diesem Gebiet tätig sind, als vielmehr für diejenigen, die bisher das nebenamtlich betreiben. Wer soll nun entscheiden, wann und inwieweit der Begriff „nebenamtlich“ oder „nebenberuflich“ gilt. Die einen sehen den Begriff einer nebenberuflichen Tätigkeit bereits als erfüllt an, wenn der Betreffende einmal in der Woche irgendwo in einem Betrieb zwei Stunden oder einen Vormittag tätig ist, während andere sagen, diese Tätigkeit müßte eigentlich eine bestimmte Stundenzahl umreißen. Es gibt auch noch verschiedene andere Auslegungen. Jedenfalls könnte es darüber zu Schwierigkeiten kommen. Um eine einheitliche Auslegung zu gewährleisten, könnte ich mir nur vorstellen, daß man das einheitlich entscheiden muß. Es müßte dafür nach meiner Meinung ein Ausschuß zuständig sein. Ich bitte dementsprechend um Vorschläge der Kammer. Ich bitte also den Vorstand, eine entsprechende Empfehlung zu geben.

Präsident: Was Herr Kollege Rothlauf sagte, fällt in den Bereich der Durchführung des Beschlusses und wird durch den Vorstand geregelt. Wir werden so vorgehen, wie bei der Facharztanerkennung und bei der Zuerkennung der Zusätze. Das wird durch ein Gremium zentral bei der Kammer für das ganze Land Bayern geprüft, so daß eine einheitliche Handhabung auf jeden Fall gewährleistet ist.

Die Vorlage wurde beschlossen; sie wird dem Bayerischen Staatsministerium des Innern zur Genehmigung vorgelegt.

## 16. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg

vom 10. bis 12. Dezember 1965 — Veranstaltet von der Bayerischen Landesärztekammer

Wissenschaftlicher Leiter: Prof. Dr. R. Schubert

Tagungsort: Meistersingerhalle Nürnberg

Freitag, den 10. Dezember 1965

Tagesthema:

### THERAPIE DER UNSPEZIFISCHEN LUNGEN- ERKRANKUNGEN

„Morphologie der unspezifischen Lungen-  
erkrankungen“

„Therapie der akuten, chronischen und spastischen  
Bronchitis“

„Therapie der verschiedenen Pneumoniefornien“

„Konservative Therapie bei Bronchiektasen  
und Lungenabszeß“

„Chirurgische Therapie bei Bronchiektasen  
und Lungenabszeß“

„Diabetes heute“

„Der heutige Stand der Mucoviscidose und ihrer  
Therapie“

„Inhalationstherapie ohne und mit Aerosolen“

„Diagnostik, Verlauf und Therapie des Morbus Boeck“

Samstag, den 11. Dezember 1965

Tagesthema:

### THERAPIE DER GELENKERKRANKUNGEN

„Therapie des akuten und chronischen Gelenk-  
rheumatismus“

„Die Carditis im rheumatischen Geschehen“

„Serologie der primär chronischen Polyarthrit  
und des rheumatischen Fiebers“

„Derzeitige Therapie der Gelenktuberkulose“

„Therapie der Arthritis urica“

„Diabetesdiät im Alltag“

„Konservative Behandlungsmöglichkeiten  
bei degenerativen Gelenkerkrankungen“

„Neue Gesichtspunkte bei der operativen Behandlung  
der Arthrosis deformans“

„Hüftdysplasie bei Kindern und ihre Therapie“

„Physikalische Therapie der chronisch-entzündlichen  
und der degenerativen Gelenkerkrankungen“

Sonntag, den 12. Dezember 1965

Tagesthema:

### GEWÖHNUNG, ABUSUS, SUCHT

„Pharmakologische Grundlagen zum Thema:  
Gewöhnung, Abusus, Sucht“

„Probleme der Sucht“

„Gefahren von Gewöhnung und Abusus“

„Betreuung Trunksüchtiger durch die psychiatrische  
Außenfürsorge“

Auskunft und Anmeldung: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstr. 85, Tel. 36 11 21.

# Krankenhausplanung in Bayern

Von Ministerialrat Dr. Heln

Es ist mehr als eine Höflichkeitsformel, wenn ich mich zunächst für die Möglichkeit bedanke, auf der Vollversammlung der Landesärztekammer über die Krankenhausplanung in Bayern vortragen zu können. Ich freue mich besonders deswegen darüber, weil ich im Februar 1964 Gelegenheit hatte, vor dem Krankenhausausschuß zum ersten Male die Gedanken und Vorstellungen für eine sinnvolle Ordnung des Krankenhauswesens durch das Staatsministerium des Innern zu erörtern. Aus der Erkenntnis heraus, daß eine Planung nur durch eine verständnisvolle Zusammenarbeit zu einem allgemein befriedigenden Ergebnis kommen kann, wurden dann auch alle sonst am Krankenhaus Beteiligten und Interessierten konsultiert. Der Landesgesundheitsrat, der die Staatsregierung als gesundheitspolitisches Gremium zu beraten hat, und in dem Persönlichkeiten und Körperschaften des Gesundheitswesens vertreten sind, hat sich mehrmals mit der Grundkonzeption und dem Entwurf des Staatsministeriums befaßt.

Die Krankenhausplanung hat wie alles ihre Vorgeschichte. Die Geschichte des Krankenhauswesens selbst und seine Stellung in der Gemeinschaft darzustellen, würde den Rahmen des Referates sprengen. Soweit sich seine Aufgaben zwangsläufig daraus ergeben haben, sei kurz erinnert, daß sich das Krankenhaus im Wechsel der Zeiten den jeweils herrschenden Verhältnissen angepaßt hat. Von der Herberge, in der Bedürftigen neben Zuflucht auch Pflege zuteil wurde, ging der Weg über das mittelalterliche Spital zum Krankenhaus von heute. Als Einrichtung der Fürsorge für Arme und Hilfsbedürftige war die Errichtung und Unterhaltung von Krankenhäusern noch im 19. Jahrhundert den Gemeinden und Gemeindeverbänden zugewiesen. Im Königreiche Bayern waren um die Jahre 1857/58 von 333 Krankenanstalten 236 lokale, d. h. die „Sustentation wird aus örtlichen Stiftungsmitteln oder aus Gemeindeumlagen oder aus Zuschüssen der Gemeindefonds oder aus Pflichtbeiträgen einzelner Bevölkerungskreise gedeckt“. So entstanden über das Land verstreut viele Krankenhäuser. Die Bettenzahl lag oft unter 50. Als Einrichtung sozial minderen Ranges bestand das Krankenhaus bis zum Anfang unseres Jahrhunderts. Die Industrialisierung, Sozialgesetzgebung, Krankenversicherung, die Veränderungen im Krankheitsgeschehen, die stürmischen Fortschritte in der Medizin und Technik, die Bevölkerungsbewegung und das Älterwerden der Bevölkerung, die seltener gewordene Hauspflege und die zunehmende Abnahme der häuslichen Hilfen ließen das Krankenhaus zu einem der wichtigsten Bereiche der öffentlichen Daseinsvorsorge werden. Kompliziert wurden die Verhältnisse noch durch zwei Weltkriege mit ihren schwerwiegenden Folgen. So hat das Krankenhaus, das aus vielen Gründen allmählich und stetig in die veränderten Verhältnisse hätte hineinwachsen sollen, um den Erfordernissen und den Erwartungen seiner Zeitgenossen gerecht werden zu können, zwangsläufig überstürzte Entwicklungen und viele Notlösungen erfahren. Die Schwierigkeiten erreichten in den Jahren nach dem zweiten Weltkrieg einen Höhepunkt. Es galt nicht nur

die Verluste an Krankenhäusern und -betten auszugleichen, sondern auch für den enormen Bevölkerungszuwachs neue Betten bereitzustellen. Das geschah meist nur im engeren örtlichen Bereich ohne überregionale Lenkung. Folge der fehlenden Koordination war, daß das ohnehin ohne überörtliche Ausrichtung gewachsene Krankenhauswesen nicht immer die fachlich wünschenswerte Entwicklung nahm.

An Versuchen, dem zu begegnen, hat es nicht gefehlt. Die ersten Ansätze einer Planung durch das Staatsministerium des Innern sind schon im Jahre 1948 festzustellen. Es waren Überlegungen zur Bedürfnisfrage für Neu-, Um- und Erweiterungsbauten, die noch auf das einzelne Vorhaben abgestellt waren. Ähnlich war es noch 1953 in dem von der Regierung von Mittelfranken ausgearbeiteten Sanierungsplan. Im Jahre 1956 hat das Staatsministerium des Innern den Bayerischen Landtag auf die Notwendigkeit einer Planung und Ordnung des Krankenhauswesens hingewiesen. Dabei waren die Vorstellungen noch zu sehr an den Grenzen der Gebietskörperschaften orientiert. Damals war die Zweckmäßigkeit einer überörtlichen Planung überhaupt lange umstritten. Es wurde befürchtet, daß eine Planung störend in die Autonomie des Krankenhauses eingreifen würde. In der Folge waren dann Fragen um das Krankenhauswesen oft Gegenstand parlamentarischer Erörterungen. Auch sonst beteiligte und interessierte Stellen und Fachleute setzten sich in Vorschlägen, Empfehlungen, Forderungen und Anregungen mit den Krankenhausverhältnissen auseinander und versuchten Wege zu einer Neuordnung aufzuzeigen. Die aufgeworfenen Probleme dürften Ihnen ja weitgehend geläufig sein. Die Diskussionen entbrannten um das Bettenangebot, die Qualität der Betten, die regionale Verteilung, die Personalverhältnisse, die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser, die staatliche Förderung und manches mehr.

Die immer dringlicher werdende Problematik und die vielschichtige Diskussion ließen die Voraussetzungen für eine überörtliche Planung und Ordnung reifen. Die geschilderten Verhältnisse und die Auswirkungen auf das Krankenhauswesen zwangen dazu, alle Maßnahmen auf die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit abzustellen. So kam schließlich der Beschluß des Bayerischen Landtags vom 16. Mai 1961 (Beilage 2256) zustande, in dem die Staatsregierung beauftragt wurde, einen Gesamtkrankenhausplan vorzulegen. Der Beschluß lautet:

„Die Staatsregierung wird ersucht, zur gerechten und ökonomischen Verwendung der beschlossenen und künftig verstärkten Förderungsmaßnahmen für die bayerischen Krankenanstalten eine auf den modernen Stand gebrachte, umfassende und die vorgelegten Denkschriften und Vorschläge verwertende Gesamtkrankenhausplanung in Bayern unter Einschaltung des Landesgesundheitsrates vorzulegen.

Hierbei soll insbesondere eine Unterteilung

in bezirkliche Großkrankenhäuser,  
Schwerpunktkrankenhäuser für mehrere Kreise,  
Kreiskrankenhäuser,

unter Beachtung der verkehrstechnischen Gegebenheiten, der Größe der Einzugsgebiete und der räumlichen Zuordnung zu anderen Krankenanstalten erfolgen. Wert ist auf eine ausreichende Zahl von Pflegebetten zu legen. Der Gesamt Krankenhausplan soll eine zukünftige Entscheidung bei Neu- und Erweiterungsbauten hinsichtlich einer Gesamtkonzeption besonders und weniger förderungsbedürftiger Maßnahmen möglich machen.“

Dem Beschluß liegt die Erkenntnis zugrunde, daß die optimale Wirksamkeit des einzelnen Krankenhauses nicht nur an der eigenen ärztlich-pflegerischen Leistung und den eigenen wirtschaftlichen Verhältnissen zu messen ist, sondern daß seine sinnvolle Einordnung in den Gesamtrahmen der stationären Krankenversorgung ebenso wichtig ist. Die Dichte des Netzes an Krankenhäusern verschiedener Anforderungsstufen sollte nach der Bevölkerungsdichte und Verkehrsverbindungen und nicht nach den Grenzen der Gebietskörperschaften ausgerichtet werden. Die Gesamtplanung sollte also Rahmen und Maßstäbe setzen, die eine für das Ganze sinnvolle Einzelplanung ermöglichen und zugleich eine Handhabe geben, Fehlentwicklungen zu begegnen. Sollte sie erfolgreich und für alle Beteiligten tragbar sein, mußte von den gegebenen Verhältnissen ausgegangen werden. Es mußten also die Entwicklung und die Tendenzen in der letzten Zeit festgestellt werden, die sich für eine übersehbare Zukunft abzeichneten. Dazu waren umfangreiche statistische Vorarbeiten nicht nur hinsichtlich des Bettenbestandes nach Krankentypen, Fachrichtungen und Krankenträgern, sondern auch hinsichtlich der Krankenhäuser, des Ausnutzungsgrades der Betten sowie der Verweildauer notwendig. Die Untersuchungen erstreckten und beschränkten sich, wie auch die künftige Planung, auf die Krankenhäuser für Akutkranke, denen die entscheidende Bedeutung für die Versorgung der Bevölkerung zukommt.

Seit dem Jahre 1938 zeigte sich, wenn auch in den einzelnen Regierungsbezirken Bayerns unterschiedlich, im wesentlichen folgende Entwicklung:

Der Zug zum größeren, leistungsfähigeren und wirtschaftlicheren Krankenhaus ist unverkennbar. Die Krankenhäuser mit mehr als 150 Betten haben sich nahezu verdreifacht. Dabei haben sich die Bettenzahlen laufend erhöht, während die Zahl der Krankenhäuser seit Jahren abnimmt.

Die Betten haben längere Zeit stärker zugenommen als die Bevölkerung. Seit dem Jahre 1957 entspricht die Zunahme dem Bevölkerungszuwachs. Die Bettendichte ist seither mit 7,4 auf 1000 der Bevölkerung unverändert.

Immer mehr Betten — in den letzten zehn Jahren über die Hälfte — sind Fachbetten geworden, besonders bei den Grundfächern Chirurgie, Innere Krankheiten, Gynäkologie und Geburtshilfe.

Das Krankenhaus wird wesentlich häufiger aufgesucht als früher. Im Jahre 1963 hat jeder achte Einwohner im Krankenhaus gelegen. 1953 war es noch jeder zehnte und im Jahre 1938 nur jeder vierzehnte. Die Krankenhäuserfälle haben sich im Durchschnitt fast verdoppelt.

Die Verweildauer hat im allgemeinen, besonders in den freien gemeinnützigen und privaten Kranken-

häusern, abgenommen. Im Mittel der Jahre von 1958 bis 1963 lag sie bei 19,5 Tagen.

Der Bettenausnutzungsgrad hat sich nahezu um ein Drittel erhöht, in den öffentlichen und freien gemeinnützigen mehr als in den privaten Krankenhäusern. Der Ausnutzungsgrad der Betten und die Verweildauer haben sich nach Fachrichtungen unterschiedlich entwickelt.

Ein geringeres Bettenangebot zwingt bei Zunahme der Krankenhausbedürftigkeit zu einer stärkeren Nutzung der Betten und führt zu einer geringeren Verweildauer.

Aus der bisherigen Entwicklung ergaben sich somit gewisse Erkenntnisse, die bei den weiteren Überlegungen, Planungen und Maßnahmen nicht vernachlässigt werden konnten.

Eine Krankenhausplanung hat aber, gleichgültig ob für lokale oder überörtliche Zwecke, nicht nur die Entwicklung, sondern ebenso den Bestand zu berücksichtigen. Dazu waren bestimmte Werte und Merkmale zu erheben. Das geschah durch die Gesundheitsämter und Regierungen. Da auch eine Fachplanung mit der allgemeinen Raumplanung zu integrieren ist, wurden die mit der Landes- und Bezirksplanung befaßten Stellen eingeschaltet.

Die so durchgeführte Sondererhebung brachte recht aufschlußreiche Ergebnisse. So zeigte sich, daß nicht jedes in der jährlichen Krankenhausstatistik ausgebrachte Krankentag nach krankenhaushygienischen Forderungen ein solches, oder besser ausgedrückt ein Planbett war. Fast 6100 Krankentage waren Notbetten. Sie konnten also nicht zum verwertbaren Bestand gerechnet werden, denn eine optimale Krankenhausversorgung hat auf Planbetten aufzubauen. Weitere 7900 Betten standen in Krankenhäusern oder Abteilungen, die völlig überaltert oder aus sonstigen Gründen nicht bestandsfähig sind. Auf diese Weise verblieb ein brauchbarer Bestand von nahezu 57 600 Planbetten, der sich durch eingeleitete Bauvorhaben in Bälde um etwa 9600 erhöhen wird. Der künftigen Planung war daher ein Bestand von rund 67 200 Planbetten zugrunde zu legen.

Außerdem ließ die Sondererhebung schon eine bestimmte funktionelle Gliederung von Krankenhäusern erkennen. Wichtig für die Vorsorge von Alterskrankenbetten war, daß am Stichtag der Erhebung nahezu 5000 Betten für Akutkranke mit Pflege- und Leichtkranken belegt waren.

Mit dem bisher Ausgeführten wurde die Ausgangslage für die Planung dargestellt. Nun galt es, Überlegungen über den künftigen Bettenbedarf anzustellen. Die vielen eingangs geschilderten Faktoren, die das heutige Krankenhauswesen bestimmen, sind auch für das einzelne Krankenhaus von Einfluß. So wird es verständlich, daß der Bettenbedarf keine feste Größe sein kann. Solche Einflüsse führen zum unechten, relativen Bettenbedarf, der den rein medizinisch bedingten, echten überlagert. In der Praxis wird nur die tatsächliche Nachfrage offenkundig, die gebietsbezogen ist und wesentlich von den gesundheitlichen und sozialen Verhältnissen, der Möglichkeit und der Bereitschaft zur häuslichen Krankenpflege, den Wohnbedingungen, der Krankenhausfreudigkeit und den Einweisungsgepflogenheiten der Ärzte mitbestimmt wird.

Trotzdem kann bei einer Planung von Bedarfsüberlegungen nicht abgesehen werden. Sie sind eben im Rahmen des Möglichen auf den tatsächlichen Bedarf auszurichten. Wie die Entwicklung gezeigt hat, können sich die Berechnungen nicht darauf beschränken, festzustellen, wie viele Betten im ganzen notwendig sind, sondern es ist vielmehr erforderlich, den Bettenbedarf nach ärztlichen Fachrichtungen aufzugliedern.

Für die Bedarfsforschung werden heute im wesentlichen angewandt:

- die Bettenziffernrechnung und
- die analytische Bettenbedarfsermittlung.

Bei der Bettenziffernrechnung wird eine aus der Erfahrung gewonnene Zahl von Krankenbetten auf die Einwohnerzahl eines bestimmten Gebietes bezogen. Sie ist als Krankenbettenindex, meist bezogen auf 1000 Einwohner, bekannt. Der Vielzahl von Faktoren, die für den Bettenbedarf bestimmend sind, kann diese Berechnung nicht gerecht werden. Schlüsselzahlen können allenfalls Anhaltspunkte und Vergleichswerte, nicht aber sichere Maßstäbe für eine Krankenhausplanung sein.

Für die Krankenhausplanung wurde daher die analytische Bettenbedarfsrechnung angewandt, die immer mehr in der Praxis Eingang findet. Da sie von dem verpflegten Kranken, der durchschnittlichen Verweildauer und der optimalen Ausnutzung ausgeht, bietet sie gegenüber der Bettenziffernrechnung viel weitergehende Möglichkeiten, den tatsächlichen Bedarf zu ermitteln. Sie berücksichtigt auch die Bevölkerungsfuktuation. Wenn die drei Faktoren Krankenhaushäufigkeit, Verweildauer und Belegungsgrad nach der Formel

$$\frac{\text{Krankenhaushäufigkeit} \times \text{mittlere Verweildauer}}{\text{wünschenswerte Belegung in Tagen}}$$

zueinander in Beziehung gesetzt werden, so lassen sich besonders für größere Bereiche recht zuverlässige Ergebnisse gewinnen. Durch Rückrechnung kann auch für den kleineren Bereich, etwa das Krankenhaus auf Kreisebene, der Bedarf einigermaßen genau ermittelt werden. Daß es im Einzelfall noch weiterer Untersuchungen bedarf, insbesondere über nichtmedizinische Einflußmöglichkeiten auf die einzelnen Faktoren, sei nur ergänzungshalber erwähnt. Das gilt auch, um vom gegenwärtigen zum künftigen Bedarf zu kommen.

Der Ermittlung des gegenwärtigen Bedarfs für die allgemeine Krankenhausplanung wurden zugrunde gelegt:

- als Krankenhaushäufigkeit, die Zahlen aus der Krankenhausstatistik für das Jahr 1963,
- als mittlere Verweildauer, 19,5 Tage. Sie war in den vergangenen sechs Jahren fast unverändert,
- als optimale Belegung, 300 Tage im Jahr, das entspricht der durchschnittlichen Ausnutzung eines Krankenhausbettes von 82,5 v. H. und einem im Schrifttum angegebenen Mittelwert zwischen 80 bis 85 v. H.

Die Gesamtkrankenhausplanung ist zunächst auf die bis zum Jahre 1970 erwartete Entwicklung ausgerichtet. Die Zeitspanne mag kurz erscheinen, bietet aber dafür den Vorteil, noch übersehbar zu sein. Die Überlegungen zur künftigen Bedarfsentwicklung sind ohnehin mit genügend Unsicherheitsfaktoren belastet. Zu den-

ken ist hier an die angestrebte Neuordnung der sozialen Krankenversicherung, die Weiterentwicklung von Medizin und Technik mit ihren etwaigen Auswirkungen auf den Bettenbedarf. Eine Verkürzung der Verweildauer um einen Tag würde etwa 3500 Betten einsparen. Auch die Entwicklung der Bevölkerung läßt sich nicht mit Sicherheit voraussagen.

Medizinisch wird die Entwicklung zu einer weitergehenden Spezialisierung führen, die eine Erhöhung der Fachbetten zur Folge haben wird. Allgemein werden die Fortschritte der Medizin, besonders der medizinischen Technik, eine gewisse Großräumigkeit der Krankenhäuser bedingen. Demgegenüber wird der Mangel an Pflege- und Hauspersonal zu Rationalisierungsmaßnahmen zwingen.

Bestimmend für den künftigen Bettenbedarf ist weiterhin die Krankenhausfreudigkeit der Bevölkerung. Sie wird mitbeeinflusst von der Bevölkerungsentwicklung, den Veränderungen im Altersaufbau und in der Wirtschafts- und Sozialstruktur, von dem Anteil der Anstaltsentbindungen und von den Verkehrsverhältnissen. Wegen der zunehmenden Zahl der über 65 Jahre alten Leute, der ständig steigenden stationären Entbindungen und der laufend höheren Zahl Unfallverletzter durch Verkehr, Beruf und Sport ist damit zu rechnen, daß die Krankenhaushäufigkeit künftig weiter ansteigen wird.

Für die allgemeine Bevölkerungsentwicklung wird angenommen, daß die Einwohnerzahl in Bayern ziemlich gleichmäßig zunehmen wird, von der Volkszählung im Jahre 1961 bis zum Jahre 1970 um etwa 4 v. H. Regional zeichnen sich dabei erhebliche Unterschiede ab. Besonders stark wird die Zunahme in Oberbayern und hier vor allem im Großraum um die Landeshauptstadt München sein. Ähnlich wird sie für Unterfranken und für neue industrielle Ballungsräume, wie die Umgebung der Städte Augsburg, Ingolstadt und Erlangen erwartet.

Die Altersschichtung der Bevölkerung wird sich insoweit verändern, als die Zahl der über 65jährigen um 14 bis 15 v. H. bis zum Jahre 1970 gegenüber dem Jahre 1962 zunehmen wird.

Werden die Faktoren, die die Bedarfsentwicklung bestimmen, in diesem Sinne berücksichtigt, so errechnet sich für die Versorgung Akutkranker bis zum Jahre 1970 ein Gesamtbedarf von 80 170 Planbetten. Rein rechnerisch und ohne qualitative Mängel zu berücksichtigen, ergibt sich gegenüber den Ende 1963 vorhandenen 65 450 Planbetten ein Defizit von 14 720 Planbetten.

Die an sich schon vielseitigen Überlegungen über den gegenwärtigen und künftigen Gesamtbedarf wurden noch vielschichtiger durch die Nachfrage nach Fachrichtungen. Umfassende Untersuchungen haben gezeigt, daß sich bei gut geordneter stationärer Versorgung der Bedarf an Krankenbetten immer wieder in einem bestimmten Verhältnis auf die verschiedenen ärztlichen Fächer aufgliedert. Die aus dem Schrifttum bekannten Verhältniszahlen konnten mit wenigen Ausnahmen für einige Fachgebiete in die Krankenhausplanung in Bayern übernommen werden.

Für den Bedarf an Fachbetten sind folgende Verhältniszahlen zugrunde gelegt worden:

Von 100 Fachbetten entfallen auf die

Fachrichtung	Betten
Chirurgie	29,0
Innere Krankheiten	29,0
Gynäkologie und Geburtshilfe	15,0
Infektionskrankheiten	3,0
Kinderkrankheiten	7,5
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	3,0
Augenkrankheiten	1,7
Urologie	2,8
Orthopädie	3,5
Neurologie und Neurochirurgie	2,8
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1,2
Röntgenologie und Strahlenheilkunde	1,3
Zahn- und Kieferkrankheiten	0,2

Der Vergleich zwischen dem durch die Sondererhebung ermittelten Bestand an Planbetten, dem die fachaufsichtlich genehmigten und im Bau befindlichen Betten zugerechnet sind, mit dem für das Jahr 1970 errechneten Bedarf zeigt, ob und wie viele Betten für die einzelnen Fachrichtungen und insgesamt bis dahin noch erforderlich sind.

Fachrichtung	Jetzt oder bald vorhandene, brauchbare Planbetten	Planbettenbedarf 1970	noch erforderliche Planbetten (-), Planbettenüberschuß (+)
Chirurgie	20 092	23 249	- 3 157
Innere Krankheiten	16 812	23 249	- 6 437
Gynäkologie und Geburtshilfe	7 693	12 026	- 4 333
Infektionskrankheiten	2 815	2 406	+ 409
Kinderkrankheiten	4 895	6 011	- 1 118
Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten	1 977	2 406	- 429
Augenkrankheiten	1 212	1 363	- 151
Urologie	1 435	2 247	- 812
Orthopädie	2 265	2 804	- 539
Neurologie und Neurochirurgie	1 357	2 247	- 890
Haut- und Geschlechtskrankheiten	1 051	960	+ 91
Röntgenologie und Strahlenheilkunde	603	1 043	- 440
Zahn- und Kieferkrankheiten	198	159	+ 39
Fachbetten zusammen	62 405	80 170	-18 304
Allgemeinbetten	4 746	—	+ 4 746
Planbetten insgesamt	67 151	80 170	+ 539
			-13 558

Aus der Gegenüberstellung ergibt sich ein Defizit von 18 304 Fachbetten. Das vermindert sich um 4 746 Allgemeinbetten in kleineren, von der Substanz her aber guten und bestandsfähigen Krankenhäusern auf 13 558 Betten. Die als Überschluß bei einzelnen Fächern

ausgewiesenen 539 Betten können nicht angerechnet werden. Sie sind, wie z. B. die Betten in Fachkrankenhäusern, wie Kliniken für Haut- und Geschlechtskrankheiten, für Zahn- und Kieferkrankheiten, nicht für andere Disziplinen verwendbar.

Zu dem bei den Infektionsbetten ausgewiesenen Überschluß, der mit dem häufigen Verlangen nach mehr Infektionsbetten nicht in Einklang zu stehen scheint, ist zu bemerken:

Infektionsbetten werden bisher oft nur in geringer Zahl für kleinere Bereiche vorgehalten. Das hat sich als nachteilig erwiesen. Wenige Absonderungsbetten reichen in der Regel nicht aus, wenn ansteckende Krankheiten örtlich gehäuft auftreten, zu anderen Zeiten sind sie oft länger nicht belegt. Darauf ist es auch zurückzuführen, daß Infektionsbetten den niedrigsten durchschnittlichen Ausnutzungsgrad aufweisen. Eine gleichmäßig gute Ausnutzung wäre zu erwarten, wenn Absonderungseinrichtungen für größere Bereiche zusammengefaßt überörtlich bereitgestellt werden. Damit könnten die örtlichen Schwankungen im Auftreten ansteckender Krankheiten ausgeglichen und selbst kleinere Epidemien aufgefangen werden. Die größere Bettenzahl gewährleistet dann auch die nach der Ansteckungs- und Verbreitungsart der Infektionskrankheiten erforderliche räumliche und personelle Trennung der Infektionsstation in mehrere Bereiche. So gebieten medizinische und wirtschaftliche Erwägungen, Absonderungsmöglichkeiten für Infektionskranke künftig möglichst nur noch überörtlich einzurichten. Solche Lösungen, meist auf vertraglicher Grundlage, gibt es schon, sie haben sich für alle Beteiligten gut bewährt. Wo das nicht erreicht werden kann, muß auf die medizinisch und wirtschaftlich schlechtere Lösung zurückgegriffen werden, die für die Absonderung notwendigen Räume und Einrichtungen sind dann örtlich bereitzustellen.

Auch für Kinderkrankheiten müssen die stationären Einrichtungen überörtlich vorgehalten werden. Die von der Indikation her notwendige Trennung nach Krankengruppen wie Frühgeburten, Säuglinge, Kleinkinder und Schulkinder, infektiöse und Nichtinfektiöse ist nur bei größeren Kinderkrankenhäusern oder Kinderfachabteilungen möglich. Grundsätzlich wird hier eine Mindestzahl von 100 Betten erforderlich sein. Nur mit solchen Lösungen kann den medizinischen Erfordernissen mit vertretbaren baulichen und betrieblichen Aufwendungen entsprochen werden. Diese Erkenntnis gilt es besonders zu berücksichtigen, weil ein nicht unbeträchtlicher Fehlbestand an Kinderbetten in weiten Gebieten noch sinnvolle Lösungen ermöglicht. Ungedeckt sind heute noch mehr als 15 v. H. des für 1970 errechneten Planbettenbedarfs.

Für die anderen Fächer wird ein im Verhältnis zum Bestand unterschiedliches Bettendefizit ausgewiesen. Bei Gynäkologie und Geburtshilfe ist der Fehlbestand verhältnismäßig größer als bei der Fachrichtung Innere Krankheiten, die wiederum wesentlich mehr zusätzliche Betten benötigt als die Chirurgie.

Besonders viele Betten fehlen noch in den Fächern Urologie, Neurologie und Neurochirurgie sowie Röntgenologie und Strahlenheilkunde. Auf die Gründe braucht im einzelnen nicht eingegangen werden. Mitursächlich ist, daß manche Fachrichtungen noch ver-

hältnismäßig neu sind. Ganz allgemein gilt, daß in diesen Disziplinen eine gute ärztlich-pflegerische Versorgung ein Einzugsgebiet mit größerer Einwohnerzahl und besonders qualifiziertes Personal voraussetzt.

Die Ausführungen zum Bettenbedarf lassen sich im Ergebnis also zusammenfassen:

Trotz vieler Verbesserungen im Krankenhauswesen fehlt es in Bayern noch an Planbetten. Wie die Einzeluntersuchungen ergeben haben, fehlen sie vor allem in bestimmten Industriezentren und Gegenden mit starkem Bevölkerungszuwachs.

Besonders groß ist im Verhältnis zum Bestand der ungedeckte Bedarf an Krankenbetten für die in der Regel schwerpunktmäßig vorgehaltenen Fachrichtungen Kinderheilkunde, Urologie, Orthopädie, Neurologie und Neurochirurgie sowie Röntgenologie und Strahlenheilkunde. Allerdings bestehen regional erhebliche Unterschiede.

Eine durch fachliche Notwendigkeiten bestärkte Tendenz zur überörtlichen Lösung zeigt sich für Betten, die benötigt werden, um ansteckend Kranke und Krankheitsverdächtige abzusondern.

Neben dem rein zahlenmäßigen Bettendefizit gibt es einen insgesamt recht erheblichen qualitativen Fehlbestand, von dem Krankenhäuser aller Größenordnungen betroffen sind.

Der Schwerpunkt des zusätzlichen Krankenbettenbedarfs verlagert sich mehr und mehr von der Quan-

titäts- zur Qualitätsseite. Aus Gründen der Modernisierung und der Rationalisierung müssen viele Betten ersetzt werden. Das gilt besonders für überalterte Krankenhäuser, die von der Bausubstanz her schiecht sind, in denen es an den erforderlichen Funktions- und Nebenräumen fehlt, Kranke noch in größeren Sälen untergebracht sind, die diagnostisch-therapeutischen, wirtschaftlichen und hygienischen Einrichtungen nicht den heutigen Erfordernissen entsprechen, und zeitgemäße Personalunterkünfte fehlen.

Eine größere Zahl von Betten in Allgemein- und Fachkrankenhäusern ist mit Alterspflegekranken, sonstigen chronischen Kranken, Leichtkranken und Rekonvaleszenten belegt, die meist in einer anderen Einrichtung ebensogut oder besser versorgt wären. Der ungedeckte Bedarf an Betten für Akutkranke wird sich nicht unwesentlich verringern, falls die durch Pflegekranke belegten Betten freigemacht werden.

Viele kleinere Allgemeinkrankenhäuser sind in der baulichen Substanz noch gut und können für die stationäre Versorgung der Bevölkerung derzeit nicht entbehrt werden. Es muß angestrebt werden, sie, soweit möglich, in die künftige Versorgung einzubauen.

Nach den umfangreichen Vorarbeiten über die Entwicklung, den brauchbaren Bestand sowie den künftigen quantitativen und qualitativen Bedarf galt es Wege aufzuzeigen, wie das Ziel der Planung erreicht werden kann. Nach den Vorstellungen des Staatsministeriums des Innern soll die Krankenhausplanung die Voraussetzungen für eine nach Zweckbestimmung, Organisation, Räumlichkeiten und Ausstattung der Krankenhäuser optimale stationäre Versorgung der Bevölkerung schaffen. Die bestehenden Krankenhäuser sind demnach mit den neu zu errichtenden in ein medizinisch und wirtschaftlich sinnvoll abgestuftes System einzuordnen. Dabei ist von folgenden Erkenntnissen auszugehen:

Nachdem sich gezeigt hat, daß mittels eines lokalen Bettengewinns nicht allein oder zum mindesten nicht zweckmäßig die stationäre Krankenversorgung zu erreichen ist, sind örtliche Gesichtspunkte fachlichen Notwendigkeiten gegenüber hintanzustellen. Der wirkliche, nach Fachrichtungen differenzierte Bedarf ist örtlich meist nicht erkennbar. Er läßt sich erst aus überregionaler Sicht in genauer Kenntnis vom Bestand, von andernorts eingeleiteten Baumaßnahmen, von Vorplanungen oder sonstigen Anhaltspunkten für Verbesserungen festlegen.

Das Verhältnis der Zahl der Betten zur Einwohnerzahl kann ebensowenig wie etwa die Höhe der Baukosten des einzelnen Krankenhauses etwas darüber aussagen, ob die Versorgung gut oder schlecht ist.

Eine fortschrittliche Krankenhausversorgung setzt voraus, daß Krankenhäuser über spezialisiertes Personal und hochwertige Apparate und Einrichtungen verfügen. Daraus kann aber nicht abgeleitet werden, daß jedes Krankenhaus, ohne Rücksicht auf seine Funktion, personell und einrichtungsmäßig gleich ausgestattet sein müßte.

Die aus ärztlichen und wirtschaftlichen Gründen gebotene Mindestkapazität hochspezialisierter Krankenhäuser kann bei dauernd guter Belegung und angemessener Verweildauer nur erreicht werden, wenn die dazu erforderlichen Voraussetzungen überörtlich ge-

Bedarf an Planbetten		
1970		80 170
vorhandene Plan-		
betten 1963	65 450	
Planbetten im Bau	+ 9 580	
Planbetten, die zu er-		
setzen sind	— 7 880	
vom Bedarf her ent-		
behrliche, jedoch fach-		
lich gebundene Plan-		
betten	— 540	
Planbetten als Ausgangs-		
wert		66 610
<b>Defizit aus bald vorhan-</b>		
<b>denem, brauchbarem</b>		
<b>Planbettenbestand und</b>		
<b>Bedarf 1970</b>		<b>13 560</b>
Das tatsächliche Defizit von 13 560 Betten gliedert sich wie folgt auf:		
Planbettenbedarf		14 720
vom Bedarf her ent-		
behrliche, jedoch fach-		
lich gebundene Plan-		
betten	+ 540	
Planbetten im Bau	— 9 580	
<b>Neubedarf an Planbetten</b>		<b>5 680</b>
Gesamtbedarf		13 560
Neubedarf	— 5 680	
<b>Ersatzbedarf an Plan-</b>		<b>7 880</b>
<b>betten</b>		

schaffen werden. Nur Krankenhäuser, insbesondere Fachkrankenhäuser, die nach Standort und Größe einen großen Einzugsbereich erfassen, können Schwerpunkte bilden.

Der Kreis der stationär zu Behandelnden hat sich nicht nur bei den Schwerstkranken erweitert, sondern mindestens ebenso stark bei Leicht- und Chronischkranken. Verschiedene Faktoren, wie der moderne Lebensrhythmus und die gestiegene Lebenserwartung, haben dazu geführt, daß die Zahl dieser Kranken laufend zunimmt. Andere Faktoren bewirken, daß viele von ihnen auch stationäre Behandlung in Anspruch nehmen.

Die Qualität der Krankenhausversorgung hängt entscheidend davon ab, ob für die Versorgung ein nach Zweckbestimmung leistungsmäßig sinnvoll abgestuftes und sich ergänzendes Netz von Krankenhäusern vorhanden ist. Je besser es abgestuft und je mehr es aufgefächert ist, um so weniger Krankbetten werden benötigt und um so wirtschaftlicher ist die Leistung.

Ein so gestuftes System entspricht dem vom Bayerischen Landtag gegebenen Auftrag, die Krankenhäuser nach bestimmten Gesichtspunkten zu unterteilen.

Es wurde schon erwähnt, daß die Krankenhäuser eine gewisse funktionelle Abstufung erkennen lassen. Die angestrebten Funktionstypen entsprechen also einer natürlich gewachsenen Gliederung. Das erleichtert es, für die Planung bestimmte Typen nach diagnostischen und therapeutischen Zwecken festzulegen, den Bestand danach zu prüfen und einzuteilen und eine für das Ganze sinnvolle Ordnung aufzubauen. Was im Laufe der Zeit zum Bestand der Gegenwart gewachsen ist, darf dabei nicht außer acht gelassen werden und ist mit den sich für die Zukunft abzeichnenden Entwicklungen in Einklang zu bringen.

Die stationäre Versorgung der Bevölkerung soll auf Krankenhäusern folgender Zweckbestimmung aufbauen: Krankenhäuser, die der Grundversorgung, etwa auf Kreisebene, dienen, werden in der Regel die tragenden Fachrichtungen der allgemeinen Krankenversorgung, Chirurgie, Innere Krankheiten sowie Gynäkologie und Geburtshilfe umfassen. Auf Absonderungsmöglichkeiten für ansteckend Kranke und Krankheitsverdächtige kann verzichtet werden, wenn die Inanspruchnahme entsprechender überörtlicher Einrichtungen gesichert ist. In Grundkrankenhäusern muß stetige Dienstbereitschaft gewährleistet sein. Die Fachrichtungen Chirurgie und Innere Krankheiten sollen durch hauptamtliche Ärzte, die gynäkologisch-geburtshilflichen Betten können auch durch Belegärzte versorgt werden. Auch für weitere Fachrichtungen, wie für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, Augenkrankheiten, Urologie und Orthopädie, sollten am Ort niedergelassene Fachärzte die Möglichkeit erhalten, als Belegärzte tätig zu werden.

Auch aus Gründen der Wirtschaftlichkeit wird ein Krankenhaus der Grundversorgung im allgemeinen 150 Betten haben müssen. Nur in Ausnahmefällen, wenn die geographische Lage und die Verkehrsverhältnisse eine schnelle Versorgung in einem größeren Krankenhaus nicht zulassen, kann auch einmal ein Krankenhaus mit geringerer Bettenzahl Grundkrankenhaus sein.

Für den Standort gilt, daß das nächste Krankenhaus der Grundversorgung mit öffentlichen Verkehrsmitteln in der Regel in einer Stunde erreichbar sein soll.

Größere Krankenhäuser für die Hauptversorgung der Bevölkerung sind zunächst Grundkrankenhäuser für die nähere Umgebung. Sie verfügen aber außer den Grundfächern und einer Infektionsabteilung noch über weitere fachärztlich betreute Disziplinen, wie Abteilungen für Kinderheilkunde, Urologie, Orthopädie, Neurologie oder Haut- und Geschlechtskrankheiten. Sie dienen in der Regel überörtlichen Aufgaben. Diagnostisch und therapeutisch müssen sie hohen Anforderungen auf den wichtigsten Fachgebieten genügen. Die ärztliche Versorgung der Kranken obliegt hier in der Regel hauptamtlichen Ärzten, zumindest aber bei den Fachrichtungen Chirurgie, Innere Krankheiten, sowie Gynäkologie und Geburtshilfe. Krankenhäuser solcher Zweckbestimmung wird es in jedem Regierungsbezirk mehrere geben.

Zentral wird an einigen Orten, besonders in Städten mit Sitz einer Universität und in bestimmten Großstädten, in Krankenhäusern jede Möglichkeit diagnostischer und therapeutischer Hilfe auf allen medizinischen Fachgebieten geboten werden. Auch in den kleineren Fachgebieten sollen leitende Ärzte hauptamtlich tätig sein.

Ergänzt werden diese drei Grundtypen durch Fachkrankenhäuser mit meist überörtlicher Bedeutung.

Für die Entlastung der stationären Versorgung Akutkranker können Krankenhäuser dienen, die nach Bettenzahl, fachlicher Gliederung, personeller Besetzung und Organisation den Anforderungen an ein Krankenhaus anderer Funktion nicht entsprechen und sich auch für einen Ausbau dazu nicht eignen. Bei diesen Krankenhäusern, meist kleineren Allgemein-krankenanstalten, liegt gegenwärtig noch ein Teil der Grundversorgung. Ein Strukturwandel ist bei ihnen anzustreben, damit sie ihrer künftigen Zweckbestimmung gerecht werden können. Sie stehen weiter vor allem der Deckung des relativen Bettenbedarfs zur Verfügung. In ihnen sollen vorwiegend Kranke aufgenommen werden, bei denen mehr die Pflege und weniger die Behandlung den Aufenthalt notwendig machen. Zu denken ist hier an leichtere Krankheitsfälle, an Alters- und sonstige chronisch Pflegekranke oder an Rekonvaleszenten. Häusliche Pflege und hausärztliche Betreuung wären hier zwar ausreichend, scheitern jedoch nicht selten an sozialen Umständen.

