Deutscher Bundestag
6. Wahlperiode

Drucksache VI/1667

Sachgebiet 212

Bundesrepublik Deutschland
Der Bundeskanzler
I/4 (III/2) — 23100 — Ge 6/5/70

Bonn, den 18. Dezember 1970

An den Herrn
Präsidenten des Deutschen Bundestages

Hiermit übersende ich den von der Bundesregierung beschlossenen

Gesundheitsbericht.

Brandt

Druck: Bonner Universitäts-Buchdruckerei, 53 Bonn 1
Alleinvertrieb: Verlag Dr. Hans Heger, 53 Bonn-Bad Godesberg 1,
Postfach 821, Goethestraße 54, Tel. (0 22 29) 6 35 51

Gesundheitsbericht

Inhalt

Seite

ERSTER ABSCHNITT

Grundsätze zur Gesundheitspolitik 11

ZWEITER ABSCHNITT

Schwerpunkte moderner Gesundheitspolitik 13

DRITTER ABSCHNITT

Bestandsaufnahme 17

I. Orientierungsdaten 17
- Demographische Entwicklung 17
- Bevölkerungsentwicklung 17
- Altersstruktur der Bevölkerung 19
- Lebenserwartung der Bevölkerung 22
- Vorausschätzung der Bevölkerung bis zum Jahre 2000 23
- Umschichtung in der Erwerbsstruktur der Bevölkerung 24
- Wandel in der Struktur der Haushalte 26
- Struktur der Berufe des Gesundheitswesens 28
- Strukturdaten des Krankenhauswesens 34
- Morbiditätsstatistiken 36
  - Panoramawandel der Krankheiten 36
  - Meldepflichtige Krankheiten 37
  - Ansteckungsfähige Geschlechtskrankheiten 43
  - Morbidität während des Wehrdienstes 43
  - Haushaltsbefragung über Erkrankungen 45
  - Haushaltsbefragung über Unfälle 48
  - Erfassung von Diagnosen in Krankenhäusern 49
- Mortalität 51
  - Krebsmortalität 55
  - Säuglingssterblichkeit 56
  - Müttersterblichkeit 62

II. Aufgaben von Bund, Ländern und Gemeinden im Gesundheitswesen .. 64

III. Soziale Sicherung, Private Vorsorge und Gesundheitswesen 68
- Krankenversicherung 68
- Rentenversicherung 69
- Unfallversicherung 70
- Sozialhilfe 70
- Private Krankenversicherung 71

Seite

VIERTER ABSCHNITT

Aufgaben der Gesundheitspolitik 73

I. Gesundheitsvorsorge 73

Aufgaben und Bedeutung der Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung 73
Freizeit und Erholung 74
Sport 74
Sportmedizin 75
Haltungsschäden 75
Ernährung 75
Ärztliche Vorsorgeberatung 76
Gesundheitspaß 77

Gesundheitshilfe für Mutter und Kind 77
Familienplanung — Familienberatung 77
Schwangerenberatung 79
Gesundheitshilfe für Neugeborene und Säuglinge 79
Kleinkinderuntersuchungen 80

Schulgesundheitspflege 80

Jugendzahnpflege / Kariesprophylaxe 81

Jugendarbeitsschutz 81

Musterungsuntersuchungen 82

Früherkennung von chronischen Krankheiten 84
Tuberkulose 84
Diabetes 85
Früherkennung von Krebs 85
Herz — Kreislauf 86
Rheuma 87
Grüner Star 88
Individuelle Gesundheitsprüfungen 88
Mehrfach-Filteruntersuchungen 88

Gesundheitliche Aufklärung 89

Sexualpädagogik 90

Arbeitsmedizin 90

Verkehrsmedizin 91

II. Gesundheitsschutz 92

Umweltschutz 92
Wasser 92
Abfallbeseitigung 93
Luftreinhaltung 93
Lärmbekämpfung 94

Seite

Strahlenschutz 95

Röntgenstrahlen 95

Andere energiereiche Strahlen 95

Kernkraftanlagen 96

Medizinische Probleme der Luft- und Raumfahrt 96

Gefährliche Arbeitsstoffe 96

Unfall im Haushalt 97

Lebensmittelwesen 97

Lebensmittel 99

Freihaltung der Lebensmittel von gesundheitsschädlichen Stoffen 99

Zusatzstoffe und technische Hilfsmittel 99

Pflanzenschutzmittel 99

Bei Tieren angewandte Stoffe mit pharmakologischer Wirkung .. 100

Unhygienische Behandlung von Lebensmitteln 100

Gesundheitsbezogene Werbung für Lebensmittel 101

Diätetische Lebensmittel 101

Kalorienverminderte und kalorienarme Lebensmittel 101

Wein 101

Tabakerzeugnisse 102

Kosmetische Erzeugnisse 102

Bedarfsgegenstände 102

Überwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Erzeugnissen und sonstigen Bedarfsgegenständen 103

Lebensmittelbuch 103

Mitarbeit in supranationalen und internationalen Organisationen .. 103

Europäische Wirtschaftsgemeinschaft 105

Codex Alimentarius 105

Veterinärmedizin 106

Tierseuchen 106

Leistungsfähigkeit der Tiere 106

Futtermittel 107

Arzneimittel zur Anwendung am Tier 107

Fleisch und Fisch 108

Schlachttier- und Fleischuntersuchungen 110

Fischhygiene 110

Milchhygiene 110

Hygiene der Eiprodukte 111

Arzneimittel und Apothekenwesen 111

Arzneimittelsicherheit 111

Deutsches Arzneibuch 112

Seite

Impfstoffe und Sera ... 112
Radioaktive Arzneimittel ... 113
Arzneimittelversorgung der Bevölkerung ... 113
Arzneimittelverbrauch und Arzneimittelmarkt ... 114
Arzneimittelwerbung ... 115

Suchtgefahren ... 116
Aktionsprogramm zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs ... 116
Alkohol ... 123
Rauchen ... 124

Giftwesen ... 126

Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten ... 127

Geschlechtskrankheiten ... 130

III. Wiederherstellung der Gesundheit / Hilfe für Kranke und Behinderte 132

Krankenhausversorgung ... 132
Träger der Krankenanstalten ... 132
Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser ... 132
Ausgangslage ... 132
Neuordnung der Krankenhausfinanzierung ... 133
Grundsätze einer gesetzlichen Neuregelung ... 134
Krankenhauspflegesätze ... 135
Finanzielle Auswirkungen ... 136
Krankenhausplanung und -struktur ... 137

Spezialisierung (Zentren u. a.) ... 139

Giftinformations- und Behandlungszentren in Krankenhäusern ... 140

Kliniken für Diagnostik ... 140

Ambulante Medizin ... 140
Sicherung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung ... 140
Ärztliches Gebührenrecht ... 141

Entwicklung von Diagnostik und Therapie ... 141

Berufskrankheiten ... 142

Hilfe für psychisch Kranke ... 143

Gesundheitshilfe für alte Menschen ... 143

Notfallrettungsdienst ... 145

Rehabilitation Behinderter ... 146
Aktionsprogramm ... 146
Hilfen bei Mißbildungen ... 146
Heilpädagogik ... 147

Seite

FÜNFTER ABSCHNITT

Probleme der Heilberufe 149

Deckung des Kräftebedarfs 149
Ärzte 149
Zahnärzte 150
Hochschulbauförderung und Numerus clausus 150
Sonstige Heilberufe 151

Ausbildungsreform 151
Ärzte 152
Apotheker 153
Tierärzte 153
Sonstige Heilberufe 154

Berufsbegleitende Fortbildung 155

SECHSTER ABSCHNITT

Spezialfragen des Gesundheitswesens 157

Kosten der Gesundheit 157

Forschung 162

SIEBTER ABSCHNITT

Internationale Zusammenarbeit 166

Freie Vereinigungen 166

Weltgesundheitsorganisation 166

Europarat 168

Europäische Wirtschaftsgemeinschaft 168
Bedeutung der Liberalisierung 168
Stand der Arbeiten 169
Inhalt der Richtlinien 169

Entwicklungshilfe 170

ACHTER ABSCHNITT

Zukunftsperspektiven 171

Tabellenteil 173

Stichwortverzeichnis 194

ERSTER ABSCHNITT

Grundsätze zur Gesundheitspolitik

1. Gesundheitspolitik ist die Aufgabe von Staat und Gesellschaft, im Rahmen der Daseinsvorsorge die Voraussetzungen zu schaffen, um die Gesundheit der Bürger zu sichern und damit jedem Chancen zur persönlichen freien Entfaltung zu geben. Gesundheitspolitik ist damit ein unabdingbarer Teil der Gesellschaftspolitik und der Zukunftsgestaltung. Sie fördert die wirtschaftliche und die moralische Kraft des Gemeinwesens und das Glück des Bürgers. Gesundheitspolitik ist also ein notwendiger und unerläßlicher Beitrag zur Weiterentwicklung der Gesellschaft.

2. Gesundheitspolitik wird heute nicht mehr lediglich als Teil der Sozialpolitik oder der Kulturpolitik verstanden, sie ist eine eigenständige politische Funktion geworden, eingeordnet in den Gesamtzusammenhang der Politik.

Gleichwohl steht Gesundheitspolitik keineswegs allein in der Verantwortung der Medizin, sie hat vielmehr mannigfache Wechselbeziehungen zu anderen politischen Aufgabenbereichen. Gesundheitspolitik ist ohne Koordination mit der Sozialpolitik nicht denkbar. Auch ist eine aktive Gesundheitspolitik nicht ohne eine erfolgreiche Wirtschaftspolitik zu realisieren. Umgekehrt ist eine effektive Gesundheitspolitik unerläßlich für eine gedeihliche Entwicklung des Sozialprodukts und für die Leistungsfähigkeit der Gesellschaft (Produktivitätseffekt der Gesundheitspolitik).

3. Die Gesundheitspolitik muß sich, was ihre Aufgaben und deren Rangordnung betrifft, ausrichten an

- den Wandlungen der Welt, in der wir leben,
- den Änderungen in der sozialbiologischen Struktur unserer Gesellschaft,
- der Entwicklung der Medizin in Wissenschaft und Praxis, in Diagnostik und Therapie.

Im Zuge dieser Veränderungen und Wandlungen haben sich nicht nur die Begriffe von Gesundheit und Krankheit und deren Stellenwert im Verständnis der Bevölkerung verändert, es stellt sich auch ein völlig gewandeltes Panorama der Krankheiten dar.

Dementsprechend muß auch der Aufgaben- und Rangkatalog der Gesundheitspolitik ergänzt und geändert werden.

4. Gesundheitspolitik und Gesundheitspflege unserer Zeit sind nicht mehr auf die Heilung von Krankheiten, die Minderung von Krankheitsfolgen und auf die Abwehr von Krankheiten beschränkt. Mehr als bisher — und künftig in rasch zunehmendem Maße — müssen auch die Pflege und Erhaltung, Förderung, Besserung und Hebung der Gesundheit, also die Gesundheitsvorsorge als besonders verantwortliche Aufgaben einbezogen werden.

Damit ergeben sich drei große Aufgabenkomplexe der Gesundheitspolitik.

- Vorbeugende Gesundheitspflege und Gesundheitsvorsorge
- Schutz der Gesundheit
- Wiederherstellung der Gesundheit, Hilfe für Kranke und Behinderte.

5. Entscheidende Grundvoraussetzung für ein optimales soziales Gefüge ist das gesundheitliche Wohlergehen des Staatsbürgers. Das Recht auf Erhaltung der Gesundheit ist unter den im Grundgesetz verankerten Grundrechten nicht aufgeführt. Gesundheit ist jedoch zur freien Entfaltung der Persönlichkeit unabdingbar. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation ist Gesundheit ein subjektiver und individualistischer Begriff. Gesundheit ist aber kein letzter Selbstzweck. Wir leben nicht, um ge-

sund zu sein, sondern wir wollen gesund sein, um zu leben und zu wirken (Siebeck). Das aber bedeutet auch Verantwortung des einzelnen Bürgers für seine und seiner Familie Gesundheit.

Gesundheitspolitik darf diese soziale Verantwortung nicht abbauen, sie muß ihr zur vollen Entfaltung verhelfen, sie ermöglichen und die äußeren Voraussetzungen für die Sicherung der Gesundheit schaffen.

6. Nur wenn Gesundheit als Gemeinschaftsaufgabe für alle begriffen wird, kann Gesundheitspolitik in unserem Lande erfolgreich werden. Im Gesundheitswesen ist und bleibt ein wesentlicher Teil der Aufgaben bei den Ländern, Gebietskörperschaften und Gemeinden. Die Bundesregierung und die Länder sind um gute und enge Koordinierung mit wachsendem Erfolg bemüht.

Die Bundesregierung begrüßt und fördert die freie Initiative und das Engagement vieler Träger, Einrichtungen, Berufe und Personen im großen Aufgabengebiet des Gesundheitswesens. Sie hält die gegenwärtige Form des Wirkens und Zusammenwirkens von freien Kräften und Staat für die unserer Gesellschaft gemäße Praxis des Gesundheitswesens. Sie will auf dieser Basis für die Menschen die Sicherung der Gesundheit und die Hilfe und Heilung bei Krankheit weiter ausbauen.

ZWEITER ABSCHNITT

Schwerpunkte moderner Gesundheitspolitik

7. Die Schwerpunkte der Gesundheitspolitik der Bundesregierung sind:

(1) Gesundheitsvorsorge

Infolge der Vertiefung der Erkenntnisse über die Krankheiten auslösenden und unterhaltenden Umweltfaktoren und sozialen Abhängigkeiten sowie auf Grund der vielfältigen Weiterentwicklung im medizinisch-technischen Bereich sind Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Krankheiten heute wesentlich erfolgversprechender, zugleich aber auch dringender als früher geworden. Sie gewinnen gegenüber der kurativen Medizin immer mehr an Bedeutung.

Vom Säuglingsalter bis zum Eintritt in den Beruf sind über die bisherige Mütterberatung und die bewährte Schulgesundheitspflege hinaus Untersuchungen zur Früherkennung bestimmter, methodisch eindeutig erfaßbarer Krankheiten und Fehlentwicklungen mit dem Ziel ihrer Frühbehandlung erforderlich. Um die Gesundheitsvorsorge und Früherkennung für Erwachsene auf einen den wissenschaftlichen Erkenntnissen und den modernen Erfahrungen entsprechenden Stand zu bringen, fördert die Bundesregierung die Entwicklung und Erprobung von Modellen. Früherkennungsmaßnahmen sind nur dann sinnvoll, wenn sie genügenden diagnostischen Aussagewert haben, für den einzelnen zumutbar, organisatorisch und finanziell realisierbar und von therapeutischem Nutzen sind.

Im Rahmen der Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung werden Maßnahmen zur Früherkennung von bestimmten Krankheiten ab 1. Juli 1971 als Pflichtleistungen der sozialen Krankenversicherng eingeführt. Es wird weiter die Möglichkeit geprüft, welche Vorsorgeleistungen zusätzlich in die soziale Krankenversicherung einbezogen werden können.

(2) Gesundheitliche Aufklärung

Moderne Gesundheitspolitik bedingt die wissenschaftlich fundierte gesundheitliche Aufklärung. Sie ist unerläßliche Voraussetzung für den Erfolg gesetzgeberischer Maßnahmen zum Schutze der Menschen vor den Risiken für die Gesundheit und integrierender Bestandteil der Gesundheitsvorsorge.

Auf die Bildung des auch in gesundheitlichen Fragen mündigen, seiner und seiner Mitmenschen Gesundheit gegenüber selbstverantwortlich handelnden Bürgers gerichtet, ist die gesundheitliche Aufklärung verantwortbare gruppenspezifische Verhaltensbeeinflussung.

Entsprechend dieser Aufgabenstellung und Zielsetzung wird die Bundesregierung auf der Grundlage der Regierungserklärung vom 28. Oktober 1969 die gesundheitliche Aufklärung in der Bundesrepublik Deutschland wesentlich intensivieren und verbessern. Die dafür bestehenden Einrichtungen des Bundes werden ausgebaut.

(3) Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser

Die Krankenhausversorgung unserer Bevölkerung kann trotz großer finanzieller Opfer der Krankenhausträger und erheblicher finanzieller Hilfen durch die öffentliche Hand auf die Dauer nicht mehr als gesichert angesehen werden. Durch ein jährliches Milliardendefizit können schon seit langem notwendige Modernisierungen und Erneuerungen nicht mehr vorgenommen werden. Mehr als ein Drittel der Krankenhäuser sind älter alt 50 Jahre, also überaltert. Bei Fortdauer des Defizits drohen Schließungen oder Leistungsabfall von Krankenhäusern.

Die Bundesregierung hält deshalb die Reform der Krankenhausfinanzierung für eine vordringliche Aufgabe. Durch ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser soll erreicht

werden, daß jeder Bürger, unabhängig von seiner sozialen Stellung und von seinem Wohnort, rechtzeitig die seinem besonderen Fall entsprechende stationäre Krankenhausversorgung erhalten kann. Die Krankenhäuser müssen auf einen Stand gebracht werden, der die Errungenschaften der modernen Medizin und Organisationstechnik allen nutzbar macht.

Durch öffentliche Finanzhilfen für die Investitionen in Krankenhäusern muß die Finanzierung der Bereithaltung eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser gesetzlich als öffentliche Aufgabe gesichert und ein Beitrag zu sozial tragbaren Pflegesätzen geleistet werden. An den finanziellen Lasten, die die Durchführung des Gesetzes für die Länder mit sich bringt, wird sich der Bund mit mehr als 600 Millionen DM jährlich und mit weiter steigenden Beträgen beteiligen.

Diese Ziele sollen durch die gesetzliche Neuregelung der Krankenhausfinanzierung verwirklicht werden.

(4) Gesunde Umwelt

Nach der Regierungserklärung vom 28. Oktober 1969 sollen umfassende und aufeinander abgestimmte Maßnahmen die Menschen vor den Risiken schützen, die durch die technisierte und automatisierte Umwelt für ihre Gesundheit entstehen.

Die Bundesregierung hat deshalb mit Nachdruck alle Maßnahmen vorangetrieben, die den Schutz der Menschen, Tiere und Pflanzen vor schädlichen Wirkungen der Technik und ihrer Einrichtungen zum Ziel haben. Dazu gehören vor allem die Arbeiten an einem Gesetz zum Schutz vor Umweltgefahren durch Immissionen, an einem Abfallbeseitigungsgesetz und an einer Novelle zum Wasserhaushaltsgesetz. Die Bundesregierung strebt, um in diesen Bereichen umfassende und wirkungsvolle Vorschriften erlassen zu können, erneut die volle Gesetzgebungskompetenz des Bundes nach Art. 74 GG an. Um den Gesamtbereich der Umweltprobleme in den Griff zu bekommen, hat die Bundesregierung ein Sofortprogramm für den Umweltschutz vorgelegt. Sie wird nach weiteren Vorarbeiten ein umfassendes Umweltprogramm erstellen.

(5) Lebensmittelrechtsreform

Zur modernen Gesundheitspolitik gehört auch der Schutz des Verbrauchers im Verkehr mit Lebensmitteln, denn Gesundheitsschutz ist auch Verbraucherschutz. Dem Schutz vor Gesundheitsgefährdungen gebührt der Vorrang gegenüber allen wirtschaftlichen Belangen.

Das heute in der Bundesrepublik geltende Lebensmittelrecht hat sich — auch im Vergleich mit ausländischen Regelungen — als ein brauchbares und wirkungsvolles Instrument zum Schutz des Verbrauchers erwiesen. Jedoch ist eine Anpassung der Rechtsvorschriften an die fortschreitende technologische Entwicklung erforderlich. Diesem Ziele dient die Gesamtreform des Lebensmittelrechts. Sie wird die Möglichkeiten eines vorbeugenden Eingreifens im Interesse des Gesundheitsschutzes und der Hygiene erweitern, die Regelungen hinsichtlich der Verwendung von Zusatzstoffen und der bei Tieren anzuwenden Wirkstoffe verbessern und die Lebensmittelüberwachung straffen. Besondere Bedeutung kommt unter dem Gesichtspunkt des Verbraucherschutzes auch den neuen Bestimmungen über die Werbung für Lebensmittel, Tabakerzeugnisse und kosmetische Erzeugnisse zu, die ebenfalls den Bestimmungen des Lebensmittelgesetzes unterliegen sollen.

Im Bereich der Hygiene tierischer Erzeugnisse sind in Vorbereitung die Reform der Fleisch- und Milchhygiene-Gesetzgebung. Beide Gesetze können wegen der notwendigen Synchronisierung mit den in der EWG in Arbeit befindlichen Vorschriften erst nach Abschluß der Beratungen in der EWG vorgelegt werden. Ein Fleischhygienegesetz wird zur Zeit im Entwurf vorbereitet.

(6) Arzneimittelrechtsreform

Die Entwicklung der letzten Zeit auf dem Gebiet des Arzneimittelwesens macht es notwendig, das Arzneimittelgesetz von 1961 von Grund auf zu ändern. Die beabsichtigte Reform hat das Ziel, bei den Arzneimitteln ein Höchstmaß an Sicherheit und Güte zu erreichen. Einen Schwerpunkt der Reform werden die Verschärfung der Vorschriften über die Arzneimittelprüfung und der Ausbau der staatlichen Registrierung bilden. Ein weiterer Akzent wird auf dem Ausbau eines wirkungsvollen Erfassungssystems für Arzneimittelnebenwirkungen liegen. Die Reform soll so gestaltet werden, daß einerseits die Allgemeinheit vor möglichen Schäden bewahrt bleibt, andererseits die Entwicklung neuer Arzneimittel nicht behindert wird.

Zugleich wird die Rechtsangleichung innerhalb der EWG berücksichtigt werden.

(7) Giftrechtsreform

Der Verkehr mit Giften bedarf angesichts der steigenden Verwendung von differenten chemischen Produkten einer umfassenden Neuregelung. Sie muß über die bisherige Regelung des Verkaufs hinausgehen. Sie dient in erster Linie dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung, wird sich aber auch auf Vermeidung von Schäden sonstiger Art erstrecken müssen, die aus dem technisch notwendigen Gebrauch der Gifte als Nebenwirkungen entstehen können. Dazu bedarf es der Festlegung eines alle Gefahren erfassenden Giftbegriffes, der Schaffung einer Möglichkeit, den Verkehr mit Giften im Bedarfsfalle zu beschränken, und einer Regelung der Vernichtung und des Unschädlichmachens von Giften.

Die innerstaatliche Regelung des Verkehrs mit Giften wird mit den Arbeiten der EWG synchronisiert erfolgen. Die Bundesregierung ist deshalb um einen baldigen Abschluß der Beratungen in der EWG bemüht.

(8) Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs

Drogen und Rauschmittel dringen in der Bundesrepublik Deutschland vor. Dem muß durch Vorbeugung, Therapie, Rehabilitation und Durchsetzung der Rechtsordnung Einhalt geboten werden. Die Bundesregierung ist entschlossen, dem Mißbrauch von Drogen und Raschmittel entschieden zu steuern. Sie tritt der Verharmlosung bestimmter Rauschmittel entgegen und weist dabei auf die Tatsache hin, daß Haschisch psychische Abhängigkeit erzeugt und oftmals den Einstieg für härtere Rauschmittel darstellt. Die Bundesrepublik wird ihren auf internationalen Abkommen beruhenden Verpflichtungen nachkommen, den Verkehr mit Rauschmitteln, auch den mit Haschisch, zu unterbinden.

Uberdies fühlt sich die Bundesregierung wegen der durch die medizinische Forschung erbrachten Indizien für schädliche Folgen von Haschischmißbrauch verpflichtet, den in anderen Rechtsgebieten, z. B. im Lebensmittelrecht, unangefochtenen Grundsatz, auch hier aufrecht zu erhalten, daß derartige Stoffe verboten bleiben, wenn nicht ihre Unschädlichkeit nachgewiesen ist.

Die Gefahr, die vornehmlich den jungen Menschen droht, kann nur abgewendet werden, wenn alle Kräfte der Gesellschaft zusammenwirken:

- bei der Aufklärung über Gesundheitsgefährdung und Sozialschädlichkeit des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs,
- bei der Hilfe zur Befreiung aus der Abhängigkeit von Drogen und Rauschmitteln,
- bei der Durchsetzung des Rechts gegenüber denjenigen, die es zum Schaden anderer Menschen und der Gesellschaft brechen.

Die Bundesregierung hat deshalb ein Aktionsprogramm zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs vorgelegt, in dem ihre eigenen Maßnahmen dargestellt und ihre Empfehlungen an die zuständigen Stellen der Länder und Gemeinden vorgetragen werden. Sie hat darin ihre Absicht und Bereitschaft zur Zusammenarbeit sowohl mit den öffentlichen Stellen als auch mit den freien gesellschaftlichen Organisationen — besonders mit den Kirchen und den Jugendverbänden — erklärt.

(9) Ausbildungsreform der Heilberufe

Die Sorge dafür, daß die auf dem Gebiete des Gesundheitswesens tätigen Personen fachlich gut qualifiziert sind, ist einer der Schwerpunkte der Gesundheitspolitik. Dem Bund obliegt dabei die gesetzliche Regelung der Zulassung zu den Heilberufen und damit die einheitliche Ordnung der Ausbildung dieser Berufe. Diese Ausbildung muß der schnellen Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik und dem Stand der modernen Heilkunde angepaßt werden. Dies gilt besonders für die seit langem kritisierte ärztliche Ausbildung. Ihre Reform stand unter drei Hauptgesichtspunkten: Rationalisierung und damit Verkürzung, Intensivierung und vor allem stärkere Praxisbezogenheit der Ausbildung. Die neue Approbationsordnung für Ärzte trägt dem Rechnung.

Obwohl eine vergleichbare Kritik an der derzeitigen zahnarztlichen Ausbildung nicht vorliegt, wird die Reform des Medizinstudiums auf längere Sicht auch Auswirkungen für die zahnärztliche Ausbildung haben.

In analoger Weise ist eine Reform der Apothekerausbildung eingeleitet. Die praktische Ausbildung soll erheblich verkürzt werden, aber durch seminarmäßige Unterrichtung im Rahmen einer Akademie, die gleichzeitig der Fortbildung dienen soll, gezielt auf den Beruf vorbereiten. Neue Schwerpunkte der wissenschaftlichen Ausbildung werden die moderne Arzneimittelherstellung und die Arzneimittelwirkungen sein.

Die steigenden Anforderungen an die Heilberufe machen in Zukunft auch eine umfassendere Ausbildung derjenigen Berufe erforderlich, die Ärzte, Zahnarzte oder Apotheker bei ihrer Berufsausübung unterstützen und ergänzen. Der Entwurf eines Gesetzes über technische Assistenten in der Medizin liegt dem Bundestag vor.

Beratungen über die Frage der Reformbedürftigkeit der Krankenpflege- und Hebammenausbildung sind aufgenommen und für die bundesrechtliche Regelung der Ausbildung und Zulassung neuer Gesundheitsberufe Vorbereitungen getroffen worden. Eine möglichst weitgehende Integration der künftigen Ausbildung der Gesundheitsberufe in die Reform des Bildungswesens ist anzustreben.

Die Gesundheitsberufe haben einen erheblichen Nachwuchsmangel. Dies wirkt sich in bestimmten Bereichen bereits heute sehr nachteilig für die Aufgabenerfüllung im Gesundheitswesen aus. Versäumnisse im Gesundheitswesen bedeuten Verlust an Gesundheit und Leistungsfähigkeit und damit auch volkswirtschaftlichen Schaden.

Die Bundesregierung entwickelt zusammen mit den Ländern im Bereich der Heilberufe ein Programm zur Uberwindung des Numerus clausus und in einem interministeriellen Ausschuß — unter Leitung des Bundesministers fur Arbeit und Sozialordnung — ein aufeinander abgestimmtes System von Maßnahmen zur Deckung des Bedarfs an Arbeitskräften, vor allem in den pflegerischen Berufen.

(10) Forschung

Gesundheitspolitik und Gesundheitsgesetzgebung müssen — um erfolgreich zu sein — mehr als in früheren Zeiten sich auf wissenschaftlich gesicherte Fakten und Daten stützen können. Das erfordert eine kontinuierliche Forschungsarbeit, und zwar nicht nur in jedem einzelnen Fachbereich, sondern zunehmend auch in der interdisziplinären Zusammenarbeit. Dazu gehören der verstärkte Ausbau des Bundesgesundheitsamtes in Berlin insbesondere in den Bereichen

- Arzneimittel, Drogen und Rauschmittel
- Virus- und Immunitätsforschung
- Pflanzenschutzmittel

— Kunststoffe

— Lebensmittelzusatzstoffe und Kosmetika

— Umwelthygiene

— Strahlenschutz

— Epidemiologie und Früherkennung von Krankheiten

sowie die Fertigstellung der Betriebsendstufe des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg. Um spezielle Forschungsvorhaben auch bei anderen Institutionen durchführen lassen zu können, werden verstärkt Haushaltsmittel bereitgestellt.

DRITTER ABSCHNITT

Bestandsaufnahme

I. Orientierungsdaten

Demographische Entwicklung

8. Die Bevölkerungsgeschichte der Bundesrepublik Deutschland ist, abgesehen von der allgemeinen Bevölkerungsentwicklung, entscheidend durch den Zweiten Weltkrieg, die Umsiedlung, die Vertreibung und Flucht von vielen Millionen Menschen und die im Zusammenhang mit der Eingliederung der Vertriebenen stehende große Fluktuation großer Bevölkerungsteile innerhalb Deutschlands und schließlich den wachsenden Zustrom ausländischer Arbeitskräfte in das Bundesgebiet geprägt worden.

9. So hat die Einwohnerzahl der Bundesrepublik seit 1945 ständig zugenommen und im März 1968 die 60. Million überschritten. Ende 1969 wurden 61,2 Millionen Einwohner ermittelt, und zwar 29,2 Millionen (47,7 %) Männer und 32,0 Millionen (52,3 %) Frauen.

Die größte Einwohnerzahl hatte Ende 1969 das Land Nordrhein-Westfalen (17,1 Millionen), die niedrigste der Stadtstaat Bremen (756 000).

Von den 23 629 Gemeinden des Bundesgebietes (Stand: 30. Juni 1969) hatten 19 643 (= 83 %) weniger als 2000 Einwohner; in diesen Gemeinden wohnt aber nur ein Fünftel der Bevölkerung des Bundesgebiets. In den Großstädten mit 100 000 und mehr Einwohnern lebt dagegen ca. ein Drittel der Bevölkerung. (Vgl. Tabelle 1 im Tabellenteil).

Bevölkerungsentwicklung

10. In nachstehender Tabelle ist die Bevölkerungsentwicklung im Deutschen Reich und im Bundesgebiet bis 1969 dargestellt.

Zwischen 1950 und 1960 waren an der Bevölkerungsentwicklung im Bundesgebiet zu etwa gleichen Teilen der Geburtenüberschuß und der Zuwanderungsüberschuß — vornehmlich durch den Zustrom von Flüchtlingen aus der DDR — beteiligt. Die Zunahme in dem Zeitraum seit 1961 ist dagegen zu fast zwei Drittel auf den Geburtenüberschuß und zu mehr als einem Drittel auf den Wanderungsgewinn — durch Aufnahme ausländischer Arbeitskräfte — zurückzuführen. Der Wanderungsgewinn hat jedoch 1968 zum ersten Mal seit 1961 wieder stärker als der Geburtenüberschuß zur Bevölkerungszunahme beigetragen.

Die starke Abnahme der Zahl der Lebendgeborenen seit 1964 bei gleichzeitiger allerdings geringfügiger Zunahme der Sterbefälle hat dazu geführt, daß der Geburtenüberschuß schon seit dem Jahre 1964 sinkt. Auf Grund der Besonderheiten des Altersaufbaus — bei den Frauen schwache Besetzung der Altersjahrgänge, in denen besonders viele Kinder geboren werden, und wachsender Anteil der alten Menschen an der Gesamtbevölkerung — war mit einer Abnahme des Geburtenüberschusses zu rechnen. Diese Auswirkungen der Altersstruktur hätten sich noch stärker bemerkbar gemacht, wenn nicht die Zuwanderung vieler junger Ausländerinnen in den letzten Jahren erfolgt wäre.

Der Rückgang der Geburtenzahlen in den letzten Jahren war jedoch stärker, als auf Grund des Altersaufbaus erwartet werden konnte; Untersuchungen des Statistischen Bundesamtes haben ergeben, daß der weitaus größte Teil des Geburtenrückgangs nicht auf die Altersstruktur, sondern auf eine echte Abnahme der Geburtenhäufigkeit (Zahl der Lebendgeborenen nach dem Alter der Mütter bezogen auf 1000 Frauen entsprechenden Alters), insbesondere bei den Frauen im Alter von 23 bis unter 30 Jahren, zurückzuführen ist. Die Untersuchungen haben des weiteren gezeigt, daß die ehelichen Geburten auf einen späteren Zeitpunkt der Ehe ver-

Bevölkerungsentwicklung im Deutschen Reich und im Bundesgebiet

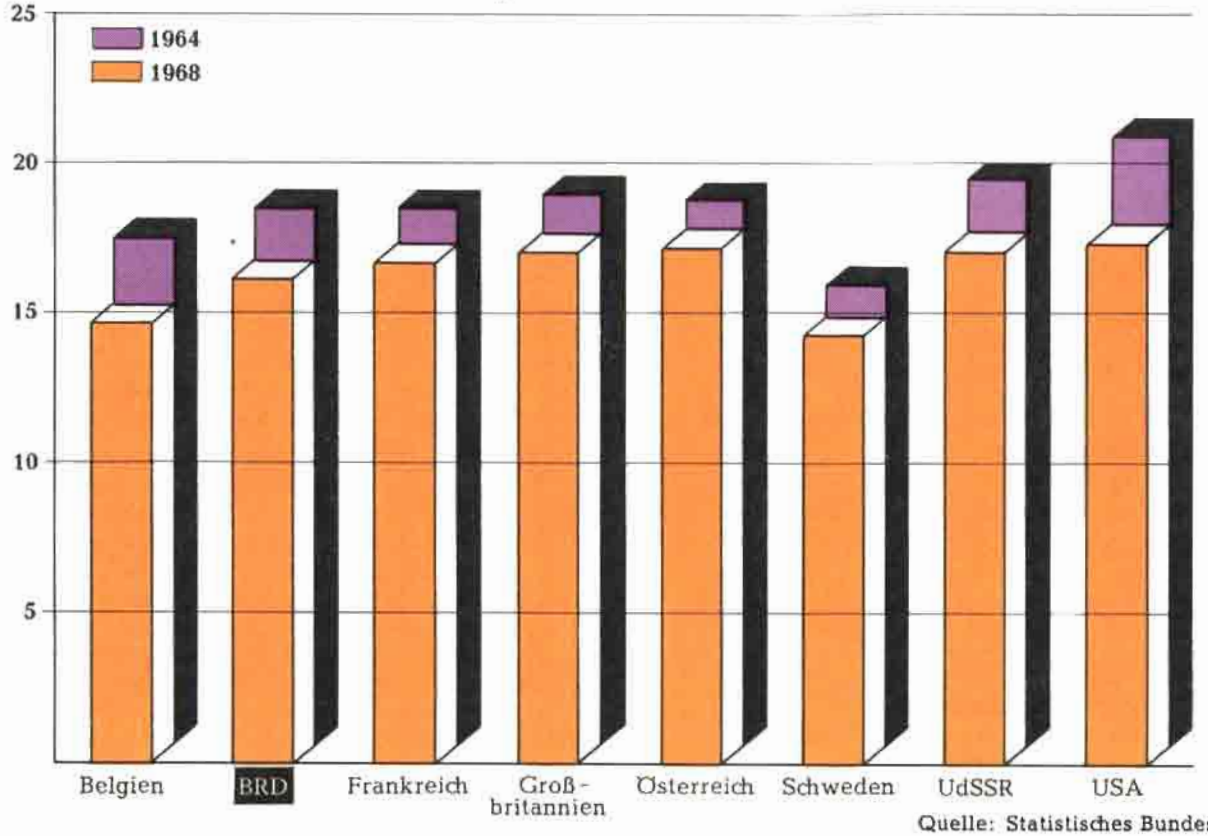
Jahr	Wohnbevölkerung			Weibliche Personen auf 1000 männliche Anzahl	Bevölkerungsdichte Einwohner je qkm
	insgesamt	männlich	weiblich		
	1000				
Deutsches Reich [1] (Fläche in qkm: 470 440)					
1910	58 451	23 824	29 627	1 028	124
1925	63 181	30 583	32 593	1 066	134
1939	69 314	33 911	35 403	1 044	147
Bundesgebiet [2] (Fläche in qkm: 248 542)					
1939	43 008	21 038	21 970	1 044	173
1947	47 645	21 594	26 052	1 205	192
1950	50 336	23 405	26 931	1 151	203
1955	52 698	24 594	28 105	1 143	212
1960	55 785	26 173	29 611	1 131	224
1961	55 589	26 638	29 951	1 124	228
1965	59 297	28 171	31 126	1 105	239
1968	60 463	28 716	31 747	1 106	243
1969	61 195	29 180	32 015	1 098	246

[1]) Gebietsstand 31. Dezember 1937: Stichtage für 1910: 1. Dezember, für 1925: 16. Juni und für 1939: 17. Mai
[2]) Gebietsstand 31. Dezember 1969; Stichtag für 1939: 17. Mai, sonst 31. Dezember eines jeden Jahres

Quelle: Statistisches Bundesamt

Geburtenziffern in ausgewählten Staaten 1964 und 1968

Lebendgeborene auf 1000 Einwohner



Quelle: Statistisches Bundesamt

schoben werden und außerdem eine im Vergleich zu früher geringere Kinderzahl pro Ehe festzustellen ist. Hieraus wird die weite Verbreitung einer praktizierten Familienplanung und damit eine Änderung des generativen Verhaltens der Bevölkerung ersichtlich.

Während im Jahre 1969 noch 903 456 Lebendgeborene zu verzeichnen waren (darunter 47 737 = 5,3 % Kinder von Vätern mit ausländischer Staatsangehörigkeit), so lassen die ersten zehn Monate des Jahres 1970 erkennen, daß die Zahl der Geburten weiter zurückgeht, und zwar um 11,9 % gegenüber dem gleichen Zeitraum des Jahres 1969.

Auch in zahlreichen mit der Bundesrepublik vergleichbaren Staaten ist in den letzten Jahren ein Rückgang der Geburtenziffern zu beobachten.

Hinsichtlich ihrer Einwohnerzahl lag die Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1969 innerhalb Europas — ausgenommen die UdSSR — an erster Stelle vor Großbritannien mit Nordirland, Italien und Frankreich. Bezüglich ihrer Bevölkerungsdichte lag sie an dritter Stelle hinter den Niederlanden und Belgien.

Altersstruktur der Bevölkerung

11. Die Auswirkungen der bevölkerungsgeschichtlichen Ereignisse auf die Geschlechts- und Altersstruktur sind in nachstehendem Schaubild dargestellt.

In der Alterspyramide manifestiert sich die Bevölkerungsgeschichte von drei Generationen. Erfreulich an den Alterspyramiden seit etwa 1950 ist die Tatsache, daß sich infolge des Geburtenanstiegs die Basis der Alterspyramide wieder verbreitert hat.

Die wichtigsten Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung in den vergangenen Jahrzehnten sind die starke Verminderung des Anteils der Kinder und die erhebliche Zunahme des Anteils der älteren Menschen. Ende 1968 waren 23,3 % der Bevölkerung unter 15 Jahre und 12,8 % über 65 Jahre alt, im Jahre 1910 waren es dagegen 34,2 % bzw. 5,0 %. Die langfristige Veränderung der Altersstruktur ist aus Tabelle 2 im Tabellenteil zu ersehen.

Die Altersgliederung der Bevölkerung ändert sich im Zeitablauf durch das allmähliche Aufrücken der Jahrgänge in höhere Altersgruppen sowie durch Geburten, Sterbefälle und Wanderungen (Zu- und Fortzüge). Alle diese Faktoren wirken sowohl auf die relative als auch auf die absolute Altersverteilung ein. Die Geburten füllen lediglich die jeweils jüngsten Altersstufen an, während Sterbefälle und Wanderungen sich in allen Altersjahren niederschlagen.

12. Wenn sich auch Altersverschiebungen in der Regel nur langsam vollziehen, so läßt der Vergleich der Altersgliederung von Ende 1968 mit der bei der Volkszählung 1961 ermittelten bereits einige bemerkenswerte Änderungen erkennen.

Ende 1968 betrug die Zahl der unter 6jährigen Kinder 6,0 Millionen, bei der Volkszählung 1961 wurden 5,3 Millionen Kinder dieses Alters gezählt. Die Zunahme um 0,8 Millionen erklärt sich einmal durch die gestiegene Geburtenhäufigkeit bei den 15- bis unter 45jährigen Frauen und zum anderen vor allem aus einem beträchtlichen Rückgang der Säuglingssterblichkeit. Während von 1000 Lebendgeborenen im Jahre 1961 noch 32 Kinder vor Vollendung ihres 1. Lebensjahres starben, waren es im Jahre 1968 23 je 1000 Lebendgeborene.

Im Alter von unter 15 Jahren gab es 1968 insgesamt 14,1 Millionen Kinder. Das entspricht einem Anteil an der Gesamtbevölkerung von 23 %. Zur Zeit der Volkszählung 1961 betrug der Anteil der unter 15jährigen mit 12,2 Millionen knapp 22 % der Gesamtbevölkerung. Die Zunahme des Anteils dieser Altersgruppen in diesem Zeitraum beruht maßgeblich auf den im Vergleich zu den Vorjahren höheren Geburtenzahlen.

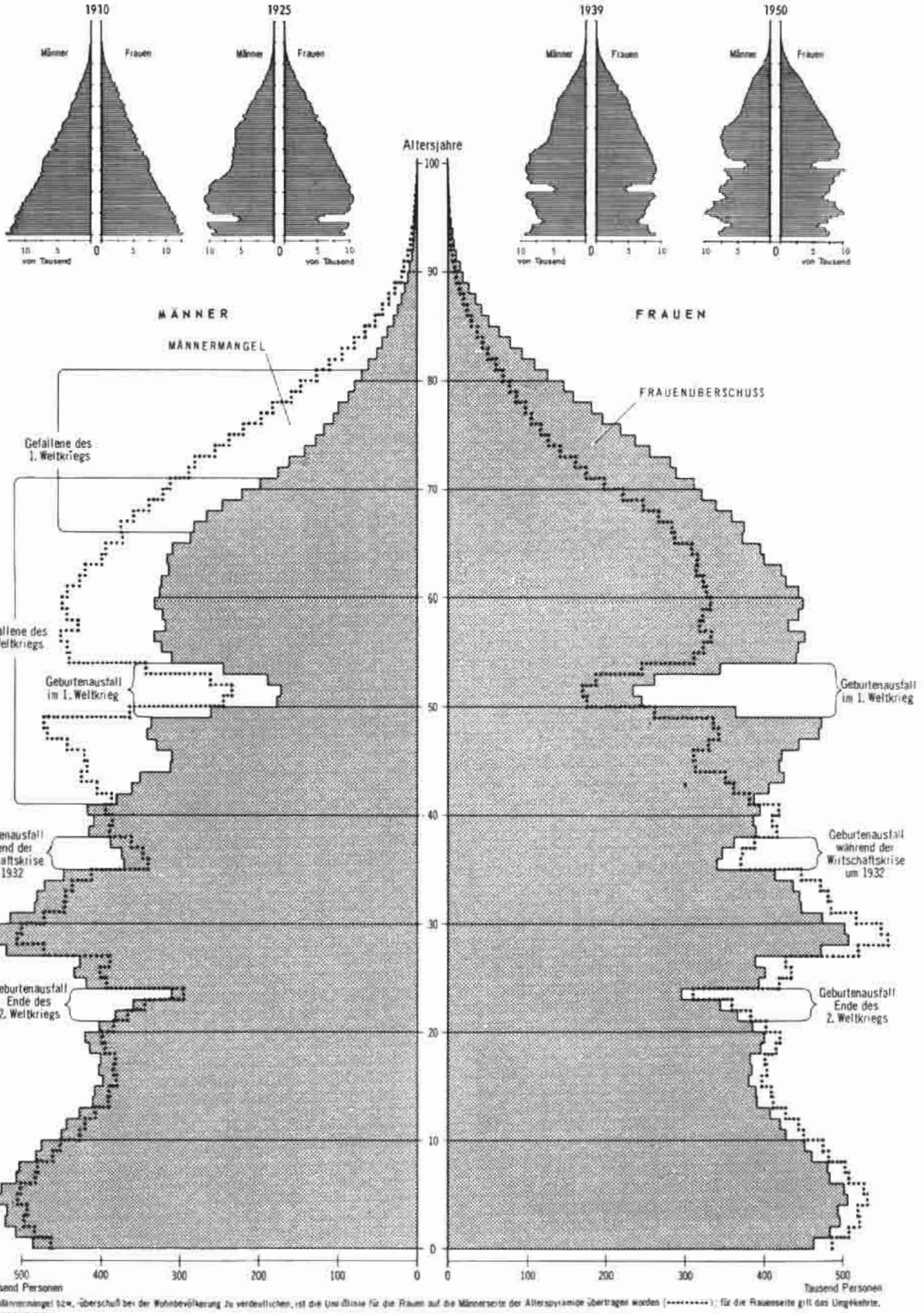
Im Alter von 15 bis unter 45 Jahren wurden Ende 1968 insgesamt 24,7 Millionen Personen ermittelt, davon 12,6 Millionen (51,0 %) Männer und 12,1 Millionen (49,0 %) Frauen. Im Vergleich zum Jahre 1961 ist die Bevölkerung in diesen Altersgruppen um 1,8 Millionen gewachsen, was vornehmlich auf den Wanderungsgewinn in diesen Jahren zurückzuführen ist. Gegenüber 1961 ist die Zahl der Männer in diesen Altersgruppen fast fünfmal so stark gestiegen wie die der Frauen (11 % bzw. 3 %). Der Anteil dieser Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung betrug sowohl 1961 als auch 1968 jeweils 41 %.

Die Zahl der Personen im Alter von 45 bis unter 65 Jahren hat sich dagegen im Vergleich zu 1961 verringert. Ende 1968 gehörten 13,9 Millionen Menschen diesen Altersgruppen an, im Jahre 1961 waren es dagegen 14,8 Millionen. Der Rückgang der Zahl der Männer dieser Altersgruppen war doppelt so groß wie der bei den Frauen. Der Anteil der Personen dieser Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung hat sich von 26 % im Jahre 1961 auf 23 % im Jahre 1968 verringert. Während, wie bereits dargelegt, bei der Bevölkerung im Alter von 15 bis unter 45 Jahren die Wanderungen maßgeblich an den Bestandsveränderungen beteiligt waren, spielen bei den Personen im Alter von 45 bis unter 65 Jahren die Sterbefälle eine größere Rolle.

13. Der gesamte Personenkreis im Alter von 15 bis unter 65 Jahren wird in der Regel als die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter bezeichnet. Insgesamt 38,6 Millionen Personen (18,5 Millionen Männer und 20,1 Millionen Frauen) gehörten Ende 1968 diesen Altersgruppen an, 1961 waren es insgesamt 37,7 Millionen (17,7 Millionen Männer und 20,1 Millionen Frauen). Absolut ist die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter zahlenmäßig gestiegen; ihr Anteil an der Gesamtbevölkerung ist jedoch von 67,4 % bei der Volkszählung 1961 auf 64 % Ende 1968 zurückgegangen.

Insgesamt 7,8 Millionen Menschen (3,0 Millionen Männer und 4,8 Millionen Frauen) hatten 1968 das 65. Lebensjahr vollendet. Im Vergleich zu 1961 ist die Zahl dieser Personen um 1,5 Millionen gestiegen, und zwar um 0,5 Millionen Männer und 1,0 Millionen Frauen. Ende 1968 belief sich der Anteil dieser älteren Mitbürger auf 12,8 % gegen-

Alter und Geschlecht der Wohnbevölkerung am 31. Dezember 1968 und Altersaufbau der Bevölkerung im Reichsgebiet 1910, 1925, 1939 und im Bundesgebiet 1950



Um Männermangel bzw. -überschuß bei der Wohnbevölkerung zu verdeutlichen, ist die Umrißlinie für die Frauen auf die Männerseite der Altenspyramide übertragen worden (----------); für die Frauenseite gilt das Umgekehrte.

STAT. BUNDESAMT 9736

über 11,2 % im Jahre 1961. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß Ende 1968 von der Bevölkerungsgruppe der über 65jährigen fast 1 % 90 Jahre und älter waren. Wie sich die Zahl dieser betagten Mitbürger in den letzten Jahrzehnten erhöht hat, geht aus folgender Übersicht hervor:

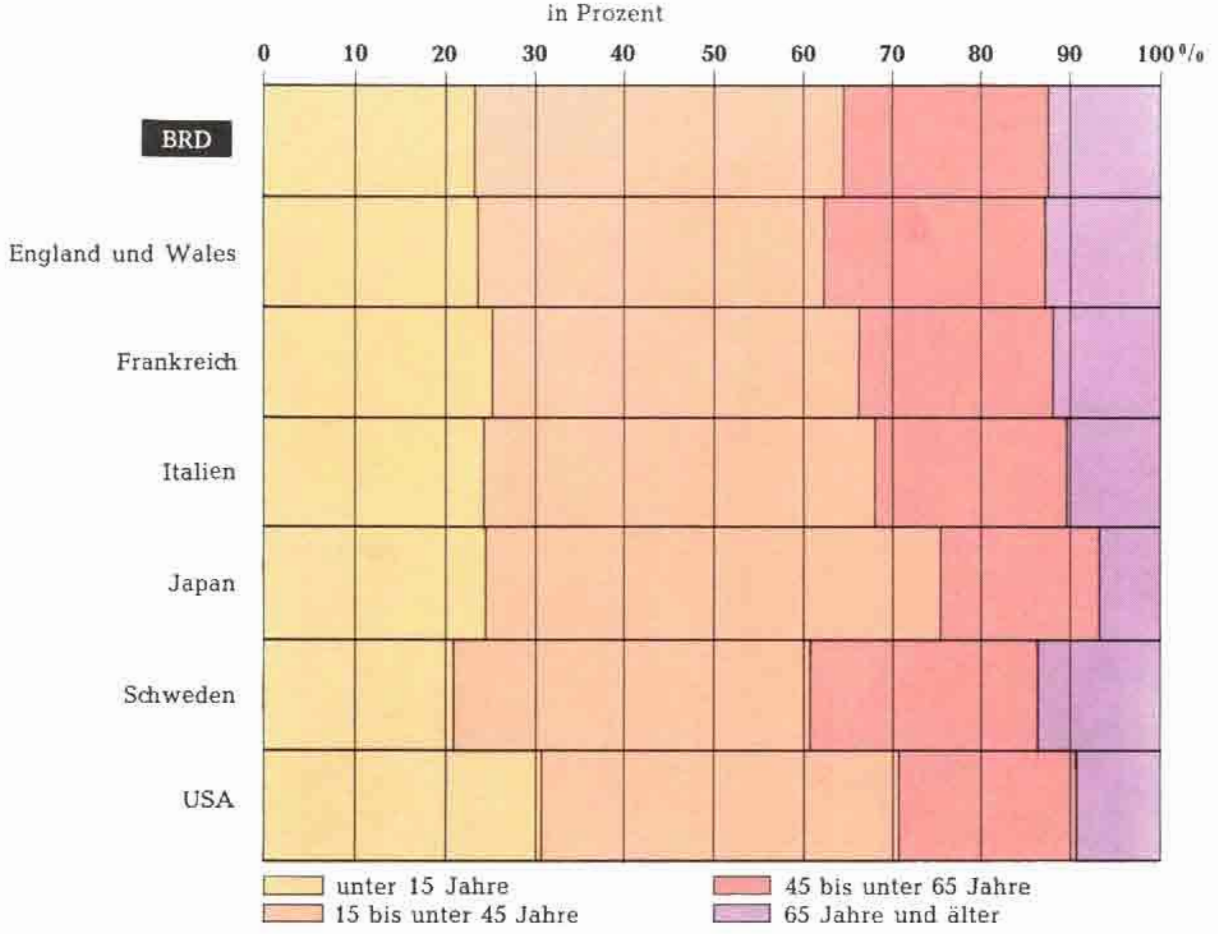
Personen im Alter von 90 und mehr Jahren

Alter	31. Dezember 1968	13. September 1950 [1]	17. Mai 1939 [2]
90 Jahre und älter ..... m	25 801	6 756	9 465
w	49 505	12 104	17 793
zusammen ...	75 306	18 860	27 258
darunter			
100 Jahre und älter ..... m	173	14	3
w	483	59	13
zusammen ...	656	73	16

[1]) Bundesgebiet einschließlich Saarland und Berlin (West)
[2]) Reichsgebiet

Quelle: Statistisches Bundesamt

Bevölkerung nach großen Altersgruppen in ausgewählten Staaten [1])



[1]) Frankreich, Italien und Japan 1966; BRD, Schweden und USA 1967; England und Wales 1968

Quelle: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Band 4, Ausgabe 1970

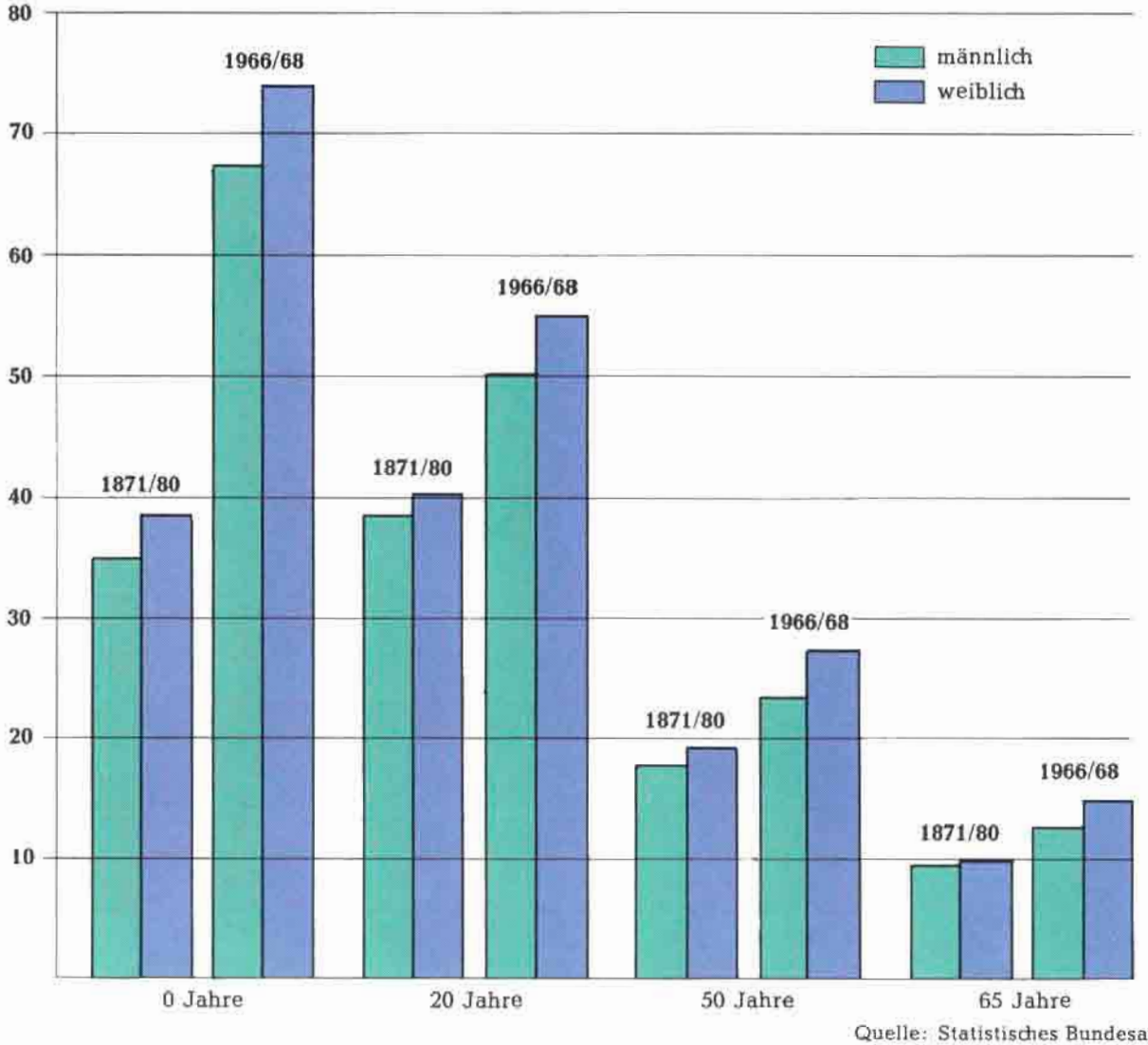
Im Vergleich zur Bundesrepublik ist die Altersgliederung der Bevölkerung in ausgewählten Staaten aus der Tabelle 3 im Tabellenteil zu ersehen.

14. Mit einem Anteil von 30,1 % der Kinder im Alter von unter 15 Jahren sind die USA das kinderreichste Land, an letzter Stelle steht Schweden mit einem Anteil der Kinder dieser Altersgruppen von nur 21 %. In Japan ist der Anteil der Personen im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 65 Jahre) mit 68,7 % am höchsten und in den USA ist er mit 60,6 % am niedrigsten. In Schweden beträgt der Anteil der Personen im Alter von 65 Jahren und darüber 13,2 % und liegt damit gegenüber den anderen Staaten an der Spitze; in Japan gehören nur 6,5 % der gesamten Bevölkerung diesen Altersgruppen an (vgl. Grafik auf Seite 21).

Lebenserwartung der Bevölkerung

15. In der Lebenserwartung der Neugeborenen kommt die Sterblichkeit im Durchschnitt aller Altersgruppen zum Ausdruck. Die Lebenserwartung hat sich in den letzten 100 Jahren fast verdoppelt. Infolge der hohen Säuglings- und Kindersterblichkeit und auch wegen der höheren Sterblichkeit in den übrigen Altersgruppen betrug die durchschnittliche Lebenserwartung der Neugeborenen nach der Sterbetafel 1871/80 für das Deutsche Reich für die Knaben nur 35,58 und für die Mädchen nur 38,45 Jahre, nach der Sterbetafel 1966/68 waren es 67,55 Jahre für die Knaben und 73,58 Jahre für die Mädchen. Bedeutend geringer war die Zunahme der Lebenserwartung in den höheren Altersgruppen. Bei den 65jährigen Männern z. B. stieg sie von 1871/80 bis 1966/68 nur von 9,55 auf 12,10 Jahre

Durchschnittliche Lebenserwartung in Jahren der 0-, 20-, 50- und 65jährigen 1871/80 und 1966/68



Quelle: Statistisches Bundesamt

und bei den gleichaltrigen Frauen von 9,96 auf 14,98 Jahre.

In den letzten 50 Jahren hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung der Neugeborenen um knapp die Hälfte erhöht. Einzelheiten über die Lebenserwartung in den verschiedenen Altersjahren können der Tabelle 4 im Tabellenteil entnommen werden.

Bei der Beurteilung dieser Ergebnisse ist zu beachten, daß es sich immer um Durchschnittswerte handelt. Die individuelle Lebensdauer kann davon je nach Lebensverhältnissen, Lebensführung, Beruf und gesundheitlicher Verfassung erheblich abweichen.

Vorausschätzung der Bevölkerung bis zum Jahre 2000

16. Das Statistische Bundesamt hat ausgehend von der auf den 1. Januar 1968 fortgeschriebenen Wohnbevölkerung der Volkszählung 1961 für das Bundesgebiet einschließlich Berlin (West) Vorausberechnungen über die Bevölkerung angestellt, bei

Voraussichtliche Bevölkerungsentwicklung bis 2000 nach Altersgruppen *)

Alter von . . . bis unter . . . Jahren	1. Januar 1969 [1]		1. Januar 1975		1. Januar 1980		1. Januar 1985		1. Januar 1990		1. Januar 2000	
	1000	%	1000	%	1000	%	1000	%	1000	%	1000	%
Männlich												
unter 15	7 207	25,1	7 522	25,6	7 461	24,8	7 602	24,7	8 017	26,2	8 785	25,8
15 bis 20	2 444	8,5	2 654	9,0	3 070	10,3	3 096	10,0	2 975	9,3	2 695	7,9
20 bis 30	3 967	13,8	3 518	12,0	3 851	12,8	4 341	14,1	4 698	14,7	5 057	14,9
30 bis 40	4 375	15,2	4 690	16,0	4 059	13,5	3 818	12,4	4 213	13,2	5 057	17,9
40 bis 50	3 412	11,9	3 747	12,8	4 194	14,0	4 437	11,4	3 824	12,0	3 977	11,7
50 bis 60	2 729	9,5	2 511	8,5	3 211	10,7	3 426	11,1	3 847	12,1	3 485	10,2
60 bis 65	1 592	5,5	1 422	4,8	864	2,9	1 300	4,2	1 487	4,7	1 845	5,4
65 und mehr	2 990	10,4	3 320	11,3	3 343	11,1	2 848	9,2	2 810	8,8	3 149	9,2
zusammen	28 716	100,0	29 383	100,0	30 054	100,0	30 868	100,0	31 870	100,0	34 051	100,0
1969 = 100	100	×	102	×	105	×	107	×	111	×	119	×
Weiblich												
unter 15	6 864	21,6	7 131	22,1	7 051	21,7	7 177	21,8	7 572	22,6	8 303	23,8
15 bis 20	2 331	7,3	2 511	7,8	2 906	8,9	2 917	8,9	2 791	8,3	2 530	7,3
20 bis 30	3 678	11,6	3 325	10,3	3 628	11,1	4 087	12,4	4 421	13,2	4 728	13,5
30 bis 40	4 049	12,8	4 406	13,7	3 860	11,8	3 661	11,1	4 022	12,0	4 817	13,8
40 bis 50	4 216	13,3	3 790	11,8	4 048	12,4	4 309	13,1	3 772	11,3	3 935	11,3
50 bis 60	3 755	11,8	3 565	11,1	4 020	12,3	3 615	11,0	3 869	11,5	3 598	10,3
60 bis 65	2 094	6,6	2 083	6,5	1 321	4,1	1 990	6,0	1 762	5,3	1 993	5,7
65 und mehr	4 760	15,0	5 423	16,8	5 749	17,6	5 227	15,8	5 313	15,8	4 992	14,3
zusammen	31 747	100,0	32 234	100,0	32 584	100,0	32 984	100,0	33 522	100,0	34 896	100,0
1969 = 100	100	×	102	×	103	×	104	×	106	×	110	×
Insgesamt												
unter 15	14 072	100,0	14 652	104,0	14 512	103,0	14 779	105,0	15 590	111,0	17 088	121,0
15 bis 65	33 641	100,0	38 222	99,0	39 034	101,0	40 998	106,0	41 679	108,0	43 717	113,0
65 und mehr	7 751	100,0	8 743	113,0	9 092	117,0	8 075	104,0	8 123	105,0	8 142	105,0
insgesamt	60 463	100,0	61 617	102,0	62 638	104,0	63 852	106,0	65 393	108,0	68 947	117,0

*) ohne Wanderungen
[1]) Fortschreibungsergebnis

Quelle: Statistisches Bundesamt

denen für den gesamten Vorausschätzungszeitraum u. a. unterstellt wurde, daß sich die altersspezifischen Geburtenziffern von 1968 nicht verändern würden. Danach wird die Bevölkerung der Bundesrepublik bis zum Jahre 1980 auf voraussichtlich 62,6 Millionen und bis zum Jahre 2000 auf 68,9 Millionen oder um 15,0 % seit dem 1. Januar 1968 zunehmen, wenn die Wanderungen nach diesem Stichtag unberücksichtigt bleiben.

Während dieser Zeit wird die Zahl der Männer bedeutend rascher zunehmen als die Zahl der Frauen, weil die Kriegsteilnehmerjahrgänge mit besonders wenig Männern und viel Frauen allmählich aussterben. Infolgedessen wird der z. Z. noch verhältnismäßig hohe Frauenüberschuß immer geringer, und im Jahre 2000 werden voraussichtlich nur noch 1025 weibliche Personen auf 1000 männliche kommen.

Nach dieser Vorausschätzung steigt der Anteil der unter 15jährigen an der Gesamtbevölkerung von 1968 bis zum Jahre 2000 von 23,2 auf 24,8 %. Die Zahl der Personen im Erwerbsalter von 15 bis unter 65 Jahren wird sich in den nächsten Jahren leicht vermindern und erst ab 1975 wieder zunehmen. Da die Gesamtbevölkerung ständig wächst, vermindert sich der prozentuale Anteil dieser Bevölkerungsgruppe von 64,2 % im Jahre 1968 auf rd. 62 % in den Jahren 1975/80. Der Anteil von 1968 wird auch danach nicht mehr erreicht.

Die Zahl der Personen im Alter von 65 und mehr Jahren nimmt am stärksten bis 1980 zu und wird dann voraussichtlich 14,5 % im Vergleich zu 1968 mit nur 12,7 % betragen. Nach 1980 wird dieser Anteil wieder sinken. Auf lange Sicht ist jedoch anzunehmen, daß der Anteil der Personen in diesen Altersgruppen nicht mehr unter 12 % sinkt.

Umschichtung in der Erwerbsstruktur der Bevölkerung

17. Nach den Ergebnissen des Mikrozensus waren im April 1969 44,2 % oder 26,9 Millionen der Wohnbevölkerung des Bundesgebiets erwerbstätig, davon waren 17,2 Millionen Männer und 9,6 Millionen Frauen; dies entspricht einer Erwerbsbeteiligung von 59,6 % der männlichen und von 30,3 % der weiblichen Bevölkerung.

Bei den Männern und ledigen Frauen in den Altersgruppen zwischen 15 und 25 Jahren gehen die Erwerbsquoten seit mehr als 10 Jahren zurück. In dieser Entwicklung wird die Tendenz dieses Personenkreises erkennbar, länger in der Ausbildung zu bleiben und den Eintritt in das Erwerbsleben hinauszuzögern. Bei der männlichen Bevölkerung im Alter von 30 bis unter 60 Jahren sind keine bemerkenswerten Änderungen in den Erwerbsquoten eingetreten. Von den Männern im Alter von über 65 Jahre ist z. Z. noch mehr als ein Fünftel erwerbstätig; davon fast zwei Drittel als selbständige und mithelfende Familienangehörige.