Solchen Krankenhäusern der Entlastung könnte auch eine Station für Entbindungen, die aus irgendwelchen Gründen nicht häuslich vorgenommen werden, angegliedert sein. Allerdings müssen dann räumlich, einrichtungsmäßig und organisatorisch die krankenhaushygienischen Voraussetzungen erfüllt sein.

Die ärztliche Versorgung von Krankenhäusern der Entlastung richtet sich nach den jeweiligen Gegebenheiten, oft kann sie durch am Ort niedergelassene Ärzte wahrgenommen werden.

Eine Entlastung des Krankenhausbereichs bedeuten Pflegeabteilungen oder Pflegestationen für chronisch Kranke. Für die Angliederung solcher Pflegeeinheiten eignen sich vor allem größere Krankenhäuser, bei denen sich die Zweckentfremdung der Akutkrankenbetten immer wieder besonders nachteilig auswirkt. Wenn die Erfahrungen aus einigen Modellfällen dafür sprechen,

sollten Pflegeabteilungen und -stationen bei möglichst vielen dafür geeigneten Krankenhäusern eingerichtet werden.

In der für die stationäre Versorgung Akutkranker künftig erstrebten, nach Zweckbestimmung gestuften Ordnung wird es also zusammengefaßt geben:

- Krankenhäuser für die Grundversorgung
- Krankenhäuser für die Hauptversorgung
- Krankenhäuser für die Zentralversorgung
- Krankenhäuser der Ergänzung (Fachkrankenhäuser)
- Krankenhäuser der Entlastung (für Leichtkranke, Rekonvaleszenten und Pflegekranke).

In dem vorgesehenen System haben Krankenhäuser aller Größenklassen ihren Platz, auch kleinere Häuser, denen dann eine Art Filterwirkung für die größeren Krankenhäuser zukommt. Baulich und medizinisch-technisch soll jedes Krankenhaus seinem Zweck entsprechend gut ausgestattet sein.

Die Bezeichnungen für die Krankenhaustypen sind lediglich Arbeitsbegriffe, die Typen selbst das Gerüst im Rahmen der angestrebten Ordnung. Das einzelne Krankenhaus wird die Funktionsbezeichnung nicht führen. Die Einteilung nach Funktionstypen soll keine Wertung sein. Bei der Beurteilung eines Krankenhauses kommt es lediglich darauf an, ob es die ihm nach den räumlichen und personellen Verhältnissen und nach der Ausstattung gemäß in der Planung zugeordnete Aufgabe erfüllt. Ebensowenig kann eine wertende Einstufung der an den jeweiligen Krankenhäusern tätigen Ärzte abgeleitet werden. Auch bisher war nie eine Wertung damit verbunden, ob ein Arzt als Facharzt oder als Praktischer Arzt, als Arzt in einem größeren Krankenhaus oder in einem Haus mit geringerer Bettenzahl arbeitet. Nur die Tätigkeit des Arztes ist im Krankenhaus eine andere als in der freien Praxis, im Krankenhaus der einen Funktion verschieden von der Arbeit in einem Haus anderer Zweckbestimmung.

Medizinisch schafft ein nach Funktionen gestuftes Netz von Krankenhäusern die Voraussetzungen dafür, daß jeder Kranke in das Bett kommt, das für ihn nach der Art seines Leidens zweckmäßig ist. Allerdings wird es einer guten Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus und niedergelassenen Ärzten bedürfen, damit die Kranken möglichst von vorneherein in das richtige Krankenhaus eingewiesen werden.

Wirtschaftlich wird das vorgesehene System ebenfalls von Vorteil sein. Durch Entlastungsmaßnahmen werden in Schwerpunkten der Krankenhausversorgung teure Betten eingespart. Die durchschnittliche Verweildauer kann kürzer werden, die kostspieligen Einrichtungen werden besser genutzt. Auch der geminderte Bedarf an speziell ausgebildetem Personal wird sich kostensenkend auswirken.

Nach dem Auftrag des Bayerischen Landtags ist bei der Gesamtkrankenhausplanung auch Wert auf eine ausreichende Zahl von Pflegebetten zu legen. Das ist sachlich gerechtfertigt. Am Stichtag der Sondererhebung beanspruchten etwa 1200 Alterspflegekranke und 3600 sonstige Pflegekranke Betten in Krankenhäusern für Akutkranke.

Bei der stationären Versorgung der alten Kranken ist grundsätzlich zwischen akut erkrankten alten Leuten und ausgesprochenen Pflegefällen zu unterscheiden.

Akutkranke Ältere, die stationär zu versorgen sind, gehören auf jeden Fall in das Akutkrankenhaus.

Für eine zweckmäßige stationäre Versorgung von alten Kranken, die vorwiegend der Pflege bedürfen, wird vorgeschlagen:

Bestimmte Krankenhäuser, die für die stationäre Grundversorgung der Bevölkerung nicht geeignet, nach ihrer baulichen Substanz aber gut sind, einem Strukturwandel zu unterwerfen. Sie sollen die stationäre Versorgung von Pflege-, Leichtkranken und Rekonvaleszenten übernehmen. Solche Einrichtungen entlasten die Krankenhäuser der Grund-, Haupt- und Zentralversorgung sowie die Fachkrankenhäuser von Pflegekranken. Einem Alterskrankenhaus, das nur Alterspflegekranke aufnimmt, haftet zu leicht das Odium des Siechen- und Absterbehäuses an. Es dürfte sich auch nur unter Schwierigkeiten dafür gutes Pflegepersonal finden lassen.

In geeigneten Fällen Akutkrankenhaus und Pflegestation oder Akutkrankenhaus und Altenheim baulich und betrieblich zu verbinden. Eine solche Lösung ermöglicht eine intensivere ärztliche und pflegerische Betreuung. Sie kommt auch dem Bedürfnis des Alterspflegekranken, in der Nähe des Heimatortes zu bleiben und mit den Angehörigen und Bekannten mehr verbunden zu sein, entgegen.

Einen Teil der für allgemeine Krankenzwecke auf weitere Sicht nicht verwendbaren Krankenhäuser künftig als Altenheim mit Pflegestation zu nutzen. Dafür spricht, daß wegen des räumlichen und funktionellen Zusammenhangs der manchmal fließende Übergang zur Pflege und, bei Besserung des Zustandes, zum gemeinschaftlichen Leben im Heim wenig oder nicht in Erscheinung tritt. Der alte Mensch bleibt, auch wenn er vorübergehend oder dauernd pflegebedürftig geworden ist, in dem ihm meist besser zusagenden Milieu des Altenheimes „daheim“.

Im Rahmen des Landesaltenplanes auf die Gewinnung von Alterspflegeplätzen in Altenheimen besonderen Nachdruck zu legen.

Insbesondere sollten alle Maßnahmen, durch die Einrichtungen für die stationäre Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen entlastet werden, großzügig gefördert werden. Das gilt vor allem für die örtliche Hauspflege.

Die Meinungen darüber, wie viele Plätze in Altenheimen und Altenwohnheimen bereitzustellen sind, gehen auseinander. Dagegen stimmen die Schätzungen über den Bedarf an Alterspflegebetten weitgehend überein. Er wird auf 1,8 v. H. der über 65jährigen geschätzt. Daraus errechnet sich für

1963 ein Bedarf von 17 988,

1970 ein Bedarf von 19 840 Alterspflegebetten.

Genauere Zahlen über die Alterspflegebetten wird erst die in Zusammenhang mit dem Landesaltenplan eingeleitete Erhebung bringen. Als sicher darf gelten, daß der Bestand erheblich unter dem Bedarf liegt.

Die Verhältnisse im Krankenhauswesen wären in einer Planung nicht ausreichend angesprochen, wenn sie nicht auch die des Personals einbeziehen würde. Ohne genügendes und gutausgebildetes Personal kann auch das beste Krankenhaus seine Aufgabe nicht erfüllen. Bei den Vorschlägen zur Planung und deren

Verwirklichung war daher das Krankenhaus als Ausbildungsstätte zu berücksichtigen. Nach den jeweiligen Ausbildungsvorschriften ist es sogar verpflichtet, bei der Aus- und Weiterbildung mitzuwirken. Auch schon deshalb, weil die notwendigen Voraussetzungen nur im Krankenhaus gegeben sind.

Bei den Ärzten ist die Zulassung zum Studium, die Ausbildung zum bestallten Arzt und die Weiterbildung zum Facharzt im wesentlichen an die Tätigkeit in entsprechenden Krankenhäusern gebunden.

Die Ausbildung des Pflegepersonals ist ohne Krankenhaus gar nicht denkbar. Krankenpflegeschulen müssen daher geeigneten Krankenhäusern angegliedert werden. Eine umfassende Ausbildung in der Pflege ist, verbunden mit entsprechenden sozialen Leistungen, in der Regel in den Krankenhäusern der Zentral- und Hauptversorgung gewährleistet, aber auch Krankenhäuser der Grundversorgung können geeignet sein.

Kinderkrankenschwestern werden in Fachkrankenhäusern oder in Kinderabteilungen größerer Krankenhäuser ausgebildet. Auch die Ausbildung von Hebammen bleibt Fachkliniken vorbehalten.

Für leitende Pflegekräfte und Funktionsschwestern soll eine Ausbildungsstätte einem Zentralkrankenhaus angeschlossen werden.

Die Ausbildung der medizinisch-technischen Assistentin kommt als weitere Aufgabe dazu. Auch solche Schulen müssen Krankenhäusern, die über die vorgeschriebenen Voraussetzungen verfügen, angegliedert sein oder ihre Zusammenarbeit mit geeigneten Abteilungen anderer Krankenhäuser sichergestellt haben. Bei Zentralkrankenhäusern und auch bei entsprechenden Hauptkrankenhäusern wird das möglich sein.

Für die Schulen zur Ausbildung von Krankengymnasten, Masseuren und medizinischen Bademeistern sowie von Diätassistentinnen gilt ähnliches.

Am Ende der Ausführungen zur Krankenhausplanung als Fachplanung soll nicht verkannt werden, daß sie nur Zug um Zug verwirklicht werden kann und daß es auch künftig, über den gesetzten Zeitabschnitt hinaus, gilt, sie den jeweiligen Gegebenheiten entsprechend fortzuführen und anzupassen.

Dem Sinn des Landtagsbeschlusses vom 16. Mai 1961 gerecht werdend, glaube ich das Staatsministerium des Innern nicht darauf verzichten zu können, der Staatsregierung seine Vorstellungen über Wege und Möglichkeiten aufzuzeigen, um den Plan verwirklichen zu können. Die Denkschrift mußte daher auch konkrete Aussagen machen, nicht nur um klarzustellen, welche finanziellen Auswirkungen der Plan haben wird. Die ordnende Funktion, der sog. „goldene Zügel“ kann sich im Sinne der Planung nur auswirken, wenn die staatliche Förderung höher ist als bisher.

Nach der Planung gilt es künftig an Aufgaben zu verwirklichen:

1. Im Rahmen der vorgesehenen Funktionstypen sind neue Betten zu schaffen und ungeeignete zu ersetzen. Das soll in zehn Jahren erreicht werden. Dieser Zeitraum läßt sich in der Regel schon aus technischen Gründen nicht verkürzen. Gegen eine Verlängerung, wie sie aus fiskalischen Gründen gefordert wird, spricht auch, daß sich die Fortschritte der Medizin und der Technik über längere Zeit-

abschnitte nicht übersehen lassen. Als voraussichtliche Investitionskosten legte die Denkschrift einen durchschnittlichen Kostenaufwand von 60 000 DM je Planbett zugrunde. Im Ergebnis geht sie vom Förderungssatz in Höhe von 50 v. H. aus. Die Staatsbeihilfen würden sich demnach jährlich auf etwa 65 Millionen DM belaufen. Die Höhe der Staatsbeihilfen soll sich nach den funktionellen Qualitäten der geschaffenen Planbetten richten. Vorrangig soll der Bettenmangel beseitigt werden, Maßnahmen der Modernisierung und der Rationalisierung sollen in zweiter Linie gefördert werden. Die Voraussetzungen gelten für kommunale Krankenhäuser ebenso wie für freie gemeinnützige.

2. Die den einzelnen Krankenhäusern angegliederten Schulen für Krankenpflegepersonal und andere Heilhilfsberufe sollen ebenfalls eine staatliche Förderung erfahren. Die Aufwendungen dafür sind mit rd. 4 v. H. der Mittel für Krankenpflegeschulen anzusetzen. Überschlägig werden dafür 16 Millionen DM Förderungsmittel veranschlagt.
3. Durch eine ausreichende Zahl von Alterspflegebetten soll das System der Krankenhausversorgung ergänzt werden. Auf vier Altenbetten wird allgemein ein Alterspflegebett gerechnet. Für sie sollte eine zusätzliche Förderung im Rahmen des Landesplans für Altenhilfe vorgesehen werden. Der dafür erforderliche Betrag kann bei der Ermittlung des Finanzbedarfs für die Durchführung des Krankenhausplanes außer Betracht bleiben.
4. Die Krankenhausordnung, wie sie die Planung vorsieht, kann nur erreicht werden, wenn die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser gesichert ist. Die Krankenhäuser erhalten über die Pflegesätze nicht den vollen Ersatz ihrer eigenen Aufwendungen, die geltende Pflegesatzverordnung verweigert ihnen die Selbstkosten. Die Lösung dieser die Existenz des Krankenhauses berührende Frage kann nur in einem Pflegesatz gefunden werden, der die nach den anerkannten betriebswirtschaftlichen Grundsätzen errechneten Selbstkosten eines sparsam verwalteten, durchrationalisierten Krankenhauses ersetzt. Die höhere staatliche Investitionsförderung soll dazu dienen, die Höhe des Pflegesatzes in tragbaren Grenzen zu halten. Eine sinnvolle Krankenhausordnung läßt sich, ohne in die Autonomie des einzelnen Krankenhauses einzugreifen, nicht anders verwirklichen und erhalten. Jede andere Lösung, insbesondere die Übernahme der sog. Vorhaltungskosten, in denen auch Betriebskosten enthalten sind, würde auch nicht der gewachsenen Ordnung des deutschen Krankenhauses entsprechen.

Als Schlußbemerkung darf ich nochmals kurz zusammenfassen:

Ich habe mich bemüht, über die Krankenhausplanung das zu sagen, was mir in diesem Kreis bemerkenswert erschien. Die Probleme, deren das Krankenhaus so viele hat, konnte ich nur ansprechen, aber nicht erschöpfend behandeln. Eine vorausschauende Planung, verbunden mit allmählicher Anpassung an die ständigen Veränderungen, war lange Zeit nicht möglich. In den vergangenen Jahren kam es vor allem darauf an, den dringenden Bedarf an stationärer Versorgung einer zu plötzlich gewachsenen Bevölkerung trotz der Folgen

des Krieges zu befriedigen und so viele Krankenbetten wie möglich bereitzustellen. Die inzwischen eingetretene Stabilisierung erlaubt und gebietet, das Krankenhauswesen den neuen medizinischen, technischen und auch betriebswissenschaftlichen Verhältnissen anzugleichen. Überhaupt ist die überregionale Krankenhausplanung ein neues und selbständiges Wissensgebiet geworden. Der der Bayerischen Staatsregierung vorgelegte Krankenhausplan unterscheidet sich von früheren anderer Länder dadurch, daß er, meines Wissens zum ersten Male, die analytische Bettenbedarfsermittlung zugrunde legt, vom Fachbettenbedarf ausgeht und das einzelne Krankenhaus in den sozio-ökonomischen Raum der Landesplanung hineinstellt. Nach dem derzeitigen Stand der Kenntnisse kann, aufbauend auf der vorgegebenen Entwicklung, mit der Verwirklichung des Planes eine bestmögliche Krankenversorgung sichergestellt und die Voraussetzung dafür geschaffen werden, daß das richtige Krankenbett am richtigen Ort steht. Wie jede Planung auf dem Gebiete des Gesundheitswesens, wird auch der Krankenhausplan ein fortlaufender Prozeß

sein. Die Dotationsentscheidung bürdet dem Staat die Verantwortung dafür auf, daß Investitionen zu einer richtigen Einordnung des einzelnen Krankenhauses in das Netz der stationären Krankenversorgung führen.

Eine behördliche Planung kann jedoch keine Alleinentscheidungen treffen. Sie ist weitgehend von der Initiative des Krankenhausträgers abhängig. Sie bedarf darüber hinaus auch des Verständnisses und der Mitarbeit aller am Krankenhaus Beteiligten. Und wenn ich mit meinen Ausführungen Ihre Aufmerksamkeit vielleicht über Gebühr in Anspruch genommen habe, so deshalb, weil es mir wichtig erscheint, Sie als einweisende Ärzte, als Krankenhausärzte oder als Berater von Krankenhausträgern, mit den vom Staatsministerium des Innern entwickelten Grundvorstellungen bekanntzumachen und Sie um Ihre Mitarbeit zu bitten. Auch für die, die an der Ordnung des Krankenhauswesens mitwirken, soll der alte ärztliche Grundsatz gelten:

Salus aegroti, suprema lex.

## Aussprache zum Krankenhausplan

Dr. S a n n : Ich habe mit großer Freude und Genugtuung heute miterlebt, wie die Krankenhausplanung, die bei der Sitzung des Krankenhausausschusses im Februar 1964 für uns gewissermaßen noch in den Kinderschuhen steckte, sich heute zu einer vollkommenen Planung entwickelt hat, wie sie eben von Herrn Ministerialrat Dr. H e i n vorgetragen wurde. Wenn man die Fülle der Probleme, die sich dabei stellen, übersieht und auch bedenkt, daß auch wir in Deutschland beginnen, langsam unser altes System des Krankenwesens bezüglich der ärztlichen Einteilung zu wandeln, dann versteht man erst, welche Bedeutung es hat, daß die Bayerische Staatsregierung einen Vorschlag macht, der nicht auf ganz starre Formen abzielt, daß auch der Belegarzt — und das werden sehr viele von Ihnen angenehm empfunden haben — in der neuen Planung seinen Platz finden muß und finden soll.

Ich glaube, daß gerade hier bei den Grundkrankenhäusern, die ja die häufigsten im Lande sein werden, besonders die Belegärzte entsprechend beteiligt werden müssen. Das wird auch immer wieder wechseln. Es kommt immer auf den einzelnen Arzt an. Ich will gar nicht die Gründe untersuchen, die zum Zulauf zu dem betreffenden Krankenhaus führen. Meistens ist es die eine oder andere Arztpersönlichkeit, die einen Sog auf die Bevölkerung ausübt. Das wird sich natürlich in einem Menschenalter immer wieder ändern müssen. Infolgedessen muß das Ganze flexibel sein.

Ich glaube, dieser Plan ist so ausgezeichnet auf diese Frage abgestellt, daß wir Ärzte alle Ursache haben, ihm aus vollem Herzen zuzustimmen. Ich darf bei dieser Gelegenheit noch an den Herrn Ministerialrat Dr. H e i n die Frage richten, ob die Raumplanung sich nur auf Bayern erstreckt, oder ob auch die benachbarten Länder einbezogen werden sollen.

Dr. B r e i d e n b a c h : Ich möchte dem Bayerischen Staatsministerium des Innern, ebenso Herrn Kollegen H e i n und auch schließlich dem Krankenhausausschuß recht herzlich für diese Krankenhausplanung danken.

Wir begrüßen es sehr, daß der Staat auf seinem Sektor zu einer vernunftgemäßen Planung der Krankenhausverteilung im Lande nunmehr energische Anstrengungen macht. Es schien uns das schon lange notwendig. Welche Schwierigkeiten diesem Plan entgegenstehen werden, wissen wir so gut wie das Ministerium auch.

Hier im Rahmen des Bayerischen Ärztetages darf aber auf keinen Fall die ärztliche Privatheilanstalt, die ärztliche private Krankenanstalt vergessen werden. Es entspricht nun einmal dem Wesen der Dinge, daß wir Ärzte unsere eigene Anstalt auch bedacht wissen wollen. Wenn nun die kostendeckenden Pflegesätze wirklich kommen, so benötigen wir vielleicht nicht unbedingt eine allzu große Hilfe durch den Staat. Wir sind es gewöhnt, unseren Problemen selbst zu Leibe zu gehen. Aber ich befürchte, daß da ganz ungeheuerliche Widerstände auftreten werden, daß also diese Forderung noch auf lange Sicht nicht erfüllt werden können wird. So begrüßen wir denn auch die Beihilfen, die der Staat gibt. Hier wollen wir nur darum bitten, daß die ärztlichen Privatanstalten nicht etwa vergessen werden, wenn die Beihilfebestimmungen herauskommen.

Ich glaube, daß diese Beihilfen für uns, vor allem bei der Modernisierung, unbedingt notwendig sind. Ich bitte Sie darum, möglichst großzügig auch die ärztlichen Anstalten zu bedenken.

Wir sehen durchaus ein, daß religiöse Körperschaften auf Grund der Historie Krankenhäuser gründen und unterhalten. Wir sehen dies auch ein für Gemeinden. Aber wir stehen letztlich auf dem Standpunkt: Zu allerletzt ist das auch eine ärztliche Aufgabe, und auf keinen Fall dürfen die ärztlichen Anstalten erliegen. Wir fordern, daß unsere Existenz unter allen Umständen aufrechterhalten wird und daß unsere Krankenhäuser, die von Ärzten betrieben, von Ärzten besessen, von Ärzten geführt und nur nach ärztlichen Gesichtspunkten geleitet werden, weiterhin existent bleiben können. Ich habe einmal in Bonn gesagt: Was

würde wohl passieren, wenn die Klosterfrauen gemeinnützig das Rasieren anfangen würden?“ Ich glaube nicht, daß die Friseure dieses ohne weiteres hinnehmen würden.

Wir Ärzte sind nie radikal gewesen. *Salus aegroti prima lex*. Wir wollen aber flexibel bleiben. Dafür gibt es auch eine ganze Reihe von Gründen. Wir sind ein sehr wichtiges Korrektiv. Das haben wir in bösen, zurückliegenden Zeiten gesehen. Wir wollen hoffen, daß diese Zeiten nicht wieder kommen. Ich weiß sehr wohl, daß politisch verfolgte Leute in den Zeiten des Dritten Reiches aus staatlichen und städtischen Kliniken abgewiesen worden sind und ihre Unterkunft nur in privaten Kliniken finden konnten. Wir haben damals immer den Standpunkt vertreten, daß nur das Ärztliche Gültigkeit für alle Patienten haben kann, gleichgültig selbst dann, wenn etwa der Betreffende ein Mörder oder der derzeitigen Staatsregierung *Persona ingrata* sei.

Schon aus diesem einen Grund haben wir unsere Existenzberechtigung, aber außerdem noch aus vielen anderen Gründen. Wir Ärzte sind alle Individualisten. Es wird sogar unter uns immer Außenseiter geben, die irgendwelche Heilmethoden anzuwenden wünschen, vielleicht sogar einseitig, die sich später als Segen für die Gesamtheit und die Patienten auswirken, die dies im Rahmen eines Untergebenenverhältnisses aber gar nicht praktizieren können. Das gleiche gilt für die Belegärzte. Gewiß, die Belegärzte sind im Plan genannt worden. Das war uns allgemein eine große Freude. Aber solange wir mehr Fachärzte ausbilden, als an Krankenhäusern untergebracht werden können, sind die Belegarztbetten von entscheidender Wichtigkeit. Ein großer Teil der Belegärzte, zumindest in der Stadt München, ist nur durch die privaten Krankenanstalten überhaupt existenzfähig. Denn was ist ein Chirurg, wenn er den Facharztstitel hat, und nicht operieren kann, wenn er keine stationäre Belegmöglichkeit hat? Er hat dann eben seinen Facharztstitel als Epitheton ornans und ist in Wirklichkeit auch nur ein Praktischer Arzt.

Alle diese Dinge wollte ich nochmals vortragen, damit ja nicht vergessen werde, daran zu denken, daß die Ärzte weiterhin die Möglichkeit haben, ihre eigenen Anstalten zu unterhalten.

Dr. Henkel: In meinem Landkreis wird ein neues Kreis Krankenhaus gebaut mit etwa 200 und in der Endstufe mit 400 Betten. Wir freuen uns alle sehr herzlich über diese Planung und darüber, daß das Krankenhaus gebaut wird. Der Referent sprach von kostendeckenden Pflegesätzen. Wenn diese aber nun nicht kommen, was wird dann unser Kreis tun? Da fürchten wir, wir niedergelassenen Fachärzte, daß es zwangsläufig zu einer Ausweitung der inneren und der chirurgischen Ambulanz kommt, die mit hauptamtlichen Chefärzten besetzt wird. Das erfüllt uns doch mit Sorge; denn die frei niedergelassenen Fachärzte haben ja keine Möglichkeit — was eben Herr Kollege Breidenbach auch angedeutet hat —, in dieses Krankenhaus als Belegarzt hineinzukommen. Federführend sind wir niedergelassenen Ärzte nicht.

Dr. Soenning: Gestatten Sie mir nach diesen ausführlichen Darlegungen des Herrn Kollegen Dr. Hein einige grundsätzliche Bemerkungen. Wir ärzt-



## HAEMOSTYPTICUM Revici

**bei allen Blutungen, Schock  
und traumatischen Schmerzen**

HAEMOSTYPTICUM-REVICI bewirkt infolge seiner neuartigen Eigenschaften eine saftartige Normalisierung im verletzten Gewebe nach operativen Eingriffen, bei Lungen- und Magenblutungen, bei Nieren-, Blasen- oder Darmblutungen jeder Genese, Netzhautblutungen, gynökologischen Blutungen, Blutergüssen, Sportverletzungen, bei Unfällen im Betrieb, im Straßenverkehr und zur Prophylaxe.

6 Stück Revici-Kapseln . . . . .	DM 3,35
20 ccm Revici-Oral . . . . .	DM 1,45
3x5 ccm Revici-Ampullen . . . . .	DM 5,90
Klinikpackungen	

Bestellschein

Schrifttum und Muster von HAEMOSTYPTICUM-REVICI erbeten

(bitte persönliche Unterschrift und Stempel des Arztes)

BA

**SCHWARZHAUPT · KÖLN**

lichen Abgeordneten und wir vom Landesgesundheitsrat freuen uns selbstverständlich, daß die Bayerische Staatsregierung diesen Plan ausgearbeitet hat, damit wir endlich verbindliche Richtlinien für die kommenden Arbeiten in der Krankenhausförderung haben. Damit möchte ich andeuten, daß man in den vergangenen Jahren sehr viel Krankenhäuser gebaut hat und daß man auch nicht planlos baute. Ich kann mit Befriedigung feststellen, daß alle diese Überlegungen, die heute aufgezeigt worden sind, eigentlich schon seit Jahr und Tag bei der Begutachtung und Befürwortung für Förderungsmittel angewandt worden sind. Das A und O dieses ganzen Planes, wie es angedeutet worden ist, hängt davon ab, wieviel Förderungsmittel vom Staat zur Verfügung gestellt werden.

Es hat Herr Dr. Hein schon angedeutet: Der Staat hat auf Grund der jetzigen Gesetze und der Verfassung keine Möglichkeit, von sich aus die Kommunen oder andere Krankenhausträger zu beeinflussen, sich so oder so zu verhalten. Er hat nur über den sogenannten „goldenen Zügel“ die Möglichkeit einzuwirken. Insofern sehe ich auf Grund der letzten Informationen, die ich bekommen habe, etwas schwarz, ob nicht der ganze Krankenhausplan auf dem Papier steht, wenn es nicht gelingt, die entsprechenden Förderungsmittel zu bekommen. Ich glaube, meine Sorgen sind nicht ganz unbegründet.

Seit dem Jahre 1957, seitdem die Krankenhausförderung zu einer Art Schwerpunkt in der Bayerischen Staatsregierung geworden ist, haben die Kommunen — und das muß man lobend erwähnen — mehr als eine halbe Milliarde DM in Bayern in die Krankenhäuser investiert. In derselben Zeit, also seit jetzt acht Jahren, hat der Bayerische Staat ca. 180 Millionen DM Förderungsmittel gegeben. In acht Jahren: 180 Millionen DM! Jetzt ist geplant, in den nächsten zehn Jahren 650 Millionen DM zur Verfügung zu stellen. Ich frage mich, ob es möglich ist, diese enormen Summen in den kommenden Staatshaushalten unterzubringen. Es ist das A und O der gesamten Krankenhausplanung, daß es uns gelingt, die Zuschüsse entsprechend zu erhöhen.

Nicht umsonst hat der Herr Innenminister bei der Eröffnung des Ärztetages den Appell an die ärztlichen Abgeordneten gerichtet, mitzuwirken, für diesen wichtigen Zweck auch im Staatshaushalt die entsprechenden Mittel unterzubringen. Es wurde viel gebaut und nicht planlos. Es wurde sicher mit guten Plänen gebaut. Es gibt kaum ein Krankenhaus, bei dem die Mittel falsch investiert worden wären. Sie wissen selbst, wie es nach dem Zusammenbruch gewesen ist. Erst mußten da und dort die Krankenbetten geschaffen werden. Für uns wäre jetzt wichtig — und deshalb sitzen wir hier —, uns hundertprozentig für den Plan einzusetzen, damit wir ein Votum des Landtags bekommen, sich hinter diese Richtlinien zu stellen, damit wir draußen bei den Arbeiten im Krankenhauswesen auch die entsprechende Rückendeckung haben.

Dr. M ö ß m e r : Auf die ausgezeichneten Ausführungen von Herrn Kollegen Ministerialrat Dr. Hein und die Beweglichkeit der Krankenhausplanung, die vorgesehen ist, wurde wiederholt hingewiesen. Ich wollte noch einmal auf die wirtschaftliche Frage eingehen, und zwar im Anschluß an die Ausführungen des Herrn

Kollegen Breidenbach. Bei der wirtschaftlichen Aufmachung unterscheidet man zwischen der Herstellung der Krankenhäuser, der Krankenhausbetten und der laufenden Kosten für die Unterhaltung des Krankenhauses, also die Betriebskosten. Ich habe von Herrn Ministerialrat Dr. Hein mit Freude gehört, daß die Erstellung von Krankenhausbetten bis zu 50% vom Staat getragen werden soll. Die Frage ist aber, wie steht es mit den Betriebskosten? Wir haben zweierlei Krankenhäuser. Die einen sind staatliche oder im wesentlichen kommunale Krankenhäuser, und die anderen sind private Krankenhäuser, Privatkliniken oder karitative Krankenhäuser. Die einen Krankenhäuser decken ihr Defizit — unabhängig von der Höhe — durch öffentliche Einnahmen; das sind die öffentlichen und die staatlichen Krankenhäuser. Die anderen haben keine Möglichkeit, ein solches Defizit zu decken, so daß sie selbstverständlich gezwungen sind, wirtschaftlicher, aber auch nicht schlechter zu arbeiten. Es erhebt sich nun die Frage, ob dieser Zustand auf die Dauer beibehalten werden soll. Nehmen wir einmal einen Landkreis: Die Patienten, die das Krankenhaus besuchen, das keine Zuschüsse erhält, müssen das Defizit des anderen Krankenhauses, das Zuschüsse erhält, die unter Umständen außerordentlich hoch sind, mitbezahlen. Da erinnere ich an das Privatschulgesetz. Im Privatschulgesetz ist es so, daß die Privatschulen einen Zuschuß vom Staat für die Erhaltung ihrer Privatschulen erhalten. Wenn wir also keine kostendeckenden Krankenpflegesätze erhalten — und Herr Ministerialrat Hein hat angeführt, daß nicht zu erwarten sei, daß die Pflegesätze kostendeckend werden —, ist zu fragen, wer nun im Grunde eigentlich die zusätzlichen Kosten der Krankenhäuser deckt, die bisher keine Zuschußmöglichkeiten hatten. Ich wollte Herrn Ministerialrat Hein fragen, ob sich von der Staatsregierung aus hier Aspekte und Überlegungen anbieten, die zu einem vernünftigen, gerechten und der Sache entsprechenden Verhältnis führen. Ich möchte noch anführen, daß ein gesunder Wettbewerb zwischen den verschiedenen Krankenhäusern durchaus zweckmäßig ist. Es wäre aber nicht zweckmäßig, dieses gegenseitige Verhältnis zu verschieben, indem man die finanziellen Mittel in entscheidendem Maße auf der einen Seite einsetzt, sie aber auf der anderen Seite nicht hat.

Dr. Dr. v. G u g e l : Jeder Plan hat etwas Gefährliches an sich. Denn planen kann man an sich nur in einem überschaubaren technischen Rahmen. Meiner Ansicht nach ist dieser Krankenhausplan in seinen Zentren in den Ballungsräumen und mit Einrichtungen, die dann immer kleiner werden, je weiter sie von den Ballungsräumen entfernt sind, sehr schön, wenn man an ewige Friedenszeiten denkt. Aber wir haben schon einmal die Erfahrung gemacht, daß in entscheidenden Augenblicken, in denen das Gesundheitswesen für jeden Menschen im Lande eine Bedeutung gewinnt, die Häufung von Krankenhäusern in Ballungsräumen plötzlich illusorisch werden kann. Man sollte daher bei der Krankenhausplanung deshalb auch ein bißchen an den echten Katastrophenfall denken. Ich verstehe nicht, warum man unbedingt die orthopädische Klinik dort haben muß, wo sich viele Leute zusammenfinden. Ist es denn notwendig, daß jemand ausgerechnet in der Großstadt, die am gefährdetsten ist, drei Monate lang im Beckengips liegt? Sollte man nicht auch die Dis-

ziplin einmal durchdenken und sich fragen, was wirklich in die Ballungsräume gehört und was man von vornherein in geschützteren Bereichen unterbringen kann?

**Präsident:** Vielen Dank, Herr Kollege von Gugel. Sie haben damit ein Thema angesprochen, das uns zunehmend Sorgen bereitet, das zwar nicht speziell die Krankenhausfragen betrifft, sondern überhaupt die Fragen des zivilen Bevölkerungsschutzes. Damit wird sich die Ärzteschaft in der nächsten Zeit einmal sehr eingehend befassen müssen.

**Dr. Baumgartner:** Ich weiß, daß ich mich wohl etwas im Widerspruch zu Herrn Kollegen Soennig befinde, wenn ich sage, daß die kostendeckenden Sätze, so wie sie gedacht sind, nicht unbedingt notwendig sind. Ich habe den Eindruck: Wenn kostendeckende Sätze verlangt und gegeben werden, daß die Krankenkassen dann teilweise überfordert sind. Wenn die Krankenkassen überfordert werden — ich bitte, mich darüber aufzuklären, wenn ich falsch beurteile —, dann geht es an dem, was die KV bekommt, und an dem, was wir Ärzte leisten, wieder ab. Ich nehme zum Beispiel den Fall Ingolstadt:

Das städtische Krankenhaus Ingolstadt, in dem ich arbeite, hat 520 Betten. Nun wurde in Ingolstadt ein neues Stadttheater gebaut. Es kostete etwa 25 Millionen DM. Es sollte auch ein Zentralkrankenhaus gebaut werden, ein Mammutkrankenhaus, ein Stadt- und Kreiskrankenhaus. Die Stadt hat aber erklärt, sie sei im Augenblick nicht in der Lage, in den nächsten sieben oder acht Jahren ein neues Krankenhaus zu erstellen. Infolgedessen hat der Landkreis den Beschluß gefaßt: Es solle das Kreiskrankenhaus, das bisher 150 Betten hatte, erweitert werden. Es ist eine gewisse Spaltung vorhanden, es ist keine Einheitlichkeit mehr da. Wenn nun Stadtverwaltung und Landkreis nebeneinander regieren, kommt nichts Zentrales zustande. Was die kostendeckenden Sätze betrifft, so ist es eine echte Aufgabe der Gemeinden — genauso wie sie für die Schulen aufkommen —, auch für das Defizit eines städtischen Krankenhauses aufzukommen. Macht ein solches Defizit 500 000 oder 600 000 DM aus, so wird im Stadtrat darüber gar nicht gesprochen. Es wird ohne weiteres genehmigt. Andererseits stehe ich nicht an, zu sagen, daß von seiten des Staates die Privatkliniken, die nichtkostendeckende Sätze haben, tatkräftig unterstützt werden müssen; denn sonst können sie mit den städtischen Krankenanstalten und mit den staatlichen Kliniken überhaupt nicht mehr konkurrieren.

**Dr. Osehmänn:** Im Anschluß an die Ausführungen des Herrn Kollegen v. Gugel möchte ich nur noch eine Frage stellen: Warum macht man bei den vielen Neubauten, die jetzt entstehen, nicht die Auflage, daß eine gewisse Bettenzahl unter der Erde vorgesehen werden muß? Denn wir haben sehr schöne Glaspaläste, sollte es aber zu einem Katastrophenfall kommen, sind diese leider sofort dahin.

**Professor Dr. Vogt:** Im großen und ganzen decken sich die Ausführungen, die Herr Ministerialrat Dr. Hein gemacht hat, durchaus mit meinen Vorstellungen auch bezüglich der Kinderheilkunde. Ich möchte aber doch zu bedenken geben, ob es nicht zweckmäßig wäre, auch im Rahmen der Grundkrankenhäuser kleine

Kinderabteilungen vorzusehen. Es gibt zweifellos eine ganze Reihe von solchen Krankenhäusern, die zur Zeit durch Belegärzte versorgt werden, die ganz ausgezeichnet funktionieren. Ich denke zum Beispiel an das Krankenhaus in Weißenburg, das ich selbst ganz gut kenne. Dort hat eine frühere Kollegin von uns, Frau Dr. Böhm, Belegbetten. So gibt es eine ganze Reihe von Häusern in ganz Bayern, in denen die Verhältnisse wirklich sehr gut sind. Es ist gerade für das kranke Kind eine gewisse Notwendigkeit, in nicht allzu weiter Entfernung von der Familie, insbesondere von der Mutter, untergebracht zu werden. Sie wissen, daß vielfach die Bemühungen dahin gehen, die Mütter selbst im Rahmen der Krankenhauspflege mehr einzusetzen.

Es sind auch Bemühungen im Gange, die Mütter in geeigneten Fällen zum Teil mit aufzunehmen, um die Trennung zwischen Mutter und Kind nicht zu sehr ins Gewicht fallen zu lassen. Wenn man diese Dinge berücksichtigt, müßte man aber doch neben den großen Krankenhäusern, die für die Kinder zweifellos notwendig sind, auch die kleineren Abteilungen, jedenfalls dort, wo sie vorhanden sind, weiterhin unterstützen. Man müßte vielleicht bei den Grundkrankenhäusern, je nach der Lage und dem Einzugsgebiet, das sie haben, die kleineren Abteilungen vorsehen. Dazu kommt, daß auch das Neugeborene überall dort, wo Entbindungsanstalten vorhanden sind, vom Pädialer betreut werden sollte. Der Belegarzt, der dort mit eingreifen kann, ist also auf jeden Fall notwendig, und dann wird es jedenfalls gut sein, wenn er selbst einige Betten für kranke Kinder hat.

**Dr. Soennig:** Zunächst ein Wort zu den Ausführungen von Herrn Dr. von Gugel. Was er gesagt hat, unterstreiche ich absolut. Aber ich möchte feststellen, daß sich mit diesem Thema der Zusammenarbeit der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums mit dem Katastrophendienst und der Bundeswehr der Bayerische Landesgesundheitsrat schon vor Jahren sehr stark beschäftigt hat. Ich muß leider feststellen, daß eine Basis einer echten Zusammenarbeit mir bisher noch nicht bekanntgeworden ist. Auch der Landesgesundheitsrat hat bei seinen Beratungen zur Krankenhausplanung folgenden Beschluß gefaßt:

„Durch eine intensive Zusammenarbeit mit den Trägern der Sozialversicherung, mit der Bundeswehr und dem zivilen Bevölkerungsschutz soll erreicht werden, daß alle Vorhaben auf dem Gebiete des Krankenhauswesens und der Ausbildung von Krankenhauspflegepersonal sowie der Heilberufe koordiniert werden.“

Wir haben uns vom Landesgesundheitsrat aus sogar des öfteren mit Sanitätsoffizieren im bayerischen Bereich getroffen und haben versucht, einen Weg zu finden. Auch ich möchte feststellen, daß dringend eine Verbesserung der Zusammenarbeit notwendig ist. Auf diese Art und Weise könnten wir wahrscheinlich außerordentlich viel Geld und Arbeit sparen.

Jetzt zum Einwand von Dr. Baumgartner, der meint, meine Ansicht zu den kostendeckenden Pflegesätzen sei falsch. Da möchte ich nur einige Zahlen nennen: Seit 1957 haben allein die bayerischen Gemeinden auf Grund einer Aufstellung — ich glaube des Innenministeriums — über eine halbe Milliarde Mark an Zu-

schüssen wegen der zu niedrigen Pflegesätze bezahlen müssen. Wenn Sie sich überlegen, daß in derselben Zeit die Gemeinden eine halbe Milliarde DM für den Krankenhausbau hineingesteckt haben, kann man ungefähr feststellen, welche Belastung das für die Gemeinden ist. Bei den Kommunen kann man es insofern vielleicht noch verantworten, weil sie öffentliche Mittel zur Verfügung haben. Aber wir haben in Bayern 22,9% freigemeinnützige Krankenhäuser, wir haben 11,4% private Krankenhäuser, die ebenfalls eine wichtige Aufgabe auf diesem Gebiet zu erfüllen haben. Diese Krankenhäuser haben keine Möglichkeit, irgendwie eine Steuerquelle anzuzapfen. Nach all dem ergibt sich die dringende Notwendigkeit, daß wir diese Krankenhäuser, die eh und je und auch in Zukunft eine große Aufgabe zu erfüllen haben, in der Beziehung nicht hängenlassen.

Auf das Problem der kostendeckenden Pflegesätze will ich nicht näher eingehen, vor allem, ob sie der Krankenkasse zumutbar sind. Mit diesem Problem haben sich schon seit Jahren die Deutsche und auch die Bayerische Krankenhausgesellschaft sehr intensiv befaßt. Sie sind zu der Feststellung gekommen, daß vor der Neuregelung, der Erhöhung der Versicherungsgrenze, kostendeckende Pflegesätze möglich gewesen wären, wenn man 0,36% des gesamten Beitragsaufkommens für die Krankenkassen in Anspruch nehmen würde. Bei der Erhöhung der Pflichtgrenze wird sogar nur ein Betrag von 0,25% angenommen. Ich meine, darüber kann man streiten, wie hoch das sein soll. Aber es ist einfach ein unmöglicher Zustand, wenn man diejenigen, die keine staatlichen Steuerquellen hinter sich haben und die auf diesem Gebiet Enormes geleistet haben, einfach hängenläßt. Irgendwie muß eine Regelung getroffen werden, wer diese Zuschüsse bezahlt. Ich glaube, daß es möglich ist, den Krankenkassen, wenn die Dinge vernünftig gemacht werden, diese Auslagen zuzumuten. Sonst — da gebe ich allen anderen recht — brauchen wir mit Krankenhausplanung gar nicht anzufangen. Die Defizite sind heute derart groß, es ist ein Faß ohne Boden! Sehen Sie die Verhältnisse in München an. Dort rechnet man heute schon pro Tag — genau habe ich es jetzt nicht im Kopf — mit einem Zuschuß von 8 bis 10 Mark. Das ist ein ganz unmöglicher Zustand. Wenn schon die Krankenkasse den Auftrag gibt, daß der Patient im Krankenhaus behandelt wird, müssen mindestens die Kosten ersetzt werden, die der Patient macht. Das ist eine Forderung, die absolut recht und billig ist.

Dr. Kammerer: Bei der großen Ausweitung der Krankenhausbauten, die man allenthalben beobachten kann, habe ich ein Bedenken, das vielleicht in Anbetracht der Bemerkungen, die in der letzten halben Stunde gefallen sind, etwas kleinlich scheint. Aber wir müssen wohl auch etwas daran denken. Es war schon so, als ich ein junger Assistent war, vor über 35 Jahren, daß doch auch etwas der Gedanke mitschwingt, daß die Betten auch besetzt sein sollen. Man kann verschiedentlich beobachten, daß die Verweildauer in den Krankenhäusern in den letzten Jahren erheblich zugenommen hat. Man hat manchmal den Eindruck, daß eine Entlassung vielleicht doch auch früher ausgesprochen werden könnte. Es ist ganz einfach: Diejenigen, die die großen Kosten für die Verpflegungssätze zahlen müssen, sind die Kranken-

kassen. Die niedergelassenen Ärzte sind daran interessiert, daß die Kasse leistungsfähig ist und daß Gelder eingespart werden, die vielleicht eingespart werden könnten.

### Schlußwort Dr. Hein

Es ist klar, daß ich bei dem Zeitdruck, unter dem ich die Dinge vorgetragen habe, nicht alles ausführlich ansprechen konnte. Ich habe mich natürlich in erster Linie auf den Krankenhausplan als Fachplan beschränkt. Über die wirtschaftlichen Dinge möchte ich auch jetzt als Zweites sprechen.

Die Planung wird sich auf das Land Bayern beschränken. Daß natürlich an den Ländergrenzen, wo es ineinandergeht, Sonderregelungen getroffen werden müssen, ist verständlich. Wir haben jetzt den praktischen Fall Ulm, Neu-Ulm, Weißenhorn.

Herr Kollege von Gugel hat von den Krankenhäusern in den Ballungsräumen gesprochen. Dieser Grundplan, den wir erstellt haben, ist natürlich zunächst einmal für die normale Zeit und nicht für Krisenzeiten erstellt. Das andere ist eine Sache der Notstandsplanung. Sie wissen, daß diese Dinge sehr schwierig sind, weil noch jede gesetzliche Grundlage fehlt. Ich möchte nicht auf diese Modelle eingehen, die schon gebaut werden, auf die unterirdischen Betten usw. Das kostet alles enorm viel Geld, wer soll das bezahlen? Das kann man kaum einem Träger zumuten, es wäre eine Sache, die nur vom Bund bezahlt werden kann.

Sie haben das Fach Orthopädie angesprochen, den Patienten, der mit seinem Gehgips in München liegt. Unser Plan sieht vor, daß um die Zentralkrankenhäuser und um die Hauptkrankenhäuser auch noch Filterkrankenhäuser sind. In München gibt es Regelungen, wo auch die Kassen mitgemacht haben, daß z. B. dann, wenn einer länger als 14 Tage im Krankenhaus liegt, die Transportkosten in ein Krankenhaus weiter draußen, das viel billiger ist, übernommen werden. So könnte ich mir das vorstellen. Das ist eine Sache, die etwas in die Zukunft geht, und wir müssen auch hier noch nach den Regelungen suchen. Wir können ja den Patienten nicht zwangsweise hinbringen. Wir wollen alles vermeiden, was zu dem Begriff „Krankenhaus als Gesundheitsfabrik“ führen würde.

Wenn von Ingolstadt gesprochen wurde, so ist zu sagen, daß Ingolstadt ein Raum ist, in dem sich in der Zukunft allerhand tut. Die Bevölkerung nimmt, glaube ich, im Jahr um 2000 bis 3000 Leute zu. Dort sieht man noch keine Entwicklung. Wenn der Landkreis sich jetzt bereit erklärt hat, sein Krankenhaus für die Zwischenzeit als Übergangslösung für eine gemeinsame Krankenhausplanung zur Verfügung zu stellen, so paßt das durchaus in die Planung.

Zu den Privatkrankenhäusern ist klar, daß sie ebenfalls in die Krankenhausplanung passen. Wir haben auch in der Vergangenheit private Anstalten, und zwar bei der Neuerrichtung, beim Bettengewinn, entsprechend gefördert. Die Beihilfen für die Modernisierung wurden im Rahmen eines Bundesprogramms gegeben. Wir müssen uns vor allem darauf beschränken, den akuten Mangel abzustellen. Herr Kollege Dr. Soenning hat seine Skepsis geäußert. Die Staatsregierung hat zur Zeit ein Schwerpunktprogramm, das leider nicht auf unserem Gebiet liegt. Ich möchte sagen — und das nicht, weil ich der leitende Arzt des

# Diuraupur<sup>®</sup>

## »sine«

Zeitgemäße Hochdrucktherapie  
bei gleichzeitiger Erhaltung  
von Vitalität und Aktivität

DIURAUPUR »sine« ist reserpinfrei,  
erhält Vitalität und Aktivität,  
gestattet die Behandlung  
bei depressiven Verstimmungen,  
vermeidet den potenzierenden  
Reserpin-Effekt auf Alkohol,  
ist immer angezeigt  
bei Reserpin-Kontraindikationen.

Initialtherapie:  
3x1-2 Dragées täglich  
Dauertherapie:  
1-2 Dragées täglich  
O.P. 30 Stufendragées



Gebr. Giulini GmbH  
Ludwigshafen/Rhein



Innenministeriums bin —, daß die Gesundheitspolitik genauso wichtig ist wie die Kulturpolitik. Das war der Sinn des Appells, den der Herr Staatsminister gestern an Sie gerichtet hat. Es ist eine politische Entscheidung. Aus Haushaltsverhandlungen — und ich mache jetzt seit ungefähr 15 Jahren Haushaltsverhandlungen mit — weiß ich, daß Haushaltsverhandlungen noch nie so hartnäckig geführt worden sind wie jetzt, da wir in einer Zeit des Wohlstands leben. Das ist schwer verständlich. Auch Herr Kollege Soening weiß, wie es uns oft im Haushaltsausschuß geht.

Zu dem, was Herr Kollege Vogt zum Kinderkrankenhaus gesagt hat, möchte ich sagen: Ich habe hier nur Beispiele von Belegärzten gebracht. Die Zusammenarbeit von Kinderfachärzten ist deswegen in keiner Weise gehindert. Ich habe nur den Grundsatz aufgestellt. Für mich persönlich möchte ich nochmals sagen: Gerade auf dem Gebiet der Kinderheilkunde können wir eine schöne Planung machen, und da ist mir schon seit Jahren ein Kinderkrankenhaus Vorbild, nämlich das des Herrn Kollegen Aurnhammer. Allein schon zu sehen, wie das aufgegliedert ist, wäre wert, daß sich viele Ärzte das ansehen. Sie würden merken, welche Probleme ein Kinderkrankenhaus aufwirft, und daß es eines großen Einzugsbereiches bedarf, um überhaupt so etwas durchführen zu können. Wenn ein Kinderarzt am Ort ist, soll er nicht gehindert sein, wenn der Krankenträger mitmacht, Variationen sind im Plan genügend vorhanden.

Zur Wirtschaftlichkeit möchte ich äußern, es leuchtet eigentlich niemanden ein, warum ausgerechnet die Krankenhäuser Leistungen unter ihren Selbstkosten zu erbringen haben. Wenn man den Krankenträgern so etwas auflasten will, stehen wir vor dem staatlichen Krankenhaus. Das ist die letzte Konsequenz. Es gibt natürlich noch andere Möglichkeiten. Man könnte in die Krankenkassen etwas hineinpumpen, um sie zu subventionieren. Man könnte einen sog. Krankenhauslastenausgleich machen. Aber das sind alles Dinge, die — abgesehen vom Verwaltungsaufwand, den man braucht — sehr in die Selbständigkeit eines Krankenträgers und eines Krankenhauses hineinreglementieren. Das wollten wir in keiner Weise ausgesprochen haben. Das Krankenhauswesen sollte so, wie es in Deutschland gewachsen ist, auch weiterhin erhalten bleiben.

Die Ministerpräsidenten der Länder haben einen Unterausschuß gegründet, und in dieser Woche am Mittwoch haben die Finanzexperten und die Vertreter der Gesundheitsminister getagt. Man ist bemüht, die größten Fehler der Pflegesatzordnung zu bereinigen. Gerade der kostendeckende Pflegesatz setzt eigentlich den staatlichen Zuschuß voraus. Vorhin wurde gesagt, das Krankenhaus müsse von den Gemeinden, von der Öffentlichkeit erhalten werden. Dazu ist zu sagen, daß bei den Gemeinden, wenn sie öffentliche Aufgaben erfüllen, gleichfalls überall das Prinzip der Kostendeckung gilt. Ich denke nur an den Wasserpreis, an dem wir uns orientiert haben. Da wird auch so berechnet: Welcher Wasserpreis ist der Bevölkerung dort noch zumutbar? Dann wird zurückgerechnet: Wie hoch liegen die Eigenleistungen, und was muß der Staat an Zuschüssen geben? Es sind erhebliche Zuschüsse, die der Staat hier geben muß. Das war uns eigentlich auch Modell bei unserer Krankenhausplanung.

Die Verweildauer hat in keiner Weise zugenommen. Ich weiß freilich auch, daß die Verwaltungen das gern manövrieren, daß sie manchmal den Patienten länger drin lassen. Man könnte auch in der Entlassungsmodalität etwas ändern. In Krankenhäusern, die sehr unter der Fülle der Patienten leiden, wird auch am Freitag, auch am Samstag entlassen, damit ein Bett frei wird. Andere Wege gibt es nicht. Ich könnte Ihnen anhand langer Statistiken dazu einiges sagen. Wir haben die ganzen Dinge seit 1938 verfolgt oder jetzt nachgerechnet. Ich möchte nochmals folgendes sagen: Wenn die Verweildauer auch nur um einen Tag verkürzt würde, könnten wir 3500 Betten in Bayern einsparen. Sie können sich vorstellen, wie es mit der Verweildauer jetzt dann plötzlich herunterginge, wenn die Novellierung zur Krankenversicherung kommen würde. Wir wollen nach unserem Plan keine Ausweitung der Kapazität, denn wir müssen hier und da schon gegen eine Überkapazität kämpfen. Was uns in erster Linie fehlt, sind die Fachbetten.

Präsident: Herr Kollege Hein, ich darf Ihnen nochmals sehr herzlich dafür danken, daß Sie uns diesen Vortrag gehalten haben, daß die Delegierten damit einen Überblick über die Planungen Ihres Hauses in dieser Richtung bekommen haben. Sie dürfen sicher sein, daß Sie dabei auf das Verständnis und die Unterstützung der Bayerischen Landesärztekammer und ihrer Delegierten rechnen können.

## Tagung der Bayerischen Röntgengesellschaft

vom 3. bis 5. Dezember 1965 in München

Tagungsort: Hörsaal des Physiologischen Instituts der Universität, Pettenkoferstr. 12 (gegenüber der Anatomie)

### WISSENSCHAFTLICHES PROGRAMM

#### „RADIOLOGISCHE RANDGEBIETE“

- „Zur Frage der genetischen Schädigung durch Umweltfaktoren, vor allem durch Strahlung“
- „Zur Frage der Strahlenschädigung durch Radar (Radio Detecting and Ranging)“
- „Der Laser und Möglichkeiten seiner Verwendung in Medizin und Biologie“
- „Strahlenunfälle und daraus zu ziehende medizinische Konsequenzen“

„Dosisüberschreitungen und Strahlenschäden“

„Säkulare Beseitigung radioaktiver Rückstände“

#### „EIGNUNG NUKLEARMEDIZINISCHER UNTERSUCHUNGEN FÜR KLINIK UND PRAXIS“

„Stoffwechselstudium der Schilddrüse“

„Radio-Isotopen-Nephrographie“

„Untersuchung der Lymphabflußgebiete mittels Kontrastmittel und Isotope“

„Nuklearmedizinische Untersuchungen in der Neuroradiologie“

Auskunft: Dr. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

# Die Bayerische Ärzteversorgung

## Entwicklung und derzeitige Situation

Von Dr. H. Sewering

Der Ablauf unserer heutigen Beratungen wird sich so gestalten, daß wir Ihnen zunächst in einigen Referaten einen hoffentlich recht deutlichen, verständlichen und eingehenden Überblick über die Entwicklung der Anstalt, ihre derzeitige Situation und die Zukunftsaussichten geben. Anschließend wollen wir in der Diskussion Fragen, die aus Ihrer Mitte gestellt werden, beantworten.

Die Reihe der Referenten darf ich selbst eröffnen. Es werden dann aus standespolitischer Sicht der Herr Kollege Dehler und Herr Kollege von Gugel sprechen. Dann gibt Ihnen Herr Regierungsdirektor Nebel einen Überblick über die versicherungsmathematischen und versicherungstechnischen Gegebenheiten unserer Versorgungsanstalt. Außerdem werden Sie noch über die steuerliche Situation der Anstalt unterrichtet durch ein Referat unseres Herrn Rechtsanwalts Braun.

In den Tätigkeitsberichten der Kammer in den letzten zehn Jahren nahm das Thema „Ärzteversorgung“ — wie Sie sich erinnern können — immer einen recht breiten Raum ein. Wir haben Sie stets über unsere Arbeit auf diesem Gebiete unterrichtet, über die neuen Beschlüsse, über die Fortschritte, die wir gemacht haben, und wir konnten in diesen Jahren doch recht beachtliche Fortschritte erreichen.

In diesem Jahre hat der Vorstand das Thema „Ärzteversorgung“ als Hauptverhandlungsgegenstand aus zwei Gründen auf die Tagesordnung gesetzt. Es geschah einmal, weil die verantwortlich Tätigen, also diejenigen Kollegen, welche in Ihrem Auftrag in der Ärzteversorgung arbeiten, den Wunsch hatten, möglichst vielen Kollegen und vor allem Ihnen zu berichten. Zum anderen sind in der letzten Zeit an uns so viele Anfragen und Wünsche herangetragen worden, daß wir das Gefühl haben mußten, daß eine Welle der Unruhe durch die Kollegenschaft in Bayern geht. Tatsächlich konnten angekündigte Leistungsverbesserungen, die wir im Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung schon vor einigen Jahren beschlossen hatten, nicht verwirklicht werden. Daraus entstand draußen bei unseren Kollegen die Frage, was eigentlich mit der Ärzteversorgung los sei. Dazu kamen Publikationen verschiedenster Art, die ebenfalls dazu beigetragen haben, die Unruhe zu verstärken.

In einer größeren Zahl von Versammlungen, die in den verschiedenen Regierungsbezirken stattfanden und die ich selbst besuchen konnte, war es uns sicherlich möglich, wieder etwas Ruhe bei den Kollegen zu erzeugen und ihnen zu zeigen, daß es nicht um Gefahren geht, sondern daß wir in einer Entwicklung begriffen sind, die man nicht so schnell vorantreiben kann, wie man das gerne möchte.

Trotzdem meine ich, daß die Gelegenheit, den gewählten Vertretern aller bayerischen Ärzte zu berichten, nur auf dem Bayerischen Ärztetag gegeben ist.

Die Geschichte unserer Bayerischen Ärzteversorgung ist ja gerade mit unseren Bayerischen Ärztetagen auf das engste verbunden. Denn auf einigen dieser Ärztetage, vor allem im ersten Jahrzehnt der Entwicklung

unserer Anstalt, wurden die entscheidenden Beschlüsse für die Errichtung und den Aufbau der Bayerischen Ärzteversorgung gefaßt.

In einer Zeit der größten Not unserer Kollegen, im Jahre 1921, unterbreitete mein damaliger Amtsvorgänger Stauder dem 3. Bayerischen Ärztetag in Nürnberg am 9. Juli 1921 den Plan zur Gründung einer Pensionsversicherung der bayerischen Ärzte. Aus einem Brief, den Stauder dem seinerzeitigen Präsidenten der Bayerischen Versicherungskammer, von Englert, schrieb, kann ich einige Sätze entnehmen, die vielleicht kennzeichnend sind für die damalige Situation. Stauder schrieb:

„Die Verhältnisse im ärztlichen Stand haben sich unter dem Druck der Geldentwertung und der riesigen Teuerung so außerordentlich verschlechtert, daß die einem freien Stand erwachsende Pflicht, aus den jährlichen Berufseinnahmen ständige Rücklagen in entsprechender Höhe für das Alter oder für den Fall der Invalidität, für Frau und Kinder im Falle des Todes, zu machen, nahezu allen Ärzten unmöglich ist.

Der freie Stand der Ärzte ist nicht mehr in der Lage, für Weib und Kinder, für Alter und Krankheit vorzusorgen. Aus diesem Grunde erwächst der Standesvertretung die Pflicht, Mittel und Wege zu ersinnen, um eine allgemeine Versicherung für Alter und Dienstunfähigkeit und für die Hinterbliebenen zu schaffen.“

Es folgte auf diesem Ärztetag 1921 ein einstimmiger Beschluß mit dem Auftrag an die Kammer zur Errichtung einer solchen Versorgungsanstalt.

Dabei darf ich noch die Überlegung einschalten, welche seinerzeit angestellt wurde. Als erstes überlegte und prüfte man, ob es sinnvoll wäre, für die bayerischen Ärzte eine Art von Gruppenversicherungsvertrag mit einer privaten Lebensversicherung abzuschließen. Dieser Gedanke erwies sich sehr schnell als undurchführbar, weil er zu teuer war und die Ergebnisse in keinem Verhältnis zu den Aufwendungen gestanden hätten.

Dann wurde der Gedanke erwogen, an die Bayerische Versicherungskammer heranzutreten, und zwar zunächst nicht mit der Vorstellung, eine eigene Ärzteversorgung zu schaffen, sondern man glaubte, es könnte möglich sein, die Ärzte der bereits bestehenden Versorgungsanstalt für die Beamten des öffentlichen Dienstes anzuschließen. Das erwies sich aus den verschiedensten Gründen als nicht durchführbar, und so kam der Gedanke auf, eine eigene Pensionsversicherung — so nannte sie sich damals — der bayerischen Ärzte zu errichten. Auf dem Ärztetag 1922 faßte die Delegiertenversammlung den folgenden Beschluß:

„Die Bayerische Landesärztekammer stellt im Hinblick auf die dringende Notlage der alten und invaliden Ärzte, ihrer Witwen und Waisen an den Herrn Ministerpräsidenten und das Staatsministerium des Innern das dringende Ersuchen, diese Vorlage möglichst zu beschleunigen und der Ärzteschaft das für sie notwendige Gesetz in Bälde zu geben.“

Die Vorarbeiten gingen dann weiter. Am 16. August 1923 beschloß der Bayerische Landtag das Gesetz über die Bayerische Ärzteversorgung. Schon damals wurde auch festgelegt, daß man an dieser Versorgungsanstalt auch die Zahnärzte und die Tierärzte beteiligen wolle. Wenn ich Ihnen aus dieser Gründerzeit einige Namen nennen darf, so waren es von der Seite der Ärzte Stauder und Kerschesteiner, die vor allem daran mitwirkten; von seiten der Versicherungskammer waren es deren damaliger Präsident von Englert und der 1. Leiter der Anstalt, Regierungsdirektor Hilger.

In der Folgezeit fanden fast regelmäßig auf den Bayerischen Ärztetagen Beratungen über den Aufbau der Anstalt statt. Dabei darf man besonders den Bayerischen Ärztetag des Jahres 1929 erwähnen, auf welchem eine Grundsatzdebatte über die Situation und die weitere Entwicklung der Anstalt geführt wurde, wobei es vor allem um die Frage der Aufbringung der Mittel, um die Frage der Sicherung der erworbenen Ansprüche ging. Über diese Frage, wie sich das System der Anstalt entwickelt hat, wie im Laufe der Jahrzehnte die Mittel aufgebracht und wie die Ansprüche der Mitglieder gesichert wurden sowie darüber, wie man die Renten berechnet hat, möchte ich Sie auch heute kurz und zusammenfassend unterrichten.

Als die Anstalt im Jahre 1923 gegründet wurde, hat man sie auf der Basis des Umlageverfahrens errichtet. Wenn man die erste Satzung des Jahres 1923 studiert, so enthält sie in ihrem § 10 eine Bestimmung, wonach die Beiträge aus einer Summe entrichtet werden sollen, die mindestens dem Dienstinkommen eines Staatsbeamten der Gruppe A 1 entspricht. Ich konnte von Herrn Dr. L u b e r erfahren, die Gruppe A 1 sei jene Gruppe gewesen, in der sich die untersten akademischen Staatsbeamten befanden. Einige Jahre später wurde das geändert. Es war dann die Gruppe A 10, wiederum die unterste Stufe für akademische Beamte.

Aus diesem Dienstinkommen sollten also die Beiträge zur Bayerischen Ärzteversorgung entrichtet werden. Es wurde jeweils der Bedarf des Vorjahres auf die Mitglieder umgelegt und dann der auf das Mitglied treffende Betrag auf mindestens 7 v. H. dieses beitragspflichtigen Einkommens aufgefüllt. Insofern war das Umlageverfahren schon von Anfang an kein reines Umlageverfahren, sondern es sammelten sich gewisse, wenn auch bescheidene Mittel an, weil diese 7 v. H., auf die jeweils die Umlage aufgefüllt worden ist, nicht voll verbraucht worden sind.

Bis zum Jahre 1930 hat sich an diesem Grundsatz nichts geändert. Es blieb bei dieser Art von modifiziertem Umlageverfahren. Erst auf dem Ärztetag 1929 wurde von seiten der Kollegen der Wunsch geäußert, vom Umlageverfahren wegzugehen und ein Verfahren zu finden, das die Ansprüche der Mitglieder absichert und gleichzeitig die Gefahren des Umlageverfahrens beseitigt. Deshalb wurde in der Sitzung vom August 1930 beschlossen, daß das reine Berufseinkommen die Basis für die Beitragspflicht darstellt, daß aber, wenn dieses Berufseinkommen unter dem Betrag von 4 600 M liegt, ein Mindestbeitrag in Höhe von 320 Mark zu bezahlen ist. Es ist der Mindestbeitrag, der in gleicher Höhe auch heute noch bezahlt werden muß. Im übrigen war die

Meßzahl auch damals 7 v. H. des reinen Berufseinkommens.

Geändert wurde in dieser Sitzung des Jahres 1930 das System der Aufbringung insofern, als nicht mehr der Bedarf des Vorjahres zugrunde gelegt wurde, sondern die neu angefallenen Renten samt ihren Anwartschaften auf Hinterbliebenenversorgung. Es war also ein Übergang von einem reinen Umlageverfahren zu einem sogenannten Rentendeckungsverfahren. Zu diesem Zeitpunkt wurden die Anwartschaften der aktiven Mitglieder zunächst noch nicht abgesichert, sondern lediglich die der bereits laufenden Renten.

Vom Jahre 1930 ab kam es zu einer planmäßigen Ansammlung von Deckungsmitteln. Aber bereits aus den Protokollen des Ärztetages von 1929 kann man entnehmen, daß — nicht von der Versicherungsanstalt her — aus den Reihen der Mitglieder der Wunsch geäußert wurde, ein Verfahren zu wählen, welches die gesamten Ansprüche absichert, also nicht nur die Renten, die bereits eingewiesen waren, sondern auch die Anwartschaften der aktiven Mitglieder. Es wurde also aus dem Mitgliederkreis heraus der Übergang zum Anwartschaftsdeckungsverfahren gefordert. Wie man aus den Unterlagen weiter entnehmen kann, waren es vor allem die Vertreter des Ärztlichen Bezirksvereins München, welche sich damals nachdrücklich für diesen Übergang zum Anwartschaftsdeckungsverfahren aussprachen, das dann auch im August 1934 eingeführt worden ist und bis zum heutigen Tage noch die Grundlage unserer Berechnung darstellt.

Der Beitrag lag auch nach dem Übergang zum Anwartschaftsdeckungsverfahren bei 7 v. H. des reinen Berufseinkommens, mindestens aber bei 320 Reichsmark. Vorschriften über die Aufbringung der Mittel waren dann nicht mehr erforderlich, weil das Anwartschaftsdeckungsverfahren keine jährliche Überprüfung der notwendigen Mittel mehr notwendig machte, sondern weil die Anstalt auf der Grundlage eines versicherungstechnischen Planes ihren Bedarf auf eine lange Zeit vorausberechnen mußte.

Über den Wert und die Bedeutung der verschiedenen Systeme — Umlageverfahren, Rentendeckungsverfahren, Anwartschaftsdeckungsverfahren oder, wie wir es heute nennen, offenes Deckungsplanverfahren — werde ich noch einige kurze Worte sagen.

Ein Wort zur Entwicklung der Rentenberechnung in dieser Zeit: Im Jahre 1923 erhielt das Mitglied, wenn es berufsunfähig wurde — damals war das Kriterium der völligen Berufsunfähigkeit entscheidend — das niedrigste Ruhegehalt eines bayerischen etatmäßigen Staatsbeamten der Besoldungsgruppe A 1 mit dem allgemeinen Teuerungszuschlag. Es soll sich um einen Betrag von 1 600 Reichsmark gehandelt haben. Dazu kam ein Zuschlag in Höhe von einem Hundertteil der Summe, aus der insgesamt Beiträge entrichtet wurden im Verhältnis zum Mindestbeitrag. Das war eine Summe, die dem Gehalt eines Beamten der Gruppe A 1 entspricht. Dieser Zuschlag von einem Hundertstel der beitragspflichtigen Summe war natürlich ein sehr kleiner Betrag. Denn wenn es einem Mitglied gelungen sein sollte, etwa auf eine gesamte Beitragsleistung von 50 000 Mark zu kommen, was sicher so gut wie nie der Fall war, so war dieser Zuschlag von einem Hundertstel nur 500 Mark zu diesem Grundbetrag.

Außerdem gab es — das muß ich erwähnen — eine sogenannte Altersrente, die mit Erreichen des 65. Lebensjahres bezahlt wurde ohne Rücksicht darauf, ob das Mitglied seine Berufstätigkeit aufgab. Auf diese Altersrente, die einige Jahre bezahlt wurde, wurde auch in einem Verfassungsgerichtsprozeß hingewiesen und erklärt, sie sei durch eine Gewaltmaßnahme in der Nazizeit beseitigt worden. Ich werde gleich zeigen, daß das unzutreffend ist. Ich möchte aber vor allem darauf hinweisen, daß diese Altersrente einem Betrag entsprach, von dem man heute kaum mehr verstehen kann, daß er überhaupt ausbezahlt wurde. Diese Altersrente war der halbe Zuschlag ohne Grundbetrag. Wenn ich nochmals sagen darf: Sofern ein Mitglied 50 000 Mark einbezahlt gehabt hätte, was damals niemals vorkommen konnte, wäre die Berechnung gewesen: 1 v. H. dieser Summe gleich 500 Mark, davon die Hälfte gleich 250 Mark im Jahre. Das war die Altersrente, die seinerzeit bezahlt wurde. Außerdem mußte aber, soweit man es aus den Unterlagen entnehmen kann, dieses Mitglied, welches die Altersrente bezog und weiter arbeitete, trotzdem seine Beiträge zur Ärzteversorgung noch bezahlen.

Im übrigen gab es seinerzeit eine Wartezeit von fünf Jahren, die unter bestimmten Bedingungen etwas verkürzt werden konnte.

Im Jahre 1927 hat man auf das niedrigste Ruhegehalt eines Beamten der Stufe A 10 umgestellt. Das war die unterste Stufe eines Akademikers im bayerischen Staatsdienst. Ein Jahr später fiel diese Gruppe aus der Besoldungsordnung weg und man ging dann auf absolute Zahlen über. Das Gehalt dieser Gruppe war 4 590 Mark. Es wurde in unserer Satzung erstmals 1930 der Betrag von 4 600 Mark als Mindesteinkommen eingeführt und festgelegt, daß der Grundbetrag für die Rentenberechnung 35 % aus diesem Mindesteinkommen sein sollte, also 1 610 Mark.

Der Zuschlag wurde weiterhin in der von mir bereits geschilderten Form berechnet, also 1 % aus der Gesamtsumme, mit welcher der Kollege beitragspflichtig war. Das Altersruhegeld, von dem ich schon sprach, ist nach der Satzung des Jahres 1930 weggefallen, also mehrere Jahre vor dem Dritten Reich. Es hatte somit nichts mit irgendwelchen Gewaltmaßnahmen dieser Zeit zu tun.

Die Wartezeit von 5 Jahren bestand auch 1930 noch, sie bestand sogar noch 1934 und ist erst 1938 weggefallen. 1934 ist man aber, wie ich schon ausführte, zum offenen Deckungsplanverfahren übergegangen. Das führte auch zu einer Änderung im System der Rentenberechnung. Es wurde seinerzeit erstmals der Grundbetrag von 1200 Mark eingeführt, der heute noch als Grundbetrag in unserer Rentenberechnung enthalten ist. Der Zuschlag zu diesem Grundbetrag wurde aber nun völlig anders berechnet. Er wurde festgelegt mit  $\frac{1}{7}$  der Beiträge, die den Mindestbeitrag überstiegen haben. Das war der entscheidende Wandel im System. Es wurde 1934 also mit einer Rentenberechnung begonnen, die auch heute noch für unsere Anstalt gültig ist.  $\frac{1}{7}$  der Beiträge, soweit sie den Mindestbeitrag übersteigen, als Zuschlag zur Grundrente von 1200 Reichsmark! Dieser Zuschlag von  $\frac{1}{7}$  war 14,3 % der Beiträge. Die Wartezeit fiel 1938 weg.

Erstmals 1955, also nach 20 Jahren, wurde an diesem Zuschlag zum Grundbetrag etwas geändert. Wir haben

1955 — und nun beginnt die Zeit, von der an auch wir schon mitarbeiten durften — den Zuschlag von  $\frac{1}{7}$ , also 14,3 % auf  $\frac{1}{6}$  angehoben, also auf 16,6 %. 1955 haben wir das Altersruhegeld ab dem 70. Lebensjahr eingeführt, und zwar mit der Klausel: Aufgabe der RVO-Kassen.

1956 haben wir die Altersgrenze vom 70. auf das 68. Lebensjahr herabgesetzt. 1957 wurde der Zuschlag von 16,6 % auf 17 % aufgerundet. Damals haben wir erstmals auch eine Änderung des Kindergeldes vorgenommen, das von 300 auf 480 Mark angehoben worden ist. 1958 setzten wir die Altersgrenze neuerlich herab, vom 68. auf das 67. Lebensjahr, und erhöhten gleichzeitig den Zuschlag von 17 auf 18 %. 1958 haben wir noch etwas Neues in unsere Satzung eingeführt, was von entscheidender Bedeutung war, nämlich eine Regelung der Frühberufsunfähigkeit. Wir haben also in unsere Satzung Bestimmungen aufgenommen, nach welchen für Mitglieder, die in den ersten 10 Jahren der Mitgliedschaft berufsunfähig werden, die Rente nicht nach ihren einbezahlten Beiträgen, sondern in Anlehnung an ihr Berufseinkommen errechnet wird. Damit haben wir vor allem den Weg für unsere jungen Kollegen eröffnet und ihnen gezeigt, daß uns das Problem der Frühberufsunfähigkeit besonders am Herzen liegt. 1960 wurde der Zuschlag von vorher 18 % auf 20 % angehoben.

Das also ist in kurzen und etwas dünnen Worten ein Überblick über die Entwicklung des Systems der Anstalt, über die Aufbringung der Mittel und über die Rentenberechnung.

Ich habe noch zwei wesentliche Beschlüsse nachzutragen, die der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung in dieser Zeit zu fassen hatte. Der erste Beschluß mußte nach der Währungsumstellung im Jahr 1948 gefaßt werden, als auch die Renten der Bayerischen Ärzteversorgung entsprechend den damaligen Bestimmungen auf ein Zehntel ihres Wertes abgewertet worden sind. Der Landesausschuß hatte beschlossen, eine volle Umstellung der Renten vorzunehmen, und sie wurden lediglich vorübergehend vom 1. September 1948 bis zum 30. September 1952 auf 85 % ihres Wertes herabgesetzt. Seit 1952 werden sie wieder mit 100 % ausbezahlt. Die Rentenbezieher der Bayerischen Ärzteversorgung wurden also durch die Währungsumstellung in ihrem Rentenanspruch nicht geschädigt.

Ein weiterer Beschluß, der mir bedeutsam erscheint, wurde 1950 gefaßt, als der Landesausschuß beschloß, daß die Einzahlungen, die die Mitglieder in Reichsmark geleistet hatten und welche an und für sich ebenfalls auf ein Zehntel ihres Wertes abzuwerten gewesen wären, voll anzurechnen sind, also bei der Rentenberechnung die Reichsmark genauso wie die D-Mark zu bewerten sei.

Ein weiterer wesentlicher Beschluß, den die Bayerische Ärzteversorgung durch ihren Landesausschuß zu fassen hatte, war die Satzungsänderung des Jahres 1957, als es uns durch Einwirkung auf die Gesetzgebung möglich wurde, die angestellten Ärzte in den Kreis unserer Mitglieder einzubeziehen. Ich nehme an, daß dazu Herr Kollege Dehler einige Worte sagen wird.

Wenn wir die Entwicklung der Bayerischen Ärzteversorgung in diesen Zeiten vom Anfang der 30er Jahre bis in die 60er Jahre hinein einmal an einigen wenigen Zahlen kennzeichnen, sieht man doch ein sehr interes-

santes Bild der Entwicklung. Ich darf mich auf einige ganz wenige Zahlen beschränken.

Die Mitgliederzahl unserer Versorgungsanstalt betrug 1933 5828; 1953 war sie angestiegen auf 9779. Das war eine Steigerung um 68 %. 1963 betrug unsere Mitgliederzahl 19 081; also von 1933 bis 1963, in 10 Jahren, eine Steigerung von 9700 auf 19 000 Mitglieder! Der Durchschnittsbeitrag, der von unseren Mitgliedern bezahlt wurde, belief sich 1933 auf 453 Mark. 1953 belief er sich auf 757 DM; er ist also in den 20 Jahren um 67 % angestiegen. 1963 hatten wir einen Durchschnittsbeitrag pro Mitglied von 2500 DM. Während also die Steigerung in 20 Jahren, von 1933 bis 1953, 67 % betrug, betrug sie in 10 Jahren, von 1953 bis 1963, 230 %. Hier spiegelt sich die Entwicklung der ärztlichen Berufseinkommen wider; hier spiegelt sich wider das Hinzukommen einiger tausend angestellter Ärzte. Ich glaube, gerade diese Zahl ist besonders instruktiv für unsere Anstalt. Das zeigt sich auch wieder an den jährlichen Beitragsaufkommen. 1933 hatten wir noch ein Gesamtritragsaufkommen von 2,6 Millionen Mark. 1953 war das Beitragsaufkommen 7,7 Millionen DM und 1963 48 Millionen DM! Das ist eine Steigerung um 523 % in 10 Jahren.

Das Vermögen ist entsprechend angewachsen: Von 30 Millionen im Jahr 1933 auf 71 Millionen im Jahr 1953 und auf 342 Millionen DM im Jahr 1963.

Eine Zahl noch, die ebenfalls von Bedeutung sein dürfte, nämlich die Höhe des durchschnittlich bezahlten Ruhegelds: Im Jahr 1933 betrug das durchschnittliche Ruhegeld — also ohne Witwengeld, das Ruhegeld der Mitglieder — 1967 Mark. 1953 betrug es 2 233 Mark, es ist also in 20 Jahren nur um 14 % gestiegen. 1963 hatten wir ein durchschnittliches Ruhegeld von 5 180 Mark. Das bedeutet eine Steigerung — in 10 Jahren, von 1953 bis 1963 — von 132 %; also vorher in 20 Jahren eine Steigerung des durchschnittlichen Ruhegeldes um 14 % und dann in 10 Jahren eine Steigerung um 132 %.

Wenn man die Renten vergleicht, die in den Jahren 1962 und 1963 neu eingewiesen wurden, beträgt die Steigerung gegenüber 1953 sogar über 300 %. Denn in der Zahl 5180 Mark stecken ja auch alle früher eingewiesenen Renten.

Auch beim Zuschlag zum Grundbetrag, über den ich Ihnen berichtete, kann man eine ähnliche Entwicklung beobachten. Dieser Zuschlag betrug von 1934 bis 1964, also 20 Jahre lang, unverändert 14,3 %. Wir haben ihn dann in weiteren 6 Jahren, von 1954 bis 1960, von 14,3 % auf 20 % angehoben. Nach 1960 ist dann, wenigstens in der Höhe des Zuschlags, eine Stagnation unserer Entwicklung eingetreten. Wir haben in diesen Jahren eine ganze Reihe von Leistungsverbesserungen durchgeführt; wir haben das Kindergeld erhöht, das Waisengeld, das Doppelwaisengeld erhöht, wir haben die Frühberufsunfähigkeitsregelung neuerdings verbessert. Wir haben also eine ganze Menge innerhalb des Leistungsplans getan; aber eine weitere Erhöhung des Zuschlags über 20 % hinaus ist uns nach 1960 nicht mehr möglich gewesen. Beschlüsse, die der Landesauschuß über eine Erhöhung des Steigerungssatzes auf 22 %, oder auch nur auf 21 %, gefaßt hatte, wurden von der Versicherungsaufsichtsbehörde nicht genehmigt. Die Begründung dafür, daß wir die Genehmigung nicht erhielten, war, daß in unserer versicherungstechnischen

Bilanz durch diese Erhöhung ein Fehlbetrag entstanden wäre, der der Versicherungsaufsichtsbehörde nicht mehr tragbar erschien.

Zu dieser Bilanz darf ich ganz kurz einige Bemerkungen machen; ich kann sie Ihnen nicht in allen Einzelheiten erläutern. Es muß natürlich von uns aus immer wieder überlegt werden: Inwieweit sind diese Ablehnungen der Aufsichtsbehörde sachlich und fachlich begründet gewesen, und wie weit müssen wir sie als unfreundlichen Akt ansehen? Es ist nicht zu bestreiten, daß die Erhöhung des Steigerungssatzes auf 22 % zu einem sehr erheblichen Fehlbetrag in unserer versicherungstechnischen Bilanz geführt hätte. Wir selbst vertraten den Standpunkt, daß dieser Fehlbetrag rein theoretische Bedeutung habe; denn er komme in einer Anstalt mit dauerndem Zustrom neuer Mitglieder praktisch nie zum Tragen. Vor allem haben wir darauf hingewiesen, daß dieser Fehlbetrag, welcher bei einem Rechnungszinsfuß von 4 % entstanden wäre, bereits bei einer Vergleichsberechnung mit einem Zinsfuß von 4 1/2 % sich in einen geringen Überschuß verwandelt hätte. Andererseits mußten wir anerkennen, daß die Erhöhung des Steigerungssatzes von 20 auf 22 %, von der wir an sich auch heute noch der Meinung sind, daß es eine saubere Lösung wäre, die überschaubar bleibt für jedes Mitglied, die Höhe der Rücklagen insofern beeinflußt, als sie noch größer sein müssen als bisher und als sie bei der derzeitigen Berechnung noch werden, weil die Anwartschaften jedes einzelnen Mitglieds durch die Rücklage gedeckt sein müssen.

Andererseits war natürlich die Frage: In welcher Höhe kann man eine dauernde Verzinsung unserer Rücklagen unterstellen? Die Versicherungsaufsicht steht auf dem Standpunkt, daß das Höchste, was man als dauernde Verzinsung unterstellen kann, 4 % sei. Wir waren der Meinung, daß man ohne weiteres auch auf 4,5 % hätte gehen können, weil aus den Erfahrungen der Versicherungswirtschaft entnommen werden kann, daß in den letzten 100 Jahren im allgemeinen immer ein Zinsfuß von 5 % erreicht worden ist.