18. Die Erwerbsbeteiligung der Frauen im Alter von 25 bis unter 55 Jahren liegt zwischen 44 und 51 %. Bemerkenswert ist die Zunahme der Erwerbsbeteiligung der verheirateten Frauen, die in allen Altersgruppen bis unter 60 Jahren zu beobachten ist. Bei den verheirateten Frauen bis 25 Jahre hat sich die Erwerbsbeteiligung zwischen 1950 und 1961 zwar fast verdoppelt, seit 1961 weisen diese Erwerbsquoten jedoch annähernd Konstanz auf.

19. Die Entwicklung von der Agrar- zur Industriegesellschaft hat in den letzten Jahrzehnten zu einer erheblichen Umschichtung in der Verteilung der Erwerbstätigen auf die Wirtschaftsbereiche geführt. Kennzeichnend hierfür ist der Rückgang der Zahl der Erwerbstätigen in der Land- und Forstwirtschaft. Waren z. B. im Jahre 1882 (Reichsgebiet Gebietsstand: 31. 12. 1937) von 100 Erwerbstätigen noch 42 in der Land- und Forstwirtschaft tätig, so waren es 1950 noch 23 und im April 1969 nur noch 10 von 100 Erwerbstätigen.

In den „Sonstigen Wirtschaftsbereichen" ist in den letzten Jahren eine ständige Zunahme der Zahl der Erwerbstätigen festzustellen.

Diese Entwicklung ist das Ergebnis einer sich wandelnden Wirtschaftsstruktur, die wiederum Einfluß hat auf die Umweltbedingungen, in denen der Mensch wirkt. Alle diese Wandlungen haben auch Auswirkungen auf die heute dominierenden sog. Zivilisationskrankheiten in Morbidität und Mortalität der Bevölkerung.

Anteil der Erwerbspersonen [1]) an 100 Männern bzw. Frauen der jeweiligen Altersgruppen 1950 [2]), 1961 [2]) und 1969 [3])

Altersgruppe von ... bis unter ... Jahren	Männer			Frauen											
				zusammen			ledig			verheiratet			verwitwet geschieden		
	1950	1961	1969	1950	1961	1969	1950	1961	1969	1950	1961	1969	1950	1961	1969
15 bis 20	84,7	81,3	59,5	77,6	78,2	57,3	78,7	79,5	57,2	30,5	55,0	38,7	—	—	—
20 bis 25	93,4	91,1	86,7	70,4	71,9	69,6	90,1	90,4	85,3	28,5	49,0	52,4	67,6	76,0	80,1
25 bis 30	99,4	96,2	93,3	50,3	50,7	50,5	90,4	91,4	88,2	27,0	39,0	42,3	61,3	75,0	79,7
30 bis 35	96,4	98,3	98,5	40,0	94,6	44,0	88,7	89,9	91,1	25,6	36,2	37,8	50,9	71,9	73,1
35 bis 40	97,3	87,8	98,8	30,2	46,3	44,6	86,4	88,8	90,7	26,2	37,9	39,0	45,3	67,4	70,1
40 bis 45	97,1	97,1	98,4	35,4	45,4	47,1	83,6	86,3	90,7	26,5	37,8	40,5	44,0	56,4	69,2
45 bis 50	96,7	96,1	97,1	35,9	42,3	48,4	80,4	82,3	89,0	27,2	35,6	40,9	42,9	46,7	64,5
50 bis 55	93,4	93,8	95,2	33,8	38,1	43,9	73,5	77,3	83,7	26,3	31,7	36,9	35,8	40,3	50,8
55 bis 60	87,4	88,7	89,9	29,4	32,8	37,1	61,7	68,8	78,2	24,3	26,6	30,4	25,7	32,0	40,0
60 bis 65	73,0	72,3	95,4	21,2	20,9	23,4	42,9	40,4	49,8	19,7	18,4	19,8	16,2	17,7	22,0
65 bis 70	—	32,6	32,1	—	12,2	12,5	—	20,7	26,0	—	12,3	10,9	—	9,8	10,7
70 bis 75	—	21,4	17,3	—	7,4	7,1	—	9,4	13,5	—	6,6	7,3	—	4,2	5,6
75 und mehr ...	—	11,2	8,2	—	3,5	2,5	—		6,0	—		3,1	—		1,7
insgesamt ...	63,2	63,9	59,6	31,4	33,4	30,3	40,0	37,9	28,3	25,0	32,9	34,5	24,4	23,9	22,2

[1]) einschließlich Soldaten
[2]) Ergebnisse der Volks- und Berufszählungen von 1950 und 1961
[3]) Mikrozensus April 1969

Quelle: Statistisches Bundesamt

Erwerbstätige *) nach Wirtschaftsbereichen

Wirtschaftsbereich	1950 [1])		1961 [1])		1969 [2])	
	1000	%	1000	%	1000	%
Land- und Forstwirtschaft	5 089	*23,3*	3 584	*13,6*	2 577	*9,8*
Produzierendes Gewerbe	9 381	*43,0*	12 837	*48,6*	12 741	*48,7*
Handel und Verkehr	3 140	*14,4*	4 608	*17,4*	4 564	*17,4*
Sonstige Dienstleistungen	4 197	*19,2*	5 391	*20,4*	6 287	*24,0*
darunter						
Gesundheits- und Veterinärwesen	490	*2,2*	602	*2,3*	827	*3,2*
Erwerbstätige insgesamt ...	21 808	*100,0*	26 420	*100,0*	26 169	*100,0*

*) ohne Soldaten
[1]) Volks- und Berufszählungen
[2]) Mikrozensus April 1969

Quelle: Statistisches Bundesamt

Wandel in der Struktur der Haushalte

Privathaushalte

20. Außer den Strukturdaten über die Bevölkerung sind auch Informationen über Entwicklung und Struktur der Haushalte, die Aufschluß über die Formen des menschlichen Zusammenlebens geben, von besonderem Interesse.

Charakteristisch für die seit der Jahrhundertwende eingetretenen Veränderungen ist der Rückgang der durchschnittlichen Kopfzahl je Privathaushalt von 4,5 auf 2,7 Personen. Die Abnahme der durchschnittlichen Haushaltsgröße wurde vor allem durch eine Zunahme der Einpersonenhaushalte verursacht. Während um die Jahrhundertwende der Anteil der Einpersonenhaushalte an allen Privathaushalten in Deutschland nur 7,1 % betrug, machte er 1969 bereits mehr als ein Viertel (26,2 %) aller Privathaushalte aus. Hinter diesen Zahlen verbirgt sich eine grundlegende Wandlung der Struktur der Haushalte und Familien vom Drei-Generationen-Haushalt der Agrargesellschaft zum städtisch orientierten Kleinhaushalt. Diese Entwicklung hat ihre gesundheitspolitische Bedeutung, da in dem Kleinhaushalt im Krankheitsfalle die häusliche Pflege nicht immer möglich ist und häufiger, insbesondere auch von älteren Menschen, ein Krankenhaus in Anspruch genommen werden muß.

Nach den Ergebnissen des Mikrozensus lebten im April 1969 insgesamt 60 Millionen Menschen oder 97,4 % der Wohnbevölkerung in 22,3 Millionen Privathaushalten, und zwar lebte in 5,8 Millionen Haushalten nur eine Person, und 16,5 Millionen Haushalte waren Mehrpersonenhaushalte. Von 100 allein lebenden Personen waren 26 Männer, darunter knapp die Hälfte ledige Männer, und 74 waren Frauen, darunter 48 verwitwete und 19 ledige Frauen.

Von den 16,5 Millionen Mehrpersonenhaushalten, in denen 90,5 % der Bevölkerung der Privathaushalte lebte, war bei 90,4 % ein Mann der Haushaltsvorstand, darunter bei 88,4 % verheiratete Männer, und bei 9,6 % war es eine Frau, darunter bei 6,1 % der Mehrpersonenhaushalte verwitwete Frauen.

Unter den 16,5 Mehrpersonenhaushalten waren 8,3 Millionen Haushalte mit Kindern unter 18 Jahren, darunter 3,9 Millionen Haushalte mit Kindern unter 6 Jahren.

Die Zunahme der Privathaushalte von 1957 bis 1969 um 23 % ist vornehmlich auf einen Zugang an Einpersonenhaushalten zurückzuführen, da diese um 72 % und die Mehrpersonenhaushalte insgesamt nur um 12 % zugenommen haben. Der Zuwachs der Mehrpersonenhaushalte entspricht in der Größenordnung etwa dem der Bevölkerung, die sich um 11 % vergrößert hat.

Entscheidenden Einfluß auf die Entwicklung und Zahl der Haushalte und die Änderung ihrer Struktur

Haushaltsvorstände in Privathaushalten im April 1969 nach Geschlecht, Familienstand und Altersgruppen

Ergebnis des Mikrozensus

Familienstand des Haushaltsvorstandes / Altersgruppe von ... bis ... unter ... Jahren	Anteil in % der Haushaltsvorstände an			
	Einpersonenhaushalten		Mehrpersonenhaushalten	
	Männer	Frauen	Männer	Frauen
verheiratet	3,1	1,6	88,4	0,6
verwitwet	7,3	47,7	1,0	6,1
geschieden	3,4	6,0	0,2	1,6
ledig, 20 Jahre und älter	12,3	18,5	0,7	1,3
zusammen	26,2	73,8	90,4	9,6
unter 20	—	0	0	0
20 bis 40	11,0	7,1	31,5	1,3
40 bis 60	5,1	16,5	34,9	4,6
60 und älter	10,1	50,2	24,2	3,7
zusammen	26,2	73,8	90,4	9,6

Quelle: Statistisches Bundesamt

im Zeitablauf haben sowohl soziologische als auch demographische Faktoren (z. B. im Bevölkerungsaufbau). Auf die Zahl der Haushalte insgesamt hat die Bevölkerungsentwicklung großen Einfluß. So hätte nach den Berechnungen des Statistischen Bundesamtes bei einer *konstanten* Bevölkerung seit 1957 die Zahl der Haushalte insgesamt kaum zugenommen und die der Mehrpersonenhaushalte sogar abgenommen. Für die starke Zunahme der Einpersonenhaushalte in diesem Zeitraum waren dagegen die nicht-demographischen Faktoren von größerer Bedeutung. Hier sind als Gründe u. a. zu

Privathaushalte mit Kindern ausgewählter Altersgruppen

in 1000

Jahr	Privathaushalte mit Kindern unter 18 Jahren					Privathaushalte mit Kindern unter 6 Jahren			
	insgesamt	davon mit ... Kind(ern)				insgesamt	davon mit ... Kind(ern)		
		1	2	3	4 und mehr		1	2	3 und mehr
1957	7 906	4 179	2 402	877	488	3 368	2 428	751	189
1961	7 702	3 993	2 343	876	490	3 586	2 597	798	191
1969	8 257	3 708	2 780	1 133	636	3 899	2 820	921	158

Quelle: Statistisches Bundesamt

Berufstätige Ärzte, Medizinalassistenten, Zahnärzte, Apotheker und Tierärzte

Jahresende	Ärzte			Medizinalassistenten		Zahnärzte			Apotheker		Tierärzte	
	insgesamt	darunter weiblich	Einwohner je Arzt	insgesamt	darunter weiblich	insgesamt	darunter weiblich	Einwohner je Zahnarzt	insgesamt	darunter weiblich	insgesamt	darunter weiblich
	Anzahl	%	Anzahl		%	Anzahl	%	Anzahl	Anzahl	%	Anzahl	%
1938 [2])	49 732	—	1 379	—	—	35 565	—	1 928	11 819	—	—	—
1952 [3])	68 135	*13,4*	735	—	—	27 979	*11,2*	1 822	11 414	—	—	—
1960	79 350	*15,8*	703	3 328	*18,0*	32 509	*12,1*	1 716	15 776	*38,4*	—	—
1961	80 825	*16,0*	700	4 478	*23,9*	32 979	*12,7*	1 716	16 125	*39,4*	—	—
1962	82 097	*16,4*	697	5 207	*30,5*	32 649	*14,1*	1 753	16 454	*40,5*	—	—
1963	83 025	*16,7*	697	5 372	*31,8*	32 364	*14,1*	1 788	16 866	*41,4*	7 823	*2,9*
1964	84 203	*17,0*	696	5 888	*30,9*	32 047	*14,1*	1 828	17 185	*42,4*	7 938	*3,3*
1965	85 801	*17,2*	691	6 613	*30,3*	31 660	*14,0*	1 873	17 725	*43,7*	8 083	*3,6*
1966	86 700	*17,5*	690	7 893	*29,8*	31 599	*14,5*	1 892	18 268	*44,8*	8 140	*3,8*
1967	88 559	*17,8*	677	8 841	*28,1*	31 148	*14,6*	1 925	19 794	*45,9*	8 320	*4,2*
1968	90 882	*18,2*	665	9 643	*28,8*	31 227	*15,0*	1 936	19 669	*46,7*	8 404	*4,9*
1969	93 934	*18,5*	651	9 476	*28,5*	31 220	*15,5*	1 960	20 151	*47,6*	8 494	*5,2*

[1]) bis 1966 einschließlich Dentisten
[2]) Deutsches Reich, Gebietsstand 31. Dezember 1937
[3]) ohne Saarland

Quelle: Statistisches Bundesamt

nennen, daß heute häufiger als früher die verwitweten Mütter nicht mehr bei ihren Kindern leben und daß erwachsene Kinder (z. B. wegen Ausbildung) häufiger am Ausbildungsort allein leben.

Anstaltshaushalte

21. In den Anstaltshaushalten lebten nach den Ergebnissen des Mikrozensus im April 1969 insgesamt 1,6 Millionen Personen oder 2,6 % der Wohnbevölkerung [1]) des Bundesgebietes. Im Vergleich zu den Ergebnissen der Volkszählung 1961 ist die Zahl der Anstaltsbevölkerung in diesem Zeitraum um 19 % gestiegen und hat damit in diesem Zeitraum — wesentlich bedingt durch den Zustrom ausländischer Arbeitnehmer und deren häufige Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften — stärker zugenommen als die übrige Bevölkerung des Bundesgebietes. Der hohe Anteil der Frauen am Anstaltspersonal (88,8 %) zeigt, daß die Betreuung von Kindern, alten Menschen und Kranken sowie die Verrichtung von Dienstleistungen in Anstalten vornehmlich eine Tätigkeit für Frauen ist. Bei den Insassen dagegen waren doppelt so viele Männer wie Frauen.

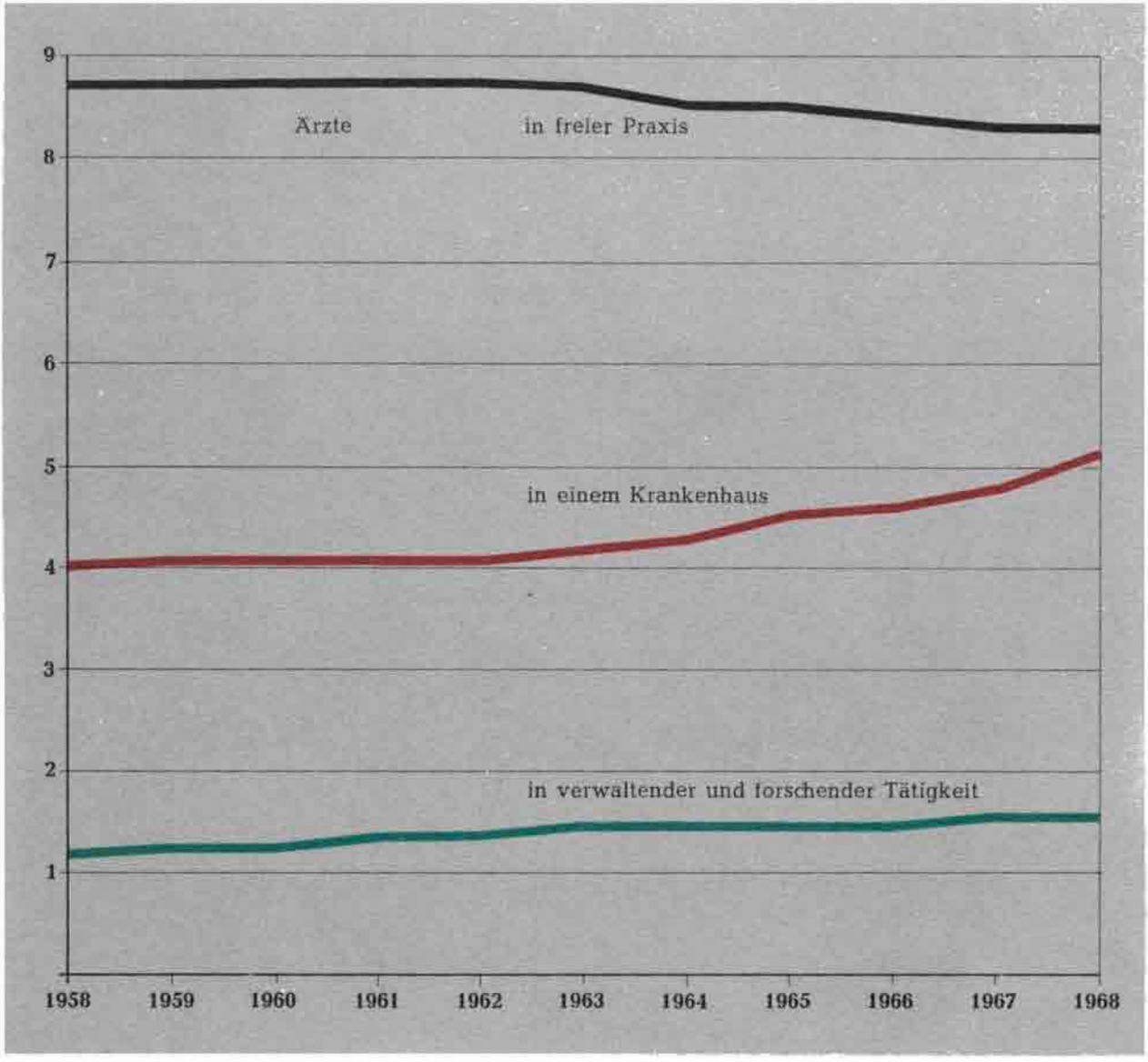
Nach den Ergebnissen der Volkszählung 1961 lag der Schwerpunkt bei den Personen in Alters- und Invalidenheimen, Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten und Arbeiterlagern.

[1]) ohne Soldaten

Struktur der Berufe des Gesundheitswesens

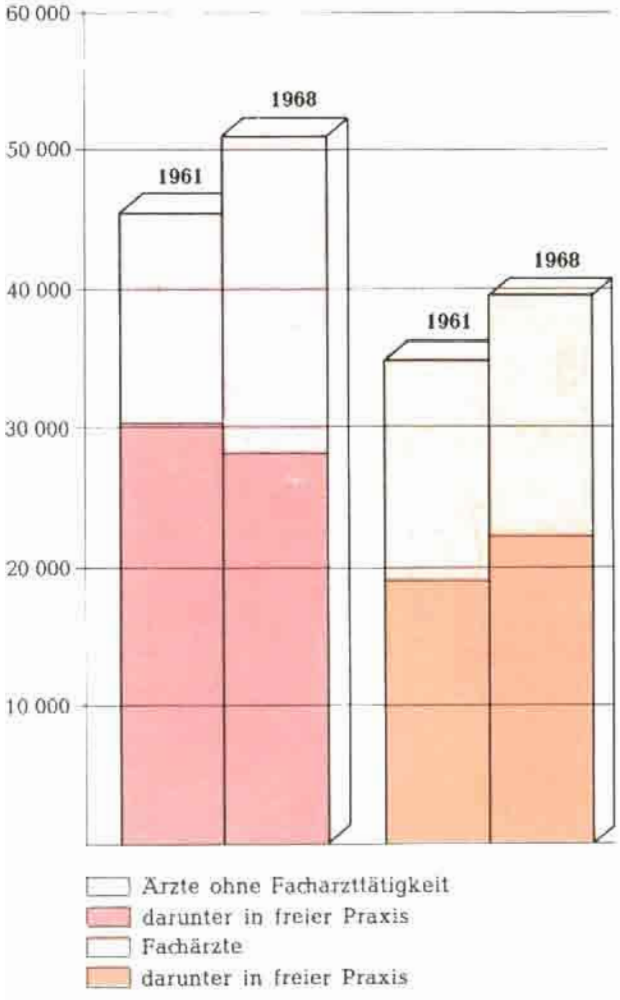
22. Am 31. Dezember 1969 waren in der Bundesrepublik 93 934 Ärzte und 9476 Medizinalassistenten berufstätig (s. Übersicht auf Seite 27).

Ärzte nach Berufsausübung auf 10 000 Einwohner 1958 bis 1968



Quelle: Statistisches Bundesamt

Fachärzte und Ärzte ohne Facharzttätigkeit 1961 und 1968



Quelle: Statistisches Bundesamt

Während im Jahre 1960 1 Arzt im Durchschnitt noch 703 Einwohner zu versorgen hatte, waren es im Jahre 1969 nur noch 651. Dabei zeigt sich, daß die Arztdichte in den Großstädten, vor allem in den Stadtstaaten, zahlenmäßig relativ günstig ist, während nach Feststellung des Bundesgesundheitsrates sich auf dem Lande und in den Randgebieten größerer Gemeinden „zunehmend Schwierigkeiten abzeichnen, freiwerdende Allgemeinpraxen wieder zu besetzen bzw. solche neu zu besetzen. Diese Situation wird verschärft durch die Überalterung der Praktischen Ärzte und die bereits heute erkennbare Tendenz, daß die angehenden Ärzte eine Tätigkeit als Fachärzte in freier Praxis bevorzugen. Das zunehmende Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung, der Wunsch nach Vorsorge-Untersuchungen und der ungünstige Altersaufbau der Bevölkerung werden diese Entwicklung noch verstärken."

So hatte Ende 1969 ein frei praktizierender Arzt im Durchschnitt 1215 Einwohner zu betreuen und damit 6,9 % mehr als 1961, da die Wohnbevölkerung seit 1961 um 8,1 % und die Zahl der frei praktizierenden Ärzte um 1,2 % zugenommen hat — die Zahl der frei praktizierenden Ärzte ohne Facharzttätigkeit hat sich sogar um 7,3 % verringert. Dagegen hat die Zahl der hauptamtlich in Krankenhäusern tätigen Ärzte seit 1961 um rund 47 % zugenommen.

Ebenso hat auch die Zahl der Fachärzte einen starken Anstieg erfahren.

23. Eine neuere Untersuchung der Kassenärztlichen Vereinigung von Nord-Württemberg und des Bezirks Süd-Württemberg-Hohenzollern über die Altersstruktur besagt, daß 74,2 % der praktizierenden Ärzte und 53,4 % der Fachärzte sich in einem Alter von 50 Jahren und darüber befinden. Es muß in diesem Zusammenhang aber festgestellt werden, daß der Rückgang an praktischen Ärzten auch in anderen Ländern der westlichen Welt zu beobachten ist.

Die Zahl der erteilten Approbationen bzw. Bestallungen ist in den letzten Jahren beträchtlich gestiegen (vgl. Übersicht auf Seite 30).

Der Anteil der Frauen unter den Studierenden der Medizin zeigt eine rückläufige Tendenz.

24. Das am 31. Dezember 1969 in den 499 Gesundheitsämtern tätige Personal ist aus der Aufstellung auf Seite 31 ersichtlich.

Der seit langem zu geringe Bestand an dort tätigen Ärzten ist gegenüber 1967 weiter geringfügig gesunken. Nach einer von der Gesundheitsministerkonferenz am 22. November 1968 für erforderlich gehaltenen Schlüsselzahl sollte in der Regel 1 hauptamtlich tätiger Arzt für 22 500 Einwohner zur Verfügung stehen. Der danach von den Ländern errechnete Fehlbestand reicht von 22 bis 63 %.

25. Bei den berufstätigen Zahnärzten ist in naher Zukunft infolge des ungünstigen Altersaufbaus mit einer erheblichen Verminderung ihrer Zahl zu rechnen, da die Altersgruppen der über 50jährigen, die allein einen Anteil von 52,5 % ausmachen, in den nächsten Jahren aus der beruflichen Tätigkeit ausscheiden und die nachfolgenden Geburtsjahrgänge kriegsbedingt teilweise sehr schwach besetzt sind (vgl. Übersicht auf Seite 30).

Während bei der Bevölkerung von 1960 bis 1969 ein wesentlicher Zuwachs zu verzeichnen war, sank im gleichen Zeitraum die Gesamtzahl der Zahnärzte um 1289 (rd. 4 %) auf 31 220; d. h. die Zahl der durchschnittlich von 1 Zahnarzt zu betreuenden Personen stieg von 1716 auf 1960.

Erschwerend kommt hinzu, daß die Zahl der Ausbildungsplätze an den Hochschulen zu gering ist und deshalb die Zahl der neuapprobierten Zahnärzte nicht ausreicht, um den natürlichen Abgang durch Alter, Tod oder Invalidität auszugleichen.

26. In den 10 954 öffentlichen und 305 Krankenhausapotheken waren im Jahre 1969 20 151 Apotheker tätig; die Zahl und das Personal der Apotheken sowie das ständige nichtpharmazeutische Hilfspersonal, aufgeteilt nach Bundesländern, ist aus der Aufstellung auf Seite 33 ersichtlich.

Berufstätige Zahnärzte nach dem Alter

in Prozent

Alter von ... bis unter ... Jahren	Zahnärzte 1968		
	insgesamt	männlich	weiblich
unter 25	0,1	0,1	0,3
25 bis 30	5,5	4,4	11,0
30 bis 35	6,8	6,2	10,2
35 bis 40	9,3	9,2	10,1
40 bis 45	15,7	16,0	19,2
45 bis 50	10,1	9,7	12,3
50 bis 55	9,1	9,3	8,0
55 bis 60	19,5	20,0	16,8
60 bis 65	11,7	12,7	6,4
65 bis 70	7,0	7,8	3,1
70 und mehr	5,2	5,7	2,7
insgesamt	100	100	100

Wenn auch im Vergleich zu 1960 die Zahl der Apotheker (von 15 776 auf 20 151) um fast 28 % gestiegen ist, so nimmt dennoch die Zahl der Apotheken — ähnlich wie die der Arztpraxen — auf dem Lande ständig ab; es bestehen seit der Niederlassungsfreiheit nicht nur Schwierigkeiten, eine Vertretung in Urlaubs- und Krankheitsfällen zu erhalten, sondern auch nach dem Tode eines Landapothekers die Apotheke zu verkaufen oder zu verpachten.

27. In der Bundesrepublik gab es am 1. Juli 1969 8494 berufstätige Tierärzte (vgl. Tabelle 5 im Tabellenteil); davon waren 10,9 % in der Veterinärverwaltung, 10,4 % in der Schlachttier- und Fleischuntersuchung einschließlich Lebensmittelüberwachung und 4,3 % an staatlichen Veterinäruntersuchungsämtern und anderen veterinärmedizinischen Einrichtungen des Bundes und der Länder tätig; das sind insgesamt 25,6 %. Daraus geht hervor, daß über ¼ der berufstätigen Tierärzte in dem dem Veterinärwesen übertragenen Teil der öffentlichen Gesundheitspflege tätig waren, vor allem in der Tierseuchenbekämpfung, der Lebensmittelüberwachung einschließlich der Schlachttier- und Fleischuntersuchung.

Erteilte Bestallungen (Approbationen)

Jahr	Ärzte		Zahnärzte			Apotheker	
			mit abgeschlossenem Hochschulstudium		als ehemalige Dentisten [1]		
	insgesamt	darunter weiblich	insgesamt	darunter weiblich	insgesamt		darunter weiblich
	Anzahl	%	Anzahl	%	Anzahl		%
1952 [2]	3 151	23,1	688	22,4		512	42,1
1960	1 183	28,9	289	32,5	172	982	63,6
1961	1 526	30,0	293	33,8	57	1 087	60,3
1962	1 969	30,5	382	32,7	28	1 035	62,8
1963	2 231	33,5	363	31,1	9	1 011	65,3
1964	2 413	33,2	466	35,6	2	1 065	65,4
1965	2 559	34,6	494	32,8	10	1 223	57,7
1966	2 768	33,7	518	29,2	4	1 227	65,3
1967	3 557	33,9	604	29,5	3	1 283	58,7
1968	4 353	30,9	769	30,8	2	1 301	60,9
1969	4 923	32,4	782	28,3	13	1 497	57,7

[1] gemäß §§ 8 und 9 des Gesetzes über die Ausübung der Zahnheilkunde vom 31. März 1952
[2] ohne Saarland

Quelle: Statistisches Bundesamt

Gesundheitsämter und Fachpersonal der Gesundheitsämter am 31. Dezember 1969 nach Ländern und Berufen

Gesundheitsamt / Beruf	Bundesgebiet		Schleswig-Holstein	Hamburg	Niedersachsen	Bremen	Nordrhein-Westfalen	Hessen	Rheinland-Pfalz	Baden-Württemberg	Bayern	Saarland	Berlin (West)
	1968	1969											
Gesundheitsämter	502	499	20	7	70	5	91	45	39	65	137	8	12
Ärzte													
hauptamtlich ...	2 077	2 067	82	95	184	39	587	146	90	280	337	31	196
nicht vollbeschäftigt [1]	2 708	2 747	86	135	606	5	533	88	338	143	594	125	94
Schulzahnärzte													
hauptamtlich ...	309	304	9	11	17	4	126	32	2	51	16	—	36
nicht vollbeschäftigt	2 221	2 255	353	5	587	4	57	16	42	62	1 114	6	9
Übrige im Gesundheitswesen tätige Personen													
Sozialarbeiter [2]	4 085	4 087	45	119	427	20	1 610	183	169	370	484	67	484
Medizinisch-technische Assistenten	705	699	36	48	82	13	246	54	35	72	57	9	47
sonstiges med.-technisches Personal	334	378	14	1	18	5	132	50	12	54	85	6	1
Gesundheitsaufseher	771	785	25	22	118	26	167	51	44	79	170	19	64
Desinfektoren ..	318	312	17	—	22	25	129	24	2	10	14	1	68

[1] ohne die für die Gesundheitsämter tätigen Ärzte überörtlicher Träger der Sozialhilfe
[2] Fürsorger, Wohlfahrtspfleger, Gesundheitspfleger

Quelle: Statistisches Bundesamt

Die frei praktizierenden Tierärzte (58,5 % der berufstätigen Tierärzte) widmen im Durchschnitt etwa ¼ ihrer Tätigkeit den genannten öffentlichen Aufgaben. Von den verbleibenden 15,9 % der berufstätigen Tierärzte sind 7,4 % an veterinärmedizinischen Fakultäten und tierärztlichen Hochschulen sowie 4,4 % in Einrichtungen der pharmazeutischen Industrie tätig.

28. In Tabelle 6 im Tabellenteil sind alle im Gesundheitswesen tätigen Personen am 31. Dezember 1969 nach Ländern und Berufen übersichtlich dargestellt. Daraus ist zu entnehmen, daß die Zahl der Krankenpflegepersonen im Jahre 1969 187 971 betrug; gegenüber dem Jahre 1960 ist damit ein Zuwachs von rd. 46 000 (= 33 %) zu verzeichnen.

Im gleichen Zeitraum stieg die Zahl der voll ausgebildeten Krankenpfleger, Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern von rd. 117 100 auf 134 490 (um 15 %), die in der Ausbildung befindlichen Krankenpfleger und Krankenschwestern (einschließlich Kinderkrankenschwestern) von 25 000 auf 41 000 (um 64 %) (s. nachstehende Aufstellung).

Ausgewählte Berufstätige im Gesundheitswesen in Ausbildung

Jahresende	Krankenpfleger	Krankenschwestern	Kinderkrankenschwestern	Hebammen	Sozialarbeiter [1]		Krankenpfleger	Krankenschwestern	Kinderkrankenschwestern	Hebammen
					insgesamt	darunter weiblich				
	Anzahl					%	in Ausbildung			
1938 [2]	132 288		10 633	24 377						
1952 [3]	7 737	92 449	9 024	11 740	7 705	96,7	535	11 397	3 653	598
1960	10 835	94 352	11 921	9 442	7 653 [4]	91,4	1 696	17 586	5 661	453
1961	11 307	95 661	12 017	9 294	8 962	91,4	1 865	10 074	6 457	531
1962	11 195	97 703	12 602	8 973	8 985	91,3	2 112	18 518	6 580	491
1963	11 967	97 409	13 279	8 719	8 958	90,4	2 289	18 914	6 701	515
1964	12 340	97 363	13 427	8 503	8 956	88,7	2 452	19 498	6 710	514
1965	12 532	97 527	13 282	8 230	8 894	89,6	2 650	20 018	7 234	547
1966	13 219	99 609	13 708	7 948	8 398	90,3	2 781	21 379	7 379	600
1967	13 411	101 088	14 213	7 746	8 293	90,2	3 147	23 746	7 765	654
1968	13 945	102 422	15 204	7 481	8 255	88,9	3 388	25 902	8 515	670
1969	14 479	104 134	15 880	7 182	8 276	87,5	3 847	28 313	8 955	688

[1] Fürsorger, Wohlfahrtspfleger, Gesundheitspfleger, soweit sie in Einrichtungen des Gesundheitswesens oder für das Gesundheitsamt tätig sind
[2] Deutsches Reich, Gebietsstand 31. Dezember 1937
[3] ohne Saarland
[4] ohne Bayern

Quelle: Statistisches Bundesamt

Hebammen und Hebammenschülerinnen im Bundesgebiet

Jahresende	Hebammen insgesamt	und zwar			Hebammenschülerinnen
		freiberuflich tätig [1]	in Krankenhäusern		
			zusammen	darunter festangestellte	
1960	9 442		5 195	1 623	453
1967	7 746	5 275	5 708	2 472	654
1968	7 481	4 649	5 750	2 588	670
1969	7 182	4 478	5 724	2 701	688

[1] auch in Krankenhäusern

Quelle: Statistisches Bundesamt

Apotheken und Personal der Apotheken am 31. Dezember 1969 nach Ländern

Apotheke / Beruf	Bundesgebiet		Schleswig-Holstein	Hamburg	Niedersachsen	Bremen	Nordrhein-Westfalen	Hessen	Rheinland-Pfalz	Baden-Württemberg	Bayern	Saarland	Berlin (West)
	1968	1969											
Apotheken	10 999	11 259	417	362	1 204	138	3 114	1 083	676	1 606	1 931	215	513
Öffentliche Apotheken	10 703	10 954	400	354	1 172	135	3 006	1 058	661	1 572	1 898	211	487
Einwohner je öffentliche Apotheke	5 649	5 587	6 393	5 133	6 058	5 600	5 699	5 125	5 554	5 668	5 568	5 343	4 383
Vollapotheken	10 657	10 909	400	354	1 161	134	2 996	1 049	657	1 565	1 895	211	487
Zweigapotheken	46	45	—	—	11	1	10	9	4	7	3	—	—
Krankenhausapotheken [1]	296	305	17	8	32	3	108	25	15	34	33	4	26
Apotheker	19 669	20 151	707	968	2 048	280	5 325	1 749	1 067	3 053	3 389	294	1 271
Kandidaten der Pharmazie [2]	2 014	2 195	64	81	178	27	610	187	111	427	307	33	170
Vorgeprüfte Apothekeranwärter [3]	4 698	3 860	97	117	387	35	1 291	361	211	633	300	48	390
Apothekerpraktikanten	5 442	6 844	282	205	734	91	2 075	723	374	1 025	993	112	230
Pharmazeutisch-technische Assistenten	534	1 623	123	148	164	31	418	109	70	133	284	4	139
Apothekenhelfer und Laboranten	22 825	23 584	786	747	2 852	330	5 595	2 413	1 524	3 627	4 090	701	919

[1]) unter Leitung eines Apothekers
[2]) Apotheker zwischen Staatsexamen und Approbation
[3]) mit Beschäftigungsgenehmigung

Quelle: Statistisches Bundesamt

29. Die Zahl der Hebammen hat ständig abgenommen, insbesondere die der freiberuflich tätigen Hebammen (s. Übersicht auf Seite 32).

Diese Entwicklung ist darauf zurückzuführen, daß Hausgeburten immer seltener werden. Während im Jahre 1960 66,3 % aller Kinder in Krankenhäusern geboren wurden, stieg diese Zahl im Jahre 1969 auf 91,9 %.

30. Zu den Aufgaben der Gemeindeschwestern gehört außer der häuslichen Pflege und Betreuung von Kranken auch die Mitarbeit im Bereich der Gesundheitsfürsorge und Gesundheitserziehung.

Die Zahl der Gemeindeschwestern ist von 12 099 am 31. Dezember 1963 auf 10 642 am 31. Dezember 1969 zurückgegangen. Der Rückgang betrug 1 457 Schwestern. Die Situation der Gemeindepflegestationen wird durch die Überalterung der Gemeindeschwestern verschlechtert. Besonders schwerwiegend ist die Tatsache, daß sich für eine Tätigkeit in der Gemeindepflege wegen ungünstiger Arbeitsbedingungen und unzulänglicher Besoldung immer weniger Schwestern und Krankenpfleger entscheiden.

Krankenpflegepersonen in der Gemeindepflege in den Jahren 1960, 1965, 1968, 1969 nach Ländern

Land	1960	1965	1968	1969
Schleswig-Holstein ..	415	406 *)	421	424
Hamburg	138	94	112	100
Niedersachsen	1 203	1 128	1 124	1 109
Bremen	46	57	58	60
Nordrhein-Westfalen .	2 402	2 414	2 449	2 298
Hessen	1 522	1 314	1 192	1 158
Rheinland-Pfalz	1 197	1 118	997	967
Baden-Württemberg	3 443	3 174	2 962	2 809
Bayern		1 634	1 464	1 361
Saarland	193	254	193	185
Berlin (W) ..	236	173	167	171
Bundesgebiet .	10 795	11 766	11 139	10 642

*) Die Teilbeschäftigten sind nach der Dauer ihrer Arbeitszeit berechnet.

Quelle: Statistisches Bundesamt

31. In der Bundesrepublik gibt es rund 1000 Lebensmittelchemiker, von denen etwa die Hälfte in der Lebensmittelüberwachung in öffentlichen Untersuchungsanstalten tätig ist. Von den übrigen 50 % der Lebensmittelchemiker ist der überwiegende Teil in der Lebensmittelindustrie beschäftigt, die übrigen Lebensmittelchemiker sind in der Verwaltung oder freiberuflich als vereidigte Handelschemiker tätig.

Strukturdaten des Krankenhauswesens

32. Am 31. Dezember 1969 verfügte die Bundesrepublik über einen Bestand von 3 601 öffentlichen, freien gemeinnützigen und privaten Krankenhäusern, darunter 2 462 für die Behandlung Akutkranker. Die Gesamtzahl der Krankenhausbetten betrug zum gleichen Zeitpunkt 677 695 planmäßige Betten, darunter 454 055 (= 67,0 %) für Akutkranke (vgl. Übersicht auf Seite 35).

33. Die Größe der Krankenhäuser differierte dabei von unter 25 Betten (10,8 % der Krankenhäuser mit 0,9 % an planmäßigen Betten) bis über 1 000 Betten (2,2 % der Krankenhäuser mit 18,5 % an planmäßigen Betten).

Auf 10 000 Einwohner kamen damit 110,7 Betten, davon 74,2 in Akutkrankenhäusern und 36,5 in Sonderkrankenhäusern.

Planmäßige Betten

Jahresende	Insgesamt	davon in Akut-Krankenhäusern	davon in Sonder-Krankenhäusern	Insgesamt	davon in Akut-Krankenhäusern	davon in Sonder-Krankenhäusern
	auf 10 000 Einwohner			Einwohner je Bett		
1960	104,6	72,8	31,8	96	137	314
1962	105,7	72,8	32,9	95	137	304
1964	105,7	71,3	34,4	95	140	291
1965	106,5	71,4	35,1	94	140	285
1966	107,1	71,1	36,0	93	141	278
1967	108,4	72,4	36,0	92	138	278
1968	110,1	74,0	36,1	91	135	277
1969	110,7	74,2	36,5	90	135	274

Quelle: Statistisches Bundesamt

Mit dieser Bettendichte, die in den letzten Jahren ständig gestiegen ist, zählt die Bundesrepublik im internationalen Vergleich zu den am besten versorgten Staaten (vgl. Grafik auf Seite 36).

34. Mit der Zunahme der vorhandenen Krankenhausbetten stieg auch die Zahl der stationär behandelten Patienten; sie betrug

im Jahre 1969 9,1 Millionen Patienten (4,0 Millionen Männer und 5,1 Millionen Frauen).

Im Vergleich dazu wurden

im Jahre 1960 7,4 Millionen Patienten stationär behandelt,

das bedeutet eine Zunahme gegenüber 1960 von 24,5 %. Dabei zeigt sich, daß erheblich mehr weibliche als männliche Patienten behandelt worden sind.

35. Krankenhausplanung ist ohne exakte Planungsmeßziffern nicht möglich. Auch wegen ihrer Rückwirkungen auf die Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser müssen genaue Untersuchungen über den tatsächlichen Bedarf an Krankenhausbetten — der in Ballungsräumen anders sein wird als in ländlichen Gebieten — angestellt werden. In Baden-Württemberg werden z. B. an Akutkrankenbetten für Großstädte und Ballungsräume 10 bis 11 Betten auf 1 000 Einwohner für notwendig angesehen, für ländliche Gebiete dagegen 4 bis 5 Betten. In Nordrhein-Westfalen werden für Landkreise Zahlen von 6,5 bis 7,5 angegeben. Der Landkreistag meint, daß als allgemeiner Anhaltspunkt ein Bettenschlüssel von 6 % für Akutkranke für die Landkreise brauchbar wäre (s. Veröffentlichung Deutscher Landkreistag 1970 Teil 1 „Disparitäten im ländlichen Raum"); dabei sollten die räumlichen Überschneidungen der Einzugsgebiete und die

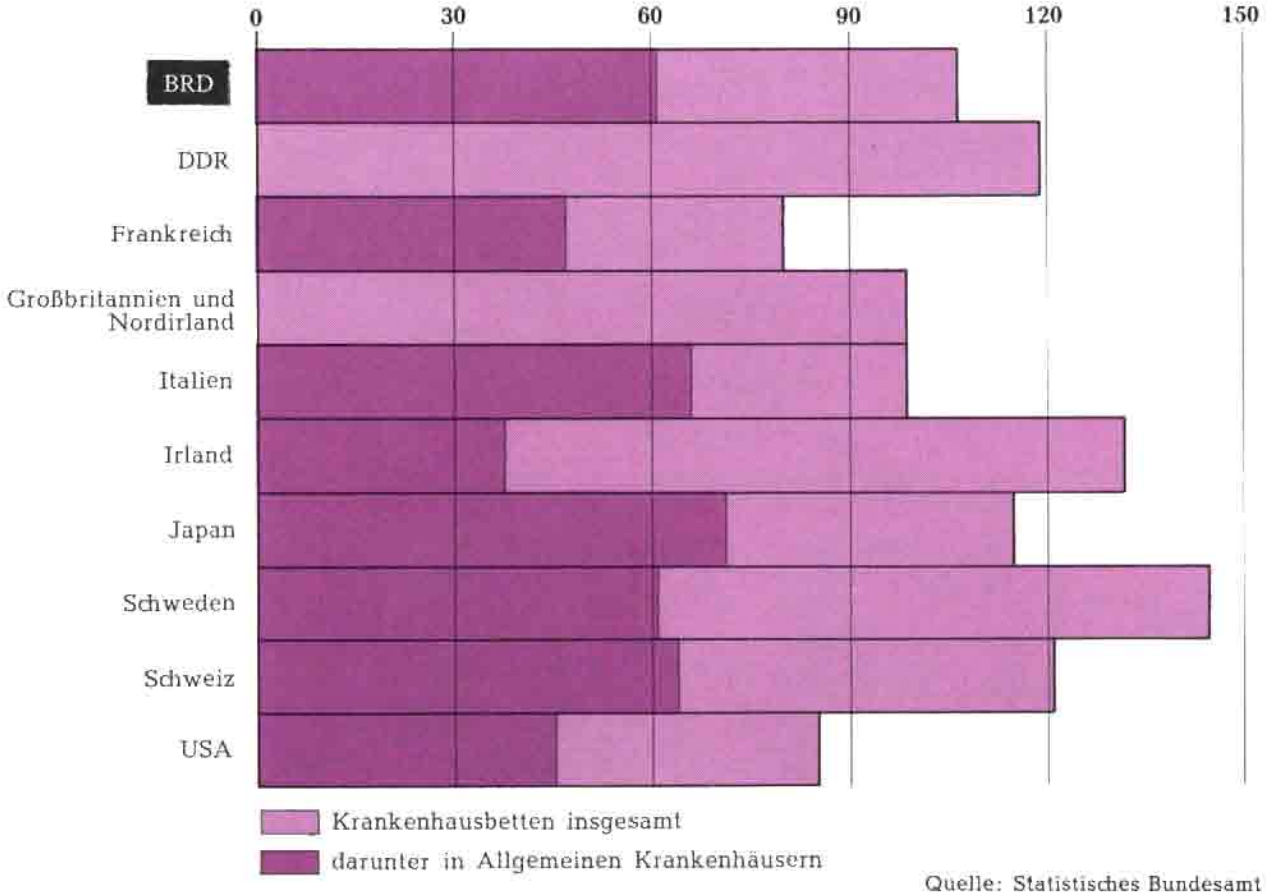
Krankenhäuser und planmäßige Betten

Jahresende	Insgesamt	Darunter für Akut-Kranke	Öffentliche	Freie gemeinnützige	Private
			Krankenhäuser		
1938 [1]	4 673	.	2 066	1 524	1 083
1952 [2]	3 433	.	1 484	1 285	664
1960	3 604	2 656	1 385	1 307	912
1962	3 651	2 636	1 395	1 298	958
1964 [3]	3 609	2 542	1 363	1 285	961
1965 [3]	3 619	2 540	1 354	1 288	977
1966 [3]	3 617	2 491	1 356	1 288	973
1967 [3]	3 609	2 486	1 353	1 278	978
1968 [3]	3 618	2 485	1 352	1 274	992
1969 [3]	3 601	2 462	1 345	1 281	975
			Planmäßige Betten		
1938 [1]	637 090	.	398 999	200 172	37 919
1952 [2]	533 718	.	307 509	198 223	27 986
1960	583 513	406 022	326 413	215 120	41 980
1962	604 932	416 810	336 503	221 706	46 723
1964 [3]	619 388	417 816	341 708	227 890	49 790
1965 [3]	631 447	423 219	348 364	230 787	52 296
1966 [3]	640 372	425 270	352 603	233 651	54 118
1967 [3]	649 590	434 299	355 915	238 097	55 578
1968 [3]	665 546	447 345	365 058	243 230	57 258
1969 [3]	677 695	454 055	370 541	248 779	58 375
			%		
1938 [1]	*100*	.	*62,6*	*31,4*	*6,0*
1952 [2]	*100*	.	*57,6*	*37,1*	*5,2*
1960	*100*	*69,6*	*55,9*	*36,9*	*7,2*
1962	*100*	*68,9*	*55,6*	*36,6*	*7,7*
1964 [3]	*100*	*67,5*	*55,2*	*36,8*	*8,0*
1965 [3]	*100*	*67,0*	*55,2*	*36,5*	*8,3*
1966 [3]	*100*	*66,4*	*55,1*	*36,5*	*8,5*
1967 [3]	*100*	*66,9*	*54,8*	*36,7*	*8,6*
1968 [3]	*100*	*67,2*	*54,9*	*36,5*	*8,6*
1969 [3]	*100*	*67,0*	*54,7*	*36,7*	*8,6*

[1] Reichsgebiet: Gebietsstand: 31. Dezember 1937
[2] ohne Saarland
[3] in Bayern außerdem 1964 = 24, 1965 = 20, 1966 = 18, 1967 = 16, 1968 = 16, 1969 = 14 Krankenhäuser ohne planmäßige Betten

Quelle: Statistisches Bundesamt

Krankenhausbetten auf 10 000 Einwohner in ausgewählten Staaten 1966



Quelle: Statistisches Bundesamt

Mindestforderungen an vorhandenen Krankenanstalten an Größe, baulichem Zustand und Einrichtung berücksichtigt werden.

Die unterschiedlichen Verhältnisse in der Versorgung mit Krankenhäusern, der sich deutlich abzeichnende Trend zu größeren (über 200 Betten) und leistungsfähigeren Krankenhäusern mit differenzierteren Fachabteilungen sowie die bereits vorliegenden Zahlen über die voraussichtliche Entwicklung der Bevölkerung in den nächsten drei Jahrzehnten machen eine mit überregionalen Erfordernissen abgestimmte langfristige Krankenhausplanung notwendig.

Sie erfordert umfangreiche morbiditätsstatistische Unterlagen und Erfassung der wesentlichen Leistungsdaten der Krankenhäuser. Beides liegt bisher nicht vor. Das Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser soll die Bereitstellung dieser notwendigen Planungsvoraussetzungen sichern.

Der Bundesgesundheitsrat hat festgestellt, daß zu dem Bestand von ca. 10 000 Querschnittsgelähmten jährlich 1 000 neu hinzukommen und für die Behandlung dieses Personenkreises zum gegenwärtigen Zeitpunkt allein 1 100 Betten in Spezialeinrichtungen fehlen und umgehend erstellt werden müßten (Erstellungskosten pro Bett zur Zeit 110 000,— bis 130 000,— DM).

36. Die durchschnittliche Verweildauer in Akut- und Sonderkranhäusern betrug im Jahre 1969 26,5 Tage gegenüber 28,7 Tagen im Jahre 1960. Das bedeutet eine Verringerung um 7,7 %. Die durchschnittliche Verweildauer in den Akutkrankenhäusern ist von 21,6 im Jahre 1960 um 12 % auf 18,6 im Jahre 1969 zurückgegangen.

37. Der Gesamtpersonalbestand (einschließlich Schüler) in den Krankenhäusern der Bundesrepublik Deutschland betrug am 31. Dezember 1969 rund 0,52 Millionen, darunter 10 % Ärzte und Medizinalassistenten, 31 % Pflegepersonal und Hebammen.

Morbiditätsstatistiken

Panoramawandel der Krankheiten

38. Das Panorama der Krankheiten hat sich in den letzten 100 Jahren erheblich gewandelt. Der Ausgang des vorigen Jahrhunderts war durch schwere Epidemien von Cholera, Fleckfieber und Pocken gekennzeichnet, die in Europa Hunderttausende von Tote forderten. Daneben spielten andere, nicht so dramatisch auftretende Infektionskrankheiten wie

Diphtherie, Hirnhautentzündung, Tuberkulose und die große Gruppe der Darmerkrankungen eine entscheidende Rolle bei der Säuglings- und Kindersterblichkeit.

Durch die Arbeiten der Hygieniker und Bakteriologen, an der Spitze Koch, Pasteur, Pettenkofer u. a., gelang es, der gefährlichsten übertragbaren Krankheiten Herr zu werden. Der Entdeckung der Erreger folgte die Suche nach geeigneten Verhütungs- und Bekämpfungsmaßnahmen, vor allem Impfung, Desinfektion und Absonderung der Ansteckenden. Diese Maßnahmen wurden von einer Verbesserung der allgemeinen Hygiene und der Entwicklung der Chemotherapie begleitet.

39. Der Rückgang der übertragbaren Krankheiten wirkte sich vor allem als Senkung der Sterblichkeit, insbesondere der Säuglings- und Kindersterblichkeit, aus, und es erreichten von Jahrzehnt zu Jahrzehnt immer mehr Menschen ein Alter, in dem nun ganz andere Krankheiten im Vordergrund stehen. Außerdem brachte die zunehmende Industrialisierung, Technisierung und Urbanisation neue Schädigungsmöglichkeiten für die menschliche Gesundheit mit sich, die man zusammenfassend als Zivilisationskrankheiten bezeichnen kann. Herz-, Kreislaufkrankheiten und Krebs sind an die Spitze der Todesursachen getreten. Die Zivilisationskrankheiten drohen dem Menschen durch vorzeitige Invalidität und frühzeitiges Siechtum die Früchte der verlängerten Lebensdauer wieder zu entreißen. Aus diesem Grunde bemüht sich die Bundesregierung verstärkt um eine wirksame Bekämpfung dieser Krankheiten.

Umfassende Erhebungen über den Gesundheitszustand der gesamten Bevölkerung werden in der Bundesrepublik Deutschland jedoch noch nicht durchgeführt. Es stehen lediglich Angaben über die Erkrankungen an einzelnen Krankheiten, für die wegen ihrer besonderen Bedeutung eine Meldepflicht besteht, und über den Gesundheitszustand bestimmter Bevölkerungsgruppen zur Verfügung.

Erkrankungen an meldepflichtigen Krankheiten

40. So müssen Personen, die an bestimmten übertragbaren Krankheiten leiden, nach dem Bundes-Seuchengesetz dem für den Aufenthaltsort des Erkrankten zuständigen Gesundheitsamt gemeldet werden. Bei besonders gefährlichen Infektionskrankheiten, wie Aussatz, Cholera, Gelbfieber, Fleckfieber, Pest, Pocken u. a. besteht auch schon in Verdachtsfällen eine Anzeigepflicht.

Bei der Beurteilung der Ergebnisse ist zu beachten, daß die Meldungen über die Neuerkrankungen wegen Schwierigkeiten u. a. der Erfassung nur mit Einschränkung als den tatsächlichen Verhältnissen entsprechend angesehen werden können. Es ergeben sich somit Häufigkeitsziffern, denen nicht alle vorkommenden Erkrankungsfälle zugrunde liegen, die jedoch den epidemiologischen Verlauf erkennen lassen.

41. Die immer noch am häufigsten auftretende meldepflichtige Krankheit ist die Tuberkulose. Erfreulicherweise ist seit Jahren ein Rückgang des Bestandes, der Zugänge und der Sterbefälle der an aktiver Tuberkulose Erkrankten festzustellen. So hat sich in den letzten 10 Jahren die Zahl der Tuberkulosekranken um die Hälfte verringert, bei den Kindern unter 15 Jahren ging sie sogar auf ein Drittel des Bestandes von 1959 zurück (vgl. auch Übersicht auf Seite 38 und Tabelle 7 im Tabellenteil).

Gleichwohl ist bei den Zugängen eine Verlangsamung des Rückgangs zu beobachten. In den letzten Jahren verlagern sich vor allem bei den Männern in noch stärkerem Maße die Zugänge auf die höheren Lebensalter. Aber auch junge Menschen erkranken noch relativ häufig an Tuberkulose (vgl. Grafik auf Seite 39).

Bei den Zugängen der an aktiver Tuberkulose Erkrankten handelte es sich 1969 bei 76,6 % um erstmals bekanntgewordene Tuberkulöse und bei 23,4 % um Wiedererkrankte.

Die Sterblichkeit an Tuberkulose (Gestorbene auf 100 000 Einwohner) hat sich von 1958 bis 1968 von 17,3 auf 10,4 verringert. Im Jahre 1968 starben dreimal soviel Männer wie Frauen an Tuberkulose. Berlin (West) hat als Folge des besonderen Altersaufbaus mit 18,4 die höchste, Hessen mit 7,0 die niedrigste Sterbeziffer an Tuberkulose.

42. Im Rahmen der Tuberkulose-Überwachung ist es wichtig zu wissen, wie viele Menschen einer Bevölkerung infiziert sind. Untersuchungen haben ergeben, daß in der Bundesrepublik Deutschland von den Schulanfängern 2 bis 4 % positiv auf Tuberkulin reagieren, von den Schulentlassenen 10 bis 15 % und von den 18 bis 22 Jährigen etwa zwei Drittel. Daraus ergibt sich, daß die wesentliche Durchseuchung in den ersten Jahren nach der Schulentlassung stattfindet. Die Tuberkulinprüfung läßt — soweit sie kritisch durchgeführt wird — z. Z. noch die sichersten Schlüsse auf die zeitliche und regionale Tuberkulosesituation zu.

Die Tuberkulose hat zwar viel an Schrecken verloren, doch ist sie, wie bereits dargelegt, nach wie vor die am häufigsten auftretende meldepflichtige Krankheit. Dank der therapeutischen Möglichkeiten verläuft sie nicht mehr so häufig tödlich, doch ist sie immer noch gefährlich genug, um die Notwendigkeit zu betonen, daß der Einzelne die Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge in Anspruch nimmt und sich regelmäßig einer Untersuchung unterziehen sollte.

43. Eine besondere Bedeutung kommt auch der Hepatitis infectiosa wegen ihrer möglichen Folgen zu.

In den letzten Jahren — für diese Krankheit besteht erst seit 1962 eine Meldepflicht — zeichnet sich eine gewisse Konstanz in der Zahl der Meldungen über Erkrankungen an Hepatitis infectiosa ab, wenn auch die Zahl der tatsächlich Erkrankten die der gemeldeten Fälle wesentlich übersteigt.

44. Die Morbidität an Typhus abdominalis und Paratyphus A und B ist in der Bundesrepublik in

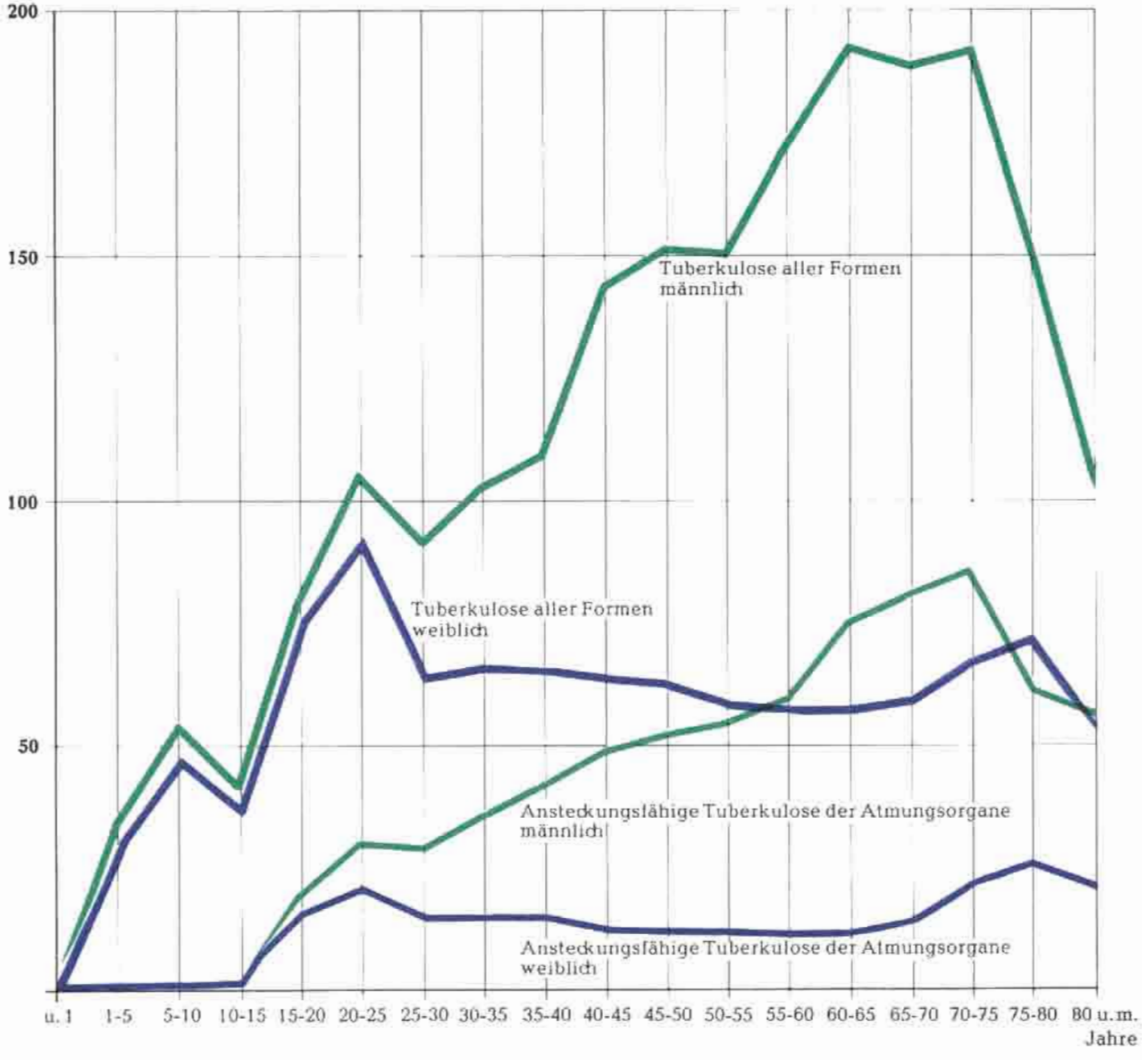
Bestand der an aktiver Tuberkulose Erkrankten

Jahresende	Tuberkulose					
	aller Formen (Ia—Id)		der Atmungsorgane			anderer Organe (extrapulmonal) (Id)
			mit Bakteriennachweis (Ia)	ohne Bakteriennachweis (Ib)	nicht ansteckungsfähig (geschlossen) (Ic)	
	Anzahl	auf 100 000 Einwohner gleichen Geschlechts				
Männlich						
1958	236 023	924,4	244,0	54,3	527,7	97,3
1960 [1])	209 242	805,4	214,4	40,8	465,1	83,6
1964	169 135	609,2	163,8	27,5	351,9	66,0
1965	161 037	571,6	152,0	25,2	332,0	62,8
1966	151 118	532,1	143,7	21,4	307,5	59,9
1967	140 005	492,7	131,0	16,3	289,3	56,1
1968	133 855	466,1	121,7	15,0	275,4	54,1
1969 [2])	126 890	441,9	111,0	12,3	266,8	51,7
Weiblich						
1958	165 794	570,3	88,5	25,8	350,8	105,1
1960 [1])	137 405	467,6	71,2	17,9	288,7	89,5
1964	102 433	332,3	48,9	11,1	202,0	70,4
1965	96 537	310,2	44,8	10,0	187,9	67,5
1966	88 872	283,1	41,9	8,1	169,3	63,7
1967	81 085	257,2	37,8	6,1	153,9	59,3
1968	77 220	248,2	35,1	5,6	145,5	57,2
1969 [2])	73 087	230,2	32,9	4,5	138,5	54,3
Insgesamt						
1958	401 817	735,8	161,3	39,1	433,5	101,4
1960 [1])	346 647	621,4	138,6	28,7	368,7	86,1
1964	271 568	463,5	103,3	18,9	273,0	68,3
1965	257 574	434,4	95,7	17,2	256,4	55,3
1966	239 990	401,4	90,3	14,4	235,0	61,9
1967	221 090	368,8	82,0	10,9	218,1	57,7
1968	211 075	349,1	76,2	10,0	207,2	55,7
1969 [2])	199 977	330,7	70,0	8,2	199,4	53,1

[1]) ohne kreisfreie Stadt Wuppertal
[2]) Verhältniszahlen vorläufige Ergebnisse

Quelle: Statistisches Bundesamt

Zugänge der an aktiver Tuberkulose aller Formen und an ansteckungsfähiger Tuberkulose der Atmungsorgane Erkrankten 1969 auf 100 000 Einwohner gleichen Alters und Geschlecht



Quelle: Statistisches Bundesamt

den letzten Jahrzehnten erheblich zurückgegangen und lag 1969 bei 530 bzw. 501 gemeldeten Erkrankungsfällen, d. s. 0,9 bzw. 0,8 Erkrankungsfälle auf 100 000 Einwohner. Dennoch ist die Gefahr nicht gebannt. Es existiert eine beachtliche Zahl bekannter, aber auch unbekannter Bazillenausscheider (vgl. Tabelle „Bazillenausscheider" auf Seite 43), die Anlaß zu kleineren oder größeren örtlichen Krankheitsausbrüchen sind. Außerdem wächst mit der Zunahme des Tourismus, insbesondere in Ländern des Mittelmeerraumes (vgl. Tabelle 8 im Tabellenteil) die Gefahr der Einschleppung dieser Krankheiten. Untersuchungen haben z. B. ergeben, daß sich jeder Fünfte der an Typhus abdominalis im Bundesgebiet im Mai/Juli 1966 Erkrankten im Ausland infiziert hatte.

45. Die Enteritis infectiosa (Salmonellose, übrige Formen) spielt zumeist in Form von Lebensmittelvergiftungen eine zahlenmäßige größere Rolle. Im Jahre 1969 waren von 100 000 Einwohner 10 an Salmonellosen erkrankt, im Jahre 1967 dagegen 14. Hierbei dürfte es sich immer nur um einen Bruchteil der tatsächlichen Erkrankungen handeln.

Als Dauerausscheider von Erregern der Enteritis infectiosa (Salmonellose) wurden im Jahre 1969 insgesamt 925 Personen gemeldet.