Formalrechtlich konnten wir gegen die Ablehnung der Versicherungsaufsichtsbehörde nicht vorgehen, weil sie rein rechtlich gesehen zweifellos in Ordnung war. Es ist eben eine Ermessensfrage, ob man einen Fehlbetrag dieser Höhe gelten läßt oder nicht. Jedenfalls sehen wir keine Möglichkeiten, uns etwa auf dem Weg des Verwaltungsrechtsverfahrens durchzusetzen. Deshalb haben wir uns damals entschlossen, zunächst einmal grundlegende Untersuchungen über das System der Anstalt, über ihre Leistungsfähigkeit und vor allem auch über die Möglichkeiten einer zukünftigen Entwicklung durchzuführen. Es war — das möchte ich ausdrücklich betonen — auch in den Jahren nach 1960 unser stetes Bestreben, weiterhin zu Leistungserhöhungen zu kommen, wobei wir allerdings ganz klar darauf hingewiesen und uns auch gegenseitig in dieser Überzeugung bestärkt haben, daß die Sicherheit der Anstalt, was gleichbedeutend ist mit der Sicherheit ihrer Mitglieder auf spätere Leistungen, durch diese Leistungserhöhungen unter keinen Umständen gefährdet werden darf. Wir waren also zu keiner Stunde bereit, Beschlüsse zu fassen, die im Augenblick vielleicht einen sehr guten Eindruck auf die gemacht hätten, die gerade anstanden, um ihre Rente zu bekommen oder die sie schon hatten, die aber später von den Nachfolgenden hätten ausgegahlt werden müssen.

Ich glaube, an diesem Grundsatz müssen wir auch für die Zukunft festhalten; sonst geht es ins Unübersichtbare. Wir haben im Rahmen dieser Überlegungen auch noch einmal die Frage aufgeworfen, ob das offene Deckungsverfahren, nach dem wir arbeiten, das richtige System ist. Wir sind uns darüber klar, daß — und das wird von der gesamten Versicherungswissenschaft so gesehen — das offene Deckungsverfahren zweifellos das sicherste und klarste System einer Versicherung darstellt. Aber es ist, wenn ich es einmal so nennen darf, auch das teuerste System, weil tatsächlich die sämtlichen Anwartschaften der Mitglieder voll in diesem System abgedeckt werden, wobei ich dieses Wort „voll“ sogar einschränken möchte, weil wir unter die Absicherung der Anwartschaften sowohl die Deckungsrücklage als auch die Sicherheit des ewigen Neuzugangs hereinnehmen, also insofern ohnedies die Deckungsrücklage allein, so wie es bei einer Privatversicherung sein müßte, die Anforderungen in keiner Weise abdecken würde.

Gibt es ein System, von dem man sagen könnte, daß es günstigere Ergebnisse bringt als dieses offene Deckungsverfahren, und das bei gleichzeitig weiterbestehender Sicherheit? Das ist die entscheidende Frage, vor der wir stehen, und mit der wir uns zur Zeit intensiv befassen.

Eine Rückkehr zu Verfahren, die einmal in der Bayerischen Ärzteversorgung angewendet worden sind, scheidet schon nach kurzer Betrachtung aus. Ich glaube, auch nach den lückenhaften Darstellungen, die ich Ihnen gegeben habe, werden Sie den Eindruck gewinnen, daß etwa ein Zurückgehen auf das einfache Rentendeckungsverfahren oder gar auf das Umlageverfahren für uns auf keinen Fall zur Diskussion gestellt werden kann. Denn schon unsere Vorgänger im Bayerischen Ärztetag 1929, also nach 6jähriger Laufzeit der Ärzteversorgung, haben ganz klar erkannt, daß auf die Dauer für eine solche Versorgungseinrichtung nur ein System angewendet werden kann, in dem die Leistungen gesichert, die Belastungen der Mitglieder aber gleichbleibend verteilt werden.

Um in diesen Fragen voranzukommen, hat der Landesausschuß der Bayerischen Ärzteversorgung beschlossen, einmal jemand zu fragen, der außerhalb der Anstalt steht und von dem man weiß, daß er einen weiten Überblick über das gesamte Gebiet des Versicherungs- und Versorgungswesens besitzt. Wir haben den Versicherungsmathematiker Dr. Heubeeck gebeten, ein umfassendes Gutachten über die Situation der Anstalt und ihre zukünftigen Entwicklungsmöglichkeiten zu erstatten. Ich darf hier ausdrücklich betonen, daß dieser Beschluß des Landesausschusses nicht im Entferntesten etwa als ein Mißtrauensvotum gegenüber den Mathematikern der Bayerischen Versicherungskammer ausgelegt werden könnte. Er wurde gefaßt in vollem Einvernehmen mit Herrn Regierungsdirektor Nebel, dem Mathematiker unserer Anstalt. Auch er war daran interessiert, einmal von einem Außenstehenden, also, wenn ich es so nennen darf, nicht Betriebsblinden, zu hören, ob es hier noch Wege gibt, die man beschreiten könnte. Ich hätte Ihnen sehr gern heute über dieses Gutachten etwas Näheres gesagt. Aber leider sind die Arbeiten noch nicht ganz abgeschlossen. Ich werde mich also nur kurz dieser Frage zuwenden und einige Worte sagen.

Im Vordergrund des Interesses der Kollegen und natürlich auch unseres Interesses steht bei all diesen Fragen, um die wir uns zur Zeit bemühen, natürlich eine, das ist die Frage: Was kann denn geschehen, um bereits laufende Renten an die Kaufkraftentwertung anzupassen? Denn wenn man auch davon ausgeht, daß im Augenblick der Einweisung der Rente diese nach dem neuesten Stand berechnet wird, so muß man auch zugeben, daß sie in der Laufzeit langsam an Kaufkraft verliert. Dieses Problem der Dynamisierung der Renten wurde ja im Bereich der Sozialversicherung sehr breit in Angriff genommen. Ich werde mich dazu nachher noch äußern. Auf eines muß man aber ganz nachdrücklich hinweisen, wenn man über Dynamisierung spricht. Das wurde offenbar vor allem in der Publizistik dieses Jahres verkannt. Es ist nicht so, daß die Renten der Angestelltenversicherung seit 1957 glänzend gestiegen seien, während die Renten der Bayerischen Ärzteversorgung noch immer auf ihrem vorsintflutlichen Stand wären. Auch wir haben, von 1955 an, laufend Rentenerhöhungen vorgenommen, so daß man heute feststellen kann, daß diese Rentenerhöhung von 1955 bis jetzt immerhin 35% beträgt. Das ist, wenn man den Mittelwert des Kaufkraftschwundes, der etwa anerkannt wird, zugrunde legt, mehr als der Kaufkraftverlust im Laufe dieser 10 Jahre.

Die Frage, wie es weitergehen soll, habe ich schon kurz angedeutet. Wir haben sie vor allem unserem Gutachter gestellt und wir werden uns in den nächsten Wochen und Monaten sehr eingehend mit ihr befassen müssen. Die Frage ist: Behalten wir das System bei, so wie es im Augenblick ist? Dann müßte geprüft werden, ob nicht vielleicht doch eine Erhöhung des Steigerungssatzes von 20 auf 21 oder 22% erfolgen könnte. Oder gibt es andere Möglichkeiten einer Rentenerhöhung, etwa in der Form, daß man zu der Rente, wie sie sich nach dem heutigen System berechnet, irgendwelche Zuschläge macht? Das sind die Fragen, vor denen wir stehen, auf die ich Ihnen aber heute noch keine schlüssige Antwort geben kann. Denn es wäre wenig sinnvoll, unmittelbar vor der Vorlage des Gutachtens unseres Mathematikers Erwägungen anzustellen, die sich dann als unreal erweisen. Ich muß Sie also um Verständnis dafür bitten, wenn ich nur andeuten kann, daß sich in dieser Richtung Überlegungen einer weiteren Verbesserung der Renten ergeben. Ich glaube aber, hier eines sagen zu dürfen: nach den Untersuchungen des Gutachters werden auf jeden Fall Wege einer weiteren Leistungsverbesserung bestehen und einer davon, nämlich der vernünftigste, wird von uns gegangen werden.

Nun darf ich eine Frage einschalten, die Ihnen und allen unseren Kollegen auf den Nägeln brennt: Schafft das Körperschaftsteuergesetz mit seinen neuesten Bestimmungen eine Änderung in dieser Situation der Anstalt, also hinsichtlich ihrer Leistungsgestaltung? Dazu ist zu sagen: Grundsätzlich nein! Wir müssen sogar sagen, daß eine irgendwie vernünftig gehaltene Begrenzung der Höchstbeiträge in den höheren Altersgruppen, wie wir sie heute nicht haben, die Leistungsfähigkeit der Anstalt verbessern würde. Das ist eine etwas tragische Feststellung, die wir hier treffen müssen. Wir haben aber unseren alten Kollegen angesichts des Nachholbedarfes, den sie haben und den wir voll anerkennen, die Möglichkeit offengelassen, auch noch mit 65 Jahren hohe Beiträge in die Ärzteversorgung einzubezahlen,

um ihren zukünftigen Rentenanspruch zu erhöhen. Wir haben diese Beiträge unter den gleichen Bedingungen entgegengenommen, wie wenn sie sie als 35jährige bezahlt hätten. Das ist etwas Einmaliges in einer Versorgungsanstalt. Es gibt keine Anstalt mehr, die das ebenfalls getan hätte.

In unseren Diskussionen mit den Fachleuten, vor allem der Versicherungsaufsichtsbehörde, wurden wir immer wieder darauf hingewiesen, daß hier die größte Schwäche unserer Anstalt liege, weil sie einen Beitrags Gipfel habe, der zwischen dem 60. und 65. Lebensjahr liegt, also in einer Spanne, in der die eingezahlten Beiträge überhaupt keinen Gewinn mehr für das gesamte System bringen, sondern eine Belastung darstellen, die von allen Mitgliedern gemeinsam getragen werden muß.

Das zum Grundsätzlichen. Trotzdem sind wir natürlich der Meinung, daß der Eingriff, den der Bundesgesetzgeber über die Steuergesetzgebung gemacht hat, viel zu brutal ist und daß er vor allem den besonderen Gegebenheiten unserer Versorgungsanstalt in keiner Weise gerecht wird. Wir werden uns also bemühen, unter allen Umständen eine Änderung zu erreichen.

Wir haben die Gefahr sehr schnell erkannt und haben uns auch bemüht, sie zu bannen. Ich darf Ihnen hier, soweit Sie es nicht schon wissen, noch einmal sagen, daß vor der Lesung des Körperschaftsteuergesetzes ein interfraktioneller Antrag zur Änderung gerade dieser Bestimmung auf unsere Einwirkung hin bereits fertig vorlag, und daß dieser Änderungsantrag in letzter Minute durch Einwirkungen von außen zu Fall gebracht wurde, so daß der Bundestag über ihn nicht abgestimmt hat. Das möchte ich hier ausdrücklich feststellen, nicht weil wir das Bedürfnis haben, uns vor Vorwürfen zu schützen, sondern weil ich glaube, daß auch wir ein Anrecht darauf haben, daß die Vorgänge wahrheitsgemäß dargestellt werden.

Bundesrat und Bundestag haben dann die entsprechenden Beschlüsse gefaßt. Ich brauche mich darauf nicht näher einzulassen, weil Herr Rechtsanwalt Braun gerade zu dieser Frage der Körperschaftsteuer der Bayerischen Ärzteversorgung Ausführungen machen wird, die wir dann in der Diskussion noch, soweit es sich als sinnvoll erweist, ergänzen können.

Im übrigen bedarf es gerade in diesem Punkte keiner Überzeugung der von Ihnen gewählten Vertreter; denn wir wissen, daß hier etwas geändert werden muß; wir werden alles tun, um zu einer sinnvollen Änderung zu gelangen.

Nun ein Wort zur Rentenversicherung: Der Vergleich mit der Rentenversicherung hat gerade in den letzten Monaten eine außerordentliche Rolle gespielt. Es ist offensichtlich in Kollegenkreisen der Eindruck entstanden, daß die Rentenversicherung eine ganz glänzende Sache sei und daß die Ärzteversorgung eben doch nicht mehr mitkomme und vielleicht möglicherweise sogar deshalb am besten aufgelöst werden sollte. Letzteres ist in dieser Deutlichkeit allerdings nicht zum Ausdruck gebracht worden.

Wie sieht es bei der Rentenversicherung aus? Zunächst muß man feststellen, daß die Rentenversicherung in erheblichem Umfange vom Staat, also aus Steuermitteln, auch aus unseren Steuermitteln, subventioniert wird. Allein in den Jahren 1961 bis 1963 betrugen die Zuschüsse des Bundes an die Rentenversicherung 18,5 Milliarden DM, also eine nicht unerhebliche Summe im

Sozialetat des Bundes. Das ist natürlich für uns keine Beruhigung, denn wenn wir sagen, die Rentenversicherung leiste mehr, weil sie Staatszuschüsse bekomme, könnten wir mit Recht die Frage stellen: Warum bekommen dann wir keine Staatszuschüsse, damit wir genauso gut sein können?

Grundsätzlich müssen wir uns darüber klar sein, daß das gleichbedeutend wäre mit der Aufgabe unseres eigenen Systems mit allen sich daraus ergebenden Konsequenzen, die wir nur dann in Kauf nehmen könnten, wenn wir der Überzeugung wären, damit für unsere Kollegen etwas Besseres zu tun. Aber es gibt noch wesentlich bessere und für uns passendere Vergleiche. Zunächst muß man feststellen, daß der Beitrag zur Rentenversicherung 14% des reinen Berufseinkommens beträgt und nicht wie bei uns 7%. Allerdings zahlt der Arbeitnehmer nur die Hälfte, die andere Hälfte muß der Arbeitgeber zahlen. Aus allen Unterlagen, die man kennt, muß entnommen werden, daß der Bundesgesetzgeber an sich den Beitrag zur Rentenversicherung schon längst von 14 auf mindestens 16% hätte anheben müssen, wenn nicht politische Überlegungen ihn daran gehindert hätten.

Aber — und diese Zahlen bitte ich Sie nun sehr genau zu beachten — wenn Sie das System der Rentenberechnung in der Rentenversicherung mit dem unsrigen vergleichen, dann kommen Sie zu der Feststellung, daß der Zuschlag zur Rente aus den eingezahlten Beiträgen des Mitgliedes in die Rentenversicherung im Durchschnitt seiner aktiven Beitragsjahre 10,7% beträgt. Wer zusätzlich zur Pflichtversicherung noch in die Höhrversicherung einbezahlt, erhält für seine Beiträge in die Höhrversicherung bis zum 30. Lebensjahr einen Zuschlag von 20%. Dieser Zuschlag sinkt linear ab. Bereits im 56. Lebensjahr beträgt er nur noch 10%. Ich darf dem entgegenstellen, daß der Zuschlag aus den eingezahlten Beiträgen eines Mitgliedes der Bayerischen Ärzteversorgung vom Beginn bis zum Ende seiner Mitgliedschaft 20% beträgt. Während also die Ergiebigkeit der Beitragsmark eines Mitgliedes der Angestelltenversicherung nur 10,7% beträgt, beträgt sie bei uns 20%. Das ist, glaube ich, der entscheidende Vergleich, auf den es ankommt. Denn hätten wir in der Ärzteversorgung den Zuschlag nicht auf 20% gesteigert, sondern ihn etwa bei 15% stehen lassen, hätten wir derartige Überschüsse, daß wir uns eine nach außen geradezu schillernde, eindrucksvolle Dynamisierung leisten könnten. Ich bin überzeugt, daß viele Kollegen im Lande dann erklären würden, die Ärzteversorgung sei eine hervorragende Einrichtung, sie dynamisiere ihre Renten.

Die wenigsten haben leider erkannt, daß die Dynamisierung bei uns durch die Erhöhung des Zuschlages auf 20% weit über das hinausgeht, was die Rentenversicherung bisher insgesamt zusammen mit der Dynamisierung geleistet hat. Der Stand 1965 lautet also, daß die Renten der Bayerischen Ärzteversorgung in der Ergiebigkeit ihrer Beitragsmark immer noch erheblich über den Renten der Angestelltenversicherung liegen.

Nun lassen Sie mich noch auf einige Vorschläge und Wünsche eingehen, die im Laufe der Jahre an uns herangetragen wurden und mit denen wir uns selbstverständlich sehr eingehend beschäftigt haben. Ein immer wieder geäußerter Wunsch ist der, die Altersgrenze auf das 65. Lebensjahr herabzusetzen und möglichst ab

dem 65. Lebensjahr die Rente zu zahlen, ohne daß das Mitglied verpflichtet ist, seine Berufstätigkeit aufzugeben oder auch nur einzuschränken.

Niemand verbietet uns, einen solchen Beschluß zu fassen. Das möchte ich ausdrücklich betonen. Aber wir müssen uns, bevor wir diesen Beschluß fassen, darüber klar sein, was er kostet. Wir müssen dann also eine genaue Berechnung anstellen. Wir müssen das einbeziehen, was wir ab 1965 automatisch mehr für die Rentenbezahlung aufwenden müssen. Wir werden zu dem Ergebnis kommen, daß diese Mehrkosten nur entweder durch Erhöhung der Beiträge aufgebracht werden können oder durch Senkung der Renten. Nachdem wir weder bereit waren, eine Beitragserhöhung zu beschließen und die Kollegen dafür wahrscheinlich auch gar keine rechte Begeisterung gezeigt hätten, nachdem wir aber andererseits auch nicht bereit waren, die Renten zu senken, haben wir diesen Wunsch bisher immer wieder abgelehnt. Ich glaube, wir sollten uns das auch in der Zukunft sehr ernsthaft überlegen.

Was nützt es denn, wenn der berufstätige Arzt ab 65 nun seine Rente zusätzlich bekommt, dafür aber dann, wenn er berufsunfähig wird, also echt auf die Rente angewiesen ist, auf Jahre hinaus darunter leidet, daß er diese Rente neben seinem Berufseinkommen bezogen hat. Die gleiche Überlegung ist, wenn der betreffende Arzt gestorben ist, für seine Witwe anzustellen, die ebenfalls auf Jahre hinaus von dieser verminderten Rente leben muß.

Auch der Präsident der Versicherungskammer von Englert, den ich schon erwähnte, hat, als alle möglichen Anregungen an ihn herangetragen wurden, in den 20er Jahren einmal erklärt: „Machen können Sie alles, es ist nur die Frage, wieviel Sie zahlen wollen.“ — Daran hat sich bis heute nichts geändert. Das ist eine Äußerung, von der wir sagen können, daß sie über die Jahrzehnte hinweg immer noch gültig ist.

Eine weitere Frage, die immer wieder gestellt wird, ist die: „Warum bekomme ich als alter Arzt mit über 70 Jahren, der ich meine Berufstätigkeit noch fortsetze, die Rente, welche ich nicht bezogen habe, nicht in irgendeiner Form wieder gutgeschrieben?“

Darin steckt ein Denkfehler. Die Gutschrift der Renten, die man nicht bezieht, ist nämlich praktisch gleichbedeutend mit der automatischen Rentengewährung zu irgendeinem Zeitpunkt. Kleine Unterschiede bestehen natürlich. Grundsätzlich ist es aber so. Es wäre dann schon klarer, gleich den Weg der automatischen Rentengewährung zu beschreiten.

Ich darf einfügen, daß einige Ärzteversorgungen des Bundesgebietes diese automatische Rentengewährung ab 65 Jahren haben. Wenn Sie aber Vergleichsberechnungen anstellen und einmal ausrechnen, wie hoch die Rente des Mitglieds ist und wie hoch sie bei uns ist, bei gleicher Höhe der eingezahlten Beiträge, dann kommen Sie zu dem Ergebnis, daß dort die Rente fühlbar niedriger ist als bei uns. Das ist die Kompensation der automatischen Rentengewährung.

Es wurde weiter die Frage der Rechtsstellung des Witwers angesprochen. Wir haben sie in der Form gelöst, wie sie nach den heutigen Rechtsgrundsätzen gelöst werden muß: Es gibt im Moment tatsächlich keine günstigere Regelung. Wir müßten sonst die Frage der

Morbidität, der Invalidität der weiblichen Mitglieder aufwerfen. Das wollen wir natürlich auch nicht tun. Es bleibt also bei der Ihnen bisher bekannten Regelung.

Ein anderes Thema habe ich in der Literatur gefunden, vor allem sehr heftig diskutiert im Jahre 1929. Es war die Frage, ob nicht die Junggesellen in der Bayerischen Ärzteversorgung eigentlich schlecht behandelt werden; denn sie hätten keine Witwe, die sie hinterlassen. Sie müßten genauso die Beiträge bezahlen wie die anderen. Die Wahrscheinlichkeit, daß sie a fonds perdu bezahlt haben, sei außerordentlich groß. In diese Diskussion haben sich seinerzeit vor allem die pfälzischen Ärzte heftig eingeschaltet. Im Vereinsblatt der pfälzischen Ärzte aus dem Jahre 1929 fand ich dazu auch folgende vergnügliche Äußerung, die ich Ihnen nicht vorenthalten kann:

„Junggesellentum ist eine anormale Erscheinung, mögen die zu ihm führenden Motive noch so edel sein. Zudem ist es eine Krankheit, die erfahrungsgemäß oft noch im späteren Mannesalter der Heilung zugänglich ist.“

Noch eine weitere Frage war: Wäre es möglich, die derzeitigen Rentenbezieher mit sehr niedrigen Renten für sich besserzustellen, ohne daß man das Gesamtsystem ändert? Das ist eine Frage, die sicherlich bedeutungsvoll ist; denn im Jahre 1956 z. B. bezogen 38 % unserer Rentenbezieher eine Rente unter 2000 M. Auch diese Frage haben wir lange und eingehend überlegt. Wir müssen aber daran festhalten, daß die Renten nun einmal in einer geordneten und schon seit Jahrzehnten laufenden Versorgungsanstalt das Ergebnis der Beitragszahlungen sind. Es war das Optimum dessen, was wir tun konnten, daß wir die Einzahlungen in der Reichsmarkzeit heute voll anrechnen. Wir halten es aber nicht für möglich, isolierte Rentenanhebungen vorzunehmen, sondern wir sind der Meinung, daß die Versorgung dieser Kollegen — ich habe darüber schon gestern gesprochen —, die heute tatsächlich nicht von ihrer Rente leben können, nur über die Hilfsmaßnahmen von Kammer und KV erfolgen kann, aber nicht im Rahmen der Versorgungsanstalt.

Ich muß — nicht als Vorwurf gegen die alten Kollegen, das sage ich ausdrücklich, sondern nur zur sachlichen Berichterstattung — darauf hinweisen, daß im Jahre 1929, in einer Zeit, von der seinerzeit Kerschenssterner in einem Vortrag von dem Bayerischen Ärztetag sagte: „Uns Ärzten geht es heute wirtschaftlich wieder sehr gut; wir können wieder etwas ansammeln.“ 32%, also rund  $\frac{1}{3}$  aller Mitglieder, haben 1929 nur den Mindestbeitrag von 320 Mark einbezahlt. Im Jahre 1933 war der Durchschnittsbeitrag aller Mitglieder der Anstalt — also der schlechten und guten Zahler — genau 399 Mark, also 79 Mark mehr als der Mindestbeitrag. Aus diesen Beiträgen konnten in den 50er Jahren keine ausreichenden Renten erwachsen.

Diese niedrigen Beitragszahlungen — das möchte ich ausdrücklich noch einmal betonen — kann man den Kollegen, die seinerzeit aktive Mitglieder waren, nicht vorwerfen; denn die Tendenz der Versorgungsanstalt und die Tendenz unserer Standesführung war die, daß die Versorgungsanstalt der Ärzte nicht schlechthin Versorgungsanstalt sein sollte, sondern eine der Versorgungsmaßnahmen, vor der alle anderen im Bereich der Privatwirtschaft zu rangieren hatten. Aber — ich

darf auch das noch einmal unterstreichen, obwohl ich es schon vorhin sagte — ein Ausgleich der Konsequenzen aus diesen niedrigen Beitragszahlungen durch partielle Rentenerhöhungen kann nicht sein. Wir müssen uns hier auf Kammer und KV beschränken.

Was ist nun aus dieser unserer standespolitischen Tendenz der Vorkriegszeit geworden? Wenn man nachliest, so war die Reihenfolge der Empfehlungen: „Du mußt sparen — du kannst Aktien kaufen — du kannst Obligationen sonstiger Art erwerben.“ Der Pfandbrief stand damals schon in hohem Ansehen. Auch Hausbesitz wurde teilweise erworben, Lebensversicherungen in beachtlicher Höhe wurden von den Kollegen abgeschlossen. Alles das in Konsequenz der damaligen Standesauffassung. Das bittere Erwachen kam leider erst nach der Währungsreform des Jahres 1948, als unsere Kollegen in großer Zahl vor den Trümmern ihrer privatwirtschaftlichen Vorsorgemaßnahmen standen und plötzlich nur noch eine einzige Versorgung da war, nämlich die der Bayerischen Ärzteversorgung, die durch zu niedrige Einzahlungen seinerzeit leider auch nicht in der Lage war, von einer minimalen Versorgung zu einer Vollversorgung zu gehen. Ich möchte ausdrücklich, um nicht mißverstanden zu werden, betonen, daß wir die Grundsätze der Privatwirtschaft voll anerkennen und bejahen. Wir wollen weder in unserer Berufsausübung noch in unserer Vorsorge für Berufsunfähigkeit und Alter sozialisiert werden.

Die Vorsorge für Berufsunfähigkeit, für Alter und für die Hinterbliebenen kann aber der einzelne von uns nicht mehr bewältigen. Hierzu brauchen wir den genossenschaftlichen Zusammenschluß. Wir brauchen die Standessolidarität, das gemeinsame Planen und Handeln, wenn wir es aus eigener Kraft und ohne Inanspruchnahme von Steuergeldern der Öffentlichkeit schaffen wollen. Dazu bedarf es aber eines ständigen und nie erlahmenden Einsatzes der verantwortlichen gewählten Vertreter der Ärzteschaft. Dazu wünschen wir uns Anregungen, Kritik, aber auch Vertrauen aus der Mitte unserer Kollegen und dazu erwarten wir als freier, auf sich gestellter Berufsstand das Verständnis und die Unterstützung des Staates in Legislative und Exekutive.

### Korreferat

Von Dr. K. Dehler, MdL

Es ist natürlich eine schwierige Aufgabe, nach dem sowohl inhaltlich als auch in der Art der Darstellung vorzüglichen Referat von Herrn Kollegen Sewering noch in einem Korreferat wesentliche Gesichtspunkte aufzuzeigen, schon deshalb, weil der Begriff Korreferat ein wenig fehl angebracht ist, denn es gibt glücklicherweise gerade in diesem Bereich unserer sehr intensiven und langfristigen Zusammenarbeit weder Differenzen noch generationsspezifische Probleme.

Ich will mich daher auch im Interesse Ihrer Zeit auf einige wesentliche Gesichtspunkte beschränken.

Auch ich bedauere sehr, daß die heutige Diskussion schon deshalb ein wenig neben der Erwartung liegen muß, weil das vor über einem Jahr vom Landesauschuß der Ärzteversorgung bestellte Gutachten des führenden Versicherungsmathematikers Dr. Heubeck — vielleicht auch wegen der Schwierigkeit der Materie — noch nicht vorliegen kann. Wir werden deshalb

heute weniger zu neuen Ufern schreiten, als eine Bestandsaufnahme vornehmen können.

Zum zweiten möchte ich hier etwas deutlicher ansprechen, als Herr Kollege Sewering dies tat, der unter selbstverständlicher Zurückhaltung hier vorsichtig formulierte: Ich bedaure außerordentlich, daß gerade bei unseren zahnärztlichen Kollegen die Frage der Ärzteversorgung aus mehr innerständischen Gründen wesentliches Argument der berufspolitischen Auseinandersetzung wurde und damit eine Flut von Schrifttum erzeugte, das nicht immer zugunsten der Anstalt und der in und für sie Tätigen gewertet werden kann. Ich glaube, daß es nicht sehr glücklich ist, wenn wir durch Fehlinterpretationen der Wirkungen und des Inhalts einer Anstalt, die wir uns selbst geschaffen haben, ein in diesem Falle ungutes allgemeines politisches Interesse erwecken, das auf Mißverständnisse zurückzuführen ist und solche fortgebärend erzeugen kann.

Die Stabilität und die Leistungskraft der Bayerischen Ärzteversorgung ist von drei wesentlichen Faktoren abhängig. Einmal vom ewigen Neuzugang, das heißt von der selbstverständlichen Voraussetzung, daß die steigende Zahl jüngerer Kollegen sich für die Ärzteversorgung, für eine Mitgliedschaft dort ab ovo entscheidet. Zum zweiten ist sie abhängig von der Konkurrenzfähigkeit der Anstalt gegenüber allen gleichartigen oder ähnlichen Versicherungseinrichtungen, und zum dritten vom Bewußtsein aller Mitglieder, daß das in der Ärzteversorgung angelegte Geld als gut angelegtes Geld betrachtet werden kann.

Man geht natürlich in den versicherungsmathematischen Berechnungen und auch in der Bilanz vom sogenannten ewigen Neuzugang aus. Man kann etwa statistisch erforschen, wie groß die Gesamtzahl der Kollegen im Jahre 2000 sein wird. Man kennt den zunehmenden Trend des Zustromes zum ärztlichen Beruf, zu den drei Berufen, die in der Anstalt vertreten sind. Man kennt auch die steigende Beschäftigungszeit und die Beschäftigungsdauer der nachwachsenden Ärzte in einer abhängigen, also Angestelltentätigkeit.

Diese Tatbestände sind aber keineswegs selbstverständlich; ich möchte besser formulieren: bleiben dann nicht selbstverständlich, wenn nicht die gesamte Versicherungspolitik unseres Standes und unserer Anstalt darauf gerichtet ist, den jüngeren Kollegen die Entscheidung für die Ärzteversorgung als etwas fast Selbstverständliches auch in der Zukunft erscheinen zu lassen.

Herr Präsident Sewering hat mich gebeten, mit einigen Worten auf das einzugehen, was sich im Jahre 1957 tat. Zwischen der zweiten und dritten Lesung des Angestellten-Versicherungsneuregelungsgesetzes gelang es — das ist auch in der parlamentarischen Demokratie nicht häufig — einer kleinen Gruppe von Standespolitikern, in geschickter Darlegung der Notwendigkeiten gegen einen versicherungspolitischen Kollektivtrend die Gleichberechtigung unserer Standesversorgungsanstalt dadurch durchzusetzen, daß durch die Einfügung eines einzigen Halbsatzes der Gesetzgeber eine für die Zukunft bedeutsame Entscheidung fällt.

Diese Entscheidung war nicht eine Zufallsentscheidung, sondern das Ergebnis eines wochenlangen sehr harten Kampfes. In diesen Februartagen 1957 fiel die Entscheidung über die Bayerische Ärzteversorgung. Denn, wenn dieser bewußte Absatz nicht hinein-

gekommen wäre, wären nunmehr schon 8 Jahre lang angestellte Kollegen nicht mehr Mitglieder der Ärzteversorgung geworden, sondern hätten Anwartschaften in der Angestelltenversicherung erwerben müssen, Anwartschaften, die dann die Frage einer späteren Doppelbelastung — mit der Angestelltenversicherung plus Ärzteversorgung — zu verfassungsrechtlichen Auseinandersetzungen getrieben hätten.

Diese wären, weil die Prämissen anders gewesen wären, sicherlich nicht so glatt über die Bühne gegangen wie gewisse Verfassungsklagen in letzter Zeit. Nur die Tatsache, daß es den angestellten Kollegen vom ersten Tag der Tätigkeitsaufnahme an möglich ist, sich von der Angestelltenversicherung befreien zu lassen und mit vollen Beiträgen in die Ärzteversorgung zu gehen, sichert auf die Dauer Leistungsfähigkeit und Bestand der Anstalt.

Wir konnten diese Schlacht im Jahre 1957 zweimal gewinnen, einmal beim Gesetzgeber und zum zweiten bei den Kollegen selbst. Für mich war es eine der größten Befriedigungen berufspolitischen und allgemeinpolitischen Wirkens, miterleben zu können, daß rund 98% der angestellten Kollegen unserem Rat folgten, nicht in die Angestelltenversicherung zu gehen, sondern sich zur Solidarität der Standesversorgung bekannten.

Es sind nur 8 Jahre ins Land gegangen. Aber die Dinge sehen heute ein wenig anders aus. Vor wenigen Monaten hat der Deutsche Bundestag die sog. Härtenovelle, ein Änderungsgesetz zum Angestelltenversicherungsgesetz, verabschiedet, das auch für die akademischen Angestellten wesentliche Vergünstigungen enthält. Einmal wurden — ich will auf die Einzelheiten nicht eingehen — die Anrechnungsmöglichkeiten für Schul- und Studienzeiten wesentlich verbessert; das heißt, der angestellte Akademiker, der Mitglied der Angestelltenversicherung wird, gewinnt einige Jahre dazu, die ihm beitragslos für die späteren Rentenansprüche anerkannt werden. Zum zweiten wurde die Pflichtversicherungsgrenze von 1250 DM auf 1800 DM Monatseinkommen erhöht. Das bedeutet, daß nunmehr fast alle angestellten Kollegen die 5 Jahre in einer versicherungspflichtigen Tätigkeit unter der Angestelltenversicherungsgrenze erleben werden, die die Voraussetzung zur späteren freiwilligen Weiterversicherung in der Angestelltenversicherung ist. Deutlich erkennbar ist auch der Trend, für die Zukunft die freiwillige Weiterversicherung in der Angestelltenversicherung von kürzeren Pflichtversicherungszeiten abhängig zu machen. Dies verbunden mit einer weiteren Öffnung der Angestelltenversicherung für alle Berufskreise, also auch die freien Berufe.

All das, kurz zusammengefaßt, ergibt: Die Auseinandersetzungen im Konkurrenzkampf zwischen Ärzteversorgung auf der einen Seite und Angestelltenversicherung auf der anderen Seite, sind wesentlich härter geworden. Und die Möglichkeiten, sich nicht zugunsten der Ärzteversorgung, sondern zugunsten der Angestelltenversicherung zu entscheiden, sind einfacher und leichter, wenn die Ärzteversorgung nicht in vollem Umfang konkurrenzfähig bleibt. Denn: Kippt der heute angedeutete Trend der angestellten Kollegen, sich vom ersten Tag an zur Ärzteversorgung zu bekennen und sich von der Angestelltenversicherung befreien zu lassen um — und solche psychologischen Trends sind

schnell erzeugt —, dann ist die verfassungsrechtliche Grundvoraussetzung der Pflichtversicherung bei der Ärzteversorgung auch für die angestellten Kollegen rasch in Frage gestellt. Betrachten Sie es bitte als eines der wesentlichen Anliegen meiner Ausführungen, diese klare Entscheidung des Jahres 1957 zur kontinuierlichen Entscheidung für den Rest dieses Jahrhunderts und darüber hinaus zu gestalten. Das ist uns von der heutigen Generation aus, die wir die angestellten Kollegen vertreten, eine besondere Verantwortung.

Die Entscheidung zugunsten der ÄV konnten wir durch die Lösung einiger wesentlicher Probleme erleichtern. Durch ein vom bayerischen Marburger Bund erstrittenes höchstinstanzielles Urteil wurde eine Lücke in der Gesetzgebung dahin gehend geschlossen, daß die einmal ausgesprochene Befreiung von der Angestelltenversicherung zugunsten der Ärzteversorgung auch dann bestehen bleibt, wenn der angestellte Kollege aus den weißblauen Grenzpfählen emigriert und in einem anderen Bundesland damit wieder angestelltenversicherungspflichtig wird. Damit ist das Problem der Freizügigkeit der angestellten Kollegen unter Beibehaltung ihrer Versicherungsmöglichkeit bei der Bayerischen Ärzteversorgung eindeutig gelöst worden.

Auf die zweite Frage, nämlich die Frühinvalidität, ist auch Herr Präsident Sewering schon eingegangen. Ich möchte mich darauf beschränken, zu sagen, daß die vor wenigen Jahren begonnene Entwicklung in der Sitzung des Landesausschusses der Ärzteversorgung vor wenigen Wochen einen krönenden Abschluß darin fand, daß das Höchstjahresruhegeld bei bestimmten Voraussetzungen nunmehr in der Frühinvaliditätsregelung auf 8400 DM festgelegt wurde.

Das dritte Problem, nämlich die Frage der Nachversicherungsmöglichkeit der wissenschaftlichen Assistenten, der sog. Widerrufsbeamten, statt bei der Angestelltenversicherung bei der Ärzteversorgung, konnte leider noch nicht gelöst werden. Ich möchte das in wenigen Worten umreißen: Die wissenschaftlichen Beamten an den Hochschulen sind, abgesehen von den Ordinarien, Widerrufsbeamte. Wenn sie aus dem Beamtenverhältnis ausscheiden, muß der Staat, also der Arbeitgeber, sie für die Zeit ihrer Beamten-tätigkeit nachversichern, als ob sie Angestellte gewesen wären. Diese Nachversicherung, die über Jahre und sogar Jahrzehnte währen kann, fließt leider in die Kasse der Angestelltenversicherung, und es gibt noch keine Möglichkeit, diese sehr erheblichen Beträge — Arbeitgeber- und Arbeitnehmeranteil — von der Angestelltenversicherung in die Ärzteversorgung zu transferieren.

Als viertes sollen Sie wissen, daß das Geld in der Ärzteversorgung gut angelegt ist. Herr Präsident Sewering ist mit Recht schon darauf eingegangen, daß das offene Deckungsplanverfahren, das wir im Augenblick zur versicherungsmathematischen Grundlage haben, wohl das beste und sicherste Verfahren ist. Wir bekennen uns dazu uneingeschränkt. Gegen jedes andere, sicher technisch und mathematisch mögliche, aber versicherungspsychologisch bedenkliche Verfahren haben wir ernste Bedenken. Denn in einer Versicherung, in der nicht der Steuerzahler oder der Staatssäckel als Garant im Hintergrund steht, ist es gerade für die jüngeren Mitglieder von unerhörter Bedeutung, zu wissen, daß die von ihnen angelegte Beitragsmark später

einmal nach Jahrzehnten gewiß auf Heller und Pfennig wieder als Ruhegeldleistung zurückfließen kann.

Die Unabhängigkeit der Anstalt hinsichtlich des Ablehnens von Staatszuschüssen — die ja, nebenbei gesagt, sowieso nicht kommen — scheint mir von ebenso großer Bedeutung zu sein. Denn der Satz, daß der Staat überall, wo er mitzahlt, auch mitbestimmt — ja nicht nur mitbestimmt, sondern bestimmt —, gilt im Bereich des Versorgungswesens in ganz besonderem Umfang. Herr Kollege Sewering hat vorhin das offene Deckungsplanverfahren als das teuerste bezeichnet. Hier können einige Mißverständnisse des Inhalts auftreten, daß das „teuer“ auch hinsichtlich des Verwaltungsaufwands verstanden werden könnte. Dem ist natürlich nicht so, und sicher war das auch nicht so gemeint. „Teuer“ kann nur so verstanden werden, daß die notwendige Rücklagensumme, also das aufgesparte Kapital, den größten Umfang erreichen muß. Hinsichtlich des Verwaltungsaufwands und der Gestaltungsfähigkeit der späteren Ruhegelder, bezogen auf die früheren Beitragsleistungen, möchte ich dieses Verfahren sogar als das billigste, gewiß aber als das gerechteste bezeichnen.

Es wird sehr viel vom berühmten Julisturm, der runden halben Milliarde, gesprochen, die das Vermögen der Ärzteversorgung derzeit beträgt, das noch weiter steigen wird und steigen muß. Sehen wir die Dinge aber doch auch einmal von der anderen Seite: Ist es nicht ein unerhörter wirtschaftspolitischer Faktor, daß die bayerischen Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte sich in die Lage versetzt haben, über einen Kapitalstock zu verfügen, mit dem man im Bereich der allgemeinen Finanzwirtschaft recht beachtlich operieren kann und der einen nicht zu verachtenden Machtfaktor darstellt? Die Tatsache, daß wir das Versorgungswerk, das Wohnbauwerk, das Kreditwesen ausbauen konnten, geht allein darauf zurück, daß die bayerischen Ärzte über einen beträchtlichen Kapitalstock verfügen. Zur Sorge, daß ein eventueller Währungsschnitt böse Einbrüche bringen könnte, möchte ich nur sagen: Wir haben die Währungsreform von 1948 in der Umstellung Reichsmark/D-Mark 1:1 überstanden. Ich kann Sie versichern, daß die Anlage unserer jetzigen Vermögenswerte dank einer richtigen Anlagepolitik der Verwaltung der Anstalt gewiß noch sicherer als 1947 ist. Wir können aus dieser Perspektive allen währungspolitischen Entwicklungen mit großer Ruhe entgegensehen.

Zum Einwand der mangelnden Dynamisierung hat der Herr Präsident schon Stellung genommen; deshalb nur wenige Bemerkungen. Dynamisierung bedeutet — daß wir in der Terminologie klar sind — die starre Bindung der Rente bzw. des Ruhegeldes an die Schwankungen des Durchschnittsverdienstes.

Eine solche Lösung ist in der Bayerischen Ärzteversorgung, gleichgültig, welches Versicherungssystem man nimmt, deshalb unmöglich, weil niemals Vater Staat mit jährlichen Zuschußbeiträgen im Hintergrund steht, es sei denn um den Preis des Verlusts der Freiheit der Anstalt. Die Angestellten- und Arbeiterrentenversicherung erhalten jetzt schon 9 Milliarden Mark im Jahr aus der Bundessteuerkasse. Es ist nicht denkbar und wohl auch nicht zu wünschen, daß wir eine ähnliche Entwicklung eröffnen. Wohl aber — und das scheint mir

berechtigt zu sein — ist einzuwenden, daß der Kaufkraftschwund auf die Dauer insbesondere bei Beziehen von Ruhegeldleistungen über längere Dauer nicht aufgefangen werden kann. Ich weiß, daß eine gewisse „Dynamisierung“ dadurch auch in der Ärzteversorgung gegeben ist, daß sich die Durchschnittseinkommen sowohl der freiberuflichen als auch der angestellten tätigen Ärzte natürlich an der allgemein wirtschaftlichen Entwicklung orientieren und damit durch steigende Beiträge auch später größere Rentenerwartungen gegeben sind. Richtig ist, daß nach dem jetzigen System allerdings im Augenblick der Ruhestandsversetzung die Rente starr bleibt, es sei denn, allgemeine Erhöhungen des Steigerungssatzes würden sie erhöhen. Aber da sind wir an einer gewissen Grenze angelangt. Daher stehen wir Überlegungen, durch Verwendung des sog. Überzinses, der Differenz zwischen Rechnungszinsfuß und dem Nettozins — im Augenblick rund 1%, in Zahlen 5 Millionen DM im Jahr — zu einer Erhöhung der Ruhegelder zum Ausgleich des Kaufkraftschwunds zu kommen, positiv gegenüber.