Erkrankungen an meldepflichtigen

Jahr	Insgesamt	Botulismus	Enteritis infectiosa		Übertragbare Gehirnentzündung	Übertragbare Kinderlähmung		Ornithose		Paratyphus A u. B
			Salmonellose	übrige Formen		insgesamt	darunter paralyt. Fälle	Psittakose	übrige Formen	
1964	83 684	82	4 020	382	193	54	43	138	89	1 095
1965	74 339	77	5 913	428	137	48	37	155	103	640
1966	77 819	63	7 189	418	154	17	16	120	139	739
1967	82 794	73	8 240	509	182	54	27	102	114	938
1968	68 926	53	6 926	191	170	59	49	97	160	527
1969	68 249[a])	59	6 213	252	149	25	21	143	101	501
auf 100 000 Einwohner										
1964	142,1	0,1	6,9	0,7	0,3	0,1	(0,1)	0,2	0,2	1,9
1965	125,9	0,1	10,0	0,7	0,2	(0,1)	(0,1)	0,3	0,2	1,1
1966	130,4	0,1	12,0	0,7	0,3	(0,03)	(0,03)	0,2	0,2	1,2
1967	138,3	0,1	13,8	0,9	0,3	0,1	(0,05)	0,2	0,2	1,6
1968	114,6	0,1	11,5	0,3	0,3	0,1	(0,1)	0,2	0,3	0,9
1969	112,9	0,1	10,3	0,4	0,2	(0,04)	(0,03)	0,2	0,2	0,8

Jahr	Ruhr		Typhus abdominalis	Tollwut	Tularämie	Milzbrand	Mikrosporie	Aussatz	Pocken	Diphtherie
	Bakterielle Ruhr	Amöbenruhr								
1964	4 249	42	997	4	5	10	13	2	—	637
1965	1 381	27	744	4	15	15	17	5	1	307
1966	1 110	32	1 015	—	1	21	18	4	—	201
1967	1 010	60	636	—	8	8	13	1	2	117
1968	949	17	601	1	7	3	3	4	—	367
1969	593	49	530	—	3	3	29	11	—	147
auf 100 000 Einwohner										
1964	7,3	(0,1)	1,7	(0,01)	(0,01)	(0,02)	(0,02)	(0,00)	—	1,1
1965	2,3	(0,05)	1,3	(0,01)	(0,03)	(0,03)	(0,03)	(0,01)	(0,00)	0,5
1966	1,9	(0,1)	1,7	—	(0,00)	(0,04)	(0,03)	(0,01)	—	0,3
1967	1,7	0,1	1,1	—	(0,01)	(0,01)	(0,02)	(0,00)	(0,00)	0,2
1968	1,6	(0,03)	1,0	(0,00)	(0,01)	(0,00)	(0,00)	(0,01)	—	0,6
1969	1,0	(0,1)	0,9	—	(0,00)	(0,00)	(0,05)	(0,02)	(0,00)	0,2

übertragbaren Krankheiten 1964 bis 1969

Jahr	Scharlach	Brucellose			Übertragbare Hirnhautentzündung		Hepatitis infectiosa	Kindbettfieber [1]	
		Bang'sche Krankheit	Maltafieber	übrige Formen	Meningokokken-Meningitis	übrige Formen		bei oder nach Geburt	bei oder nach Fehlgeburt
1964	49 293	80	7	2	1 473	2 205	17 126	23	8
1965	40 627	89	6	5	1 177	1 637	19 759	13	7
1966	39 956	91	5	6	1 285	2 731	21 472	8	14
1967	38 767	52	8	6	1 331	7 859	21 328	10	2
1968	31 431	52	2	5	1 065	3 900	20 938	5	1
1969	32 266	44	4	9	1 151	3 879	21 024	3	—
auf 100 000 Einwohner									
1964	84,4	0,1	(0,01)	(0,00)	2,5	3,8	29,3	(0,2)	(0,1)
1965	68,8	0,2	(0,01)	(0,01)	2,0	2,8	33,5	(0,1)	(0,1)
1966	67,0	0,2	(0,01)	(0,01)	2,2	4,6	36,0	(0,1)	(0,1)
1967	64,7	0,1	(0,01)	(0,01)	2,2	13,1	35,6	(0,1)	(0,02)
1968	52,2	0,1	(0,00)	(0,01)	1,8	6,5	34,8	(0,04)	(0,01)
1969	53,4	(0,1)	(0,01)	(0,01)	1,9	6,4	34,8	(0,02)	—

Jahr	Leptospirose				Malaria		Trachom	Wundstarrkrampf	Trichinose	Q-Fieber	Toxoplasmose
	Weil'sche Krankheit	Feldfieber	Canicolafieber	übrige Formen	Ersterkrankung	Rückfall					
1964	31	3	3	8	28	12	8	139	2	437	783
1965	24	7	5	7	32	9	15	85	2	28	788
1966	20	47	2	7	40	12	16	95	1	44	726
1967	53	15	5	12	49	12	11	124	272	65	746
1968	27	5	4	14	54	14	12	143	—	89	1 030
1969	18	9	14	17	59	6	7	98	3	90	739
auf 100 000 Einwohner											
1964	(0,1)	(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0,05)	(0,02)	(0,01)	0,2	(0,00)	0,8	1,3
1965	(0,04)	(0,01)	(0,01)	(0,01)	(0,05)	(0,02)	(0,03)	0,1	(0,00)	(0,05)	1,3
1966	(0,03)	(0,1)	(0,00)	(0,01)	(0,1)	(0,02)	(0,03)	0,2	(0,00)	(0,1)	1,2
1967	0,1	(0,03)	(0,01)	(0,02)	(0,1)	(0,02)	(0,02)	0,2	0,5	0,1	1,2
1968	(0,04)	(0,01)	(0,01)	(0,02)	0,1	(0,02)	(0,02)	0,2	—	0,1	1,7
1969	(0,03)	(0,01)	(0,02)	(0,03)	0,1	(0,01)	(0,01)	0,2	(0,00)	0,1	1,2

[1]) Verhältniszahlen errechnet unter Zugrundelegung der weiblichen Einwohner von 15 bis unter 45 Jahren
[a]) einschließlich 1 Fleckfieberfall

Quelle: Statistisches Bundesamt

Sterbefälle an ausgewählten meldepflichtigen Krankheiten nach der Todesursachenstatistik

Jahr	Infektiöse und parasitäre Krankheiten [1]	Tuberkulose	Typhus abdominalis	Paratyphus	Sonstige Infektionen in der Salmonellagruppe	Brucellose	Übertragbare Ruhr	Scharlach	Diphterie	Meningokokken Infektion	Keuchhusten
1964	11 132	7 390	13	18	11	2	4	2	16	146	89
1965	12 536	7 574	11	10	14	5	11	6	6	143	67
1966	11 444	7 138	21	12	25	2	3	5	4	123	61
1967	9 910	6 424	8	14	25	3	3	—	4	118	41
1968 [2]	15 529	6 299	5	1	23	2	2	1	2	96	7
	auf 100 000 Einwohner [3]										
1964	19,1	12,7	(0,02)	(0,03)	(0,02)	(0,00)	(0,01)	(0,00)	(0,03)	0,3	0,2
1965	21,2	12,8	(0,02)	(0,02)	(0,02)	(0,01)	(0,02)	(0,01)	(0,01)	0,2	0,1
1966	19,2	12,0	(0,04)	(0,02)	(0,04)	(0,00)	(0,01)	(0,01)	(0,01)	0,2	0,1
1967	16,6	10,7	(0,01)	(0,02)	(0,04)	(0,01)	(0,01)	—	(0,01)	0,2	(0,1)
1968 [2]	25,7	10,4	(0,01)	(0,00)	(0,04)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	(0,00)	0,2	(0,01)

Jahr	Wundstarrkrampf	Weil'sche Krankheit	Übertragbare Kinderlähmung	Übertragbare Gehirnentzündung	Masern	Hepatitis infectiosa	Papageienkrankheit	Malaria	Grippe	Kindbettfieber bei Entbindung und im Wochenbett [4]	Fehlgeburt mit Sepsis [4]
1964	149	4	7	54	153	96	2	5	1 435	39	37
1965	103	8	14	43	86	98	3	5	2 854	34	40
1966	91	3	5	35	127	88	2	3	2 349	29	38
1967	84	9	6	34	53	76	6	6	1 668	26	42
1968	61	6	—	32	32	95	—	6	6 276	1	—
	auf 100 000 Einwohner [3]										
1964	0,3	(0,01)	(0,01)	0,1	0,3	0,2	(0,00)	(0,01)	2,5	(3,7)	(3,5)
1965	0,2	(0,01)	(0,02)	(0,1)	0,1	0,2	(0,01)	(0,01)	4,8	(3,3)	(3,8)
1966	0,2	(0,00)	(0,01)	(0,1)	0,2	0,1	(0,00)	(0,01)	3,9	(2,8)	(3,6)
1967	0,1	(0,02)	(0,01)	(0,1)	0,1	0,1	(0,01)	(0,01)	2,8	(2,6)	(4,1)
1968	0,1	(0,01)	—	(0,1)	(0,1)	0,2	—	(0,01)	10,4	(0,0)	—

[1] einschließlich Grippe, Kindbettfieber und Fehlgeburt mit Sepsis
[2] vorläufige Ergebnisse
[3] Ziffern, denen weniger als 50 Fälle zugrunde liegen, sind eingeklammert, da sie infolge zu großer Zufallsschwankungen keinen sicheren statistischen Aussagewert besitzen
[4] Verhältniszahlen auf 100 000 Lebendgeborene

Quelle: Statistisches Bundesamt

46. Die Meldungen über Erkrankungen an bakterieller Ruhr sind in den letzten Jahren ebenfalls zurückgegangen; im Jahre 1969 wurden 593 Erkrankungsfälle gemeldet; das entspricht einer Erkrankungsziffer von 1,0 auf 100 000 Einwohner.

Bazillenausscheider

Stand: Jeweils 31. Dezember

Jahr	Ausscheider von ... Bazillen			
	Typhus abdominalis	Paratyphus A und B	Enteritis infectiosa (Salmonellose)	Bakterielle Ruhr
1965	5 137	3 843	938 a)	80 a)
1966	4 815	3 561	813 a)	60 a)
1967	4 558	3 354	938	51
1968	4 371	3 229	1 006	43
1969	4 144	3 012	925	45

a) ohne Berlin (West)

Quelle: Statistisches Bundesamt

47. Besonderer Beachtung bedarf ebenfalls die Morbidität an übertragbarer Hirnhautentzündung. Hierunter versteht man die durch Meningokokken, aber auch durch andere Erreger verursachte Erkrankung. Sie wird häufig auch als übertragbare Genickstarre bezeichnet. Da die Züchtung des Erregers nicht immer gelingt, ist die Auftrennung dieses Sammelbegriffs sehr schwierig.

Man schätzt, daß ca. 3 bis 5 % der Bevölkerung Meningokokkenträger sind. Die Zahl der Meldungen über Neuerkrankungen an Meningokokken-Meningitis ist in den letzten Jahren zurückgegangen; im Jahre 1969 wurden 1151 Erkrankungsfälle gemeldet, das entspricht einer Erkrankungshäufigkeit von 1,9 auf 100 000 Einwohner.

48. Über die Erkrankungen an meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten (ohne Tuberkulose) von 1964 bis 1969 unterrichtet die Übersicht auf Seite 40 und 41.

49. Die Erkrankungen an ausgewählten Infektionskrankheiten in der Bundesrepublik und einigen anderen Staaten in den Jahren 1956 und 1966 ist aus Tabelle 8 im Tabellenteil zu ersehen.

50. Nach dem Bundes-Seuchengesetz haben auch Meldungen über die Sterbefälle an meldepflichtigen Krankheiten zu erfolgen. Wegen der größeren Zuverlässigkeit sind die in der Übersicht auf Seite 42 aufgeführten Sterbefälle der amtlichen Todesursachenstatistik entnommen.

51. Die Zahl der Sterbefälle an sämtlichen (meldepflichtigen und nichtmeldepflichtigen) Infektionskrankheiten einschließlich Grippe stieg 1968 auf 15 529 an; diese Zunahme ist durch die starke Erhöhung der Grippesterbefälle im Jahre 1968 zu erklären. An Grippe und Tuberkulose starben 1968 nahezu gleich viele Menschen. Im Jahre 1968 betrug der Anteil der Sterblichkeit an sämtlichen Infektionskrankheiten einschließlich Grippe und Tuberkulose an der Gesamtsterblichkeit 2 %, 1967 waren es 1,4 %.

Erkrankungen an ansteckungsfähigen Geschlechtskrankheiten

52. Durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist über die ansteckungsfähigen Erkrankungen an Geschlechtskrankheiten eine Bundesstatistik zu führen, bei der außer der Art der Erkrankung u. a. Geburtsdatum, Geschlecht und Familienstand des Erkrankten von dem behandelnden Arzt an das für den Wohnort des Erkrankten zuständigen Gesundheitsamts zu melden sind.

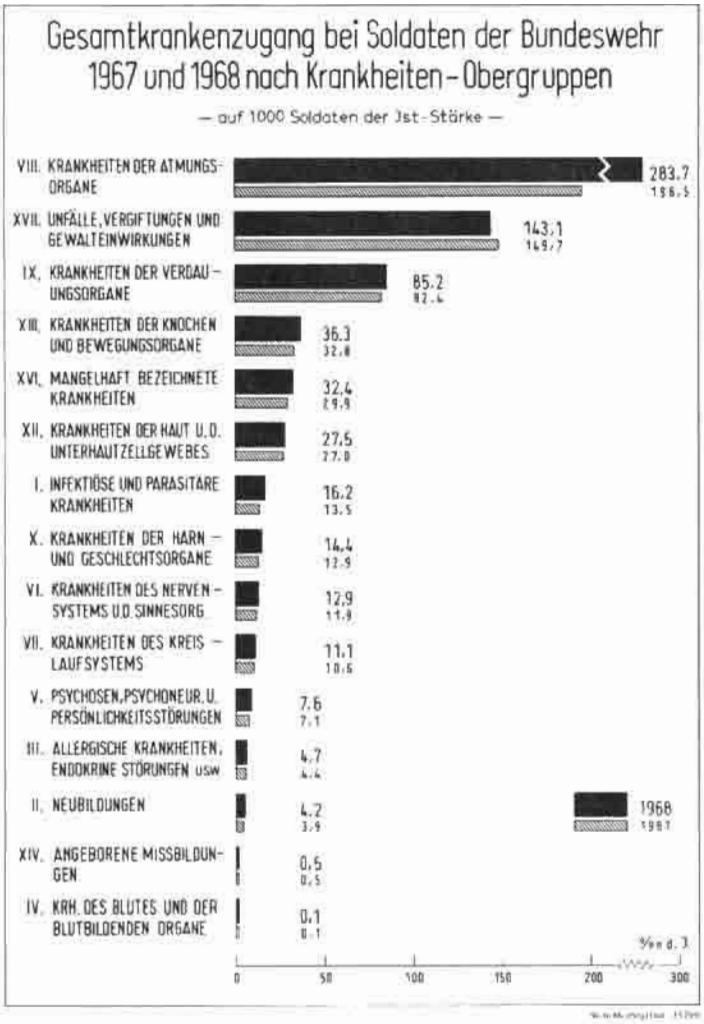
Da diese Bundesstatistik erst ab 1. Juli 1970 geführt wird, stehen Ergebnisse noch nicht zur Verfügung.

Morbidität während des Wehrdienstes

53. Während des Wehrdienstes werden alle Krankmeldungen, die zu einer Befreiung von allen Dienstverrichtungen für die Dauer von mindestens einem Tage führen, durch die Truppenärzte zur Dokumentation und für statistische Zwecke mit der „Krankenkarte" erfaßt. Die Auswertung dieser Krankenkarte im Institut für Wehrmedizinalstatistik und Berichtswesen erbrachte u. a. die folgenden Ergebnisse. Vorweg sei darauf hingewiesen, daß bei Vergleichen dieser Zahlen mit denen anderer Bevölkerungsgruppen insbesondere zu berücksichtigen sind die durch Musterungs- und Einstellungsuntersuchung erfolgte gesundheitliche Auswahl der Soldaten, der besondere Altersaufbau der Streitkräfte (rd. 77 % der Soldaten sind unter 25 Jahre, rd. 2 % über 50 Jahre) und die Besonderheiten des militärischen Dienstes.

54. In den Jahren 1960 bis 1968 betrug der *jährliche Krankenzugang* zwischen 555 (1964) und 680 (1968) Fälle je 1000 Soldaten der Ist-Stärke. Die Höhe dieses Zuganges wird entscheidend beeinflußt durch die Erkältungskrankheiten, die — zusammen mit der Virusgrippe — bis zu einem Drittel des Gesamtkrankenzuganges ausmachen. Der Gipfel des Zuganges lag stets im ersten Quartal eines jeden Jahres, meist im Februar; er überschritt in „Grippe-Jahren" die doppelte Höhe des durchschnittlichen Zuganges in den anderen Monaten.

55. Schaubild 1 weist aus, daß beim Krankenzugang der Jahre 1967 und 1968 nach den Krankheiten der Atmungsorgane (zu rd. 90 % die bereits erwähnten Erkältungskrankheiten) Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen die zweithäufigste *Krankheiten-Obergruppe* darstellen. Hierbei handelt es sich

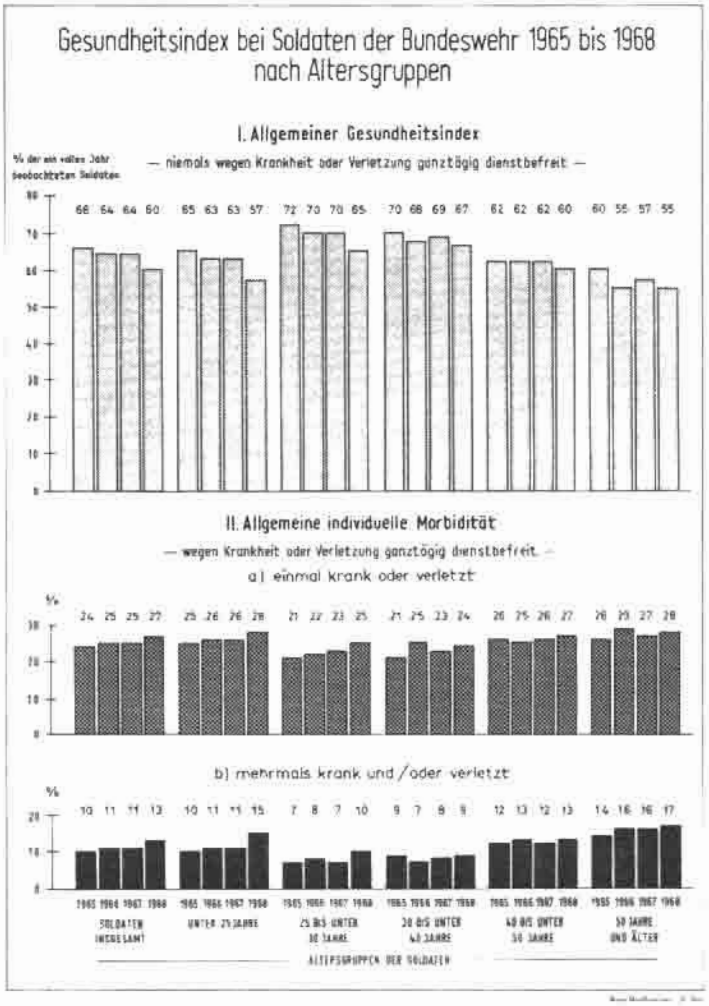


Quelle: Bundesministerium der Verteidigung

in mehr als der Hälfte der Fälle um Verstauchungen, Prellungen und Quetschungen meist geringerer Schwere; danach folgen bereits Kopfverletzungen und andere Knochenbrüche, die zu einem großen Teil auf außerdienstliche Kfz-Unfälle zurückzuführen sind. Magen-Darmentzündungen, Magenschleimhautentzündungen und Blinddarmentzündungen bedingen zusammen die dritte Stelle der Krankheiten der Verdauungsorgane in dieser Aufstellung. Gegenüber den genannten drei kommt den anderen Krankheiten-Obergruppen von der Zahl her nur eine geringe Bedeutung zu.

56. War bisher von Krankheits-Fällen die Rede, so besagt der in Schaubild II dargestellte personenbezogene *Gesundheitsindex*, wie viele Soldaten im Berichtsjahr weder krank noch verletzt waren; im weiteren Sinne — als individuelle Morbidität — besagt er darüber hinaus, wie viele Soldaten einmal bzw. mehrmals krank oder verletzt waren. Danach ist festzustellen, daß rd. 62 % der Soldaten in den Berichtsjahren gesund blieben, während rd. 11 % von ihnen durch mehrmalige Erkrankung oder Verletzung allein rd. 75 % der o. a. Krankheitsfälle bedingten. Weiterhin zeigt sich, daß die individuelle Morbidität bei den beiden Altersgruppen unter 25 Jahren und zwischen 40 und 50 Jahren fast gleich ist; sie wird jedoch durch unterschiedliche Gesundheitsstörungen bedingt: abgesehen von den Erkältungskrankheiten überwiegen bei den Jüngeren Verletzungen, bei den Älteren dagegen Erkrankungen. Wenn auch infolge der Altersstruktur der Streitkräfte die Höhe der individuellen Morbidität der niedrigsten Altersgruppe entscheidend für die individuelle Gesamtmorbiditätsziffer ist, so darf die andersartige Bedeutung dieser Ziffer bei der höchsten und zahlenmäßig kleinsten Altersgruppe, die überwiegend Führungspositionen inne hat, nicht übersehen werden. Im übrigen ergibt ein Vergleich die fast vollständige Übereinstimmung des heutigen mit dem Gesundheitsindex der ehemaligen Kriegsmarine in den Jahren 1933 bis 1937. Auch daraus kann — wie bereits bei den Ergebnissen der Musterungsuntersuchungen — geschlossen werden, daß die heutige Jugend nicht kränker als die damalige Jugend ist; sie ist aber „anders krank".

In den Jahren 1967 und 1968 betrug der *durchschnittliche tägliche Krankenstand* rd. 20 ‰, der durchschnittliche krankheitsbedingte *Dienstausfall*, d. h. die durchschnittliche Dauer der Befreiung von allen Dienstverrichtungen, rd. 11 Tage.



Quelle: Bundesministerium der Verteidigung

Haushaltsbefragung über Erkrankungen

57. Im Juli 1963 wurde erstmals eine freiwillige Probefragung über Erkrankungen und Unfälle auf Bundesebene durchgeführt, um festzustellen, inwieweit derartige Befragungen bei der Bevölkerung erhebungspsychologisch und erhebungstechnisch durchzuführen sind. Die Ergebnisse dieser Zusatzbefragung haben gezeigt, daß sich durch Haushaltsbefragungen wichtige Informationen über die gesundheitlichen Verhältnisse gewinnen lassen, deren Vorzug im besonderen darin liegt, daß hierbei auch die wirtschaftlichen und sozialen Gesichtspunkte, die bei Krankheiten und Unfällen von Bedeutung sind, berücksichtigt werden können. In anderen Staaten wie z. B. den USA werden solche Erhebungen schon seit Jahren durchgeführt.

Im April 1966 wurde daher im Rahmen der laufenden 1 % — Erhebung des Mikrozensus eine Zusatzbefragung über Erkrankungen und Unfälle vorgenommen. Rund 125 000 Haushalte mit etwa 340 000 Personen im Bundesgebiet wurden befragt, ob „ein Haushaltsmitglied im April 1966 krank, bettlägerig oder in ärztlicher Behandlung" war oder ob es wegen eines chronischen Leidens (Dauerzustand) oder Überwachung einer früheren Krankheit „in regelmäßiger ärztlicher Behandlung" stand. Durch eine weitere Frage wurde festgestellt, ob „ein Haushaltsmitglied in den Monaten Februar bis April 1966 einen Unfall gleich welcher Art (also Verkehrsunfall, Arbeitsunfall, Unfall im Haushalt usw.) oder eine Vergiftung erlitten hatte. Für den durch diese Leitfragen abgegrenzten Personenkreis wurden weitere Angaben wie z. B. über Art der Krankheit bzw. der Unfallschädigung, Dauer der Krankheit ermittelt. Personen mit mehreren Erkrankungen bzw. Unfällen im Berichtszeitraum wurden nur einmal gezählt; dabei war die schwerwiegendste Krankheit bzw. der schwerwiegendste Unfall zugrunde zu legen.

58. Im Monat April 1966 wurden in den in die Mikrozensus-Zusatzbefragung einbezogenen Haushalten rund 6,3 Millionen kranke Personen, das sind etwa 10,7 % der Wohnbevölkerung des Bundesgebiets, ermittelt. Es handelt sich also hierbei nach der Abgrenzung der Zusatzbefragung um Personen, die mindestens an einem Tag im Berichtsmonat krank oder im April in regelmäßiger ärztlicher Behandlung waren. Die Krankenziffer lag bei den

Frauen höher als bei den Männern; denn von 1 000 Männern waren 97 und von 1 000 Frauen 117 an mindestens einem Tag des Monats krank. Am häufigsten waren die Krankheiten des Kreislaufsystems, der Atmungsorgane und der Verdauungsorgane. Während sich die Krankheiten der Verdauungsorgane nahezu gleichmäßig auf beide Geschlechter verteilten, litten Frauen häufiger an den Krankheiten des Kreislaufsystems, nämlich von 1 000 Frauen 33, dagegen von 1 000 Männern nur 22, die Männer jedoch etwas häufiger an Krankheiten der Atmungsorgane, nämlich von 1 000 Männern 28, von 1 000 Frauen jedoch nur 26. Auch bei den übrigen Krankheitsgruppen bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede der Häufigkeit: Frauen leiden häufiger als Männer an Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten, vor allem Diabetes, sowie Krankheiten der Knochen- und Bewegungsorgane, dagegen seltener an infektiösen und parasitären Krankheiten.

59. Im jugendlichen Alter treten mit Ausnahme der Tuberkulose die infektiösen und parasitären Krankheiten häufiger auf, während die Krankheiten der Atmungsorgane in allen Altersgruppen etwa gleich häufig vorkommen. Die altersbedingte Zunahme der Krankheiten ist beim weiblichen Geschlecht besonders ausgeprägt. Die Zahl der Erkrankten auf 1 000 Einwohner ist hier bei den Personen im Alter von 65 und mehr Jahren fast fünfmal größer als bei Kindern und Jugendlichen bis zu 15 Jahren. Bei beiden Geschlechtern ist die starke Zunahme der Erkrankungen weniger auf einen altersbedingten Anstieg akuter Erkrankungen zurückzuführen als auf die steigende Zahl an regelmäßigen ärztlichen Behandlungsfällen (Fälle an chronischen Krankheiten), wie sie bei der Befragung genannt wurden.

60. Von den als krank bezeichneten Haushaltsmitgliedern (ohne diejenigen in regelmäßiger ärztlicher Behandlung) waren 71,5 % bettlägerig oder in stationärer Krankenhausbehandlung. Während die Männer am häufigsten wegen Krankheiten der Verdauungsorgane ein Krankenhaus aufsuchen, sind bei den Frauen etwa gleich häufig die Krankheiten der Verdauungsorgane und die Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, der Haut sowie Komplikationen, die in der Schwangerschaft, bei Entbindungen und im Wochenbett auftreten, der Grund für einen Krankenhausaufenthalt.

Am häufigsten lagen die 40-bis 65jährigen Kranken (21,9 %) im Krankenhaus.

Von den nur bettlägerig Kranken (ohne im Krankenhaus Behandelte) dagegen war mehr als die Hälfte an Krankheiten der Atmungsorgane darunter vorwiegend an Grippe erkrankt. Die übrigen Krankheitsgruppen traten bei diesem Personenkreis in ihrer zahlenmäßigen Bedeutung zurück.

Der höchste Anteil der (zu Hause) Bettlägerigen unter den Kranken wurde mit 75,7 % bei den Kindern und Jugendlichen unter 15 Jahren festgestellt.

61. Die Morbidität der Erwerbspersonen ist erheblich niedriger, als die der nicht am Erwerbsleben Beteiligten. Die Differenz ist bei beiden Geschlechtern festzustellen. Von 100 männlichen Erwerbspersonen waren im Berichtsmonat 8 krank, von 100 Nichterwerbspersonen des gleichen Geschlechts waren es 11. Noch ausgeprägter werden die Unterschiede, wenn nur die Kranken (im weiteren Sinne) beobachtet werden, die im April wegen eines chronischen Leidens oder zur Überwachung einer früheren Krankheit unter regelmäßiger ärztlicher Aufsicht standen. Von 1000 Erwerbspersonen waren 25

Kranke Personen und Personen in regelmäßiger ärztlicher Behandlung im April 1966 nach Altersgruppen

Ergebnis des Mikrozensus

Alter von ... bis unter ... Jahren	männlich				weiblich			
	Kranke insgesamt	Kranke im engeren Sinne		in regelmäßiger ärztlicher Behandlung	Kranke insgesamt	Kranke im engeren Sinne		in regelmäßiger ärztlicher Behandlung
	auf 1000 Einwohner		%		auf 1000 Einwohner		%	
unter 15	62,6	57,8	*92,3*	*7,7*	*57,9*	54,2	93,6	*6,4*
15 bis 40	54,6	46,8	*85,8*	*14,2*	70,3	54,2	*77,1*	22,9
40 bis 65	134,7	84,0	*62,4*	*37,6*	140,6	72,3	*51,4*	*48,6*
65 und mehr	213,2	94,0	*44,1*	*55,9*	245,2	98,3	*40,1*	*59,9*
Insgesamt	96,7	65,2	*67,5*	32,5	117,1	66,8	*57,0*	*43,0*

Quelle: Statistisches Bundesamt

Im Krankenhaus behandelte Personen [1]) im April 1966 nach dem Anteil ausgewählter Krankheitsgruppen

Ergebnis des Mikrozensus

Krankheitsgruppe [2])	insgesamt		männlich	weiblich
	1000		%	
Krankheit der Verdauungsorgane 60 bis 69, 896	177	25,0	29,0	21,3
Krankheiten des Kreislaufsystems 37, 40 bis 49, 894	125	17,6	19,3	16,1
Krankheiten der Haut, der Harn- und Geschlechtsorgane usw. 70 bis 79, 897	113	15,9	9,3	21,9
darunter Krankheiten der Geschlechtsorgane, der Brustdrüse usw. 72 bis 74	56	7,9	/	13,6
Krankheiten der Atmungsorgane 30, 50 bis 57, 895	92	13,0	14,4	11,6
darunter Grippe 52	12	1,7	1,8	1,6
Infektionskrankheiten 01 bis 19, 891	31	4,4	6,1	2,9
Übrige Krankheitsgruppen	171	24,1	21,9	26,1
Krankenhausfälle insgesamt	709	100,0	100,0	100,0

[1]) ohne Personen in regelmäßiger ärztlicher Behandlung

[2]) Nr. der Deutschen Systematik der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen für die Statistik der Sozialversicherungsträger 1962

Quelle: Statistisches Bundesamt

Bettlägerige Kranke im April 1966 nach dem Anteil ausgewählter Krankheitsgruppen

(ohne im Krankenhaus Behandelte)

Ergebnis des Mikrozensus

Krankheitsgruppe [1])	insgesamt		männlich	weiblich
	1000		%	
Krankheiten der Atmungsorgane 30, 50 bis 57, 895	1 144	54,9	55,6	54,4
darunter Grippe 52	799	38,4	38,1	38,7
Krankheiten des Kreislaufsystems 37, 40 bis 49, 894	238	11,5	9,6	13,1
Infektionskrankheiten 01 bis 19, 891	194	9,3	10,4	8,4
Krankheiten der Verdauungsorgane 60 bis 69, 896	163	7,8	9,2	6,6
Übrige Krankheitsgruppen	343	16,5	15,2	17,5
Bettlägerige Kranke insgesamt	2 082	100,0	100,0	100,0

[1]) ohne Personen in regelmäßiger ärztlicher Behandlung

Quelle: Statistisches Bundesamt

langfristig krank, von 1000 Nichterwerbspersonen waren es 55. Neben anderen Faktoren wirkt sich hier auch die unterschiedliche Altersstruktur beider Personenkreise aus, insbesondere der hohe Anteil der älteren Mitbürger unter den Nichterwerbspersonen.

Bemerkenswert ist die Differenz der „Krankheitsziffern" — unter Außerachtlassung der regelmäßig ärztlich Behandelten — bei den 20- bis 30jährigen Frauen. In dieser Altersgruppe gaben von 100 erwerbstätigen Frauen 7 an, im April 1966 krank gewesen zu sein, von 100 Nichterwerbstätigen dagegen nur 3. Sowohl bei den erwerbstätigen als auch bei den nichterwerbstätigen Frauen steigt mit zunehmendem Alter der Anteil der Kranken.

Die erwerbstätigen Frauen sind häufiger krank als die im Erwerbsleben stehenden Männer, jedoch sind die Krankheiten der Frauen weniger mit Arbeitsunfähigkeit verbunden als die der Männer. Nur bei rund 20 % der chronisch kranken Erwerbstätigen (in regelmäßiger ärztlicher Behandlung) zieht die Krankheit Arbeitsunfähigkeit nach sich. Hingegen waren von den Akutkranken rund 4/5 arbeitsunfähig. Der Anteil der Arbeitsunfähigen insgesamt sowie der Anteil der Personen, deren Arbeitsunfähigkeit im April endete, an den kranken Erwerbstätigen nimmt mit steigendem Alter deutlich ab. Die primäre Ursache liegt in dem steigenden Anteil der chronischen Erkrankungen von Altersgruppe zu Altersgruppe.

Haushaltsbefragung über Unfälle

62. Im April 1966 wurden nach den Angaben der Zusatzbefragung rd. 380 000 Personen bei einem Unfall verletzt. 2/3 der Unfallverletzten waren Männer. Von 1000 Frauen im Bundesgebiet erlitten im angegebenen Zeitraum 4 Personen einen Unfall, von 1000 Männern wurden 9 durch einen Unfall verletzt. Die häufigste Unfallart ist der Unfall an der Arbeitsstätte (ohne Wegeunfälle); der Anteil dieser Unfallverletzten an der Gesamtzahl der Verletzten betrug rund 37 %. Bei diesen Unfällen war der Anteil der

Unfallverletzte Personen im April 1966 nach Art der Verletzung, Altersgruppe und Unfallart

Ergebnis des Mikrozensus

Alter von ... bis unter ... Jahren / Unfallart	insgesamt				darunter: Knochenbrüche, Verletzungen von Kopf, Schädel, Gehirn, Hirnnerven, Wirbelsäule und Rückenmark 90 bis 91 [1]		Zerreißungen, offene Wunden, oberflächliche Verletzungen, Prellungen und Quetschungen 95 bis 96 [1]	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
	1000		auf 1000 Einwohner		1000			
Insgesamt	258	126	9,3	4,0	77	44	98	40
nach Altersgruppen								
unter 15	41	23	6,1	3,6	16	10	13	/
15 bis 40	138	36	13,7	3,6	39	/	55	14
40 bis 65	68	48	8,6	4,6	17	15	28	14
65 und mehr	10	20	3,4	4,2	/	/	/	/
nach der Unfallart								
Straßenverkehr	36	20	1,3	0,6	17	/	/	/
Sport, Spiel	50	18	1,8	0,6	20	/	15	/
Haushalt	19	43	0,7	1,4	/	14	/	12
Arbeitsstätte	121	20	4,4	0,6	24	/	57	/

[1] Nr. der Deutschen Systematik der Krankheiten, Gesundheitsschädigungen und Todesursachen für die Statistik der Sozialversicherungsträger 1962

Quelle: Statistisches Bundesamt

Männer mit 86 %, bei den Unfällen im Haushalt dagegen der Anteil der Frauen mit 70 % am höchsten.

Fast zwei Drittel der bei Straßenverkehrsunfällen Verletzten waren unter 40 Jahre alt, besonders gefährdet waren die 20- bis unter 40jährigen Männer. Bei Spiel- und Sportunfällen waren über zwei Drittel Kinder und Jugendliche unter 20 Jahren. Frauen über 65 Jahre verletzten sich besonders häufig im Haushalt. Von 43 000 Frauen, die einen Unfall im Haushalt erlitten, waren 12 000 älter als 65 Jahre, das waren 61 % aller unfallverletzten Frauen in diesem Alter. An den Unfällen an der Arbeitsstätte waren die 20- bis unter 40jährigen Männer am stärksten beteiligt.

Erfassung von Diagnosen in Krankenhäusern

63. Um einen vollständigen Uberblick über die Gesundheits- bzw. Krankheitsverhältnisse einer Bevölkerung zu gewinnen, reichen die Ergebnisse solcher Haushaltsbefragungen keineswegs aus. Sie stützen sich auf die subjektiven Angaben der Befragten, haben aber gleichwohl den Vorzug, daß hierdurch auch die Kranken erfaßt werden, die weder den freipraktizierenden Arzt noch ein Krankenhaus aufsuchen.

Um einen einigermaßen umfassenden Uberblick über den Krankheitszustand einer Bevölkerung zu erlangen, sind weitere Informationen notwendig. Dazu gehört insbesondere die Kenntnis der Krankheiten der in Krankenhäusern stationär und ggf. bei freipraktizierenden Ärzten behandelten Patienten.

64. Eine vollständige Morbiditätsstatistik ist für den Gesundheitspolitiker eines hoch zivilisierten Landes unerläßlich, um erkennen zu können, bei welchen Krankheiten im Interesse der Volksgesundheit schnelle und wirksame Maßnahmen ergriffen werden müssen.

Derartige Morbiditätsstatistiken werden in zahlreichen Mitgliedstaaten der WHO entsprechend der von der WHO empfohlenen Internationalen Klassifikation der Krankheiten zum Teil bereits seit Jahren geführt.

Um sich dennoch ein einigermaßenes Bild über die Gesundheits- bzw. Krankheitsverhältnisse der Bevölkerung zu machen, ist die Gesundheitspolitik daher auf die Verwertung wissenschaftlicher Veröffentlichungen angewiesen oder sie muß selbst entsprechende Untersuchungen veranlassen. So wurde im Jahre 1964 mit finanzieller Unterstützung des damaligen Bundesministeriums für Gesundheitswesen in drei hessischen Krankenhäusern ein Versuch durchgeführt, der die Erfassung von Patienten nach der Art ihrer Krankheit zum Ziel hatte. Dabei zeigte sich, daß fast 1/4 aller im Jahre 1964 stationär behandelten Patienten wegen Krankheiten des Verdauungstraktes in Behandlung waren. Als zweite größte Krankheitsgruppe folgten die Erkrankung der Harn- und Geschlechtsorgane mit 13 %, dann die Herzkranzgefäß- und Kreislauferkrankungen mit 11 % aller Erkrankungsfälle.

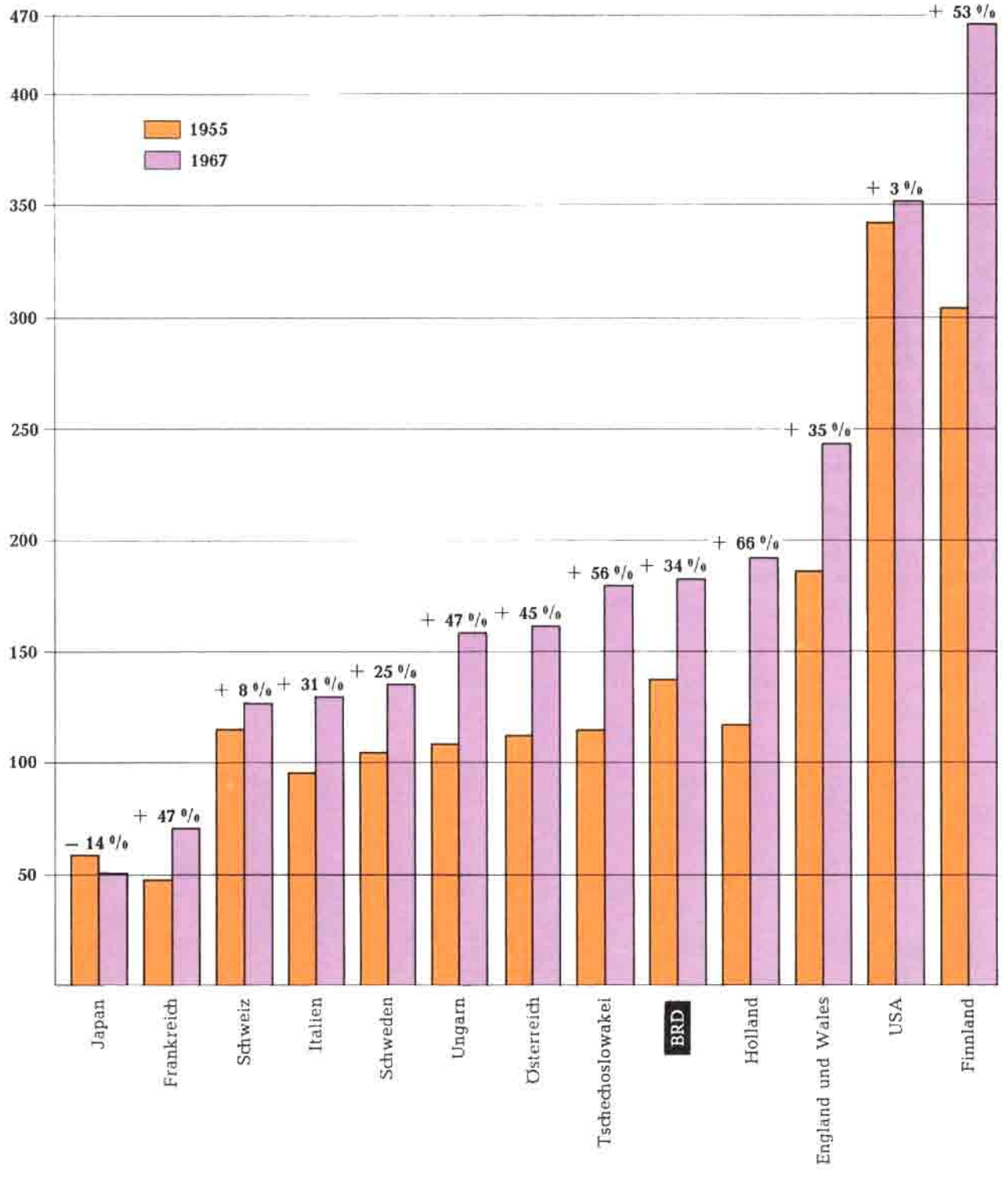
65. Bei den an Diabetes stationär behandelten Patienten zeigte sich, daß mit zunehmendem Alter auch die Zahl der behandelten Fälle zunimmt, insbesondere vom 45. Lebensjahr an. Dieses Ergebnis bestätigte sich auch an einer in 4 Kliniken der Jo-

Die tatsächliche Zahl der Gestorbenen insgesamt und der Gestorbenen an Herzinfarkt in Hamburg 1967 und 1968 sowie die entsprechenden Zahlen unter Berücksichtigung des Altersaufbaus im Jahre 1958

Jahre	tatsächliche Zahlen		unter Berücksichtigung des Altersaufbaus 1958		Gestorbene auf 10 000 der männlichen bzw. weiblichen Bevölkerung [1]			
					tatsächlich		unter Berücksichtigung des Altersaufbaus 1958	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
	1	2	3	4	5	6	7	8
Gestorbene insgesamt								
1958	11 331	10 613	11 331	10 613	136,8	109,5	136,8	109,5
1967	13 005	12 640	12 351	10 117	152,3	128,1	144,7	102,6
1968	13 311	13 282	12 564	10 436	157,3	135,4	148,5	106,4
Gestorbene an Herzinfarkt								
1958	1 854	1 014	1 854	1 014	22,4	10,5	22,4	10,5
1967	2 156	1 367	2 047	1 058	25,3	13,9	24,0	10,7
1968	2 514	1 833	2 381	1 372	29,7	18,7	28,1	14,0

Sterblichkeit an arteriosklerotischen und degenerativen Herzkrankheiten der Männer in der Altersgruppe 45 bis 54 Jahre in ausgewählten Staaten 1955 und 1967

Gestorbene auf 100 000 Einwohner gleichen Alters und Geschlechts



Quelle: Press Release WHO/22

hann-Wolfgang-Goethe-Universität in Frankfurt in den Jahren 1967/68 mit finanzieller Unterstützung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit durchgeführten Studie (Breddin u. a.) zur Verbesserung der Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik. Nach diesen Untersuchungen tritt eine Häufung dieser Krankheit bei beiden Geschlechtern besonders ab 55. Lebensjahr auf. Es bestätigte sich auch, daß als Todesursache bei Diabetes Herzkreislaufkrankheiten eine erhebliche Rolle spielen; dabei dürfte der Herzinfarkt von besonderem Interesse sein.

Nach Feststellung in der erwähnten Studie von Breddin wurden im Zentrum der inneren Medizin der Universität Frankfurt in den Jahren 1967/68 214 Infarkt-Patienten behandelt, bei denen in 51 Fällen ein Diabetes vorlag. Auch zeigte sich das Überwiegen der Männer mit einer Häufung bei den 50- bis 60jährigen. Die Sterblichkeit der Herzinfarktpatienten mit 29,4 % war sehr hoch" eine Gefährdung der Patienten ist besonders in den ersten Krankheitstagen gegeben, hier besonders bei den 60- bis 69jährigen Männern.

In diesem Zusammenhang sind die Untersuchungen von Matti *), Hamburg von besonderem Interesse. Er stellte fest, daß die Infarktsterblichkeit der Männer im Jahre 1967 in den Stadtstaaten weit über dem Bundesdurchschnitt liegt, so in Berlin mit 27,8, in Hamburg mit 25,3 (siehe Übersicht auf Seite 49), in Bremen mit 20,9 bei einem Bundesdurchschnitt von 17 auf 10 000 Männer, wobei in Hamburg eine starke Altersabhängigkeit zu verzeichnen ist, denn mehr als 3/4 der 1968 an einem Herzinfarkt gestorbenen Frauen und jeder zweite diesem Leiden erlegene Mann war 70 Jahre oder älter. Besonders bemerkenswert ist, daß die Zunahme der Infarktsterbeziffer für die Männer zwischen 1958 und 1968 in Hamburg aufgrund der tatsächlichen Entwicklung rd. 33 % betrug unter Berücksichtigung des Altersaufbaus 1958 der Hamburger Bevölkerung dagegen nur 25 %; bei den an Herzinfarkt gestorbenen Frauen wirkte sich die Alterskomponente noch erheblich stärker aus; hier wäre bei stationärem Altersaufbau mit einer Zunahme der Sterbeziffer bis 1968 um 33 % zu rechnen gewesen, tatsächlich erhöhte sie sich jedoch um 78 %.

66. Bei der Untersuchung über die Zusammenhänge zwischen sozioberuflicher Schichtung der Bevölkerung und Herzinfarktanfälligkeit zeigt sich, daß Selbständige, Angestellte anscheinend stärker infarktgefährdet sind als Arbeiter. Die Berufe der Verwaltung, des Rechtswesens und der Sozialpflege hoben sich mit überdurchschnittlicher Infarkthäufigkeit deutlich ab.

In diesem Zusammenhang ist eine Studie der WHO von besonderem Interesse; es wird von einer bedeutsamen Zunahme der Sterbefälle an arteriosklerotischen und degenerativen Herzerkrankungen **) der Männer in der Altersgruppe zwischen 45 bis 54 Jahren in den letzten 12 Jahren berichtet. Während die Sterbeziffer (auf 100 000 Einwohner) an der genannten Krankheit in der Bundesrepublik bei den Männern von 134,2 im Jahre 1955 auf 179,7 im Jahre 1967, d. h. um 34 %, stieg, betrug die Zunahme in Österreich (113,9/165,7) 45 %, in Finnland (305,8/468,6) 53 % und in Holland sogar (115,1/181,2) 66 %. Obgleich die prozentuale Zunahme der Sterbeziffer an arteriosklerotischen und degenerativen Herzerkrankungen bei den Männern in den USA um 3 % als äußerst geringfügig bezeichnet werden kann, starben im Jahre 1967 weit mehr Männer an dieser Krankheit (351,8 auf 100 000 Einwohner) als in der Bundesrepublik.

Bei den Frauen ist allgemein nur eine minimale Zunahme, in einigen Ländern sogar ein Rückgang der Sterbeziffern zu verzeichnen, wie z. B. in der Bundesrepublik von 51,9 auf 46,0 (= −11 %), (vgl. Tabelle 9 im Tabellenteil und Grafik auf Seite 50).

67. Über die Zahl der in der Bundesrepublik Deutschland lebenden Krebskranken können keine Angaben gemacht werden; man ist lediglich auf Schätzungen angewiesen. Die meisten Fachleute nehmen an, daß 100 000 Krebstoten mindestens 250 000 Krebskranke gegenüberstehen. Bei 137 886 an bösartigen Neubildungen Verstorbenen im Jahre 1967 würde es bedeuten, daß in der Bundesrepublik rd. 350 000 Krebskranke leben. Zahlreiche europäische Länder, wie die meisten osteuropäischen Staaten, die skandinavischen Länder, die DDR und auch Österreich haben die gesetzliche Meldepflicht eingeführt, weil sie die Kenntnis u. a. der Häufigkeit und Verteilung der Krebserkrankungen in der Bevölkerung als eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine erfolgreiche Bekämpfung dieser Krankheit ansehen. In der Bundesrepublik besteht keine Meldepflicht, aber auch hier werden morbiditätsstatistische Erhebungen durchgeführt, und zwar melden in den Ländern Hamburg und im Saarland alle Kliniken, Krankenhäuser, Röntgen- und Pathologischen Institute aber auch praktizierende Ärzte auf freiwilliger Basis die an einer bösartigen Neubildung erkrankten Personen an eine in den Ländern bestehende Zentralstelle. Diese mit Bundesmitteln finanziell geförderten sogenannten Krebsregister arbeiten nach einheitlichen Richtlinien des Europarats. In Kürze werden die Erhebungsunterlagen aller Krebsregister des Europarats einer gemeinsamen Auswertung zugeführt und aufgrund der Ergebnisse dann weitere Zielvorstellungen entwickelt.

Mortalität

68. Der Aussagewert der Todesursachenstatistik hängt im wesentlichen davon ab, wie exakt der Arzt auf der Todesbescheinigung bzw. dem Leichenschauschein die Krankheit bezeichnet, die den Ablauf der direkt zum Tode führenden Krankheitszustände auslöste, das sogenannte Grundleiden. Andere Feststellungen des Arztes, wie Krankheiten oder Verletzungen, die den Tod unmittelbar herbeiführten oder andere wesentliche Krankheiten, die

*) Hamburg in Zahlen, Juniheft 1970:
Sterbefälle an Krankheiten des Kreislaufsystems 1958 bis 1968 unter besonderer Berücksichtigung des Herzinfarktes

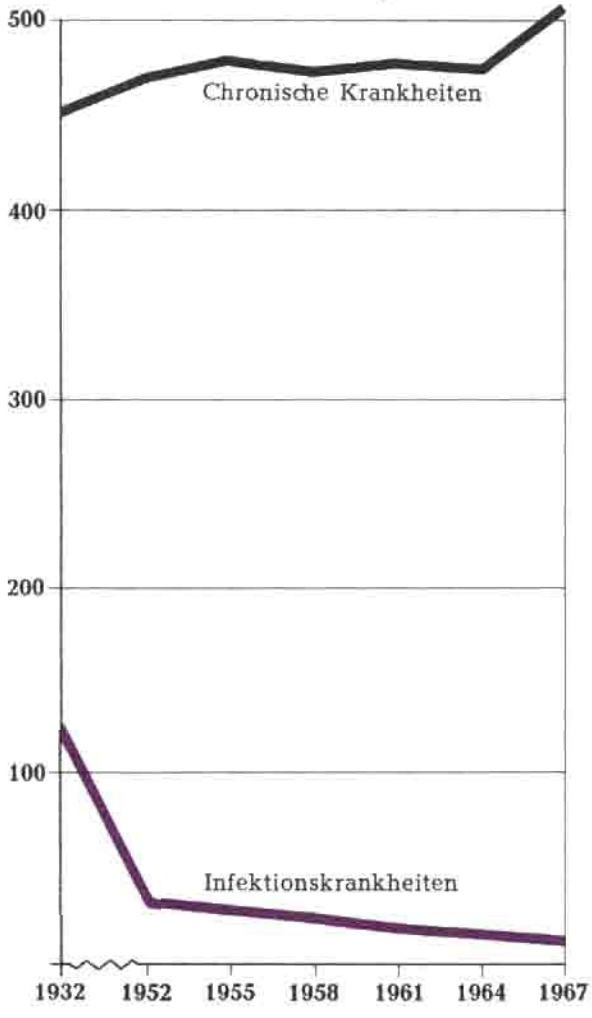
**) Press Release WHO/22 v. 30. 7. 1970

z. Z. des Todes bestanden, werden auf der Todesbescheinigung wohl vermerkt, aber z. Z. noch nicht statistisch aufbereitet. Diese sogenannte unikausale Todesursachenstatistik berücksichtigt also nur eine Krankheit; viele Sterbefälle lassen sich aber nicht auf eine einzige Todesursache zurückführen; insbesondere im Alter sind häufig mehrere Ursachen an einem tödlichen Ausgang beteiligt. Es werden daher die Bestrebungen der WHO, zu einer multiplen Todesursachenstatistik zu gelangen, seitens der Bundesrepublik begrüßt und auch unterstützt werden. — Hinsichtlich der Genauigkeit der Todesursachenangaben, insbesondere bei Herz-Kreislaufkrankheiten beteiligt sich die Bundesrepublik neben den Ländern Bulgarien, Dänemark, Norwegen, Schottland und der Tschechoslowakei gegenwärtig an einer vergleichenden Sonderstudie der WHO.

Die Todesursachenstatistik wird trotz einiger Unzulänglichkeiten als umfassend und regelmäßig durchgeführte Statistik noch immer insofern geschätzt, weil sie Einblick in die Gesundheits- bzw. Krankheitsverhältnisse der Bevölkerung gewährt, zumal eine Morbiditätsstatistik noch nicht durchgeführt wird.

Innerhalb der letzten 50 Jahre hat sich die Bedeutung der einzelnen Todesursachen erheblich gewandelt; die akuten Krankheiten, insbesondere die übertragbaren Krankheiten einschließlich der Tbc, sind zurückgetreten, die chronischen Krankheiten haben infolge der Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung an Bedeutung gewonnen. So zeigt unter Berücksichtigung der Altersgliederung der Bevölkerung des Jahres 1950 (Standardisierung) der Verlauf der Sterblichkeit an Infektionskrankheiten und ausgewählten chronischen Krankheiten einen Rückgang der Infektionskrankheiten auf rd. 1/3 — seit 1932 auf rd. 1/10 —, während bei den chronischen Krankheiten seit 1952 eine Mortalitätszunahme um etwa 8 % zu verzeichnen ist.

Sterblichkeit an Infektionskrankheiten und an ausgewählten chronischen Krankheiten im Deutschen Reich 1932 sowie im Bundesgebiet 1952 bis 1967 [1])



[1]) 1952 bis 1957 Bundesgebiet ohne Saarland und Berlin; 1958 und 1959 Bundesgebiet ohne Berlin

Quelle: Statistisches Bundesamt

69. Während im Jahre 1927 die Infektionskrankheiten einschließlich der Tuberkulose und Pneumonie mit einem Anteil von rund 20 % an der Gesamtsterblichkeit die häufigste Todesursache waren, der Anteil der Herz-, Gefäß- und Kreislaufkrankheiten rd. 15 %, der der bösartigen Neubildungen rd. 12 % und die sogenannten unnatürlichen Todesursachen rd. 5 %, zusammen also rd. die Hälfte der Gesamtsterblichkeit betrugen, nehmen heute allein die Herz-, Gefäß- und Kreislaufkrankheiten mit 43 % der Gesamtsterblichkeit den ersten Platz ein; die bösartigen Neubildungen sind mit rd. 20 % die zweithäufigste Todesursache und die unnatürlichen Todesursachen erreichen einen Anteil von rd. 7 %; allein diese drei Todesursachengruppen machen heute rd. 70 % der Gesamtsterblichkeit aus. Auf die Infektionskrankheiten einschließlich Tuberkulose und Pneumonie entfällt nur noch knapp 4 % der Gesamtsterblichkeit.

70. Der nachfolgende Vergleich der vier wichtigsten Todesursachen der Altersklassen 1 bis 15, 15 bis 30, 30 bis 60 und 60 Jahre und älter der Jahre 1927 und 1967 zeigt besonders deutlich den Rückgang der früher so gefährlichen Tuberkulose und gewaltige Zunahme der Todesfälle an Unfällen in den Altersklassen bis 45 Jahre sowie die der an Krebs und Herz-Kreislaufkrankheiten der mittleren Altersklassen und älter.

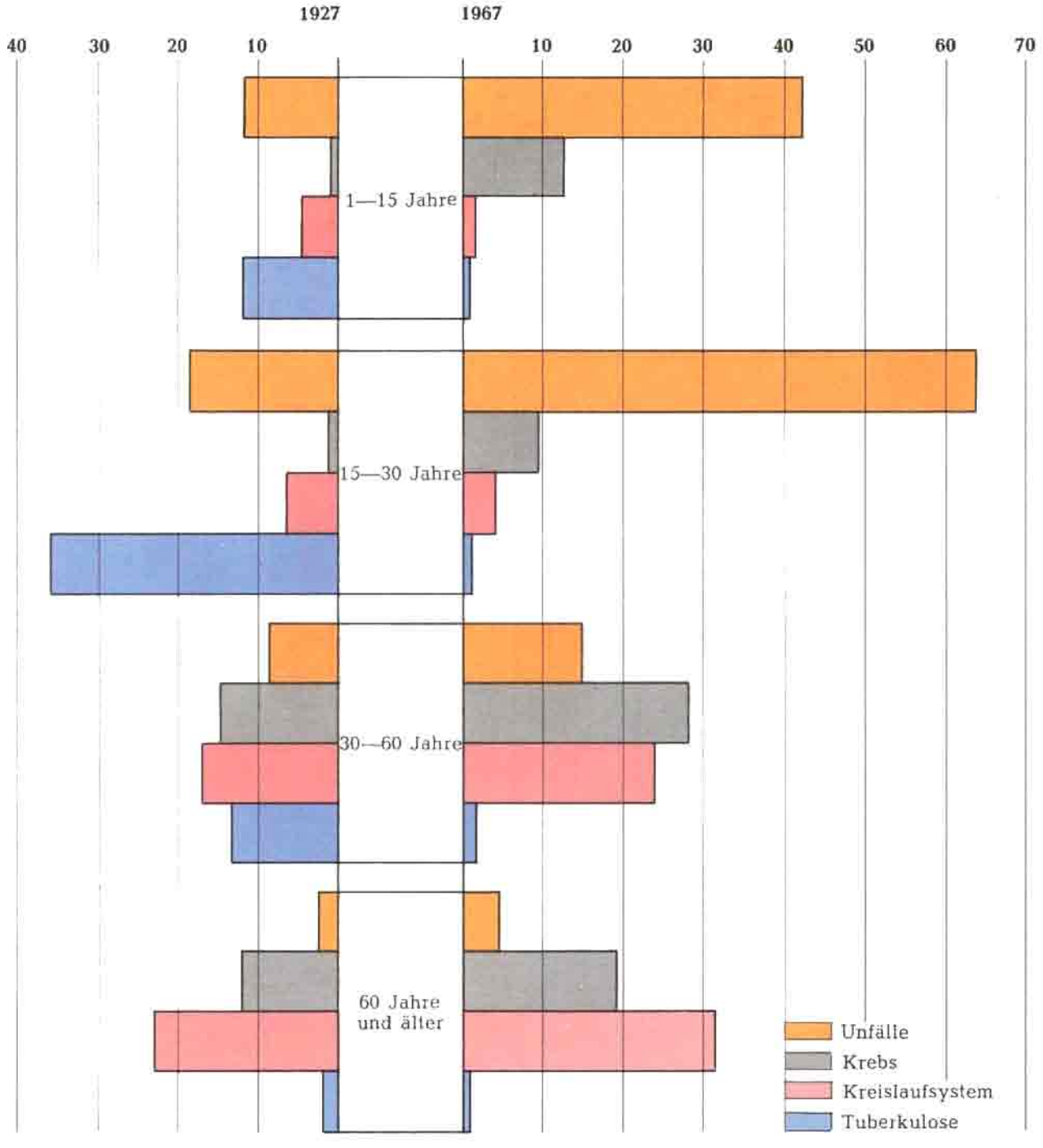
Seit langem ist auch ein Wandel der geschlechtsspezifischen Sterblichkeit zu beobachten; so hat sich die Sterbeziffer des weiblichen Geschlechts in größerem Maße verringert als die des männlichen.

71. Auffallend gegenüber den Frauen ist die sehr viel größere Sterblichkeit der Männer an Erkrankungen der Herzkranzgefäße, an bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane und an „unnatürlichen" Todesursachen.

Bei einem Vergleich der Sterblichkeit von 1952 bis 1967 ist beim männlichen Geschlecht bereits etwa vom 25. Lebensjahr kein Rückgang der Sterblichkeit und bei den über 35jährigen und den nachfolgenden Altersgruppen der Männer sogar eine merkliche Zu-

Anteil ausgewählter Todesursachen an sämtlichen Todesursachen nach Altersgruppen 1927 und 1967

in Prozent



[1]) ohne Gefäßstörungen des Zentralnervensystems

Quelle: Statistisches Bundesamt

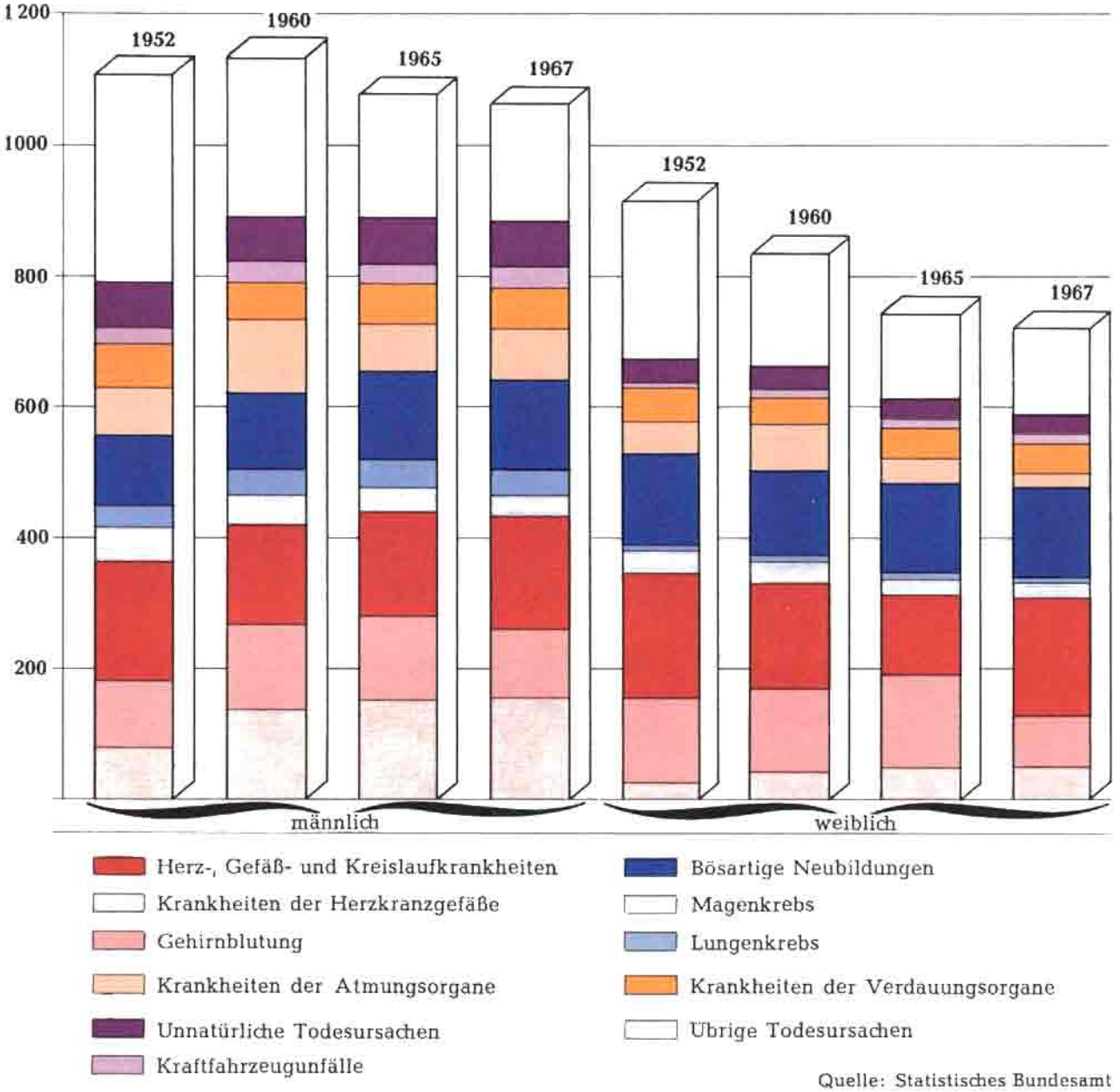
nahme der Sterblichkeit festzustellen. Beim weiblichen Geschlecht dagegen hat sich die Sterblichkeit in allen Altersgruppen verringert. Im Jahre 1967 starben 687 349 Menschen in der Bundesrepublik Deutschland, 350 517 Männer und 336 832 Frauen.

72. Es wurde schon darauf hingewiesen, daß die Herz-, Gefäß- und Kreislaufkrankheiten heute die häufigste Todesursache sind. Bei 297 485 Gestorbenen (144 647 Männern und 152 838 Frauen) führte eine solche Krankheit den Tod herbei; das entspricht einem Anteil von über 43 % an der Gesamtsterblichkeit, wobei der Anteil der Verstorbenen im Alter von 65 und mehr Jahren rund 4/5 betrug.

In dieser Todesursachengruppe wird eine Anzahl verschiedener Krankheitsbilder zusammengefaßt.

Sterblichkeit nach ausgewählten Todesursachen 1952, 1960, 1965 und 1967

Gestorbene auf 100 000 Einwohner des jeweiligen Geschlechts
bei Altersgliederung 1950



Quelle: Statistisches Bundesamt

Besondere Bedeutung kommt hierbei den Sterbefällen an Erkrankungen der Herzkranzgefäße zu, einer Todesursache, die heute so häufig geworden ist, daß nahezu jeder siebte Mann an einer solchen Krankheit stirbt. Besorgniserregend ist die Tatsache, daß die Erkrankungen der Herzkranzgefäße, und zwar vornehmlich der Herzinfarkt, nicht nur bei den Männern im höheren Alter, sondern in zunehmendem Maße schon im Alter von 40 bis unter 55 Jahren zum Tode führen.

Den zweiten Platz unter den Todesursachen nehmen heute die Sterbefälle an bösartigen Neubildungen ein. Grundsätzlich ist zu sagen, daß die Todesursachenstatistik lediglich die Zahl der an Krebs und nicht die mit Krebs verstorbenen Personen angibt; d. h. es handelt sich also nur um Minimalzahlen. Und dennoch war im Jahre 1967 bei jedem 5. Gestorbenen eine bösartige Neubildung die Todesursache (137 886 Menschen, davon 68 021 Männer, 69 865 Frauen); um 1900 war es nur jeder 30.