Wir sind der Meinung, daß bei einer im Augenblick bel ungefähr 15 Millionen Mark liegenden jährlichen Gesamtversorgungsleistung und einem Überzins von im Augenblick 5 Millionen DM nur ein Teil des Überzinses dazu verwendet werden muß, und ein erheblicher Teil, in eine Sicherungsrücklage gelegt, für die weitere Zukunft die Gewährung von Kaufkraftschwundausgleichsleistungen ermöglichen wird. Damit ist eine Kompensation des Kaufkraftschwunds für eine sehr erhebliche Zeitdauer ohne die Notwendigkeit möglich, die Axt an die Wurzel der versicherungsmathematischen Sicherheit unserer Anstalt zu legen.

Herr Präsident Sewering ist auch auf den zweiten großen Einwand eingegangen, nämlich die angeblichen Minimalrenten, besonders die Witwenrenten. Wir müssen zugeben, daß hier eine bedauerliche Situation bei manchen Kollegen und Kolleginnen gegeben ist.

Auch wir sind der Meinung, daß es weder denkbar noch möglich ist, dieses temporäre Problem — denn in spätestens 10 oder 20 Jahren wird es ausgestanden sein, weil heute alle jüngeren Kollegen sehr früh viel einbezahlen und die etwas älteren Kollegen durchaus erkannt haben, daß es sich lohnt, in die Ärzteversorgung viel einzuzahlen — durch Änderungen in der Struktur der Anstalt lösen zu wollen. Es wird vielmehr in solidarischem Zusammenstehen über die Versorgungswege der Kassenärztlichen Vereinigung und den Sozialfonds der Kammer kompensiert werden können und müssen.

Wie soll es nun weitergehen? Wir meinen, daß man ohne Not und ohne wirklich überzeugende Argumente von dem über lange Jahrzehnte bewährten und die Währungsreform gut überstandenen System der Anwartschaftsdeckung oder — synonym — des offenen Deckungsplanverfahrens nicht abgehen sollte. Wir werden gern und gründlich die Darlegungen in dem hoffentlich bald erscheinenden Gutachten Dr. Heubeck prüfen. Aber die Rede „keine Experimente!“ hat für uns hier besondere Bedeutung.

Wir sind bereit — ich habe Ihnen das dargelegt —, die Frage der Kompensation des Währungsverfalls über eine Zulage aus Überzinsen eingehend zu prüfen. Wir meinen, daß es nötig ist, auch in der Satzungs-

struktur der Anstalt in näherer oder fernerer Zukunft gewisse Formen, die noch aus der Zeit der Jahre zwischen 1933 und 1945 stammen, durch eine stärkere Demokratisierung der Anstalt, d. h. durch einen stärkeren Einbau der Berufsstände in die Verwaltung der Anstalt, zu ersetzen. Dies ergibt sowohl mehr Elastizität als auch eine Verbreiterung der Verantwortung.

Es ist unbedingt nötig, nach den Möglichkeiten, die uns die Satzung bietet, die Steuerfreiheit der Anstalt zu sichern. Denn es wäre eine *contradictio in adjecto*, wenn Beitragsmittel aus der Ärzteversorgung in den Moloch des Steuertopfs fließen, um anderen Anstalten über Staatszuschüsse wieder zugute zu kommen.

Ich glaube, ich kann Ihnen hier mit hinlänglicher Wahrscheinlichkeit voraussagen, daß es auf dem Weg der politischen Entwicklung wohl noch in dieser Legislaturperiode des Deutschen Bundestags möglich sein wird, den augenblicklichen Höchstbeitragsatz für die Körperschaftsteuerfreiheit von der doppelten Höhe der Angestelltenversicherungshöchstbeiträge zu trennen. Gute Argumente dafür hat der Herr Präsident schon vorgetragen. Ich möchte also sagen: Hier bitte keine Panik! Wir möchten auch für die Zukunft die Solidarität der Generationen im Berufsstand gesichert wissen, schon aus der sehr einfachen Überlegung, daß die Jüngeren von heute die Älteren von morgen sein werden. Das war uns von jeher nicht eine leere Phrase, sondern echtes versicherungsmathematisches Anliegen, daß der Steigerungssatz von 20% für den Beitrag des 26jährigen Medizinalassistenten wie für den 65jährigen niedergelassenen Kollegen linear ist und nicht, wie in der Höherversicherung der Rentenversicherung, zwischen 22% und 10% schwankt. Das ist ein Beweis dafür, daß die jüngere Generation in dieser Anstalt die Solidarität und die berufsständische Gemeinsamkeit uneingeschränkt bejaht.

Glücklicherweise komme ich nicht mit ganz leeren Händen aus den etwas schwierigen derzeitigen Verhandlungen in und um Bonn zu Ihnen. Im Regierungsprogramm der neuen Bundesregierung steht ein Satz, über dessen Herkunft Sie sicherlich keine langen Überlegungen anstellen müssen: Daß die neue Bundesregierung bemüht sein werde, durch Aufwertung von Alt-lebensversicherungen und Leistungen an vergleichbare Anstalten und durch Starthilfen an berufsständische Versorgungseinrichtungen der berufsständischen Solidarität — ich simplifiziere jetzt — auf die Beine zu helfen.

Das ist einstweilen nur ein Programmsatz. Aber aus Programmen kann man gelegentlich Kapital schlagen, hier in des Wortes wahrster Bedeutung. Ich hoffe, daß es in dieser, vielleicht aber erst in der nächsten Legislaturperiode möglich sein wird, über eine solche politische Leistung manche bei uns bestehenden Probleme lösen und die versicherungsmathematische Bilanz weiter verbessern zu können. Eins aber sollten wir uns sehr angelegen sein lassen: Keine Leistungen des Staates um den Preis der Freiheit und Eigenverantwortlichkeit unserer Anstalt!

Lassen Sie mich damit schließen, daß ich Ihnen persönlich versichere, daß die Arbeit für die bayerische Ärzteversorgung für mich eine der befriedigendsten Aufgaben der letzten Jahre gewesen ist. Einmal deshalb, weil ich empfunden habe, daß alle Kollegen un-

bedingt mitgegangen sind, mitgegangen auf dem Weg der Bewahrung der Freiheit einer solidarischen Standeseinrichtung.

Befriedigend war die Arbeit zum zweiten deshalb, weil es gelungen ist, uns auch aus der Minderheits-situation der paar Kollegen — der 15 000 oder 16 000 Ärzte in Bayern oder auch der 20 000, wenn man die Gesamtheit der Mitglieder der Anstalt rechnet — gegenüber den 10 Millionen Einwohnern unseres Landes durchzusetzen. Es ist uns gelungen, beim Landes- und Bundesgesetzgeber fast all die Maßnahmen durchzusetzen, die für den Ausbau und das Fortbestehen unserer Anstalt notwendig sind.

Befriedigt bin ich drittens deshalb, weil es innerhalb des ärztlichen Berufsstandes und seiner Führungsorgane in den Fragen der Ärzteversorgung niemals strukturelle Unterschiede, niemals ein Nebeneinander, sondern immer nur ein Miteinander gegeben hat. Hier möchte ich besonders die ausgezeichnete Zusammenarbeit mit dem Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Kollegen Sewering, erwähnen. Wenn wir in die Zukunft sehen, möchte ich bitten, im bisherigen Geist weiterzuarbeiten, wobei ich das Wort *quidquid agis, prudenter agas et respice finem* — berücksichtige bei jeder Entscheidung die Wirkung und den Ausgang — besonders zu beherzigen bitte.

### Korreferat

Von Senator Dr. Dr. v. Gugel

Die umfassenden Ausführungen meiner beiden Vorredner erlaubten es mir, nur zwei Punkte hervorzuheben, die zur Ergänzung angebracht sein könnten. Vorher möchte ich sagen, daß ich der Bayerischen Ärzteversorgung in der Regel im Bayerischen Senat begegne, der ja der Obergutachter für das Bayerische Verfassungsgericht ist. Wir haben dort in den letzten Jahren verschiedentlich Angriffe gegen die Bayerische Ärzteversorgung abwenden können, von denen man ohne jede Übertreibung sagen kann, daß sie für die Anstalt existenzgefährdend waren. Es ist mir eine besondere Freude, von diesem Ort aus, bei dieser Gelegenheit der jeweils zutage getretenen ausgezeichneten Zusammenarbeit mit der Anstalt zu gedenken. Ich möchte hier den Herren der Anstalt unseren besten Dank für die Zusammenarbeit in diesen sehr heiklen Fragen sagen.

Es ist wieder die „alte Last“ angesprochen worden. Der Herr Präsident hat sehr richtig gesagt: Grundsätzlich ist das Sozialwerk der Kammer und der KV zuständig. Dennoch möchte ich bitten, einen Vorschlag zu erwägen, den ich schon andernorts vorgetragen habe und den ich auch etwas detaillierter der Anstalt schriftlich habe zugehen lassen. Es ist folgendes: Auch in anderen Ländern existiert das gleiche Problem, u. a. in Frankreich. Auch die französischen Ärzte haben eine Einrichtung, die der unseren entspricht und die auch, der Würde des Arztes gemäß, eine eigenständige Einrichtung ist. Dort gibt es gleichfalls Kollegen, die nur eine Minimalrente beziehen und nicht in der Lage sind, von dieser Rente in einer eigenen Wohnung zu wohnen und eine eigene Lebenshaltung zu bestreiten. Für diese Kollegen hat die *Cais de retrait* in Frankreich Altersheime geschaffen; sie heißen natürlich nicht Alters-

heime, sondern „maison de retraite“. Diese Heime sind von der Anstalt erbaut worden, sie sind so ähnlich wie ein Hotel; sie haben Zwei- oder Dreizimmerappartements. Diese Herren zahlen dort 80% ihrer Minimalrente als Miete; dafür wohnen sie dort, leben sie dort. Sie haben sich auch ein eigenes Kulturzentrum geschaffen. Ich habe solche Häuser besichtigt und bin darüber erstaunt gewesen, was für ein ausgezeichnete Geist in diesen Häusern herrscht, die, wenn einmal das Problem gelöst sein sollte, ohne weiteres als Hotels weiterverpachtet werden könnten.

Sie wissen, wir haben jetzt schon in Bayern ähnliche Häuser. Vor einigen Jahren habe ich ein solches Haus in Pullach, das vom Paritätischen Wohlfahrtsverband für Angehörige freier Berufe erbaut worden ist, mit eingeweiht. Dort sind Ärzte, Maler, Schriftsteller, Musiker zusammen und leben in einer neuen Gemeinschaft unter Gleichartigen, in einem sehr anregenden Milieu. Es wäre zu überlegen, ob nicht die Bayerische

Ärzteversorgung gleichfalls derartige Einrichtungen schaffen könnte. Das ist ein Vorschlag, der überlegt werden sollte.

Noch ein anderes: Wir haben bei der Bayerischen Ärzteversorgung immer noch die Bestimmung, daß der Rentenempfänger die Tätigkeit für die RVO-Kassen aufgeben muß. Das stammt aus einer Zeit, in der es noch das Zulassungswesen gab. Ich frage mich, ob diese Bestimmung tatsächlich noch aktuell ist.

Es ist ja das Schöne dieser Anstalt, daß sie anpassungsfähig ist, daß sie sich den verschiedensten Gegebenheiten anpassen kann. Man hat sich damals einer berufspolitischen Notwendigkeit angepaßt, man wollte möglichst vielen jungen Kollegen die Möglichkeit geben, sich niederzulassen. Deshalb hat man das hineingesetzt. Man hat damals mit der Bayerischen Ärzteversorgung Berufspolitik betrieben, aber ich frage mich, ob diese Berufspolitik heute noch aktuell ist.

## Die Bayerische Ärzteversorgung in der Sicht der Statistik, der Versicherungsmathematik und der Versicherungstechnik

Von Regierungs-Direktor Rudolf Nebel

Die Bayerische Ärzteversorgung steht, wie Sie wissen, wiederum einmal im Mittelpunkt lebhafter Auseinandersetzungen.

Veröffentlichungen in der Landes- und Tagespresse, Versammlungen, Anfragen im Landtag, Denkschriften,

Briefe an die Aufsichtsbehörden und an die Anstaltsverwaltung beschäftigen sich mit Ihren Problemen.

Es sind bei dieser Gelegenheit sicherlich viele Dinge gesagt und geschrieben worden, die richtig sind.

Es ist aber auch nicht wenig behauptet worden, was nur Halbwahrheit oder gar Unrichtigkeit bedeutet.

Ich will Ihnen daher im ersten Teil meines Referates statistisches Zahlenmaterial der Anstalt in Schaubildern vorführen; diese Schaubilder mit Zahlenangaben ergänzen, und mit Ihnen Überlegungen anstellen, die es Ihnen ermöglichen, selbst zu beurteilen, wie es derzeit um die Bayerische Ärzteversorgung bestellt ist und warum es mit den von Ihnen gewünschten Leistungsverbesserungen nicht recht vorwärtsgehen will.

Im zweiten Teil meiner Ausführungen werde ich mich mit den wichtigsten Forderungen, die Gegenstand der derzeitigen Auseinandersetzungen sind, beschäftigen. Wenn ich dabei naturgemäß die Argumentation des Statistikers, des Versicherungsmathematikers und Versicherungstechnikers zu vertreten habe, so sagt dies nicht, daß dieser oder jener Wunsch, der sich vom Standpunkt der Mitglieder aus begründen läßt, kein Verständnis finden würde.

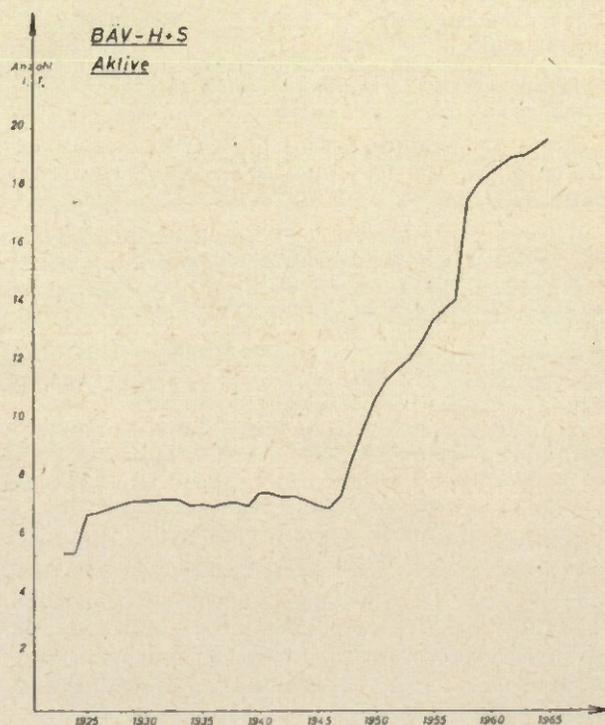
### Teil I

Zunächst ein Blick in die Vergangenheit!

Die Schaubilder, die ich Ihnen jetzt zeigen werde, sind teilweise der kleinen Denkschrift „40 Jahre Bayerische Ärzteversorgung“, die auf Grund eines Landesausschußbeschlusses derzeit an jedes Mitglied der An-

stalt versandt wird, entnommen. Sie sind auf den Schluß des letzten abgelaufenen vollen Geschäftsjahres, nämlich den 31. 12. 1964, ergänzt, so daß ich Ihnen die letzten Zahlenergebnisse vortragen kann.

Ich darf vorwegschicken: was Ihnen vorgesetzt wird, sind klare, nüchterne, statistische Zahlen, keine Wahrscheinlichkeitstheoretischen Berechnungen.



Entwicklung des Bestandes des aktiven Mitgliedes

Der Versicherungsmathematiker versteht unter den „Aktiven Mitgliedern“ alle die Mitglieder, bei denen am Erhebungsstichtag der Versorgungsfall noch nicht ein-

**Bestand der Aktiven  
zu Beginn des jeweiligen Kalenderjahres**

Jahr	H	S	H+S
1923	5 439		5 439
24	5 439		5 439
1925	5 564	1 174	6 738
26	5 641	1 179	6 820
27	5 755	1 229	6 984
28	5 837	1 258	7 095
29	5 909	1 306	7 215
1930	5 892	1 339	7 231
31	5 890	1 378	7 268
32	5 839	1 457	7 296
33	5 828	1 460	7 288
34	5 681	1 406	7 087
1935	5 589	1 527	7 116
36	5 555	1 505	7 060
37	5 562	1 608	7 170
38	5 480	1 717	7 197
39	5 270	1 770	7 040
1940	5 704	1 807	7 511
41	5 621	1 858	7 479
42	5 491	1 876	7 367
43	5 505	1 882	7 387
44	5 405	1 825	7 230
1945	5 295	1 779	7 074
46	5 208	1 760	6 968
47	5 598	1 787	7 385
48	6 791	1 874	8 665
49	7 851	1 920	9 771
1950	8 735	2 022	10 757
51	9 249	2 128	11 377
52	9 500	2 234	11 734
53	9 779	2 266	12 045
54	10 442	2 327	12 769
1955	11 124	2 274	13 398
56	11 549	2 224	13 773
57	11 942	2 151	14 093
58	15 434	2 104	17 538
59	16 084	2 045	18 129
1960	16 442	1 998	18 440
61	16 791	1 942	18 733
62	17 150	1 860	19 010
63	17 285	1 796	19 081
64	17 588	1 727	19 315
1965	17 973	1 653	19 626

getreten ist. Der Bestand der „Aktiven Mitglieder“ deckt sich also im wesentlichen mit dem Bestand der noch berufstätigen Mitglieder.

Er umfaßt im vorliegenden Falle folgende Teilbestände:

1. Trennung nach dem Leistungsplan
  - a) die Mitglieder der Hauptgruppe
  - b) die Mitglieder der Sondergruppe
2. Aufteilung nach dem Berufsstand
  - a) Ärzte
  - b) Zahnärzte
  - c) Tierärzte
3. Auszählung nach dem Geschlecht
  - a) männliche Mitglieder
  - b) weibliche Mitglieder
4. Berufsstellung
  - a) angestellte Mitglieder
  - b) niedergelassene Mitglieder

5. Zahlungspflicht
  - a) beitragspflichtige Mitglieder
  - b) beitragsfreie Mitglieder

Das projizierte Schaubild (S. 980) gibt Ihnen nun einen Überblick über die Entwicklung dieses Bestandes.

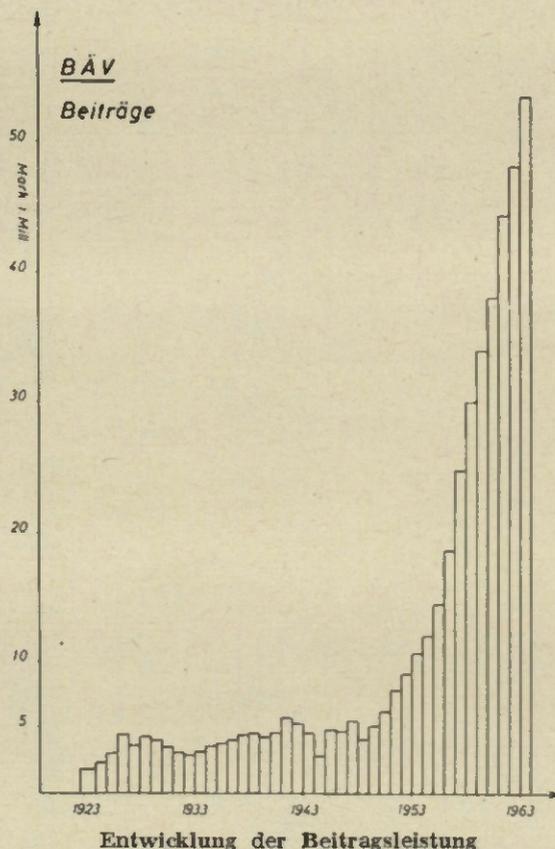
In der waagerechten Linie sind als „Abszisse“ die Rechnungsjahre, beginnend mit dem Tag der Gründung der Anstalt, dem 1. Oktober 1923, aufgetragen.

In der senkrechten Linie sind als „Ordinate“ die jeweils zu Beginn des Rechnungsjahres vorhandenen Mitglieder festgehalten.

Was sagt uns nun dieses Schaubild?

Die Bayerische Ärzteversorgung und die ehemalige Bayerische Dentistenversorgung hatten zusammen einen Gründungsbestand von 5439+1174 = 6613 Mitgliedern. Dieser Bestand veränderte sich in den ersten Jahren bis zum Kriegsende nur unwesentlich: Am 1. 1. 1946 waren 6968 Mitglieder vorhanden. Nach dem Kriege stieg der Bestand rasch an. Am 1. 1. 1957 hatte er sich schon verdoppelt (14093 Mitglieder). In den Jahren 1957 und 1958 mehrte er sich — infolge der Hereinnahme der Medizinalassistenten und der angestellten Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte um 4036 Mitglieder — auf 18 129 Mitglieder. Inzwischen ist er weiter gestiegen: Am 1. 1. 1965 zählte die Anstalt 19 826 Mitglieder. Der Zeitpunkt liegt nicht fern, da die Mitgliederzahl 20 000 überschritten haben wird. Von einer Konstanz der Mitgliederzahl in der Vergangenheit kann somit keine Rede sein.

Ich glaube, man wird nicht fehlgehen, wenn man annimmt, daß die in der Nachkriegszeit besonders in den Jahren 1957 und 1958 beobachtete Entwicklung des Mitgliederbestandes sich nicht noch einmal wiederholen wird.



Die von den aktiven Mitgliedern in den einzelnen Jahren geleisteten Beiträge sind aus dem Schaubild Seite 981 ersichtlich.

Diese Zunahme der Beitragsleistung ging zunächst Hand in Hand mit dem Wachsen des aktiven Mitgliederbestandes — ich darf Sie an das erste Schaubild erinnern.

Sie ist aber — und das ist besonders erfreulich — in gleicher Weise eine Folge der erheblich höheren durchschnittlichen Beitragsleistungen der einzelnen Mitglieder, wie Sie dem obigen Schaubild entnehmen wollen,

Beiträge			
1923	1 804 380.—	1945	2 825 141.—
1924		46	4 801 965.—
		47	4 683 574.—
1925	2 295 408.—	48	5 492 094.—
26	2 978 542.—	49	4 066 747.—
27	4 416 827.—		
28	3 577 561.—	1950	5 101 361.—
29	4 265 257.—	51	6 179 614.—
		52	7 809 055.—
1930	4 008 821.—	53	9 107 276.—
31	3 526 175.—	54	10 653 179.—
32	3 049 691.—		
33	2 874 107.—	1955	12 023 280.—
34	3 132 489.—	56	14 553 843.—
		57	18 629 028.—
1935	3 533 547.—	58	24 722 418.—
36	3 738 923.—	59	29 992 775.—
37	4 027 412.—		
38	4 363 152.—	1960	33 894 695.—
39	4 517 214.—	61	38 009 273.—
		62	44 282 175.—
1940	4 211 881.—	63	47 993 935.—
41	4 552 298.—	64	53 417 704.—
42	5 682 610.—		
43	5 275 063.—	1985	—
44	4 536 720.—		

Durchschnittsbeitrag			
1923	296,33	1945	402,38
1924		46	669,08
		47	583,62
1925	338,61	48	595,80
26	431,55	49	396,21
27	627,39		
28	500,01	1950	460,95
29	590,51	51	534,75
		52	658,78
1930	552,94	53	734,04
31	484,23	54	814,21
32	418,22		
33	399,85	1955	884,98
34	441,07	56	1044,54
		57	1177,88
1935	498,53	58	1386,25
36	525,50	59	1640,29
37	560,61		
38	612,89	1960	1823,57
39	620,84	61	2014,06
		62	2325,01
1940	561,96	63	2499,94
41	613,27	64	2743,45
42	770,31		
43	721,72		
44	634,33		

Während das jährliche Gesamtbeitragsaufkommen in der RM-Zeit nur dreimal die 5-Millionen-Grenze überschritten hat — der Durchschnitt der Jahre 1923 mit 1949 liegt bei nur 3 887 904 RM/DM — stieg es von 5 101 360 DM im Jahre 1950 auf 53 417 704 DM im Jahre 1964.

Während beispielsweise 1933 und 1945 von den Mitgliedern im Durchschnitt rund 400 RM gezahlt wurden, wurden 1964 im Durchschnitt 2743,45 DM an Beiträgen entrichtet, d. i. fast siebenmal soviel.

Dieses Ergebnis ist grundsätzlich eine Auswirkung der Hereinnahme der angestellten Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte und der Steigerung des durchschnittlichen beruflichen Reineinkommens in den letzten Jahren.

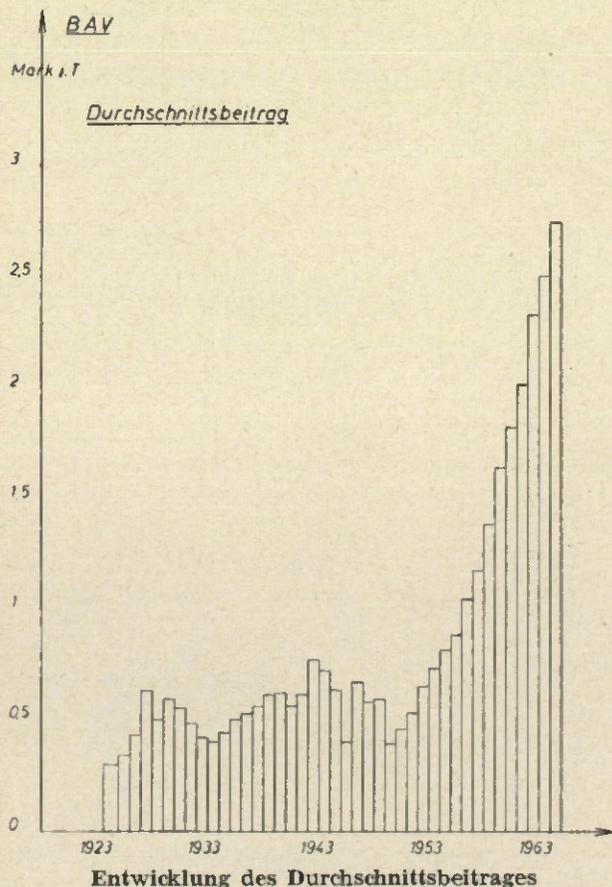
Es kommt aber darin, so möchte ich glauben, zweierlei zum Ausdruck:

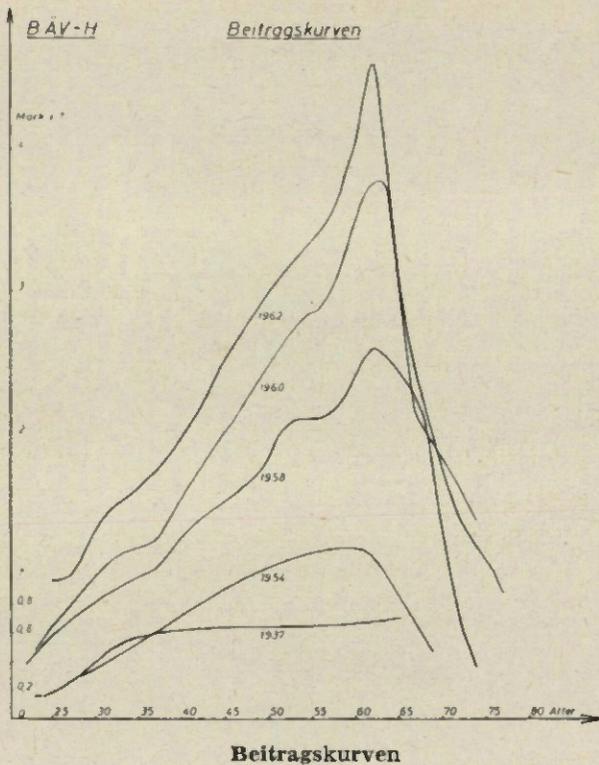
1. Eine grundsätzliche Änderung der Einstellung der Mitglieder zu einer Versorgungseinrichtung nach der Währungsreform überhaupt,
2. das Vertrauen, das die Mitglieder im besonderen der Bayerischen Ärzteversorgung entgegenbringen.

Nach der Absicht der Gründer der Bayerischen Ärzteversorgung sollte die Anstalt lediglich ein Mindestmaß der Versorgung ihren Mitgliedern sicherstellen. Jedem Mitglied sollte ausreichend Spielraum gelassen werden, seine von der Bayerischen Ärzteversorgung gewährleistete Versorgung zu einer ausreichenden Versorgung zu ergänzen durch Bildung von Sparkonten, Erwerb von Wertpapieren oder Grundstücken, Abschluß von Lebensversicherungsverträgen und dergleichen.

Ein Teil der Mitglieder hat bedauerlicherweise daraus die Schlussfolgerung gezogen, daß die Bayerische Ärzteversorgung eine lästige Einrichtung sei, die mit möglichst geringen Beiträgen bedient werden müsse.

Diese Auffassung hat sich mit der Währungsreform geändert. Die Währungsverluste einerseits und die weit über das gesetzliche Umstellungsverhältnis hinaus vor-





genommene Umstellung der in der RM-Zeit bei der Bayerischen Ärzteversorgung erworbenen Rentenansprüche im Verhältnis 1 RM = 1 DM andererseits sowie die noch darüber hinausgehenden Leistungsverbesserungen der Anstalt nach der Währungsreform haben dazu geführt, daß die Mitglieder nunmehr zum überwiegenden Teil in der Bayerischen Ärzteversorgung ihre Hauptalters- und Hinterbliebenenversorgung sehen.

$\bar{B}_x$ (1962)			$B_x$ (1962)		
x	Hauptgruppe	Sondergruppe	x	Hauptgruppe	Sondergruppe
25	970		50	2985	2260
6	980		1	3065	2255
7	1000		2	3145	2280
8	1080		3	3210	2350
9	1200		4	3285	2485
30	1320	1960	55	3355	2625
1	1410	1983	6	3420	2760
2	1470	2010	7	3510	2845
3	1525	2033	8	3630	2835
4	1575	2055	9	3830	2825
35	1620	2050	60	4125	2830
6	1670	1960	1	4340	2865
7	1725	1905	2	4405	2885
8	1800	1960	3	4320	2825
9	1880	2080	4	3800	2580
40	1960	2215	65	3100	2320
1	2060	2330	6	2730	2080
2	2165	2405	7	2460	1825
3	2280	2440	8	2220	1610
4	2405	2432	9	1980	1390
45	2525	2405	70	1760	1190
8	2620	2375	1	1570	930
7	2720	2343	2	1420	810
8	2815	2320	3	1310	810
9	2905	2290	4	1210	890

Das Vertrauen, das der Anstalt damit entgegengebracht wird, ist die Bestätigung für die Richtigkeit des Verhaltens der Verantwortlichen nach der Währungsreform. Es ist überaus erfreulich, verpflichtet aber, alles zu tun, um die Stabilität der Einrichtung zu erhalten.

Auf Grund der geringen Einzahlungen in der RM-Zeit sind selbstverständlich auch nur geringe Anwartschaften erworben worden.

In den letzten 15 Jahren hingegen, also in den Jahren 1950 mit 1964, sind 356 000 000 DM an Beträgen von den Mitgliedern aufgebracht worden. Daraus resultieren rund 70 000 000 DM Anwartschaften auf Ruhegeld und rund 42 000 000 DM Anwartschaften auf Witwengeld, die von der Anstalt bei Eintritt des Versorgungsfalles auf Jahre hinaus zu zahlen sind.

In welchen Altern werden nun diese Beiträge gezahlt?

Ich darf vorausschicken: Vom Standpunkt des Versicherungsmathematikers aus ist es nicht gleichgültig, in welchem Alter die Beiträge geleistet werden. Ein Beitrag, der in jungen Jahren, also in der Zeit, in der die Wahrscheinlichkeit des Eintritts eines Versorgungsfalles sehr gering ist, geleistet wird, kann auf Jahre zinsbringend angelegt werden. Er verdoppelt sich beispielsweise bei einem Zinssatz von

- 4% durch Zinseszinsen in rund 18 Jahren
- 5% durch Zinseszinsen in rund 15 Jahren
- 6% durch Zinseszinsen in rund 12 Jahren.

Er ist somit versicherungstechnisch wertvoller als ein Beitrag, der erst kurz vor Eintritt des Versorgungsfalles gezahlt wird.

Wenn Sie das, was ich soeben gesagt habe, mit dem vergleichen, was Sie hier auf obigem Schaubild sehen, so müssen Sie erkennen, daß die vom Alter der Einzahlung abhängige Beitragskurve ausgesprochen ungünstig ist. Sicherlich gehört es zum Berufsbild, daß die Einkünfte mit der Dauer des Bestehens der Praxis steigen, daß somit die Beiträge mit zunehmendem Alter der Mitglieder anwachsen müssen. Was Sie hier in der Altersgruppe 60 — 84 sehen, ist jedoch nicht ein Ausdruck des Berufsbildes, sondern reiner subjektiv geleiteter Maßnahmen. Denn

1. wird in diesen Altersgruppen wahrheitsgetreuer fatiert. Dagegen wäre an sich nichts einzuwenden, wenn es auch in jüngeren Altern geschehen würde,

2. der Hauptteil der freiwilligen Mehrzahlungen erfolgt gerade in dieser Altersgruppe von 60 — 64 Jahren.

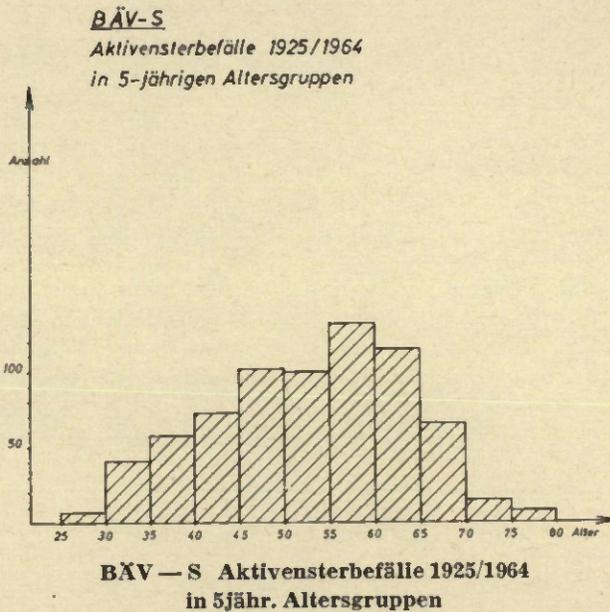
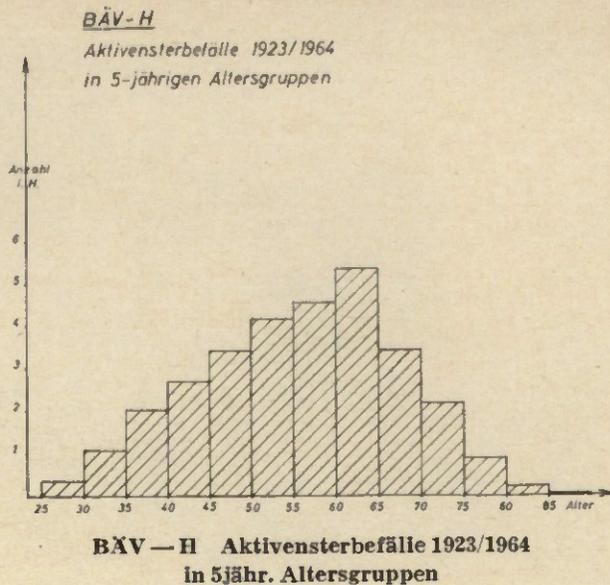
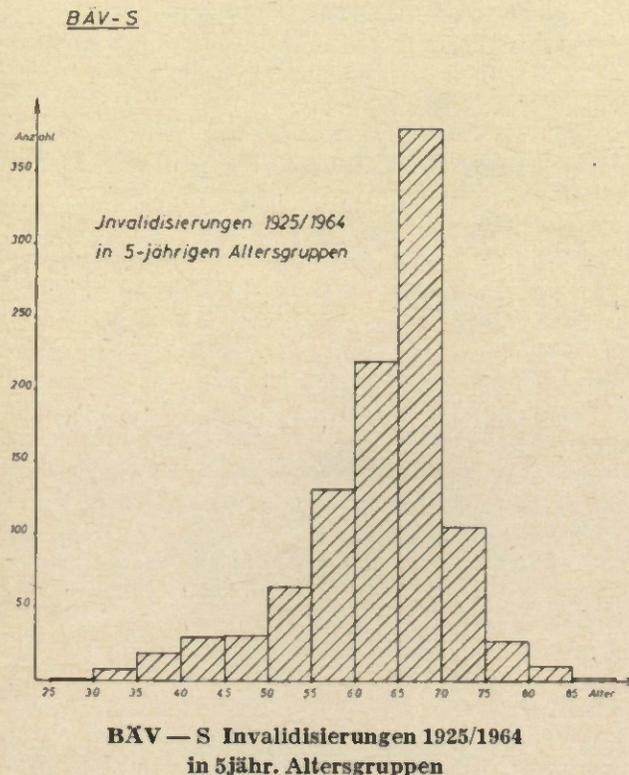
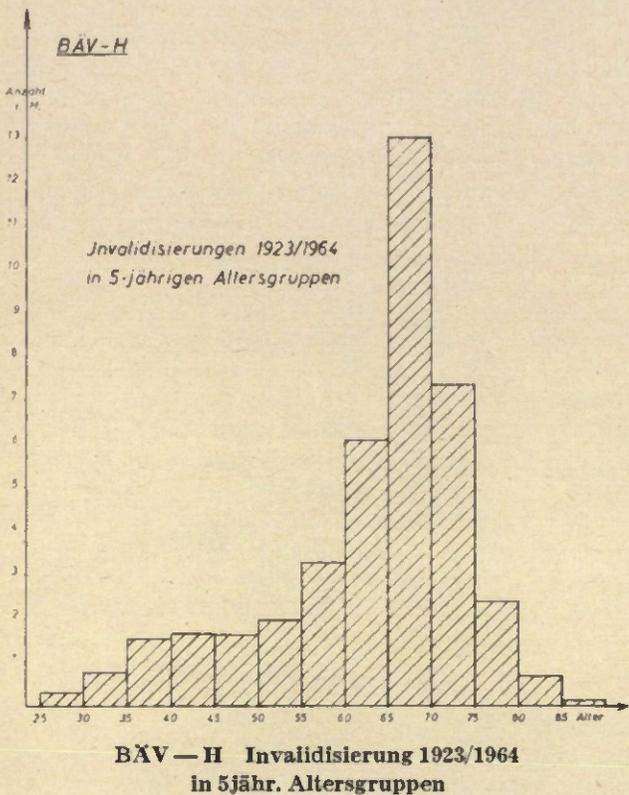
Da aber Beiträge in dieser Altersgruppe versicherungstechnisch weniger wert sind, schadet eine Kopflastigkeit der Beitragskurve einer Verbesserung der Versorgungsleistungen.

Damit darf ich die Besprechung des Bestandes der aktiven Mitglieder und der Beitragsleistungen abschließen und zu den Versorgungsempfängern übergehen. Ich darf folgendes vorausschicken:

Vom 1. 10. 1923 bis zum 31. 12. 1964 gehörten der Anstalt in der Hauptgruppe und in der Sondergruppe 33 054 Mitglieder an.

Am 31. 12. 1964 waren davon noch aktiv 19 626 Mitgl. = 59% Vor Eintritt des Versorgungsfalles schieden aus 4 542 Mitgl. = 14% Das Ruhegeld nahmen in Anspruch 5 119 Mitgl. = 16% Als aktive Mitglieder verstarben 3 767 Mitgl. = 11%

In diesen Zahlenangaben zeigt sich deutlich, daß das Ruhegeld immerhin mehr in Anspruch genommen wird, als gemeinhin angenommen wird. Mit zunehmender Eigenkapitalbildung und steigendem Versorgungsanspruch ist damit zu rechnen, daß das Ruhegeld darüber hinaus häufiger in Anspruch genommen wird. Denn die Inanspruchnahme des Ruhegeldes ist eine Funktion der allgemeinen und persönlichen wirtschaftlichen Verhältnisse.



Es trifft auch nicht zu, daß Berufsunfähigkeit vor dem vollendeten 65. Lebensjahr kaum auftritt, was Sie leicht aus den ersten zwei Schaubildern entnehmen können.

Das durchschnittliche Invalidisierungsalter der Ärzte beträgt 63,3 Jahre.

Die Altersverteilung derjenigen Mitglieder, die aus dem aktiven Berufsleben heraus verstorben sind, ergibt sich aus den beiden folgenden Schaubildern.

Durchschnittliches Sterbealter aktiver Ärzte: 56,3 Jahre. Die Anstalt muß also damit rechnen, daß sie in nicht wenigen Fällen an relativ junge Mitglieder und deren Hinterbliebene die Versorgungsleistungen zu erbringen hat. Und die Mitglieder selbst sollten aus den Ihnen vorgetragenen Gegebenheiten die Schlußfolgerung ziehen, mit dem Aufbau ihrer Versorgung so früh wie möglich zu beginnen, in ihrem ureigensten Interesse als auch im Interesse ihrer Hinterbliebenen.

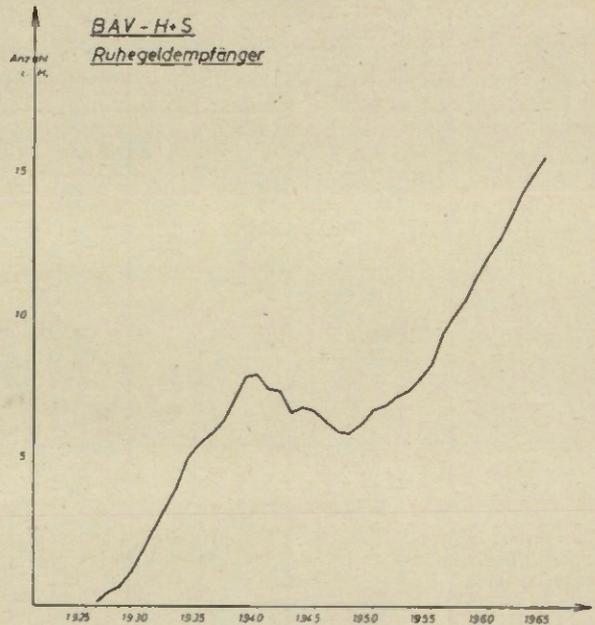
Nun darf ich Ihnen den bisherigen Verlauf der Bestandsentwicklung der Ruhegeldempfänger zeigen.