Krebs-Mortalität

73. Die absoluten Zahlen der Krebstodesfälle haben in den letzten 15 Jahren wesentlich zugenommen.

Die Zunahme dieser absoluten Zahlen ist auf verschiedene Ursachen, wie Bevölkerungszunahme durch natürlichen Zuwachs und Wanderungsgewinn, höhere Lebenserwartung, sogenannte Überalterung der Bevölkerung infolge relativer Abnahme jüngerer Altersklassen mit geringem Krebsbefall und Abnahme der Todesfälle an Infektionskrankheiten zurückzuführen.

Standardisiert man diese Zahlen, d. h. werden die obigen Ergebnisse auf die Altersgliederung des Jahres 1950 umgerechnet, so ergeben sich folgende Sterbeziffern:

Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen

Gestorbene auf 100 000 Einwohner in der Altersgliederung 1950

Geschlecht	1952 a)	1960	1965	1967
männlich	182,74	202,81	211,02	210,7
weiblich	174,07	168,22	169,69	166,6
insgesamt ...	178,13	184,59	187,23	184,2

a) ohne Saarland und Berlin

Quelle: Statistisches Bundesamt

Während bei den absoluten Zahlen der Krebstodesfälle ein Anstieg zu verzeichnen ist, zeigen die standardisierten Sterbeziffern, die die eingetretenen Veränderungen im Altersaufbau der Bevölkerung eleminieren, für beide Geschlechter ein Absinken der Ziffern im Jahre 1967. Nähere Berechnungen ergeben, daß der Rückgang beim männlichen Geschlecht statistisch nicht signifikant und somit zufallsbedingt sein dürfte, während es sich beim weiblichen Geschlecht um einen tatsächlichen Sterblichkeitsrückgang handelt.

Aufschlußreich ist vor allem die Betrachtung der Sterblichkeit nach Krebslokalisationen (siehe Grafik auf Seite 56).

74. Beim Mann steht heute das Bronchialkarzinom an erster Stelle, die bösartigen Neubildungen des Magens an 2. und die der Prostata an 3. Stelle. Bei den Frauen dagegen sterben die meisten an bösartigen Neubildungen der Genitalorgane, an 2. Stelle folgen die Sterbefälle an bösartigen Neubildungen des Magens und an 3. Stelle die der Brustdrüse.

75. Bei den Frauen ist in den letzten Jahren eine Zunahme der Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Brustdrüse und des Dickdarms zu beobachten, bei den Männern die bösartigen Neubildungen der Prostata und zunehmend die der Luftröhre, Bronchien und der Lunge. Dagegen ist bei beiden Geschlechtern die Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen des Magens zurückgegangen und bei den Frauen, wenn auch geringfügig, die Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Gebärmutter.

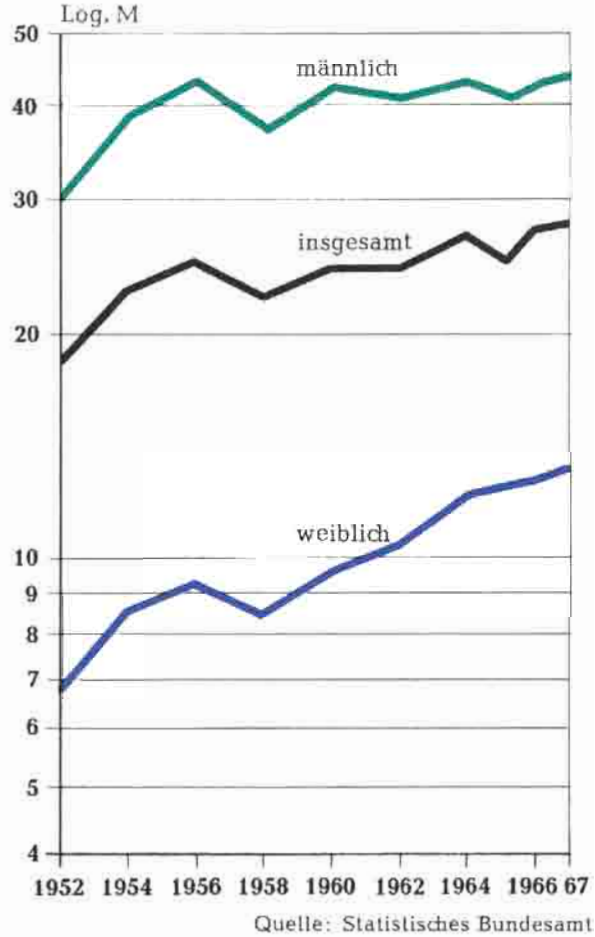
Im internationalen Vergleich steht die Bundesrepublik in Europa im Jahre 1967 mit einer Krebssterbeziffer von 230 auf 100 000 Einwohner nach Belgien mit 239, Luxemburg mit 246 und Österreich mit 262 an 4. Stelle.

76. Schon eingangs wurde erwähnt, daß die Sterblichkeit an den sogenannten unnatürlichen Todesursachen heute an dritter Stelle in der Rangfolge der häufigen Todesursachen steht. Mehr als 7 % (rd. 31 200 Männer und 19 300 Frauen) der Gesamtsterblichkeit im Jahre 1967 geht zu Lasten der „unnatürlichen" Todesursachen; bei den männlich Gestorbenen belief sich dieser Anteil auf rd. 9 %, bei den Frauen auf rd. 6 %.

In dieser Todesursachengruppe nahmen die Kraftfahrzeugunfälle mit 16 951 Gestorbenen den ersten Platz ein; weitere 13 000 starben infolge eines Unfalls durch Sturz und fast ebenso viele durch Selbstmord. Damit machen diese 3 Todesursachen

Sterblichkeit an Straßenverkehrsunfällen 1952 bis 1967

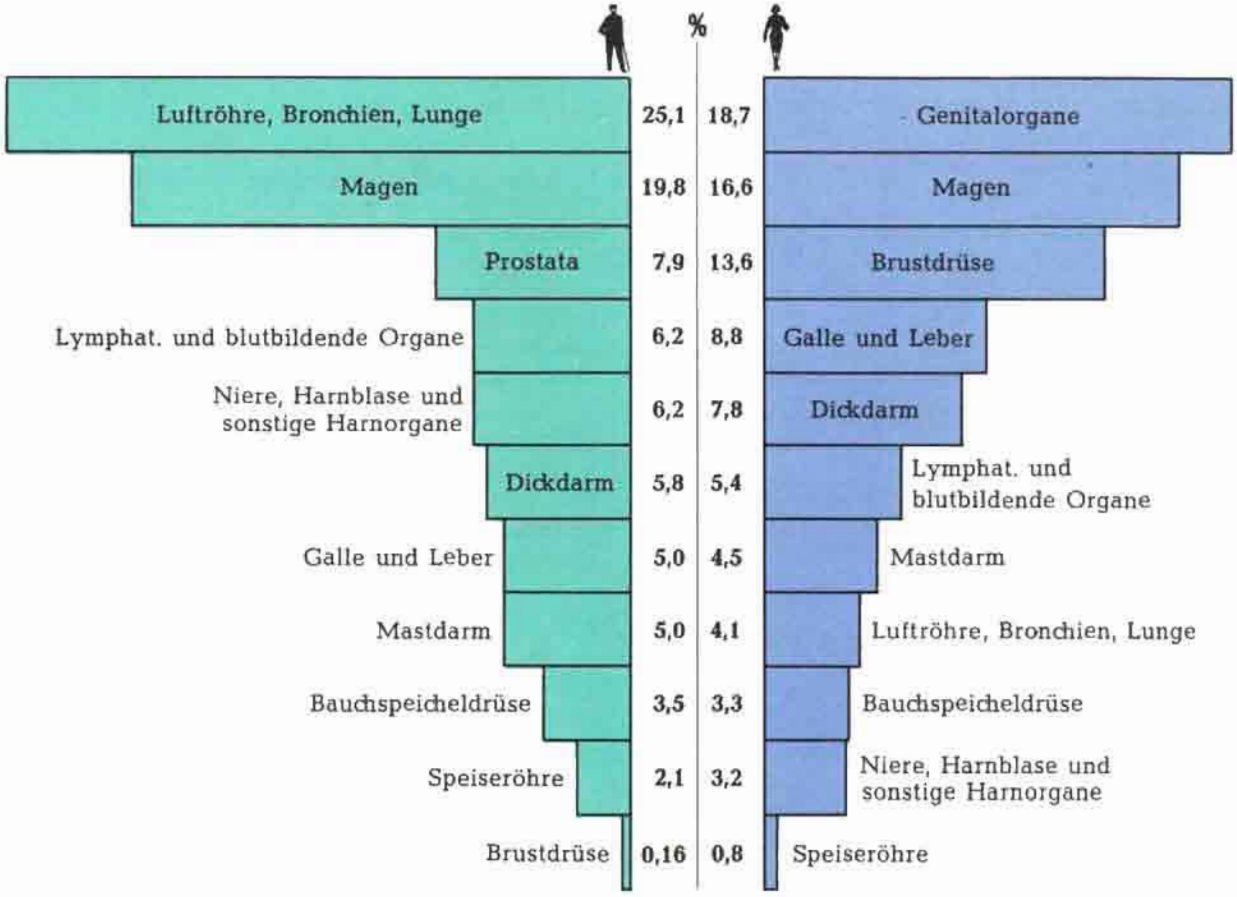
Gestorbene auf 100 000 Einwohner des jeweiligen Geschlechts bei Altersgliederung 1950



Quelle: Statistisches Bundesamt

Anteil der häufigsten Krebssterbefälle an sämtlichen Krebssterbefällen nach Organsitz und Geschlecht 1967

in Prozent



Quelle: Statistisches Bundesamt

Sterbefälle an bösartigen Neubildungen

Geschlecht	1952 a)	1960	1965	1967	1952 a)	1960	1965	1967
	Anzahl				auf 100 000 Einwohner			
männlich	42 782	58 350	66 466	68 021	187,51	222,87	237,10	239,4
weiblich	46 703	59 903	68 272	69 865	180,99	202,68	220,38	222,1
insgesamt	89 485	118 253	134 738	137 886	184,05	212,17	228,33	230,3

a) ohne Saarland und Berlin

Quelle: Statistisches Bundesamt

bereits 85 % der Sterblichkeit an „unnatürlichen" Todesursachen aus. Allein 12 471 Männer sind im Jahre 1967 durch einen Kraftfahrzeugunfall ums Leben gekommen; dabei war der Anteil der 15- bis unter 35jährigen mit über 5000 (= 40 %) besonders hoch.

Die besondere Gefährdung dieser Altersgruppe durch Kraftfahrzeugunfälle ist auch für frühere Jahre festzustellen. Bei den gestorbenen Frauen dieser Todesursachengruppe überwogen dagegen die Unfälle durch Sturz, wobei es sich vornehmlich (89 %) um Frauen im Alter von 70 und mehr Jahren handelte. Von den Selbstmördern waren zwei Drittel Männer.

Säuglingssterblichkeit

77. Seit Beginn des jetzigen Jahrhunderts nahm die Säuglingssterblichkeit d. h. die Zahl der im 1. Lebensjahr Gestorbenen auf 1000 Lebendgeborene in

allen zivilisierten Ländern ständig ab. Noch gegen Ende des vergangenen Jahrhunderts starb bei uns jedes vierte, bei Ausbruch des 2. Weltkrieges noch jedes sechste bis siebte lebendgeborene Kind im 1. Lebensjahr. Nach nur einem vorübergehenden Anstieg während des 2. Weltkrieges und in der Nachkriegszeit ist die Säuglingssterblichkeit so weit zurückgegangen, daß in der Bundesrepublik im Jahre 1968 von 1000 Lebendgeborenen nur noch 22,6 starben; ein geringfügiger Anstieg auf 23,2 ist allerdings im Jahre 1969 zu verzeichnen. Dieser Sachverhalt war Anlaß, die Länder um eine detaillierte Analyse der Ursachen für diese Zunahme zu bitten.

Über die Säuglingssterblichkeit in den Jahren 1967 bis 1969 in den einzelnen Bundesländern unterrichtet die Grafik auf Seite 58 (vgl. auch Tabelle 10 im Tabellenteil).

Dabei ist festzustellen, daß die Länder Bayern, Berlin, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und das Saarland mit ihrer Säuglingssterblichkeit über dem Bundesdurchschnitt liegen.

78. Ein Vergleich mit dem Ausland zeigt, daß einige Staaten eine niedrigere Säuglingssterblichkeit aufzuweisen haben als die Bundesrepublik Deutschland und daß bei uns noch weitere Fortschritte auf diesem Gebiet erzielt werden müssen (vgl. Tabelle 11 im Tabellenteil).

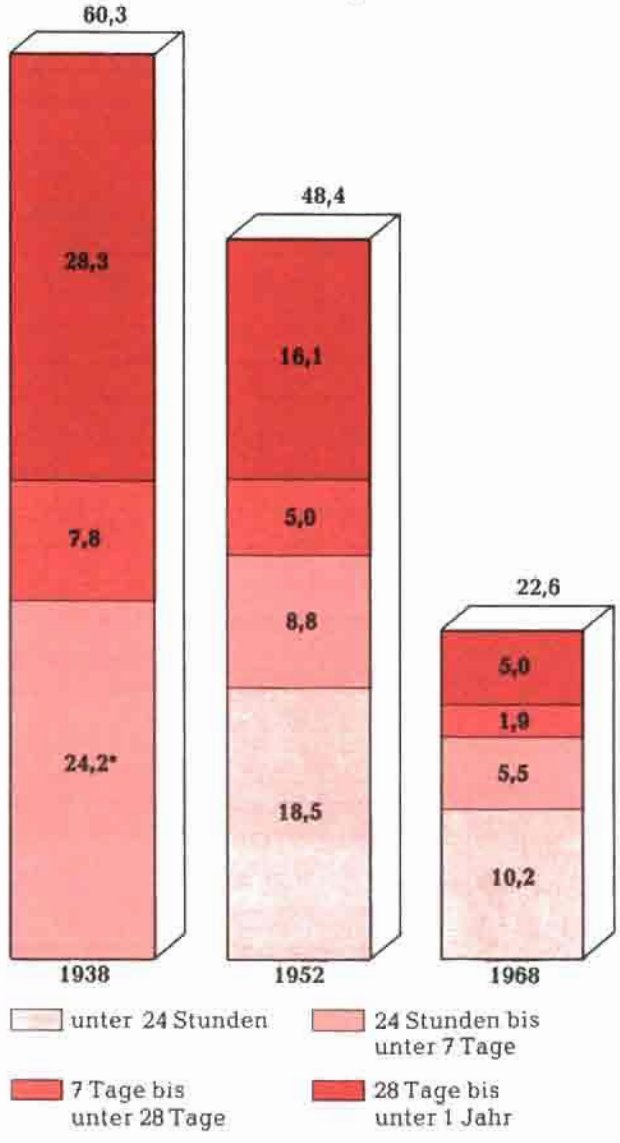
Bei einem internationalen Vergleich ist jedoch zu beachten, daß sowohl die Definitionen für Lebend- und Totgeborene als auch die Registrierung von Säuglingssterbefällen in einzelnen Ländern unterschiedlich sind. Werden z. B. gleich nach der Geburt verstorbene Kinder mit geringer Lebensfähigkeit als totgeboren gezählt, wird hierdurch die Säuglingssterblichkeit vermindert und die Totgeborenenhäufigkeit vergrößert. Werden dagegen solche Kinder zu den Lebendgeborenen gezählt, wird die Säuglingssterblichkeit hoch und die Totgeborenenhäufigkeit niedrig ausgewiesen. (Vgl. auch Grafik auf Seite 59 und Tabellen 12 und 13 im Tabellenteil).

79. Von besonderem Interesse vor allem für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit sind das Alter und die Todesursachen der gestorbenen Säuglinge; so überlebten im Jahre 1969 annähernd die Hälfte (43,6 %) nicht die ersten 24 Lebensstunden, weit mehr als zwei Drittel (68,8 %) hat die erste Lebenswoche und 76,9 % hat den ersten Lebensmonat nicht überlebt. Von den im Jahre 1960 innerhalb der ersten 24 Stunden Verstorbenen überlebten einer Sonderauszählung zufolge 14,9 % nicht einmal die erste Lebensstunde. (Vgl. auch Tabelle 14 im Tabellenteil)

Die frühkindliche Sterblichkeit der ersten Lebenswoche machte 1967 allein über 70 % der Säuglingssterblichkeit aus; folgende Todesursachen waren an der Sterblichkeit der Säuglinge im Alter von unter 7 Tagen maßgeblich beteiligt: die Frühgeburten (Geburtsgewicht unter 2500 g) mit 39,6 %, die Asphyxien mit 18,1 %, die Geburtsverletzungen mit 13,8 % und die angeborenen Mißbildungen mit 10,9 %.

Säuglingssterblichkeit nach der Lebensdauer 1938, 1952 und 1968 [1])

Gestorbene im 1. Lebensjahr auf 1000 Lebendgeborene



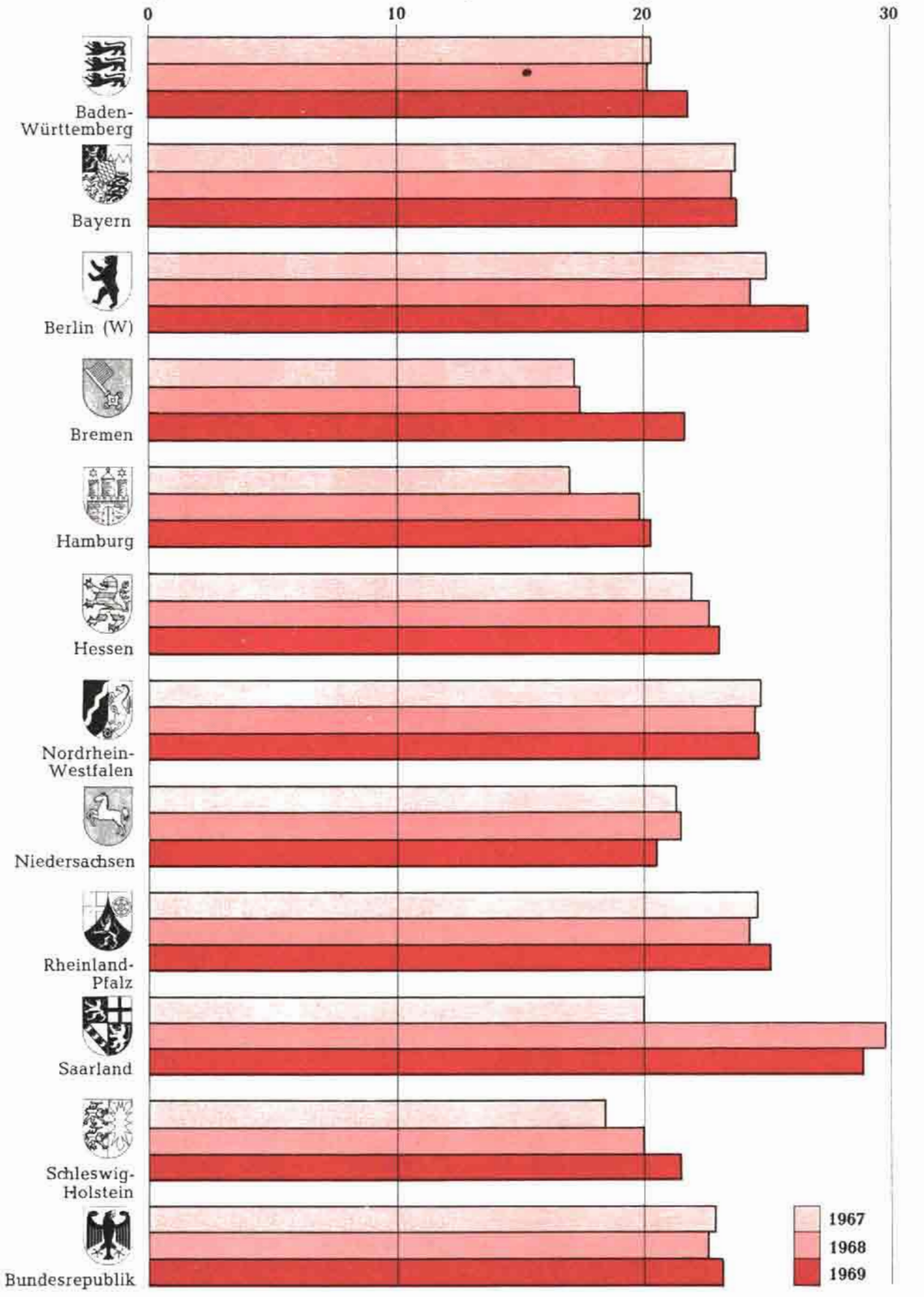
*) Lebensdauer unter 7 Tagen, da 1938 kein Nachweis für Sterbefälle in den ersten 24 Stunden

[1]) 1938: Reichsgebiet in den Grenzen von 1937; 1952 und 1968: Bundesgebiet einschließlich Saarland und Berlin-West, 1952, Sterbefälle in den ersten 7 Tagen nur Bundesgebiet einschließlich Berlin-West ohne Saarland Quelle: Statistisches Bundesamt

Wie aus der Grafik auf Seite 60 ersichtlich, hat die Bundesrepublik von den Vergleichsländern den größten relativen Rückgang der perinatalen Sterblichkeit (Totgeborene und Gestorbene in den ersten 7 Lebenstagen auf 1000 Lebend- und Totgeborene) von 1952 bis 1965 zu verzeichnen. Der nahezu gleich große Rückgang in Schweden — bei einer wesentlich tieferen Ausgangsbasis im Jahre 1952 — läßt klar erkennen, daß Möglichkeiten zur weiteren Senkung der perinatalen Sterblichkeit in der Bundesrepublik bestehen. (Vgl. auch Tabelle 15 im Tabellenteil).

Säuglingssterblichkeit in den Bundesländern 1967 bis 1969 [1])

Gestorbene im ersten Lebensjahr auf 1000 Lebendgeborene

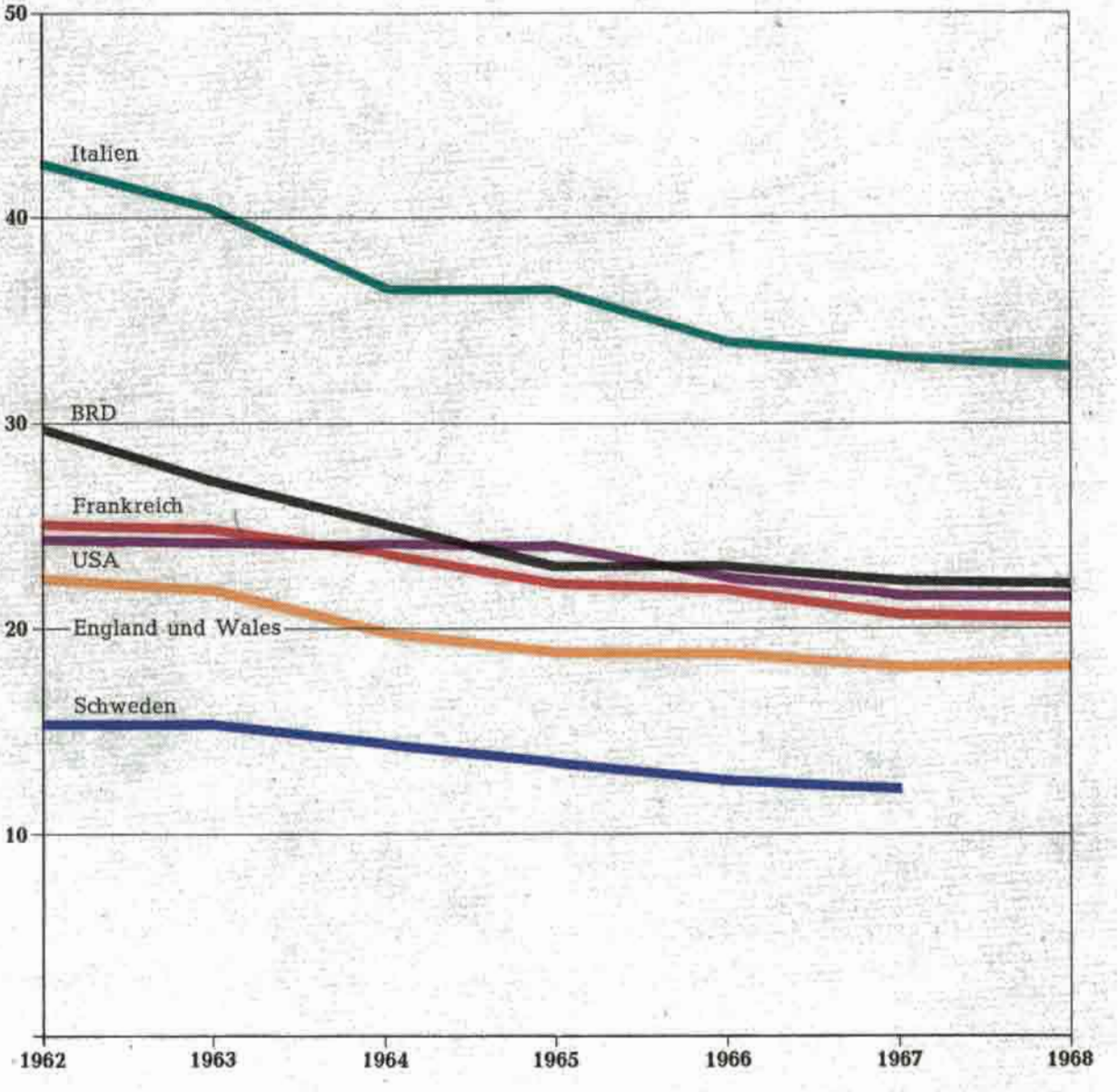


[1]) vorläufiges Ergebnis 1969

Quelle: Statistisches Bundesamt

Säuglingssterblichkeit in ausgewählten Staaten seit 1962

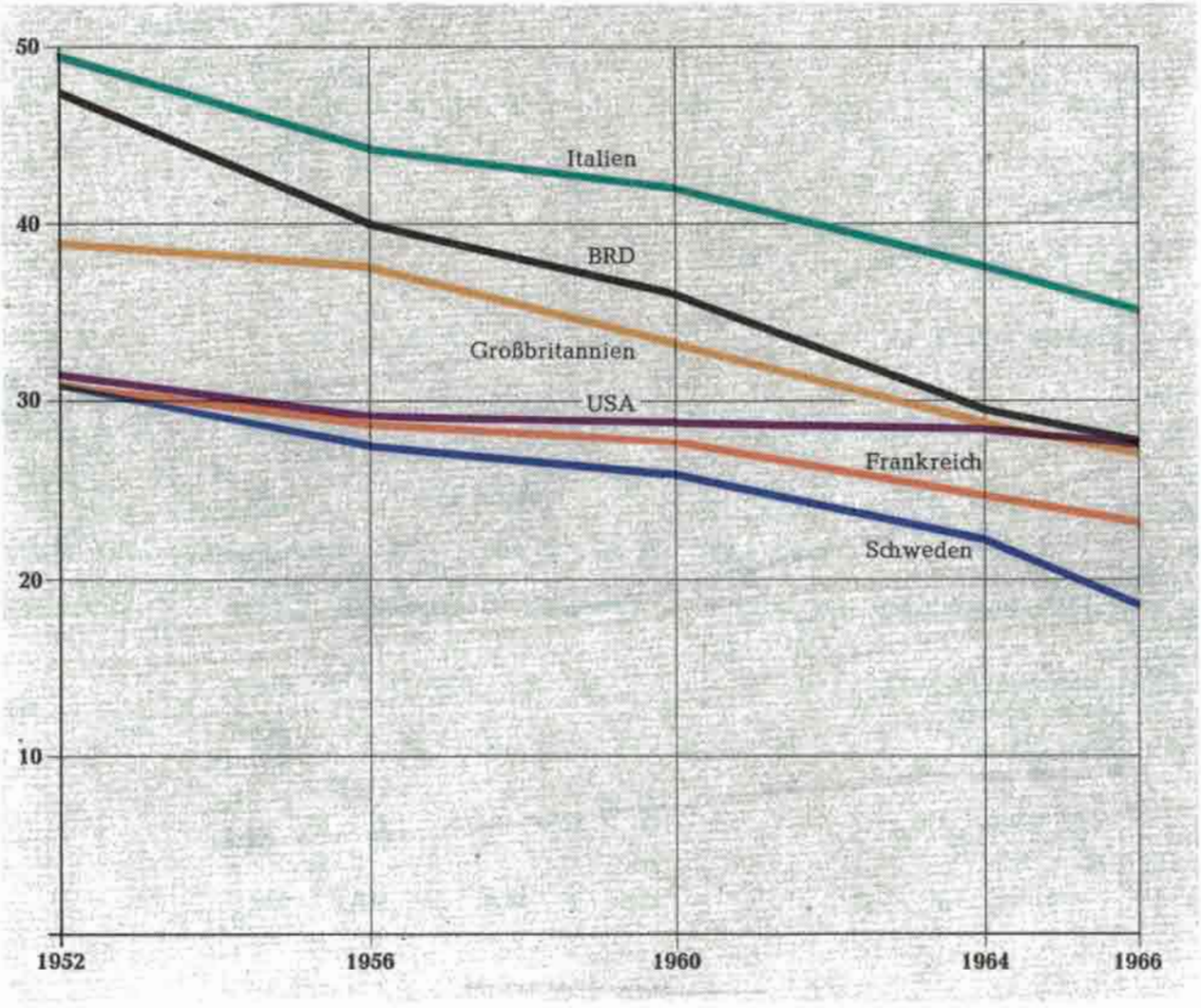
Gestorbene im 1. Lebensjahr auf 1000 Lebendgeborene



Quelle: Statistisches Bundesamt

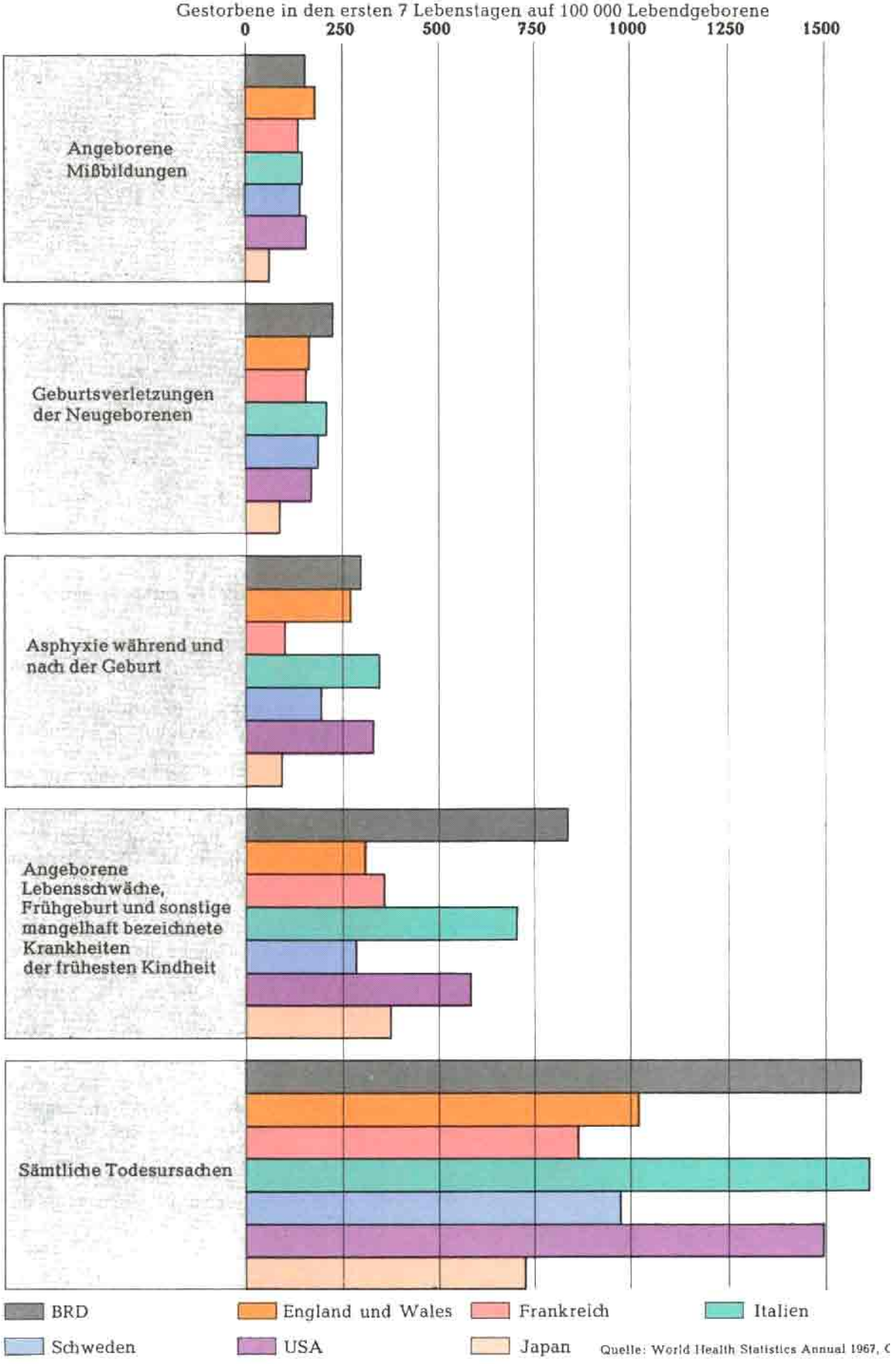
Perinatale Sterblichkeit in ausgewählten Staaten 1952 bis 1966

Totgeborene und Gestorbene in den ersten 7 Lebenstagen
auf 1000 Lebend- und Totgeborene



Quelle: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Band 4, Ausgabe 1970

Frühkindliche Sterblichkeit nach den häufigsten und sämtlichen Todesursachen in ausgewählten Staaten 1967



Quelle: World Health Statistics Annual 1967, (

Jahr	Lebendgeborene		Gestorbene im 1. Lebensjahr		Totgeborene	
	insgesamt	darunter nichtehelich (‰) *)	insgesamt	darunter nichtehelich (%)	insgesamt	darunter nichtehelich (%)
1950	812 835	79 075 *(97,3)*	45 252	7 999 *(17,7)*	18 118	2 723 *(15,0)*
1960	968 629	61 330 *(63,3)*	32 724	3 810 *(11,6)*	15 049	1 343 *(8,9)*
1965	1 044 328	48 977 *(46,9)*	24 947	2 252 *(9,0)*	12 901	956 *(7,4)*
1968	969 825	46 209 *(47,6)*	22 110	1 963 *(8,9)*	10 702	708 *(6,6)*
1969	903 456	45 498 *(50,4)*	21 162	1 971 *(9,3)*	9 693	746 *(7,7)*

*) bezogen auf Lebendgeborene des Berichtszeitraums

Quelle: Statistisches Bundesamt

80. Es wurde bereits erwähnt, daß in der Bundesrepublik die Todesursachen Frühgeburt, Asphyxien, Geburtsverletzungen und angeborene Mißbildungen maßgeblich an der frühkindlichen Sterblichkeit beteiligt sind. Da, wie aus der Grafik auf Seite 61 ersichtlich, einige Länder eine niedrigere Sterblichkeit an den bei uns vorgenannten häufigsten Todesursachen haben, erscheint ein weiterer Rückgang der Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik möglich.

Bemühungen zur weiteren Senkung der Säuglingssterblichkeit bei uns sollten sich vor allem auf Maßnahmen gegen Frühgeburten, Asphyxien, Geburtsverletzungen und angeborene Mißbildungen konzentrieren.

81. Um eine bessere ätiologische Erforschung der Todesursachen in der frühesten Lebenszeit, insbesondere der Todesursache „Frühgeburt", zu ermöglichen, hat die WHO in der neuen Internationalen Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen — seit dem 1. Januar 1968 auch für die Bundesrepublik maßgebend — eine Aufgliederung der Todesursachen für die vorgenannte perinatale Sterblichkeit vorgenommen. Es ist zu hoffen, daß es damit gelingt, die Ursachen der „Frühgeburten" zu analysieren, um Ansatzpunkte für eine weitere Senkung der Säuglingssterblichkeit zu gewinnen. Eine andere Möglichkeit, die Ursachen der perinatalen Sterblichkeit zu erforschen, bietet die prospektive Studie der Deutschen Forschungsgemeinschaft über „Schwangerschaftsverlauf und Kindesentwicklung", an der sich zahlreiche Frauen- und Kinderkliniken, Pathologische, Humangenetische und andere Universitätsinstitute in der Bundesrepublik beteiligen.

Es ist ein erfreuliche Tatsache, daß die Zahl der Säuglingssterbefälle und auch die der Totgeborenen bei den nichtehelichen Kindern zurückgegangen ist.

Müttersterblichkeit

82. Vor dem 2. Weltkrieg (1936/38) betrug die Müttersterblichkeit (= Müttersterbefälle auf 100 000 Lebendgeborene an den Folgen von Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett) im Deutschen Reich rund 420, danach im Bundesgebiet etwas mehr als 300. Seit 1952 mit rund 189 ist sie bis 1968 auf 52,0, d. h. um 88 % kontinuierlich zurückgegangen und ist erstmals im Jahre 1969 geringfügig auf 53,1 (vorläufiges Ergebnis) gestiegen.

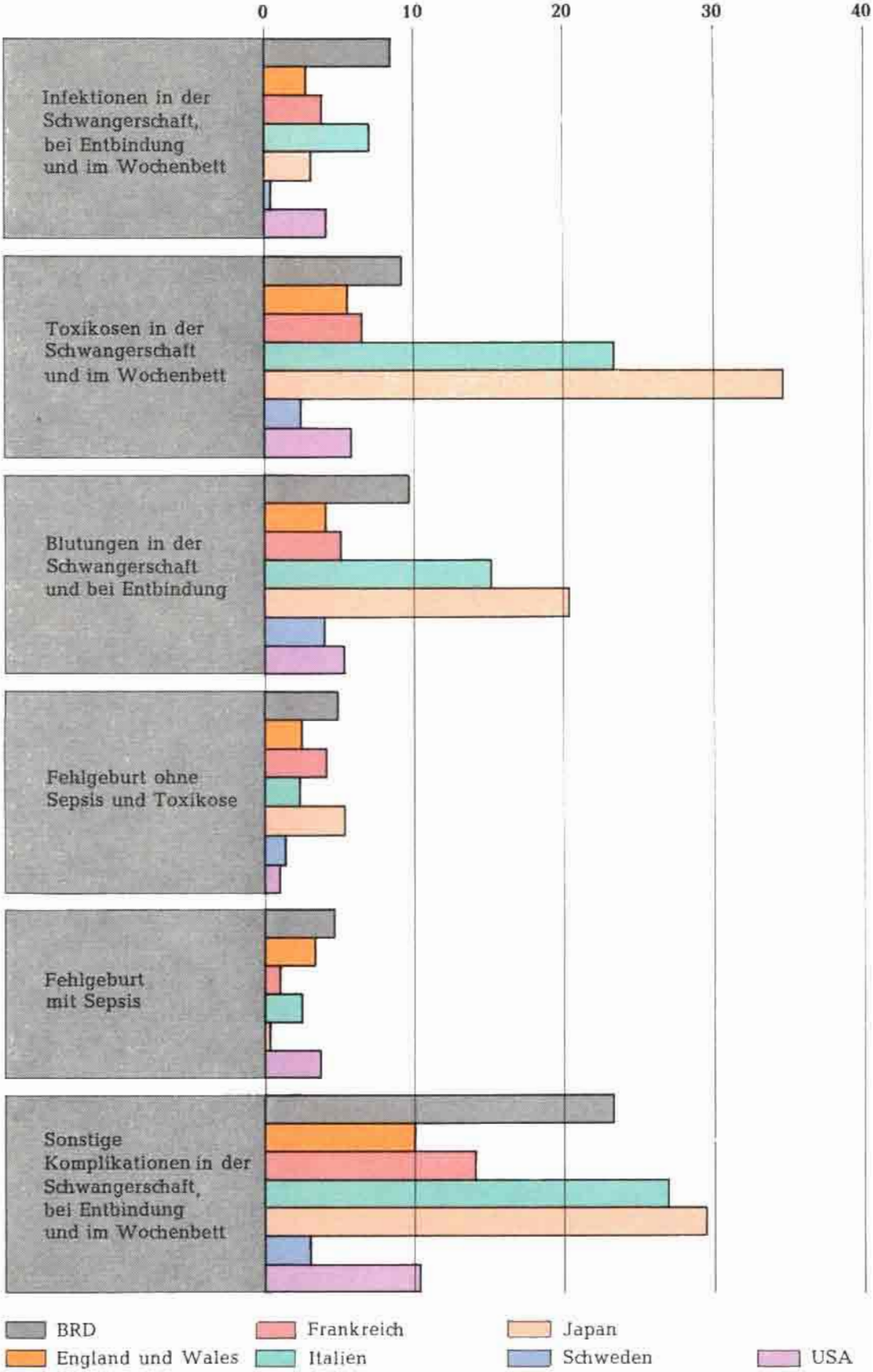
Von den 593 im Jahre 1967 gestorbenen Müttern waren bei 101 Müttern Blutungen die Todesursache, bei 91 Müttern waren es Toxikosen, bei 82 Infektionen, bei 232 sonstige Komplikationen in der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett und bei 87 Müttern war eine Fehlgeburt die Todesursache.

Die Todesursachen „Infektionen" und „Fehlgeburt (mit und ohne Sepsis)", die häufig bei unerlaubten Eingriffen auftreten, machen immer noch 29,4 % der gesamten Müttersterblichkeit aus.

Die Müttersterblichkeit nach Todesursachen im Jahre 1967 im internationalen Vergleich zeigt die nachstehende Grafik.

Müttersterblichkeit in ausgewählten Staaten nach Todesursachen 1967

auf 100 000 Lebendgeborene



Quelle: Statistisches Bundesamt

II. Aufgaben von Bund, Ländern und Gemeinden im Gesundheitswesen

Zur Förderung der Gesundheit des einzelnen und des ganzen Volkes müssen im modernen Staat Behörden, Vereinigungen und private Initiative zusammenwirken.

83. Die tragenden Säulen des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik sind

- ○ die Heilberufe, zu denen Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker gehören, sowie die anderen Berufe des Gesundheitswesens,
- ○ die Krankenanstalten,
- ○ der öffentliche Gesundheitsdienst.

Der öffentliche Gesundheitsdienst hat sich im Laufe der Zeit aus den Aufgaben der Gesundheitspolizei heraus entwickelt. Diese Aufgaben waren noch im vorigen Jahrhundert vielfach freiberuflich tätigen Ärzten besonders übertragen. Heute wird der öffentliche Gesundheitsdienst schwerpunktmäßig von den staatlichen oder kommunalen Gesundheitsämtern wahrgenommen, die im Gebiet der Bundesrepublik seit dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934 in sämtlichen Stadt- und Landkreisen bestehen. Eine wichtige Aufgabe kommt in diesem Rahmen auch den Landesgewerbeärzten zu. Uber ihre ursprünglichen gesundheitspolizeilichen Aufgaben der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, der Aufsicht über Medizinalpersonen und der Überwachung der allgemeinen Hygiene sind die Gesundheitsämter heute weit hinausgewachsen. Sie haben auch bedeutende Aufgaben der Gesundheitsfürsorge und der Gesundheitserziehung übernommen. Im Hinblick auf die wachsenden Aufgaben auf diesem Gebiet wird sich diese Entwicklung fortsetzen. Dies bedeutet jedoch nicht, daß sich hier eine „Verstaatlichung des Gesundheitswesens" anbahnt.

84. Die Bundesregierung hat im Gegenteil in ihrer Regierungserklärung vom 28. Oktober 1969 das Recht des Patienten unterstrichen, den Arzt, dem er sich anvertrauen will, frei zu wählen.

Die Bundesregierung hat in gleicher Weise die freie Berufsausübung der Heilberufe betont und damit zu erkennen gegeben, daß ihrer Auffassung nach ein von äußeren Einflüssen ungestörtes und unabhängiges Vertrauensverhältnis zwischen dem kranken Bürger und seinem Arzt die unabdingbare Voraussetzung für erfolgreiche Therapie und moderne Prävention ist.

Moderne Gesundheitspolitik muß neben der Entfaltung der medizinischen Wissenschaft zur Erkennung und Heilung von Krankheiten vor allem die Möglichkeiten der Früherkennung und damit der vorbeugenden Medizin fördern und daneben den Schutz des Menschen vor den zivilisatorischen Umweltgefahren sichern. Unter diesem generellen Aspekt stehen auch die Aufgaben, in die sich Bund, Länder und Gemeinden auf dem Gebiet des Gesundheitswesens teilen. Sie liegen einerseits auf gesetzgeberischem Gebiet, andererseits auf dem Sektor des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Nach der Zuständigkeitsverteilung des Grundgesetzes liegen die Verwaltungsaufgaben und damit Organisation und Durchführung des öffentlichen Gesundheitsdienstes bei den Ländern. Dem Bund sind fast ausschließlich Aufgaben der Gesetzgebung vorbehalten.

Gesetzgebung

85. Im Gegensatz zu der Verfassung von 1919, die dem Reich die Gesetzgebungszuständigkeit für das gesamte Gesundheitswesen zugestand, hat das Grundgesetz von 1949 entsprechend dem strenger durchgeführten Prinzip der Hoheit der Bundesländer dem Bund nur einen Teil der Gesundheitsgesetzgebung eingeräumt.

Ein ausschließliches Gesetzgebungsrecht des Bundes für das Gesundheitswesen besteht nicht. Es ist nur insoweit gegeben, wie gesundheitliche Belange in den Sachgebieten der ausschließlichen Bundesgesetzgebung berührt werden. Dies kommt in Betracht bei

- den auswärtigen Angelegenheiten (Artikel 73 Nr. 1 GG),
- der Verteidigung (Artikel 73 Nr. 1 GG),
- dem Schutz der Zivilbevölkerung (Artikel 73 Nr. 1 GG),
- der Freizügigkeit sowie der Ein- und der Auswanderung (Artikel 73 Nr. 3 GG),
- dem Warenverkehr mit dem Ausland (Artikel 73 Nr. 5 GG),
- dem Luftverkehr (Artikel 73 Nr. 6 GG),
- der Statistik für Bundeszwecke (Artikel 73 Nr. 11 GG).

Für den Wasserhaushalt (Artikel 75 Nr. 4 GG) kann der Bund Rahmengesetze erlassen. Die entscheidende Rolle für die Gesundheitsgesetzgebung des Bundes spielen jedoch die Zuständigkeiten, die ihm für eine konkurrierende Gesetzgebung nach Artikel 74 Nr. 19 und 20 GG eingeräumt sind. Insbesondere handelt es sich hierbei um folgende Bereiche:

Maßnahmen gegen gemeingefährliche und übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren,

Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen und zum Heilgewerbe,

Verkehr mit Arzneien, Heilmitteln, Betäubungsmitteln und Giften,

Schutz beim Verkehr mit Lebens- und Genußmitteln sowie Bedarfsgegenständen.

Gesundheitliche Belange sind im übrigen bei der dem Bund gleichfalls als Vorranggesetzgebung noch eingeräumten Kompetenz für das Recht der Wirtschaft (Artikel 74 Nr. 11), für den Schutz gegen Gefahren beim Freiwerden von Kernenergie (Artikel 74 Nr. 11 a GG), für Sozialversicherung und Arbeitsschutz (Artikel 74 Nr. 12 GG) und schließlich auf dem Gebiet der öffentlichen Fürsorge (Artikel 74 Nr. 7 GG) berührt.

Auf fast allen genannten Gebieten ist der Bund tätig geworden, weil das Bedürfnis nach einheitlichen bundesgesetzlichen Regelungen im Sinne von Artikel 72 GG gegeben war. Soweit in diesen Sachbereichen noch altes Reichsrecht auf Grund von Artikel 125 GG weitergalt, ist es inzwischen weitestgehend durch neue bundesgesetzliche Regelungen abgelöst. Als Beispiel hierfür seien folgende wichtige Gesetzgebungswerke genannt:

Bundes-Seuchengesetz,

Bundesärzteordnung,

Bundes-Tierärzteordnung,

Bundes-Apothekerordnung,

Krankenpflegegesetz,

Arzneimittelgesetz,

Arzneimittelwerbegesetz,

Apothekengesetz,

Weingesetz.

86. Im Mai 1969 wurde in den Katalog der Bundeszuständigkeiten auf dem Gebiet der Gesundheitsgesetzgebung das Sachgebiet „wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und Regelung der Krankenhauspflegesätze" aufgenommen.

Diese Grundgesetz-Änderung war das vorläufige Ergebnis eines langwierigen Ringens innerhalb der gesetzgebenden Körperschaften um eine Neuabgrenzung der Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes auf dem Gebiet des Gesundheitswesens.

Um die Zusammenhänge zu verstehen, muß man wissen, daß sich schon seit Jahren die Stimmen gemehrt hatten, die der Auffassung waren, daß angesichts der Veränderung im Erscheinungsbild der Krankheiten und auch im Hinblick auf die notwendige einheitliche Versorgung der Bevölkerung der ganzen Bundesrepublik mit Krankenhausbetten eine bundeseinheitliche Regelung mindestens für das gesamte Gebiet der Gesundheitsvorsorge und des Krankenhauswesens erforderlich sei. Die gleiche Auffassung wurde in bezug auf die Maßnahmen zur Reinhaltung der Luft, des Wassers und zur Bekämpfung des Lärms vertreten.

Die Notwendigkeit einer Änderung des Grundgesetzes wurde zum ersten Mal besonders deutlich, als im Jahre 1964 der Bundesrat das vom Bundestag einstimmig angenommene Jugendzahnpflegegesetz abgelehnt hatte. Dieses war auf Artikel 74 Nr. 7 GG, d. h. also auf die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes für „öffentliche Fürsorge", gestützt worden. Die ablehnende Haltung des Bundesrates zeigte, daß die Länder aus grundsätzlichen verfassungsrechtlichen Erwägungen nicht bereit waren, einer ausdehnenden Auslegung dieses Begriffs auch auf die „Gesundheitsvorsorge" zu folgen.

Nachdem die Bundesregierung bereits in ihrer Antwort auf die Große Anfrage der SPD zur Gesundheitspolitik (vgl. Drucksache V/3008 vom 12. Juni 1968) dargelegt hatte, daß sie eine Grundgesetz-Änderung für erforderlich halte, legte sie im November 1968 einen Gesetzentwurf vor. Dieser sollte zwar nicht wie in der Weimarer Verfassung die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes auf das gesamte Gesundheitswesen ausdehnen. Er strebte jedoch an, durch eine Neufassung von Artikel 74 Nr. 19 GG die Beschränkung des Gesetzgebungsraumes des Bundes auf die Verhütung und Bekämpfung *gemeingefährlicher* und *übertragbarer* Krankheiten zu beseitigen sowie die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und endlich den Wasserhaushalt, die Luftreinhaltung und die Lärmbekämpfung in die Gesetzgebungszuständigkeit des Bundes einzuschließen (vgl. Drucksache V/3515 vom 18. November 1968). Hierbei spielte vor allem eine Rolle, daß die Gesundheitsvorsorge für Säuglinge und Kleinkinder, auch über den Bereich der Sozialversicherung hinaus dringlich wurde. Es kam hinzu, daß generelle Vorsorgeuntersuchungen gegen Krebs und Diabetes und einheitliche Bundesregelungen auf dem Gebiet der Gesundheitshilfe für psychisch Kranke von vielen gefordert wurden.

Ebenso dringend erschien eine Neuregelung der Finanzierung des Krankenhauswesens, das sich in einer defizitären Lage befindet, da die lediglich auf Grund des bisherigen Preisrechts beeinflußten Pflegesätze sich an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Krankenkassen und nicht an den Kosten orientieren (vgl. Bericht der Bundesregierung über die finanzielle Lage der Krankenanstalten, Drucksache V/4230 vom 19. Mai 1969).

Die Auseinandersetzungen darüber, ob diese Vereinheitlichungen wirklich notwendig seien, reichten bis in den Vermittlungsausschuß zwischen Bundestag und Bundesrat hinein und führten zu dem bereits erwähnten Gesetz, das dann lediglich die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze der Zuständigkeit des Bundesgesetzgebers unterwarf.

Auf den Gebieten der Bekämpfung anderer als gemeingefährlicher und übertragbarer Krankheiten

beim Menschen sowie in bezug auf Wasserhaushalt, Luftreinhaltung und Lärmbekämpfung sind die Aufgaben des Bundesgesetzgebers nach wie vor in der bisherigen Weise beschränkt. Der Bund kann — und hat dies ja auch jetzt getan — im Rahmen der Sozialversicherung auch Pflichtleistungen im Bereich der Früherkennung sicherstellen. Er wirkt im Wege des kooperativen Föderalismus zusammen mit den Ländern auf möglichst einheitliche Regelungen in den Ländern hin.

87. Zum Bereich der Landesgesetzgebung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens gehört zunächst die Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Insoweit gilt das aus dem Jahre 1934 stammende Reichsgesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens mit seinen Durchführungsverordnungen noch heute in einer Reihe von Ländern als Landesrecht fort. Gegenwärtig werden jedoch in mehreren Ländern neue Gesetze über die Organisation der Gesundheitsverwaltungen vorbereitet. Die Landesgesundheitsminister haben im Oktober 1970 eine Kommission eingesetzt, die sich mit der Ausarbeitung eines einheitlichen Entwurfs für Ländergesetze über die Gesundheitsbehörden und ihre Aufgaben befassen soll.

In den Bereich der Landesgesetzgebung gehören im Recht der Heilberufe alle Fragen, die die Ausübung des Berufes betreffen. Auch die Gesundheitsvorsorge, soweit sie nicht von der Krankenversicherung (Vorsorge-Untersuchungen) übernommen wird, die Struktur des Krankenhauswesens und die Hilfe für psychisch Kranke gehören zum Gesetzgebungsbereich der Länder. Es bestehen z. Z. noch Ländergesetze und Verordnungen über den Verkehr mit Impfstoffen und Sera sowie über den Verkehr mit Giften; diesbezügliche Bundesgesetze sind in Vorbereitung.

88. Gesundheitsvorsorge, Krankheitsvorbeugung und Gesundheitsschutz vor Umweltgefahren werden auch in den kommenden Jahren an Bedeutung weiter zunehmen. Es wird zu gegebener Zeit erneut zu prüfen sein, ob die im Grundgesetz eingeräumte Verantwortung des Bundes für gesetzgeberische Maßnahmen dem Aufgabenwandel im Gesundheitswesen entspricht. Es ist auf alle Fälle zunächst vordringlich, den jetzt gegebenen Gesetzgebungsrahmen durch die in diesem Bericht aufgeführten Reformgesetze voll auszufüllen. Für den Bereich des Umweltschutzes ist ein neuer Entwurf für eine entsprechende Grundgesetzänderung vorgelegt worden.

Verwaltung

89. Im Bereich der Exekutive sind die Aufgaben des Bundes im Gesundheitswesen sehr begrenzt. Da die Länder die Bundesgesetze als eigene Angelegenheiten ausführen, sind die Gesundheitsministerien bzw. Gesundheitsabteilungen der Länder die eigentlichen Träger und zugleich die obere Verwaltungsebene für das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik.

Der Bund hat lediglich gewisse Exekutivaufgaben auf dem Gebiet des Verkehrs mit Betäubungsmitteln sowie des Verkehrs mit Arzneimitteln zu erfüllen.

Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit nimmt die Interessen des Bundes im internationalen Gesundheitswesen wahr. Es übt ferner die Dienstaufsicht über folgende nachgeordnete Dienststellen aus:

(1) das Bundesgesundheitsamt

Dieses ist aus dem alten Reichsgesundheitsamt und einigen anderen Institutionen hervorgegangen und hat seinen Sitz in Berlin. Es steht den Bundesministerien für Forschungsaufgaben zur Vorbereitung der Gesetzgebung zur Verfügung und erstellt auch für andere Auftraggeber Fachgutachten. Es besteht aus dem Robert-Koch-Institut für Fragen der Bakteriologie und Epidemiologie, dem Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene, aus dem inzwischen noch eine Abteilung für Strahlenbelastung hervorgegangen ist, und dem Max-von-Pettenkofer-Institut für Fragen der Lebensmittelhygiene, Veterinärmedizin und des Arzneimittelwesens. In den letzten Jahren wurde innerhalb des Bundesgesundheitsamtes noch das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie errichtet, das sich besonders der Erforschung von Umweltschäden und Zivilisationskrankheiten widmet.

Darüber hinaus führt das Bundesgesundheitsamt als Verwaltungsaufgabe die Überwachung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln nach dem Opiumgesetz sowie die Registrierung von Arzneimitteln durch;

(2) die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

Die Bundeszentrale ist aus dem Deutschen Gesundheitsmuseum in Köln hervorgegangen. Sie wird jetzt ausschließlich vom Bund getragen und stellt Material zur gesundheitlichen Aufklärung her, vor allem auch für die Schulen;

(3) das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information in Köln

Dieses Institut dient — für den Bereich der Medizin — der heute auf allen Lebensgebieten notwendigen Sicherung und Speicherung des gesamten Wissensstoffes.

Hierzu soll in Kürze noch das vom Land Hessen zu übernehmende Paul-Ehrlich-Institut in Frankfurt/Main zur Prüfung von Seren und Impfstoffen treten.

Im übrigen unterstützt der Bund finanziell mit dem Land Baden-Württemberg gemeinsam das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg, eine Reihe von Vereinigungen mit volksgesundheitlichen Bestrebungen, die Schaffung medizinischer Einrichtungen mit Modellcharakter und vergibt Forschungsaufträge zur Klärung dringend erscheinender Fragen auf allen Gebieten des Gesundheitswesens.

Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit hat sich zur Beratung bei der Vorbereitung seiner gesetzgeberischen Arbeit ferner

eine Reihe von Beiräten geschaffen. Als zentrales Beratungsorgan steht der Bundesgesundheitsrat zur Verfügung. Dieser wurde im Jahre 1950 gebildet. Er hat die Aufgabe, die Bundesregierung in gesundheitspolitischen Fragen, insbesondere solchen der öffentlichen Gesundheitspflege und Gesundheitstechnik, zu beraten. Seine Mitglieder, die für 4 Jahre berufen werden und deren Zahl 80 nicht überschreiten soll, setzen sich aus allen Bevölkerungsschichten zusammen, die über Erfahrungen im Gesundheitswesen verfügen. Er tritt wenigstens einmal im Jahr zu einer Vollversammlung zusammen, um über die ihm von der Bundesregierung gestellten Fragen oder auch die von ihm selbst für wichtig erachteten Themen endgültig zu beschließen.

90. In den Ländern sind, wie bereits erwähnt, die Gesundheitsministerien oder Gesundheitsabteilungen bestimmter Ministerien zuständig für die Vorbereitung der Landesgesetzgebung aber auch für den Vollzug der Bundes- und Landesgesetze. Sie üben die Dienstaufsicht über die unterstellten Behörden aus.

Auf der mittleren Verwaltungsebene finden sich zentrale Gesundheitsbehörden in den Regierungspräsidien der größeren Länder (Medizinalabteilungen). Sie haben in ihrem Bezirk die gesundheitlichen Verhältnisse zu beobachten und den Vollzug der Gesetze zu kontrollieren. Ihnen unterstehen eine Reihe von Ämtern mit Spezialaufgaben, so die Medizinaluntersuchungsämter, die vor allem der Seuchenbekämpfung dienen und die lebensmittelchemischen Untersuchungsämter.

Das Veterinärwesen, dessen Hauptaufgabe die Gesunderhaltung des Tierbestandes und der Schutz der Menschen vor Gesundheitsgefahren ist, die ihr durch Tiererkrankungen sowie durch Lebensmittel tierischer Herkunft erwachsen können, ressortiert in den Ländern teils in den Gesundheits- teils in den Landwirtschaftsressorts. Die Mittelinstanz verfügt über ein Veterinärdezernat; auf Kreisebene bestehen Veterinärämter. Zur Durchführung diagnostischer Aufgaben in der Tierseuchenbekämpfung und zur laboratoriumsmäßigen Untersuchung von Lebensmitteln tierischer Herkunft sowie für die bakteriologische Fleischuntersuchung stehen neben einigen kommunalen Stellen 26 Staatliche Veterinäruntersuchungsämter zur Verfügung.

Auf der unteren Verwaltungsebene ist die Zentrale für alle gesundheitlichen Bestrebungen der öffentlichen Hand das Gesundheitsamt unter Leitung eines Amtsarztes. Die Aufgaben der Gesundheitsämter sind im wesentlichen durch die Zweite und Dritte Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens aus dem Jahre 1935 festgelegt worden.

Die Gesundheitsbehörden sind mehr und mehr zum Träger gesundheitlicher Beratung und Fürsorge der Bevölkerung geworden. Verschiedene neuere Gesetze fürsorgerischen Inhalts, z. B. das Bundessozialhilfegesetz, haben den Gesundheitsämtern zusätzliche Aufgaben übertragen, z. B. auf dem Gebiet der Meldung und Betreuung von Behinderten.

Die vielfältigen Beratungsstellen für Mütter, für Säuglinge, für Krebskranke, für Geschlechtskranke und für Diabetiker sind ein Beweis dafür, daß staatliche Betätigung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens sich heute nicht mehr auf gesundheitspolizeiliche Funktionen beschränken kann.

Situation des öffentlichen Gesundheitsdienstes

91. Seit Kriegsende ist die Besetzung der vorhandenen Stellen in den Gesundheitsämtern, Bezirksregierungen und Ministerien mit qualifizierten Ärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes zunehmend schwieriger geworden. Dadurch sind diese Behörden vielfach nicht mehr in der Lage, die ihnen gesetzlich übertragenen und von Jahr zu Jahr zunehmenden Aufgaben zu erfüllen. Insbesondere trifft dies für die Gesundheitsämter zu, die je Arzt eine große Einwohnerzahl zu betreuen haben. Mit zunehmender Zahl der je Arzt zu betreuenden Bevölkerung nimmt die ärztliche Leistung je Einwohner ab und der Umfang der unerfüllten Aufgaben zu. Zur ordnungsgemäßen Erfüllung der Aufgaben eines Gesundheitsamtes ist bei ausreichender sozialer, personeller und materieller Ausstattung eine Schlüsselzahl von 1 Arzt auf 20 000 bis 25 000 Einwohner erforderlich. Die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder, die sich mehrfach mit der Notsituation im öffentlichen Gesundheitsdienst befaßt haben, halten eine Schlüsselzahl von 1 : 22 500 für erforderlich. Demnach ergibt sich ein Gesamtbedarf an hauptamtlichen Ärzten für die Gesundheitsämter in der Bundesrepublik von 2 651 Ärzten. Wenn auch exakte Angaben über den gegenwärtigen Fehlbestand an hauptamtlich tätigen Ärzten im öffentlichen Gesundheitsdienst nicht gemacht werden können, so haben doch Schätzungen ergeben, daß in den Bundesländern ein Fehlbestand zwischen 20 und 60 % angenommen werden muß. In den Stadtstaaten sind die Verhältnisse günstiger als in den Flächenstaaten.

Zur Behebung des Ärztemangels im öffentlichen Gesundheitsdienst haben die für das Gesundheitswesen zuständige Minister und Senatoren der Länder u. a. folgende Vorschläge unterbreitet:

- Die Einrichtung von Lehrstühlen für Sozialhygiene und öffentliches Gesundheitswesen,
- die Verbesserung der Arbeitsbedingungen im öffentlichen Gesundheitsdienst,
- die Förderung der Ausbildung und Erleichterungen zur Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen,
- die Schaffung leistungsfähiger Akademien für das öffentliche Gesundheitswesen,
- eine verstärkte Werbung für das öffentliche Gesundheitswesen,
- die Gewinnung vorzugsweise jüngerer Ärzte und die Schaffung einer ausreichenden Zahl von Nachwuchsstellen,
- die Einstufung, die Aufstiegsmöglichkeiten und Einkommen der Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes müssen der Bedeutung und der Verantwortung sowie der erforderlichen Vorbildung entsprechen.

III. Soziale Sicherung, Private Vorsorge und Gesundheitswesen

Zur Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit trägt das System der sozialen Sicherung in erheblichem Umfang bei.

Krankenversicherung

92. 88 vom Hundert der Bevölkerung der Bundesrepublik Deutschland erhält bei Erkrankungen Schutz durch die soziale Krankenversicherung. Rund 10 vom Hundert der Bevölkerung sind in der privaten Krankenversicherung. Darüber hinaus ist ein Teil der gesetzlich Versicherten noch privat versichert. Seit dem Gesetz über die Lohnfortzahlung an kranke Arbeiter besteht der Schutz weniger in Geldleistungen als vielmehr in der medizinischen Versorgung. Das Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung vom 4. November 1970 hat darüber hinaus mit der Einführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten als Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung den Durchbruch zur Sicherung der Gesundheit vollzogen. Ab 1. Juli 1971 haben Versicherte und deren Familienangehörige Anspruch auf folgende Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten:

(1) Kinder bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Maße gefährden,

(2) Frauen vom Beginn des 30. Lebensjahres an einmal jährlich auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen,

(3) Männer vom Beginn des 45. Lebensjahres an einmal jährlich auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen.

Mit diesem Schritt wird erneut deutlich, daß sich die Aufgabe der sozialen Krankenversicherung nicht auf die Bereitstellung von Finanzmitteln beschränkt. Von größerer Bedeutung sind die Wechselwirkungen zwischen den Zielen der Gesundheitspolitik und den Zielen der sozialen Sicherheit. Gesundheits- und Sozialpolitik müssen gleichermaßen dazu beitragen, Gesundheitsleistungen der gesamten Bevölkerung unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit und dem Wohnort des einzelnen zugute kommen zu lassen.

Die gesundheitspolitische Funktion der sozialen Krankenversicherung besteht insbesondere in folgendem:

(1) Der Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung hat einen starken Einfluß auf die Entwicklung und die Struktur des Angebots an medizinischen, insbesondere an ärztlichen Leistungen bei Erkrankung und Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten wie zur Gesundheitsvorsorge.

(2) Die Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen haben den gesetzlichen Auftrag dafür zu sorgen, daß die medizinische Versorgung mit einer ausreichenden Anzahl von Allgemeinpraktikern, Fachärzten und Zahnärzten allen Leistungsberechtigten unabhängig von ihrem Wohnort gleichmäßig und unverzüglich zugute kommt.

(3) Die soziale Krankenversicherung gewährleistet, daß jeder Leistungsberechtigte ohne Berücksichtigung seiner persönlichen wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit eine moderne medizinische Versorgung in Anspruch nehmen kann.

(4) Die soziale Krankenversicherung beeinflußt durch ihre Preis-, Honorar- und Gebührenpolitik die Struktur- und die Leistungsfähigkeit des medizinischen und pharmazeutischen Angebots.

(5) Die soziale Krankenversicherung hat wegen ihrer engen Beziehung zu den Versicherten die Möglichkeit, durch gezielte und wirksame Aufklärung das Gesundheitsbewußtsein der Versicherten und ihrer Familienangehörigen zu verbessern.

93. Die für die Gesundheitspolitik relevanten Orientierungsdaten wirken sich auch nachhaltig in der sozialen Krankenversicherung aus und müssen daher bei der Analyse der Zusammenhänge und der Entwicklung innerhalb dieser gesellschaftlichen Institution beachtet werden.

Der medizinische und technische Fortschritt erhöht nicht nur die Leistungsfähigkeit der ärztlichen Dienste, sondern läßt auch die Heilbehandlungskosten stark ansteigen. Das Gesundheitsbewußtsein der Bevölkerung steigt, was sich in einer zunehmenden Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen und Arzneien niederschlägt. Daneben gibt es eine Reihe von negativ zu bewertenden Entwicklungstendenzen, die beseitigt bzw. gemildert werden müssen. Dazu gehört z. B. die zum Teil steigende psychische und physische Belastung am Arbeitsplatz.

Eine Folge dieser Entwicklungen ist der ständige Anstieg des Leistungsaufwandes in der GKV. Die-

ser Anstieg beruht, wie die Orientierungsdaten für die Gesundheitspolitik zeigen, nicht auf dem System der sozialen Krankenversicherung. Es sind vielmehr Einflußfaktoren dafür verantwortlich, die sich in allen Bereichen der Gesundheitssicherung, also auch im öffentlichen Gesundheitswesen und bei der privaten Krankenversicherung niederschlagen. Sie sind in allen Industriestaaten festzustellen.

Daraus ergeben sich insbesondere zwei Konsequenzen:

(1) Die kontinuierlichen Steigerungen des Leistungsaufwandes, wie sie im Sozialbudget 1970 (Drucksache VI/643) ausgewiesen sind, werden sich auch in Zukunft fortsetzen. Sie beruhen zum Teil auf erwünschten Entwicklungen, wie z. B. das steigende Gesundheitsbewußtsein und die Durchsetzung des medizinischen und technischen Fortschritts.

(2) Da die Kostensteigerungen überwiegend auf Einflußfaktoren zurückzuführen sind, die außerhalb des Systems der sozialen Krankenversicherung liegen, müssen, wenn eine Eindämmung des Kostenanstiegs aufgrund von gesundheitspolitisch nicht erwünschten Einflußfaktoren angestrebt wird, gesundheitspolitische Maßnahmen in erster Linie bei der Verbesserung der Umweltbedingungen ansetzen. Der Versuch, den Kostenanstieg allein oder zumindest überwiegend durch Veränderungen des Systems der sozialen Krankenversicherung zu beseitigen, verkennt die wahren Zusammenhänge.

Ein aktuelles Beispiel für diese Zusammenhänge zwischen Gesundheitspolitik und sozialer Sicherung ist die Einführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten in den Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung. Eine Analyse des gegenwärtigen Forschungsstandes auf dem Gebiete der Früherkennung von Krankheiten zeigt, daß bisher nur bei relativ wenigen Krankheiten wirksame und wirtschaftlich vertretbare Untersuchungsmethoden zur frühen Diagnose entwickelt worden sind. Das Tempo, mit dem die soziale Krankenversicherung ihren Leistungskatalog auf diesem Gebiet fortentwickeln kann, wird also mehr vom medizinischen und technischen Fortschritt bestimmt als beispielsweise von der finanziellen Leistungsfähigkeit der Versicherten.

94. Von den im Sozialbericht 1970 (Drucksache VI/643) aufgeführten Maßnahmen im Bereich der Krankenversicherung wurde am 4. November 1970 das Gesetz zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung verabschiedet. Es sieht eine Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze für Angestellte auf 75 % der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung und deren Dynamisierung vor. Außerdem erhalten Angestellte mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze einen Arbeitgeberbeitrag. Darüber hinaus wird allen Angestellten oberhalb der Versicherungspflichtgrenze 3 Monate lang bis zum 31. März 1971 ein Beitrittsrecht zur GKV gewährt. Ein entsprechendes Recht erhalten diejenigen Angestellten, die erstmalig durch Aufnahme einer Beschäftigung als Angestellter nach dem Angestelltenversicherungsgesetz versicherungspflichtig werden und wegen Überschreitens der Jahresarbeitsverdienstgrenze in der Krankenversicherung nicht versicherungspflichtig sind. Das Bundeskabinett hat im Oktober 1970 Grundsätze für eine Krankenversicherung der Landwirte beschlossen. Danach wird der Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung beauftragt, unverzüglich einen Gesetzentwurf vorzulegen und darin einen gesetzlichen Krankenversicherungsschutz für die selbständigen Landwirte, die mitarbeitenden Familienangehörigen und die Altenteiler in öffentlich-rechtlichen Körperschaften vorzusehen.

95. Beim Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung wurde im Frühjahr 1970 die Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung gebildet. Die Kommission befaßt sich vorrangig mit folgenden Fragen:

(1) Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und zur Vorsorge im Leistungsbereich der sozialen Krankenversicherung

(2) Sicherstellung der kassenärztlichen und kassenzahnärztlichen Versorgung in den Städten, Stadtrandgebieten und auf dem Lande

(3) Krankenversicherung der Landwirte

(4) Verbesserung der Position der sozialen Krankenversicherung auf dem Arzneimittelmarkt

(5) Verbesserung der Stellung des vertrauensärztlichen Dienstes

(6) Erhaltung bzw. Herstellung des Gleichgewichts in der Entwicklung der Einnahmen und der Ausgaben der sozialen Krankenversicherung

(7) Nutzbarmachung der EDV für die soziale Krankenversicherung.

Die Sachverständigenkommission hat sehr wesentlich zu der Einführung von Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten in den Leistungskatalog der sozialen Krankenversicherung beigetragen.

Rentenversicherung

96. Die gesundheitspolitische Bedeutung der gesetzlichen Rentenversicherung ergibt sich bereits aus ihrem Aufgabenkatalog, der mit der Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten eingeleitet und mit der Förderung von Maßnahmen zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Bevölkerung abgeschlossen wird.

(1) Im Zusammenwirken mit anderen Sozialleistungsträgern haben die Rentenversicherungsträger die Schaffenskraft des Versicherten zu erhalten, sie bei Beeinträchtigung zu bessern und wenn möglich, voll wiederherzustellen. Die zur Erreichung dieses Zieles durchzuführenden Maßnahmen erstrecken sich auf Heilbehandlung, Berufsförderung und soziale Betreuung. Die Heilbehandlung umfaßt alle erforderlichen medi-

zinischen Maßnahmen, insbesondere die Behandlung in Kur- und Badeorten sowie Spezialanstalten. Einen wesentlichen Anteil an diesen Maßnahmen hat die Tbc-Bekämpfung, was sicherlich dazu beiträgt, daß die Tbc-Fälle rückläufig sind. Den Rentenversicherungsträgern stehen eigene Anstalten oder Vertragsanstalten zur Verfügung. Die Zuständigkeit der Träger der Rentenversicherung sowie anderer Sozialleistungsträger stehen nebeneinander. Rehabilitationsmaßnahmen gehören zu den von den Rentenversicherungsträgern regelmäßig im Rahmen des pflichtgemäßen Ermessens zu erfüllenden Aufgaben.

(2) Neben der Heilbehandlung kann ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung auch sonstige Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit der Versicherten oder deren Angehörigen durchführen. In diesem Rahmen kann er allgemeine oder Einzelmaßnahmen zur Erhaltung oder Erlangung der Erwerbsfähigkeit der Versicherten oder ihrer Angehörigen oder zur Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Bevölkerung vornehmen.

Als Einzelmaßnahmen werden u. a. Zuschüsse zu den Kosten für Zahnersatz, größere Heil- und Hilfsmittel und kieferorthopädische Behandlungen aber auch Kinderheilverfahren, Sicherungskuren bei Krankheiten tuberkulöser Art sowie Nach- und Festigungskuren für Geschwulstkranke gewährt.

Der Hebung der gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Bevölkerung im allgemeinen dienen insbesondere Mittel für Forschungszwecke, um nach den Krankheitsursachen zu forschen, die die Volksgesundheit bedrohen. Ferner werden Maßnahmen zur Krebsbekämpfung finanziert; die Schulzahnpflege, Gemeindeschwesternstationen, die Jugendherbergen und ähnliche Einrichtungen werden gefördert. Die Träger der sozialen Krankenversicherung erhalten von der Rentenversicherung jährlich Zuschüsse für die Gewährung von Zahnersatz, Heil- und Hilfsmitteln.

Sowohl bei den allgemeinen als auch bei den Einzelmaßnahmen handelt es sich um zusätzliche Leistungen der Rentenversicherung, zu denen der Versicherungsträger nicht verpflichtet ist.

Unfallversicherung

97. Die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten sowie die Entschädigung der von einem Arbeitsunfall oder einer Berufskrankheit Betroffenen ist Aufgabe der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung (gewerbliche und landwirtschaftliche Berufsgenossenschaften, Gemeinde-Unfallversicherungsträger, Eigenunfallversicherung von Bund, Ländern und einigen Großstädten). Die gesetzliche Unfallversicherung erfaßt alle Arbeiter, Angestellten und Lehrlinge, in der Landwirtschaft auch die Unternehmer und ihre Ehegatten, außerdem u. a. Personen, die im öffentlichen Bereich ehrenamtlich oder die in einem Unternehmen zur Hilfe bei Unglücksfällen tätig sind. Dem Deutschen Bundestag liegt der Regierungsentwurf eines Gesetzes vor, durch das Schüler allgemeinbildender Schulen und Studierende an Hochschulen in die gesetzliche Unfallversicherung einbezogen werden sollen.

Der Kampf gegen die Gefahren von Arbeitsunfällen und anderer Gesundheitsschädigungen im Beruf ist eine Hauptaufgabe der Unfallversicherungsträger. Zu den Mitteln der Unfall- und Krankheitsverhütung gehören z. B. die Überwachung und Beratung der Betriebe, die Unterrichtung von Unternehmern und Versicherten — auch in Lehrgängen — sowie die Prüfung von Maschinen und Herstellungsverfahren oder Sicherheitskleidung. Einstellungsuntersuchungen und regelmäßige Untersuchungen von Beschäftigten an gesundheitsgefährdenden Arbeitsplätzen sind ebenso notwendig wie die Erforschung von Unfall- und Krankheitsursachen. Die langfristig sinkende Tendenz der Unfallhäufigkeit der Versicherungsträger wirksam ist.

Die Versicherungsträger sorgen auch dafür, daß genügend Beschäftigte in erster Hilfe ausgebildet werden und in den Betrieben Verbandmaterial und dergl. vorhanden ist. Um die Gesundheit der Verletzten oder Erkrankten wieder herzustellen und eine Verschlimmerung der Unfall- oder Krankheitsfolgen zu verhüten, stehen im sogenannten berufsgenossenschaftlichen Heilverfahren besonders vorgebildete Fachärzte und entsprechend ausgestattete Krankenhäuser, darunter einige von den Versicherungsträgern selbst oder unter ihrer Mitwirkung errichtete, zur Verfügung. Berufshilfe erleichtert es den Verletzten oder Erkrankten, sich wieder in das Arbeitsleben einzugliedern. Versicherte, deren Erwerbstätigkeit ganz oder teilweise gemindert ist, erhalten Renten; beim Tode eines Versicherten werden Hinterbliebenenrenten gezahlt.

Sozialhilfe

98. Die Pflege und Erhaltung der Gesundheit bildet auch im Leistungsbereich der Sozialhilfe einen Aufgabenschwerpunkt. Obwohl das Krankenversicherungssystem in der Bundesrepublich Deutschland weit ausgebaut ist, gibt es noch viele Fälle, in denen kein oder kein ausreichender Versicherungsschutz besteht und die notwendigen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiedererlangung der Gesundheit auch nicht aus eigenen Mitteln bestritten werden können. Individuelle Notstände, die hierauf zurückzuführen sind, dürfen nicht als unvermeidlich und unabänderlich hingenommen werden. In einem sozialen Rechtsstaat muß auch diesen Kranken die Wiederherstellung ihrer Gesundheit ermöglicht werden. Die Voraussetzungen hierfür sind geschaffen durch das Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Das von modernen sozialpolitischen Vorstellungen geprägte Leistungsrecht umfaßt neben der Krankenhilfe u. a. Hilfe zur Pflege, vorbeugende Gesundheitshilfe, Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen, Tuberkulosenhilfe und Hilfen für Behinderte.

Während in der gesetzlichen Krankenversicherung der Leistungsumfang und die zeitliche Dauer der Leistungspflicht durch Satzung beschränkt ist, übernimmt die Sozialhilfe im Rahmen der *Krankenhilfe* ohne Einschränkung die Kosten für alle Maßnahmen, die nach den Erkenntnissen und dem Stand der ärztlichen Wissenschaft angemessen und notwendig sind. Die Krankenhilfe, auf die der Kranke einen Rechtsanspruch hat, umfaßt sowohl ärztliche wie zahnärztliche Behandlung. Darüber hinaus werden Leistungen gewährt, die zur Genesung, Besserung oder zur Linderung der Krankheitsfolgen notwendig sind. Was notwendig ist, bestimmt sich allein nach dem Urteil des Arztes und dem Zustand des Kranken. Unter den niedergelassenen Ärzten hat der Kranke die freie Wahl, soweit sich diese zur Behandlung im Rahmen der üblichen Vergütungen der Orts- und Landkrankenkassen bereiterklären. Im Rahmen der Weiterentwicklung der Sozialhilfe werden Überlegungen angestellt, die Krankenhilfe insbesondere für Chronisch- und Langzeitkranke weiter auszubauen und zu verbessern. Besondere Sorge gilt den Menschen, die infolge schwerer Krankheit, Behinderung oder Gebrechlichkeit ständig pflegebedürftig sind. Soweit die gesetzlichen Voraussetzungen vorliegen, erhält der Kranke *Hilfe zur Pflege*. Der Sozialhilfeverwaltung obliegt die Verpflichtung, die im Einzelfalle notwendige Wartung und Pflege sicherzustellen. Auch hier sind noch Verbesserungen notwendig. Die Pflegemöglichkeiten und die Bereitschaft zur Übernahme häuslicher Pflege müssen verstärkt werden. Zugleich muß das Interesse bei der Jugend, einen pflegerischen Beruf zu ergreifen, geweckt werden. Eine gezielte Öffentlichkeitsarbeit kann hierzu wesentlich beitragen.

Nach dem Grundsatz „vorbeugen ist besser als heilen" erstreckt sich der Leistungsbereich der Sozialhilfe auch auf Maßnahmen der *vorbeugenden Gesundheitshilfe* z. B. Erholungsmaßnahmen für Kinder, Jugendliche und alte Menschen sowie für Mütter in geeigneten Müttergenesungsheimen. Zur Früherkennung von Krankheiten können als Maßnahme der vorbeugenden Gesundheitshilfe Vorsorgeuntersuchungen gewährt werden. Obwohl der Wert von Vorsorgeuntersuchungen unbestritten ist, wird leider noch zu wenig Gebrauch davon gemacht. Der gesundheitspolitischen Forderung eines verstärkten *Gesundheitsschutzes für werdende Mütter und Wöchnerinnen* ist bereits bei der Konzipierung des BSHG im Jahre 1962 entsprochen worden. Durch das Zweite Änderungsgesetz zum BSHG, das am 1. Oktober 1969 in Kraft getreten ist, wurden die Vorschriften verbessert und entsprechen weitgehend der jetzt im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Regelung. Eine nicht zu unterschätzende gesundheitspolitische Bedeutung kommt noch immer der *Hilfe* für *Tuberkulosekranke* zu, obwohl die Zahl der Krankheitsfälle in den letzten Jahren erfreulicherweise rückläufig geworden ist. Als umfassendes Leistungssystem erfüllt die Tuberkulosehilfe im Rahmen der Sozialhilfe eine doppelte Aufgabe:

Die Heilung des Kranken zu fördern und zu sichern sowie die Umgebung vor einer Übertragung der Krankheit zu schützen.

Bestandteil der Hilfe sind alle Maßnahmen, die dieser Zielsetzung dienen.

Statistische Vergleichszahlen der letzten Jahre zeigen, daß die der Gesundheitssicherung dienenden Hilfearten im Leistungssystem der Sozialhilfe zunehmende Bedeutung gewinnen. Eine besonders starke Zunahme der Zahl der Hilfeempfänger in den letzten Jahren ist vor allem bei der Krankenhilfe und der Hilfe zur Pflege zu beobachten.

Private Krankenversicherung

99. Die private Krankenversicherung bietet mit ihren vielfältigen Tarifen und verschiedenen Versicherungsarten einen dem individuellen Bedarf angepaßten Versicherungsschutz. Zu nennen sind hier vor allem die Krankheitskostenversicherung, die selbständigen Teilversicherungen für Krankenhaustagegeld, Krankenhauskosten und Operationskosten, ambulante Behandlung, Zahnbehandlung und -ersatz, Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie die Krankentagegeldversicherung.

100. Ende 1969 bestanden rund 18,97 Millionen Versicherungen, davon etwa 6 Millionen Vollversicherungen. Diese Ziffer ist nicht gleichbedeutend mit der Zahl der versicherten Personen oder der Versicherungsverträge, da eine Person mehrere Verträge haben kann oder andererseits mehrere Personen in einem Vertrag versichert sein können. Viele Personen haben — auch innerhalb eines Vertrages — mehrere Versicherungen (z. B. mehrere selbständige Teilversicherungen) abgeschlossen. Hinzu kommt, daß auch Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung Teil- und Krankentagegeldversicherungen abschließen. Die Zahl der privat versicherten Personen kann daher nur geschätzt werden. Sie dürfte sich auf über 10 Millionen belaufen. Damit ist ein erheblicher Teil der Gesamtbevölkerung privat versichert.

Die Prämieneinnahmen der privaten Krankenversicherer betrugen 1969 rund 3,7 Mrd. DM. Mehr als 4/5 der Prämieneinnahmen gingen an die Versicherten als Versicherungsleistungen einschl. Beitragsrückerstattungen zurück. Die erheblichen Beitragserhöhungen in den zurückliegenden Jahren haben ihren Grund in den stärker — als der allgemeinen Preisentwicklung entsprechend — gestiegenen Heilbehandlungskosten und in dem raschen Fortschritt der medizinischen Wissenschaft. Um der durch gestiegene Heilbehandlungskosten zunehmenden Gefahr der Unterversicherung zu begegnen, hat die private Krankenversicherung daher Anpassungstarife entwickelt, die eine laufende Anpassung auf

der Leistungsseite je nach der Kostenentwicklung und naturgemäß eine entsprechende Anpassung auf der Prämienseite vorsehen.

Wegen der Ausweitung des Kreises der krankenversicherungspflichtigen Personen (Krankenversicherungspflicht der Rentner, Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze) ging der Bestand an Krankheitskostenversicherungen in den beiden letzten Jahren erheblich zurück, dagegen erhöhte sich die Zahl der selbständigen Teilversicherungen, was z. T. darauf zurückzuführen ist, daß infolge des Eintritts der Versicherungspflicht in erhöhtem Maße Zusatzversicherungen neu abgeschlossen worden sind.

Wichtige Maßnahmen in der 6. Legislaturperiode

1. Weiterentwicklung des Rechts der sozialen Krankenversicherung, u. a. durch eine weitere Entwicklung der Vorsorgehilfe einschließlich der Verhütung von Krankheiten
2. Einbeziehung von Schülern allgemeinbildender Schulen und von Studenten wissenschaftlicher Hochschulen in die gesetzliche Unfallversicherung
3. Weiterentwicklung des Vertrauensärztlichen Dienstes auf der Grundlage eines Berichts an den Deutschen Bundestag

VIERTER ABSCHNITT

Aufgaben der Gesundheitspolitik

I. Gesundheitsvorsorge

Aufgaben und Bedeutung der Gesundheitsvorsorge und Krankheitsfrüherkennung

101. Die Änderungen der sozialbiologischen Struktur unserer Gesellschaft, die erhöhten Anforderungen, welche in einer Leistungsgesellschaft an jeden einzelnen, seine Leistungsfähigkeit und damit an seine Gesundheit gestellt werden, sowie der Panoramawandel der Krankheiten, insbesondere die Zunahme der chronisch-degenerativen und malignen Erkrankungen und die dynamische Entwicklung von Diagnostik und Therapie haben das Aufgabenspektrum der Medizin wesentlich erweitert und dabei der Gesunderhaltung und Krankheitsvorbeugung einen immer höheren Rang gegeben. Vorbeugen ist nicht nur besser als Heilen, es ist auch billiger. Die vorbeugende Gesundheitspflege hat nicht allein für den einzelnen und seine Familie, sondern für die gesamte Gesellschaft eine neue Bedeutung bekommen; sie ist zu einer bedeutsamen politischen Aufgabe geworden.

Während Vorsorge sich um Pflege und Erhaltung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit bemüht, ist Vorbeugung (Praeventivmedizin) gegen die Gefahr von Krankheit oder deren Verschlimmerung gerichtet. Zu ihr gehören neben Schutzimpfungen und speziellen prophylaktischen Maßnahmen wie der Rachitisprophylaxe mit Vitamin D oder der Kariesprophylaxe mit Fluor in besonderer Weise die Früherkennung von Krankheiten, Fehlsteuerungen und Fehlentwicklungen. Zwischen beiden Aufgaben gibt es indes fließende Übergänge.

Beiden Aufgaben dient als modernes wissenschaftliches Instrument der Praeventivmedizin die Epidemiologie (im neuen Wortsinn), deren Aufgabe die Aufdeckung von Risikofaktoren, speziellen Krankheitsbedingungen ist, wie sie in ungünstigen Verhaltensweisen des Menschen oder in schädlichen Stoffen der Umwelt vorliegen können.

102. Die Gesundheitsvorsorge, verstanden als Erhaltung und Förderung der Gesundheit, ist in erster Linie abhängig von der persönlichen Lebensführung, einem gesundheitlich vernünftigen Lebensstil jedes einzelnen. Aktionen der Gesundheitsvorsorge wenden sich an Gesunde oder noch Gesunde, zumindest an solche, die sich so fühlen. Dabei stellt Gesundheitsvorsorge sehr stark ab auf die Eigenverantwortung des einzelnen. Er muß aktiv seine täglichen Lebensgewohnheiten den natürlichen Lebensgesetzen anpassen und zudem seine Widerstandsfähigkeit und die natürlichen Abwehrorgane des Körpers gegen krankmachende Einflüsse durch Abhärtung, Übung und Konstitutionsverbesserung stärken.

Ärztliche Aufgabe wird es sein, dem einzelnen dabei zu raten, ihn anzuleiten und mit ihm zusammen Störfaktoren in der Lebenssituation oder im Umweltmilieu zu erkennen und auszuräumen.

Zu den wichtigen Lebensumständen gehören, abgesehen von einer den einzelnen befriedigenden Rolle in der Gesellschaft und von hinreichender sozialer Sicherung,

— vernünftige Ernährung
— hinreichende Wohnbedingungen
— ein angemessener Rhythmus zwischen Arbeit und Erholung, Arbeitszeit und Freizeit.

103. Bei Früherkennungsuntersuchungen handelt es sich im allgemeinen um Aktionen einer gezielten „Fährtensuche" zur frühzeitigen Diagnose zunächst asymptomatischer Erkrankungen. Man nennt sie auch „Filteruntersuchungen" oder „Massendurchsiebung". Stets handelt es sich dabei um die Suche

nach Erkrankungen, die besonders häufig oder für den einzelnen bzw. für die Gesellschaft als gesundheitliches Problem relevant sind und sich bereits früh genug vor dem Auftreten typischer Symptome, mithin noch im symptomfreien oder symptomarmen Stadium, erkennen lassen. Unerläßlich ist, daß nach der Frühdiagnose die Frühbehandlung sofort einsetzen kann, damit durch wirksame Therapie Verlauf und Prognose der Krankheiten wirklich beeinflußt werden können.

Auch Früherkennungsaktionen wenden sich an scheinbar Gesunde, allerdings in der Regel an bestimmte, besonders gefährdete Alters- und Berufsgruppen z. T. differenziert nach Geschlecht. Sie verwenden neben Fragebogen zur Erhebung der Vorgeschichte diagnostische Testmethoden, die hinsichtlich ihrer Leistungsfähigkeit bestimmte Kriterien erfüllen.

Die Methode muß

— standardisiert,

— zuverlässig und reproduzierbar,

— möglichst spezifisch und genügend empfindlich (wenig falsch-negative und falsch-positive Resultate) und

— für die Bevölkerung zumutbar und für größere Untersuchungsreihen praktikabel sein.

Der personelle, organisatorische, technische und finanzielle Aufwand muß in einem vernünftigen Verhältnis zu dem mit Früherkennung und Frühbehandlung verbundenen Nutzen stehen.

Diese Kriterien gelten auch für kombinierte Filteruntersuchungen, für die mehrere physikalische oder klinisch-chemische Untersuchungsmethoden zusammengeschaltet werden, um ein breiteres Spektrum von Krankheiten erfassen zu können.

Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten werden zur Sicherung der Gesundheit der versicherten Bevölkerung als Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung ab 1. Juli 1971 eingeführt werden (siehe Tz. 92).

Freizeit und Erholung

104. Die Abnahme der wöchentlichen Arbeitszeit und die Verlängerung des Urlaubs haben eine erhebliche Zunahme der Freizeit bewirkt. Die Frage, wie diese Freizeit künftig genutzt werden kann und wird, ist von ständig wachsender Bedeutung.

Die Nutzungsmöglichkeiten der Freizeit auch für die Gesunderhaltung sind in der Öffentlichkeit häufig zu wenig bekannt, oft allerdings auch noch zu wenig vorhanden. Angebote der öffentlichen Hand haben sich nur zum Teil bewährt.

Es gilt angesichts der zunehmenden Zivilisations- und Aufbrauchsstörungen das Freizeitbewußtsein des Bürgers zu wecken, daß er aus freier Entscheidung seine Freizeit stärker als bisher im Dienste der Gesundheit nutzt. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln, eine nachgeordnete Behörde des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit, hat eine Freizeitaktion für 1971 unter dem Motto „Mehr Spaß in die Freizeit" vorbereitet.

105. Uber die Freizeit hinaus spielt die Erholung im Urlaub eine wichtige gesundheitspolitische Rolle. Für die überwiegende Zahl der Familien mit Kindern ist der gemeinsame Urlaub als mögliche Form der Erholung an die erste Stelle zu setzen. Nach einer Befragung würden 67 v. H. der Eheleute den Urlaub am liebsten mit den Kindern verbringen. Allerdings dabei darf nicht unerwähnt bleiben, daß neben dem Urlaub mit der Familie auch ein solcher „von der Familie" Erholungswert besitzt, wie auch die Kuren des Müttergenesungswerkes beweisen.

Die gemeinsame Familienferienreise ist trotz der gestiegenen Reiseintensität in der Bundesrepublik nur für einen relativ kleinen Anteil der Familien zu verwirklichen. So haben z. B. Mütter mit drei und mehr Kindern zu 45 v. H. noch nie Urlaub gemacht. Das Angebot an preisgünstigen und geeigneten Ferienunterkünften für Familien mit Kindern ist knapp. Der Bund fördert zusammen mit den Ländern den Bau und die Einrichtung von Familienferienstätten gemeinnütziger Träger. Die Gesamtzahl der vom Bund geförderten Einrichtungen beträgt bisher 117 mit rund 15 150 Betten. Diese stehen vornehmlich kinderreichen und jungen Familien offen, die sonst nicht in der Lage wären, die Ferien gemeinsam an einem Ort zu verbringen. Zur Ausstattung dieser Ferienstätten müssen Einrichtungen zur Entlastung der Mütter gehören. In zunehmendem Maße werden besondere Einrichtungen für behinderte Kinder geschaffen.

Wird der Urlaub mit eigenem Fahrzeug angetreten, so ist daran zu denken, daß die zusätzliche Belastung einer längeren Reise für den Fahrer, insbesondere in den allgemeinen Ferienzeiten und auf vielbefahrenen Verkehrswegen, erhöhte Beanspruchung und vermehrte Unfallgefährdung bedeutet.

106. Der Urlaubserfolg wird so oft bereits bei Urlaubsantritt in Frage gestellt. Deshalb ist es sinnvoller, vor Beginn einer Urlaubsreise einen Tag auszuruhen und nicht direkt nach Beendigung der Arbeitszeit viele Stunden hinter dem Steuer zu sitzen. Außerdem ist auf angemessene Pausen und auf richtige Ernährung zu achten.

Neben den Unfallgefahren sind im Urlaub ungewohnte Leistungen zu vermeiden. Nur wenn der Urlaub den körperlichen und den geistigen Möglichkeiten jedes einzelnen angepaßt ist, können aufgebrauchte physische und psychische Reserven wiedererlangt und neue geschaffen werden.

Sport

107. Regelmäßiges körperliches Training ist ein hervorragendes Vorbeugungsmittel gegen zahlreiche Zivilisationskrankheiten. Gegenwärtig treibt nur ein geringer Teil der Bevölkerung regelmäßig

Sport. Eine repräsentative Umfrage über die sportliche Aktivität der Bevölkerung ergab, daß ein großer Teil der Bevölkerung dem Sport aufgeschlossen gegenübersteht, daß aber noch viel Öffentlichkeitsarbeit und gesundheitserzieherische Maßnahmen erforderlich sind, um den Sport — angefangen vom Schulsport bis zum Behindertensport — in größeren Bevölkerungskreisen zu einem gesundheitsfördernden Faktor werden zu lassen. Bei zunehmender Verkürzung der Arbeitszeit gilt es, den Ausgleichssport als Freizeitbeschäftigung selbstverständlich werden zu lassen.

In diesem Rahmen sind die vom Bund geförderten Bundesjugendspiele zu erwähnen. An ihren Sommer- und Winterspielen nehmen in jedem Jahr rund vier Millionen Jugendliche im Alter von 10 bis 20 Jahren teil. Diese Spiele wollen der Gesamtheit der Jugend, vor allem aber auch den sportlich weniger Begabten, einen Anreiz zur sportlichen Betätigung und die Möglichkeit zum — wenn auch für viele nur bescheidenen — Erfolgserlebnis geben. Sie erlauben den Vergleich der eigenen mit der durchschnittlichen Leistung und sind deshalb ein Test für die allgemeine Leistungsfähigkeit.

Die Bundesregierung beabsichtigt, zentrale Veranstaltungen der sportlichen Jugendbildung als Sonderprogramm in den Bundesjugendplan einzufügen und mit angemessenen Mitteln auszustatten. Dadurch soll die sportliche Ausbildung der Jugend als ein wesentlicher Bestandteil der durch den Bundesjugendplan zu fördernden Jugendbildung hervorgehoben werden.

Der Bund fördert den Bau von Sportstätten wie auch zentrale Maßnahmen der Sportorganisationen. Er begrüßt und unterstützt Werbeaktionen wie „Trimm Dich durch Sport" des Deutschen Sportbundes.

Der Bund wird darauf hinwirken, daß die im Oktober 1970 konstituierte Deutsche Sportkonferenz dem Breitensport ihre besondere Aufmerksamkeit widmet und Empfehlungen zu allen Bereichen des Breitensports verabschiedet, dessen Förderung im wesentlichen Angelegenheit der Länder ist.

Sportmedizin

108. Bei der Bedeutung des Sports sind der Sportmedizin vermehrte Aufgaben zugewachsen. Sie hat die Gesetzmäßigkeiten zwischen Übung und Übungswirkung im Rahmen von Praevention und Rehabilitation zu klären, bei der Entwicklung von Übungs- und Trainingsmethoden mitzuwirken und die Voraussetzungen für eine ausreichende ärztliche Betreuung der sporttreibenden Bevölkerung zu schaffen. Deshalb stellt die Bundesregierung

für die sportmedizinische Forschung und Dokumentation, für die sportärztliche Betreuung von Spitzensportlern und dem Deutschen Sportärztebund, vor allem für die Aus- und Fortbildung von Sportärzten,

Mittel zur Verfügung.

109. Zu einer stärkeren Förderung der Sportmedizin trägt auch die Errichtung eines Bundesinstituts für Sportwissenschaft in Köln bei, das — mit neuzeitlichen Dokumentationsmethoden — vor allem der Koordinierung und Konzentrierung der sportwissenschaftlichen, einschließlich der sportmedizinischen Forschung in der Bundesrepublik dienen soll.

Gegenwärtig wird zwischen der Bundesregierung, den Ländern, dem Deutschen Sportbund und dem Deutschen Sportärztebund über die vermehrte Errichtung sportärztlicher Untersuchungs- und Beratungsstellen sowie die Festlegung eines einheitlichen Untersuchungsganges beraten.

Haltungsschäden

110. Nach Erhebungen der Arbeitsgemeinschaft zur Förderung haltungsgefährdeter Kinder und Jugendlicher sind 30 % aller Schulkinder und 20 % der Kinder im schulpflichtigen Alter als haltungsschwach zu bezeichnen. Haltungsschäden wurden 1963 und 1965 bei Untersuchungen von Schulanfängern bei 10 % der Jungen und 9 % der Mädchen festgestellt.

Bei einer weiteren Untersuchung an Schulanfängern wiesen 1966 sieben v. H schwere Haltungsschäden und 11,4 % Haltungsfehler auf.

Kinder mit Haltungsschwächen bedürfen zusätzlicher gezielter und individuell ausgerichteter Übungsreize, die über einen längeren Zeitraum regelmäßig einwirken müssen. So kann der Entwicklung von Haltungsschwächen vorgebeugt werden. Die Arbeitsgemeinschaft zur Förderung haltungsgefährdeter Kinder und Jugendlicher wendet sich daher um Hilfe an die in vorschulischen und schulischen Einrichtungen (Kindergärten und Schulen) tätigen Lehr- und Erziehungskräfte. Sie werden in Theorie und Praxis (leibeserzieherische Übungen auf pädagogisch-medizinischer Grundlage) ausgebildet. Die Arbeitsgemeinschaft hat über den Bundesjugendplan Lehrteams geschaffen, die aus in der Haltungserziehung erfahrenen Pädagogen und Ärzten bestehen und Kurse in allen Ländern der Bundesrepublik abhalten. Der Ausbau der Lehrteams ist auf Grund der erheblichen Nachfrage und der Größe des anzusprechenden Personenkreises erforderlich.

Ernährung

111. Richtige Ernährung ist eine wichtige Voraussetzung für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit. Ein großer Teil der Zivilisationskrankheiten ist durch falsche Ernährung mit bedingt. Ernährungswissenschaftler schätzen, daß jeder 3. Todesfall in der Bundesrepublik auf eine ernährungsabhängige Krankheit zurückzuführen ist. Fehlernährung muß heute als Ursache bzw. Mitursache für eine deutliche Zunahme von Krankheiten des Stoffwechsels,

des Herz-Kreislauf-Systems und des Magen-Darm-Bereichs sowie der Karies angesehen werden.

Durch diätetische Maßnahmen ist es möglich, die Erkrankungsziffern zu mindern und bei bestehenden Erkrankungen den Verlauf günstig zu beeinflussen. 20 bis 25 % der Bevölkerung sind ständig auf eine Schonkost angewiesen; bei jeder zehnten werdenden Mutter werden Komplikationen durch Fehlernährung beobachtet. Zusätzlich kann durch eine angepaßte Ernährung die Leistungsfähigkeit des Menschen sogar erhöht werden.

112. Obwohl heute bei uns nur noch jeder Zehnte schwere körperliche Arbeit verrichtet, wird bei der Ernährung diesem Gesichtspunkt nicht genügend Rechnung getragen. So werden im Durchschnitt wie früher täglich rd. 3000 Kalorien pro Erwachsener verbraucht, obwohl der Bedarf nur bei 2600 Kalorien liegt. Dies bedeutet, daß der Bewohner der Bundesrepublik täglich 400 Kalorien zu viel zu sich nimmt. Dieser Kalorienüberschuß wird im wesentlichen durch zuviel genossenes Fett und Kohlenhydrate geliefert. Der Fettverbrauch beträgt in der heutigen Durchschnittskost rund 133 g pro Tag, während die wünschenswerte Fettzufuhr bei 70 bis 80 Gramm Fett liegt. Ebenso sollte nach Auffassung der Ernährungswissenschaft der Verbrauch von Zukker von zur Zeit rund 100 g pro Tag auf 60 bis 70 g pro Tag gesenkt werden.

Die Voraussetzungen für eine den Gesundheitsanforderungen entsprechende Ernährung ist eine bereits im frühen Schulalter einsetzende umfassende Aufklärung und Beratung in allen Fragen richtiger Ernährung. Nur wenn solides Wissen um vollwertige Ernährung und um ihre vorbeugende Wirkung gegenüber Krankheiten Allgemeingut geworden ist, besteht die Hoffnung, daß die zahlreichen, durch eine falsche Ernährung hervorgerufenen Gesundheitsschäden vermieden werden.

Der Erfüllung dieser Beratungsaufgaben dienen vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit finanzierte Informationsschriften, Dia-Reihen, Ausstellungen u. a. der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE), der Arbeitsgemeinschaft der Verbraucherverbände und des Bundesausschusses für volkswirtschaftliche Aufklärung. Diese Schriften haben ein sehr großes Interesse mit hohen Auflageziffern gefunden.

Die Methoden der Information über gesunde Ernährung müssen effektiver und intensiver gestaltet werden. Von der DGE ausgebildete *„Ernährungsberaterinnen DGE"* sind — über das ganze Bundesgebiet verteilt — auch in eigenen Beratungsstellen und Lehrküchen der DGE aufklärend und beratend tätig.

113. Die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung im Auftrag der Bundesregierung herausgegebenen Ernährungsberichte dienen nicht nur der gesundheitlichen Ernährungsberatung als Unterlage, sondern sie enthalten auch Empfehlungen an die Ernährungswirtschaft, ihrerseits zur gesunden Ernährung der Bevölkerung beizutragen.

So wird schon im Ernährungsbericht 1969 zur Anpassung an den Nährstoffbedarf in einer industrialisierten Umwelt u. a. empfohlen,

- Das Angebot an Milcherzeugnissen, an fettarmer Milch und fettarmen Käsesorten vielseitiger zu gestalten,
- das Schulmilchfrühstück auszubauen,
- das Sortiment an Spezialbrotsorten reichhaltiger zu machen,
- das Angebot an modernen Fischzubereitungen auszuweiten,
- tiefgefrorene Fertiggerichte verstärkt in die Groß- und Gemeinschaftsverpflegung einzuführen,
- für Zwischenmahlzeiten geeignete Lebensmittel und Zubereitungen zu entwickeln,
- Schokoladen- und Süßwaren zu entwickeln, die vitamin- und eiweißreiche Zusätze enthalten.

In den zukünftigen Ernährungsberichten werden diese Empfehlungen ausgebaut und Wege gewiesen werden müssen, in Zusammenarbeit mit der Ernährungswirtschaft die Produktion und Vermarktung neuer, ernährungsphysiologisch angepaßter Erzeugnisse zu fördern.

Ärztliche Vorsorgeberatung

114. Vorsorgeberatung soll Beratung Gesunder und Führung zu „gesunder" Lebensweise sein. Sie ist gewissermaßen das Gegenstück im individuellen „Patient"-Arzt-Verhältnis zur allgemeinen Gesundheitsaufklärung und Gesundheitserziehung. Bevor der Ratsuchende beraten werden kann, müssen zunächst Fakten festgestellt sowie seine Lebensform und soziale Situation analysiert werden. Kernstück der Vorsorgeberatung ist mithin eine sorgfältige biographische Anamnese, die sich auch mit der häuslichen und familiären Sphäre und dem Arbeitsmilieu beschäftigt. Die Lebensweise, der Tageslauf, die Freizeitgestaltung, die Ernährungs- und Genußgewohnheiten und die darin liegenden Risikofaktoren müssen deutlich werden. Es hat sich bewährt, für eine programmierte Erhebung einen sorgfältig ausgearbeiteten Fragebogen zu verwenden, anhand dessen mögliche Anfälligkeiten und Gefährdungen, konstitutionelle Schwächen und beginnende Abnutzungserscheinungen zwischen Arzt und Ratsuchendem erörtert werden, um ihnen künftig zu begegnen. Wenn die biographische Anamnese durch eine genormte Befunderhebung mit einfachen Messungen noch ergänzt wird, kann nach ausländischen Erfahrungen der Arzt nicht nur Risikofaktoren aufdecken, sondern bei Männern einem Drittel, bei Frauen einem Fünftel bisher unbekannter Befunde mit Krankheitswert auf die Fahrte kommen, obwohl dies nicht die primäre Aufgabe der Vorsorgeberatung ist.

Über längere Zeiträume durchgeführte Pilotstudien werden zunächst weitere Aufschlüsse über Aufwand und Vorsorgeeffekt geben müssen.

Gesundheitspaß

115. Die Einführung eines Gesundheitspasses für alle Bundesbürger, der zuverlässige Angaben über alle durchgemachten und vorhandenen körperlichen und geistig-seelischen Krankheiten und Gebrechen sowie über familiäre Belastungen enthalten müßte, steht zur Diskussion. Auch der Europarat hat 1970 die Frage aufgegriffen, ob, gegebenenfalls unter Verwendung eines international vereinbarten und nur Ärzten bekannten Schlüssels, eine „Europäische Gesundheitskarte" in allen Mitgliedstaaten eingeführt werden kann. Eine verbindliche Einführung stößt auf rechtliche Bedenken. Der Verschwiegenheitsanspruch des Patienten ist nicht ausreichend gewährleistet. Die Vollständigkeit der Angaben müßte durchgesetzt und überwacht werden, wobei fehlerhafte Eintragungen nicht auszuschließen sind.

116. Von behördlicher Seite wird seit 1961 das Impfbuch für alle Neugeborenen ausgestellt, in dem alle Impfungen u. a. gegen Pocken, Diphtherie, Wundstarrkrampf oder Kinderlähmung eingetragen werden. Außerdem ist darin ein Abschnitt für Vermerke über Seruminjektionen vorgesehen. Zusätzlich können Aufzeichnungen über Allergien oder Stoffwechselerkrankungen — beispielsweise Diabetes — sowie über Blutgruppe und Blutfaktoren aufgenommen werden.

117. Für Schwangere erfüllt der Mütterpaß, der an die in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherten werdenden Mütter ausgegeben wird, die Funktion eines Gesundheitspasses. In den Mütterpaß wird auch der Rhesusfaktor eingetragen.

Ein umfassendes Bild über die gesundheitlichen Verhältnisse können Notfall-, Unfall-, Mütter- oder Impfpässe jedoch nicht geben.

Gesundheitshilfe für Mutter und Kind

Dieser Bereich umfaßt den für die gesamte kindliche Entwicklung wesentlichen Beziehungskreis „Mutter und Kind".

Für die Gesundheitsvorsorge gilt es dabei, optimale Maßnahmen zur Vermeidung jeden Risikos für Mutter und Kind zu treffen sowie — falls Abweichungen von der Norm bereits vorhanden sind — sie möglichst frühzeitig zu erkennen und eine entsprechende Behandlung einzuleiten, um eine normale körperliche und geistige Entwicklung des Kindes zu gewährleisten. Das gilt in gleicher Weise sowohl für die Schwangerschaft und die besonders gefahrvolle perinatale Phase, wie auch für das Säuglings- und Kleinkinderalter.

Familienplanung — Familienberatung

118. Zur Familienplanung gehören neben Beratungen über die verschiedenen Methoden der Empfängnisregelung einschließlich der Anwendung der Ovulationshemmer auch Ratschläge bei Kinderlosigkeit. Kinder sollten zu einem Zeitpunkt und in einem zeitlichen Abstand geboren werden, die eine Gesunderhaltung der Mütter und ein gesundes Hineinwachsen der Kinder in die Familie gewährleisten.

Nach einer im Sommer 1970 im Auftrag der Bundesregierung durchgeführten Umfrage bei Schwangeren gaben die Hälfte der Befragten den Wunsch nach zwei, ein Viertel den Wunsch nach drei Kindern an. Dreiviertel aller Frauen waren sich dabei mit dem Ehemann einig. Bei etwa der Hälfte war das Kind zu diesem Zeitpunkt gewünscht worden, während für etwa ein Viertel der Frauen der Zeitpunkt zu früh, und für ein Fünftel überhaupt unerwünscht war. Als Gründe für das zu einem bestimmten Zeitpunkt geplante Kind wurden etwa gleichwertig angegeben:

„Ich wollte nicht zu alt werden für die Geburt dieses Kindes"

„Es war nicht von äußeren Umständen abhängig, ich (wir) wollte(n) das Kind einfach jetzt haben"

„Ich habe schon ein Kind, und das sollte unbedingt ein Geschwisterchen bekommen"

„Wir konnten uns dieses Kind finanziell jetzt leisten — ein Kind kostet doch einiges"

Demgegenüber traten zahlenmäßig folgende Gründe zurück:

„Wir sind jetzt von den Räumlichkeiten der Wohnung her in der Lage, (noch) ein Kind zu bekommen"

„Ich brauche jetzt nicht mehr mitzuverdienen"

„Wir wollten vor diesem Kind erst noch einige Anschaffungen machen"

„Ich wollte das Kind in dieser Jahreszeit bekommen"

Eine verantwortungsbewußt durchgeführte Empfängnisregelung stellt darüber hinaus eine wichtige Vorbeugungsmaßnahme gegen illegale Schwangerschaftsunterbrechungen dar. Wenn auch wegen der erheblichen Dunkelziffer Zahlen über Abtreibungen nicht vorliegen, wird von Gynäkologen doch von einem deutlichen Rückgang in den letzten Jahren gesprochen. Ursache dürfte neben besseren Kenntnissen über Methoden der Empfängnisverhütung die zunehmende Verwendung von Ovulationshemmern sein.

Bemerkenswert erscheint allerdings in diesem Zusammenhang die Tatsache, daß in den letzten Jahren die Zahl der von jugendlichen Müttern Geborenen, insbesondere von ledigen Müttern im Alter von 13 bis unter 18 Jahren, gestiegen ist, wie aus der nachstehenden Übersicht ersichtlich.

Während 1950 von 6,9 % aller Geborenen die Mütter im Alter von 13 bis unter 21 Jahren standen, betrug dieser Anteil im Jahre 1968 12,0 %. Der prozentuale Anteil der von ledigen Müttern im Alter von 13 bis unter 18 Jahren nichtehelich Geborenen hat sich im gleichen Zeitraum mehr als verdreifacht; jedes 10. im Jahre 1968 nichtehelich geborene Kind hatte eine Mutter in dieser Altersgruppe.

Geborene von Müttern im Alter von 13 bis unter 21 Jahren

Jahr	Merkmal	insgesamt jeweils = 100	darunter von Müttern im Alter von 13 bis unter 18 Jahren		von 18 bis unter 21 Jahren	
			Anzahl	%	Anzahl	%
1938 [1])	Geborene	1 380 268	8 159	0,6	64 218	4,7
	nichtehelich	105 710	6 115	5,8	28 463	26,9
1950	Geborene	830 953	4 177	0,5	52 772	6,4
	nichtehelich	81 798	2 661	3,3	17 386	21,3
1955	Geborene	836 686	5 090	0,6	62 784	7,5
	nichtehelich	66 339	3 149	4,7	17 254	26,0
1961	Geborene	1 027 391	8 139	0,8	81 568	7,9
	nichtehelich	61 507	4 092	6,7	16 375	26,6
1965	Geborene	1 057 229	10 374	1,0	80 118	7,6
	nichtehelich	49 933	4 375	8,8	12 304	24,6
1968	Geborene	980 527	11 362	1,2	105 709	10,8
	nichtehelich	46 917	4 837	10,3	14 449	30,8

[1]) Reichsgebiet Stand: 31. 12. 1937

Quelle: Statistisches Bundesamt

119. Die Beratung in Fragen der Empfängnisregelung ist nicht nur und auch nicht immer in erster Linie Aufgabe des Arztes, sondern daneben aller öffentlichen und privaten Stellen und Organisationen, die sich in einem umfassenden Sinne mit Eheberatung befassen. Neben der Deutschen Gesellschaft für Familienplanung Pro Familia — Mitglied der International Planned Parenthood Federation —, die ganz allgemein und überwiegend mit medizinischer Akzentsetzung in Fragen der Kontrazeption und Fertilität berät, berichten auch die konfessionellen und paritätischen Eheberatungsstellen über die zunehmende Bedeutung dieses Themas in ihrer Beratungstätigkeit. Sowohl das Katholische Zentralinstitut für Ehe- und Familienfragen als auch die Konferenz für evangelische Familien- und Lebensberatung e. V., im paritätischen Bereich außerdem die Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung haben sich dabei eindeutig zum Gedanken der Familienplanung aus verantwortungsbewußter Elternschaft bekannt. Auch im Rahmen der von diesen Einrichtungen durchgeführten Bildungsmaßnahmen (z. B. Vorbereitungskurse auf Ehe und Familie) nehmen die Themen Geschlechtserziehung und Familienplanung entsprechend einem wachsenden Interesse aller Bevölkerungskreise einen weiten Raum ein.

Nicht selten führen Schwierigkeiten im menschlichen Zusammenleben zu dauernden gesundheitlichen Schäden. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn der einzelne sich derartigen Spannungen aufgrund enger persönlicher Bindungen nicht oder nur schwer entziehen kann. So führen insbesondere Störungen des Verhältnisses der Ehegatten zueinander wie auch allgemein Störungen des Familienlebens bisweilen zu schwerer körperlicher und seelischer Krankheit. Nur in geringem Umfang sind die Ursachen einer solchen Entwicklung mit Mitteln und Methoden der Medizin — in engerem Sinn — zu beseitigen; hier kommt insbesondere psycho-therapeutischen Maßnahmen vorrangige Bedeutung zu. Wenn auch dieser Bereich bisher statistisch kaum ausgewertet ist, steht doch andererseits fest, daß die institutionelle Eheberatung in der Bundesrepublik seit Jahren zunehmend von allen Bevölkerungskreisen in Anspruch genommen wird. Durch erhebliche Zuschüsse des Bundes zu den zentralen Maßnahmen der freien Trägerorganisationen hat die Bundesregierung deshalb seit Jahren zu einer Vermehrung derartiger Beratungsstellen und zur fachlich hochwertigen Ausbildung der in ihnen tätigen Mitarbeiter beigetragen.

120. Humangenetische Gesichtspunkte müssen künftig bei der Geschlechtserziehung, Familienplanung und Eheberatung mehr Berücksichtigung finden. Dazu zwingt auch die Entwicklung der modernen Biochemie, Immunologie und Morphologie. Moderne Humangenetik hat nicht das geringste mit der vom nationalsozialistischen Gedankengut verfälschten Eugenik zu tun.

Der Prozentsatz der mit angeborenen Entwicklungsstörungen geborenen Kinder wird zwischen vier bis fünf v. H. angegeben. Ein kleiner Teil davon ist nachweisbar erblichen Störungen zuzuschreiben, ein größerer Teil einem bis jetzt ungeklärten Zusammenwirken genetischer und umweltbedingter Fak-

toren. Eine gewisse Anzahl erblicher Krankheiten, die erst später im Leben in Erscheinung treten, ist hinzuzuzählen.

Auf die Notwendigkeit des Aufbaues klinsich-humangenetischer Beratungsstellen, aber auch der Forschung und Ausbildung notwendigen Personals, hat die Weltgesundheitsorganisation 1969 in Empfehlungen nachdrücklich hingewiesen.

Die Bundesregierung ist bemüht, erstmals im Jahre 1971 Modelle für humangenetische Beratungsstellen zur Unterrichtung von Ratsuchenden, z. B. über vermeintliche Erbleiden, über deren Früherkennung und Behandlungsaussichten nach der Geburt und über verantwortungsbewußte Elternschaft, zu fördern.

Schwangerenberatung

121. Die Schwangerenberatung dient der Verhütung und Früherkennung von Risiken bei Mutter und Kind. Ihr kommt zum Schutze des Lebens von Mutter und Kind eine große gesundheitspolitische Bedeutung zu. Sie trägt damit auch maßgeblich zur Senkung der Mütter- und frühkindlichen Sterblichkeit bei.

122. Zur Senkung der mit 53,1 (bezogen auf 100 000 Lebendgeborene) 1969 noch relativ hoch liegenden Müttersterblichkeit werden zwei Wege beschritten. Der eine Weg betrifft die Hebung der Leistungsfähigkeit der geburtshilflichen Abteilungen über eine technische und personalmäßige Verbesserung der Ausstattung unter Aufhebung von „Zwergstationen" und die weitere Zunahme der Zahl der Klinikentbindungen bei gleichzeitigem Rückgang von Hausgeburten. 1968 wurden bereits 91,6 % aller Geburten in der Klinik durchgeführt.

Für den zweiten Weg sind durch die Einführung der Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere als Pflichtleistung der gesetzlichen Krankenversicherung 1966 die Voraussetzungen geschaffen worden. Damit liegen für die Gesundheit des Kindes wie auch der Mutter und zur Abwendung vermeidbarer Risiken gute Voraussetzungen vor, die allerdings nach 3½ Jahren Einführungszeit immer noch nicht ausreichend in Anspruch genommen werden.

Regelmäßige Untersuchungen und sorgfältige Überwachung aller Schwangeren entsprechend den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sowie die intensive Betreuung von Risikoschwangeren während der Schwangerschaft und unter der Geburt, sind zwingend und auch weiterhin anzustreben, damit jede vorsorgewillige Schwangere auch wirklich ausreichend und zweckmäßig betreut wird.

123. Während die Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen nach einem bestimmten Programm durch die Kassenärzte erfolgen, sind seit Herbst 1970 durch eine Ergänzung der einschlägigen Verordnung auch die Hebammen in die Schwangerenvorsorge im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung eingeschaltet. Ihre Aufgaben sind Beratung der Schwangeren, insbesondere über Lebens- und Ernährungsweise, und auf Anordnung des Arztes einfache Untersuchungen, sowie schließlich die Schwangerengymnastik.

Außerdem werden von verschiedenen privaten oder staatlichen Organisationen, z. B. vom öffentlichen Gesundheitsdienst, kostenlose Schwangeren- und Säuglingspflegekurse einschließlich der Gymnastikkurse zur Geburtserleichterung angeboten.

Teilweise finden besondere Schulungen auch im Rahmen der Mütterschulen öffentlicher und karitativer Organisationen statt. Auch in Veranstaltungen der Elternbildung und in Kursen zur allgemeinen Ehevorbereitung nehmen diese Fragen der Vorsorge für Mutter und Kind ebenfalls einen breiten Raum ein.

Gesundheitshilfe für Neugeborene und Säuglinge

Das Ziel der Gesundheitshilfe für Neugeborene und Säuglinge ist nicht nur die Senkung der Säuglingssterblichkeit, die zur Zeit noch 23,1 (im ersten Lebensjahr Verstorbene bezogen auf 1000 Lebendgeburten) beträgt, sondern ebenso die Früherkennung und Frühbehandlung von Gesundheitsstörungen, die zu bleibenden körperlichen oder geistigen Schäden führen können.

124. Unter der Säuglingssterblichkeit nimmt die Sterblichkeit der ersten Lebenswoche mit 70 % den höchsten Anteil ein. Daher müssen alle Maßnahmen zur Senkung der Frühsterblichkeit auf eine Verbesserung der Geburtshilfe und der nachgeburtlichen Betreuung und dabei besonders auf die Erfassung und Überwachung der Risikokinder gerichtet sein. Alle auffälligen Neugeborenen sind als Risikokinder anzusehen, die im Rahmen nachgehender Untersuchungen besonders betreut und in ihrer Entwicklung besonders sorgsam beobachtet werden müssen. Dazu bedarf es einer optimalen Zusammenarbeit zwischen Geburtshelfern und Kinderärzten, wie sie in manchen Kliniken bereits mit Erfolg praktiziert wird. Es ist eine gesundheitspolitische Aufgabe besonderen Ranges, die äußeren Voraussetzungen hierfür überall im Bundesgebiet zu schaffen. Die gesetzliche Krankenversicherung gewährt ab 1. Juli 1971 Säuglingen den Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung in besonderem Maß gefährden.

125. Bei der Gesundheitshilfe für Säuglinge sind in erster Linie folgende Punkte zu beachten:

- Direkt nach der Geburt ist eine erste Neugeborenenuntersuchung zur Prüfung der Lebensfähigkeit vorzunehmen. Schon dabei können gröbere Schäden festgestellt werden.
- Weiter ist in jedem Falle die von erfahrenen Ärzten durchzuführende umfassende Neugeborenen-Basisuntersuchung unbestritten.

- Anschließend sehen verschiedene Programme für die Vorsorge bei Säuglingen eine Reihe umfassender und differenzierter Untersuchungen vor, deren Ausmaß und zeitliche Abstände noch diskutiert werden.
- Schwere Erkrankungen und Behinderungen, z. B. angeborene Herzfehler, Hüftgelenksanomalien, Stoffwechsel-, Hör- und Sehstörungen sowie cerebralparetische Bewegungsstörungen können dabei rechtzeitig festgestellt und durch sofort einsetzende Behandlung gebessert bzw. behoben werden.
- Zur Aufdeckung angeborener Stoffwechselstörungen (besonders der Phenylketonurie) sind Filteruntersuchungen in allen Bundesländern eingeführt worden, wobei regionale Unterschiede bei der Durchführung, der Kostendeckung und der Einbeziehung weiterer Stoffwechselstörungen bestehen. Eine Beteiligung an diesen freiwilligen Verfahren ist unterschiedlich und hat sich in einem Bundesland von 15 % im Jahre 1967 auf 70 % im ersten Halbjahr 1970 gesteigert. Durch Diagnose und Behandlungsbeginn in den ersten Lebenswochen können bei diesen Stoffwechselstörungen, die in einer Häufigkeit von 1:10 000 auftreten, hochgradiger Schwachsinn und Siechtum vermieden werden.
- Unter den krankheitsvorbeugenden Maßnahmen hat sich besonders die BCG-Impfung der Neugeborenen gegen Tuberkulose als freiwillige kostenlose Impfung durchgesetzt. Sie ist als eine der erfolgreichsten Maßnahmen gegen die Tuberkulose anzusehen.

126. Die Einrichtung und Durchführung von Mütterberatungen ist nach wie vor Pflichtaufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dabei handelt es sich nicht um eine Behandlung, sondern um eine Beratung der Mütter durch Ärzte und andere Fachkräfte. Neben der Untersuchung der Säuglinge auf angeborene und erworbene Störungen nimmt die gesundheitliche Beratung der Mütter mit Ratschlägen in der Gesundheitspflege sowie die Information über Fragen der kindlichen Entwicklung und Erziehung einen breiten Raum ein.

Ein bedeutsame Rolle spielt in der Mütterberatung immer noch die Rachitis-Prophylaxe, die sich in den vergangenen Jahren von der Stoß- zur protrahierten Prophylaxe gewandelt hat. Dabei wird allerdings von den Müttern ein hohes Maß an zuverlässiger Mitarbeit gefordert.

Kleinkinderuntersuchungen

127. In dem für die ungestörte Entwicklung bedeutsamen Kleinkindalter vom 2. bis 5. Lebensjahr werden im Rahmen der Gesundheitsvorsorge mindestens eine umfassende Untersuchung im 2. Lebensjahr und eine Untersuchung mit 4½ Jahren für erforderlich gehalten. Dabei geht es neben den bereits in der Säuglingszeit beobachteten Abweichungen von der Norm um die Neuentdeckung bisher unbekannter Entwicklungsstörungen, vor allem des Seh-, Hör- und Sprachbereichs. Die gesetzliche Krankenversicherung gewährt ab 1. Juli 1971 Kindern — bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres — Anspruch auf Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in besonderem Maße gefährden.

Eine Reihe von Modelluntersuchungen bei Vierjährigen haben in Verbindung mit Erfahrungen der Schulärzte bei Einschulungsuntersuchungen gezeigt, daß im 5. Lebensjahr eine umfassende Befundaufnahme erfolgen muß, wenn man erhebliche spätere Schäden vermeiden und beginnende Störungen im Bereich der Sinnesorgane und des Haltungsapparates bis zur Einschulung noch korrigieren will. Je weiter der Beginn der Einschulung vorverlegt wird, um so mehr gewinnt die von Schulärzten des öffentlichen Gesundheitsdienstes durchzuführende Untersuchung im 5. Lebensjahr den Charakter einer Einschulungsuntersuchung. Bisher können die Gesundheitsämter lediglich bei Kindern, die Kindergärten besuchen, eine allgemeine Untersuchung veranlassen, während alle übrigen Kinder von dem behandelnden Arzt meistens nur anläßlich einer Erkrankung untersucht werden. Nur durch die rechtzeitige und intensive Behandlung von Entwicklungsstörungen und anderen Leiden bis zur Einschulung ist die Gewähr für eine angemessene Schul- und Berufsausbildung und spätere Eingliederung in die Gesellschaft gegeben.

128. Zur Früherkennung von Seh- und Hörstörungen sind verschiedene Geräte entwickelt worden, die auch von nichtärztlichen Kräften bedient werden können, so daß nur auffällige Kinder dem Arzt vorgestellt werden müssen. Zahlreiche Gesundheitsämter sind bereits mit Einrichtungen für derartige Untersuchungen ausgestattet worden.

Das Kleinkindalter, aber auch schon das erste Lebensjahr, bietet sich für die Krankheitsprophylaxe durch Impfungen gegen verschiedene übertragbare Krankheiten an.

Schulgesundheitspflege

129. Die Schulgesundheitspflege, die als Pflichtaufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes in die Zuständigkeit der Länder fällt, soll der weiteren gesunden Entwicklung des Kindes bis zum Eintritt in das Berufsleben dienen. Sie umfaßt Reihenuntersuchungen, besonders der Lernanfänger und der Entlaßschüler, schulärztliche Sprechstunden, Gesundheitsfürsorgemaßnahmen für alle und Überwachung aller Schüler, bei denen Abweichungen von der Norm festgestellt wurden, sowie Beratung, Belehrung und Vorträge vor Lehrern, Schülern und Eltern über die Gesundheitspflege.

130. Die Schulgesundheitspflege wird örtlich und regional äußerst verschieden gehandhabt und ist von sehr unterschiedlicher Qualität. Dabei spielen nicht nur finanzielle und organisatorische Probleme

der Gesundheitsämter eine Rolle, sondern auch die teilweise unzureichende Besetzung der Gesundheitsämter mit Jugendärzten.

Die Untersuchung der Lernanfänger wird mit Recht als die wichtigste Untersuchung des Schulalters bezeichnet. Ihr sollte die im 5. Lebensjahr liegende vorschulische und von Jugendärzten durchzuführende eingehende Untersuchung entsprechen, um auch für behinderte Kinder den bestmöglichen Übergang in die Schule zu gewährleisten. Mit dieser Untersuchung ist neben einer sorgfältigen Befunddokumentation die Beurteilung der Schulfähigkeit aus ärztlicher Sicht verbunden. Die Schulbehörde erwartet die kooperative Hilfe des hauptamtlichen Schularztes bei der Bewertung der „Startfähigkeit" des Kindes am Beginn einer Schullaufbahn, die über sein späteres Leben mitentscheiden wird.

In der Schulsprechstunde haben Eltern und Lehrer zusätzlich die Möglichkeit zur Vorstellung ihrer „Sorgenkinder", bei denen Verhaltens- und nervöse Störungen, aber auch Entwicklungs- und Haltungsschwächen sowie soziale Gefährdungen im Vordergrund stehen. Diese Schulsprechstunden haben sich bei vertrauensvoller Zusammenarbeit zwischen Lehrern, Eltern und Schulärzten für die betreuenden Kinder sehr bewährt.

131. Mit der Verbesserung der Untersuchungspraxis gelingt es in zunehmendem Maße, Seh- und Hörstörungen zu finden. Dadurch können z. B. schwerhörige Kinder, die irrtümlich als lern- oder geistig behindert angesehen wurden, einer Hörschulung zugeführt und ihnen damit eine normale Schulentwicklung gewährleistet werden.

Die Schulentlaßuntersuchung fällt oft zeitlich mit der ersten Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz zusammen und wird daher an vielen Orten nicht mehr wahrgenommen. Demgegenüber wurde von anderen Stellen die Schulentlaßuntersuchung auf das vorletzte Schuljahr vorverlegt. In einem Bundesland wird die Schulentlaßuntersuchung mit der ersten Untersuchung nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz kombiniert und durch den öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt. Abgesehen von der Kostenersparnis ist damit auch eine einheitliche Beurteilung gewährleistet.

Die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse im Rahmen der Schulgesundheitspflege ist gesundheitspolitisch besonders wichtig, zumal es in der Bundesrepublik Deutschland keine allgemeine Morbiditätsstatistik gibt.

Jugendzahnpflege/Kariesprophylaxe

132. Die Jugendzahnpflege soll Kinder und Jugendliche möglichst gebißgesund durch die gefährdeten Jahre des Wachstums und der Entwicklung führen. Sie umfaßt auch die noch nicht schulpflichtigen Kinder. Im Vordergrund stehen die Verhütung und Behandlung der Karies, der Zahnstellungsanomalien und der Störungen des Zahnhalteapparates. Darüber hinaus erfüllt die Jugendzahnpflege erzieherische und sozialhygienische Aufgaben.

Nach dem Scheitern einer angestrebten bundeseinheitlichen Regelung bemühen sich die Länder um eine Intensivierung der Jugendzahnpflege, besonders durch Erhöhung der Zahl der Untersuchungen. Hierbei hat sich das Überweisungssystem mit Untersuchung durch hauptamtliche Jugendzahnärzte und — falls erforderlich — anschließender Behandlung durch niedergelassene Zahnärzte durchgesetzt.