Ruhegeldempfänger			
Jahr	H	S	insgesamt
1925			
26	12		12
27	47		47
28	64		64
29	110	6	116
1930	179	8	187
31	231	32	263
32	284	54	338
33	332	78	410
34	420	95	515
1935	462	106	568
36	490	112	602
37	515	129	644
38	573	152	725
39	647	156	803
1940	641	169	810
41	602	158	760
42	586	166	752
43	494	182	676
44	477	217	694
1945	454	229	683
46	426	217	643
47	416	195	611
48	406	196	602
49	427	206	833
1950	477	206	683
51	499	201	700
52	519	212	731
53	542	209	751
54	590	205	795
1955	619	225	844
56	714	236	950
57	773	241	1014
58	826	242	1068
59	901	250	1151
1960	963	256	1219
61	1018	260	1278
62	1069	287	1356
63	1134	308	1442
64	1185	322	1507
1965	1225	341	1566

Der Bestand der Ruhegeldempfänger beginnt am 1. 10. 1923 mit Null, steigt bis zum 1. 1. 1940 auf 810, sinkt dann ab bis zum 1. 1. 1948 auf 602. Vom 1. 1. 1948 steigt er wieder stetig an. Am 1. 1. 1965 hat er die Zahl 1566 erreicht. Bis zum Kriegsbeginn stieg also die Zahl der Ruhegeldempfänger. In der Kriegs- und Nachkriegszeit bis zur Währungsreform ging sie zurück. Seit der Währungsreform ist sie wieder im stetigen Wachsen begriffen.

Das Ansteigen der Rentenempfänger ist vollkommen normal. Der Rückgang während des Krieges (siehe Schaubild) bis zur Währungsreform ist jedoch nur erklärlich mit dem Mangel an Ärzten, dem „totalen Kriegseinsatz“, dem verständlichen Bestreben der Mitglieder, die Praxis ihren im Kriegseinsatz stehenden Söhnen zu erhalten, sowie der Furcht vor der drohenden Währungsumstellung.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei den Witwen.



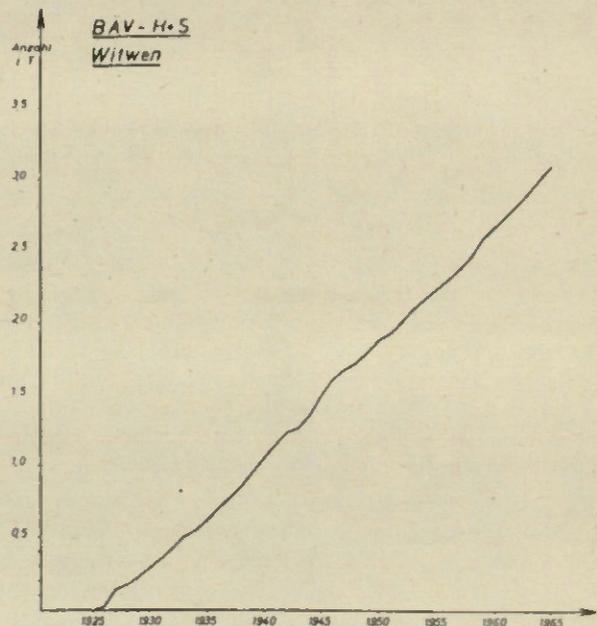
Entwicklung des Bestandes der Ruhegeldempfänger

Die Zahl der zu Beginn der einzelnen Rechnungsjahre vorhandenen Witwen steigt von Jahr zu Jahr.

Das Kurvenbild ist, man könnte fast sagen, wie mit dem Lineal gezogen. Man sieht keine abnormen Schwankungen.

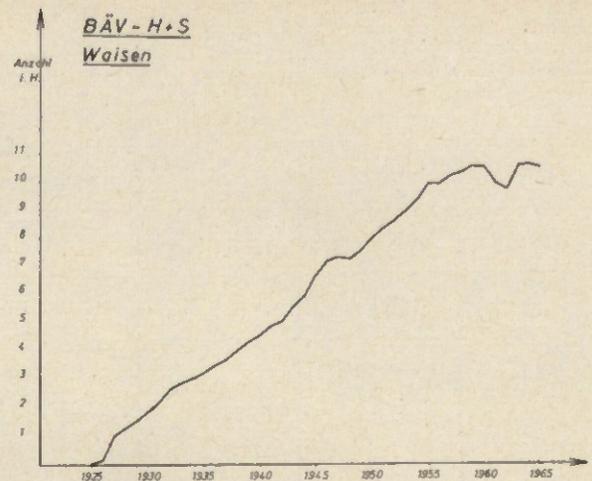
Bestand der Witwen am 1. 1. 1965: 3089.

Die Verhältnisse bei den Bestandszahlen der Waisen liegen ähnlich wie bei denen der Witwen. Der Polygonzug zeigt uns ein Wachsen von Jahr zu Jahr. In den letzten Jahren jedoch stagniert die Entwicklung. Diese Erscheinung erklärt sich daraus, daß die Waisenrenten nur bis zu einem gewissen Grenzalter (18 bzw. 25) gezahlt werden.



Entwicklung des Bestandes der Witwen

Jahr	Witwen		insgesamt
	H	S	
1923			
24			
1925	1		1
26	20		20
27	135		135
28	172	1	173
29	211	7	218
1930	265	16	281
31	319	25	344
32	384	34	418
33	453	48	501
34	478	63	541
1935	546	70	616
36	610	92	702
37	667	107	774
38	726	127	853
39	804	151	955
1940	884	170	1054
41	957	183	1140
42	1039	189	1228
43	1052	209	1261
44	1132	227	1359
1945	1234	253	1487
46	1337	271	1608
47	1386	290	1676
48	1423	299	1722
49	1482	314	1796
1950	1550	331	1881
51	1582	349	1931
52	1655	361	2016
53	1719	382	2101
54	1768	397	2165
1955	1830	407	2237
56	1883	419	2302
57	1938	441	2379
58	2012	460	2472
59	2115	471	2586
1960	2179	486	2665
61	2245	498	2743
62	2307	517	2824
63	2381	527	2908
64	2453	548	3001
1965	2526	563	3089



Entwicklung des Bestandes der Waisen

Jahr	Waisen		insgesamt
	H	S	
1925	3		3
26	17		17
27	99		99
28	126		126
29	144	5	149
1930	174	9	183
31	193	26	219
32	227	35	262
33	251	32	283
34	259	41	300
1935	273	45	318
36	298	48	346
37	313	50	363
38	329	69	398
39	359	71	430
1940	373	78	451
41	400	85	485
42	421	81	502
43	459	94	553
44	501	92	593
1945	566	104	670
46	610	108	718
47	623	110	733
48	614	115	729
49	625	129	754
1950	662	137	799
51	682	152	834
52	699	163	862
53	727	168	895
54	754	180	934
1955	806	184	990
56	809	180	989
57	828	189	1017
58	844	184	1028
59	871	179	1050
1960	861	185	1046
61	827	164	991
62	807	161	968
63	910	140	1050
64	903	151	1054
1965	903	140	1043

Am 1. 1. 1965 hatte die Anstalt 1043 Waisengelder zu leisten.

Bevor ich zum zweiten Teil meines Vortrages übergehe, eine Feststellung:

Bewertet man die am 31. 12. 1964 bei der Bayerischen Ärzteversorgung versicherten Renten nach der bei der Individualversicherung üblichen Methode mit dem 10fachen der Jahresrente, so ergibt sich eine Gesamtversicherungssumme von 2 336 272 950 DM, für die die Anstalt das Risiko zu tragen hat. Die Bayerische Ärzteversorgung ist insoweit mit einem mittleren Lebensversicherungsunternehmen durchaus vergleichbar.

Sie mögen daraus ersehen, welch imposante Versorgungseinrichtung die drei in der Anstalt vereinigten Berufsstände der Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte sich geschaffen haben. Sie mögen aber auch daraus erkennen, daß es nicht so leicht ist, an ihrem Leistungsfähigkeit etwas zu ändern und zu verbessern, sicherlich

schwerer, als es sich mancher in den derzeitigen Auseinandersetzungen vorstellt.

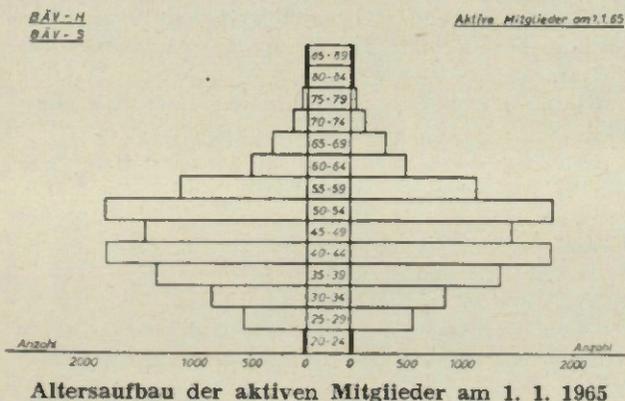
Sie wissen, die Anstalt hatte am 31. 12. 1964 Deckungsmittel in Höhe von 442 468 458 DM. Diese Deckungsmittel werden fälschlicherweise als „Vermögen“ bezeichnet und manches Mitglied meint, es handle sich dabei um ein „freies Vermögen“ oder um eine „freie Rücklage“, mit dem man machen könne, was man wolle.

Dem ist nicht so. Die Anstalt kann nach ihrer Satzung die eingehenden Beiträge nur verwenden für die Bestreitung der laufenden Versorgung und Unkosten. Was nicht dazu benötigt wird, ist der Deckungsrückstellung für künftige Verpflichtungen zuzuführen. Die Deckungsmittel sind für die Versorgungsanstalt Fremdkapital, die von Ihnen angesparten Groschen. Daß diese Deckungsrückstellung zu keinem Zeitpunkt das erforderliche Maß überschreitet, dafür sorgt schon — seien Sie fest davon überzeugt — wenn nicht der Mathematiker und die Aufsichtsbehörde, die die Verwaltung und der von Ihnen besetzte Landesausschuß.

Wie wird das nun in Zukunft weitergehen? Um zu dieser Frage Stellung nehmen zu können, müssen Vorausberechnungen angestellt werden. Solche Vorausberechnungen sind wahrscheinlichkeitstheoretischer Art und gehen von gewissen Annahmen aus. Es werden z. B. Wahrscheinlichkeitswerte über die Inanspruchnahme des Ruhegeldes, Sterbenswahrscheinlichkeiten, durchschnittliche Ehestandshäufigkeiten, durchschnittlicher Altersunterschied zwischen Mann und Frau und manches andere aus den Beobachtungen der Vergangenheit abgeleitet und für die Zukunft als zutreffend unterstellt. Daneben spielt der Rechnungszinsfuß und der Unkostensatz (derzeit rechnerisch 3%, in Wirklichkeit 2,71%, gemessen an dem Beitragsaufkommen) eine bedeutende Rolle.

Die Mathematiker sind verpflichtet, bei jeder Erstellung einer versicherungstechnischen Bilanz zu prüfen, ob diese Rechnungsgrundlagen den Gegebenheiten entsprechen. Bei der letzten Überprüfung der Rechnungsgrundlagen hat sich herausgestellt, daß durch den allgemein zu beobachtenden Rückgang der Frauensterblichkeit sich eine Überbewertung der Sterblichkeit vor allem bei den Witwen bemerkbar machte. Eine Änderung der Rechnungsgrundlagen war daher veranlaßt.

Ausgangspunkt für einen Blick in die Zukunft ist der Altersaufbau der aktiven Mitglieder, den Sie aus dem folgenden Schaubild entnehmen wollen. Es gibt



die Aufgliederung des am 1. 1. 1965 vorhandenen aktiven Mitgliederbestandes nach Altersgruppen wieder. Sie

werden erkennen, daß die Altersgruppe zwischen 50 und 54 die am stärksten besetzte der gesamten Alterspyramide ist. Überlegen wir uns nun, daß die Anstaltsatzung eine fakultative Altersrente mit dem vollendeten 67. Lebensjahre vorsieht, daß weiterhin die Mitglieder mit einem Alter von derzeit 54 Jahren in spätestens 13 Jahren, die Mitglieder bei dem derzeitigen Alter von 50 Jahren in spätestens 17 Jahren das 67. Lebensjahr vollenden, so ist es einleuchtend, daß in den Jahren 1978 bis 1982 ein Rentenberg auf die Anstalt zukommen wird. An diesem Rentenbergauf, mit seiner gewaltigen Belastung, kommt die Anstalt genauso wenig vorbei wie die gesetzliche Sozialversicherung, wie Ihnen aus den entsprechenden Veröffentlichungen bekannt sein dürfte.

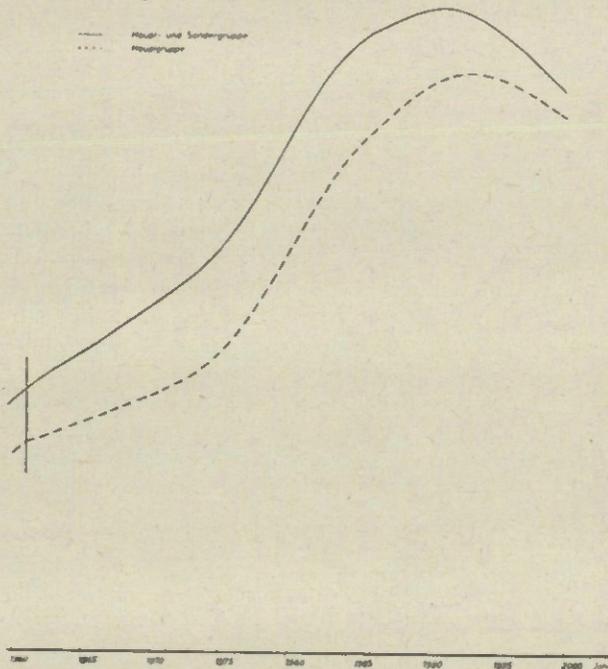
Wie sich der Bestand der Ruhegeldempfänger bis zum Jahre 2000 nach der Modellberechnung gestalten wird, wollen Sie bitte dem folgenden Schaubild entnehmen. Eine gleiche Berechnung wurde für den Bestand

BAYERISCHE ARZTEVERSORGUNG

Bestand der Ruhegeldempfänger

Beobachtungen bis zum 1. 1. 1961

Vorausberechnungen bis zum 31. 12. 1999



Voraussichtliche Entwicklung des Bestandes der Ruhegeldempfänger bis zum 31. 12. 1999

der Witwen durchgeführt, deren Ergebnisse in dem folgenden Schaubild dargestellt sind.

Es darf darauf aufmerksam gemacht werden, daß der Bestand der Ruhegeldempfänger wie der der Witwen Jahr für Jahr nach den Rechnungsgrundlagen der Anstalt vorausberechnet wurde, daß somit die Kurvenbilder keine Annahmen, sondern den Rechnungsgrundlagen entsprechend reale Aussagewerte darstellen.

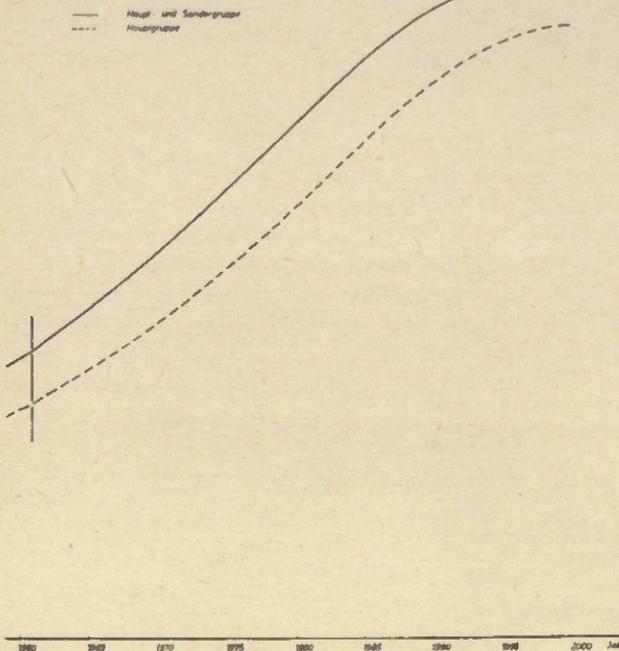
Während der Bestand der Ruhegeldempfänger etwa im Jahre 1990 einen Höhepunkt erreicht, kann bei den Witwen von einem Absinken des Bestandes vor dem Jahre 2000 kaum die Rede sein. Weiter durchgeführte Berechnungen haben ergeben, daß nach einem kurzen Absinken der beiden genannten Bestände im Jahre 2020 ein weiterer Rentenbergauf zu erwarten ist.

**BAYERISCHE ÄRZTEVERSORGUNG**

**Bestand der Witwen**

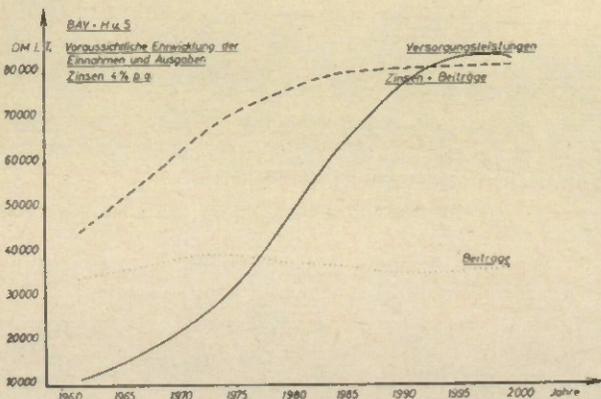
Beobachtungen bis zum 1. 1. 1961

Vorausberechnungen bis zum 31. 12. 1999



**Voraussichtliche Entwicklung des Bestandes der Witwen bis zum 31. 12. 1999**

Die voraussichtliche Entwicklung der Einnahmen und Ausgaben der Anstalt wurde an Hand einer Modellberechnung ebenfalls bis zum Jahre 2000 abgeschätzt. Das Ergebnis finden Sie in dem nächsten Schaubild, das mir das Wichtigste zu sein scheint. Es ergibt sich folgendes: Unter Zugrundelegung der Beitragsverhältnisse des Jahres 1960 wird die Vermögensentwicklung auch ein Ansteigen der Vermögenserträge erbringen. Die Differenz zwischen der Beitragskurve und der oberen Kurve stellt die Vermögenserträge dar, die wir in der Zukunft zu verzeichnen haben werden.



**Voraussichtliche Entwicklung der Beiträge, Vermögenserträge und Versorgungsleistungen bis 31. 12. 1999**

Man sieht, daß sich schon im Jahre 1977 die Versorgungsleistungen und die Beiträge die Waage halten werden. Später werden wir schon auf Vermögenserträge zurückgreifen müssen, um die anfallenden Leistungen zu finanzieren. Im Jahre 1994 wird sich dann etwa ergeben, daß nicht nur Beitrags- und Vermögenserträge benötigt werden, um die Versorgungsleistungen zu decken, sondern sogar auf das Vermögen selbst zurückgegriffen werden muß.

stungen zu decken, sondern sogar auf das Vermögen selbst zurückgegriffen werden muß.

Immer wieder wird auch die Frage nach dem hohen Vermögen laut und wozu diese hohe Ansammlung von Deckungsmitteln, wenn wir doch mit einem gesicherten Neuzugang rechnen! Nun ist dieser Neuzugang ja in den Berechnungen berücksichtigt, so daß wir eben ein Vermögen brauchen, das mit Zinsen und Beiträgen zusammen alle Versorgungsleistungen der Zukunft decken kann.

Damit möchte ich den Teil I meiner Ausführungen abschließen und zum angekündigten Teil II übergehen.

1. Nun ist man in Anlehnung an bestimmte politische Verhältnisse auf die Idee gekommen, diese Deckungsmittel mit „Juliussturm“ zu bezeichnen. Was ist hierzu zu sagen?

**Der Juliussturm**

Die Anstalt hatte am 31. 12. 1964

Deckungsmittel von	442 468 458 DM
Die Deckungsrückstellung für die am 31. 12. 1964 laufenden Renten beträgt	145 449 565 DM
Verbleiben zur Deckung der Anwartschaften der am 31. 12. 1964 vorhandenen aktiven Mitglieder	297 018 893 DM
Am 31. 12. 1964 waren 19 626 aktive Mitglieder vorhanden.	

Es treffen somit von den 297 018 893 DM auf ein Mitglied

15 134 DM

Nun überschlagen Sie bitte, wieviel Sie bis zum 31. 12. 1964 in RM und DM geleistet haben.

Darf ich jetzt die Frage stellen, wo ist der „Juliussturm“ geblieben?

2. Man sagt, die BÄV habe seit ihrem Bestehen sämtliche Versorgungsleistungen aus den Erträgen der Deckungsmittel bestreiten können. Das stimmt in der Gesamtrechnung einigermaßen, aber nicht ganz.

Die Anstalt hat nämlich in der Haupt- und Sondergruppe zusammen in der Zeit vom 1. 10. 1923 bis zum 31. 12. 1964 an

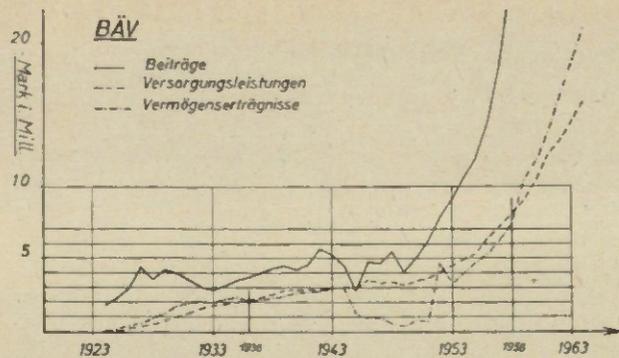
Erträgen	171 319 910 RM/DM
eingekommen, aber an Versorgungsleistungen	174 865 364 RM/DM
erbracht.	

Sie mußte also 2% von den doch immerhin recht beachtlichen Versorgungsleistungen aus den Beiträgen finanzieren. Aber immerhin, die aufgemachte Rechnung stimmt einigermaßen, wenn man die Gesamtsumme der Erträge mit der Gesamtsumme der Versorgungsleistungen innerhalb des genannten Zeitraumes vergleicht.

Wie sieht es aber in den einzelnen Rechnungsjahren aus?

Wenn Sie dieses Schaubild aufmerksam ansehen, so werden Sie feststellen müssen, daß vom Jahre 1936 an bis zum Jahre 1958 einschließlich die Versorgungsleistungen ganz erheblich über den Erträgen der Deckungsmittel lagen und somit eben nicht aus den Erträgen gedeckt werden konnten.

Jetzt brauchen Sie nur noch daran zu denken, daß in den Jahren 1957 und 1958 die Anstalt durch die Hereinnahme der angestellten Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte eine quantitativ wie qualitativ äußerst günstige Mehrung des Mitgliederbestandes erfahren hat. Ihre relativ hohen Beiträge — 14% aus ihrem Dienstekommen —



Beiträge — Versorgungsleistungen — Vermögenserträge

ermöglichten eine bedeutende Mehrung der Deckungsmittel, die sich ertragnissteigernd ausgewirkt haben.

Wenn nun weiterhin prophezeit wird, daß in 30 bis 40 Jahren der Zustand eintreten wird, daß die Versorgungsleistungen ohne jegliche Beitragsleistungen der Mitglieder erbracht werden können, so möchte ich auf meine Ausführungen über die künftige Entwicklung der Versorgungsleistungen verweisen. Ich glaube, auf eine weitere Stellungnahme verzichten zu können.

3. Es wird immer wieder gesagt: Wenn ein Mitglied das 67. Lebensjahr vollendet hat und das Ruhegeld nicht in Anspruch nimmt, dann würde die Anstalt Versorgungsleistungen einsparen und sich dadurch bereichern. Was ist hierzu zu bemerken?

Der Leistungsplan der BÄV sah vor dem 1. 1. 1957 eine reine Berufsunfähigkeitsrente vor. Voraussetzung für die Einweisung des Ruhegeldes nach Vollendung des 65. Lebensjahres war die Aufgabe der gesamten ärztlichen Tätigkeit. Nachdem die Rechnungsgrundlagen der Anstalt aus der Vergangenheit abgeleitet worden sind, war berücksichtigt, daß nur ein Teil der vorhandenen Mitglieder nach Vollendung des 65. Lebensjahres das Ruhegeld in Anspruch nehmen wird.

Als eine Erleichterung der Inanspruchnahme des Ruhegeldes ab vollendetem 70., 68. und jetzt 67. Lebensjahre eintrat, dadurch, daß nur noch die RVO-Kassenpraxis aufgegeben werden mußte, so wurde dies selbstverständlich auch in den Rechnungsgrundlagen der Anstalt vermerkt. Es wurde jedoch nie unterstellt, daß jedes Mitglied ab vollendetem 67. Lebensjahr einen Rechtsanspruch auf Auszahlung des Ruhegeldes hat, gleichgültig, ob es seine RVO-Praxis fortführt oder nicht. Von einer Bereicherung der Anstalt kann somit keine Rede sein. Ich verrate kein Geheimnis, wenn ich Ihnen sage, daß die Verwaltung und der Landesausschuß sich mit der Frage der Einführung einer obligatorischen Altersrente wiederholt und eingehend beschäftigt haben. Die Belastung der Anstalt wäre aber so groß gewesen, daß es ohne wesentliche Kürzung des Zuschlages nicht abgegangen wäre. Man steht hier vor der Wahl, entweder eine geringere Rente mit obligatorischem Anspruch oder eine hohe Rente, dann, wenn es notwendig ist. Letztere Auffassung hat der Landesausschuß vertreten. Sie ist berechtigt, wenn man zusätzlich bedenkt, daß das Witwengeld und Waisengeld vom Ruhegeld abhängig ist.

4. Die Anhebung des Zuschlages zum Ruhegeldgrundbetrag in der Hauptgruppe und des Ruhegeldsteigerungssatzes von 20% auf 22% ist Gegenstand jahrelanger Bemühungen der Verwaltung und des Landes-

ausschusses. Es ist nichts unversucht gelassen worden, dieses Ziel zu erreichen.

Wenn Sie mich fragen, kommt nun die seinerzeit vom Landesausschuß beschlossene Anhebung des Zuschlages bzw. Steigerungssatzes auf 22%, oder kommt sie nicht, dann will ich Ihnen — ohne den Ergebnissen des von der Anstalt beauftragten unabhängigen Mathematikers vorgreifen zu wollen — meine persönliche, allerdings auf der Kenntnis der Materie beruhenden Meinung offen und ehrlich zu sagen: Sie lautet: Sie kommt nicht! Warum?

1. Wenn es uns in der Vergangenheit gelungen ist, den Zuschlag zum Ruhegeldgrundbetrag von einem Siebtel sukzessive auf 20% anzuheben, so hatten wir stets einen entsprechenden Aktivposten zum Ausgleich der entstehenden Mehrbelastung in der Bilanz zur Verfügung. Dieses Mal fehlt uns das entsprechende Äquivalent!

2. Der mögliche Zuschlag zum Ruhegeldgrundbetrag hängt ab

- von den gegebenen biometrischen Verhältnissen,
- von den Beitragskurven,
- von dem Rechnungszinsfuß.

Ein Zuschlag von 22% ist rein rechnerisch nur möglich, wenn der derzeitige Rechnungszinsfuß, der geschäftsplanmäßig festgelegt ist und der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf, erhöht würde.

Für eine solche Erhöhung werden wir aber die Genehmigung der Aufsichtsbehörde sicherlich nicht bekommen. Sie würde jeden Grundsätzen der Aufsichtspraxis widersprechen.

Ich darf darauf hinweisen, daß wir bei unserer zuständigen Aufsichtsbehörde bisher größtes Verständnis und Entgegenkommen für die Belange der Bayerischen Ärzteversorgung gefunden haben. Es gibt aber Grenzen, über die unsere Aufsichtsbehörde auch nicht hinaus kann.

3. Wenn Sie den von der Bayerischen Ärzteversorgung gewährten Rentensatz mit dem anderer Versorgungseinrichtungen vergleichen, so werden Sie feststellen müssen, daß wir immerhin an der Spitze mit unseren Leistungen liegen.

Ich persönlich bin also der festen Überzeugung, daß im Rahmen unserer derzeitigen Kalkulationsgrundlagen die 20% das Höchste dessen sind, was die Anstalt — wohlgerne mit Rechtsanspruch — den Mitgliedern bieten kann.

5. Es wird weiterhin immer wieder — hauptsächlich von den Rentenempfängern — darauf hingewiesen und Klage geführt, daß ihre Renten auf einem Nominalwert stehen bleiben, obwohl die Kaufkraft dieser Rente immer mehr schwindet. Auch hierzu möchte ich kurz Stellung nehmen.

Ob eine Dynamisierung möglich ist, wird zur Zeit geprüft. Die Prüfung wird mit Sicherheit ergeben, daß eine Dynamisierung im Ausmaße der von der gesetzlichen Sozialversicherung geübten Renten Anpassung nicht möglich ist. Versprechen Sie sich also nicht zu viel! Wir haben nämlich in der Bayerischen Ärzteversorgung nichts anderes zur Verfügung als die Beiträge, die Vermögenserträge und das Vermögen selbst. Daraus müssen sämtliche Versorgungsverpflichtungen erfüllt werden; es muß sichergestellt sein und bleiben, daß auch der letzte, der Mitglied der Anstalt kraft Gesetzes werden muß, bei Eintritt des Versorgungsfalles seine Rentenleistungen erhält.

## Steuerliche Betrachtungen zur Bayerischen Ärzteversorgung

Von Rechtsanwalt Hams Braun

Die Bayerische Ärzteversorgung hat sich in den bisherigen Jahrzehnten ihres Bestehens auf Steuerfreiheit berufen und auch berufen können, weil sie als berufsständische Pflichtversorgungsanstalt vom Gesetzgeber mit Hoheitsaufgaben betraut war, ebenso wie die Träger der Rentenversicherung nach der RVO.

Mit dem nunmehrigen Steueränderungsgesetz von 1965, das der Bundestag im März dieses Jahres rückwirkend zum 1. Januar beschlossen hat, wurde die Steuerbefreiung der öffentlich-rechtlichen berufsständischen Versorgungseinrichtungen eingeschränkt, nämlich davon abhängig gemacht, daß die Satzung dieser Einrichtungen keine höheren jährlichen Beiträge zuläßt, als nach der RVO jeweils zur Angestelltenversicherung entrichtet werden kann. In diesem Jahr sind dies 4032 Mark; im nächsten Jahr werden es etwa 4368 Mark sein, die somit als Beiträge in Betracht kommen. Es wurde bereits vom Herrn Präsidenten über die Bemühungen berichtet, diese Einschränkung der Beitragsleistung zur Bayerischen Ärzteversorgung zu verhindern. Es wurde auch berichtet, daß es im März gelungen ist, alle Fraktionen des Bundestags zu einem förmlichen interfraktionellen Antrag zu veranlassen, die für die Steuerbefreiung verlangte Einschränkung der Beitragsleistung auf das Eineinhalbfache der Höchstbeträge zur Angestelltenversicherung auszudehnen.

Bei der Beschlußfassung über das Steueränderungsgesetz hat sich aber der Bundestag nicht mehr an den vormaligen Antrag aller seiner Fraktionen gehalten und das Gesetz, wie berichtet, beschlossen. Gleichzeitig mit der Verabschiedung des Gesetzes erfolgte — und das spricht wohl nicht für ein besonders gutes Gewissen des damaligen Bundestags — ein ausdrückliches Ersuchen an die Bundesregierung, das folgenden Wortlaut hat:

„Die Bundesregierung wird ersucht, die Körperschaftsteuerbefreiung für öffentlich-rechtliche Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen von Berufsgruppen nach § 4 Abs. 1 Ziff. 10 des Körperschaftsteuergesetzes erneut zu überprüfen und eine Verbesserung vorzuschlagen. Dabei ist zu berücksichtigen, daß bei Berufsgruppen mit langen Ausbildungszeiten höhere jährliche Leistungen zu erbringen sind als bei früherem Berufseintritt, wie er bei den Versicherten gemäß der RVO die Regel ist.“

In ähnlicher Weise hat auch der Bundesrat die Bundesregierung aufgefordert, die Frage der Körperschaftsteuerbefreiung der öffentlich-rechtlichen Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen erneut zu überprüfen. Er hat es wie folgt begründet:

„Für die öffentlich-rechtlichen berufsständischen Pflichtversorgungseinrichtungen, wie die Versorgungswerke der Ärzte, Apotheker und Notare und das geplante Versorgungswerk der Rechtsanwälte, wäre es von schwerstem Nachteil, wenn sie der Körperschaftsteuer unterworfen würden, soweit die Satzungen die Beiträge nicht auf die Höhe der Sozialversicherungsbeiträge beschränken. Es handelt sich um gemein-

nützige und gemeinwirtschaftliche Selbsthilfeeinrichtungen der freien Berufe, die den Steuerzahler von Sozialleistungen entlasten und die in gleicher Weise nach dem Grundsatz der Gegenseitigkeit arbeiten wie die Einrichtungen der Sozialversicherung. Dazu kommt, daß Arbeiter und Angestellte in einem viel früheren Lebensalter die Möglichkeit haben, Beiträge zur Sozialversicherung zu entrichten als Ärzte, Apotheker, Notare und Rechtsanwälte.“ Wenn Sie nun bedenken, daß mit Bestehen einer Steuerpflicht die Bayerische Ärzteversorgung von einem Gewinn von 100 Mark, und sei es auch nur von einem buchmäßigen Gewinn, also von einem rechnerischen Überschuß, etwa 57 DM für Körperschaftsteuer und Gewerbesteuer aufwenden und bezahlen müßte, werden Sie verstehen, daß gar keine andere Möglichkeit bestanden hat, als die Satzung in der erwähnten Bestimmung des Steueränderungsgesetzes von 1965 anzugleichen, das heißt, die jährlichen Beitragsleistungen auf höchstens das Zwölfwache der monatlichen Höchstbeträge zur Angestelltenversicherung festzusetzen. Eine Steuerpflicht der Ärzteversorgung hätte eine unerträgliche Steuerlast zur Folge gehabt, hätte die liquiden Mittel aufgezehrt und einen Eingriff in die Vermögenssubstanz zur Folge gehabt.

Weiter hätte sich damit die ganze Struktur der Ärzteversorgung ändern müssen, nämlich von der bisherigen steuerbefreiten, berufsständischen Versorgungseinrichtung in ein steuerbelastetes, gewinnstrebendes Versicherungsunternehmen. Um all dieses zu vermeiden, war die Satzungsänderung nötig, die der Landesausschuß im August dieses Jahres, wie schon berichtet wurde, beschlossen hat und die nur noch zur Wirksamkeit der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.

Dies zunächst als ein Bericht über die Gesichtspunkte, die zur beantragten Satzungsänderung der Bayerischen Ärzteversorgung geführt haben. Daß die Bemühungen der Bayerischen Versicherungskammer, der Bayerischen Landesärztekammer, der Bundesärztekammer und anderer berufsständischer Versorgungseinrichtungen und berufsständischer Vertretungen beim neuen Bundestag mehr Erfolg haben werden, bleibt zu hoffen. Vielleicht können aber auch Sie über Abgeordnete auf das Unrecht hinweisen, das es bedeutet, eine Steuerpflicht einer auf Gesetz beruhenden berufsständischen Versorgungseinrichtung überhaupt aufzuerlegen, also für eine Versorgungseinrichtung, die sich ohne Zuschüsse der öffentlichen Hand selbst tragen muß, wogegen andererseits seit 1957 — wie schon gesagt wurde und wie ich noch in Zahlen angeben möchte — etwa 30% der Mittel der allgemeinen Altersversorgung aus Steuergeldern stammen.

Es käme bei einer Steuerpflicht der berufsständischen gesetzlichen Versorgungseinrichtungen, wie schon Landtagsabgeordneter Dr. Dehler ausgeführt hat, zu dem einigermaßen merkwürdigen Ergebnis, daß ein Teil der Leistungen der Angehörigen der Versorgungseinrichtungen der freien Berufe, also auch der Angehörigen der Bayerischen Ärzteversorgung, über eine Steuer, die

diese Versorgungseinrichtung zu tragen hat, als Zuschuß in die allgemeine RVO-Altersversorgung der Bundesanstalt fließen würde.

Weisen Sie Ihre politischen Freunde besonders weiter darauf hin, daß die sogenannte Rentendynamik, welche den Rentnern der RVO-Versicherung gesetzlich zugestanden ist, welche den Angehörigen der Bayerischen Ärzteversorgung nur als Leistungsverbesserung analog zukommen kann, bei einer Steuerpflicht absolut unmöglich würde, weil der größte Teil der für eine solche Leistungsverbesserung etwa bereitzustellenden Mittel als Steuern abfließen würde. Ich betone — wie auch Herr Reglerungsdirektor Nebel gesagt hat —, daß die Bereitstellung dieser Mittel nur durch eine andere Berechnung des Zinsfußes möglich ist, also auf einem Überschuß beruht, der rechnerisch ermittelt ist, der aber schon aufgrund der rechnerischen Ermittlung — falls eine Steuerpflicht besteht — zur Steuerzahlung führen würde, also den wesentlichen Teil wieder in Anspruch nähme.

Sollten die begründeten Vorhaltungen an den Gesetzgeber und an die Bundesregierung keinen Erfolg haben, so wird zu prüfen sein, ob die Gegebenheiten für eine Verfassungsklage ausreichen. Immerhin muß festgestellt werden, daß eine Versorgungseinrichtung wie die Renten- und Angestelltenversicherung, an die Beiträge gewöhnlich ab einem Alter von 14 Jahren entrichtet werden, keinesfalls gegenübergestellt werden kann einer Versorgungseinrichtung eines Berufsstandes, dessen Angehörige gewöhnlich erst im Alter von 30 Jahren und darüber die Berufsausbildung beenden.

Dabei darf nicht unerwähnt bleiben, daß kaum zu erwarten steht, daß der Bundesfinanzhof etwa die Frage nach der Verfassungsmäßigkeit einer Besteuerung dieser berufsständischen Einrichtungen stellt und das Bundesverfassungsgericht anrufen wird. Deshalb ist innerhalb der für Verfassungsklagen zulässigen Frist zu prüfen, ob eine Verfassungsklage gestellt werden muß. Der Bundesfinanzhof hat erst wieder in einer vor kurzem bekanntgegebenen — aber in den Gründen noch nicht veröffentlichten — Entscheidung eine den freien Berufen gegenüber nicht freundliche Haltung eingenommen. Es handelt sich hierbei um die Frage, daß Angehörigen der freien Berufe, die keine Altersversorgung haben, ein höherer Freibetrag bei der Vermögenssteuer zugestanden werden sollte. Es hat der Bundesfinanzhof verneint, daß die gegenwärtigen Bestimmungen, die keine Besonderheiten für die freien Berufe vorsehen, verfassungswidrig seien. Er hat das Verfassungsgericht trotz des bestehenden Antrages nicht angerufen.

Nachdem ich Sie nun mit den theoretischen Fragen befassen mußte, möchte ich kurz noch einige praktische Fragen ansprechen, die im Zusammenhang mit der nunmehrigen Änderung der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung stehen.

Es ist bei dieser Änderung der Satzung bei den Zahlungen, die in diesem Jahre geleistet werden, zwischen

den Zahlungen, die für 1965 entrichtet werden, und den Einzahlungen, die für den erst in diesem Jahre zur Abrechnung gelangenden Zeitraum 1964 geleistet werden, zu unterscheiden. Soweit in diesem Jahre noch für einen früheren Zeitraum Beiträge an die Ärzteversorgung entrichtet werden, besteht keine Beschränkung. Es ist durchaus möglich, daß höhere Beiträge als 4032 DM in diesem Jahre noch an die Ärzteversorgung gezahlt werden, soweit es sich noch um Beitragsleistungen für einen früheren Zeitraum handelt. Ich glaube, es wäre sogar möglich, in diesem Jahre noch Beiträge zu leisten, die in einem früheren Zeitraum aufgrund einer Irrigen oder anderweitigen Erklärung unterblieben sind.

Es ist deshalb vielleicht auch noch von Interesse, kurz darauf hinzuweisen, welche Möglichkeiten nach dem allgemeinen Einkommensteuergesetz für die sogenannten abzugsfähigen Sonderausgaben bestehen. Der Kürze halber darf ich mich wohl auf die Gegebenheiten der Personen, die über 50 Jahre alt sind, beschränken. Steuerlich zu berücksichtigen sind als sogenannte beschränkt abzugsfähige Sonderausgaben alle Zahlungen an die Ärzteversorgung, an Versicherungen und an Bausparkassen, und zwar bei Ledigen über 50 Jahre 5400 DM, bei Verheirateten ohne Kinder 10 800 DM, bei Verheirateten mit einem Kind 12 800 DM, bei zwei Kindern 14 800 DM, bei drei Kindern 16 800 DM und jeweils pro weiterem Kind 2000 Mark.

Kurz noch die Behandlung der Einzahlungen an die Bayerische Ärzteversorgung bei der Vermögenssteuer des einzelnen Arztes: Zur Vollständigkeit sei darauf hingewiesen, weil vereinzelt sich doch noch immer Zweifel ergeben haben, daß die Ansprüche auf die nachmalige Altersversorgung nicht zum steuerpflichtigen Vermögen rechnen. Es handelt sich um die Bestimmung von § 67 Abs. 1 Ziffer 6 des Bewertungsgesetzes, wogegen Ansprüche an Lebens-, Kapital- und Rentenversicherung zum steuerpflichtigen Vermögen rechnen, soweit sie bei Ledigen 10 000 Mark, bei Verheirateten 20 000 Mark übersteigen. Daß die Rente als solche nur mit ihrem Ertragsanteil steuerpflichtig ist, ist sicherlich bekannt. Der Ertragsanteil macht beim Rentenbeginn zum Beispiel im Alter von 65 Jahren ein Fünftel der Rente aus. Bekannt ist sicherlich auch noch, daß von dem steuerpflichtigen Teil ein Werbungskostenfreibetrag von 200 Mark abgeht.