133. Für eine erfolgversprechende Kariesvorbeugung wird neben vollwertiger Ernährung und regelmäßiger Zahn- und Mundpflege Fluorprophylaxe als moderne präventive Maßnahme angesehen. Fluor wird, zum Teil auch im Rahmen der Jugendzahnpflege, in Form von Dragees oder als Kochsalzzusatz angeboten bzw. durch lokale Auftragung von fluorhaltigem Lack oder in fluoridierter Zahnpaste verwendet.

134. Eine besondere Rolle spielt die Fluoridierung des Trinkwassers, bei der es sich um eine Anreicherung von im Wasser in unterschiedlicher Menge vorhandenem Fluor bis zu einer für die Prophylaxe optimalen Höhe handelt. Da die Trinkwasserfluoridierung in medizinischer Hinsicht jedoch nicht einheitlich beurteilt wird, hat das Bundesministerium für Gesundheitswesen 1969 ein Symposium mit Wissenschaftlern und Vertretern sonstiger an dieser Frage interessierter Gruppen veranstaltet. Dabei konnte keine Annäherung der Standpunkte erzielt werden. Auch in rechtlicher Hinsicht ist bisher keine befriedigende Lösung zur Trinkwasserfluoridierung gefunden worden. Die Bundesregierung wird jedoch auch weiterhin nach Wegen suchen, die eine Kariesprophylaxe durch Fluor für breite Bevölkerungskreise ermöglichen. Sie ist grundsätzlich bereit, in der Bundesrepublik auch weiterhin Versuche mit der Trinkwasserfluoridierung zu genehmigen. Voraussetzung einer Antragstellung ist allerdings ein Beschluß der örtlichen Selbstverwaltungsgremien.

Jugendarbeitsschutz

135. Im Rahmen der Gesundheitsvorsorge kommt den ärztlichen Untersuchungen Jugendlicher nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz von 1960 besondere Bedeutung zu. Diese Untersuchungen sollen die Jugendlichen vor gesundheitsschädlichen Auswirkungen der Berufsarbeit schützen.

Nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz dürfen Jugendliche nur beschäftigt werden, wenn sie innerhalb der letzten 12 Monate von einem Arzt untersucht worden sind. Die Aufgabe des Arztes besteht darin, den Gesundheits- und Entwicklungszustand sowie die körperliche Beschaffenheit des Jugendlichen zu beurteilen und insbesondere festzustellen, ob die Gesundheit des Jugendlichen durch die Ausübung bestimmter Arbeiten gefährdet wird. Vor Ablauf des ersten Beschäftigungsjahres hat sich der Arbeitgeber die Bescheinigung eines Arztes darüber vorlegen zu lassen, daß der Jugendliche nachuntersucht

worden ist. Die allgemeine gesundheitspolitische Bedeutung dieser Untersuchungen geht schon daraus hervor, daß jährlich etwa 1 Million Untersuchungen aufgrund des Jugendarbeitsschutzgesetzes durchgeführt werden.

136. Grundlage für die ärztlichen Untersuchungen ist der Untersuchungsbogen, der im Jahre 1968 durch Konzentrierung auf die für den Jugendarbeitsschutz besonders wichtigen ärztlichen Befunderhebungen entscheidend verbessert worden ist. Zugleich wurden durch die Umgestaltung der Untersuchungsbogen die Voraussetzungen für eine wissenschaftliche Auswertung der Untersuchungsergebnisse geschaffen. Von einer solchen Auswertung, die einige Länder bereits eingeleitet haben, wird ein Überblick über den allgemeinen Gesundheitszustand der Jugendlichen und Material für weitere Maßnahmen zu ihrem Schutz erwartet.

Musterungsuntersuchungen

137. Die als Reihenuntersuchungen durchgeführten Musterungsuntersuchungen der Wehrpflichtigen dienen der Feststellung der Tauglichkeit für den Wehrdienst. Ihren Ergebnissen kommt darüber hinaus eine gesundheitspolitische Bedeutung deshalb zu, weil sie die einzige, seit mehr als 50 Jahren fast regelmäßig durchgeführte gesundheitliche Bestandsaufnahme bei praktisch allen männlichen Angehörigen der Geburtsjahrgänge im Alter von 19—20 Jahren darstellen. Werden die Auswirkungen berücksichtigt, welche allein Folge der Fortschritte in der medizinischen Diagnostik sind, dann lassen Vergleiche dieser Untersuchungsergebnisse Rückschlüsse auf die gesundheitliche Entwicklung der männlichen Jugend in den vergangenen Jahrzehnten zu.

138. Ein solcher Vergleich der Untersuchungsergebnisse der Geburtsjahrgänge 1914 und 1915 mit denen des Geburtsjahrganges 1945 ergibt bei der heutigen Jugend gegenüber der Generation ihrer Väter

eine deutliche Zunahme von

- — Störungen des Nervensystems und Defekten von Psyche und Intelligenz
- — übermäßigem Körpergewicht
- — Veränderungen der Wirbelsäule
- — Fehlern der Verdauungsorgane sowie des Herzens und des Kreislaufs

und eine Abnahme von

- — erheblichen Störungen des Allgemeinzustandes
- — schweren Fußdeformitäten und
- — stärkeren Zahnschäden.

Näheres hierüber findet sich im Zweiten Jugendbericht der Bundesregierung (Drucksache V/2453).

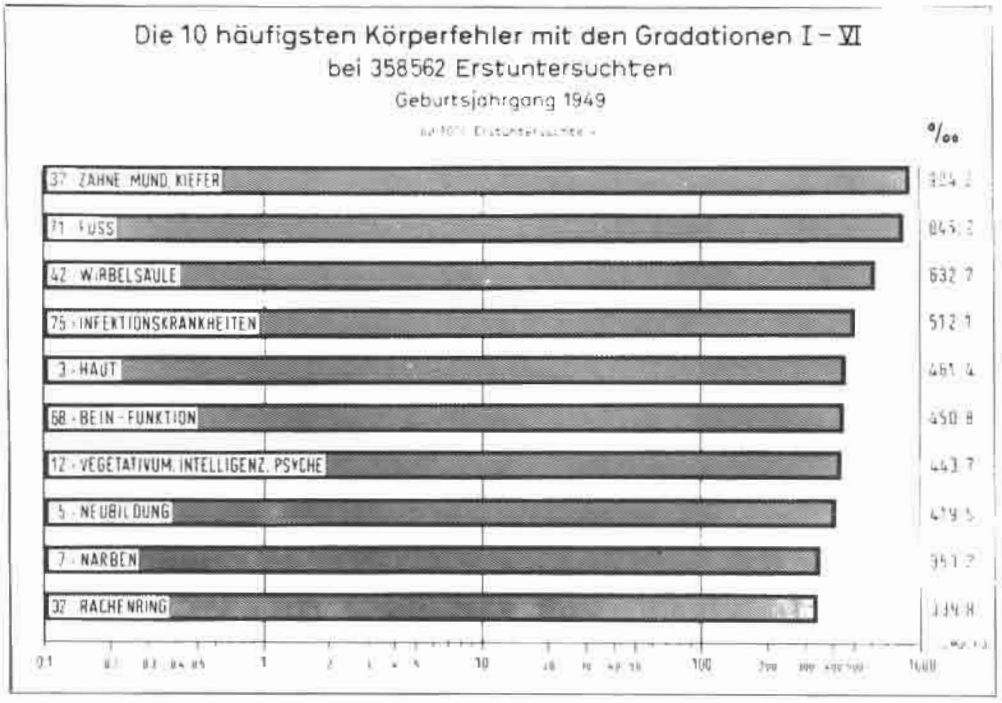
139. Das Schaubild zeigt, welche Körperfehler bei der Musterungsuntersuchung des Geburtsjahrganges 1949 insgesamt in den 6 Schweregraden (Gradationen) am häufigsten festgestellt wurden. Um von der Häufigkeit dieser „Körperfehler im Sinne der Tauglichkeitsbestimmungen" auf den Gesundheitszustand der Untersuchten schließen zu können, muß man sich über den Krankheitswert oder den Grad der Gesundheitsschädigung schlüssig werden, den die einzelnen Schweregrade besitzen: in der Regel ist Körperfehlern mit den Gradationen I, II und III kein Krankheitswert beizumessen, Fehlern mit der Gradation IV kommt ein solcher bereits zu und Fehler mit der Gradation VI bedeuten schwere und schwerste Gesundheitsschäden; die Gradation V nimmt eine Sonderstellung ein, da sie keine endgültige Einstufung darstellt und z. B. bei behandlungsbedürftigen akuten Erkrankungen und Verletzungen, bei behandlungsfähigen (z. B. operablen) anderen Gesundheitsstörungen und auch dann vergeben wird, wenn eine weitere diagnostische Klärung erforderlich ist.

Um Fehlinterpretationen der Aussage von Schaubild I vorzubeugen, sei erläutert, daß 8 der dargestellten Körperfehler fast ausschließlich (zu mehr als 98 %) in den Schweregraden I bis III vorkommen, ihnen also ein Krankheitswert nicht beizumessen ist; dieser Anteil ist nur bei den Fehlern der Wirbelsäule (rd. 93 %) und denen des Vegetativums (rd. 88 %) etwas geringer. Das bedeutet, daß anderen als diesen Körperfehlern eine größere Bedeutung im Hinblick auf den Gesundheitszustand der männlichen Jugend zukommt.

140. Dies ist in erster Linie der Fall bei den Körperfehlern mit der Gradation IV. Hier stehen die gleichen Fehler im Vordergrund, die im eingangs wiedergegebenen Vergleich bei der heutigen gegenüber der früheren Jugend zugenommen haben, und die allgemein als „Zivilisationsschäden" bezeichnet werden. Zur Charakterisierung von Art und Schwere dieser Körperfehler — die gleichzeitig Rückschlüsse auf deren Ursachen zulassen — seien folgende Beispiele genannt:

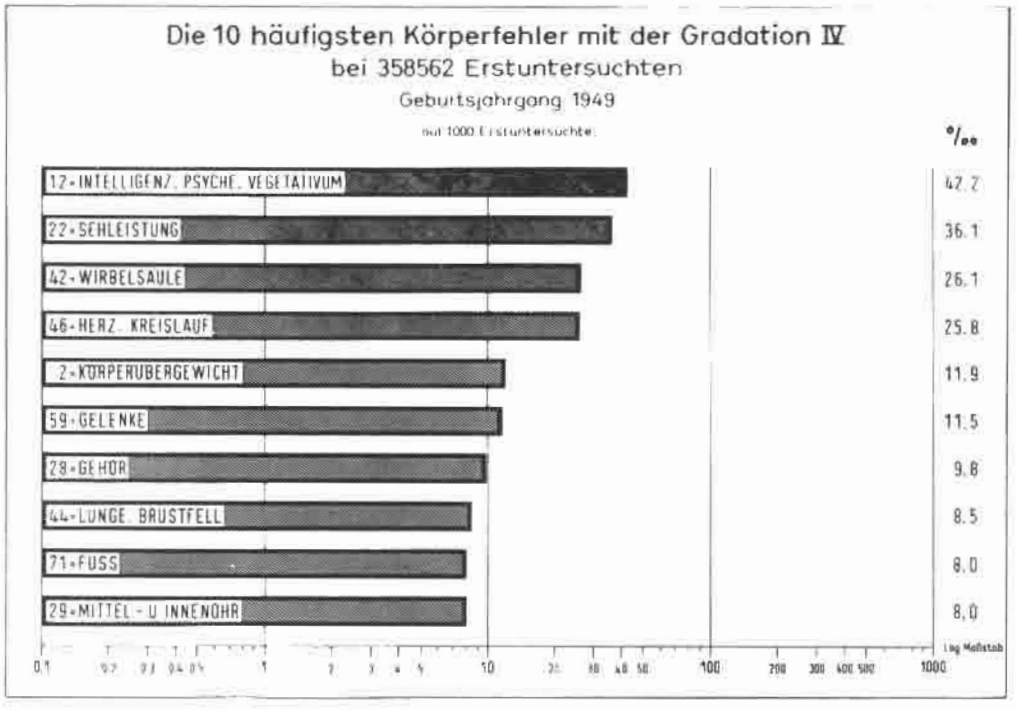
Fehler-Nr. 12:	seelische Fehlhaltung mit Einschränkung von Anpassungs-, Leistungs- oder Belastungsfähigkeit Neuropathie mit Bereitschaft zu vegetativen Entgleisungen funktionelle nervöse Organstörung deutliche intellektuelle Beschränktheit
Fehler-Nr. 22:	Sehschärfe zwischen 30 und 50 % bds. bei sphärischen Gläsern zwischen +3,5 und +8,0 dptr
Fehler-Nr. 42:	Skoliosen und Kyphosen mittleren Grades Bandscheibenschäden ohne wesentliche Beschwerden
Fehler-Nr. 46:	Herzklappenfehler bei günstiger Prognose und nachweisbarer Leistungsfähigkeit für Sonderdienst
Fehler-Nr. 2:	Körpergewicht oberhalb eines Richtwertes bei nicht angepaßter Leistungsfähigkeit

Schaubild I



Quelle: Bundesministerium der Verteidigung

Schaubild II



Quelle: Bundesministerium der Verteidigung

Fehler-Nr. 59: Chronische Gelenkveränderungen nach Verletzungen oder Krankheit mit deutlicher Gebrauchsbehinderung

Fehler-Nr. 28: Mittelgradige und stärkere Schwerhörigkeit auf einem Ohr bei eingeschränkter Hörfähigkeit auf dem anderen

Fehler-Nr. 44: Chronische, nicht tuberkulöse Erkrankungen der Atmungswege und des Brustfells (z. B. leichtes Emphysem)

inaktive geringe Formen von Lungentuberkulose und Brustfellerkrankungen (seit 3 Jahren aus Überwachung entl.)

Fehler-Nr. 71: Erhebliche Formveränderungen an den Füßen

Fehler-Nr. 29: Chronische Mittelohreiterungen kleinere Mittelohrcholesteatome.

Die meisten dieser Gesundheitsschäden sind wegen des Alters der Betroffenen (19 bis 20 Jahre) kausaltherapeutisch kaum noch zu beeinflussen; sie hätten durch rechtzeitige vorbeugende oder therapeutische Maßnahmen zweifellos verhindert, beseitigt oder zumindest gebessert werden können.

Früherkennung chronischer Krankheiten

141. Chronische Krankheiten, die sich oft aus unmerklichen Gesundheitsstörungen schleichend entwickeln, haben in unserer Bevölkerung hohes und zunehmendes Gewicht. Für die betroffenen Menschen mindern diese chronischen Krankheiten das Vermögen zu aktiver Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, die Möglichkeiten der Lebenserfullung überhaupt. Für die Wirtschaft der Gesamtbevölkerung bedeutet der vorzeilige Übertritt in den Rentnerstand, den sie bewirken, Verlust an Arbeitspotential und Erhöhung des Anteils nur Konsumierender zu Lasten der produktiv tätigen Menschen. Die Möglichkeiten der Therapie nehmen mit der Dauer des Bestehens chronischer Krankheitszustände regelmäßig ab. Daraus ergibt sich die Forderung einer Früherkennung chronischer Krankheiten.

Noch vor wenigen Jahren sind die Bemühungen um Krankheitsfrüherkennung bis auf geringe Ausnahmen an dem allzu großen Aufwand, der dafür erforderlich war, gescheitert. Von Diabetes-Früherkennung und der Früherkennung der Lungentuberkulose abgesehen schien es, als werde die Volkswirtschaft die Mittel dafür nicht aufbringen können. Die jüngste technologische Entwicklung der Diagnostik und der elektronischen Informationsverarbeitung in der Medizin haben das Bild verändert. Die neue diagnostische Technik ermöglicht Untersuchungsverfahren, mit denen große Zahlen von Menschen auf einfache Weise und ohne nennenswerte Belästigung untersucht werden können, um Anhaltspunkte für das Bestehen bestimmter verbreiteter Krankheiten zu gewinnen. „Filteruntersuchungen" dieser Art stellen allerdings nur Fährtensuche dar, wenn auch in hochentwickelter Form. Vertiefte Diagnostik muß sich anschließen, wo die Filteruntersuchung eine Fährte aufgedeckt hat.

Maßnahmen zur Früherkennung von Krebs werden zur Sicherung der Gesundheit der versicherten Bevölkerung als Pflichtleistung der sozialen Krankenversicherung ab 1. Juli 1971 eingeführt werden.

Tuberkulose

142. Bedeutung und Chancen der Früherkennung sind gerade mit den Reihenuntersuchungen zur Entdeckung noch unbekannter Tuberkuloseerkrankungen bewiesen worden. Noch ist die Tuberkulose — trotz sinkender Tendenz der Morbiditäts- und Mortalitätsziffern — unbesiegt. „Kein Waffenstillstand mit der Tuberkulose" hat die Weltgesundheitsorganisation als Motto ausgegeben. Nach wie vor ist Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose eine Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsschutzes.

Es gilt, frische Erkrankungen so früh zu erkennen, daß sie noch nicht ansteckend sind und durch eine Frühbehandlung zu verhindern, daß sie es werden. Mit Suchverfahren wie der Röntgenschirmbildfotografie bei Erwachsenen und dem Tuberkulintest bei Kindern ist das heute möglich. Von diesen Frühfällen her gilt es sodann, die Infektionsquellen durch Umgebungsuntersuchungen aufzuspüren und so die weitere Ausbreitung der Krankheit zu verhindern. Von der Intensität dieser Maßnahmen hängt es ab, wie sehr die Ausrottung der Tuberkulose beschleunigt werden kann.

143. Organisation und Durchführung der Röntgenreihenuntersuchungen (RRU) sind in den Ländern der Bundesrepublik recht unterschiedlich. Dementsprechend stark differieren die Intensität der Erfassung der Bevölkerung und die absoluten und relativen Befundziffern. In einigen Bundesländern sind RRU gesetzlich vorgeschrieben, in anderen werden sie auf der Grundlage der Freiwilligkeit mit mehr oder minder intensiver Aufklärung der Bevölkerung und in unterschiedlichen Abständen von 2, 3 oder mehr Jahren durchgeführt.

Schließlich gibt es neben den generellen RRU der ganzen Bevölkerung auch gezielte Untersuchungen besonders gefährdeter Gruppen, z. B. der Belegschaften bestimmter Industriezweige oder der über 50jährigen Bürger. Für die Anwendbarkeit der RRU zur Früherkennung anderer Krankheiten bedarf es technischer Verbesserungen und eingehender Erprobungen im Modell. Als primär seuchenhygienische Maßnahmen müssen die im Bundes-Seuchengesetz vorgeschriebenen jährlichen Untersuchungen besonders gefährdender Berufe wie der Lehrpersonen und Beschäftigten im Lebensmittelwesen gesehen werden.

144. Der Tuberkulintest als Suchprobe wird hauptsächlich bei Kindern und Jugendlichen im Rahmen der Schulgesundheitspflege durchgeführt. Es ist zu

wünschen, daß diese einfache, billige und sichere Methode weit mehr Eingang in die ärztliche Praxis findet und entsprechend dem Rückgang der Tuberkulose zunehmend auch bei jungen Erwachsenen angewendet wird. Über die künftige Verwendbarkeit der Tuberkulindiagnostik für Reihenuntersuchungen Erwachsener und Vorschaltung von Röntgenuntersuchungen und über die Bedeutung eines umfassenden Tuberkulinkatasters dauert die wissenschaftliche Diskussion noch an.

Diabetes

145. Der Diabetes mellitus, die Zuckerkrankheit, nimmt unter den Stoffwechselleiden in den zivilisierten Ländern eine besondere Rolle ein. Seit Kriegsende steigt er sprunghaft an. Das liegt einmal an der besseren Diagnostizierung der Erkrankung und an der höheren Lebenserwartung, die dazu geführt hat, daß mehr Menschen ihren Diabetes erleben, zum andern an geänderten Lebensumständen.

Die Pathogenese des Diabetes ist beispielhaft für das Zusammenwirken äußerer Einflüsse (Wohlstandskonsum, Bewegungsmangel) und genetisch fixierter Bereitschaft.

Während vor der Insulinbehandlung die Zuckerkranken oft kinderlos blieben oder frühzeitig starben, werden seit der Verbesserung der therapeutischen Möglichkeiten und Normalisierung der Fertilität der Diabetiker die diabetischen Erbanlagen weitergegeben und die Ausbreitung der Krankheit damit gefördert.

146. Die Zahl der Diabetiker wird in der Bundesrepublik auf insgesamt 1,2 Millionen geschätzt. Dabei kommt auf jeden bekannten ein noch unbekannter Zuckerkranker. In der Diabetes-Früherkennungs-Aktion der deutschen Ärzteschaft 1964 wurden bei etwa 1,5 Millionen Mitbürgern durch Teststreifen 27 000 bis dahin unbekannte Fälle von Zuckerkrankheit diagnostiziert (Drucksache V/1290). Neben dieser breit angelegten Aktion fanden in Ländern, Regionen und verschiedenen Orten weitere Modelluntersuchungen statt, die auch der Verbesserung der Untersuchungsmethodik und einer eventuellen Kombination mit anderen Filteruntersuchungen dienten. Dabei hat sich z. B. die Koppelung der Teststreifenuntersuchungen mit Röntgenreihenuntersuchungen bewährt. Es bedarf noch weiterer Vergleiche, z. B. auch der bereits in einigen Städten versuchten Verbindung von Diabetes-Tests mit Blutuntersuchungen, um ein abschließendes Urteil über die Praktikabilität, den Aussagewert und den Aufwand abgeben zu können.

147. Die Behandlung des als Diabetiker erkannten Patienten erfordert die Mitarbeit und aktive Hilfe des Betroffenen. Das wird nur gelingen, wenn der Diabetiker, der ständiger gesundheitlicher Betreuung, Beratung oder Behandlung bedarf, zur richtigen Einstellung seiner täglichen Lebensweise, aber auch zur Berücksichtigung seiner Krankheit bei der Ausübung seines Berufs findet. Ihn dabei zu leiten, ist Aufgabe der ärztlichen Praxen und der Diabetikerberatungsstellen.

Bei der Tätigkeit mit dem und für den Diabetiker haben sich Verbände besonders bewährt. Das gilt nicht nur für die soziale Beratung und Betreuung, sondern auch für die Förderung von Diabetikerheimen und Ferienlagern in Verbindung mit der Schulung diabetischer Kinder und Jugendlicher, um diese an ein bedingt gesundes Leben mit dem Diabetes heranzuführen.

148. Weitere Voraussetzung für die Besserung der Situation der Diabetiker ist eine noch intensivere Forschung, die mit dem Übergang von der Injektionsbehandlung mit Insulin zur Tablettendauerbehandlung einen zweiten entscheidenden Schritt getan hat. Das Erscheinungsbild des Diabetes hat sich gewandelt. Die Kenntnisse über die frühen Stadien der Krankheit und die Komplikationen an den Blutgefäßen, die das Schicksal des Diabetikers bestimmen, sind indes noch unzureichend. Erst bei Klärung dieser Fragen kann mit einem noch umfangreicheren ärztlichen Eingreifen und mit weiterer Besserung der Prognose gerechnet werden.

Forschungsarbeit über klinische und Rehabilitationsfragen wird in besonderer Weise in einigen in den vergangenen Jahren eingerichteten Diabeteskliniken sowie in der im November 1970 in Betrieb genommenen Diabetesforschungsstelle München der Deutschen Forschungsgemeinschaft geleistet.

Die Information über die Volkskrankheit Diabetes und die Aufklärung über die heute bei Früherkennung gegebenen therapeutischen Chancen werden intensiviert werden. Damit soll auch mehr Verständnis für den Diabetiker geweckt und seine soziale Situation verbessert werden.

Früherkennung von Krebs

149. Der Krebs steht heute als Todesursache hinter den Kreislauferkrankungen an zweiter Stelle. Im Jahre 1900 war bei jedem dreißigsten Gestorbenen eine bösartige Neubildung die Todesursache, heute bereits bei jedem fünften. 1968 betrug die Sterblichkeitsziffer an Krebs 234 auf 100 000 Einwohner.

150. Neue Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen erlauben es, gewisse Krebsformen frühzeitig zu erkennen. Zu der Frage jedoch, wodurch ein Krebs entsteht, gibt es eine Fülle von Hinweisen und Vermutungen, aber keine allgemeingültige Antwort. Solange aber die Krebsentstehung nicht eindeutig geklärt ist, wird es auch keine sichere Methode geben, Krebs zu verhüten.

Kampf gegen den Krebs bedeutet: Krebsforschung, Verbesserung der Früherkennung und Verhinderung von Krebserkrankungen sowie Aufklärung der Bevölkerung über das Wesen des Krebses und die Möglichkeiten der Vorsorge.

151. Die deutsche Krebsforschung nimmt im Rahmen weltweiter Zusammenarbeit einen wichtigen

Platz ein. Dies gilt besonders für das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg, in dessen Instituten nach den Prinzipien moderner Forschungsarbeit zahlreiche Fachsparten zu gemeinsamer, sich gegenseitig ergänzender und befruchtender Arbeit zusammengefaßt sind. Der Bund ist mit erheblichen Mitteln an den Kosten für den Bau und die Einrichtung sowie an Betriebskosten beteiligt.

Zusätzlich fördert der Bund den Ausbau von den in zwei Bundesländern bestehenden Krebsregistern zur ätiologischen und epidemiologischen Erforschung aller Krebslokalisationen und ihrer Stadien und unterstützt die Internationale Zentralstelle für Krebsforschung in Lyon mit erheblichen finanziellen Zuwendungen.

152. Daneben kommt der klinischen Krebsforschung eine hervorragende Bedeutung zu. Ihr sind nicht nur wesentliche Fortschritte in der klinischen Krebsbehandlung, sondern auch die Erarbeitung der Voraussetzungen für eine erfolgversprechende Krebsfrüherkennung zu verdanken. In diesem Zusammenhang sind der Deutsche Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung sowie das Krebszentrum des Klinikums Essen besonders zu nennen. Bei einer Früherkennung von Krebskrankheiten liegen die Heilungsaussichten bei etwa 50 %. Tatsächlich aber werden im Durchschnitt nur 25 % geheilt, weil die Krebskrankheit zu spät erkannt wird.

153. Bisher sind nur wenige Krebslokalisationen für eine Früherkennung durch Untersuchung großer Bevölkerungsgruppen geeignet (weiblicher Brust-, Gebärmutter- und Mastdarmkrebs, männlicher Prostata- und Mastdarmkrebs, Hautkrebs). Weitere Krebsformen, z. B. der Atmungsorgane und des Verdauungstraktes — abgesehen vom Enddarm — sind bisher einer Früherkennung im Sinne von Untersuchungen großer Bevölkerungsgruppen nicht zugänglich, da ihre Lokalisation ohne einen großen apparativen Aufwand nicht möglich ist und die Untersuchung selber nicht geeignet oder nicht zumutbar erscheint. Dies gilt z. B. für Gastrokamerauntersuchungen zur Früherkennung eines Magenkrebses.

154. Die Voraussetzungen für die Früherkennung eines Krebses und damit für seine Heilungsaussichten sind beim weiblichen Gebärmutterhalskrebs besonders günstig. Im Stadium I liegen die Heilungsaussichten (5 Jahre nach Abschluß der klinischen Erstbehandlung ohne Rückfall) bei 80 %, im Stadium II bei 45 %, im schweren Stadium III bei nur 23 % und im schwersten Stadium IV bei 0 %, während bei einer Früherkennung und Frühbehandlung praktisch mit einer 100%igen Heilung gerechnet werden kann.

155. Die Kosten betragen für eine Vorsorgeuntersuchung bis zu 30,—, für die Frühbehandlung des Gebärmutterkrebses etwa 300,— DM, falls der Behandlungsbeginn aber Monate später liegt gegen 30 000,— DM.

Die Realisierung umfassender Vorsorgeprogramme für Frauen, die bereits an vielen Stellen durch niedergelassene oder Klinikärzte bzw. zentrale Laboratorien durchgeführt und von verschiedenen Kostenträgern finanziert werden, ist vor allem eine Frage der Sicherung ausreichender Laborkapazitäten und der Aus- und Fortbildung der in den Laboratorien arbeitenden Ärzte und med.-technischen Hilfspersonen. In diesem Zusammenhang haben Gespräche mit Sachverständigen stattgefunden, bei denen die Ausbildung von Zytologieassistenten(innen) und die Errichtung entsprechender Laboratorien behandelt wurde. Die auf Grund dieser Gespräche erarbeiteten konkreten Vorschläge wurden den Ländern als detaillierte Planungsunterlagen zugeleitet, damit die organisatorischen und personellen Voraussetzungen für größere Untersuchungszahlen möglichst überall geschaffen werden.

Mit dem Inkrafttreten des 2. Krankenversicherungsänderungsgesetzes werden ab 1. Juli 1971 Frauen vom Beginn des 30. Lebensjahres und Männern vom Beginn des 45. Lebensjahres an einmal jährlich Anspruch auf eine Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen haben.

156. Vordringlich ist außerdem die gesundheitliche Aufklärung der Bevölkerung über bestimmte Warnzeichen, die auf eine Krebserkrankung hindeuten können. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln verteilt deshalb in großer Zahl Merkblätter und Broschüren, in denen besonders auf die „7 Warnzeichen vor Krebs" hingewiesen wird. Auch sonstiges Aufklärungsmaterial, besonders der von der Bundesregierung in Auftrag gegebene Film „Kampf dem Krebs — Früherkennung rettet Leben" sowie eine von der Bundeszentrale erarbeitete Ausstellung leisten einen wertvollen Beitrag zur Aufklärung über die Möglichkeiten einer Früherkennung des Krebses.

Herz — Kreislauf

157. Die starke Zunahme der Kerz-Kreislauf-Erkrankungen in den letzten Jahrzehnten ist ein gesundheitspolitisch wie sozialpolitisch gleichermaßen relevantes und sehr ernstzunehmendes Problem geworden. Die Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen sowohl hinsichtlich der Sterbeziffern als auch der Erkrankungshäufigkeit und der Frühinvalidität an erster Stelle. Änderungen der Umwelt und der Lebensgewohnheiten sind die Ursachen. In den letzten Jahren ist auch eine deutliche Zunahme an Herzinfarkten bei jüngeren Jahrgängen im 3. und 4. Lebensjahrzehnt festgestellt worden. Davon sind alle Berufssparten, nicht nur die Manager, nach denen diese Erkrankung zunächst ihren Namen bekam, betroffen.

In der Bundesrepublik wurden bisher — auch wegen des Fehlens einer umfassenden Morbiditätsstatistik — über die Häufigkeit und die Genese von Herz- und Kreislaufschäden nur umschriebene und kurzzeitige Untersuchungen ohne echten Längsschnittcharakter durchgeführt. Demgegenüber gibt

es im Ausland eine Reihe von Untersuchungen, unter denen die Framinghamstudie (USA) über Herz-Kreislauf-Leiden eine Sonderstellung einnimmt. Sie dient der Auffindung von Risikofaktoren und umfaßt seit 1950 zweijährige Untersuchungen von Männern und Frauen zwischen 30 und 59 Jahren. Im Laufe des ersten zehnjährigen Beobachtungsraumes erkrankten jeder zehnte Mann und jede fünfundzwanzigste Frau an Herzkranzgefäßstörungen.

158. Als Risikofaktoren dieser bedeutenden Zivilisationskrankheit stellten sich bereits heraus:

- ○ Erhöhung des Cholesterinspiegels im Blutserum
- ○ Erhöhung des Blutdrucks
- ○ Einengung des Atemvolumens der Lungen
- ○ Starkes Zigarettenrauchen
- ○ Übergewicht
- ○ Besondere psychische Belastung
- ○ Zuckerkrankheit
- ○ Bewegungsarmut

Die Bedeutung dieser allgemein als gültig anerkannten Ergebnisse, bei denen sich die Kombination mehrerer Risikofaktoren als besonders schwerwiegend herausstellte (multifaktorielle Genese), liegt in den daraus abzuleitenden Möglichkeiten einer Gesundheitsvorsorge und Früherkennung von Herz-Kreislauf-Störungen. Die Voraussetzung für die Feststellung des einen oder anderen Risikofaktors ist eine ärztliche Untersuchung in regelmäßigen Zeitabschnitten; z. B. müßte ein Mann, der sich gesund fühlt, spätestens vom 40. Lebensjahr an etwa alle zwei Jahre seinen Gesundheitszustand im Hinblick auf die genannten Herz-Kreislauf-Risikofaktoren überprüfen lassen.

Möglichkeiten der Verbesserung der Untersuchungsmethodik und ihres diagnostischen Aussagewertes sowie der organisatorischen Vereinfachung breit angelegter Untersuchungen werden im Rahmen von Modellaktionen geprüft, die Aufgabe des neugegründeten Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes sind. Erst wenn weitere verläßliche epidemiologische Daten über die Herz-Kreislauf-Erkrankungen und ihre Früherkennungsmöglichkeiten vorliegen, können im Rahmen der Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung Überlegungen angestellt werden, wie weit auch diese Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen in den Katalog der Pflichtleistungen der sozialen Krankenversicherung einzubauen sind.

Der Vermeidung von Herz-Kreislauf-Krankheiten, im besonderen des Herzinfarkts, dienen neben der Ausschaltung der Risikofaktoren auch Kuren, von denen Vorsorgekuren und Frühheilverfahren im Sinne der aktiven Übungsbehandlung besonders hervorzuheben sind. Diese haben dann einen Erfolg, wenn der Patient bei den Kurmaßnahmen zur Erhaltung, Besserung oder Wiederherstellung seiner Gesundheit selbst aktiv mitarbeitet, Kurregeln und Kurmaßnahmen sich auch für sein weiteres Leben zu eigen macht.

Sportkuren oder nur das gelegentliche Aufraffen, sich mehr zu bewegen, sind von wesentlich geringerem Wert als die regelmäßige tägliche, mindestens aber wöchentliche ausgiebige Bewegung in Form von Spaziergängen, Gymnastik, Schwimmen oder anderen Sportarten.

159. Auf dem Gebiet der Warnung vor den Schäden durch einzelne Risikofaktoren sind zahlreiche Laienorganisationen neben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Bundesvereinigung und den Landesinstitutionen für Gesundheitserziehung intensiv tätig. Als Vorbeugung gegen den Herzinfarkt führt der Kneipp-Bund eine Aktion durch, bei der Mitglieder im Alter von 30 bis 65 Jahren 10 Jahre lang drei wichtige Risikofaktoren — falsche Ernährung, Bewegungsarmut, Rauchen — ausschalten sollen.

Nur wenn es gelingt, regelmäßige Vorsorgeuntersuchungen mit einem positiveren Gesundheitsverhalten der Bevölkerung zu koppeln, dürfte die erschreckende Zahl von Erkrankungen und Todesfällen auf dem Gebiete der Herz-Kreislauf-Störungen gesenkt werden. Dazu ist eine weltweit koordinierte Forschung notwendig, wie sie von der Weltgesundheitsorganisation programmiert worden ist. Auch die Bundesrepublik beteiligt sich an diesen experimentellen und klinischen Forschungen über Krankheitsentstehung und Verhütbarkeit. Außerdem wird die Motivationsforschung für die Gesundheitsaufklärung verstärkt werden.

Rheuma

160. Hinter dem Begriff „Rheuma" verbergen sich zahlreiche entzündliche und degenerative Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates, die meist mit Schmerzen und Bewegungseinschränkungen der Gliedmaßen einhergehen und sehr unterschiedliche Ursachen und Verlauf haben. Die rheumatischen Erkrankungen spielen unter den chronischen Krankheiten eine dominierende Rolle. Sie gehören zu den Volkskrankheiten. Die Zahl der Rheumakranken wird auf etwa 1,5 bis 1,8 Millionen geschätzt, wahrscheinlich ist die Zahl höher.

Groß ist die sozialmedizinische Bedeutung der rheumatischen Erkrankungen für die Kranken, ihre Familien und die Gesellschaft. Die Zahl der ausgefallenen Arbeitstage wird auf gut 9 Millionen pro Jahr geschätzt. Fast 20 000 Rheumakranke werden jährlich vorzeitig invalidisiert. Daß das Rheuma trotz seiner enormen soziologisch-ökonomischen Bedeutung und obwohl es weit häufiger ist als Krebs, Diabetes und Tuberkulose relativ wenig gesundheitspolitische Bedeutung gefunden hat, liegt an seinem Verlaufsbild, dem Fehlen epidemiologischer Kenntnisse, dem unzureichenden Wissen über die auslösenden Risikofaktoren und an der im Vergleich zur Chronizität und Morbidität relativ geringen und zudem sinkenden Rheumasterblichkeit.

So dringlich eine gezielte Vorbeugung ist, fehlt es bisher an diagnostischen Möglichkeiten zur Früherkennung asymptomatischer Erkrankungen, die

breit anwendbar wären, um durch Frühbehandlung den chronischen Verlauf zu steuern. Es fehlt auch weitgehend an einer medizinischen Rheumaprophylaxe. Hierzu muß noch intensive Forschungsarbeit geleistet und vom Staat sowie den Versicherungsträgern gefördert werden.

161. Alle Überlegungen über Prophylaxe und Früherkennung müssen zudem das sehr unterschiedliche Erscheinungsbild der Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises berücksichtigen. Das „Rheuma" des Kindes ist anders als das des älteren Menschen zu bewerten. Hier liegen große umfassende Aufgaben für die Sozialleistungsträger, die zum Teil bereits Erhebliches leisten. Dabei ist eine klare Abgrenzung zwischen vorbeugenden Maßnahmen und der Rehabilitation zur Wiedereingliederung bei Behinderungen nicht möglich, zumal durch Rehabilitationsmaßnahmen auch einer Verschlimmerung der Behinderung vorgebeugt werden kann. Beide Aufgaben erfordern Rheumazentren für Diagnose, Therapie und medizinische, soziale und berufliche Rehabilitation. Dazu gehören möglicherweise auch Nachtkliniken. Hier ist der Bund um Förderung von Modelleinrichtungen bemüht.

Dringlich ist die Mitwirkung der Kranken bei Behandlung und Rehabilitation. Die Deutsche Gesellschaft für Rheumatologie strebt deshalb an, Laien maßgeblich an der Information von Rheumakranken und -gefährdeten im Rahmen einer Rheumaliga zu beteiligen. Der gesundheitlichen Information von Rheumakranken dient bereits eine Schriftenreihe mit allgemein verständlichen Beiträgen.

Grüner Star

162. Der Grüne Star (Glaukom) steht als Erblindungsursache nach der hochgradigen Kurzsichtigkeit an zweiter Stelle. In einem Fünftel aller Fälle ist das Glaukom die Ursache für den Verlust des Augenlichts. Die Häufigkeit wird auf etwa 2 % der subjektiv gesunden Menschen jenseits des 40. Lebensjahres geschätzt, mit dem Alter steigend, mithin in der Bundesrepublik etwa 500 000 Menschen. Groß ist auch die Zahl der durch Glaukom Berufs- und Erwerbsunfähigen.

Der Krankheitsverlauf des Glaukoms, das bei Männern häufiger als bei Frauen auftritt, hängt im wesentlichen von dem Stadium ab, in dem die Erkrankung erkannt und einer Behandlung zugeführt wird. Möglichkeiten für die Früherkennung eines Glaukoms bieten Filteruntersuchungen, wie sie in vielen Teilen der Welt, u. a. 1964 bis 1966 in Dresden, durchgeführt worden sind. Dort wurden auf freiwilliger Basis bei Personen über 40 Jahren die zur Diagnose des Glaukoms erforderlichen Augendruckmessungen mit den gesetzlich vorgeschriebenen Röntgen-Reihenuntersuchungen gekoppelt. Von etwa 40 000 Untersuchungen zeigten fast 1400 einen zu hohen Augendruck. Der organisatorische und personelle Aufwand bei diesen Früherkennungsmaßnahmen ist beträchtlich. Deshalb sollten in Modellen weitere Erfahrungen, auch hinsichtlich der Tageszeiteinflüsse auf den diagnostischen Wert der Methode gesammelt werden.

Die Einbeziehung der Augendruckmessung in jede ärztliche Untersuchung der Augen bei der für ein Glaukom in Frage kommenden Altersgruppe ab 5. Lebensjahrzehnt — z. B. bei jeder Brillenverschreibung — muß künftig selbstverständlich sein.

Aus präventiv medizinischen Gründen erscheint es notwendig, daß in Zukunft Dioptriebestimmungen für Brillen bei über Vierzigjährigen nicht vom Augenoptiker, sondern nur vom Arzt und stets verbunden mit der Augendruckmessung vorgenommen werden.

163. Bei jeder unklaren Abnahme des Sehvermögens insbesondere bei alten Leuten, muß an Glaukom gedacht werden. Es bedarf deshalb einer gezielten gesundheitlichen Aufklärung, da über den Grünen Star bisher nur ungenügende Kenntnisse bei der Bevölkerung vorliegen und, wie sich gezeigt hat, bei ungenügender Information über die Notwendigkeit der Untersuchungen nur eine geringe Zahl der im gefährdeten Alter Stehenden an den Früherkennungsaktionen teilnehmen.

Individuelle Gesundheitsprüfungen

164. Periodisch umfassende Gesundheitsprüfungen als Instrument der Präventivmedizin zur Untersuchung Gesunder mit dem Ziel, Krankheiten bereits im symtomlosen Stadium aufzudecken und deshalb erfolgreicher zu bekämpfen, werden seit langem diskutiert. Die immer wieder geltend gemachten Vorbehalte und Zweifel, ob der mit diesen Untersuchungen verbundene erhebliche Aufwand in angemessenem Verhältnis zum präventiven Effekt steht, sind bisher nicht überzeugend ausgeräumt worden. Im Gegensatz zu Fährtensuchmethoden und gezielten oder kombinierten Filteruntersuchungen geht es bei Gesundheitsprüfungen um präzise Diagnosen durch individuelle Untersuchungen. Die von einigen Betrieben, Lebensversicherungen und von Diagnose-Kliniken in der Bundesrepublik angebotenen Untersuchungen sind Beispiele. Der Kostenaufwand ist verhältnismäßig hoch; insofern begegnen breit organisierte Programme, die von Sozialleistungsträgern zu organisieren wären, gesundheitsökonomischen Bedenken. Auf jeden Fall sind mehr Informationen und genaue Analysen über die praktischen Möglichkeiten und Schwierigkeiten in einigen ärztlichen Praxen zu gewinnen. Dabei sind neben den diagnostischen Ergebnissen, der Zeit- und Personalaufwand sowie die Einstellung und Reaktion der Untersuchten von Interesse. Insbesondere aber sind Aufschlüsse über die Auswirkungen auf den Krankheitsverlauf notwendig.

Mehrfach-Filteruntersuchungen

165. Die Bundesregierung hat in ihrer Regierungserklärung vom 28. Oktober 1969 die Errichtung

eines Instituts für Sozialmedizin angekündigt, „das ausreichende Grundlagen für breitangelegte, gezielte Vorsorgeuntersuchungen und für die Frühdiagnostik der großen Krankheiten unserer Zeit schafft". Als viertes wissenschaftliches Institut des Bundesgesundheitsamtes ist dementsprechend das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie im Mai 1970 förmlich errichtet worden. Entsprechend der Regierungserklärung hat es in der Entwicklung praktisch anwendbarer Verfahren von Filteruntersuchungen zur Krankheitsfrüherkennung eine seiner Hauptaufgaben. Es hat als ersten Schritt systematische Untersuchungen an einer repräsentativen Stichprobe der erwachsenen Bevölkerung Hessens — mit dankenswerter Unterstützung des Hessischen Sozialministers — aufgenommen, um die tatsächliche Verbreitung chronischer Krankheiten in verschiedenen Schichten und Gruppen zu ermitteln und zugleich damit Untersuchungsverfahren auszuarbeiten und zu erproben. Das in dem Institut (zusammen mit der Industrie) entwickelte oder den speziellen Zwecken angepaßte Instrumentarium (Mobile Untersuchungseinheiten in Großfahrzeugen, modernste Untersuchungsgeräte, mechanische Laboratoriumsanlagen, spezielle Formen der elektronischen Meßwert- und Datenverarbeitung usf.) haben sich in einer ersten Untersuchungsserie voll bewährt. Die Resonanz in der Bevölkerung übertrifft alle Voraussagen. Zugleich zeichnet sich aber leider auch ab, daß die Häufigkeit chronischer Gesundheitsstörungen oder schon Krankheiten unter den Erwachsenen mittleren Lebensalters höher liegt als bisher selbst von Pessimisten angenommen.

166. Schwerpunkte der Früherkennung chronischer Krankheiten mittels Filteruntersuchungen könnten zunächst bei den verbreiteten Krankheiten des Herzens, der Gefäße und des Kreislaufs, bei den Krankheiten der Atmungsorgane und bei den chronischen Störungen des Stoffwechsels und der Stoffwechselorgane gesetzt werden. Die diagnostische Technik erlaubt ein Verbundverfahren, bei dem Filteruntersuchungen für alle diese Krankheiten zugleich angewendet werden. Der Aufwand für Entwicklung und Erprobung wird freilich hoch sein. Sodann aber werden die Formen gefunden werden müssen, diese Filteruntersuchungen in das System der ambulanten Diagnostik und Behandlung durch niedergelassene Ärzte so einzupassen, daß die individuelle Beziehung zwischen dem Bürger und seinem frei gewählten Arzt nicht beeinträchtigt, sondern wenn möglich gefördert und gestärkt wird.

Gesundheitliche Aufklärung

167. Ohne gesundheitliche Aufklärung kann Gesundheitsvorsorge nicht erfolgreich sein. Wenn früher die gesundheitliche Aufklärung vor allem auf die Verhütung von Krankheiten abzielte, muß sie jetzt zusätzlich das gesundheitliche „Normalverhalten" erfassen und zeitgerechte Verhaltensmuster prägen. Deshalb tritt bei ihr immer stärker die Physiologie und Hygiene des Alltags in den Vordergrund. Zur Präventivmedizin gehört das Bemühen, über die Risikofaktoren der zeittypischen Erkrankungen aufzuklären, und mit gezielten Ansätzen eine Optimierung des Gesundheitsverhaltens zu erreichen.

Dafür erarbeitet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung Modelle, die den Ländern und den die Gesundheitserziehung tragenden Vereinigungen angeboten werden. Dazu gehört z. B. die Kampagne „Der neue Trend — No smoking please" bei der bestimmte positive Anspracheformen ermittelt und eingesetzt werden. Ferner wird unter dem Arbeitstitel „Gesundheitsgerechtes Verhalten in Freizeit und Urlaub" ein Modell entwickelt, um die Grundlagen für ein Langzeitprogramm bereitzustellen. Dabei geht es nicht nur darum, gesundheitlichen Gefährdungen vorzubeugen, sondern auch die Freizeit zu einem aktiven Gesundheitsverhalten auszubauen.

Andere Themen beziehen sich auf humangenetische Probleme, z. B. Mutationsprophylaxe, auf die Systemplanung von Vorsorgeprogrammen, auf den Genuß-, Arznei- und Rauschmittelmißbrauch, auf Fragen der Sexualpädagogik, der Früherkennung und Betreuung Behinderter sowie auf kommunikationswissenschaftliche Probleme der gesundheitlichen Aufklärung.

168. Die wissenschaftlichen Arbeiten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung beziehen sich im wesentlichen auf folgende Gebiete:

— Sozialhygiene und Humanbiologie mit dem Ziel, Inhalte und Verhaltensmuster der Physiologie und Hygiene des Alltags zu ermitteln, um erforderliche Aufklärungsmaßnahmen erkennen und ansetzen zu können.

— Kommunikationswissenschaft mit dem Ziel, sachgemäße Anspracheformen, optimale Medien und Streuwege bei gesundheitlichen Aufklärungsmaßnahmen zu ermitteln, zu prüfen und auszuwerten.

Dazu leistet die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung:

— Forschung zur Erarbeitung gesundheitserzieherischer Ziele und wirksamer Aufklärungsmethoden

— Gestaltung von Lehr- und Lernmitteln, Ausstellungen, Lehrgängen und wirksamen Medien

— Koordinierung der Maßnahmen von Bund, Ländern, Sozialleistungsträgern, Ärzteschaft und gesundheitserzieherisch tätigen Verbänden.

Diese Bedingungen müssen erfüllt werden, um eine Zersplitterung der Kräfte zu vermeiden und die Effektivität der gesundheitlichen Aufklärungsmaßnahmen zu erhöhen, die modellhaft neue Verfahren einsetzen und akute Problembereiche aufnehmen.

Die Gesundheitserziehung in Schulen und Hochschulen ist eine besondere aktuelle Aufgabe der gesundheitlichen Aufklärung. Sie hat nach den gegebenen sozialkulturellen Bedingungen Bildungsinhalte und Lehrmethoden auszuwählen sowie hierzu Modelle von Curriculumeinheiten zu entwickeln.

Gesundheitserziehung ist ein Unterrichtsprinzip. Mit der Schwerpunkterweiterung soll sie über ihre bisherige Berücksichtigung im Lehrplan hinaus stärker in den sozialwissenschaftlichen Bildungsbereichen (Gemeinschaftskunde) verbreitet werden.

Neben der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung sind eine Reihe von Organisationen tätig. Die Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung und Landesverbände für gesundheitliche Volksbelehrung — jeweils vom Bund bzw. den Ländern gefördert — arbeiten mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bei der Entwicklung und Durchführung von Einzelprogrammen zusammen. Dies gilt in gleicher Weise für eine Vielzahl von Organisationen, die auf Teilgebieten auch gesundheitserzieherisch tätig sind.

Sexualpädagogik

169. Die Sexualpädagogik hat bereits im Kleinkindalter zu beginnen; sie bedarf — jeweils entsprechend dem Lebensalter — eines wie selbstverständlich wirkenden ständigen Heranführens an die die Geschlechtlichkeit betreffenden Probleme und ihrer Integrierung. Sie darf nicht erst im Schulentlaßalter anfangen, wo die Jugendlichen bereits zahlreiche, allerdings in den meisten Fällen lückenhafte, Kenntnisse besitzen.

Bei jungen Menschen kann Sexualpädagogik nur wirkungsvoll sein, wenn die sich aus dem Verhältnis der Geschlechter zueinander ergebenden Probleme bewußt gemacht werden und die Möglichkeit zu ihrer Bewältigung im Rahmen der Gesamterziehung geboten wird. Dazu gehört nicht nur die Vermittlung biologischer Kenntnisse, auch die Achtung und Verantwortlichkeit gegenüber dem eigenen und dem anderen Geschlecht muß begriffen werden.

Neben den Eltern sind Ärzte, Pädagogen, Psychologen, aber auch Seelsorger an der Erfüllung dieser Aufgabe beteiligt. Empfehlungen zur Sexualpädagogik in den Schulen wurden von der Ständigen Konferenz der Kultusminister der Länder 1968 beschlossen.

170. Viele Eltern, aber auch Pädagogen, werden mit der Geschlechtererziehung junger Menschen nicht fertig. Dabei handelt es sich weniger um unzureichende Kenntnisse der Erwachsenen, als um die Bewältigung der eigenen sexuellen Probleme sowie um die Scheu und die Schwierigkeit, das Wissen im richtigen Alter und im richtigen Augenblick an die Kinder weiterzugeben. Eine besondere Schwierigkeit ist das Fehlen des entsprechenden Wortschatzes.

Durch die Akzeleration, bei der der physische, weniger der psychische Beginn der Pubertät, besonders bei Mädchen, vorverlegt ist, ist die Sexualpädagogik der 10- bis 14-Jährigen für Eltern und Erzieher noch schwieriger geworden. Bei einer Sexualpädagogik, die dem geistigen und körperlichen Entwicklungsstand der Kinder jeweils angepaßt ist und bereits im Kleinkindalter beginnt, werden derartige Schwierigkeiten weniger auftreten.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat bereits früher im Rahmen der gesundheitserzieherischen Schwerpunktaktion „Gesundheit und Gesellschaft" Schaubogen und Informationsmaterial sexualkundlichen Inhalts zur Verwendung im Unterricht durch die Lehrer erarbeitet und mit Genehmigung der Kultusminister der Länder verteilt. Dieses schon vorliegende Bildmaterial wurde, neben neu entwickelten Schautafeln und Bildern mit Begleittexten versehen, 1969 als „Sexualkunde-Atlas" für Unterrichtszwecke in der Altersgruppe ab 14 Jahre herauszugeben.

171. Der Sexualkunde-Atlas ist ein Sachbuch für Eltern und Erzieher. Er will keine Verhaltenshilfen anbieten, sondern soll Grundlage für den Beitrag sein, den der Biologieunterricht zur Sexualerziehung in der Schule zu leisten hat. Fragen der zwischenmenschlichen Beziehungen und der Wertungen im Zusammenhang mit der menschlichen Sexualität sind primär von den Eltern und erst sekundär von den Schulen im Rahmen ihres Bildungs- und Erziehungsauftrages in eigener Verantwortung der jeweiligen Entwicklungs- und Bildungsstufe des Kindes angepaßt zu behandeln. Der Sexualkunde-Atlas wird zur Zeit überarbeitet. Dabei werden primär die Prüfungsergebnisse der Kultusbehörden der Länder und die damit korrespondierenden Anregungen und Kritiken aller Organisationen, Verbände, Institutionen und Einzelpersonen berücksichtigt.

Ein vorwiegend psychologische Aspekte behandelnder Ergänzungsteil für die Hand des Lehrers wird zur Zeit den Schulen zur Verfügung gestellt. Schließlich ist eine zusätzliche methodisch didaktische Handreichung in Vorbereitung.

Arbeitsmedizin

172. Im Zeitalter der raschen technischen Entwicklung hat die Arbeitsmedizin für die Gesunderhaltung der arbeitenden Bevölkerung in zunehmendem Maße an Bedeutung gewonnen. Ihr Aufgabenbereich erstreckt sich von arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen über die Vorbeugung von Berufskrankheiten bis zur aktiven Mitwirkung an der Lösung einer Vielzahl von Problemen, die eng mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden der Arbeitnehmer verbunden sind. Dazu gehören u. a. die richtige Gestaltung des Arbeitsplatzes und dessen optimale Anpassung an den Arbeitnehmer, Maßnahmen der Arbeitshygiene sowie Fragen der Eingliederung bzw. Wiedereingliederung körperbehinderter oder älterer Arbeitnehmer. Dem präventiven Charakter der Arbeitsmedizin entsprechend, liegt ein Hauptakzent auf den Vorsorgeuntersuchungen, mit deren Hilfe Gesundheitsrisiken, die für den einzelnen infolge seiner Konstitution oder Disposition gegeben sind, rechtzeitig erkannt und so von vornherein ausgeschaltet werden können. Einen weiteren Schwerpunkt bilden die Überwachungsuntersuchungen bei Personen, die durch ihre berufliche Tätigkeit Umgang mit gesundheitsgefährlichen Arbeitsstoffen haben und für deren Gesunderhal-

tung die Früherkennung der Anzeichen einer drohenden Schädigung besonders bedeutungsvoll ist. Die Bundesregierung sieht in diesen arbeitsmedizinischen Vorsorge- und Überwachungsuntersuchungen einen wichtigen Beitrag zur Humanisierung des Arbeitslebens. Sie ist deshalb, in enger Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, bemüht, diese Untersuchungen weiter auszubauen, um dadurch die Gesunderhaltung der Arbeitnehmer sowohl unter den gegenwärtigen Verhältnissen als auch unter den im Zuge des technischen Fortschritts sich verändernden Arbeitsbedingungen soweit wie möglich gewährleisten zu können. Die Fragen der Arbeitsmedizin werden innerhalb der Bundesregierung vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung behandelt. Er wird dabei von seinem ärztlichen Sachverständigenbeirat unterstützt.

Verkehrsmedizin

173. Die Zahl der alljährlich rund 17 000 Verkehrstoten und etwa einer halben Million Verkehrsverletzter erfordern dringlich Maßnahmen vor allem auf folgenden Gebieten:

Untersuchung auf Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen, geeignete Maßnahmen zur Rettung Unfallverletzter, Senkung der Unfallquote durch Verbesserung und Ausweitung der Sicherheitsvorkehrungen. Mögliche gesundheitsschädigende Auswirkungen von Luftverschmutzung und Lärmbelästigung durch den Verkehr müssen sorgfältig beobachtet werden. Das Bundesgesundheitsamt leistet in seiner Abteilung für Wasser-, Boden- und Lufthygiene und in seinem die Umweltschäden untersuchenden Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie auf diesem Gebiet wissenschaftliche Arbeiten, die dem Gesetzgeber die fachlichen Grundlagen für entsprechende Gesetze und Verordnungen schaffen.

Darüber hinaus wurden vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit Forschungsaufträge an Wissenschaftler bzw. Institute vergeben, die sich mit Untersuchungen des Fahrverhaltens, Auswirkungen von Konstitution und Persönlichkeit auf die Unfallgefährdung im Verkehr und mit der Auswirkung von Arzneimitteln auf das Fahrverhalten befassen. Besonderes Augenmerk wird hier auf die Auswirkungen der Suchtmittel und auf die Kombination von Alkohol und Medikamenten gelegt. Dabei hat sich herausgestellt, daß die unterschiedliche Zusammensetzung der einzelnen alkoholischen Getränke auch Differenzen in ihrer Wirkung auf die Fahrtüchtigkeit bedingt. In Zusammenarbeit mehrerer gerichts-medizinischer Institute werden die wahren Todesursachen bei Verkehrsunfällen erforscht.

Innerhalb der Bundesregierung werden die verkehrsmedizinischen Probleme und ihre Lösungsmöglichkeiten im Gemeinsamen Beirat für Verkehrsmedizin des Bundesministers für Verkehr und des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit behandelt, wobei neben dem Straßenverkehr auch Schienen-, Wasser- und Luftfahrtverkehr zu berücksichtigen sind.

Wichtige Maßnahmen in der 6. Legislaturperiode

1. Felduntersuchungen des Instituts für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes in verschiedenen Regionen der Bundesrepublik
2. Modellaktionen der Gesundheitsvorsorge; Erprobung und Auswertung von Früherkennungsmaßnahmen
3. Intensivierung und Verbesserung der gesundheitlichen Aufklärung

II. Gesundheitsschutz

Umweltschutz

174. In der Regierungserklärung vom 28. Oktober 1969 hat die Bundesregierung angekündigt, sie werde Maßnahmen zum Schutze der Menschen vor den Risiken für die Gesundheit ergreifen, die durch die technisierte und automatisierte Umwelt entstehen.

Mit einem am 17. September 1970 beschlossenen Sofortprogramm für den Umweltschutz hat die Bundesregierung einen wichtigen Schritt zur Erfüllung ihrer Ankündigung getan.

Das Programm enthält mehrere Gruppen von Maßnahmen zum Schutze der Lebensbereiche der Menschen, der Tiere und der Pflanzen vor schädlichen Wirkungen der Technik und ihrer Einrichtungen.

Die Vorstellungen der Bundesregierung über die Aufgabe des Umweltschutzes gehen davon aus, daß nicht mehr nur eine bloße Abwehr unmittelbar drohender Gefahren etwa im polizeilichen Sinne erforderlich ist. Im Vordergrund steht vielmehr die aktive Gestaltung der technischen Vorgänge, die vor allem auf Wasser, Luft und Boden Einfluß haben können. Deshalb steht Umweltschutz im engen Zusammenhang mit Raumordnung und Städtebau [1]), Wissenschafts-, Wirtschafts- und Verkehrspolitik, insbesondere aber auch mit der Gesundheitspolitik. Viele Aufgaben des Umweltschutzes, zum Beispiel im Bereich der Luft- und Gewässerreinhaltung und der Abfallbeseitigung scheinen zunächst nur in einem ganz mittelbaren Zusammenhang mit Fragen der menschlichen Gesundheit zu stehen; so z. B. dem Landschaftsschutz oder der Steigerung der wirtschaftlichen Nutzungsmöglichkeiten des Wassers.

Im Grunde aber soll alles, was zum Schutze der Umwelt geschieht, dem Menschen und seinem Wohlbefinden, besonders seiner Gesundheit dienen. Bei einer Anzahl von Tätigkeiten zum Schutze der Umwelt, die hier dargestellt werden, kommt das ganz augenfällig zum Ausdruck.

Wasser

175. Die Bundesrepublik ist im Vergleich zu anderen Ländern recht gut mit Wasservorräten ausgestattet. Wenn wir dennoch seit einigen Jahren allen Grund sehen, uns um unser tägliches Wasser sehr zu sorgen, so ist das auf verhängnisvolle Fehler zurückzuführen, die in der Bewirtschaftung dieses für uns lebenswichtigen Rohstoffes in den letzten hundert Jahren gemacht wurden. Das betrifft vor allem die Siedlungswasserwirtschaft, also die Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung. Hier handelt es sich sowohl um die Mengen- als auch um die Gütewirtschaft bei Grund- und Oberflächenwasser.

Erst in den letzten Jahrzehnten ist eine Menge getan worden, um der ständig steigenden Verschmutzung unserer Gewässer Herr zu werden. Für eine Vielzahl von Kläranlagen sind erhebliche Summen investiert worden. Allein die Sanierungsmaßnahmen für die Gewässer konnten mit dem Anstieg der zu beseitigenden Abwassermengen und der Zunahme des Verschmutzungsgrades nicht Schritt halten.

176. Von fachlicher Seite ist in den letzten Jahren immer wieder und äußerst eindringlich darauf hingewiesen worden, daß die Gewässer, das gilt für Oberflächen- und Grundwasser und neuerdings auch für Seewasser, durch folgende Stoffe zunehmend verunreinigt werden: Krankheits- und Seuchenerreger, organische und anorganische Stoffe, z. B. Mineralöle, Treibstoffe, Detergentien, Trübungs- und Farbstoffe, Geruchs- und Geschmacksstoffe, Düngemittel, Schädlingsbekämpfungsmittel, radioaktive und viele andere Chemikalien, von denen wir mit Sicherheit wissen oder annehmen müssen, daß sie mehr oder weniger gesundheitsschädlich sind. Aufgeheizte Kühlwässer, die in die Vorfluter eingeleitet werden, können zusammen mit den vorgenannten Stoffen zu Störungen des ökologischen Systems führen. In der Bundesrepublik werden täglich weit über 30 Millionen Kubikmeter an Abwässern und Kühlwässern in die Gewässer eingeleitet. Das entspricht etwa der halben Wasserführung des Rheins bei Niedrigwasser.

177. Der Verunreinigung unserer Gewässer steht andererseits ein steigender Wasserbedarf gegenüber. Die für den rasch steigenden Wasserbedarf anzuführenden Gründe sind nur zum geringen Teil in der Zunahme der Bevölkerungszahl zu suchen, vor allem aber in Fortschritten der öffentlichen Gesundheitspflege, Änderungen der Lebensgewohnheiten der Bevölkerung, weiter steigender Industrialisierung und Zunahme landwirtschaftlicher Bewässerung.

Künftig ist damit zu rechnen, daß die Ansprüche der Bevölkerung an die Wasserversorgung immer höher werden. Bei der weiteren Entwicklung der

[1]) Vgl. hierzu den Raumordnungsbericht 1970 der Bundesregierung sowie den Städtebaubericht 1970 der Bundesregierung.

Industrie ist praktisch mit Sicherheit auch ein entsprechendes Ansteigen des Wasserbedarfs von dieser Seite zu erwarten. Man wird nach Meinung der Fachleute davon ausgehen mussen, daß sich der Wasserbedarf in etwa 30 Jahren verdoppelt haben wird und bis dahin überwiegend aus Oberflächenwasser gedeckt werden muß. Inzwischen ist bekannt, daß bei einem Wasserbedarf von etwa 26 Milliarden Kubikmeter im Jahre 2000 das praktisch gewinnbare Grundwasser weitestgehend ausgeschöpft und daß z. Z. gewinnbare Oberflächenwasser zu 25 % vergeben sein wird. Leider stehen wir gerade beim Oberflächenwasser vor besonderen Schwierigkeiten; denn bei rasch wachsendem Bedarf ist zugleich eine stetig wachsende Verunreinigung durch Abwasser zu verzeichnen. Das Problem liegt weniger in der Wassermenge, sondern vor allem in der Wassergüte. Die Gefahr eines Kurzschlusses zwischen Abwasser — Gewässer — Trinkwasser wird immer größer.

Der Erfolg der Bemühungen zur Deckung unseres künftigen Wasserbedarfs und zur Gesunderhaltung der Bevölkerung ist also entscheidend davon abhängig, ob und in welchem Umfang es gelingt, die Reinhaltung unserer Gewässer zu sichern.

178. Die zwingende Notwendigkeit zur Reinhaltung unserer Gewässer ergibt sich jedoch nicht allein aus dem Bedarf und den hohen Qualitätsanforderungen für die Versorgung von Bevölkerung, Gewerbe und Industrie, sondern ebenso auch wegen der Nutzung des Wassers für Badezwecke, Sport, Erholung, Nutzung für Landwirtschaft, Fischerei, Energiewirtschaft und Schiffahrt.

Die kritische Situation auf diesem Gebiet des Umweltschutzes läßt es zwingend geboten erscheinen, den Gewässerschutz in der Bundesrepublik — und weit über den nationalen Rahmen hinaus durch Abstimmung zumindest mit den Nachbarländern — entsprechend zu verstärken. Die einzuleitenden Sanierungsmaßnahmen müssen sich vor allem auf die ausreichende Reinigung des Abwassers konzentrieren. Vom Standpunkt des Umweltschutzes aus gesehen, wird es künftig nicht nur erforderlich sein, hierfür den technisch bestmöglichen Reinigungsgrad zu fordern, sondern darüber hinaus in Einzelfällen Fremdstoffe durch geeignete Maßnahmen fernzuhalten oder auf Produktionsverfahren überzugehen, die wesentlich geringere Aufwendungen für Abwasserreinigung verursachen. Wegen des Gehalts des Abwassers an schwer abbaubaren gewässertoxischen oder gesundheitsschädlichen Inhaltsstoffen ist die Entwicklung besonderer Reinigungverfahren notwendig. Der Erfolg aller Maßnahmen für den Gewässerschutz wird jedoch nicht zuletzt davon abhängen, daß ein ausgedehntes Netz von gut funktionierenden Stationen für die Gewässerüberwachung bis an die Landesgrenzen aufgebaut wird.

Abfallbeseitigung

179. Auf dem Gebiet der Abfallbeseitigung haben sich in den letzten 20 Jahren große Schwierigkeiten entwickelt. Gegenwärtig wird die Menge der in der Bundesrepublik anfallenden Abfallstoffe aller Art (ohne Abwasser) auf weit mehr als 200 Millionen Kubikmeter pro Jahr geschätzt. Noch wie vor 100 Jahren werden heute fast 90 % dieser Stoffe auf primitivste Art und Weise, d. h., in der Regel ohne besondere Vorsichtsmaßnahmen gegenüber der Bevölkerung in der Umgebung und ohne Rücksicht auf schwere Verunreinigungen von Wasser, Boden und Luft auf etwa 50 000 Müllplätzen abgelagert. Für etwa die Hälfte unserer Bevölkerung ist noch nicht einmal eine geregelte Müllsammlung und Müllabfuhr eingerichtet worden. Fachleute erwarten eine ähnliche Entwicklung wie in den USA. Dort ist die Menge an Abfallstoffen je Einwohner etwa fünfmal so groß wie in der Bundesrepublik.

Industrie und Gewerbe haben erhebliche Schwierigkeiten mit der Beseitigung bestimmter Abfallstoffe, die wegen toxischer oder anderweitig gefährlicher Eigenschaften nicht zusammen mit dem Hausmüll beseitigt werden können. Die Beseitigung dieser umweltfeindlichen Abfallstoffe durch Verklappen oder Versenken auf hoher See erscheint im Hinblick auf die sich abzeichnenden Störungen des biologischen Gleichgewichts nicht länger vertretbar.

180. Eine umfassende Neuordnung der Abfallbeseitigung unter Berücksichtigung der Forderungen des Umweltschutzes gehört daher mit zu den vordringlichsten Forderungen.

Für die Vielzahl der kleinen, ungeordneten Abfallplätze müssen rationelle Losungen auf regionaler oder überregionaler Basis gefunden werden, die es gestatten, finanzielle Mittel wirtschaftlich und gemäß den Forderungen des Umweltschutzes einzusetzen.

Toxische und andere besonders gefährliche Abfallstoffe müssen in neu einzurichtenden Sondermüllplätzen in geeigneter Weise behandelt werden, um diese Stoffe schadlos beseitigen zu können.

Die Technologien der Abfallbeseitigung, z. B. für Müllvergasung, Altreifen und Altautobeseitigung, müssen durch Forschungen verbessert und durch Neuentwicklungen ergänzt werden. Besondere Aufmerksamkeit wird man in diesem Zusammenhang auch allen Maßnahmen zur Verringerung der Müllmengen durch sinnvolle Verwertung sowie der Erzeugung von Produkten schenken müssen, die nach Gebrauch als Abfallstoffe biologisch leicht abbaubar sind.

Luftreinhaltung

181. Unter der zunehmenden Luftverschmutzung leiden industrialisierte Staaten, insbesondere in ihren Verdichtungs- und Ballungsräumen. Bei der Konzeption der Forschung zu Fragen der medizinisch-biologischen *Wirkung* luftverunreinigender Stoffe auf Mensch, Tier und Pflanze ging man zunächst weitgehend davon aus, daß durch eine wissenschaftliche Breitenarbeit die Wirkungen von Schmutzstoffen in der Luft erst einmal nachweisbar bzw. meßbar gemacht werden mußten. In dieser

Phase der Forschung wurden in den letzten Jahren neben der Gewinnung zahlreicher Einzelerkenntnisse, die sich bereits in den bestehenden Immissionsgrenzwerten niederschlugen, die methodischen Aspekte dieser Probleme zu einem großen Teil erarbeitet. Damit wurde die Voraussetzung für die zweite Forschungsphase geschaffen, in der die Schlüsselfragen des Gesundheits- und Umweltschutzes auf dem Gebiet der Luftreinhaltung gelöst oder doch wenigstens in Angriff genommen werden können.

Die wichtigsten dieser Schlüsselfragen sind:

Welche Bedeutung haben krebserregende Stoffe oder Kombinationen und Faktoren (Zeitdauer, Licht, Luftfeuchte, Streß, Altersgruppe, Geschlecht) sind in der Lage, in Gegenwart von Spuren krebserzeugender Stoffe die Krebsbildung anzuregen? Oder wieweit sind andere Schwebstoffe in der Luft einzeln oder je nach ihrer Kombination mit anderen Luftverunreinigungen imstande, sich in ihrer Wirkung zu summieren, zu addieren und zu potenzieren und Erkrankungen des Atmungs- und Kreislaufsystems auszulösen?

Die Beantwortung dieser Fragen ist deshalb so schwierig, weil es sich nur selten um akute massive Einwirkungen, sondern um Langzeitwirkungen kleinster Konzentrationen handelt, deren Beobachtung und Erkennung sich über weite Zeiträume erstrecken können.

- Welche Lebensvorgänge werden durch Luftverunreinigung betroffen (Erbsubstanzschädigungen, Anpassung, Erholung)?
- Wie wird das ökologische Gleichgewicht in der Umwelt durch langzeitige und/oder großräumige Belastungen mit Luftverunreinigungen verändert? Wo liegen die Grenzen der Belastbarkeit und welche biologische Indikationen lassen sich erkennen?
- Lassen sich lufthygienische Modelle entwickeln z. B. für die Luftbelastung in einem Verdichtungsraum und in dessen Teilräumen und lassen sich hieraus Aussagen für die zukünftige Entwicklung ableiten?

182. Schon jetzt läßt sich sagen, daß zu allen diesen Fragenkomplexen inzwischen medizinisch-biologische Forschungsvorhaben angelaufen sind oder zum Teil vor ihrem Abschluß stehen. Vielfach handelt es sich um Gemeinschaftsarbeiten von Institutionen und Experten verschiedener Disziplinen, die in enger Zusammenarbeit mit internationalen Gremien und Wissenschaftlern stehen. Dadurch ist eine wesentliche Vertiefung unserer Erkenntnisse und ihrer Verwertbarkeit für den Gesetzgeber zu erwarten. Diese neuen zentralen Fragen, die der Gesetzgeber lösen muß, können nur durch programmierte und koordinierte interdisziplinäre Anstrengungen, die mit großer Konzentration betrieben und auch mit ausländischen wissenschaftlichen Arbeitskapazitäten abgestimmt werden, einer Lösung nähergebracht werden.

Die Antworten werden für die Luftreinhaltung neue Maßstäbe setzen; sie werden zeigen, ob die bisherige Basis der Luftreinhaltung in Deutschland ausreicht. Schon heute ist sicher, daß für die Bekämpfung der Verunreinigung der Luft durch Schwefeloxide und durch Fluor andere weitergehende Vorstellungen, z. B. auch raumordnerischer Art, entwickelt werden müssen, daß die Energiepolitik der Bundesregierung wird überprüft werden müssen und daß neue verstärkte technologische Anstrengungen notwendig sein werden.

Lärmbekämpfung

183. Urbanisierung und Technisierung haben in den vergangenen Jahrzehnten zu einem ständigen Anwachsen des Lärms geführt. Eine Vielzahl technischer Vorgänge ist nach dem heutigen Stand der Technik ohne Lärmemission nicht vollziehbar. Fast immer hat eine Intensivierung dieser Vorgänge eine Erhöhung der Lärmemission zur Folge. Immer dichter wird unser Leben überzogen mit lärmerzeugender Technik: Lärm in Gewerbebetrieben, Lärm an Straßen, an Schienen, Lärm an Baustellen, Lärm an Flughäfen.

Leider ist uns noch immer recht wenig darüber bekannt, wie sich Lärm auf den Menschen auswirkt. Auch durch die arbeitsmedizinische Forschung konnte diese Frage bisher nur in Teilbereichen geklärt werden. Wir wissen zwar, daß es in der Regel zu vorübergehenden Hörschwellenverschiebungen oder dauernder Schwerhörigkeit kommt, wenn eine Bestrahlung mit hohen Lärmpegeln längere Zeit andauert. Handelt es sich aber um Schallpegel, wie wir sie an den Straßen unserer Städte antreffen, so werden zwar gewisse Erregungseffekte erkennbar. Diese Effekte brauchen aber nicht unbedingt pathogener Natur zu sein. Hier kommt der psychisch-emotionellen Reaktion auf den Lärm maßgebliche Bedeutung zu. Besondere Aufmerksamkeit verdienen die Schlafstörungen durch Lärm, und zwar die Einschlafstörungen ebenso wie die Durchschlafstörungen und die Minderung der Schlaftiefe. Diese Störungen müssen als potentiell pathogen angesehen werden.

Man wird davon ausgehen dürfen, daß es eine gewisse psychische Gewöhnung an Lärm gibt, freilich nicht an jede Art von Lärm. Dabei ist die Gewöhnungsfähigkeit individuell sehr verschieden. Im übrigen braucht eine einmal eingetretene Gewöhnung nicht bestehenzubleiben; eine Veränderung in der Qualität des Geräusches kann dafür ebenso verantwortlich sein wie eine Änderung der körperlich-seelischen Verfassung. Anstatt zu einer Gewöhnung kann ein kontinuierliches oder wiederholtes Geräusch allerdings auch zu einer Sensibilisierung gegen Lärm und so zu ernsten gesundheitlichen Konsequenzen führen.

Es wird eine vordringliche Aufgabe der Lärmbekämpfung sein zu ermitteln, welchen Geräuschpegeln unsere Bevölkerung aktuell ausgesetzt ist und eine Prognose für die zukünftige Entwicklung zu erstellen. Ebenso wichtig wird es sein, den Zusammenhang des Lärms in seiner jeweiligen Erscheinungsform mit dem Grad der Belästigung der Bevölkerung zu ergründen. Nur wenn hier Klar-

heit besteht, wird ein sachgerechtes und effektives Lärmbekämpfungsprogramm geschaffen und verwirklicht werden können.

Strahlenschutz

184. Die raschen Fortschritte von Wissenschaft und Technik in den letzten Jahrzehnten haben Nutzungsmöglichkeiten geschaffen, die einerseits einen kaum abzuschätzenden Gewinn darstellen, andererseits jedoch auch neue, zum Teil unbekannte Gefahren beinhalten. Leben und Gesundheit vor diesen Gefahren zu schützen ist eine der vordringlichen Aufgaben des Gesetzgebers, der durch entsprechende Rechtsvorschriften den Gesundheitsschutz vor den Gefahren ionisierender und anderer energiereicher Strahlen sicherstellen muß.

Röntgenstrahlen

185. Die Röntgenstrahlen, die vor 75 Jahren entdeckt wurden, haben den größten Anteil an der Strahlenbelastung aus künstlichen Strahlenquellen. Das ist verständlich, weil die moderne Medizin heute ohne diese, technisch ständig verbesserten Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten undenkbar ist. Die Anwendung der Röntgenstrahlen auf den Menschen ist allerdings nicht unproblematisch. Jede Anwendung dieser ionisierenden Strahlen am Organismus bedingt eine Strahlenbelastung, d. h. in einem gewissen Maß werden die Zellen des betroffenen Organs beeinträchtigt oder sogar geschädigt. Es ist daher unumgänglich, vor jeder Anwendung von Röntgenstrahlen auf den Menschen auch das Risiko der Strahlenbelastung zu sehen, d. h. Nutzen und Schaden abzuwägen. Als selbstverständlich ist vorauszusetzen, daß mit einem Minimum an Strahlenbelastung ein Maximum an diagnostischem Aussagewert erreicht wird. Die Höhe der Belastung hängt im wesentlichen von der Güte des technischen Gerätes und der Ausbildung und Erfahrung des Anwenders ab.

186. Aufgrund der Ermächtigung des Atomgesetzes wird für den Bereich der Anwendung von Röntgenstrahlen nicht nur in der Medizin, sondern auch in der Technik von der Bundesregierung unter Federführung des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit gemeinsam mit dem Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung eine Rechtsverordnung erarbeitet, durch die der Schutz vor den Gefahren der Röntgenstrahlen sichergestellt werden soll. Durch entsprechende gesetzliche Bestimmungen wird der Kreis der Anwendungsberechtigten abgegrenzt und sichergestellt, daß die Voraussetzungen für eine sachgerechte Anwendung gegeben sind und Patient, Personal sowie Umgebung vor unnötiger Strahlenbelastung bewahrt werden.

Über die gewollte Anwendung von Röntgenstrahlen in der Medizin und in der Technik hinaus gibt es noch Geräte, bei deren Betrieb ungewollte Röntgenstrahlung entsteht und frei wird. Diese Strahlung ist im allgemeinen weniger energiereich, so daß sie mit entsprechenden Mitteln im notwendigen Umfang abgeschirmt werden kann. Bestes Beispiel für ein solches Gerät ist der Fernsehempfänger, bei dessen Betrieb Röntgenstrahlung entsteht, die allerdings durch die besondere Konstruktion des Gehäuses, das als Schutzgehäuse ausgelegt wird, abgeschirmt wird. Entsprechende gesetzliche Vorschriften, die die Sicherheit auch hinsichtlich der Röntgenstrahlung bei Fernsehempfängern garantieren, sind in der Röntgenverordnung enthalten.

Die Arbeiten an dieser Verordnung dauern schon lange an, sie sind noch nicht früher zum Abschluß gekommen, weil die Vielschichtigkeit der zu regelnden Materien in rechtlicher, technischer, berufspolitscher und medizinisch-ethischer Sicht immer wieder neue Probleme ergab, deren Lösung zeitraubende Verhandlungen und Untersuchungen erforderte.

Der endgültige Entwurf steht unmittelbar vor dem Abschluß.

Andere energiereiche Strahlen

187. Außer der Kernstrahlung und der Röntgenstrahlung, die zusammengefaßt als ionisierende Strahlung bezeichnet wird, treten in der Umwelt des Menschen in zunehmendem Maße andere energiereiche Strahlen auf. Diese Strahlung ist entweder primär für spezielle Anwendungen erzeugt oder entsteht sekundär beim Betrieb elektronischer Geräte. Damit erfolgt die Anwendung derartiger Strahlen nicht nur in Wissenschaft und Technik, sondern auch in anderen Lebensbereichen. Als Beispiel sind die Mikrowellen anzuführen, die heute als Mikrowellenherde im Haushalt und in Gaststättenbetrieben Verwendung finden. Die besondere Art der Gefährdung durch derartige Geräte muß durch gesetzliche Vorschriften hinsichtlich der Konstruktion ausgeschlossen werden.

188. Die aus der heutigen Technik nicht mehr wegzudenkenden LASER-Strahlen bilden ebenfalls eine Gefahrenquelle, die bisher nicht übliche Schutzmaßnahmen, in erster Linie gegen Augenschäden erfordert. Die Anwendung von LASER-Strahlen nimmt ständig zu, z. B. auf dem Gebiete der Nachrichtenübermittlung, der Entfernungsmessung, der Vermessung, der Holografie, der Medizin und der Ausbildung. Eine Rechtsvorschrift zum Schutz vor den aus dieser Strahlung herrührenden Gefahren wird noch im Laufe dieses Jahres in Angriff genommen. Weitere energiereiche Strahlungen entstehen bei der Anwendung des Radars, des Ultraschalls usw.

Die in diesem Abschnitt erwähnten notwendigen gesetzlichen Regelungen bedürften zunächst noch einer Ermächtigung durch ein zu schaffendes Bundesgesetz. Die Erarbeitung der sehr umfangreichen, vielschichtigen und technisch differenzierten Unterlagen wurde in Zusammenarbeit mit kompetenten Wissenschaftlern begonnen. Darüber hinaus be-

steht eine sehr enge internationale Zusammenarbeit, insbesondere mit den US-Gesundheitsbehörden. Auch internationale Gremien wie Weltgesundheitsorganisation und EWG sind an diesen Arbeiten interessiert und werden von unserer Seite beteiligt.

Kernkraftanlagen

189. Der rapid ansteigende Bedarf an elektrischer Energie zwingt auch die Bundesrepublik, neben den konventionellen Kraftwerken in zunehmendem Maße Kernkraftanlagen zum Zwecke der Energieversorgung zu errichten. Bei diesen Kernkraftwerken sind ebenso wie bei der Errichtung großer, neuer Werke der chemischen Industrie die Probleme des Gesundheitsschutzes und des Umweltschutzes schon bei der Planung zu berücksichtigen. Von entscheidender Bedeutung ist bereits die Standortwahl derartiger Großanlagen, die wiederum von verschiedenen Voraussetzungen beeinflußt wird. Zu diesen primär zu beachtenden Voraussetzungen gehören u. a. zentrale Lage im Abnehmerbereich, geringe Besiedlungsdichte, Sicherstellung des Kühlwasserbedarfs. Die technische Entwicklung und der Sicherheitsfaktor sind erheblich verbessert worden. Unfälle sind daher nicht aufgetreten. Die ständige Kontrolle der Umweltradioaktivität, über deren Ergebnis die Bundesregierung jährlich dem Bundestag berichtet (letzter Bericht Drucksache V/907), zeigt, daß auch in der Umgebung von Kernkraftanlagen keine Erhöhung der Radioaktivität zu verzeichnen ist.

190. Schwieriger zu lösen sind die Probleme des Abwassers und der Wasserkühlung. Aber auch auf diesen Gebieten sind unter voller Berücksichtigung der Forderungen des Gesundheitsschutzes Lösungen möglich. Der gelegentlich in der Öffentlichkeit diskutierten Gefahr einer Aufheizung der Flüsse kann durch technische Maßnahmen wie der Errichtung von Kühltürmen erfolgreich begegnet werden. Durch die bereits bestehenden gesetzlichen Regelungen auf internationaler und nationaler Ebene und aufgrund der getroffenen Maßnahmen konnten die Forderungen des Gesundheitsschutzes bisher voll erfüllt werden. Trotzdem hat die Bundesregierung sich verpflichtet gefühlt, die Errichtung von Kernkraftwerken in unmittelbarer Nähe von Ballungsgebieten noch aufzuschieben, bis durch umfassende Prüfung und Forschung letzte Gewißheit über die Vollständigkeit und Wirksamkeit neuartiger Sicherheitsmaßnahmen geschaffen ist.

Medizinische Probleme der Luft- und Raumfahrt

191. Im Bereich der Luft- und Raumfahrt bahnen sich mit der in absehbarer Zeit bevorstehenden Aufnahme des Flugverkehrs im Überschallbereich in großen Höhen neue Entwicklungen, die zwangsläufig auch neue Probleme des Gesundheitsschutzes mit sich bringen, an. Der Flug in großen Höhen ist unter bestimmten Voraussetzungen mit der Gefahr einer Strahlenbelastung verbunden. Diesen Belastungen, deren Ausmaß und Auswirkungen bereits sorgfältig untersucht werden, kann durch entsprechende Maßnahmen wie Veränderung von Flughöhe und Flugroute durchaus begegnet werden. Voraussetzung ist, daß die notwendigen Einrichtungen zur Beobachtung der jeweiligen Situation und zur Durchführung erforderlicher Maßnahmen geschaffen werden.

Der medizinischen Betreuung des Personals kommt besondere Bedeutung zu.

Bei Standortveränderung von Kontinent zu Kontinent mit Überschallgeschwindigkeit entfällt jede Akklimatisationsmöglichkeit. Das wirft neue medizinische Probleme des Flugreisens auf. Mit diesen Problemen wird sich die medizinische Wissenschaft noch eingehend auseinandersetzen müssen. Inwieweit gesetzliche Regelungen erforderlich werden, hängt von dem Ergebnis dieser Untersuchungen ab.

Gefährliche Arbeitsstoffe

192. Gefährliche Arbeitsstoffe sind Ausgangs- und Hilfsstoffe einschließlich Zubereitung, die aufgrund ihrer Eigenschaften Gefahren für Leben und Gesundheit der Personen mit sich bringen, die insbesondere bei der Herstellung und Verwendung mit ihnen umgehen. So können z. B. Anstrichmittel, Klebstoffe oder Lösemittel giftige und ätzende Stoffe enthalten, die den Arbeitnehmer aber auch den privaten Verbraucher gefährden.

Deshalb sind für gefährliche Arbeitsstoffe einerseits Verwendungsverbote, -beschränkungen oder -bedingungen, andererseits für das Inverkehrbringen Vorschriften über die Kennzeichnung dieser Stoffe sowie über die Benutzung von Schutzmitteln beim Umgang mit ihnen erforderlich.

Die Bundesregierung wird in den nächsten Monaten dem Bundesrat eine Verordnung über gefährliche Arbeitsstoffe zur Zustimmung vorlegen, die in erster Linie dem Schutz der Arbeitnehmer beim Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen dient. Mit der Verordnung werden

- eine Anzahl auf verschiedenen Teilgebieten bestehende Verordnungen, nachdem sie der technischen Entwicklung angepaßt worden sind, zusammengefaßt,
- seit langem geplante Regelungen für den Umgang mit bestimmten Arbeitsstoffen, z. B. Benzol, Tetrachlorkohlenstoff u. a. m. getroffen und
- Schutzmaßnahmen sowie ärztliche Vorsorgemaßnahmen für den Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen vorgeschrieben.

Darüber hinaus soll mit dieser Verordnung für den Bereich der Arbeitsstoffe die EG-Richtlinie für die Einstufung, Verpackung und Kennzeichnung gefährlicher Stoffe in innerstaatliches Recht überführt werden.

Ins einzelne gehende Angaben über diesen Sachbereich wird die Bundesregierung in dem in Kürze zu erwartenden Unfallverhütungsbericht machen.

Unfall im Haushalt

193. Der Haushalt ist ein Ort mannigfacher Gefahren für die in ihm lebenden Familienmitglieder, insbesondere für die arbeitende Hausfrau und das spielende Kind. Die zunehmende Mechanisierung des Haushalts erhöht noch die Unfallgefahr. Nach einer Schätzung der Aktion „Das sichere Haus" haben sich im Jahre 1968 allein im Haushalt und in der Freizeit 11 300 tödliche Unfälle ereignet; die Zahl der Verletzten wird mit 2 Millionen angegeben. Das bedeutet, daß rund 35 v. H. aller tödlichen Unfälle im Haushalt und in der Freizeit geschehen. Leider fehlen bis heute amtliche statistische Zahlen über Haushaltsunfälle.

Eine ausführliche vergleichende Analyse der Hausunfälle des Jahres 1966 wurde unter Beteiligung des Bundesministers für Gesundheitswesen in der Europäischen Region der Weltgesundheitsorganisation durchgeführt. Sie ergab wesentliche Hinweise auf die Schwerpunkte der Unfallgefährdung und läßt in Verbindung mit den Ergebnissen der Mikrozensus-Zusatzbefragungen der Bevölkerung des Bundesgebietes einschließlich West-Berlin über Unfälle Ansatzpunkte für eine gezielte Unfallverhütung sichtbar werden.

194. Der Unfallschutz im Haushalt ist nicht nur ein wichtiges Problem für die Gesunderhaltung der Bevölkerung, sondern ist auch volkswirtschaftlich von Bedeutung. Wenn diese hohen Unfallziffern gesenkt werden sollen, kommt es auf die Mitarbeit jedes einzelnen an. Insbesondere ist Aufklärung und Belehrung notwendig, damit Unfallgefahren rechtzeitig erkannt und beseitigt werden können. Es muß bewußt gemacht werden, daß die häusliche Unfallverhütung nicht weniger wichtig ist als die Unfallverhütung im Verkehr und im Betrieb. Die gesetzliche Unfallversicherung ist insoweit um eine wirksame Unfallverhütung im Haushalt bemüht, als in den Haushalten Arbeitnehmer beschäftigt sind. Im privaten Bereich sind seit Jahren die Aktion „Das sichere Haus" und die Arbeitsgemeinschaft „Sicherheit in Heim und Freizeit" tätig. Mit Bundesmitteln werden aufklärende Maßnahmen in Form von Broschüren, Bildserien und Filmen unterstützt. Die Bundesregierung ist auch bemüht, die Arbeit der privaten Organisationen in verstärktem Maße zu fördern. Nicht zuletzt trägt das im Jahre 1968 verkündete Gesetz über technische Arbeitsmittel dazu bei, die Unfallquellen im Haushalt zu verringern. Nach diesem Gesetz darf in der Bundesrepublik Deutschland nur sicherheitstechnisch einwandfreies Haushaltsgerät und Spielzeug verkauft werden. Mit diesem beim Hersteller einsetzenden vorgreifenden Gefahrenschutz ist eine erhebliche Verbesserung erreicht worden.

Lebensmittelwesen

195. Eine wesentliche Aufgabe moderner Gesundheitspolitik ist der Gesundheitsschutz auf dem Gebiet des Lebensmittelwesens und der Bedarfsgegenstände. Der Erfüllung dieser Aufgabe dient vor allem das Lebensmittelgesetz vom 5. Juli 1927, zuletzt geändert durch das Änderungsgesetz vom 8. September 1969, sowie eine Fülle von darauf gestützten Rechtsverordnungen und zahlreiche Nebengesetze (wie z. B. das Weingesetz, das Blei- und Zinkgesetz, das Farbengesetz, das Fleischbeschaugesetz). Alle diese Regelungen zielen darauf ab, den Verbraucher vor Gesundheitsschäden im Verkehr mit Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen oder vor Täuschung zu schützen. Hierbei ist zu bedenken, daß das Lebensmittelrecht die Täuschung im weitesten Sinne versteht, also nicht nur auf den Schutz vor wirtschaftlichen Nachteilen abstellt, sondern auch dem Informationsbedürfnis und dem Schutzbedürfnis des Verbrauchers vor einer irreführenden gesundheitsbezogenen Werbung Rechnung tragen muß. Die stürmisch voranschreitende Entwicklung, insbesondere auch im Bereich der Lebensmitteltechnologie, gestattet kein statisches Verharren auf einmal geschaffenen Normen, sondern verpflichtet den Gesetzgeber dazu, die bestehenden Regelungen der Entwicklung anzupassen oder sogar vorausschauend Bestimmungen zu schaffen, die Neuerungen auf diesem Gebiet zwar ermöglichen, sie aber von vornherein mit dem Schutz des Verbrauchers in Einklang bringen. Dabei ist die Tatsache von besonderer Bedeutung, daß die Lebensmittel ein wichtiger und leicht manipulierbarer Umweltfaktor sind. Ferner bedingt der mit der steigenden Bevölkerungszahl ständig anwachsende Lebensmittelbedarf eine weitgehende Industrialisierung der Produktion und Verarbeitung. Das gilt sowohl für die Lebensmittelgewinnung (Gewinnungshygiene, Einsatz von pharmakologisch wirkenden Stoffen, Anwendung von Pflanzenschutz- und Schädlingsbekämpfungsmitteln) als auch für das weitere Be- und Verarbeiten (Anwendung von Zusatzstoffen, Behandlungsverfahren, Bestrahlung) sowie für das Angebot der Lebensmittel auf dem Markt (Verpackung, Aufmachung, Werbung). Hierdurch werden im Interesse des Verbraucherschutzes neue gesetzgeberische Maßnahmen erforderlich.

196. Dem dient die Gesamtreform des Lebensmittelrechts, die als besonders vordringliches Anliegen von der Bundesregierung in Angriff genommen worden ist.

Aufbauend auf bewährten Regelungen und Grundsätzen des geltenden Lebensmittelgesetzes und unter Beibehaltung seiner grundlegenden Konzeption, sind für eine Reihe von Bereichen neue Lösungen vorgesehen, die letztlich alle dem Hauptanliegen des Reformvorhabens, nämlich der Verbesserung des Verbraucherschutzes im umfassenden Sinne dienen, also neben dem Schutz der Gesundheit auch den Schutz des Verbrauchers vor Täuschung im Verkehr mit Lebensmitteln verstärken und dem Informationsbedürfnis Rechnung tragen.

Wie schon im geltenden Lebensmittelgesetz sollen neben den Lebensmitteln die Tabakerzeugnisse, die kosmetischen Erzeugnisse und Bedarfsgegenstände (d. h. im wesentlichen die Gegenstände des täglichen Bedarfs oder Gebrauchs) in einem Gesetz geregelt werden.

197. Zur Verstärkung des Schutzes vor möglichen Gesundheitsschäden ist zunächst vorgesehen, das durch die sogenannte Fremdstoff-Novelle des Jahres 1958 für Lebensmittel eingeführte Verbotsprinzip (Verbot mit Erlaubnisvorbehalt) zu verbessern und teilweise zu verschärfen. Eine wesentliche Erweiterung sollen ferner die Schutzvorschriften erfahren, die sich auf die evtl. Rückstände von pharmakologisch wirkenden Stoffen bei Schlachttieren und auf die Reste von Pflanzenschutzmitteln beziehen, die in Lebensmitteln bei ihrem Inverkehrbringen noch vorhanden sein dürfen. Darüber hinaus ist eine bedeutsame Verbesserung der Eingriffsmöglichkeiten des Verordnungsgebers zum Schutz der menschlichen Gesundheit beabsichtigt. Derartige Regelungen sollen bei Lebensmitteln, aber auch bei kosmetischen Erzeugnissen und Bedarfsgegenständen, künftig schon zur Verhütung einer Gesundheitsgefährdung erlassen werden können. Damit soll also die Möglichkeit eröffnet werden, in weitestem Umfang vorbeugende Maßnahmen zu treffen. Dem Schutz vor Gesundheitsschäden dient auch die vorgesehene Einführung des Verbotsprinzips bei den kosmetischen Erzeugnissen, soweit zu deren Herstellung verschreibungspflichtige Stoffe im Sinne des Arzneimittelrechts verwendet werden. Auch diese Stoffe sollen künftig — ebenso wie die Zusatzstoffe bei Lebensmitteln — nur noch gebraucht werden dürfen, wenn sie nach eingehender Prüfung auf ihre Unbedenklichkeit im konkreten Fall ausdrücklich zugelassen sind. Hinsichtlich der Bedarfsgegenstände wird dem Schutzbedürfnis des Verbrauchers vor allem im Verordnungswege entsprochen werden können, da in dem Gesetzesvorhaben unter anderem eine Ermächtigung vorgesehen ist, die es gestattet, die Verwendung bestimmter Stoffe bei bestimmten Bedarfsgegenständen ganz oder teilweise von einer ausdrücklichen Zulassung abhängig zu machen (z. B. die Verwendung von Kunststoffen bei Verpackungsmaterialien oder bei sonstigen Gegenständen die unmittelbar mit Lebensmitteln in Berührung kommen).

198. Die vorgesehenen Werberegelungen dienen nicht nur dem Schutz des Verbrauchers vor Täuschung, sondern ebenso dem Gesundheitsschutz. Dies kommt vor allem in der besonderen Regelung über die gesundheitsbezogene Werbung für Lebensmittel zum Ausdruck. Die Aufnahme dieser Bestimmung in ein neues Lebensmittelgesetz erscheint vor allem deshalb geboten, weil die z. Z. für Lebensmittel geltenden Regelungen des Heilmittelwerbegesetzes sich in ihrer gegenwärtigen Fassung als wenig praktikabel erwiesen haben.

Aber auch die Vorschriften, die Mißbräuche der Werbung für Tabakerzeugnisse verhindern sollen, dienen vornehmlich der gesundheitspolitischen Zielsetzung, den Verbraucher vor Gesundheitsgefahren zu schützen. Dabei geht es vor allem darum, Jugendliche und Heranwachsende vor einer Überflutung mit Werbeaussagen zu bewahren, die geeignet sein können, den Jugendlichen zum Rauchen zu veranlassen.

199. Der Erfolg lebensmittelrechtlicher Regelungen steht und fällt mit einer optimalen Überwachung. Sie zu intensivieren muß daher Ziel einer modernen Gesundheitspolitik sein. Es sind deshalb über das bisherige Recht in diesem Bereich erheblich hinausgehende Regelungen vorgesehen, mit denen auch eine größere Vereinheitlichung im Bereich der Überwachungen angestrebt wird. So soll neben dem verstärkten Einsatz fachlich qualifizierter Kräfte auf allen Ebenen eine Steigerung der Effektivität der Überwachung u. a. durch die Schaffung großer leistungsfähiger Untersuchungsanstalten erreicht werden. Diese sind sowohl für die Kontrolle im Inland als auch für eine wirksame Einfuhrkontrolle von Bedeutung. Insbesondere die Erzielung einer stärkeren Überwachung eingeführter Lebensmittel ist eines der besonderen Anliegen des Reformvorhabens. Dem soll durch enge Zusammenarbeit zwischen Zoll und Lebensmittelüberwachung Rechnung getragen werden.

200. Eine der Kernforderungen an die Reform ist die Neugestaltung des Lebensmittelstrafrechts, die jedoch erst nach Erlaß des neuen Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten ermöglicht worden ist. Das im geltenden Lebensmittelgesetz vorgesehene hohe Strafmaß (Gefängnisstrafen bis zu 5 Jahren) hat in der Vergangenheit häufig zur Einstellung der Verfahren nach § 153 StPO geführt, da die Strafdrohung als unverhältnismäßig empfunden wurde. Von der auf diese Erfahrungen gestützten Überzeugung ausgehend, daß überspitzte Strafdrohungen, die zu einer Einstellung des Verfahrens führen, „ein weniger" bedeuten im Verhältnis zu geringeren Sanktionen, die aber ausgeschöpft werden, und in Übereinstimmung mit der allgemeinen Tendenz einer weitgehenden Entkriminalisierung von Ordnungsvorschriften, die ebenfalls im Interesse der Gesundheit erlassen worden sind (Straßenverkehrsrecht), trägt die der Reform zugrunde liegende Konzeption den Realitäten der heutigen Zeit Rechnung. Es soll eine wirksamere Durchsetzung der lebensmittelrechtlichen Vorschriften aufgrund „praktikabler" Sanktionen ermöglicht und damit letztlich der Schutz des Verbrauchers gefördert werden.

201. Von der vom Bundestag geforderten umfassenden Rechtsbereinigung auf diesem Gebiet werden insgesamt 17 Gesetze betroffen. In Durchführung des Reformvorhabens werden dann mehr als 40 Rechtsverordnungen geändert, neugefaßt und aufgehoben werden müssen. Außerdem wird der Erlaß einer Reihe neuer Verordnungen notwendig werden. Dies gilt einmal für Rechtsverordnungen, die an die Stelle von veralteten Gesetzen treten sollen (z. B. das noch aus dem Ende des vorigen Jahrhunderts stammende Farbengesetz und das Blei-Zink-Gesetz). Davon abgesehen bietet die Reform aber auch die Möglichkeit, erstmalig bestimmte Rechtsbereiche in sachgerechter Weise zu regeln. In diesem Zusammenhang verdienen die in Aussicht genommene — und auch von den Ländern immer wieder geforderte — bundeseinheitliche Hygiene-Verordnung sowie eine umfassende Verordnung über den Verkehr mit kosmetischen Erzeugnissen besondere Erwähnung.

Lebensmittel

Freihaltung der Lebensmittel von gesundheitsschädlichen Stoffen

202. Gesundheitsschädliche Stoffe können in Lebensmittel schon bei der Erzeugung, bei der Herstellung, bei der Verpackung und bei der Lagerung gelangen (z. B. Pflanzenschutz- und Schädlingsbekämpfungsrückstände, Stoffe aus Geräten, Apparaturen und Verpackungsmaterialien, chemische Lebensmittelhilfs- und Zusatzstoffe und Stoffe, die durch unhygienische Behandlung oder durch unsachgemäße Verfahren und Lagerung in Lebensmittel gelangen bzw. dort verbleiben und sich dort vermehren, wie Bakterien und Pilze und deren Stoffwechsel- und Umwandlungsprodukte, die zum Teil äußerst toxisch sein können). Zum Schutze der Lebensmittel vor diesen z. T. unbeabsichtigt, z. T. gezielt in Lebensmittel gelangenden Stoffen sind eine Reihe von gesetzlichen Vorschriften erlassen.

Zusatzstoffe und technische Hilfsstoffe

203. Für den Zusatz fremder Stoffe zu Lebensmitteln besteht ein allgemeines Verbot, das nur für geprüfte und durch Rechtsverordnung zugelassene Stoffe Ausnahmen kennt. Für diese Stoffe werden als Bedingung für ihren Zusatz zu Lebensmitteln bestimmte Reinheitsanforderungen und Höchstmengen festgelegt. Die Listen der zugelassenen Stoffe müssen laufend entsprechend den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen überprüft, ergänzt und geändert werden, eine Aufgabe, die mehr und mehr die EWG im Rahmen der Angleichung der unterschiedlichen Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten für Lebensmittel und Lebensmittelzusatzstoffe übernimmt.

Die Verwendung von technischen Hilfsstoffen, d. h. Stoffen, die Lebensmittelherstellungsverfahren technologisch erleichtern ohne im Endprodukt zu bleiben, wie z. B. Filterstoffe, ist nur insoweit zulässig, als keine gesundheitlich, geruchlich oder geschmacklich unbedenklichen Rückstände in Lebensmitteln verbleiben dürfen.

Dem Erfordernis einer ständigen Anpassung bestehender Rechtsvorschriften über die Zulassung von Zusatzstoffen dient beispielsweise die in letzter Zeit erlassene Verordnung zur Änderung der Essenzen-Verordnung. In diesem Zusammenhang seien auch die Vorarbeiten für eine Verordnung über Süßstoffe erwähnt, mit der unter Auswertung wissenschaftlicher Forschungsergebnisse der Verkehr mit Süßstoff sowohl im diätetischen Bereich als auch auf den wenigen anderen Anwendungsbereichen neu geregelt werden soll.

Pflanzenschutzmittel

204. Die steigende Bevölkerungszahl und der dadurch bedingte ständig anwachsende Lebensmittelbedarf sowie das verstärkte Auftreten von Schadorganismen der Pflanzen machen den Einsatz von Pflanzenschutzmitteln bei der landwirtschaftlichen Erzeugung von Lebensmitteln pflanzlicher Herkunft wie auch bei ihrer Bevorratung erforderlich. Es ist jedoch dafür Sorge zu tragen, daß Pflanzenschutzmittel nur Anwendung finden, sofern und soweit dies mit dem Schutz der menschlichen Gesundheit vereinbar ist. Diesem Anliegen dienen das Pflanzenschutzgesetz vom 10. Mai 1968 und die nachfolgenden Rechtsverordnungen sowie die auf Grund des Lebensmittelgesetzes erlassene Höchstmengen-Verordnung — Pflanzenschutz.

Nach dem Pflanzenschutzgesetz dürfen Pflanzenschutzmittel nur eingeführt oder gewerbsmäßig vertrieben werden, wenn sie von der Biologischen Bundesanstalt für Land- und Forstwirtschaft im Zusammenwirken mit dem Bundesgesundheitsamt geprüft und zugelassen sind. Voraussetzung für die Zulassung ist insbesondere auch, daß das betreffende Präparat bei sachgemäßer Anwendung u. a. keine schädlichen Auswirkungen für die Gesundheit von Mensch und Tier hat. Abgesehen von einem generellen Zulassungszwang für alle Pflanzenschutzmittel sieht ein kürzlich eingebrachtes Änderungsgesetz zum Pflanzenschutzgesetz darüber hinaus weitergehende Ermächtigungen für den Erlaß von Rechtsverordnungen über Anwendungsverbote und Anwendungsbeschränkungen für bestimmte Pflanzenschutzmittel sowie die Einbeziehung von Zusatzstoffen zu Pflanzenschutzmitteln in die obligatorische Prüfung und Zulassung vor. Die Höchstmengen-Verordnung — Pflanzenschutz trägt dafür Sorge, daß das als Folge einer Behandlung von Pflanzen notwendige Vorhandensein von Pflanzenschutzmitteln in und auf Lebensmitteln auf das gesundheitlich vertretbare Mindestmaß beschränkt wird. Durch die genannte Verordnung sind für 80 Wirkstoffe bestimmte Rückstandswerte auf und in pflanzlichen Lebensmitteln festgesetzt worden. Von 14 Stoffen bzw. Stoffgruppen dürfen keine Rückstände auf pflanzlichen Lebensmitteln vorhanden sein. Seit dem Inkrafttreten der Verordnung am 1. Januar 1968 konnten durch die Kontrolle der amtlichen Lebensmittelüberwachung Erfahrungen darüber gewonnen werden, in welchem Maße die Vorschriften dieser Verordnung eingehalten werden. Dabei hat sich herausgestellt, daß ein Großteil des untersuchten Obstes und Gemüses keine überhöhten Rückstände an Pflanzenschutzmitteln aufwies. So waren z. B. von 2000 Proben aus 4 großen Lebensmitteluntersuchungsanstalten 69,5 % des Obstes und 57 % des Gemüses frei von Rückständen an chlorierten Kohlenwasserstoffen, 26,9 % bzw. 20,5 % hatten Rückstände, die sich innerhalb der zulassigen, gesundheitlich unbedenklichen Höchstmengen bewegten, und lediglich 3,6 % Obst und 2,4 % Gemüse waren wegen überhöhter Restmengen an chlorierten Kohlenwasserstoffen zu beanstanden. Einheimische Produkte hatte zum Teil etwas geringere Werte als importierte Ware, die genannten Zahlen für chlorierte Kohlenwasserstoffe wurden aber auch bei importiertem Obst und Gemüse in ähnlicher Größenordnung festgestellt. Die als recht positiv zu bewertenden Untersuchungsergebnisse inlandischer Erzeugnisse sind vor allem auch auf die hervorragende

Arbeit des auf Grund des Pflanzenschutzgesetzes in den Ländern eingerichteten Warndienstes zurückzuführen, durch den die Praxis laufend über die sachgemäße Anwendung von Pflanzenschutzmitteln unterrichtet wird. In diesem Informationsdienst wird insbesondere auch auf die Notwendigkeit der Einhaltung von Verbotszeiten bei der Anwendung chemischer Stoffe vor der Ernte hingewiesen, da die Beachtung solcher Wartezeiten Voraussetzung für die Einhaltung der Vorschriften der Höchstmengen-Verordnung — Pflanzenschutz ist.

205. Zur Zeit sind in der EWG auf dem Gebiet der Pflanzenschutzmittel- bzw. Schädlingsbekämpfungsmittelrückstände auf oder in pflanzlichen Lebensmitteln Sachverständigenberatungen im Gange. Im Hinblick auf diese Arbeiten in der EWG erschien es bisher nicht zweckmäßig, eine Novellierung der Höchstmengen-Verordnung — Pflanzenschutz (es müssen weitere Wirkstoffe und weitere Lebensmittel erfaßt und Korrekturen der Höchstmengenfestsetzungen vorgenommen werden) vorab im nationalen Rahmen vorzunehmen.

206. Neben den vorbezeichneten nationalen und supranationalen gesetzgeberischen Maßnahmen auf dem Gebiet der Schädlingsbekämpfung im Pflanzenschutz mit chemischen Mitteln ist auch eine Intensivierung biologischer Bekämpfungsverfahren dringend geboten. Abgesehen vom Ausbau eines für diese Aufgabe speziell errichteten Forschungsinstitutes bei der Biologischen Bundesanstalt wurden weitere Institutionen durch Vergabe erheblicher Haushaltsmittel mit der Erarbeitung solcher Möglichkeiten beauftragt.

Bei Tieren angewandte Stoffe mit pharmakologischer Wirkung

207. Der Schutz des Verbrauchers vor einer Gesundheitsgefährdung, die von Rückständen oder Abbauprodukten am lebenden Tier angewandter Wirkstoffe ausgehen kann, ist bisher vor allem durch lebensmittelrechtliche, futtermittelrechtliche und arzneimittelrechtliche Vorschriften bewirkt. Dabei ist zu beachten, daß in der Tierhaltung zu therapeutischen Zwecken angewandte Wirkstoffe heute nicht mehr überwiegend in der Behandlung nur einzelner Tiere Bedeutung haben, bei der ein Einfluß auf die toxische Gesamtsituation möglicherweise als geringfügig erachtet werden könnte. Die moderne Massentierhaltung der Tiere und die verschärfte Wettbewerbssituation führen heute meist zu einer mehr oder weniger allgemeinen Anwendung als wirkungsvoll angesehener Wirkstoffe, deren evtl. Rückstände sich mit Wirkstoffresten addieren können, die von außerhalb der tierischen Produktion herrühren.

Bereits heute enthält das Lebensmittelgesetz Verbote über die Anwendung bestimmter Stoffe mit hormonaler Wirkung zu Mastzwecken und von Antibiotika zu Konservierungszwecken sowie über das Inverkehrbringen so gewonnener Lebensmittel. Diese Verbote beziehen sich jedoch nur auf bestimmte Einzelfälle. Das Futtermittelrecht sieht bereits heute vor, daß Futterzusatzstoffe (Stoffe mit Sonderwirkung) in Handelsfuttermitteln, d. h. also, soweit es sich nicht um vom Tierhalter hergestellte und/oder angewendete Futtermittel handelt, nur zugesetzt werden dürfen, wenn sie ausdrücklich zugelassen sind. Im Arzneimittelrecht sind Stoffe, die der gezielten medizinischen Indikation vorzubehalten sind, der Rezeptpflicht unterworfen, so daß ihre Anwendung im Verantwortungsbereich des Tierarztes verbleiben kann.

208. Der Bundesgesundheitsrat hat in einem Beschluß ein Votum zu der Frage erstattet, ob die zum Schutz des Verbrauchers bestehenden gesetzlichen Vorschriften über Lebensmittel tierischer Herkunft noch als ausreichend anzusehen sind, um eine Gesundheitsgefährdung durch Rückstände der am Tier angewendeten Arzneimittel und anderer Wirkstoffe zu vermeiden. Er hat dabei die Auffassung vertreten, daß die bestehenden Vorschriften den derzeitigen Anforderungen nicht mehr gerecht werden. Zu einer ähnlichen Auffassung ist die Kommission zur Reform des Lebensmittelrechts gekommen. In Verfolg der Empfehlungen vorstehender Gremien werden Änderungen der lebensmittelrechtlichen und arzneimittelrechtlichen Vorschriften vorbereitet. Hinsichtlich der lebensmittelrechtlichen Vorschriften ist insbesondere in Aussicht genommen, das Inverkehrbringen von Lebensmitteln zu verbieten, wenn dem lebenden Tier Stoffe mit pharmakologischer Wirkung zugeführt worden sind, die nicht Arzneimittel sind oder nach den Vorschriften des Futtermittelrechts als Zusatz zu Futtermitteln nicht zugelassen oder verwendet worden sind. Bei der Zuführung dieser Stoffe sollen Wartezeiten bis zur Gewinnung von Lebensmitteln einzuhalten sein, um sicherzustellen, daß nach der Anwendung dieser Stoffe die gewonnenen Lebensmittel fremdstofffrei sind. Ergänzend sollen insbesondere Vorschriften über einzuhaltende Höchstmengen an Rückständen dieser Stoffe oder ihrer Abbauprodukte erlassen werden können.

209. Die Vorschriften auf lebensmittelrechtlichem Gebiet können nur zu dem gewünschten Erfolg führen, wenn sie sich an die bestehenden futtermittelrechtlichen und arzneimittelrechtlichen Vorschriften sinnvoll anschließen. Es bedarf daher u. a. einer Ergänzung der arzneimittelrechtlichen Vorschriften mit dem Ziel, daß stark wirkende Arzneimittel zur Anwendung am Tier nur in den Verkehr gebracht werden dürfen, wenn sie auch unter lebensmitteltoxikologischen Gesichtspunkten geprüft worden sind und mit Angaben über die erforderlichen Wartezeiten versehen sind (siehe dazu Nr. 234).

Unhygienische Behandlung von Lebensmitteln

210. Die Gefahren, die Lebensmitteln durch eine nachteilige oder ekelerregende Beeinflussung, also vor allem durch eine unhygienische Behandlung drohen, dürfen in diesem Zusammenhang ebenfalls nicht außer acht gelassen werden. Zur Zeit bestehen noch keine bundeseinheitlichen Regelungen auf die-

sem Gebiet. Jedoch wird nicht nur von seiten der Wirtschaft, sondern auch von den obersten Gesundheits- und Veterinärbehörden der Länder seit langem die Forderung nach einer Bundeshygiene-Verordnung erhoben. Diese Bundeshygiene-Verordnung sollte sich nicht nur wie die geltenden landesrechtlichen Vorschriften auf besonders leicht verderbliche Lebensmittel erstrecken, sondern die einwandfreie Beschaffenheit der Lebensmittel schlechthin — soweit dies erforderlich ist — von ihrer Herstellung bis zu ihrer Abgabe an den Verbraucher sicherstellen. Diesem Anliegen wird im Rahmen der Gesamtreform des Lebensmittelrechts durch eine entsprechende Ermächtigung entsprochen werden.

Gesundheitsbezogene Werbung für Lebensmittel

211. Ein Schutzbedürfnis des Verbrauchers besteht auch im Hinblick auf eine gesundheitsbezogene Werbung für Lebensmittel, die zu einem gesundheitlichen Fehlverhalten führen kann. Die jetzige Regelung des Lebensmittelgesetzes, die die irreführende Werbung für Lebensmittel generell verbietet, hat der Gesetzgeber als ergänzungsbedürftig erkannt. Aus diesem Grunde wurden den Regelungen des Heilmittelwerbegesetzes u. a. auch die Lebensmittel unterstellt. In der seit dem Inkrafttreten dieses Gesetzes vergangenen Zeit haben sich diese Regelungen für Lebensmittel jedoch als praktisch wirkungslos erwiesen. Es ist deshalb im Rahmen der Gesamtreform des Lebensmittelrechts beabsichtigt, ein speziell auf Lebensmittel ausgerichtetes Verbot einer gesundheitsbezogenen Werbung in das Lebensmittelgesetz aufzunehmen. Dabei wird davon auszugehen sein, daß Lebensmittel ihrer Natur nach nicht der Beseitigung oder Linderung von Krankheiten dienen. Es erscheint daher nur folgerichtig, insoweit jegliche Werbung zu verbieten.

Diätetische Lebensmittel

212. Innerhalb des Lebensmittelrechts sind Vorschriften über diätetische Lebensmittel von besonderer Bedeutung, da der Gesundheitszustand in vielen Fällen von einer richtigen Ernährung abhängig ist. In fast 25 % aller Haushalte befindet sich eine Person, die in ihrer Ernährung auf die Gesundheit in besonderer Weise Rücksicht nehmen muß. Die Aufgabe der diätetischen Lebensmittel, die Durchführung bestimmter Diätformen zu erleichtern, wird von einer großen Zahl von Erzeugnissen, die den Vorschriften der Verordnung über diätetische Lebensmittel entsprechen müssen, erfüllt.

Von besonderem Wert bei bestimmten Krankheitsformen sind neben Diabetiker-Lebensmitteln natriumarme diätetische Lebensmittel, für die bereits eingehende Vorschriften über Zusammensetzung und Kennzeichnung erlassen sind. Der im Rahmen der Arbeiten zur Rechtsangleichung in der EWG von der Kommission für natriumarme diätetische Erzeugnisse entwickelte Richtlinienvorschlag entspricht weitgehend diesen Vorschriften.

213. Auf Säuglings- und Kleinkindernahrung entfällt etwa die Hälfte des Gesamtumsatzes an diätetischen Lebensmitteln. Eine gemeinschaftliche Regelung dieser Erzeugnisse wird in einer Arbeitsgruppe der Kommission der Europäischen Gemeinschaften beraten, wobei von deutscher Seite die Notwendigkeit der Abwesenheit von Pflanzenschutzmittelrückständen und einer umfassenden Regelung der mikrobiologischen Beschaffenheit besonders betont wird. Die Berechtigung der Forderung nach möglichst vollständiger Abwesenheit von Rückständen liegt in den besonderen und nur schwer vorhersehbaren Schädigungsmöglichkeiten für den sich entwickelnden Organismus. Als Ausweg, der einerseits den tatsächlichen Gegebenheiten Rechnung trägt und andererseits die gesundheitlichen Erfordernisse ausreichend berücksichtigt, bietet sich die Festlegung von Spezialtoleranzen für einzelne praktisch unvermeidbare Pflanzenschutzmittelrückstände an.

Kalorienverminderte und kalorienarme Lebensmittel

214. In der Bundesrepublik ist als Folge der unter den gegenwärtigen Lebens- und Arbeitsbedingungen zu hohen Kalorienaufnahme eine Zunahme der Zahl von Übergewichtigen zu beobachten. Eine Änderung überlieferter Eßgewohnheiten wird nur sehr langsam zu erreichen sein. Unter gesundheitspolitischen Gesichtspunkten ist deshalb die Entwicklung von Lebensmitteln zu begrüßen, die geeignet sind, die tägliche Kalorienaufnahme zu verringern. Im Handel sind bereits einige Erzeugnisse, bei denen es allerdings zweifelhaft erscheint, ob sie tatsächlich zu einer nennenswerten Verringerung der Kalorienzufuhr führen. Es wird daher notwendig werden, den Verkehr mit kalorienverminderten und kalorienarmen Lebensmitteln durch entsprechende Rechtsvorschriften zu regeln. Zur Vorbereitung dieser Vorschriften bedarf die Frage, unter welchen Voraussetzungen Lebensmittel als kalorienarm oder kalorienvermindert bezeichnet werden dürfen, einer eingehenden wissenschaftlichen Erörterung.

Wein

215. Wein sowie Erzeugnisse, die aus Wein und mit Wein hergestellt werden (Dessertwein, Schaumwein, weinhaltige Getränke und Branntwein aus Wein), sind besonderen gesetzlichen Regelungen unterstellt worden, die den Besonderheiten dieser Erzeugnisse Rechnung tragen. Das Weingesetz von 1930 hat sich jedoch in der zurückliegenden Zeit als erneuerungsbedürftig erwiesen. Mit dem Weingesetz vom 16. Juli 1969 sind daher insbesondere hinsichtlich des Zusatzes von Kellerbehandlungsmitteln — insbesondere schweflige Säure — Änderungen eingeführt worden.

Zur Ausführung des Weingesetzes 1969 müssen eine Reihe von Rechtsverordnungen erlassen werden. Über Inhalt und Zahl läßt sich aber zur Zeit schon deshalb nichts Abschließendes sagen, weil vielfach

noch nicht geklärt ist, inwieweit in den von den Ermächtigungen erfaßten Sachbereichen EWG-Recht eingreift bzw. noch eingreifen wird.

Abgesehen davon ist der weinrechtliche Teil der EWG-Weinmarktordnung durch ein deutsches Ausführungsgesetz zu ergänzen. Dieses Gesetz wird Sachregelungen und zahlreiche Rechtsverordnungsermächtigungen aus den weinrechtlichen Teilgebieten enthalten, auf denen den Mitgliedstaaten eine Regelungskompetenz verblieben ist. Ferner müssen die zahlreichen, unmittelbar anwendbaren Regelungen des EWG-Weinrechts in einem Ausführungsgesetz zum Zweck der Ahndung von Verstößen tatbestandsmäßig erfaßt werden.

Tabakerzeugnisse

216. Die Tabakerzeugnisse sind schon im geltenden Lebensmittelgesetz als regelungsbedürftig erkannt und deshalb durch Gleichstellung mit den Lebensmitteln den Schutzvorschriften dieses Gesetzes unterworfen worden. So wie die Verwendung fremder Stoffe bei der Herstellung von Lebensmitteln der Zulassung durch Rechtsverordnung bedarf, dürfen auch bei der Herstellung von Tabakerzeugnissen nur zugelassene fremde Stoffe verwendet werden. Die Tabakverordnung vom 19. Dezember 1959 in der Fassung vom 11. März 1963 sieht neben der Zulassung weiterhin bestimmte Beschränkungen für die Verwendung dieser Stoffe sowie Reinheitsanforderungen vor. Zur Zeit wird eine Verordnung zur Änderung der Tabakverordnung vorbereitet, durch die die inzwischen gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse auf diesem Gebiet berücksichtigt werden sollen. So soll u. a. erreicht werden, daß grundsätzlich bedenkliche Stoffe, wie z. B. Cumarin, die bei der Herstellung von Tabakerzeugnissen Verwendung finden, nicht mehr verarbeitet werden. Diese Maßnahme ist durch die wissenschaftlich erwiesene Krebsbedenklichkeit dieser Stoffe bedingt. Gleichzeitig sollen aber auch neue, nachweislich unbedenkliche Zusatzstoffe für die Herstellung von Tabakerzeugnissen zugelassen werden.

217. Im Rahmen der Gesamtreform des Lebensmittelrechts soll jedoch auch dieses Gebiet neu geordnet werden. Die bisher geltende Gleichstellung der Tabakerzeugnisse mit den Lebensmitteln ist in Fachkreisen und der Öffentlichkeit stets nur als eine gesetzestechnische Behelfslösung angesehen worden. Angesichts des wohl heute nicht mehr ernsthaft bestreitbaren gesundheitlichen Risikos beim Genuß bestimmter Tabakerzeugnisse würde eine vom Gesetzgeber bestätigte Gleichstellung der Tabakerzeugnisse mit den Lebensmitteln kein Verständnis finden können. Es ist davon auszugehen, daß es im Rahmen dieses Gesetzes nicht möglich ist, das gesundheitliche Risiko für den Raucher auszuschalten. Aufgabe des Gesetzgebers ist es hier jedoch, zusätzliche Risiken auszuschalten, wie sie aus der Verwendung von Zusatzstoffen erwachsen können. Darüber hinaus erscheinen spezielle Werbeverbote erforderlich. Es ist die Aufgabe moderner Gesundheitspolitik, etwaigen Mißbräuchen auf dem Gebiet der Werbung für Tabakerzeugnisse von vornherein einen Riegel vorzuschieben.

Kosmetische Erzeugnisse

218. Infolge der fortschreitenden Entwicklung auf dem Gebiet der Kosmetikherstellung, die ihren Ausdruck in der Verwendung immer neuer Stoffe findet, der steten Erweiterung der Anwendungsbereiche kosmetischer Erzeugnisse und der Anwendung durch immer größer werdende Bevölkerungskreise besteht ein besonderes Bedürfnis nach bundeseinheitlichen Regelungen, die den Schutz der Verbraucher vor gesundheitlichen Schädigungen auf diesem Gebiet und vor Täuschung und Irreführung durch die Werbung für derartige Erzeugnisse sicherstellen und nach Verbesserung der derzeit hinsichtlich dieser Erzeugnisse geltenden lebensmittelrechtlichen Vorschriften.

Da für die Beurteilung von Inhaltsstoffen kosmetischer Erzeugnisse bis auf wenige Ausnahmen noch keine wissenschaftlich gesicherten Ergebnisse vorliegen, ist beim Bundesgesundheitsamt eine Kosmetik-Kommission gebildet worden, die die Aufgabe hat, wissenschaftliche Grundlagen zu erarbeiten und insbesondere Listen derjenigen Stoffe und Zubereitungen zu erstellen, deren Verwendung bei der Herstellung kosmetischer Erzeugnisse verboten oder nur beschränkt zugelassen werden sollte. Die Ergebnisse der Arbeiten dieser Kommission werden Grundlage einer umfassenden Kosmetik-Verordnung bilden.

Auch im Rahmen des Gemeinsamen Marktes wurde die Bedeutung einheitlicher Rechtsvorschriften bei kosmetischen Erzeugnissen erkannt.

Bedarfsgegenstände

219. Eine mindestens ebenso stürmische Entwicklung wie im Bereich der kosmetischen Erzeugnisse hat sich in den letzten Jahren auf dem Gebiet der übrigen Bedarfsgegenstände vollzogen. Dazu zählen neben den kosmetischen Erzeugnissen die Gegenstände des täglichen Bedarfs, wie Eß-, Trink- und Kochgeschirre und sonstige Gegenstände, die mit Lebensmitteln in Berührung kommen, ferner Bekleidung, Spielwaren, Tapeten, Masken, Kerzen, künstliche Pflanzen und Pflanzenteile sowie Farben, soweit sie nicht zu den Lebensmitteln gehören. Im Zeitalter der vorverpackten Lebensmittel nimmt die Verwendung von Kunststoffen insbesondere bei der Herstellung von Lebensmittelverpackungsmaterial ständig zu.

Um davon ausgehenden möglichen Gesundheitsgefahren zu begegnen, wurden alle Bedarfsgegenstände, die mit Lebensmitteln oder dem menschlichen Körper in unmittelbare Berührung kommen, den strengen Anforderungen des Lebensmittelgesetzes unterstellt.

220. Um die Beurteilung der unter Verwendung von Kunststoffen hergestellten Bedarfsgegenstände im Sinne des Lebensmittelgesetzes zu erleichtern, wurde beim Bundesgesundheitsamt eine Kommission für die gesundheitliche Beurteilung von Kunststoffen und anderen Polymeren gebildet. Aufgabe dieser Kommission ist es, die mit Lebensmitteln in Berührung kommenden Kunststoffe unter gesundheitlichen Gesichtspunkten zu überprüfen und Methoden für ihre chemische Untersuchung auszuarbeiten. In der Kommission erarbeiten Lebensmittelchemiker, Toxikologen, Technologen und Sachverständige der Kunststoffindustrie Empfehlungen, die im Bundesgesundheitsblatt veröffentlicht werden. Sofern diese beachtet werden und die Kunststoffe technisch für den vorgesehenen Verwendungszweck geeignet sind, kann davon ausgegangen werden, daß die Bedarfsgegenstände den lebensmittelrechtlichen Anforderungen entsprechen. Bedingt durch die technologische Entwicklung wird der Katalog der Bedarfsgegenstände, die den Regelungen des Lebensmittelgesetzes unterstellt wurden, durch die Gesamtreform des Lebensmittelrechts erweitert. So sollen u. a. auch Reinigungs- und Pflegemittel, wie z. B. Spülmittel für Eß- und Kochgeschirr, Reinigungsmittel für den Hausgebrauch, Waschmittel für Textilien, Silberputzmittel und optische Aufheller für Textilien in den Kreis der regelungsbedürftigen Gegenstände aufgenommen werden. Eine sehr differenzierte Verordnungsermächtigung wird dem Verordnungsgeber die Möglichkeit eröffnen, gezielte, sachgerechte Regelungen zu treffen, die den Schutz des Verbrauchers gewährleisten, die technische Entwicklung jedoch nicht unnötig behindern. Auch die Kommission der Europäischen Gemeinschaften bemüht sich seit Jahren um Vorschläge für Richtlinien zur Angleichung der Rechtsvorschriften der Mitgliedstaaten über Bedarfsgegenstände aus Kunststoffen.

Überwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Erzeugnissen und sonstigen Bedarfsgegenständen

Nach Artikel 83 GG führen die Länder die Bundesgesetze als eigene Angelegenheit aus. Dies bedeutet, daß auch die Überwachung der Einhaltung lebensmittelrechtlicher Vorschriften von den Ländern durchgeführt wird. Im Lebensmittelgesetz sind die materiellen Voraussetzungen der Überwachung festgelegt.

Die zur Durchführung der Überwachung des Verkehrs mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Erzeugnissen und sonstigen Bedarfsgegenständen erforderlichen Einrichtungen unterliegen dem Landesrecht. In den Ballungsräumen städtischer Siedlungen ist das Netz der Untersuchungsanstalten am dichtesten.

221. Die Aufgaben der Lebensmittelüberwachung nehmen hinsichtlich Art und Umfang ständig zu. Dies bedingt, daß neben dem verstärkten Einsatz qualifizierter Fachkräfte auch zunehmend differenziertere und damit vielfach teuerere Apparaturen eingesetzt werden müssen. Um diesen Anforderungen im Rahmen der hierfür zur Verfügung stehenden Mittel entsprechen zu können, besteht in den Bundesländern zum einen die Tendenz, anstelle einer Vielzahl kleiner und zum Teil nicht so leistungsstarker Untersuchungsanstalten größere und effektivere Institute zu schaffen. Zum anderen richten sich die Bestrebungen darauf, einzelne Anstalten vorwiegend mit der Erfüllung bestimmter Aufgaben zu betrauen, also sogenannte Schwerpunktanstalten zu bilden. Diese Tendenzen sollen in der Gesamtreform des Lebensmittelrechts ihre Fortsetzung finden. In einem neuen Lebensmittelgesetz werden deshalb die Möglichkeiten zur Verwirklichung der angestrebten Intensivierung der Lebensmittelüberwachung geschaffen werden müssen. Diese sind nicht nur für die Kontrolle im Inland, sondern vor allem auch für eine wirksame Einfuhrkontrolle, die von allen beteiligten Kreisen immer wieder gefordert worden ist, von großer Bedeutung.

Lebensmittelbuch

222. Die beim Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit aus Vertretern der Verbraucher, der Wissenschaft, der Lebensmittelüberwachung und der Wirtschaft gebildete selbständige Deutsche Lebensmittelbuch-Kommission erarbeitet Beurteilungsmerkmale hinsichtlich der Zusammensetzung und der Eigenschaften einzelner Lebensmittel oder Gruppen von Lebensmitteln und faßt die Ergebnisse in Leitsätzen zusammen. Sie werden nach Prüfung ihrer Vereinbarkeit mit dem geltenden Recht vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit im Einvernehmen mit den Bundesministern für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten und für Wirtschaft veröffentlicht. Sie sollen dem Verbraucher die notwendige Information über die Zusammensetzung der beschriebenen Lebensmittel geben; sie sind eine beachtliche Hilfe für die Organe der Lebensmittelüberwachung und dienen den Gerichten als Entscheidungshilfe bei anstehenden Strafverfahren. Darüber hinaus sollen sie den redlichen Hersteller und Lebensmittelhändler im Wettbewerb schützen.

Mitarbeit in supranationalen und internationalen Organisationen

223. Europäische und weltweit ausgerichtete Organisationen, wie EWG, FAO, ECE, OECD und Europarat, zeigen ein wachsendes Interesse an Fragen des Verbraucherschutzes auf dem Gebiet der Lebensmittel und der Ernährung.

Die Bundesregierung ist auch hier maßgeblich an Arbeiten des Gesundheitsschutzes und der Hygiene beteiligt, seit einiger Zeit auch an den Arbeiten der OECD über Umweltverseuchung durch Pestizide und Chemikalien.

Besondere Bedeutung kommt den Arbeiten in der EWG und in der Codex Alimentarius Kommission zu.