Man kann also mit Fug und Recht sagen, daß die Rente im Ergebnis steuerlich nicht oder nur minimal belastet wird, soweit neben der Rente nicht noch andere steuerpflichtige Einnahmen stehen. Daß aber die Höhe der nachmaligen Rente von den Einzahlungen im wesentlichen abhängig ist, hat Herr Reglerungsdirektor Nebel hinreichend dargestellt. Deshalb glaube ich, ist es wichtig, daß die Frage der gegenwärtigen Beschränkung der Einzahlungen auf den derzeitigen Höchstbetrag von 4032 DM oder im kommenden Jahr von voraussichtlich 4368 DM neuerdings überprüft wird und daß insoweit eine Änderung der durch das Steueränderungsgesetz dieses Jahres eingeführten Bestimmung angestrebt wird.

## Aussprache zur Bayerischen Ärzteversorgung

Dr. Kammerer: Wir haben vorhin anhand eines Schaubildes gesehen, und wir haben es auch erläutert bekommen, daß in den letzten 20 Jahren die Versorgungsleistungen aus den Vermögenserträgen gedeckt waren. Das ist doch ein Faktor, der meiner Ansicht nach außerordentlich wichtig ist. Es haben also die gesamten oder nahezu alle Einzahlungen, die in diesem Jahre geleistet wurden, der Aufstockung der Deckungsmittel gedient, die eine Höhe von bald 500 Millionen DM erreicht haben. Ich darf die absoluten Zahlen vom Jahre 1963 Ihrer Kenntnis zuleiten. Die Zinsen und Mieterträge, also die Vermögenserträge, betragen am Ende des Jahres 1963 — es ist die letzte Statistik, die veröffentlicht wurde — 18,9 Millionen, in runden Zahlen gesagt. Die Versorgungsleistungen waren nur 14,8 Millionen, die Verwaltungskosten und Steuern 1,5 Millionen, so daß in diesem Stichtag 1963 die Versorgungsleistungen plus Verwaltungskosten und Steuern nicht einmal die Vermögenserträge erreicht haben. Es könnte das gesamte Beitragsaufkommen dieses Jahres von 48 Millionen DM rein zur Aufstockung der Deckungsmittel verwendet werden.

Es leuchtet dem einfachen Beitragszahler einfach nicht recht ein, daß er nun seit Jahren darauf warten muß, daß die Rente, die er bekommen soll, sich immer noch bei 20% hält. Ich weiß, Sie weisen auf die hohen Zahlungen hin, die sicher in Zukunft nötig sein werden. Aber ich darf doch auf die Tatsache hinweisen, daß die Beitragszahlungen in den letzten Jahrzehnten überhaupt nicht oder nur zu einem geringen Teil beansprucht wurden. Es wurde uns heute schon gesagt, daß Überlegungen bestehen — und wir bitten darum, sie zu intensivieren —, daß diese versicherungsmathematischen Berechnungen, die wirklich etwas theoretischer Art sind, durch reale Überlegungen ersetzt werden. Wir haben schon gehört, daß der Berechnungszins bei 4% liegt, der Effektivzins aber bei 5%. Bei den hohen, zur Verfügung stehenden Erträgen macht das große Beträge aus, so daß diese Erträge zum großen Teil zur Erhöhung der Renten zur Verfügung gestellt werden könnten.

Präsident: Ich glaube, diesen Punkt sollten wir gleich aufgreifen und sagen, daß hier natürlich völlig übersehen wird, daß wir eine derartig rasche Entwicklung unseres Mitgliederstandes hinter uns haben, wie sie bei jetzt nahezu 20 000 Mitgliedern weiterhin einfach nicht mehr erwartet werden kann. Mit diesem schnellen Anstieg der Mitgliederzahl mußten zunächst auch die Beiträge ansteigen. Aber der Ruhegeldbetrag, den wir heute zahlen, entspricht einer Mitgliederzahl, die bei 8000 bis 9000 maximal liegt. Das darf man nicht vergleichen.

Man übersieht, daß wir sehr schnell auf 20 000 Mitglieder angewachsen sind, daß es jetzt aber damit aus ist. Diese Mitgliederzahl pendelt sich langsam ein; ich bitte, das zu bedenken.

Dr. v. Brentano-Hommeyer: Es ist bedauerlich, daß infolge der vorgerückten Zeit die Probleme der Bayerischen Ärzteversorgung nun doch nicht mehr so gründlich durchdiskutiert werden können, wie es nach

meiner Meinung und der vieler Kollegen dringend erforderlich wäre, weil ganz zweifellos eine gewisse Unruhe und Unklarheit in der Kollegenschaft — nicht nur bei den Zahnärzten — entstanden ist. Es ist nicht zu verkennen, daß bei vielen Kollegen eine bestimmte Unruhe vorhanden ist. Ich kann es aus dem Kreisverband München mit seinen 4000 ärztlichen Mitgliedern immer wieder feststellen. Es kostet mich als Vorsitzender in München sehr viel Zeit, auf die vielen Fragen und Klagen, die von den Kollegen immer wieder zum Kapitel „Ärzteversorgung“ an uns herangetragen werden, zu antworten.

Aus dem Grunde habe ich einmal vor einem oder eineinhalb Jahren im Roten Münchner Mitteilungsblatt darüber etwas veröffentlicht, weil ich ein bißchen aufklärend wirken wollte. Ich bekam daraufhin noch mehr Zuschriften und Klagen. Es ist für die Vorsitzenden und die gewählten Vertreter der Ärzteschaft, auch wenn sie nicht im Landesausschuß sind, eine große Crux.

Angesichts der vorgeschrittenen Zeit möchte ich mich auf einige Punkte beschränken, die, wie ich glaube, besondere Unruhe und besondere Unklarheit hervorgerufen haben. Vor allen Dingen beschäftigt die Frage der Dynamisierung die Kollegen, und zwar mit Recht. Es ist bei den Kollegen bekannt, daß die gesetzlichen Sozialversicherungen in den letzten Jahren bis fast zu 6% generell ihre Renten erhöht haben, entsprechend den Berechnungen nach dem Bundessozialprodukt. Aber der eigentliche Zweck — und so werden diese Rentenerhöhungen, diese laufenden dynamischen Erhöhungen, von der Bevölkerung aufgefaßt — ist ein Ausgleich der schleichenden Inflation, des Kaufkraftschwundes der D-Mark. Bedenken Sie doch, daß amtlich zugegeben wird, daß die D-Mark pro Jahr etwa 3 bis 3,5% ihres Kaufwertes verliert. Das ist eine amtliche Schätzung; in Wirklichkeit ist es auf vielen Sektoren noch schlimmer, zum Beispiel auf dem Bausektor und auf dem Lohnsektor. Da ist praktisch diese Lohnpreis-Spirale und damit der Kaufkraftschwund der D-Mark noch intensiver, als es die amtliche Ziffer von 3% angibt. Man muß sich überlegen, daß eine Rente, die zu Beginn 600 DM betrug, die vielleicht für einen notdürftigen Lebensunterhalt ausreichte, jetzt nach zehn oder fünfzehn Jahren — das kann der Arzt erleben —, wenn man den amtlichen Schwund des Kaufkraftwertes zugrunde legt, nur mehr die Hälfte ihrer Kaufkraft besitzt. Wenn also nicht eine Dynamisierung der Renten gefunden wird, bestehen meines Erachtens doch die Klagen der Kollegen zu Recht, ob diese Versorgung wirklich eine dauerhafte und zuverlässige Versorgung sei. Vor diesen Klagen und Sorgen dürfen wir unsere Augen doch wohl nicht verschließen.

Die Bundesregierung und die politischen Parteien, aber auch der Präsident der Bundesbank, geben immer wieder periodisch Erklärungen ab — besonders vor den Wahlen —, daß sie alles tun werden, um den Kaufkraftschwund unserer D-Mark endlich abzubremsen und abzustoppen. Wir müssen aber feststellen, daß alle diese Erklärungen und die deflatorischen Maßnahmen in den letzten Jahren praktisch völlig wertlos

und wirkungslos waren. Der Kaufkraftschwund geht unaufhaltsam weiter. Ja — und ich habe mich darüber gewundert —, ich habe vor nicht allzulanger Zeit von Wirtschaftsexperten, die Einfluß haben, gehört, daß sie ganz öffentlich die Auffassung vertreten, wir bräuchten den Kaufkraftschwund in der derzeit vorliegenden Höhe, um die Wirtschaft weiter auf Draht zu halten und anzukurbeln. Das deutsche Wirtschaftswunder wäre sozusagen überhaupt nur mit Hilfe der Spritze einer fortschreitenden Entwertung der D-Mark aufrechtzuerhalten. Bei einem echten Stopp dieser Inflation würde es zu einer Wirtschaftskrise mit Arbeitslosigkeit und allem Drum und Dran kommen. Solche Auffassungen sind tatsächlich in maßgeblichen Kreisen — sowohl in der Wirtschaft wie in der Politik — verbreitet. Man kann sich also vorstellen, was, wenn man so denkt, auf der anderen Seite von den deklamatorischen Erklärungen vor den Wahlen, daß man den Kaufkraftschwund ernstlich stoppen wolle, in Wirklichkeit zu halten ist.

Wenn wir das bedenken, werden wir um einen Versuch — es ist das erfreulicherweise gesagt worden —, in einer gerechteren Weise zu dynamisieren, als es durch die bloßen Hebungen und Steigerungsbeträge der Fall ist, nicht herumkommen.

Nehmen Sie beispielsweise die Mindestrente, von der doch manche Kollegen unverschuldet — wie auch der Herr Präsident zugegeben hat — leben müssen. Diese Kollegen haben die Ärzteversorgung als eine zusätzliche notdürftige Altersversorgung neben ihrer privaten Initiative. Ich kenne viele solche Fälle, die durch die Ausbombung ihre private Sicherung verloren haben. Sie dachten, sie hätten noch die notdürftige Versorgung der Ärzteversorgung. Vergleichen Sie doch einmal diese Rente heute mit dem, was sie vor 25 Jahren war. Damals reichten diese 100 Mark tatsächlich für einen notdürftigen Lebensunterhalt aus. Heute sind diese 100 Mark nur noch ein Almosen, das nicht einmal zur Bezahlung der Miete ausreicht. Wir haben also eine echte Entwertung einer starren, festgelegten Rentenart in der Ärzteversorgung, die nach meiner Meinung schon aus Gründen der Gerechtigkeit dringend einer dynamischen Korrektur bedarf.

Es wurde gesagt, das sei nicht möglich, der Staat und die gesetzliche Sozialversicherung könnten ihre Dynamisierung nur mit Hilfe der Steuergelder halten. Das ist wahrscheinlich richtig. Ich weiß, daß ich mich mit dem, was ich jetzt sage, bei dem freien Berufsstand vielleicht auf ein unpopuläres Gebiet begeben. Aber ich zweifle manchmal daran, ob wir in dieser Zeit, besonders wenn wir an den kommenden Rentenbergen denken, an die großen finanziellen Schwierigkeiten, von vornherein auf einen staatlichen Hilfsausgleich verzichten wollen, den alle anderen Staatsbürger heute in Anspruch nehmen.

Dr. Treutinger: Ich möchte auf die Ausführungen des Herrn Kollegen von Gugel eingehen. Er gab die Anregung, die Beschränkung bei Erreichung des 67. Lebensjahres fallenzulassen. Ich bin der Ansicht, daß unbedingt eine Revision stattfinden muß. Es enthält der damalige Beschluß eine große Ungerechtigkeit. Wir haben gestern des langen und breiten über den Landarzt gesprochen. Sie wissen genau, welches Verhältnis in der Abrechnung von Stadtarzt zu den Land-

ärzten in bezug auf die RVO bzw. die Ersatzkassen besteht. Dieses Verhältnis trifft den Landarzt, falls er die RVO-Praxis aufgibt, wesentlich stärker als den Stadtarzt. Es müßte eben meiner Ansicht nach in irgendeiner Form hier ein Ausgleich geschaffen werden.

Zu den Ausführungen des Herrn Regierungsdirektors Nebel: Wir haben das schöne Schaubild mit den „Bergespitzen“ gesehen. Das ist gerade die Tragik der Generation von 60 bis 64 Jahren, die sich darin so recht widerspiegelt. Wir wissen genau, diese Generation hat relativ spät geheiratet, hat die Folgen des Krieges in ihren ganzen Auswirkungen überstehen müssen, hat die ganzen schlechten Honorare tragen müssen, für die sie damals auch sauer arbeiten mußte, und jetzt, wo seit zehn Jahren die Honorarentwicklung einen entsprechenden erfreulichen Fortgang nimmt, zeigt sich dies in steigenden Beitragsleistungen. Ich möchte das absolut als Positivum werten.

Als drittes mißfällt es mir immer wieder, wenn von seiten der Bayerischen Ärzteversorgung in bezug auf die Zinserträge so sehr auf die private Lebensversicherung hingewiesen wird, auf den Effektivzins von 3%. Wieweit das stimmt, vermag ich nicht zu beurteilen. Ich glaube aber, es wäre wesentlich gescheiter, wir würden mit dem Effektivzins operieren und nicht mit dem Zinsfuß, der bilanzmäßig angenommen wird. Der Zinsertrag, den die private Lebensversicherung hat, ist, wie wir alle sehen und erleben, anders. Von den Dividenden, die die Herren Aktionäre einstecken, wissen wir relativ wenig. Aber immerhin braucht die Bayerische Ärzteversorgung keinen Effektivzinsgewinn, wie ihn die private Lebensversicherung einsteckt. Ich sehe also nicht ein, daß wir immer mit 3% Zins arbeiten. Es sollte der Effektivzins bei uns in der Leistung wesentlich stärker in die Waagschale geworfen werden.

Präsident: Vielleicht erleichtert es die Diskussion, wenn ich Irrtümer gleich berichtige: Hätten wir nicht seit zehn Jahren mit dem Effektivzins gewirtschaftet, dann wären wir nicht heute bei 20 Prozent. Nur der Effektivzins hat uns das überhaupt erst ermöglicht.

Dr. Breidenbach: Die Körperschaftsteuer ist für viele Ärzte im Lande ein ungeheurer Schock. Es hat nämlich bisher in allen Reden der Politiker immer geheißen, man wolle dem Mittelstand und insbesondere auch den freien Berufen wieder etwas helfen. Wenn wir aber die Tatsachen sehen, wie sie nach den Wahlen verkündet werden, dann hat man das Gefühl, daß es uns ähnlich geht wie bei einigen Versprechungen im Dritten Reich. Da hat man gesagt, Hitler greift dem Mittelstand unter die Arme. Er hat ihn aus Versehen dann an der Gurgel erwischt. Ich habe das Gefühl, daß wir wiederum einmal bei der Gurgel genommen werden. Dabei ist die Geschichte die, daß gerade wir Mittelständler und freien Berufe eigentlich die ganzen Kriegslasten bezahlt haben, weil die angesammelten Vermögen von Leuten, die nicht besonders wirtschaftlich klug waren, alle unter den Tisch gefallen sind.

Aber auch die staatlichen Versprechungen von einst sind nicht eingehalten worden. Ich habe zum Beispiel im heutigen Referat von Herrn Kollegen Sewering gehört, daß es in meiner Verfassungsklage gegen die Ärzteversorgung nicht richtig gewesen sei, daß auf

Grund des 1933 eingeführten Führerprinzips die Satzung so geändert wurde, daß das Altersgeld weggefallen ist, weil es schon 1930 zu diesem Beschluß gekommen sei. Dazu muß ich sagen: Das stimmt *cum grano salis*. Damals sind Kämpfe innerhalb der Ärzteversorgung und der Ärzteschaft in jahrelangen Prozessen ausgetragen worden. Die Proteste und Einsprüche waren im Jahre 1933 bzw. 1934 noch lange nicht erledigt. Aber dann wurde der Diskussion durch diktatorische Machtausübung ein Ende gesetzt. Das wollte ich bloß sagen, um mich zu verteidigen; ich habe in diesen Dingen also nicht so ganz falsch gesehen. Ich glaube aber auch, daß die Herren, die von der Ärzteversorgung heute hier sind, bestätigen können, daß man zunächst den Ärzten, als man ihnen die Ärzteversorgung schmackhaft gemacht hat, zwei Dinge erklärt hat. Das eine war: die Renten würden vom Bayerischen Staat garantiert. Da habe ich die Antwort darauf bekommen, daß der heutige Bayerische Staat nicht der Rechtsnachfolger des damaligen Bayerischen Staates sei — eine sehr merkwürdige Auffassung, die aber in vielen Rechtsfragen schon öfters praktiziert worden ist. Der Bayerische Staat von heute hat nur die Aktiva, aber nicht die Passiva übernommen.

Zum zweiten hat der Bayerische Staat seinerzeit versprochen, die Verwaltung der Ärzteversorgung solle sein Anteil zu der Übernahme der damaligen „alten Last“ sein. Inzwischen berechnet er aber auch, wie ich heute gehört habe, aber auch schon lange weiß, 1,5% Verwaltungskosten. Es ist die Frage, ob das nicht zu ändern wäre. Es wären schon wieder 1,5% mehr für die Versorgung der Ärzte.

Wenn ich bedenke, daß früher die „alte Last“ auch sehr hoch war, weil die Ärzte in der Inflation damals wie heute ihr gesamtes Vermögen verloren hatten, so fände ich das schon berechtigt. Zunächst hatte der Bayerische Staat versprochen, zur Ärzteversorgung einige Zuschüsse zu geben. Die hat er dann mit der horrenden Summe von 1 Billion alter Mark, Rentenmark, bezahlt. Und zwar war das am Währungsstichtag noch 1 Reichsmark — eine außerordentlich großzügige Regelung! Bedenken Sie ferner, daß die Renten, z. B. auch von Witwen aus der Ärzteversorgung, teilweise noch unter dem Niveau der Wohlfahrtsfürsorge liegen. Dann muß man doch sagen, waren die Wünsche unserer berenteten Alten, sowohl der Ärzte wie der Witwen und sonstigen Angehörigen, doch sehr erheblich von Gewicht. Wenn man den Währungsverfall bedenkt, müssen wir sagen: Es könnte drohen, daß auch den heutigen aktiven Mitgliedern einmal Sätze unter den Wohlfahrtssätzen ausbezahlt werden. Warum der Staat keinerlei Zuschuß zu unserer Versorgung zu zahlen hätte, leuchtet mir in keinem Fall ein, schon nicht wegen der Rechtsgleichheit der Staatsbürger.

Mich interessiert aber eine andere Frage: Wie und unter welchen Umständen können die Einzahlungen, die zur Ärzteversorgung gemacht werden, kapitalisiert werden? Es sind mir Fälle bekannt, daß einige im Augenblick des Eintritts des Versicherungsfalles ihr Geld kapitalisieren lassen konnten, während andere das nicht konnten, soviel ich weiß. Gibt es also zweierlei Mitgliederrecht?

Es ist doch *de facto* so: Die Altersversorgung der Ärzte hat sich zweifellos — soviel möchte ich auch an-

erkennen — in den letzten Jahren sehr verbessert. Ich glaube, daß wir das besonders Herrn Präsidenten Sewering und den heutigen Mitgliedern des Landesausschusses zu danken haben. Aber wir haben heute auch hören müssen, daß eine solche Verbesserung für die Zukunft auch im Sinn der Dynamisierung wahrscheinlich nicht mehr möglich sein wird. Wir wissen alle nicht, wie der Währungsverfall weitergeht. Ich könnte mir vorstellen, daß das zu sehr erheblichen Gefahren führt, und damit auch zu einem Vertrauensverlust der Ärzteversorgung, der schon einmal da war, der sich erst in den letzten Jahren durch die ständige Arbeit an der Verbesserung der Leistungen vermindert hat. Sicher, jetzt genießt die Ärzteversorgung ohne Zweifel einen sehr guten Ruf in der Ärzteschaft. Aber wenn wir als Delegierte morgen nach Hause kommen, werden wir gefragt werden: Wie sieht es für die Zukunft aus; was bedeutet diese merkwürdige Körperschaftsteuergeschichte, die uns der Bundestag beschert hat? Sicher ist nur, daß die Ärzteschaft wieder getrazt wird. Das sollten sich auch die Herren Politiker nicht mehr so oft leisten. Denn auch in der Ärzteschaft sind viele so eingestellt wie ich: *rerum novarum cupidissimi!*

Präsident: Ich darf gleich einen Zweifel des Herrn Breidenbach ausräumen: Es gibt keinen einzigen Fall in der Bayerischen Ärzteversorgung, wo jemals ein Rentenanspruch kapitalisiert wurde.

Dr. Henkel: Der Herr Präsident sprach eingangs seiner Rede von einer Welle der Unruhe in der Ärzteschaft. Herr Kollege v. Brentano hat diesen Satz wiederholt. Ich möchte nun versuchen zu erklären, wie diese Welle der Unruhe entstanden ist bzw. wie ich mir vorstellen könnte, daß diese Wellen wieder etwas geglättet werden könnten. In diesem Zusammenhang möchte ich auf das Blatt der Bayerischen Ärzteversorgung „40 Jahre“ hinweisen, für das wir besonders dankbar sind. Damit ist zum erstenmal in die Ärzteschaft eine Schrift getragen worden, die uns viele Nachfragen und Reklamationen erspart. Ich bitte sehr herzlich, vor allem Herrn Kollegen Reichstein, die Dinge, die hier gesprochen worden sind, ganz breit im „Bayerischen Ärzteblatt“ zu veröffentlichen. Der freipraktizierende Arzt versteht diese vielen Komplikationen nicht, und es ist wirklich eine Aufgabe, vor allem auch der Versicherungskammer, hier näher an den Arzt heranzukommen. Es ist sehr traurig, daß wir nicht in der Lage sind, gerade auch diese ganze Organisation an unsere Ärzte heranzubringen. Denn dann würde man verstehen, daß wir uns bemühen, es besser zu machen, daß es nur aus vielen Gründen nicht geht.

Ich darf aus der ausgezeichneten Statistik (Seite 9) zwei Zahlen nennen, die sehr eindrucksvoll sind: Die Inanspruchnahme des Ruhegeldes erfolgte in einem Durchschnittsalter von 64,3 Jahren. Das zweite ist: Der Ruhegeldbezug endete durch Tod durchschnittlich in einem Alter von 72,7 Jahren. Diese zwei Zahlen veranlassen mich, auf die Ausführungen des Herrn Kollegen Dehler kurz einzugehen, die mich ganz besonders beeindruckt haben. Er gab unter der Hand zu erkennen, daß uns diese großen Erfolge, die durch die Hereinnahme der angestellten Ärzte 1957 entstanden sind, langsam wieder entgleiten könnten. Ich sage „könnten“, weil er sagte: „Die Bayerische Ärzteversorgung muß konkurrenzfähig bleiben.“ — Wenn wir gegen-

über der Angestelltenversicherung konkurrenzfähig bleiben wollen, müssen wir ja ungefähr dasselbe bieten. Es war mir völlig neu, daß schon 1930 die bayerische Ärzteschaft ein Ruhegeld gezahlt hat. Die Alten haben damals also auch nicht von ungefähr ein Ruhegeld für sich beantragt; sie haben sich dabei etwas gedacht, und wir haben den großen Erfolg, daß vom 70. auf das 67. Jahr zurückgegangen werden konnte. Wenn ich heute erfahre, daß ein Zurückgehen auf 65 Jahre 212 Millionen Mark kosten würde, glaube ich das ohne weiteres. Dennoch schlage ich vor zu überlegen, ob nicht in Anbetracht der Dringlichkeit des Konkurrenzfähigbleibens und der Stärke unserer Versorgung gegenüber der Angestelltenversicherung zu fragen ist: Was kostet es, wenn wir wenigstens auf 66 Jahre zurückgehen?

Dr. Dr. Grassl: Der Brief, der am 5. September an alle bayerischen Kollegen ging, hätte eigentlich in einem Trauerkuvert kommen sollen. Denn er bedeutete doch einen riesigen Schlag für jeden von uns draußen für seine Altersversorgung. Er betrifft in erster Linie die Nachkriegsgeneration. Sie hat 10 Jahre gebraucht, um existieren zu können, 5 Jahre, um etwas investieren zu können, und nun hat sie versucht, eine Altersversorgung aufzubauen. Es wurde immer gesagt: Altes Geld in die Altersversorgung, konzentriert das Geld auf die Altersversorgung, und nun kommt dieser Schlag der Limitierung. 4032 Mark im Jahr bedeuten 58 Mark im Monat mehr. Stellen Sie sich einen von uns mit 55 Jahren vor; er kann nach 10 Jahren 580 Mark erreichen. Er hat vielleicht jetzt 300 Mark. In 10 Jahren nochmals 580 Mark dazu, sind also 880 Mark. Ein Familienvater mit 4 Kindern, wie ich, der mit 65 oder 67 Jahren ausscheidet, hat dann 800 oder 900 Mark. Es ist klar, daß draußen ein großer Teil der Kollegen nach einer Hilfe sucht. In unserem Alter eine Lebensversicherung abzuschließen, ist aussichtslos oder die Prämie ist zu hoch und trägt sich nicht mehr. Ein großer Teil der Kollegen wird in der Dynamisierung unserer Ärzteversorgung Rettung suchen. Sie wurde im wesentlichen abgelehnt, aber ich muß sagen: Wir müssen sie weiterbetreiben! Wir müssen Herrn Präsident Sewering dafür dankbar sein, daß auch er Möglichkeiten sieht.

Ich muß leider von Veröffentlichungen des Marburger Bundes Abstand nehmen; ich bin zwar ein Mitbegründer dieses Bundes, aber was in dem letzten Blatt des Marburger Bundes steht, darf nicht für die Allgemeinheit gelten. Es heißt da über die Verbesserung des Frühinvaliditätsschutzes: „Mit dieser nun weiter verbesserten Regelung des Frühinvaliditätsschutzes bietet die Bayerische Ärzteversorgung vor allem ihren jüngeren Mitgliedern ein solch hohes Maß an sozialer Sicherheit, daß sie trotz ihres Verzichts auf die Dynamisierung ihrer Leistungen bei jedem Vergleich mit anderen Instituten mit Glanz besteht.“ Wir dürfen nicht sagen „trotz Verzichts auf die Dynamisierung“, sondern wir müssen weiter versuchen, unsere Ärzteversorgung zu dynamisieren. Das ist auch möglich. Vergleichen wir doch einmal unsere Versorgung mit der Angestelltenversicherung. Vorher hat ein Kollege erwähnt, daß die nach der RVO Versicherten im Durchschnitt mit 53 Jahren, im Volksdurchschnitt also, in die Rente einsteigen, während wir durchschnittlich erst mit 63 Jahren die Rente beziehen. Damit müssen wir doch operieren, daß

wir 10 Jahre später als der Durchschnitt des Volkes in die Rente eintreten! Sie dürfen sich nicht wundern, daß ein Teil der Kollegen beim Staat Hilfe sucht, daß sehr viele sagen: „Der Staat muß uns helfen, daß unsere Renten höher werden.“ — Ich habe vor mir einen Brief, der gestern im „Münchner Merkur“ erschien, und zwar von einem Vorstandsmitglied des Zahnärztlichen Bezirksvereins Hof, Dr. Krotscha.

Er schreibt: „Der Ruf nach Staatshilfe ist für uns berufsfremd und entspricht nicht unserer ganzen Berufseinstellung. Wenn jedoch der Staat, noch dazu aus unseren Steuermitteln, allen Unselbständigen alle Währungs- und Kaufkrafttrisiken großzügig mehr als ausgleicht, aus Steuermitteln auch noch alle möglichen Zusatz-, Ersatz- und Ausfallzeiten bezahlt, dazu noch die Sorge für die sog. ‚alte Last‘ abnimmt, darf man sich nicht wundern, wenn der Arzt nun wenigstens Ausgleich des in erster Linie durch die Maßlosigkeit der finanziellen Anforderungen der öffentlichen Hand verursachten Kaufkraftschwunds seiner vom Staat verwalteten Gelder verlangt.“ Das ist nur ein Beispiel. Draußen werden viele Kollegen sagen, da muß uns der Staat helfen. Das sollen wir aber nicht zulassen. Wir müssen versuchen, das mit eigener Kraft leisten zu können. Ich schlage vor zu erwägen, ob nicht zu dieser Begrenzung auf die 4032 Mark etwa 10% Zusatz kommen könnten, die rein der Dynamisierung dienen. Es müßte in Verhandlungen möglich sein, sich bei der Bundesregierung durchzusetzen. Wenn wir in den Renten nicht wie die anderen steigen können, muß uns die Möglichkeit gegeben sein, diese Dynamisierung durch irgendeine Erhöhung der Einzahlungen durchzusetzen. Auf jeden Fall dürfen wir uns nicht dem Glauben hingeben, es sei nicht zu ändern. Es muß die Möglichkeit geben, für die Mehrzahl der Kollegen eine Verbesserung zu erreichen.

Dr. Baumgartner: Auch andere Berufsgruppen außer den Ärzten haben sich Gedanken über die Altersversorgung gemacht. Ich habe erst vor wenigen Tagen mit meinem Schwager, der Direktor eines großen Stahlwerkes ist, gesprochen. Er geht in ein oder zwei Jahren in Pension. Ich habe ihn gefragt, wie seine Altersversorgung aussieht. Er ist ungefähr seit 20 Jahren Angestellter eines Industrieverbandes und inzwischen Direktor mit einem sehr hohen Einkommen geworden. Er sagt: „Ich bekomme den Höchstbetrag der Angestelltenversicherung und darüber hinaus von einer Pensionskasse im Monat 2500 oder 2800 DM.“ Sie heißt „Essener Verband“, das ist der vereinigte Verband der Stahlindustrien. Ich habe ihn gefragt: „Hast du bei diesem Essener Verband eingezahlt?“ Er sagte darauf: „Nein, das macht die Firma von sich aus, davon weiß ich gar nichts, davon merke ich gar nichts.“ Da habe ich weiter gefragt: „Zahlt der Essener Verband Körperschaftsteuer, so wie wir es machen müssen?“ So hat es ja auch der SPD-Bundestagsabgeordnete Dr. Möller beantragt! Darauf wußte er keine Antwort. Ich bitte die Herren der Versicherungskammer, dazu etwas zu sagen. Aus den Pensionskassen bekommen bei sehr vielen Firmen die Direktoren, die leitenden Angestellten, neben der Angestelltenversicherungspension noch einen ganz schönen Betrag. Ich weiß nicht, ob diese Pensionskassen auch dieser Steuer unterliegen.

Im übrigen möchte ich die Abgeordneten, besonders Herrn Dehler, Herrn v. Brentano und Herrn Soening,

darin erinnern, daß politische Entscheidungen nicht in Ausschüssen, sondern in Fraktionen fallen. Was in der Fraktion beschlossen wird, wird im Ausschuß dann so durchgeführt.

Regierungsdirektor Nebel: Bei dieser Pensionskasse des Essener Verbandes handelt es sich um eine sog. betriebliche Versorgungseinrichtung, in diesem Fall sogar um eine überbetriebliche Pensionsversorgungseinrichtung der gesamten Stahlindustrie des nordrhein-westfälischen Gebietes. Es existiert eine ganze Reihe von Bestimmungen über die Steuerfreiheit von Betriebspensionskassen. Ich möchte hier nicht näher darauf eingehen, aber doch eines sagen: Solche Betriebskassen haben nur dann Steuerfreiheit, wenn bestimmte Höchstsätze der garantierten Pensionen nicht überschritten werden. Es ist ein gewisser Prozentsatz, ich glaube 12%, der diesen Richtsatz überschreiten darf. Aber jedenfalls besteht eine Limitgrenze für die zugesagte Pension.

Bei den derzeitigen Auseinandersetzungen über die Erhöhung des Freibetrages bei der Körperschaftsteuer wird es für die Anstalt selbstverständlich mit ein Argument sein, daß bei betrieblichen Pensionskassen die Steuerfreiheit doch ziemlich großzügig geregelt ist, während bei der Steuerfreiheit unserer Versorgungseinrichtungen doch sehr eng verfahren worden ist.

Präsident: Ein wesentlicher Unterschied ist auch der, daß diese Pensionskassen nicht den einzelnen, der später die Pension erhält, als Mitglied haben, sondern die Betriebe. Es besteht wohl vor allem deshalb eine andere steuerliche Situation. Das wird jedenfalls im Rahmen unserer Auseinandersetzungen mit geprüft und mit verwertet werden.

Dr. Reinhardt: Das Streben nach Sicherung für das Alter, nach Sicherung des Lebens überhaupt, hat durch die vergangene Entwicklung einen beträchtlichen Umschwung erfahren; es hat infolge der Umstellung der Gesamtsozialstruktur einen beträchtlichen Wandel erlitten. Nun sind in der Ärzteschaft an sich nicht so sehr die grundsätzlichen Bestrebungen als vielmehr die Technik geändert, die man dafür einsetzen kann. Sie hat dazu geführt, daß die Ärzteversorgung im Gegensatz zu früher, wo die privatkapitalistische Vorsorge im Vordergrund stand, heute einen sehr wesentlichen oder besser den vorherrschenden Teil der Altersvorsorge bedeutet. Diese Entwicklung hat weiter selbstverständlich auch das allgemeine Interesse der ärztlichen Öffentlichkeit sehr stark auf die Ärzteversorgung konzentriert; durch die Schritte der Zahnärzte ist in der letzten Zeit eine sehr lebhaft diskutierte Diskussion ausgelöst worden. Diese Diskussion geht — wie wir vor allem nach den ausgezeichneten Darlegungen von Herrn Regierungsdirektor Nebel sahen — am Sachlichen teilweise völlig vorüber. Ich will dazu jetzt nicht weiter Stellung nehmen. Die Möglichkeit, bei der Ansammlung eines so beträchtlichen Deckungsstocks Verbesserungen vorzunehmen, bleibt zweifellos unbenommen. Es fragt sich nur, welche Wege es gibt, die das im Rahmen des Möglichen erlauben.

Zuvor aber noch eine Bemerkung zu der Feststellung von Herrn Dr. Dehler, daß die Ansammlung eines so beträchtlichen Kapitaldeckungsstocks ja auch eine bestimmte Machtposition verleihe, die entsprechend einzusetzen sei. In gleicher Weise wird ein solches Kapital

— das möchte ich dazu sagen — aber auch die nie ruhende Begehrlichkeit des Staates reizen, von dem wir wissen, daß er nicht ganz unbefangenen und jedenfalls auch ohne wesentliche Hemmungen bereit ist, solche immerhin ganz ansehnlichen Brocken zu schlucken, wenn es ihm an der Zeit oder möglich erscheint.

Die Möglichkeit, Verbesserungen in der Leistung der Anstalt zu erreichen, wäre zweifellos zunächst einmal die Erhöhung des mit 4% angenommenen Zinsfußes auf 4,5%. Unser Ziel müßte es sein, den 4,5prozentigen Zinsertrag als Rechnungsgrundlage durchzusetzen. Da es bekanntlich der Effektivzins zumindest bei der derzeitigen Kapitalmarktlage erlaubt, eine solche Rechnungsgrundlage anzunehmen, wäre es möglich, auf dieser Grundlage nicht nur rechnerisch, sondern effektiv eine Leistungsverbesserung einzubauen. Der Einbau solcher Verbesserungen dürfte sich nicht, wie heute fast ausschließlich gesagt worden ist, auf die laufenden Renten beschränken; er müßte vielmehr auch die derzeitigen Anwartschaften enthalten. Das heißt, man müßte jedem Einzelkonto die Überzinsträge, die sich bei Berechnung mit 4,5% ergeben, gutschreiben und würde damit die Ungerechtigkeit vermeiden, die derzeitigen Nutznießer der Ärzteversorgung allein in den Vorteil der Überträge zu bringen. Das wäre eine Möglichkeit.

Eine zweite Möglichkeit einer Verbesserung wäre, wie schon vor mir vorgetragen, der Wegfall der Verpflichtung, auf die RVO-Kassenpraxis zu verzichten. Wenn man sich darüber klar ist, daß die RVO-Kassen je nach der Praxisstruktur das manchmal fast ausschließliche Fundament des Einkommens darstellen, ist dieser Verzicht von sehr einschneidender und grundlegender Bedeutung. Es mutet in diesem Zusammenhang merkwürdig an, sich an die Begründung des Bayerischen Verfassungsgerichts zu einem Urteil zu erinnern, wo es heißt, es sei dem Arzt jederzeit möglich, sich außer den RVO-Kassen den nötigen Zulauf an Privatpatienten zu sichern und damit seine Existenzgrundlage grundsätzlich nicht davon abhängig zu machen. Man könnte sich die Verbesserung in der Richtung vorstellen, daß man davon absieht, den Verzicht auf die RVO-Kassenzulassung zu verlangen. Wenn die Anstalt diese Bestimmung wegfallen ließe, würde damit ein wesentlicher Grund für die Beunruhigung unter der Kollegenchaft entfallen.

Ich möchte noch die für meinen Begriff ungleichmäßige Beurteilung beim Ruhegeldalter anführen. Wir haben vorhin gehört, es besteht an sich nicht grundsätzlich der Anspruch auf Ruhegeld ab einem bestimmten Alter. Man rechnet nur damit, daß ab 65 die Leistungsfähigkeit im allgemeinen wesentlich absinkt und gesteht damit die Möglichkeit des Ruhegeldempfangs zu. Ab Vollendung des 67. Lebensjahres besteht die Möglichkeit, das Ruhegeld dann zu beziehen, wenn auf die RVO-Praxis verzichtet wird. Herr Regierungsdirektor Nebel hat schon erwähnt, es sei falsch, zu sagen, die Anstalt profitiere daraus, daß ein Kollege weiterarbeitet. Dieser dem Laien an sich wohl durchaus geläufige Denkfehler könnte vielleicht in etwa dadurch korrigiert werden, daß man jedem, gleichgültig, ob er nun aufgibt oder nicht, mindestens den Grundbetrag anrechnet oder auszahlt, und selbstverständlich nicht den Zuschlag, sondern nur den Grundbetrag. Das ist keine überragende Summe und wird im Einzelfall in der Gesamt- oder

Endsumme nicht allzu wesentlich in Erscheinung treten; ich weiß nicht, wie hoch der Zugang pro Jahr ungefähr sein wird.

Wenn man bedenkt, daß die angestellten Ärzte, die als Beamte gleichzeitig den Arbeitgeberanteil für ihre Ärzteversorgung laufend beziehen, mit 65 Jahren ihre Pension bekommen und dann das Ruhegeld im ganzen ohne irgendwelche Einschränkungen beziehen können, so sehe ich darin eine ungleichmäßige Behandlung der Mitglieder.

Zum Ende möchte ich ebenfalls das, was Herr Kollege Henkel schon betont hat, noch einmal besonders unterstreichen: Die Publizitätsarbeit der Ärzteversorgung, also der Bayerischen Versicherungskammer, war bisher nicht sehr intensiv. Die jetzt noch zu verschickende Schrift bedeutet eine sehr erfreuliche Neuerung und außerdem eine wirklich sachliche Grundlage, auf der weitere Diskussionen vorgehen könnten.

Ich möchte dazu den Vorschlag machen, daß die Ärztlichen Kreisverbände in entsprechenden Sitzungen auf dieses Problem, und zwar vor allen Dingen nach dem, was wir heute ausführlich gehört haben, eingehen und die Kenntnisse weitergeben, um damit die entstandene Unruhe wieder zu dämpfen und ein sachliches Bild zu geben, damit eine Diskussion weiter ermöglicht wird.

Dr. Gailer: Was Herr Kollege Dehler in seinem Korreferat ausgeführt hat, möchte ich für den Sonderfall der wissenschaftlichen Assistenten noch einmal kurz beleuchten. Bei den Assistenten an den Hochschulen, den sogenannten Widerrufsbeamten, herrscht zur Zeit auch eine sehr große Unruhe darüber, daß der wissenschaftliche Assistent nicht genügend bedacht sei in der Möglichkeit seiner Nachversicherung oder seiner Vorsorge für die Altersversorgung. Trotz einer Entschließung, die dieses Hohe Haus im Jahre 1963 in Ansbach verabschiedet hat, ist in den zwei Jahren nicht sehr viel erreicht worden, wenn man nicht ein Herunterfallen in der Bundestagsdebatte als Erfolg werten will.

Ich möchte es kurz an einem Beispiel für die, die dieses Problem nicht so sehr beschäftigt, die aber vielleicht Söhne haben, für die es in zwei bis drei Jahren interessant werden kann, erläutern.

Wenn ein angestellter Arzt sich 1957 zugunsten der Bayerischen Ärzteversorgung und kraft Gesetzes freistellen hat lassen und im Jahre 1961 an eine bayerische Universität ging, brauchte er dort keine Versicherungsbeiträge mehr abzuführen, da der Staat ihn, vorausgesetzt, daß er fünf Jahre bliebe, bei der Bundesversicherungsanstalt für Angestellte nachversichern wollte. Damit hätte er dann wenigstens den Anspruch, sich dort weiterversichern zu können, ginge aber noch immer das Risiko ein, daß er eine Doppelversicherung hat. Wenn er sich heute frei niederläßt, muß er wieder Pflichtmitglied bei der Bayerischen Ärzteversorgung werden. Viele Assistenten erreichen diese fünf Jahre gar nicht. Dann sind für diese Jahre die Gelder völlig verloren. Die Bayerische Versicherungskammer bekommt nichts vom Bayerischen Staat. Der Assistent hat einen Ausfall. Er muß ja während der Zeit, in der er Assistent ist, den Mindestbeitrag zur Bayerischen Ärzteversorgung bezahlen, um überhaupt seine Anwartschaft dort zu erhalten.

In diesem Zusammenhang ist es verständlich, wenn die Assistenten hoffen, daß hier eine vor zwei Jahren geforderte befriedigende Lösung vielleicht in Bälde durch die Anstalt in irgendeiner Form gewährleistet werden könnte.

Was in diesen Kreis der Probleme mit hineingebört, ist eine Sache, die heute schon angesprochen worden ist. Die Reklame ist in den letzten Jahren nicht sehr großzügig gewesen. Daß nun ein erfreulicher Erfolg eingetreten ist, läßt in uns die Hoffnung keimen, daß es in Zukunft besser wird. Um aber auf die Schwierigkeiten kurz noch einmal einzugehen: Es ist dem Ärztlichen Kreisverband nicht möglich, eine Werbebroschüre an die jungen Kollegen auszugeben, in der ihnen gesagt wird, wie sie sich günstig bei der Bayerischen Ärzteversorgung versichern können und welche Möglichkeiten sie dort haben. Schlimmer finde ich es, daß es an den bayerischen Universitäten zum Teil gar nicht bekannt ist, daß es eine Bayerische Ärzteversorgung gibt. Ich erlaube mir hier anzufragen, wieso so etwas überhaupt möglich ist. Wer versagt hat, vermag ich jetzt nicht zu entscheiden. Vielleicht wird es in Zukunft etwas besser, als es im jetzigen Augenblick ist. Beim Vorliegen einer geeigneten Broschüre könnte dann den Kollegen gesagt werden, von welchem frühesten Zeitpunkt an sie eine Versicherung bei der Versicherungskammer eingehen können.

Weil ich nun schon einmal bei der Versicherungskammer bin, muß ich doch noch etwas sagen, was mir in den letzten Monaten gerade an den bayerischen Universitäten aufgefallen ist und was eigentlich nicht zu verstehen ist. Es treten dort Leute auf, die angeben, von der Bayerischen Versicherungskammer zu kommen, wobei die Worte „Bayerische Versicherungskammer“, „Bayerische Ärzteversorgung“, „Beamtenversicherung“ völlig durcheinandergemischt werden, so daß die jungen Kollegen überhaupt nicht wissen, was sie tun sollen, zumal ihnen diese Versicherungsvertreter eine Ausgleichsversicherung für die Zeit anbieten, wo sie bei der Bayerischen Ärzteversorgung schlecht betreut seien. Wenn unter einem Dach so etwas geschieht, daß von der Bayerischen Versicherungskammer zwei Spuren angesetzt werden, ist es leider so, daß man den jungen Kollegen schwer raten kann, was sie tun sollen.

Noch zum Schluß: Auch die Frage einer Frühinvaliditätsnachversicherung scheint mir persönlich bis heute noch nicht eindeutig geklärt. Wenn ich mich recht erinnere, ist es zwei Jahre her, daß diese Frühinvaliditätsversicherung bei der Ärzteversorgung möglich wurde.

Im Frühjahr dieses Jahres wurde ich auf eindringliche Anfragen bei der Bayerischen Ärzteversorgung unterrichtet, daß ich mich zwar nachversichern könnte, daß ich aber für die letzten zwei Jahre — nämlich die Laufzeit — einen Nachversicherungsbetrag bezahlen müßte, der sich nicht in ganz niedrigen Grenzen — so etwa 3000 bis 6000 Mark — beläuft. Ich muß sagen, ich wüßte im Moment nicht, woher ich diese 3000 oder 6000 Mark nehmen sollte, weil ich ja nur mein Gehalt habe wie zuvor auch. Ich kann mich also nicht gegen Frühinvalidität versichern lassen.

Ich möchte in diesem Zusammenhang an die Herren der Bayerischen Versicherungskammer — sprich: Ärzteversorgung — die Frage stellen, was die Versicherungskammer für die wissenschaftlichen Assistenten zu

tun gedenkt, für die Medizinalassistenten und die jungen Leute, um eine Doppelversicherung zu vermeiden und die Frage einer Sicherung im Falle der Frühinvalidität nun endlich einer befriedigenden Lösung zuzuführen.

**Präsident:** Das ist die spezielle Frage, auf die Herr Dehler schon eingegangen ist. Vielleicht könnte Herr Dehler im Schlußwort das noch einmal aufgreifen.

**Dr. Allwein:** Ich möchte ganz kurz einige Punkte zur Sprache bringen. Erstens die Jubiläumsschrift „Ärzteversorgung“. Ich vermisse die Angabe über die Entwicklung des Vermögens. Zweitens würde es uns sehr interessieren, wie sich die Einnahmen zusammensetzen: wieviel Beiträge, wieviel Zinsen. Ich wäre dankbar, wenn wir hier etwas erfahren könnten. Dann zur Körperschaftsteuer: Es müßte meiner Ansicht nach publizistisch für den nächsten Bundestag vorgearbeitet werden. Wenn das Gesetz fallen soll, muß es schon etwas vorbereitet werden. Ich stelle mir das als eine dankbare Aufgabe unserer Pressestelle vor. Sie muß die öffentliche Presse mit Argumenten bedienen, aus denen hervorgeht, daß wir hier sehr zu Unrecht benachteiligt werden gegenüber den anderen. Unter anderem wäre der Hinweis nötig, daß wir keinen Pfennig Staatszuschuß bekommen im Gegensatz zur Arbeiter- und Angestellten-Rentenversicherung. Es ist überhaupt auf die Eingriffe in die alterworbene Rechte hinzuweisen. Sonst heißt es immer: Die alterworbene Rechte sind seit Jahrzehnten bestehende Rechte, sie dürfen nicht angetastet werden — siehe freiwillige Mitgliedschaft bei den RVO-Kassen. Unser angestammtes Recht ist es, daß wir Körperschaftsteuerfrei sind. Warum kann man das mit einem Federstrich ändern, während das andere ad infinitum bleibt?

### Schlußwort von Dr. Dehler

Ohne jeden Zweifel — um auf die vorletzte Diskussionsbemerkung einzugehen — besteht darin, daß unsere Kollegen an den Hochschulen, die Beamten auf Widerruf, keine Möglichkeit haben, ihre Nachversicherung bei der Ärzteversorgung vorzunehmen oder eine Option zugunsten der Ärzteversorgung auszusprechen, doch eine echte Benachteiligung.

Hier liegt eine große Aufgabe für uns alle. Sie ist nur vollziehbar mit erheblichem Druck auf den Landesgesetzgeber und den Bundesgesetzgeber. Sie wissen ja — insbesondere die Diskussionsredner —, daß es an Bemühungen von seiten der Kammer, der Versicherungskammer und des Marburger Bundes in den letzten Jahren gewiß nicht gefehlt hat. Es ist daher auch nicht unsere Schuld, sondern etwas zu große Trägheit bei den zuständigen Gesetzgebungsinstanzen.

Es wurde vorhin die Sorge ausgesprochen, daß ein — ich bringe wieder den Begriff — Juliusturm von einer halben Milliarde die staatliche Begehrlichkeit wecken könnte. Ich glaube aber an den Rechtsstaat. Wenn es so wäre, daß Größenordnungen im Bereich einer halben Milliarde schon die staatliche Begehrlichkeit wecken und Enteignungsvorgänge einleiten könnten, dann — und dessen kann ich Sie versichern — sind wohl alle Grundlagen unserer Rechtsordnung, unserer Wirtschaft und unseres Finanzwesens aufgehoben. Wenn wir vom Rechtsstaat jetziger Prägung, der leider

einem Kollegen gar nicht so gut gefallen will, mir aber im Gegensatz zu ihm sehr gut gefällt, abkommen sollten, dann sind alle Grundlagen in Frage gestellt und wir brauchen uns über solche Sorgen heute nicht zu unterhalten.

Ein dritter Komplex: Ein Mißverständnis scheint mir vorzuliegen. Manche Kollegen, die über die Jahresgrenze mit 65 oder 67 Jahren diskutieren, gehen von der irrigen Auffassung aus, daß der niedergelassene Kollege erst mit 67 Lebensjahren in den Genuß seines Ruhegeldes kommen könnte. Das ist falsch. Jeder Kollege kommt in den Genuß des Ruhegeldes dann, wenn er berufsunfähig ist, ganz abgesehen davon, welches Lebensalter er hat. Wenn das natürlich in einem sehr frühen Lebensalter passiert, liegt es im wohlverstandenen Interesse sowohl der Anstalt wie auch der Gesamtheit der Mitglieder, die tatsächliche Begründung dieser Berufsunfähigkeit nachzuprüfen. Wenn aber — und insoweit übersehe ich die Verwaltungspraxis der Anstalt — diese Erklärung über eine Berufsunfähigkeit jenseits des sechsten Lebensjahrzehnts erfolgt, wird im allgemeinen die Versicherungskammer diese Selbsterklärung als richtig hinnehmen. Das heißt, die 65-Jahr-Grenze respektive 67-Jahr-Grenze hat nur dann Bedeutung, wenn unter Fortführung der RVO-Praxis im engeren Sinne das Ruhegeld erbeten wird. Selbstverständlich hat jeder Kollege, der mit 65 Jahren aufhören will, die Möglichkeit, von nächsten Monat an sein Ruhegeld zu erhalten. Damit ist keine ungleiche Stellung zwischen einem im öffentlichen Dienst stehenden und einem in privater Tätigkeit stehenden Arzt gegeben.

Wenn vorhin gesagt wurde, es sei eine gewisse Ungleichheit zwischen dem angestellten Kollegen, der mit 65 Jahren aus dem Dienstverhältnis ausscheidet und sofort sein Ruhegeld empfangen kann, und dem niedergelassenen Kollegen gegeben, so mögen die jetzt gemachten Ausführungen schon darstellen, daß diese ungleiche Behandlung nicht vorliegt. Natürlich könnte auch ein angestellter Kollege mit 67 Jahren das Ruhegeld beziehen und eine Privatpraxis daneben aufmachen. Das stellt ihn gleich den Kollegen, die eben zu diesem Zeitpunkt unter Fortführung ihrer Ersatzkassen- und Privatpraxis auf die RVO-Zulassung im engeren Sinne verzichten.

Ich darf von mir aus für alle Diskussionsbeiträge herzlich danken. Ich glaube, daß der heutige Tag zumindest dazu gedient hat, eine ganze Summe von Mißverständnissen, die immer der Todfeind der Erkenntnis sind, auszuräumen und damit in den Kreisverbänden noch notwendige weitere Diskussionen zu vertiefen. Ich persönlich habe die Lehre aus dem heutigen Tag gezogen, daß mehr noch als in der Vergangenheit von der Versicherungskammer wie auch von der Landesärztekammer eine stärkere Aktivität im Bereich der Ärzteversorgung ergriffen werden muß.

### Schlußwort von Dr. Sewering

Zu den wesentlichen Dingen: Eines hat Herr Kollege Dehler schon aufgegriffen, nämlich die Frage der Altersgrenze mit oder ohne Weiterführung der ärztlichen Tätigkeit. Ich darf wiederholen, was ich in meinem Referat gesagt habe: Machen können wir alles, aber, worauf Sie auch schon Herr Nebel

hingewiesen hat, die Einführung einer automatisch fälligen Altersrente ist zwangsläufig verbunden mit einer Senkung des Zuschlags. Es gibt, wie er sagte, keine Versorgungseinrichtung mit automatischer Gewährung des Ruhegelds, die sich einen höheren Zuschlag als 15% leisten könnte. Die Verbesserung, die von einem Kollegen darin gesehen wird, daß man die automatische Altersrente einführt, bestünde also nur für den Kollegen, der das Ruhegeld bezieht, aber weiter tätig ist, während der berufsunfähige Kollege ein wesentlich niedrigeres Ruhegeld erhalten würde, und auch die Witwen eine entsprechend niedrigere Witwenrente in Kauf nehmen müßten.

Wenn ich daran erinnere, daß die durchschnittliche Bezugsdauer des Ruhegelds heute bei etwas über neun Jahren, die der Witwenrente bei 22 Jahren liegt, muß ich mich fragen, ob man es verantworten kann, daß die Witwen 22 Jahre lang in Form einer niedrigeren Rente darunter leiden müssen, daß ihr verstorbener Mann neben seinen Einnahmen aus der Praxis auch noch die Rente aus der Ärzteversorgung erhalten hat. Das ist die Frage. Wenn Sie sagen: „Wir wollen die Rente trotzdem nicht senken“, müssen wir Ihnen antworten: Das läßt sich mit 7% Beitrag nicht mehr bewältigen; wir müßten dann bei gleichbleibender Rente und automatischer Gewährung einen höheren Beitrag verlangen. Ich glaube, daran ist wohl kaum jemand interessiert. Ich bitte Sie, gerade in der folgenden Zeit, sehr eingehend zu überlegen, welchen Weg Sie für besser halten.

Dann zur zweiten Frage, nach der Dynamisierung, die immer wieder gestellt wurde. Bei den Ausführungen des Herrn Kollegen v. Brentano hatte ich ein wenig das Gefühl, daß er auch noch immer zur Dynamisierung der Rentenversicherung hinüberblickt und nicht ganz beachtet hat, worauf ich so nachdrücklich hingewiesen habe, nämlich, daß diese Dynamisierung der Rentenversicherung auf der Basis eines Steigerungsbetrags von 10,7% erfolgt, während wir einen Steigerungsbetrag von 20% haben. Bis zum heutigen Tag sind trotz aller Dynamisierung die Renten der Bayerischen Ärzteversorgung noch erheblich besser als die Renten der Angestelltenversicherung, und sie werden auch noch einige Jahre besser bleiben. In der Zwischenzeit wird ein Weg gefunden werden, mit dem wir die Leistungen unserer Anstalt neuerdings verbessern können.

Zur Körperschaftsteuer, unserer größten Sorge, darf ich sagen: Zunächst einmal steigt dieser Freibetrag, diese Freigrenze, nach den bisherigen Erfahrungen Jahr für Jahr um 8% an. Wenn sich also sonst nichts ändern würde, wäre der Freibetrag im nächsten Jahr 4300 DM. Sollte der Beitrag zur Angestelltenversicherung von 14 auf 16% erhöht werden, so stiege er neuerdings, und zwar erheblich, an.

Im übrigen darf ich Ihnen versichern, daß gerade diese Sache unsere ganze Aktivität in Anspruch nehmen wird und daß wir alles tun werden, um zu einer Lösung zu kommen, die unseren Besonderheiten entspricht und die es uns ermöglicht, vernünftig und so gut es geht für unser Alter zu sorgen.

Das waren wohl die drei ganz wesentlichen Punkte, die in der Diskussion immer wieder angesprochen wurden. Zur Publizität noch etwas! Wer das „Bayerische Ärzteblatt“ liest, findet eigentlich sehr häufig etwas über die Bayerische Ärzteversorgung. Wenn mir

jemand sagt, er habe dieses oder jenes nicht gewußt, so kommt man im allgemeinen immer dahinter, daß er auf eine entsprechende Frage antwortet: „Ja, die Zeit, auch noch Euer ‚Bayerisches Ärzteblatt‘ zu lesen, habe ich natürlich nicht.“ Da frage ich mich — nicht nur hier, sondern auch sonst —: Wie soll man die Kollegen noch informieren, wenn sie gar nicht bereit sind, da, was man ihnen ins Haus schickt, überhaupt zu lesen?

Zu den Zahlen, die Herr Allwein angeführt hat, darf ich sagen, daß in der Zukunft auch wieder Geschäftsberichte verschickt werden, die sich mit konkreten Zahlen befassen und es den Mitgliedern ermöglichen, Antwort auf die Fragen zu bekommen, die Herr Allwein gestellt hat.

Als Extrakt Ihrer Diskussion hat Herr Kollege Dehler einige Punkte zusammengefaßt, die ich verlesen und zur Abstimmung stellen darf. Er schlägt folgenden Beschluß vor:

„Der Vorstand der Landesärztekammer und die ärztlichen Mitglieder des Landesausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung werden aufgefordert, bei der weiteren Gestaltung der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung folgende Grundsätze zu beachten:

1. Die Freiheit der Satzungsgestaltung und die Unabhängigkeit von staatlichen Eingriffen muß unbedingt gesichert bleiben.
2. Bei Änderungen des Leistungsplans der Bayerischen Ärzteversorgung muß stets das Prinzip der unbedingten Sicherung des späteren Ruhegeldanspruchs für alle Mitglieder gewahrt bleiben.
3. Es sollen Wege gefunden werden, um den Kaufkraftschwund für laufende Ruhegelder auszugleichen.
4. Der Ausgleich für durch zu geringe oder zu späte Beitragsleistungen verursachtes Minimalruhegeld für Mitglieder und Hinterbliebene der Anstalt soll nicht durch Änderung des Leistungsplans, sondern in berufsständischer Solidarität über die Sozialwerke von Kammer und KV erfolgen.“

Das ist wohl die Zusammenfassung der wesentlichen Gesichtspunkte unserer heutigen Beratung.

Dem Antrag wurde zugestimmt.

Ich bitte Sie noch um einen weiteren Auftrag:

„Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer wird gebeten, durch geeignete Verhandlungen, insbesondere mit dem Bundestag, der Bundesregierung und den Fraktionen der Parteien, die Änderung der durch das Steueränderungsgesetz 1965 die Bayerische Ärzteversorgung einschränkenden Steuerbestimmungen herbeizuführen. Er wird ermächtigt, das Bundesverfassungsgericht anzurufen, sollten die Verhandlungen nicht vor Ablauf der für eine Verfassungsklage gebotenen Frist Erfolg haben.“

Dem Antrag wurde zugestimmt.

Dann darf ich diesen Punkt der Tagesordnung abschließen, indem ich zunächst einmal den Referenten sehr herzlich danke. Sie haben uns in einer hervorragenden Weise über die Probleme der Ärzteversorgung unterrichtet. Dafür darf ich Ihnen den Dank dieses Hauses zum Ausdruck bringen. Ich danke aber auch allen Kollegen, die sich an der Diskussion beteiligt

haben. Ich darf Ihnen nochmals versichern, daß wir alle Vorschläge, alle Gedanken und Anregungen, die wir bekommen, immer wieder sorgfältig prüfen. Wenn wir Ihnen allerdings in nicht wenigen Fällen zur Antwort geben müssen, daß das schon einmal durchexerziert und überlegt worden ist und sich vielleicht als undurchführbar erwiesen hat, so betrachten Sie es bitte nicht etwa als Ausdruck einer unerlaubten Arroganz einiger weniger, sondern betrachten Sie es als Zeichen, daß wir uns, die wir in Ihrem Auftrag gerade auf diesem Gebiet tätig sind, wirklich ernsthafte Gedanken machen, daß wir uns fortlaufend bemühen und daß wir ständig — ich möchte schon bald sagen Tag und Nacht — bemüht sind, etwas Besseres zu bieten und unseren Kollegen zu helfen, daß die Sorgen um das Alter, wegen einer Berufsunfähigkeit und um die Hinterbliebenen für jeden von uns immer geringer werden mögen.

Ich möchte aber auch den Herren der Ärzteversorgung, voran dem Leiter der Ärzteversorgung, Herrn Oberregierungsdirektor Hönig, seinen Mitarbeitern, aber auch dem Präsidium der Bayerischen Versicherungskammer, unseren herzlichen Dank für die vertrauensvolle und fruchtbare Zusammenarbeit sagen, die wir seit Jahren miteinander pflegen und die sicherlich auch in der Zukunft gute Früchte tragen wird.

### Tagungsart des 19. Bayerischen Ärztetages

Dr. Seidl: Ich danke dem Herrn Präsidenten, daß er mir zum letzten Tagesordnungspunkt noch das Wort erteilt. Es hat sich inzwischen herumgesprochen, daß Oberbayern ausersuchen soll, das nächste Mal den Bayerischen Ärztetag zu beherbergen. Wir freuen uns darüber, und ich darf Sie im Namen der oberbayerischen Kollegen sehr herzlich einladen. Ich brauche für Oberbayern keine Werberede zu halten. Oberbayern und wir Oberbayern sprechen für uns selber. Wir haben uns beraten, welche Perle wir Ihnen aus dem Kranz der Juwelen darbieten sollen. Da sind wir auf das weltberühmte Heilbad Bad Wiessee gekommen. Das Heilbad Wiessee ist gerade für uns Ärzte das richtige, weil wir von dort Erkenntnisse für unsere Patienten mitnehmen können, nicht etwa, weil wir alle das Bedürfnis hätten, recht viel zu baden. Wiessee bietet alles, was wir für unsere Damen wünschen können: die schöne Landschaft, das großstädtische Gepräge, die Internationalität. Ich darf Sie also bitten, darüber zu befinden.

Bad Wiessee wurde als Tagungsort des 19. Bayerischen Ärztetages bestimmt.

### Schluß der Tagung

Präsident Dr. Sewering: Damit sind wir am Ende unserer Tagesordnung und unserer Arbeit angelangt. Sie haben auch auf diesem Ärztetag bewiesen, daß Sie sich der Bedeutung und der Verantwortung Ihres Amtes als Delegierter der bayerischen Ärzteschaft bewußt sind.

In einem Manuskript, das der ermordete amerikanische Präsident Kennedy in seiner Tasche trug, als er tot auf der Straße lag, stand ein Satz, der mich sehr beeindruckt hat und der mir zeigt, daß es viele Probleme gibt, die nicht nur in Deutschland, sondern überall bestehen. Kennedy schrieb in diesem Manuskript:

„Es werden im Lande stets abweichende Stimmen zu hören sein, die in Opposition stehen, ohne Gegenanschläge zu machen, die gegen alles und für nichts sind und die überall nur Schatten sehen und Einfluß ohne Verantwortung erstreben. Solche Stimmen wird es zwangsläufig immer geben.“

Wenn sich die bayerische Ärzteschaft an der Verantwortungsbereitschaft und dem Arbeitswillen der von ihr gewählten Delegierten orientiert, wird es diese Stimmen in unserem Lande nicht mehr geben. Und dafür möchte ich Ihnen am Schluß dieses Ärztetages meinen Dank ausdrücken.

Dr. von Velasco: Als dem ältesten Delegierten des Bayerischen Ärztetags ist es mir eine ehrenvolle Pflicht, dem Herrn Präsidenten und seinen Mitarbeitern in der Vorstandschaft der Kammer den herzlichsten Dank für die vorzügliche Vorbereitung und Durchführung des 18. Bayerischen Ärztetags zu sagen. Er war ja in seinem Beginn durch das traurige Ereignis des Todes unseres Kollegen Mierlein vorbelastet. Ich glaube, die Würde, mit der dieser Ärztetag durchgeführt wurde, entspricht dem Opfer, das uns Herr Kollege Mierlein gebracht hat. Ich will keine lange Laudatio auf unseren verehrten Herrn Präsidenten anfügen, sondern ich sage es kurz, aber herzlich: Allen Dank und alle Anerkennung für die Durchführung des 18. Bayerischen Ärztetags. Wollen wir hoffen, daß wir unseren Präsidenten im nächsten Jahr in dieser Frische und Tatkraft wieder unter uns haben werden.

Präsident: Ich darf den Bayreuther Kollegen und ganz persönlich Herrn Kollegen Angerer als dem Vorsitzenden der Bayreuther Ärzte, und Herrn Kollegen Hering als dem Vorsitzenden der oberfränkischen Ärzte, unseren herzlichen Dank sagen. Sie haben uns einen schönen Ärztetag gestaltet, den wir sicherlich immer in Erinnerung behalten werden.

Damit schließe ich den 18. Bayerischen Ärztetag und wünsche Ihnen allen eine gute Heimreise.

## Entschließungen des 18. Bayerischen Ärztetages

### Unfallhilfs- und Rettungsdienst

Wie der Bayerische Landesgesundheitsrat ist der 18. Bayerische Ärztetag überzeugt, daß der Unfallhilfs- und Rettungsdienst in Bayern sowohl qualitativ wie quantitativ im Hinblick auf den steigenden Verkehr unzureichend wird.

Der Unfallhilfs- und Rettungsdienst ist heute eine öffentliche Aufgabe, die von den beteiligten Organisationen nicht mehr ohne finanzielle Hilfe des Staates bewältigt wird.

Der 18. Bayerische Ärztetag unterstützt deshalb die Forderung des Bayerischen Landesgesundheitsrates, im Staatshaushalt 1966 einen Betrag von 1 Million DM als erste Jahresrate einzuplanen.

Der Bayerische Ärztetag hält es auch angesichts des immer dichter werdenden Verkehrs für dringend erforderlich, Maßnahmen einzuleiten, durch die bei Unfällen Polizei, Feuerwehr, Unfallwagen und Ärzte zu den Verletzten gelangen können.

### Zusatzbezeichnung Arbeitsmedizin

Der 18. Bayerische Ärztetag hat durch Einführung eines § 23 a in die Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958 beschlossen, daß Ärzte, die auf dem Gebiet der Arbeitsmedizin tätig sind, nach Genehmigung durch die Bayerische Landesärztekammer den Zusatz „Arbeitsmedizin“ führen dürfen. Diese Genehmigung kann erteilt werden, wenn die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- die Teilnahme an einem dreimonatigen theoretischen Kurs über Arbeitsmedizin, der in höchstens drei Abschnitte geteilt werden darf;
- zwölf Monate klinische oder poliklinische Tätigkeit auf dem Gebiet der Inneren Krankheiten;
- neun Monate praktische Tätigkeit bei einem von der Bayer. Landesärztekammer ermächtigten hauptberuflichen Werksarzt, einem Gewerbearzt, einem arbeitsmedizinischen Universitätsinstitut, im ärztlichen Dienst der Arbeitsverwaltung oder einer anderen von der Bayer. Landesärztekammer ermächtigten Einrichtung.

Ärzten, die bei Inkrafttreten dieser Bestimmungen hauptberuflich

als Werksarzt,

als Gewerbearzt,

an einem arbeitsmedizinischen oder -physiologischen Institut im ärztlichen Dienst der Arbeitsverwaltung tätig sind, kann die Bayer. Landesärztekammer auf Antrag das Führen des Zusatzes „Arbeitsmedizin“ genehmigen, nachdem eine Tätigkeit von insgesamt drei Jahren in den genannten Tätigkeitsbereichen nachgewiesen ist.

Ärzten, die bei Inkrafttreten dieser Bestimmungen nebenberuflich als Werksarzt tätig sind, kann die Bayer. Landesärztekammer das Führen des Zusatzes „Arbeitsmedizin“ bei Nachweis einer fünfjährigen Tätigkeit als nebenberuflicher Werksarzt genehmigen. Diese Ergänzung der Berufsordnung tritt nach Genehmigung des Bayer. Staatsministeriums des Innern am

ersten Tag des auf die Veröffentlichung im „Bayer. Ärzteblatt“ folgenden Monats in Kraft.

### Zur Bayerischen Ärzteversorgung

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer und die ärztlichen Mitglieder des Landesausschusses der Bayerischen Ärzteversorgung werden aufgefordert, bei der weiteren Gestaltung der Satzung der Bayerischen Ärzteversorgung folgende Grundsätze zu beachten:

- Die Freiheit der Satzungsgestaltung und die Unabhängigkeit von staatlichen Eingriffen muß unbedingt gesichert bleiben.
- Bei Änderungen des Leistungsplanes der Bayerischen Ärzteversorgung muß stets das Prinzip der unbedingten Sicherung des späteren Ruhegeldanspruches für alle Mitglieder gewahrt bleiben.
- Es sollen Wege gefunden werden, um den Kaufkraftschwund für laufende Ruhegelder auszugleichen.
- Der Ausgleich für durch zu geringe oder zu späte Beitragsleistungen verursachte Minimalruhegelder für Mitglieder und Hinterbliebene der Anstalt soll nicht durch Änderung des Leistungsplanes, sondern in berufsständischer Solidarität über die Sozialwerke von Kammer und Kassennärztlicher Vereinigung erfolgen.

Der Bayerische Ärztetag hält die Versorgung der für ihr Alter noch unversorgten Ärzte und ihrer Angehörigen, dabei vor allem auch der alten vertriebenen Ärzte, für eine der vornehmsten Aufgaben und für ein officium nobile der Kammer.

Die Kollegen und ihre Angehörigen müssen von dem bitteren Gefühl, im Alter verlassen zu sein, befreit werden.

Der Bayerische Ärztetag hält deshalb die Bereitstellung entsprechender Mittel auch für die Zukunft für dringend erforderlich.

Der Vorstand der Bayerischen Landesärztekammer wird gebeten, durch geeignete Verhandlungen insbesondere mit dem Bundestag, der Bundesregierung und den Fraktionen der Parteien die Änderung der durch das Steueränderungsgesetz 1965 die die Bayerische Ärzteversorgung einschränkenden Steuerbestimmungen herbeizuführen. Er wird ermächtigt, das Bundesverfassungsgericht anzurufen, sollten die Verhandlungen nicht vor Ablauf der für eine Verfassungsklage gebotenen Frist Erfolg haben.

### Jugendarbeitsschutzgesetz

Der 18. Bayerische Ärztetag stellt mit Bedauern fest, daß sich die Bayerische Staatsregierung noch nicht dazu entschließen konnte, das Honorar für die Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz entsprechend den Empfehlungen der Konferenz der Arbeitsminister anzuheben.

Der Bayerische Ärztetag erwartet, daß die sich aus der neuen Gebührenordnung ergebende Erhöhung des Honorars für diese Untersuchungen mit Rückwirkung ab 1. April 1965 nunmehr ohne weitere Verzögerung erfolgt.

## Renten der Bayerischen Ärzteversorgung

Am 12. März 1965 brachte Herr Kollege Dr. SOENNING, MdL, im Bayerischen Landtag folgende Schriftliche Anfrage ein:

„Während die letzte fühlbare Verbesserung der Renten der Bayer. Ärzteversorgung zum 1. Januar 1960 vorgenommen wurde, wurden mit Einschluß des 7. Rentenanpassungsgesetzes die Altrenten der Sozialversicherung seither um weitere 29,2% angehoben. Die Anhebung der Neurenten betrug im gleichen Zeitraum sogar 37,5%. Ein Sozialrentner, der am 1. Januar 1960 eine monatliche Rente von 500.— DM bekam, bezog am 1. Januar 1965 646.— DM. Der Arzt aus der Ärzteversorgung, der zum gleichen Stichtag 500.— DM bezog, bezieht dieselbe Summe auch heute noch.

Der Landesausschuß der Bayer. Ärzteversorgung hatte im Hinblick auf deren ausgezeichnete finanzielle Lage bereits im Dezember 1961 beschlossen, den Rentensteigerungssatz von 20 auf 22%, also um 10%, anzuheben. Diesem Beschluß wurde von der Fachaufsichtsbehörde, dem Bayer. Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr, unter Berufung auf versicherungsmathematische Berechnungen die erforderliche fachaufsichtliche Genehmigung versagt. Auch eine Anfrage der Bayer. Versicherungskammer im Dezember 1963, ob eine Anhebung des Steigerungssatzes wenigstens von 20 auf 21% Aussicht auf die Genehmigung der Aufsichtsbehörde habe, wurde bisher nicht positiv verbeschieden.

Ich frage den Herrn Wirtschaftsminister, ob er bereit ist, diese Haltung seiner Behörde zu überprüfen, zumal sich hier offensichtlich die Auffassungen zweier Staatsbehörden (Bayer. Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr als Versicherungsaufsichtsbehörde und Bayerische Versicherungskammer als gesetzliche Vertreterin und Verwalterin der Bayerischen Ärzteversorgung) zu widersprechen scheinen.“

### Stellungnahme des Bayerischen Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr

„Zu der Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. Soenning vom 12. März 1965 nehme ich wie folgt Stellung:

1. Die Bayerische Ärzteversorgung — BÄV — ist eine im Jahre 1923 errichtete Versorgungseinrichtung der freiberuflich tätigen Ärzte (Humanärzte, Zahnärzte, Tierärzte) sowie der Medizinalassistenten und Veterinärpraktikanten in Bayern, die infolge des auf Gesetz beruhenden Beitrittszwanges ihre Mitglieder sind. Sie gewährt Alters-, Witwen- und Waisenrenten sowie Sterbegeld und wird von der Bayerischen Versicherungskammer verwaltet und vertreten. Als öffentlich-rechtliches Versicherungsunternehmen untersteht sie der Körperschaftsaufsicht des Staatsministeriums des Innern und der versicherungsrechtlichen Fachaufsicht des Staatsministeriums für Wirtschaft und Verkehr.

Trotz äußerlicher Ähnlichkeiten unterscheidet sich die BÄV von den gesetzlichen Rentenversicherungen der Arbeiter und Angestellten in mehrfacher Hinsicht so grundsätzlich, daß ein Vergleich zwischen ihnen zu falschen Vorstellungen führen muß. Die ge-

nannten Zweige der Sozialversicherung arbeiten auf breitester Basis nach einem zehnjährigen Abschnittsdeckungsverfahren. Dieses ist eine Art Umlageverfahren, bei dem am Ende des Deckungsabschnitts nur eine Rücklage in der Höhe einer einzigen Jahresausgabe gebildet wird. Die Sozialrenten werden jährlich nach den aus der Lohnbewegung sich ergebenden allgemeinen Bemessungsgründlagen dynamisiert. Die genannten sozialen Rentenversicherungen erhalten zur Erfüllung ihrer Verpflichtungen jährliche Bundeszuschüsse. Nach dem Sozialbericht 1964 betrug allein die allgemeinen Zuschüsse für die Jahre 1961—1963 immerhin rund 18,5 Milliarden DM. Die BÄV hingegen, der z. Z. nur rund 19 500 Mitglieder angehören, verfügt weder über ein Eigenkapital, noch hat sie einen Gewährsträger, der etwaige Verluste ausgleicht und notfalls für ihre Verpflichtungen einspringt. Sie muß sich selbst tragen, auf eigenen Füßen stehen und somit nach altbewährten versicherungswirtschaftlichen Grundsätzen verwaltet werden. Sie hat sich deshalb auch für das sogenannte offene Deckungsplanverfahren entschieden, das die größte Gewähr dafür bietet, daß die Versicherungsleistungen, zu denen sie sich als ärztliche Standesversorgung verpflichtet hat und laufend aufs neue verpflichten muß, nicht nur vorübergehend für kurze Zeit, sondern auf lange Dauer erfüllbar bleiben. Dieses offene Deckungsplanverfahren, daß sich die BÄV selbst gegeben hat, erfordert die Bildung einer Rückstellung in einer Höhe, die alle laufenden Renten und Anwartschaften unter Berücksichtigung des künftigen Neuzugangs nach versicherungsmathematischen Grundsätzen deckt. Die Höhe der Alters-, Witwen- und Waisenrenten richtet sich maßgeblich und endgültig nach den Beiträgen, welche die Mitglieder vor Eintritt des Versicherungsfalls für ihre Versorgung bei der BÄV eingezahlt haben. Eine „Dynamisierung“ der Renten, d. h. hier die ständige Anpassung der Renten an steigende Lebenshaltungskosten durch regelmäßige wiederkehrende Erhöhung der satzungsgemäßen Versicherungsleistungen, erlaubt das offene Deckungsplanverfahren nicht.

2. Die Aufsichtsbehörden haben aber großes Verständnis dafür, daß insbesondere diejenigen Ärzte und Arzttwitwen, für die der Versorgungsfall bereits eingetreten ist, höhere Renten fordern, weil die Lebenshaltungskosten steigen. Sie haben deshalb bisher alles getan, was im offenen Deckungsplanverfahren zur Erhöhung der Renten möglich gewesen ist. Sie haben zugelassen, daß alle Besonderheiten, die der BÄV als Standesversorgungseinrichtung mit bestimmtem Mitgliederkreis und Zwangsbeitritt eigenförmlich sind, zugunsten möglichst hoher Versicherungsleistungen versicherungsmathematisch berücksichtigt werden. Sie haben geduldet, daß der sogenannte Rechnungszinsfuß, der bei allen privaten Versicherungsunternehmen in der Regel bei 3%, in Ausnahmefällen höchstens bei 3½% liegt, auf 4% erhöht und dadurch die Deckungsrücklage entsprechend vermindert wird. Sie haben gestattet, daß der



**Vertrauen  
in das  
Medikament**



**Vertrauen  
in den  
Arzt**



**Sicherheit  
für  
beide**

Therapeutische Sicherheit ist die erste Bedingung, die Klinik und Praxis an ein Antibiotikum stellen!

Penbrock (Ampicillin) — das erste Breitspektrum-Penicillin der Welt — wird dieser Forderung gerecht, weil es gleichzeitig gegen grampositive und gramnegative Erreger wirkt.

**...in der Forschung voraus**



Deutsche Beecham GmbH  
795 Biberach an der Riss

Mit hohen Blut-, Urin- und Gewebespiegeln bietet es sich besonders an zur Behandlung des Urogenital-Infekts!  
Wichtig: Als Penicillin untoxisch!

**Penbrock<sup>®</sup>**  
Ampicillin

sogenannte „ewige Neuzugang“ als Folge des Zwangsbeitritts versicherungsmathematisch in Rechnung gesetzt wird. Sie haben genehmigt, daß der Ruhegeldzuschlag, der den Hauptbestandteil des Ruhegeldes darstellt, im Jahre 1956 von 14,3 auf 16,6 v. H., im Jahre 1958 auf 18 v. H. und im Jahre 1960 auf 20 v. H. der anrechenbaren Mitgliedsbeiträge, insgesamt also um fast 40%, erhöht wurde. Die Leistungssteigerung im Jahre 1960 verursachte in der versicherungstechnischen Bilanz der BÄV bereits einen Fehlbetrag von rund 57,5 Mio. DM. Die Aufsichtsbehörden haben damals dem heftigen Drängen der Ärzteschaft nachgegeben und ausnahmsweise sogar diesen Fehlbetrag zugelassen, das Bayerische Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr als Versicherungsaufsichtsbehörde pflichtgemäß allerdings nur mit der Einschränkung, daß die Leistungen der BÄV nicht noch weiter erhöht werden dürfen, solange der Fehlbetrag in der technischen Bilanz nicht abgedeckt ist. Die Satzung der BÄV bestimmt nämlich in § 8 Abs. IV Satz 3: „Er gibt sich ein Fehlbetrag, so hat die Anstaltsverwaltung im Benehmen mit dem Landesausschuß die erforderlichen Maßnahmen zum Ausgleich zu treffen.“ Mit dem Eintritt ins versicherungstechnische Defizit stößt das Streben nach höheren Renten an eine Schranke, die zur Vorsicht mahnt. Trotzdem beschloß der Landesausschuß schon in seiner Sitzung vom 18. 12. 1961, den Steigerungszuschlag nochmals von 20 auf 22% zu erhöhen. Dadurch wäre die **Unterdeckung** in der versicherungstechnischen Bilanz auf **170 Mio. DM** angestiegen. Die beschlossene Leistungserhöhung wurde deshalb sowohl vom Bayerischen Staatsministerium des Innern als Körperschaftsaufsichtsbehörde als auch vom Bayerischen Staatsministerium für Wirtschaft und Verkehr als Fachaufsichtsbehörde durch die schriftlichen Bescheide vom 21. 5. 1962 und 12. 6. 1962 abgelehnt. Gleichzeitig haben aber die Aufsichtsbehörden diejenigen weiterhin beantragten Leistungsverbesserungen genehmigt, welche in der versicherungstechnischen Bilanz ohne Auswirkung auf die noch bestehende Unterdeckung aufgefangen werden konnten (Erhöhung des Witwengeldes, des Waisengeldes und des Ruhegeldes bei vorzeitiger Berufsunfähigkeit). Die ablehnenden Bescheide vom 21. 5. und 12. 6. 1962 hat die BÄV nicht angefochten, sie sind rechtskräftig geworden. Erneute Bestrebungen im Jahre 1964, den Rentensteigerungssatz von 20 auf 21% anzuheben, konnten wiederum nicht die Billigung der Versicherungsaufsichtsbehörde finden, weil auch sie die bestehende Unterdeckung auf rund **113 Mio. DM** erweitert hätten.

- Die Bayerische Versicherungskammer hat nunmehr auf Grund eines Beschlusses des Landesausschusses der BÄV vom 7. Dezember 1963 einen versicherungsmathematischen Sachverständigen mit der Anfertigung eines Gutachtens darüber beauftragt, ob das offene Deckungsplanverfahren der BÄV unter den gegebenen Umständen noch Möglichkeiten für eine Leistungsverbesserung offen läßt oder welches andere Finanzierungssystem eine größere Beweglichkeit in der Leistungsgestaltung der Anstalt ohne Gefährdung der bestehenden Versorgungsansprüche und Anwartschaften ermöglichen könnte. Dieser

Auftrag an den Sachverständigen bewog die überwiegende Mehrheit des Landesausschusses der BÄV in der Sitzung vom 28. 11. 1964 zu der Auffassung, daß zur Frage der Leistungsverbesserungen keinerlei Beschlüsse gefaßt werden sollten, ehe nicht das versicherungstechnische Gutachten vorliegt und außerdem offene Fragen der Körperschaftsteuerpflicht der Anstalt geregelt sind. Daraus ist zu erklären, daß in dieser Sitzung ein Antrag der zahnärztlichen Mitglieder des Landesausschusses auf Gewährung einer freiwilligen Überbrückungshilfe für 1965 nicht zum Zuge kam.

Die Versicherungsaufsichtsbehörde ist auch in Zukunft nicht daran interessiert, den versicherten Ärzten vertretbare Leistungserhöhungen vorzuenthalten. Sie ist allein daran interessiert, die BÄV auf tange Sicht und auch für eine eines Tages vielleicht veränderte gesamtwirtschaftliche Lage versicherungswirtschaftlich ebenso gesund zu erhalten, wie sie es bis jetzt gewesen ist und damit sicherzustellen, daß diejenigen Ärzte, die erst in einigen Jahrzehnten Renten beziehen werden, die satzungsgemäßen Versorgungsleistungen ebenso uneingeschränkt erhalten können wie diejenigen Ärzte, die heute oder demnächst die Versorgungsleistungen der BÄV in Anspruch nehmen. Die Versicherungsaufsichtsbehörde möchte ebenso wie die Bayerische Versicherungskammer und die überwiegende Mehrheit des Landesausschusses der BÄV zunächst das Gutachten des beauftragten versicherungsmathematischen Sachverständigen abwarten. Welche Folgerungen die Versicherungsaufsichtsbehörde aus diesem Gutachten zu ziehen haben wird, kann zur Zeit noch nicht angegeben werden. Jedoch sehe ich mindestens vorerst keine Veranlassung, die Versicherungsaufsichtsbehörde anzuweisen, daß sie die Grundsätze ihrer Aufsichtstätigkeit ändert.

Mit vorzüglicher Hochachtung

I. V.

gez. Dipl.-Ing. Gerhard Wachter  
Staatssekretär“

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 65/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:



ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG., früher Verlag u. Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8 München 15, Postfach, Sonnenstr. 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23682, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschlager, München. Druck Richard Pflaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.