Staatliche und städtische Lebensmitteluntersuchungsämter

Europäische Wirtschaftsgemeinschaft

224. Im Hinblick auf ihre Auswirkung auf die nationale Gesetz- bzw. Verordnungsgebung verdienen die Arbeiten zur Angleichung unterschiedlicher Rechtsvorschriften in den Mitgliedstaaten der EWG besondere Beachtung. Die Schwierigkeiten, denen die Bundesregierung hierbei ausgesetzt ist, sind nicht zu verkennen. In der Bundesrepublik bestehen auf dem Gebiet des Lebensmittelrechts bereits recht gute Regelungen, und zwar nicht nur gute Regelungen aus der Sicht des Verbraucherschutzes, sondern auch aus der Sicht der Wirtschaft. Für die übrigen Mitgliedstaaten der EWG trifft dies jedoch nicht für alle Bereiche des Lebensmittelsrechts gleichermaßen zu. Die Bundesregierung sieht sich daher immer wieder vor die Aufgabe gestellt, den auch von ihr als unerläßlich für das Zusammenwachsen der europäischen Staaten erkannten freien Warenverkehr mit den gesundheitspolitischen Anliegen in Einklang zu bringen. Aus diesem Grund hat das Bestreben der Bundesregierung, die Angleichung der unterschiedlichen Rechtsvorschriften auf dem Gebiet des Lebensmittelrechts nur nach dem Verfahren des Art. 100 des EWG-Vertrages durchzuführen, nach wie vor Gewicht. Dies ist auch von den gesetzgebenden Körperschaften bestätigt worden. Nur die Einstimmigkeit des Rates als Voraussetzung für die Verabschiedung von Richtlinien zur Angleichung des Lebensmittel- und Veterinärrechts stellt sicher, daß die Bedenken eines Mitgliedstaates in den so wichtigen gesundheitlichen Fragen nicht unberücksichtigt bleiben. Wenn die Bundesregierung nun in der jüngsten Zeit der Weinmarktordnung zugestimmt hat, obgleich diese Regelung, die zum Teil Vorschriften lebensmittelrechtlicher Natur enthält, entsprechend der Auffassung der anderen Mitgliedstaaten allein auf Art. 43 des EWG-Vertrages gestützt ist, so ist dies als eine Entscheidung, die von übergeordneten politischen Gesichtspunkten bestimmt war, zu werten. Die Bundesregierung hat jedoch eindeutig anläßlich der Verabschiedung der Weinmarktordnung in einer Protokollerklärung zum Ausdruck gebracht, daß mit dieser Zustimmung kein Präjudiz für künftige Entscheidungen — insbesondere über die Behandlung von lebensmittel- und veterinärrechtlichen Fragen — geschaffen wird. Das heißt mit anderen Worten, daß in allen übrigen Fällen, in denen lebensmittelrechtliche oder veterinärrechtliche Vorschriften harmonisiert werden, dies nach wie vor nach Auffassung der Bundesregierung nur durch auf Art. 100 des EWG-Vertrages gestützte Richtlinien geschehen kann.

225. Im Rahmen der Rechtsangleichung in der EWG werden zur Zeit in Brüssel ca. 50 gemeinschaftsrechtliche Regelungen auf dem Gebiet des Lebensmittelrechts bearbeitet, darunter Vorschriften über diätetische Lebensmittel, insbesondere über Säuglings- und Kleinkindernahrung, entwickelt. Auf dem Gebiet der Lebensmittelzusatzstoffe werden die bestehenden Rechtsvorschriften über Konservierungsstoffe und Lebensmittelfarbstoffe geändert und neue Rechtsvorschriften über Antioxydantien sowie Emulgatoren, Stabilisatoren, Dickungs- und Geliermittel erlassen werden. Darüber hinaus werden die Vorschriften über Rückstände an Pflanzenschutzmitteln weiter ergänzt werden. Die Frage, ob und inwieweit die Bestrahlung bestimmter Lebensmittel zugelassen werden sollte, kann erst aufgrund sehr eingehender Untersuchungen der gesundheitlichen Auswirkungen beantwortet werden. Neben diesen sogenannten horizontalen Regelungen sind Beratungen über nahezu alle wichtigen Produktgruppen im Gange. Hierbei sind vor allem vorgesehene gemeinschaftsrechtliche Bestimmungen über Brot, Teigwaren, Kaffee-Tee-Extrakte, Fleischextrakte, Hefeextrakt, Suppen und Soßen, Kakao und Schokolade, Zuckerwaren, Speiseeis, Mayonnaise und Senf zu erwähnen. Ferner wird an Regelungen über Margarine, Honig, Konfitüre, Marmelade sowie Weißzucker und Glukosesirup gearbeitet. Außerdem wurden gemeinschaftsrechtliche Bestimmungen über Fruchtsäfte, alkoholfreie Erfrischungsgetränke, natürliche Mineralwasser und über Bier vorbereitet. Mit diesen Regelungen, die nach deutscher Auffassung nur als Richtlinien, gestützt auf Art. 100 des EWG-Vertrages, ergehen können, sollen insbesondere gemeinschaftliche Vorschriften über Definitionen der jeweiligen Produkte, die bei der Herstellung zu verwendenden Rohstoffe, die Zusammensetzung, die Verwendung von Zusatzstoffen, die Kennzeichnung und die Hygiene getroffen werden.

Die Entwicklung der gemeinschaftsrechtlichen Regelungen auf diesem Gebiet wird besonders aufmerksam im Hinblick auf die Gestaltung des Referentenentwurfs zur Gesamtreform des Lebensmittelrechts beobachtet, denn durch eine entsprechende Ausgestaltung der in dem Referentenentwurf vorgesehenen Verordnungsermächtigungen soll sichergestellt werden, daß die Richtlinien der EWG im Verordnungswege in nationales Recht übernommen werden können.

Codex Alimentarius

226. Die Codex Alimentarius Kommission ist eine gemeinsame Einrichtung der Welternährungs- und Weltgesundheitsorganisation (UNO). Der Codex Alimentarius soll eine Zusammenfassung international annehmbarer und in einer einheitlichen Form dargebotener Lebensmittelnormen werden.

Von den 75 Mitgliedstaaten der Codex Alimentarius Kommission sind 45 Entwicklungsländer, aus denen die Bundesrepublik eine Vielzahl von Rohstoffen bezieht. Es ist bisher mit einigem Erfolg gelungen, Einfluß auf die Entwicklung der internationalen Lebensmittelnormierung zum Nutzen des Verbrauchers, aber auch zum Wohle der Entwicklungsländer zu nehmen, weil dadurch die Qualität der Lebensmittel im Erzeugerland ebenso wie für den Export gefordert werden konnte.

Veterinärmedizin

227. Das Tier, dem die Sorge der Veterinärmedizin in erster Linie gilt, nimmt in der Umwelt des Menschen eine Sonderstellung ein. Vom gesundheitlichen Standpunkt her gesehen — und das gilt für alle Tiergruppen, wenn auch mit unterschiedlichen Aspekten — ist die Tatsache bedeutsam, daß viele der beim Tier vorkommenden übertragbaren Krankheiten als Zoonosen auf den Menschen übertragbar sind.

Die Notwendigkeit der Bekämpfung der Zoonosen unter dem Wild zeigt sich eindrucksvoll an dem Beispiel der Tollwut. Tollwutbekämpfung mit dem Ziele der Tilgung dieser Seuche muß energisch betrieben werden, damit die Wälder ohne Gefahr von Erholungsuchenden betreten werden können.

Heimtiere sind als Gefährten des Menschen aus unserer Gesellschaft nicht wegzudenken. Bei dem engen Zusammenleben von Mensch und Tier in Wohnungen ist die Übertragung von Krankheiten vom Tier auf den Menschen besonders leicht möglich. Es ist ein Anliegen des Gesundheitsschutzes, auf einen guten Gesundheitszustand dieser Tiere hinzuwirken und der Bevölkerung entsprechende gesundheitliche Aufklärung zukommen zu lassen.

228. Das Hauptaugenmerk des öffentlichen Gesundheitsschutzes muß der landwirtschaftlichen Nutztierhaltung gelten, zumal sie heute nach Ersatz der tierischen Zugkraft durch Maschinen fast ausschließlich auf die Produktion von Lebensmitteln eingestellt ist.

Der Erlös der Landwirtschaft aus der tierischen Erzeugung macht mit über 23 Mrd. DM ca. 78 % des Gesamterlöses der Landwirtschaft aus. Die Landwirtschaft hat daher ein lebenswichtiges Interesse an einem gesunden, leistungsfähigen Viehbestand. Es liegt auf der Hand, daß der reibungslose Absatz ihrer Erzeugnisse gefördert wird, wenn sie von sich aus den berechtigten Anspruch der Verbraucher auf gesundheitlich unbedenkliche und qualitätsmäßig hochwertige Lebensmittel anerkennt.

Im Interesse der Allgemeinheit und der Landwirtschaft ist es, daß der Nutztierbestand auf der Grundlage einer robusten Gesundheit möglichst frei von Krankheiten hohe Leistungen vollbringt.

Tierseuchen

229. Voraussetzung dafür ist die Kontrolle der Tierseuchen. Gesetzliche Grundlage für die Bekämpfung übertragbarer Tierkrankheiten ist das Viehseuchengesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 27. Februar 1969. Das Viehseuchengesetz dient in erster Linie dem Schutz der landwirtschaftlichen Nutztierbestände von Verlusten durch Seuchen und damit der Erhaltung volkswirtschaftlichen Vermögens. Dank der konsequenten Anwendung der nach dem Viehseuchengesetz vorgeschriebenen Bekämpfungsmaßregeln und der Mitarbeit der Landwirtschaft ist es gelungen, einige dieser anzeige- und bekämpfungspflichtigen Krankheiten in der Bundesrepublik praktisch zu tilgen. Hierzu gehören vor allem die Rindertuberkulose und die Brucellose der Rinder, Schweine, Schafe und Ziegen. Daneben können landwirtschaftliche Nutztiere aber auch Träger von pathogenen Erregern sein, die beim Tier keine oder nur wirtschaftlich unerhebliche Krankheiten hervorrufen; hier ist das Interesse an der Bekämpfung bei den Tierhaltern naturgemäß geringer. Da solche Krankheiten beim Menschen aber auch zu erheblichen Störungen der Gesundheit führen können, müssen gleichwohl Maßnahmen ergriffen werden, um die Menschen vor den Folgen der Aufnahme solcher Erreger in infektionsfähigem Zustand zu schützen. Die Bekämpfung solcher Zoonosen wie der Papageienkrankheit und der Tollwut wird aufgrund in jüngster Vergangenheit erlassener Vorschriften intensiviert.

Neben der Anzeigepflicht für bestimmte Tierseuchen, die stets auch mit staatlichen Mitteln bekämpft werden, ist für eine Reihe weiterer Tierkrankheiten, von denen einige, z. B. die Leptospirose, Listeriose, Toxoplasmose und Tularämie auch auf den Menschen übertragen werden können, die Meldepflicht eingeführt worden. Durch die in halbjährigen Abständen vorgeschriebenen Meldungen über Ort des Auftretens und Zahl der Fälle soll ein genauer Überblick über Häufigkeit und Verbreitung dieser Krankheiten gewonnen werden, um bei zunehmender Tendenz frühzeitig geeignete bundeseinheitliche Bekämpfungsmaßnahmen einleiten zu können.

Durch intensive Forschung auf dem Gebiet übertragbarer Tierkrankheiten, z. B. in den Bundesforschungsanstalten und Berücksichtigung der gewonnenen Erkenntnisse bei der Tierseuchenbekämpfung wird angestrebt, den Gesundheitszustand der landwirtschaftlichen Nutztiere weiter zu verbessern, wodurch indirekt auch der Gesundheitsschutz des Menschen gefördert wird.

Leistungsfähigkeit der Tiere

230. Ein Problem, bei dem Interessen der Tierhaltung und Tierernährung und der Verbraucher auseinandergehen, ist bei manchen Maßnahmen zur Steigerung der Leistungsfähigkeit der Tiere festzustellen. Dabei wird unterstellt, daß bei dem steigenden Nahrungsbedarf die naturgegebene Erzeugung von Nahrungsmitteln nicht mehr möglich ist. Es müssen vielmehr bei der Umstrukturierung der Landwirtschaft bei der Konzentration der Tierhaltung, insbesondere in der Massentierhaltung, Haltungs- und Fütterungsmethoden angewendet werden, die sich von der bisher gebräuchlichen Haltung erheblich unterscheiden. Aufgabe des Gesetzgebers ist es, die Grenzen zu erkennen und zu ziehen, die aus übergeordneten gesundheitlichen Belangen einer im Interesse der Leistungssteigerung vielleicht wünschenswerten Entwicklung Einhalt gebieten.

So kann z. B. der Masterfolg in der Tierzucht durch verbotswidrige Anwendung von bestimmten Hor-

monen oder Arsenpräparaten scheinbar gesteigert, bei Auftreten von Infektionskrankheiten in Massentierhaltungen ungezielte — außerhalb der medizinischen Indikation liegende — Gaben von Antibiotika verabfolgt oder angeblich das Auftreten von Protozoen durch bestimmte Chemotherapeutica verhindert werden. Ein solcher Einsatz, auch der anderer pharmakologisch wirkender Substanzen kann aber nicht allein unter dem Blickwinkel einer Steigerung der tierischen Erzeugung und der Gesunderhaltung der Tierbestände gesehen werden, sondern muß gleichzeitig auch unter dem Blickpunkt eines gesicherten Schutzes der Gesamtheit des Verbrauchers der von so behandelten Tieren gewonnenen Lebensmittel gesehen werden.

231. Es muß einem „Arzneimittelmißbrauch" in der Tierhaltung und dessen Summation mit der Wirkung von Pflanzenschutzmitteln in Futtermitteln und Anwendung von Insektiziden im Stall, die zu bedenklichen Rückstandsbildungen in Lebensmitteln tierischer Herkunft wie Milch, Eier, Fleisch führen können, entgegengewirkt werden.

Futtermittel

232. Soweit es sich bei den Futtermitteln um Handelsfuttermittel handelt, ist die Zulassung von Stoffen mit Sonderwirkung von einer Genehmigung des Bundesministers für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten abhängig. In der Bundesrepublik sind zur Zeit zugelassen: einige Antibiotica, Vitamine, Mineralstoffe, Antioxydantien, Pigment- und Aromastoffe und einige sog. Coccidiostatica.

Diese Stoffe dienen mit Ausnahme der Antibiotica und Coccidiostatica der Aufwertung ernährungsphysiologisch nicht ausreichend ausgewogener Futtermischungen sowie der besseren Aufschließbarkeit und verlängerten Haltbarkeit von Futtermitteln.

Den Antibiotica ist in sehr kleinen, unterhalb des therapeutischen Bereiches liegenden Dosierungen eine nutritive Wirkung bei der Verfütterung zuzusprechen. Die Zulassung ist daher maßgeblich gebunden an bestimmte Futtermittel für wachsende Tiere. Ihre Verwendung erfolgt nur in Dosierungen, die zur Erzielung eines ausschließlich nutritiven Effektes erforderlich sind.

233. In der Bundesrepublik Deutschland dürfen derzeit aus der Masse der Antibiotica-Arten nur die Substanzen Flavophospholipol, Oxytetracyclin, Chlortetracyclin, Zink-Bacitracin und Oleandomycin in Futtermittel eingemischt werden. Bei der Zulassung der Zusatzstoffe sind gesundheitliche Gesichtspunkte unter Einschaltung wissenschaftlicher Gremien wie des Bundesgesundheitsamtes, des Bundesgesundheitsrates, der Kommission zur Prüfung von Zusatzstoffen in der Tierernährung der Deutschen Forschungsgemeinschaft und der Weltgesundheitsorganisation geprüft worden. Jedem Antrag auf Zulassung sind wissenschaftliche Versuchsberichte beizufügen, die von der Gutachterkommission für Futtermittel auf ernährungsphysiologische Wirkung des Stoffes und vom Bundesgesundheitsamt sowie Sachverständigen der Toxikologie, der Biochemie, der Pharmazie und der Lebensmittelhygiene auf gesundheitliche Unbedenklichkeit geprüft werden.

Bei den angegebenen Dosierungen sind nach fachwissenschaftlicher Prüfung gesundheitlich bedenkliche Rückstände in den so erzeugten tierischen Produkten nicht zu erwarten. Das derzeitig in der Öffentlichkeit stark diskutierte Problem einer eventuellen Förderung der Bakterienresistenz gegenüber Antibiotica auch durch die genannten Futtermittelzusätze wird erneut überprüft.

Die Richtlinie über den Einsatz von Zusatzstoffen in der Tierernährung ist am 23. November 1970 im Rat der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft verabschiedet worden. Die deutsche Delegation war dabei bemüht, die berechtigten Forderungen auf einen wirksamen Gesundheitsschutz in dieser Richtlinie zu verankern.

Arzneimittel zur Anwendung am Tier

234. Zur Verbesserung des Verbraucherschutzes in bezug auf alle Lebensmittel, die am Tier angewendeten Stoffe mit pharmakologischer Wirkung enthalten, werden im einzelnen neben den im Lebensmittelrecht vorgesehenen Vorschriften folgende Regelungen für notwendig gehalten und vorbereitet:

Auf dem Gebiet des Arzneimittelrechts sind unter lebensmittel-toxikologischen Gesichtspunkten ebenfalls Änderungen in Vorbereitung. Dabei sind die Kennzeichnungsvorschriften für Arzneimittel dahin gehend zu ergänzen, daß bei Arzneimitteln, die zur Anwendung an Nutztieren bestimmt sind, die Zeitdauer (Wartezeit) anzugeben ist, während der nach bestimmungsgemäßer Anwendung mit Rückständen in den gewonnenen Lebensmitteln gerechnet werden muß. Darüber hinaus werden Arzneimittel, die zur Anwendung an Nutztieren bestimmt sind, generell der Registrierungspflicht unterworfen werden. Voraussetzung für die Registrierung sollen dabei insbesondere auch die Untersuchungsergebnisse über den Verbleib der arzneilich wirksamen Bestandteile der Arzneimittel im Tierkörper und Weg und Dauer ihrer Ausscheidung sein, soweit sie von Bedeutung für die Überprüfung der angegebenen Wartezeiten sind. Weitere Änderungen beziehen sich insbesonder darauf, die Durchsetzung dieser primär lebensmittelhygienischen Zielsetzung praktikabel, übersehbar und überprüfbar zu gestalten.

Fleisch und Fisch

235. Fleisch und Fisch sowie die daraus hergestellten Erzeugnisse sind für die menschliche Ernährung wegen ihres hohen Gehaltes an tierischem Eiweiß von besonderer Bedeutung. Der Verbraucher hat einen berechtigten Anspruch darauf, daß diese Lebensmittel in unverfälschtem und hygienisch einwandfreiem Zustand angeboten werden, weil im anderen Falle erhebliche Minderungen der Qualität bzw. des Nährwertes eintreten können. In manchen Fällen wird sogar durch den Genuß von hygienisch nicht einwandfreien Lebensmitteln auch mit Gesundheitsschäden gerechnet werden müssen, wie z. B. nach dem Verzehr von mit Salmonellen bzw. Staphylokokken befallenen Lebensmitteln oder von Lebensmitteln, bei denen durch Behandlungsverfahren wie Räuchern, Grillen oder Rösten cancerogene Stoffe entstehen können.

236. Um die Bevölkerung vor solchen Gesundheitsschäden sowie vor Irreführung und Täuschung zu schützen, stehen in den Ländern tierärztliche Untersuchungsanstalten zur Verfügung, in denen die aufgrund einer ausgedehnten Kontrolltätigkeit der beamteten Tierärzte anfallenden Lebensmittelproben untersucht werden. So wurden z. B. im Jahre 1968 in den Untersuchungsanstalten insgesamt 474 391 Proben untersucht, von denen 9,8 % beanstandet worden sind.

Danach sind in diesen Untersuchungsanstalten auf je 1000 Einwohner etwa 8 Proben von Lebensmitteln tierischer Herkunft untersucht worden; davon entfielen etwa 6 Proben auf Milch und Milcherzeugnisse und rund 2 Proben auf andere Lebensmittel, insbesondere Fleischerzeugnisse.

Außerdem wurden von den auf Kreisebene tätigen Amtstierärzten 440 443 Kontrollen von Betrieben, in denen Lebensmittel tierischer Herkunft hergestellt, behandelt oder abgegeben werden, durchgeführt.

Diese Kontrollen dienen in erster Linie dem vorbeugenden Gesundheitsschutz: denn bei der Überwachung wird das Hauptaugenmerk auf die Beratung der Betriebsleiter, die mit leicht verderblichen Lebensmitteln, wie Fleisch, Fisch und Milch, umgehen, über die Notwendigkeit und den Nutzen hygienischer Maßnahmen in Bau- Einrichtung und Betrieb von Anlagen gerichtet und damit das Interesse dieses Personenkreises zur Mitarbeit und Eigenverantwortlichkeit auf diesem Gebiet gefördert. So stellt diese beratende Tätigkeit der Fachverwaltung eine sinnvolle Ergänzung der amtlichen Lebensmittelüberwachung dar.

237. Grundlage für die Arbeit der tierärztlichen Untersuchungsanstalten auf diesem Gebiet sind das Lebensmittelgesetz sowie die aufgrund dieses Gesetzes erlassenen Rechtsverordnungen, wie z. B. die Fleisch-Verordnung, Hackfleisch-Verordnung, Wildfleisch-Verordnung und Lebensmittel-Kennzeichnungsverordnung sowie die Hygieneverordnungen der Länder. Die im Rahmen des Deutschen Lebensmittelbuches zu erstellenden Leitsätze für Fleisch und Fleischerzeugnisse sowie für Fisch und Fischerzeugnisse sollen ebenfalls dazu beitragen, eine bessere Beurteilung dieser Lebensmittel zu erreichen. Bei Fleischerzeugnissen gestaltet sich die Bearbeitung der Leitsätze wegen der Vielfalt der Erzeugnisse und des Rohmaterials sowie der unterschiedlichen Interessenlage zwischen Wirtschaft und Verbraucherschaft besonders schwierig.

Aufgabe der Gesetzgebung wird es in den nächsten Jahren sein, die bestehenden Vorschriften auf den genannten Gebieten noch weiter zu verbessern. Bei künftigen Maßnahmen zum Schutze des Verbrauchers vor Gesundheitsschäden durch Genuß von hygienisch nicht einwandfreien Lebensmitteln sowie vor Irreführung und Täuschung ist auch in ver-

Lebensmitteluntersuchungen in den Staatlichen Veterinäruntersuchungsanstalten

(Statistik 1968)

Art der Lebensmittel	Zahl der Proben	beanstandete Proben
I. Fleisch und Fleischerzeugnisse	72 493	10 715 = *14,8 %*
II. Fische und sonstige wechselwarme Tiere, Krusten-, Schalen- und Weichtiere (einschließlich Erzeugnisse daraus)	7 106	1 077 = *15,2 %*
III. Milch und Milcherzeugnisse	362 586	27 749 = *7,6 %*
IV. Geflügel, Wild, Eier, sonstige vom Tier stammende Lebensmittel	32 206	3 558 = *11 %*
Gesamtzahl	474 391	43 099 = *9,8 %*

Staatliche Veterinäruntersuchungsanstalten

stärktem Umfang die EWG-Rechtsangleichung zu beachten. In den Verhandlungen in Brüssel wird deutscherseits dafür zu sorgen sein, daß vor allem bei diesen leicht verderblichen Lebensmitteln keine Verschlechterung der hygienischen Anforderungen zum Nachteil des deutschen Verbrauchers eintritt.

Schlachttier- und Fleischuntersuchung

238. Jedes Tier der Gattungen Rinder, Schweine, Schafe, Ziegen und Einhufer wird im Inland vor der Schlachtung auf seinen Gesundheitszustand und das Fleisch auf seine Genußtauglichkeit untersucht. Eine Einfuhrkontrolle (Auslandsfleischbeschau) stellt sicher, daß auch das im Ausland geschlachtete Fleisch den gleichen hygienischen Anforderungen, wie sie im Inland beachtet werden müssen, unterworfen wird. Die fleischbeschaurechtlichen Einfuhrvorschriften sehen u. a. vor, daß Schlacht-, Fleischzerlegungs- und Fleischverarbeitungsbetriebe, in denen Fleisch und Fleischerzeugnisse für die Bundesrepublik Deutschland gewonnen und hergestellt werden, von der obersten Veterinärbehörde des Ursprungslandes hierfür besonders zugelassen werden. Bei der Zerlegung von Fleisch in Teilstücke, die z. Z. nur aufgrund von Ausnahmegenehmigungen eingeführt werden dürfen, wirken darüber hinaus deutsche Tierärzte bei der Untersuchung von Fleisch im Ausland mit.

Aus der z. Z. für das Berichtsjahr 1968 vorliegenden Statistik über die Schlachttier- und Fleischbeschau geht hervor, daß 33 797 608 Tiere geschlachtet worden sind, von denen 33 420 920 = ca. 99 % als tauglich zum freien Verkehr gelangten, 60 799 = ca. 0,1 % als untauglich unschädlich beseitigt und 315 889 = ca. 0,9 % der Freibank überwiesen wurden.

Bei der Auslandsfleischbeschau sind im Jahre 1968 insgesamt 350 000 t Fleisch aus 58 Ursprungsländern eingeführt worden. Davon wurden 702 762 Kilogramm = 0,202 % beanstandet.

239. Der in den vergangenen 20 Jahren festzustellende Strukturwandel in der Nutztierhaltung und in der Fleischwirtschaft sowie die zunehmende Liberalisierung des Handels mit Fleisch und Fleischwaren haben für die Sicherung des Verbraucherschutzes eine völlig neue Situation geschaffen. Durch die ständig zunehmende Massentierhaltung gewinnen einerseits Krankheitserreger, die vom Tier auf den Menschen übertragen werden können, ohne daß die befallenen Tiere selbst erkranken, eine früher nicht bekannte Bedeutung. Andererseits führen die in vermehrtem Umfange in der Tierfütterung und -haltung verwendeten Stoffe mit pharmakologischer Wirkung sowie die im Pflanzenbau und in der Futtermittelwirtschaft verwendeten Schädlingsbekämpfungsmittel zu gesundheitlich bedenklichen Rückständen im Fleisch der geschlachteten Tiere. Schließlich kommt es durch die internationale Verflechtung des Handels zu einer Konfrontation oft recht unterschiedlicher Auffassungen über Sinn und Zweck fleischhygienischer Maßnahmen in den einzelnen Fleischlieferländern. Dieser Entwicklung kann nur begegnet werden, wenn die fleischhygienischen Vorschriften den veränderten Verhältnissen angepaßt und in allen Fleischlieferländern möglichst gleichsinnig gelten und angewandt werden. Die Regelungen können sich auch nicht mehr wie im bisher geltenden Fleischbeschaurecht auf die amtliche Untersuchung der Tiere vor und nach der Schlachtung beschränken, sondern müssen durch hygienische Vorschriften über die Gewinnung, Zerlegung, Verarbeitung, Kühlung und Beförderung von Fleisch erweitert werden. Die Untersuchungsvorschriften selbst sollen die Herkunftsbestände der Schlachttiere einbeziehen, eine getrennte Schlachtung der kranken und krankheitsverdächtigen Tiere vorsehen und vermehrte laboratoriumsmäßige Untersuchungen, insbesondere auf Rückstände von Pestiziden und Stoffen mit pharmakologischer Wirkung, vorschreiben.

In den Katalog der Schlachttiere soll wegen der gestiegenen Bedeutung auch das Geflügel und Wildbret aufgenommen werden. Die Vorarbeiten an dem neuen Fleischhygienegesetz sind unterbrochen worden, um die Weiterentwicklung der in den Europäischen Gemeinschaften zur Zeit in Beratung stehenden entsprechenden Richtlinien abzuwarten.

Sobald die noch ausstehenden Richtlinien, vor allem, die sich mit der Einfuhr von Fleisch und mit Geflügelfleisch befassen, verabschiedet worden sind, soll das Fleischhygienegesetz vorgelegt werden.

Fischhygiene

240. Im Interesse des Verbraucherschutzes ist es ferner notwendig, auch auf dem Gebiet der Fischhygiene Rechtsvorschriften zu erlassen, wie sie in anderen europäischen Ländern bereits bestehen. Fischfleisch bietet infolge seiner Zusammensetzung und Beschaffenheit einen besonders guten Nährboden für Bakterien aller Art. Ein Fischhygienegesetz ist in Vorbereitung.

Milchhygiene

241. Die Hygienevorschriften des Milchrechtes sind etwa 40 Jahre alt und bedürfen dringend der Anpassung sowohl an die inzwischen gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnisse wie an die geänderte Verbrauchererwartung. Nachdem die Kommission der EG die Harmonisierung der einschlägigen Rechtsvorschriften aufgenommen hat, wurden die bereits begonnenen Vorarbeiten zur Novellierung der deutschen Hygienevorschriften noch zurückgestellt; die in absehbarer Zeit zu erwartenden Richtlinien der EG werden in deutsches Recht umzuwandeln sein und die überholten Vorschriften damit ersetzen. In diesem Zusammenhang wird u. a. zu prüfen sein, ob neu entwickelte Verfahren zur Objektivierung der Untersuchungsbefunde für die Beurteilung der

hygienischen Qualität der Milch bei der Modernisierung der Untersuchungsvorschriften zu berücksichtigen sind und als überholt geltende Untersuchungsmethoden ablösen. Aus ernährungsphysiologischer Sicht wird angestrebt, dem Verbraucher ein breit gefächertes Angebot von Milch und Milcherzeugnissen mit unterschiedlichen Fettgehaltsstufen sowie angereichert mit hochwertigem Milcheiweiß anzubieten.

Nach der Liberalisierung des Verkehrs mit Milch wurden zum Schutze des deutschen Verbrauchers besondere Vorschriften über gesundheitliche Anforderungen bei der Einfuhr von Milch und Milcherzeugnissen erlassen, die bei Erweiterung der Liberalisierung des Handels mit Milch und Milcherzeugnissen entsprechend zu ergänzen sein werden.

Die Erhitzung der Milch in den Molkereien stellt die wichtigste hygienische Maßnahme im Verkehr mit Milch dar. Es wird eine Allgemeine Verwaltungsvorschrift über die besonderen Prüfungen neuer Erhitzertypen sowie über die Überwachung des Betriebes solcher Anlagen in den Molkereien vorbereitet.

Hygiene der Eiprodukte

242. Die zum Schutze des Verbrauchers vor Infektionen mit Salmonella-Keimen durch Eiprodukte erlassenen Rechtsvorschriften werden aufgrund der zu erwartenden Vermarktungsnormen für Eiprodukte und entsprechende Richtlinie über die hygienisch-gesundheitlichen Anforderungen an diese Erzeugnisse durch die EWG zu novellieren sein.

Arzneimittel- und Apothekenwesen

Ein weiteres wesentliches Anliegen jeder Gesundheitspolitik ist die gesicherte Versorgung der Bevölkerung mit wirksamen und einwandfrei hergestellten Arzneimitteln. Die Sicherstellung der Arzneimittelversorgung ist Aufgabe der Apotheken.

243. Das Herstellen und Inverkehrbringen von Arzneimitteln ist in der Bundesrepublik durch das Arzneimittelgesetz von 1961 erstmalig einheitlich geregelt worden. Vor diesem Zeitpunkt waren einzelne Gebiete, wie die Verschreibungspflicht für Arzneimittel, Angelegenheiten des Arzneibuches, der Verkehr mit Sera und Impfstoffen, Vorschriften über die Freiverkäuflichkeit von Heilmitteln, die Deutsche Arzneitaxe, zum Teil Bundes- und zum Teil Landesrecht. Es konnte daher nicht ausbleiben, daß bei einer so schwierigen Materie der erste Versuch einer Gesamtregelung ergänzungsbedürftig ist.

So beschränkte sich das Gesetz von 1961 z. B. darauf, daß von der Registerbehörde (Bundesgesundheitsamt) bei der Anmeldung von Arzneispezialitäten die in diesem Zusammenhang geforderten Unterlagen formal zu prüfen waren. Bereits durch das Änderungsgesetz von 1964 wurde die Prüfungspflicht insbesondere für Arzneispezialitäten mit Stoffen in der medizinischen Wissenschaft bisher nicht allgemein bekannter Wirksamkeit wesentlich erweitert.

Durch eine Novelle zum Arzneimittelgesetz, die zur Zeit vorbereitet wird, soll das Prüfungssystem bei der Registrierung von Arzneispezialitäten noch mehr den sich ständig ändernden wissenschaftlichen Erkenntnissen auf diesem Gebiet insbesondere durch Richtlinien über die pharmakologisch-toxikologische und klinische Prüfung angepaßt werden. Hierbei soll jedoch die Verantwortung des Herstellers nicht verringert werden. Es kommt darauf an, einen Weg zu finden, der im Rahmen der Risikoabwägung bei der Anwendung von Arzneimitteln einen ausreichenden Schutz darstellt und andererseits der Freiheit der Forschung mit dem Ziel, wirkungsvollere Arzneimittel zu entwickeln, nicht mehr als unvermeidbar entgegensteht.

Arzneimittelsicherheit

244. Mehrere Vorfälle um verschiedene Arzneimittel haben in den letzten Jahren das Problem der Arzneimittelsicherheit besonders stark vor Augen geführt. Bei Arzneimitteln, die seit Jahrzehnten angewendet werden, ist das Risiko ihrer Anwendung, d. h. die relative Häufigkeit, daß neben der erwünschten auch nichterwünschte Wirkungen auftreten können, bekannt und kann vom Arzt jeweils in seinem Therapieplan berücksichtigt werden. Bei neuen Arzneistoffen muß das Verordnungsrisiko durch ausreichende Versuche an verschiedenen Tieren und durch klinische Erprobung festgestellt worden sein, bevor der neue Arzneistoff als „sicher" in seiner Anwendung am kranken Menschen bezeichnet werden kann.

245. Das Arzneimittelgesetz von 1961, 1964 in dieser Hinsicht novelliert, nennt die Voraussetzungen, unter denen neue Arzneimittel in den Verkehr gebracht werden dürfen. Insbesondere sind die Anforderungen an die Prüfungen, denen ein Arzneimittel unterzogen werden muß, bevor es in den Verkehr gebracht werden darf, dort aufgeführt. In diesem Zusammenhang hat insbesondere das Bundesgesundheitsamt als Registrierbehörde eine sehr wesentliche Aufgabe zu erfüllen.

In Verbindung mit Richtlinien über die pharmakologische Prüfung und über die klinische Erprobung von Arzneimitteln wird von dem Bundesgesundheitsamt festgestellt, ob die vorgenommenen Prüfungen ausreichend sind, um eine Beurteilung der therapeutischen Wirkung und des therapeutischen Risikos des neuen Mittels zu gestatten. Die bestehenden Richtlinien wurden vor einigen Jahren von den zuständigen medizinischen Gesellschaften der Bundesrepublik aufgestellt. Auch die EWG hat durch Fachgremien solche Beurteilungsrichtlinien erarbeiten lassen. Vor kurzem sind sie von dem Beirat „Arzneimittelsicherheit" des Bundesministe-

riums für Jugend, Familie und Gesundheit, dem Kliniker, Pharmakologen und Statistiker angehören, überarbeitet worden. Sie stellen somit jetzt den neuesten Stand der medizinischen Forschung und Methodik dar; durch den Beirat werden sie auf dem laufenden gehalten.

Diese Richtlinien sind von besonderer Bedeutung bei der Prüfung von Arzneimitteln, die Stoffe oder Zubereitungen in der medizinischen Wissenschaft nicht allgemein bekannter Wirksamkeit enthalten. Bei diesen Arzneimitteln hat sich die Notwendigkeit eines stärkeren staatlichen Engagements in der Praxis des Bundesgesundheitsamtes auch besonders deutlich gezeigt.

Dabei darf aber nicht übersehen werden, daß die bereits seit längerer Zeit hergestellten, vertriebenen und angewendeten Arzneimittel ebenfalls einer Durchsicht bedürfen. Man kann nicht davon ausgehen, daß sämtliche, seit langen Jahren gebrauchten Arzneimittel hinsichtlich Wirksamkeit und Sicherheit keine Fragen mehr aufwerfen würden. Auch bei bekannten Stoffen die Frage nach Wirksamkeit und Sicherheit prinzipiell mit der gleichen Intensität zu stellen wie bei neuen, verlangt schon die Überlegung, daß eine einseitige Verschärfung der Prüfungsanforderungen an neue Arzneistoffe ein schwerwiegendes Hemmnis für die Entwicklung therapeutisch notwendiger neuer Arzneimittel werden könnte.

Vor allem erfordert eine gründlichere Prüfung der Arzneimittel eine Erweiterung und Vertiefung unserer wissenschaftlichen Erkenntnisse. Deshalb hält das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit die Förderung der Arzneimittelforschung für eine Aufgabe von allerhöchster Wichtigkeit. Da eine im Wettbewerb stehende Industrie sich auch in ihrer Forschung zwangsläufig vom Kostengesichtspunkt und dem Gedanken an den höchstmöglichen wirtschaftlichen Nutzen leiten lassen muß, fällt dem Staat die Aufgabe zu, die Forschungsarbeiten anzuregen und finanziell zu fördern, mit dem Ziel, wissenschaftlich gesicherte Aussagen über wichtige die Volksgesundheit berührende Aspekte zu erhalten.

246. Es hat sich gezeigt, daß man über die ursprüngliche Konzeption, von der der Gesetzgeber bei Erlaß des Arzneimittelgesetzes im Jahre 1961 ausgegangen war, hinausgehen muß. Der Grundsatz der strikten Alleinverantwortung des Herstellers für Wirksamkeit und Sicherheit seiner Arzneimittel, der — in der Praxis konsequent durchgeführt — das Bundesgesundheitsamt auf eine bloße formelle Registriertätigkeit ohne materielle Prüfungsbefugnisse beschränkt hat, erscheint heute nicht mehr genügend, um den mit der Herstellung, dem Vertrieb und der Anwendung moderner, hochwirksamer Arzneimittel zwangsläufig verbundenen Gefahren in ausreichendem Maße vorzubeugen. Ohne den Hersteller aus seiner Verantwortung zu entlassen, muß der Staat daher in einem größeren Umfang als bisher darüber wachen, daß der Patient wirksame und sichere Arzneimittel erhält. Praktisch bedeutet das, daß die Registrierung von Arzneispezialitäten von dem Nachweis ihrer Wirksamkeit und Sicherheit abhängig gemacht werden muß.

247. Eine der Hauptaufgaben des Beirates „Arzneimittelsicherheit" ist deshalb die Verbesserung der pharmakologischen und klinischen Prüfungsmethoden von Arzneimitteln, die Festlegung von Anforderungen an die Qualifikation der Prüfer, an die Institutionen, die die klinische Prüfung durchführen sowie die Ausarbeitung von Empfehlungen, um die Beobachtungen der gesamten Ärzteschaft über Wirkung und Nebenwirkung von Arzneimitteln systematisch zu erfassen, auszuwerten und im Fall von Verdachtsmomenten gegen Arzneimittel rasch und wirksam Sicherheitsvorkehrungen zu treffen. An der Verbesserung dieses Systems der Erfassung von Nebenwirkungen von Arzneimitteln, die sich bereits im Verkehr befinden, wird im Rahmen des Beirats gearbeitet. Es ist eine enge Zusammenarbeit des Bundesgesundheitsamtes mit der Arzneimittel-Kommission der Deutschen Ärzteschaft und den zuständigen Behörden der Länder notwendig.

Der Beirat für Fragen der „Arzneimittelsicherheit" hat außerdem einen sogenannten Alarmplan erarbeitet, der zum Ziel hat, bei Verdacht auf Arzneimittelnebenwirkungen die Maßnahmen der beteiligten Stellen zu koordinieren und den Informationsweg festzulegen.

Deutsches Arzneibuch

248. Zur Sicherung der Qualität der im Verkehr befindlichen Arzneimittel dienen auch die Normen des Deutschen Arzneibuches. Das Arzneibuch wird im Bundesgesundheitsamt mit Unterstützung der im Jahre 1970 neu berufenen Arzneibuch-Kommission überarbeitet. Dabei müssen die Auswahl der Arzneimittel, die an sie zu stellenden Anforderungen sowie die Prüfmethoden dem jeweiligen Stand der Wissenschaft entsprechend verbessert werden. Um zu verhindern, daß bei dieser für den Gesundheitsschutz laufend notwendigen Ergänzung wie in den zurückliegenden Jahren Lücken entstehen, erscheint es erforderlich, künftig bei der Anmeldung neuer Arzneimittel eine umfassende Beschreibung zu verlangen, die die Grundlage einer Monographie im Arzneibuch bilden kann.

Bei der Anpassung der deutschen Arzneibuch-Vorschriften an den wissenschaftlichen Fortschritt ist auch die Entwicklung der Arbeiten am Europäischen Arzneibuch, das im Rahmen des Europarats erarbeitet wird, zu berücksichtigen. Da dieses für die Bundesrepublik verbindlich wird, müssen die bestehenbleibenden nationalen Normen den europäischen Vorschriften angeglichen werden, um die Einheitlichkeit wieder herzustellen.

Impfstoff und Sera

249. Impfstoffe und Sera nehmen unter den Arzneimitteln wegen ihrer zentralen Bedeutung für die

Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten einen besonderen Platz ein. Zudem werden sie aus biologischem Material gewonnen und sind damit der Gefahr von Veränderungen ausgesetzt. Der Gesetzgeber muß daher besondere Anforderungen an diese Gruppe von Arzneimitteln stellen. Es ist vorgesehen, daß künftig jeder Impfstoff und jedes Serum einer behördlichen Zulassung bedarf. Damit soll sichergestellt werden, daß nur Impfstoffe und Sera in den Verkehr gelangen, die nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis auf Wirksamkeit, Unschädlichkeit und Reinheit geprüft sind. Für diese Prüfungsaufgaben bedarf es eines Prüfinstituts das nicht nur in der Lage ist, die Prüfungen entsprechend dem jeweiligen Stand der Wissenschaft vorzunehmen, sondern das auch auf dem Gebiet der Impfstoffe und Sera, insbesondere aber bei der Weiterentwicklung der Prüfungsverfahren wissenschaftliche Pionierarbeit leisten kann. Daher soll das Paul-Ehrlich-Institut, das als erstes Institut in der Welt einmal solche Prüfungen vorgenommen hat, vom Bund übernommen und entsprechend den wissenschaftlichen und praktischen Erfordernissen ausgebaut werden und sodann als Bundesamt für Sera und Impfstoffe fungieren. Ein entsprechendes Gesetz (das in den nächsten Wochen von der Bundesregierung dem Parlament zugeleitet wird) soll die Übernahme des Paul-Ehrlich-Instituts auf den Bund ermöglichen, und die gesetzlichen Voraussetzungen dafür schaffen, daß es als Bundesbehörde die Sera und Impfstoffe prüft und zuläßt, die im Bundesgebiet in den Verkehr gebracht werden. Gleichzeitig werden durch Änderungen des Arzneimittelgesetzes neue allgemeine Maßstäbe für die Herstellung und Prüfung von Sera und Impfstoffen gesetzt, mit dem Ziel, die Güte dieser für die Allgemeinheit so überaus wichtigen Arzneimittel auf einen Stand zu bringen, der den letzten wissenschaftlichen Erkenntnissen entspricht.

Radioaktive Arzneimittel

250. Radioaktive Arzneimittel nehmen in der Medizin, vorwiegend in der Diagnostik, aber auch in der Therapie, einen immer größer werdenden Raum ein.

Vor der Freigabe eines neuen radioaktiven Stoffes werden alle Kriterien möglicher Strahlenbelastung geprüft, um sicherzustellen, daß eine Gesundheitsgefährdung bei sachgemäßer Anwendung über das unvermeidliche Maß hinaus nicht eintreten kann.

Der vorbeugende Schutz soll noch dadurch verstärkt werden, daß man sämtliche Radiopharmaka der Registrierung unterwirft. Das wird die Möglichkeit zur ärztlichen Risikoabschätzung entscheidend verbessern, andererseits eine flexible Regelung des Vertriebes von Radiopharmaka in der Weise ermöglichen, daß jeder hinreichend erfahrene Arzt möglichst rasch Zugang zu diesen modernen Medikamenten erhält.

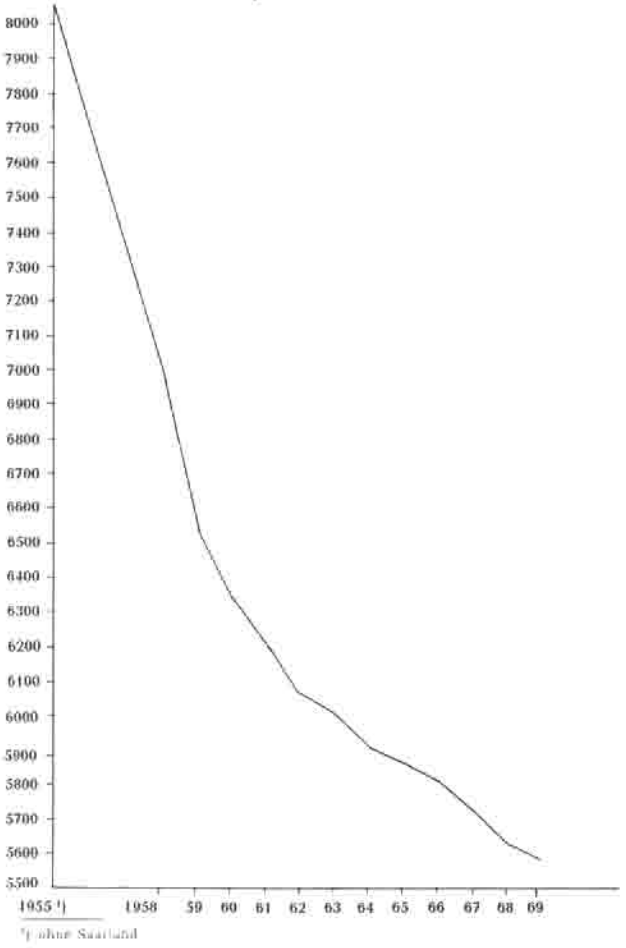
Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch Apotheken

251. Die Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Versorgung der Bevölkerung mit Arzneimitteln obliegt den Apotheken. Eine ordnungsgemäße Versorgung ist dann optimal, wenn die Verteilung der Apotheken dem Arzneibedürfnis Rechnung trägt und in Relation zur Bevölkerungsdichte steht. Das System der behördlichen Bedürfnisprüfung früherer Jahre, das diesem Gesichtspunkt Rechnung trug, ist als nicht verfassungskonform durch die Niederlassungsfreiheit, die im Apothekengesetz vom 20. August 1960 verankert wurde, abgelöst worden.

252. Die Niederlassungsfreiheit hat seit ihrer Verkündung durch das Bundesverfassungsgericht zu einer starken Vermehrung der Apotheken geführt.

Darin ist zunächst eine erhebliche Verbesserung in der Arzneiversorgung der Bevölkerung zu sehen. Andererseits trat mit dieser für das deutsche Apothekenwesen neuartigen Möglichkeit der absolut freien Platzwahl für die Errichtung einer Apotheke das Unternehmerrisiko als neues wirtschaftliches

Einwohner je öffentliche Apotheke 1955, 1958 bis 1968



Quelle: Statistisches Bundesamt

Moment in den Vordergrund, während sich an der Besonderheit der Ware Arzneimittel nichts geändert hat und gesundheitspolitische Einschränkungen wie Rezeptpflicht und vorgeschriebene Lagerhaltung von Verbandstoffen und Arzneimitteln weiter zu gelten haben. Die sich auf gesundheitspolitische Gesichtspunkte gründenden Regelungen des Apothekenbetriebes wie Einrichtung einer Apotheke, die Stellvertretung und die Dienstbereitschaft, Vorschriften über die Prüfung und Abgabe von Arzneimitteln sind in der Verordnung über den Betrieb von Apotheken (Apothekenbetriebsordnung) vom 7. August 1968 niedergelegt.

253. Die festzustellende stärkere Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte in den Apotheken, die u. a. in mehreren Verfassungsklagen gegen das Apothekengesetz, die alle abgewiesen wurden, und neuerdings gegen die Apothekenbetriebsordnung zum Ausdruck kommen, wird von der Bundesregierung aufmerksam verfolgt. Die Neugründung von Apotheken folgt meist dem allgemeinen Trend zu den geschäftlichen Schwerpunkten in Städten und größeren Ortschaften. Im Zuge dieser allgemein zu beobachtenden Entwicklung liegt es auch, daß der Arzneibedarf der Bevölkerung in solchen Schwerpunkten gedeckt wird, zumal sich auch dort die Arztpraxen, vor allem die der Fachärzte, konzentrieren und damit die Erträgnisse der bestehenden Landapotheken sinken. Es ist zu befürchten, daß solche Apotheken nicht mehr verpachtbar werden und damit sowohl der Versorgungscharakter der Pacht (§ 9 Apothekengesetz) schwindet, als auch die Sicherstellung der Arzneiversorgung der Landbevölkerung in Gefahr gerät.

254. Die Bundesregierung läßt sich in bestimmten Zeitabständen von den zuständigen Bundesbehörden und der Bundesapothekerkammer darüber berichten, ob Mängel oder Mißstände in der Arzneiversorgung eingetreten sind, um eventuell erforderliche legislative Maßnahmen rechtzeitig einleiten zu können.

255. Die Niederlassungsfreiheit für Apotheken ist in den Europäischen Gemeinschaften zu einem zentralen Problem geworden. Die freie Niederlassung besteht, nachdem sie jüngst in Belgien aufgehoben wurde, praktisch nur noch in der Bundesrepublik. Die Frage, ob die Römischen Verträge sich so auswirken, daß das Niederlassungsrecht in den einzelnen Mitgliedstaaten einheitlich zu gestalten ist, wird z. Z. von der Kommission auf Grund eines Gutachtens untersucht.

Arzneimittelverbrauch und Arzneimittelmarkt

256. Der Verbrauch an Arzneimitteln kann mittelbar an den Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherungsträger für Arzneimittel gemessen werden. Diese betrugen im Durchschnitt pro Person und Jahr in Deutscher Mark:

Jahr	Mitglieder und Familienangehörige	Rentner und Familienangehörige
1965	59,03	114,11
1966	70,50	136,61
1967	79,61	155,30
1968	89,54	177,75
1969	100,59	199,19

Man kann annehmen, daß für die nichtversicherten Personen eine ähnliche Steigerung eingetreten ist.

257. Das Ansteigen der Arzneimittelausgaben ist auch in den übrigen vergleichbaren Ländern in ähnlichem Umfang zu beobachten. Eine der Ursachen für die Ausgabensteigerung ist in der wachsenden Zahl von älteren Personen in unserer Gesellschaft zu sehen. Eine weitere Ursache ist die Tatsache, daß immer mehr Arzneimittel mit gezielter Wirkung entwickelt werden, die bei Krankheiten Anwendung finden, für die es früher keine Arzneimittel gab. Ein drittes Moment für die Erhöhung der Arzneimittelausgaben liegt in den steigenden Arzneimittelpreisen.

258. Es steht fest, daß z. Z. in der Bundesrepublik pro Kopf der Bevölkerung mehr Arzneimittel verwendet werden, als dies z. B. vor etwa 20 Jahren der Fall war. Es ist jedoch umstritten, ob dieser erhöhte Verbrauch an Arzneimitteln eine Folge von im Übermaß angewendeten Arzneimitteln ist oder ob diesem erhöhtem Verbrauch eine mißbräuchliche Verwendung, d. h. Verwendung zu anderen als therapeutisch notwendigen Zwecken zugrunde liegt.

259. In die in Aussicht genommene Novelle zum Arzneimittelgesetz soll eine Bestimmung aufgenommen werden, nach welcher diese mißbräuchliche Verwendung durch Anordnung der Rezeptpflicht für solche Stoffe weitgehend unterbunden wird.

260. Der Arzneimittelmarkt weist in seiner Struktur erhebliche Unterschiede gegenüber anderen Märkten auf. Er wird im wesentlichen von der Tatsache bestimmt, daß das Arzneimittel eine Ware besonderer Art ist, die sich dem üblichen Konsumverhalten weitgehend entzieht. Herstellung, Absatz und Verbrauch richten sich in erster Linie nach der therapeutischen Bewertung. Wirtschaftliche Überlegungen spielen je nach der Interessenlage der Beteiligten eine unterschiedliche Rolle. Während sie auf der Angebotsseite mehr in den Vordergrund treten, herrschen auf der Nachfrageseite die medizinischen Interessen vor.

261. Der Arzneimittelmarkt wirft in gesundheits-, wirtschafts- und sozialpolitischer Hinsicht eine Reihe von Problemen auf: Das Angebot an Arzneispezialitäten ist in der Bundesrepublik Deutschland verhältnismäßig groß. In diesem Zusammenhang ist zu

berücksichtigen, daß sich viele Arzneimittel bei gleicher stofflicher Zusammensetzung in verschiedenen Darreichungsformen und Konzentrationen im Verkehr befinden, die nach den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes jeweils als besondere Arzneispezialitäten zu registrieren sind. Zudem gibt es eine Anzahl von Arzneispezialitäten, die lediglich regional verbreitet sind.

262. Die große Anzahl der Arzneispezialitäten in der Bundesrepublik ist theoretisch ein gesundheitspolitischer Vorteil, da sie dem Arzt eine große Auswahl von Arzneimitteln zur Verfügung stellt; in der Praxis macht es jedoch andererseits das Angebot unüberschaubar und läßt die verschreibenden Ärzte nur schwer erkennen, welche Arzneispezialität in einem bestimmten Fall die zweckdienlichste ist. Die Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft bietet dem Arzt durch ein Handbuch „Arzneiverordnungen" eine gewisse Hilfe.

263. Es wird geprüft, ob die Zahl der im Verkehr befindlichen Arzneimittel durch geeignete gesetzgeberische und sonstige Maßnahmen verringert werden kann, um den Angehörigen der Heilberufe einen besseren Überblick zu ermöglichen. Insbesondere könnten sich solche Maßnahmen auf sogenannte Nachahmungen von bereits im Verkehr befindlichen Arzneimitteln beziehen.

264. Die Preisgestaltung für Arzneimittel wirft wegen der Besonderheiten, die den Arzneimittelmarkt bestimmen, insbesondere weil ein vollfunktionsfähiger Wettbewerb ausgeschlossen ist, schwierige Fragen auf. In der Bundesrepublik Deutschland wird auf die Preisbildung beim Hersteller und Großhändler kein staatlicher Einfluß genommen. Die Arzneimittelhersteller und Großhändler können die Preise ihrer Arzneispezialitäten nach den wettbewerbsrechtlichen Grundsätzen unserer Marktwirtschaft selbst festsetzen. Dagegen sind durch die Deutsche Arzneitaxe für Arzneimittel, die in Apotheken abgegeben werden, Höchstpreise festgesetzt.

265. In der Bundesrepublik befaßt sich ein interministerieller Arbeitskreis, bestehend aus Vertretern der Bundesministerien für Wirtschaft, für Arbeit und Sozialordnung und für Jugend, Familie und Gesundheit sowie des Bundeskartellamtes, mit der Preisgestaltung auf dem Arzneimittelmarkt. Seine Bemühungen sind darauf gerichtet, die vielschichtigen Probleme des Arzneimittelmarktes aufzuhellen und Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen, die unter Berücksichtigung der gesundheits- und sozialpolitischen Belange zu einer stärkeren Verwirklichung des marktwirtschaftlichen Systems führen. In einer ersten Empfehlung spricht sich der Arbeitskreis für eine Verbesserung der Übersicht über die Vielzahl der Arzneimittel in pharmakologischer und therapeutischer Hinsicht aus. Das soll durch eine im Vergleich zu dem bestehenden Informationsmaterial näher aufgegliederte Spezialitätenliste erreicht werden, in der die im Verkehr befindlichen Arzneimittel nach Indikationsbereichen und Wirkstoffen geordnet sind und die in Verbindung mit den vorhandenen Preisübersichten dem Arzt und Verbraucher umfassendere Informationen über die für sie wesentlichen Daten an die Hand gibt; dadurch wird die Auswahl der Arzneimittel nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten erheblich erleichtert. An der Verwirklichung dieser Aufgabe und der weiteren Verbesserung der Informationshilfen für die Marktbeteiligungen sind die Arzneimittel-Registrierungsstelle beim Bundesgesundheitsamt, die Apothekerschaft und die pharmazeutische Industrie beteiligt. Damit würde ein erster wesentlicher Schritt in Richtung auf die allgemein für notwendig erachtete Verbesserung der Markttransparenz auf dem Arzneimittelsektor getan.

266. Etwa 70 v. H. des gesamten Arzneimittelumsatzes wird im Rahmen des Sachleistungssystems der Sozialversicherung mit deren Trägern verrechnet. Diese haben zur Zeit als Nachfrager und Kostenträger auf die Preisgestaltung nur einen begrenzten Einfluß; sie wirken lediglich bei der Festsetzung der Zuschläge und der Arzneimittelpreise der Apotheken nach der Deutschen Arzneitaxe mit. Ihre Marktposition ist daher gegenwärtig zu schwach, um ein hinreichendes Gegengewicht gegenüber den Arzneimittelherstellern zu bilden, deren Preisgestaltung sich auf das Arzneimittelpreisniveau entscheidend auswirkt.

Der interministerielle Arbeitskreis versucht daher, in diesem Bereich eine Lösung zu finden, die zu einem Interessenausgleich zwischen Nachfragern und Anbietern führen soll. Außerdem befaßt sich die Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung mit der Frage, wie die Stellung der Versicherungsträger auf dem Arzneimittelmarkt verbessert werden kann.

Arzneimittelwerbung

267. Die Werbung für Arzneimittel ist durch das Gesetz über die Werbung auf dem Gebiet des Heilwesens aus dem Jahre 1965 geregelt. Dieses Gesetz beschränkt sich nicht nur auf die Werbung für Arzneimittel, sondern erstreckt sich auch auf die Werbung für andere Mittel und für Gegenstände sowie auf Verfahren und Behandlungen, soweit diese der Erkennung, Beseitigung oder Linderung von Krankheiten, Leiden, Körperschäden oder krankhaften Beschwerden dienen. Die Notwendigkeit eines besonderen Gesetzes ergibt sich daraus, daß die allgemeinen Vorschriften des Wettbewerbsrechts und des Strafrechts für die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens nicht ausreichen. Die Interessen der Volksgesundheit erfordern und rechtfertigen eine Sonderregelung dieses Rechtsgebietes, da hiermit nicht nur der Verbraucher vor finanziellen, sondern auch vor gesundheitlichen Schäden geschützt werden soll. Der Verbraucher vermag auf diesem Gebiet in vielen Fällen Werbebehauptungen über die Güte und Wirkung eines Arzneimittels nicht zu beurteilen. Darüber hinaus befindet er sich als kranker

Mensch in einer psychischen Notlage und fällt deshalb besonders leicht einer übertriebenen oder irreführenden Werbung zum Opfer. Hauptziel des Gesetzes war deshalb, den kranken Menschen davor zu bewahren, durch die Werbung zu einer mißbräuchlichen Anwendung von Arzneimitteln verleitet zu werden.

268. Das Arzneimittelwerbegesetz enthält neben dem generellen Verbot jeder irreführenden Werbung eine Reihe von Vorschriften über die Durchführung von Werbemaßnahmen. Soweit sich die Werbung für Arzneimittel an die Öffentlichkeit wendet, ist es z. B. nicht gestattet, für Arzneimittel im Zusammenhang mit bestimmten schweren Erkrankungen zu werben.

Auch die Verwendung von bestimmten fremd- oder fachsprachlichen Darstellungen oder von bildlichen Darstellungen über den Wirkungsvorgang eines Arzneimittels ist in der Laienwerbung nicht erlaubt. Die rechtliche Beurteilung der Werbung für Arzneimittel ist außerordentlich schwierig. So hat es sich gezeigt, daß z. B. nicht selten Werbeanzeigen für ein bestimmtes Arzneimittel in Form einer allgemeinen Information über gesundheitliche Vorgänge getarnt werden und als Werbeaussage nur schwer erkannt werden können.

Es wird deshalb angestrebt, in einer Novelle zum Arzneimittelgesetz einige Tatbestände einer Werbung, die eine gesundheitliche Gefährdung für den Verbraucher nicht ausschließt und zu unerwünschter Steigerung des Arzneimittelverbrauchs ohne therapeutische Notwendigkeit führt, konkreter als Verbotstatbestand zu erfassen.

Suchtgefahren

269. Der stark gestiegene Verbrauch von Genußmitteln, von suchterregenden Substanzen und Drogen hat die Suchtgefahren erheblich anwachsen lassen. Während früher beispielsweise Alkohol und Tabak mehr oder weniger bei besonderem Anlaß der Steigerung des Lebensgenusses dienten, werden heute diese Genußmittel zunehmend gewohnheitsmäßig konsumiert. Diese Tendenz setzt sich fort in einem übermäßigen Gebrauch von Arzneimitteln, die das Wohlbefinden und die Stimmungslage beeinflussen. Immer mehr gerät der Mensch in Gefahr, die Grenze zum Mißbrauch zu überschreiten und von solchen Mitteln abhängig oder gar süchtig zu werden. Die größte Gefahr bildet der illegale Gebrauch von suchterregenden Stoffen und Rauschdrogen, die in kurzer Zeit Gesundheit und Leben eines Menschen zerstören können.

Für den Staat ergeben sich daraus im wesentlichen zwei Aufgaben:

Es muß nach Möglichkeit verhindert werden, daß sich ein Teil der Bürger voraussehbar schädigt und die Folgekosten der Allgemeinheit anlastet. Zum anderen muß angestrebt werden, die optimale Behandlung und dauerhafte Heilung von Suchtkranken zu sichern.

Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs

Lagebeurteilung und Zielsetzung

270. Das Vordringen von Drogen und Rauschmitteln in der Bundesrepublik Deutschland ist besorgniserregend. Am stärksten treten hierbei in Erscheinung die aus dem indischen Hanf (Cannabis) gewonnenen Rauschmittel Marihuana und Haschisch. Von den USA ausgehend über die nordischen Staaten überflutet die neue Drogenwelle in zunehmendem Ausmaß auch die anderen europäischen Industrie-Staaten. In der Bundesrepublik Deutschland haben die Strafverfahren wegen Rauschmitteldelikten in den letzten Jahren um ein Vielfaches zugenommen; sie stellen nur einen Teilausschnitt aus dem Bereich der wirklich begangenen Rauschmitteldelikte dar. Betroffen sind überwiegend junge Menschen, zunächst insbesondere Schüler und Studenten; der Konsum von Rauschmitteln weitet sich aber in letzter Zeit auch auf junge Berufstätige aus. Persönliche und soziale Gefährdungen durch härtere Drogen (LSD, Heroin, Mißbrauch von Amphetaminen) künden sich an und sind zum Teil bereits eingetreten. Die Zahl der Drogensüchtigen, die klinischer Behandlung bedürfen, ist sprunghaft angestiegen.

271. Zahlen über das Ausmaß der Drogenwelle können nur anhand von Erkenntnissen, die bei der Bekämpfung der Rauschmittelkriminalität anfallen und aufgrund der dem Bundesgesundheitsamt — Bundesopiumstelle — von den für das Gesundheitswesen zuständigen obersten Landesbehörden zugeleiteten Unterlagen angegeben werden.

Die absoluten Zahlen der polizeilich festgestellten Rauschgiftdelikte betrugen:

1968	1 891 Fälle
1969	4 761 Fälle

Auf 100 000 Einwohner umgerechnet, ergeben sich für diesen Zeitraum folgende „Häufigkeitsziffern":

1968	3,1 Fälle
1969	7,8 Fälle

Von den polizeilich festgestellten Tätern waren:

	Täter	Erwachsene (über 21 Jahre)	Heranwachsende (18 bis 21 Jahre)	Jugendliche (14 bis 18 Jahre)	Kinder (unter 14 Jahre)
1968	1937	64,5 %	24,6 %	10,7 %	0,2 %
1969	4405	52,2 %	30,5 %	17,2 %	0,1 %

Die absoluten Zahlen nicht erwachsener Täter betrugen:

	Heranwachsende	Jugendliche	Kinder	zusammen
1968	476	207	4	687
1969	1345	756	6	2107

Ausländer waren wie folgt beteiligt:

	Gesamtzahl der Täter	davon „Nichtdeutsche Täter"
1968	1937	453 = 23,4 %
1969	4405	992 = 22,5 %

Die Aufklärungsquote der Rauschgiftdelikte betrug:

1968 88,4 %
1969 87,2 %

Folgende Mengen an Suchtstoffen wurden sichergestellt:

	1968	1969
Cannabis	380,924 kg	2 278,170 kg
Rohopium	31,882 kg	48,059 kg
Rohmorphium	0,5 g	209,081 kg
Heroin	1,825 mg	587,479 g
LSD	27 Trips 3 St. Zucker 1,08 mg Lösung	1 989 Trips 84 St. Zucker 3 788 Tabletten und Kapseln 1 g Lösung

Die Rauschgiftkriminalität wird, wie die Entwicklung in den ersten Monaten 1970 ausweist, weiter wachsen. Besonders zu beachten ist hierbei die Feststellung, daß sich der Kreis der Beteiligten völlig gewandelt hat. Im Gegensatz zu früher sind heute überwiegend jüngere Menschen beteiligt.

Bisher ergibt sich aus der Zusammensetzung der von der Polizei sichergestellten Rauschgifte, daß sich die Sucht weitgehend noch auf Haschisch beschränkt. Zu beobachten ist jedoch auch ein steigender Umfang der Sicherstellung von LSD und Heroin. Nach den dem Bundesgesundheitsamt — Bundesopiumstelle — vorliegenden Unterlagen betrug die Anzahl der durch Indischen Hanf, Heroin, Oprium und Morphin süchtigen Personen im Jahre

Stoffe	1968 Anzahl der Süchtigen	1969 Anzahl der Süchtigen
Indischer Hanf (Marihuana)	55	119
Heroin	3	6
Opium in Form von Tinktur oder Extrakt	67	120
Morphin	398	373
Die Gesamtzahl der bekannten Süchtigen betrug	4 217	4 236

Die bisher eingegangenen Meldungen ergeben folgendes Bild:

Wegen Mißbrauchs von Indischem Hanf (einschließlich Haschisch) wurden als „süchtig" gemeldet:

Länder	Anzahl der Personen 1969	zum Vergleich: 1968
Baden-Württemberg	6	0
Hessen	9	9
Niedersachsen	4	1
Hamburg	6	2
Nordrhein-Westfalen	81	42
Zusammen	106	54

Bei diesen Personen dürfte es sich jedoch nur um „Süchtige" handeln, die wegen des Mißbrauchs in klinischer Behandlung gestanden haben bzw. noch stehen.

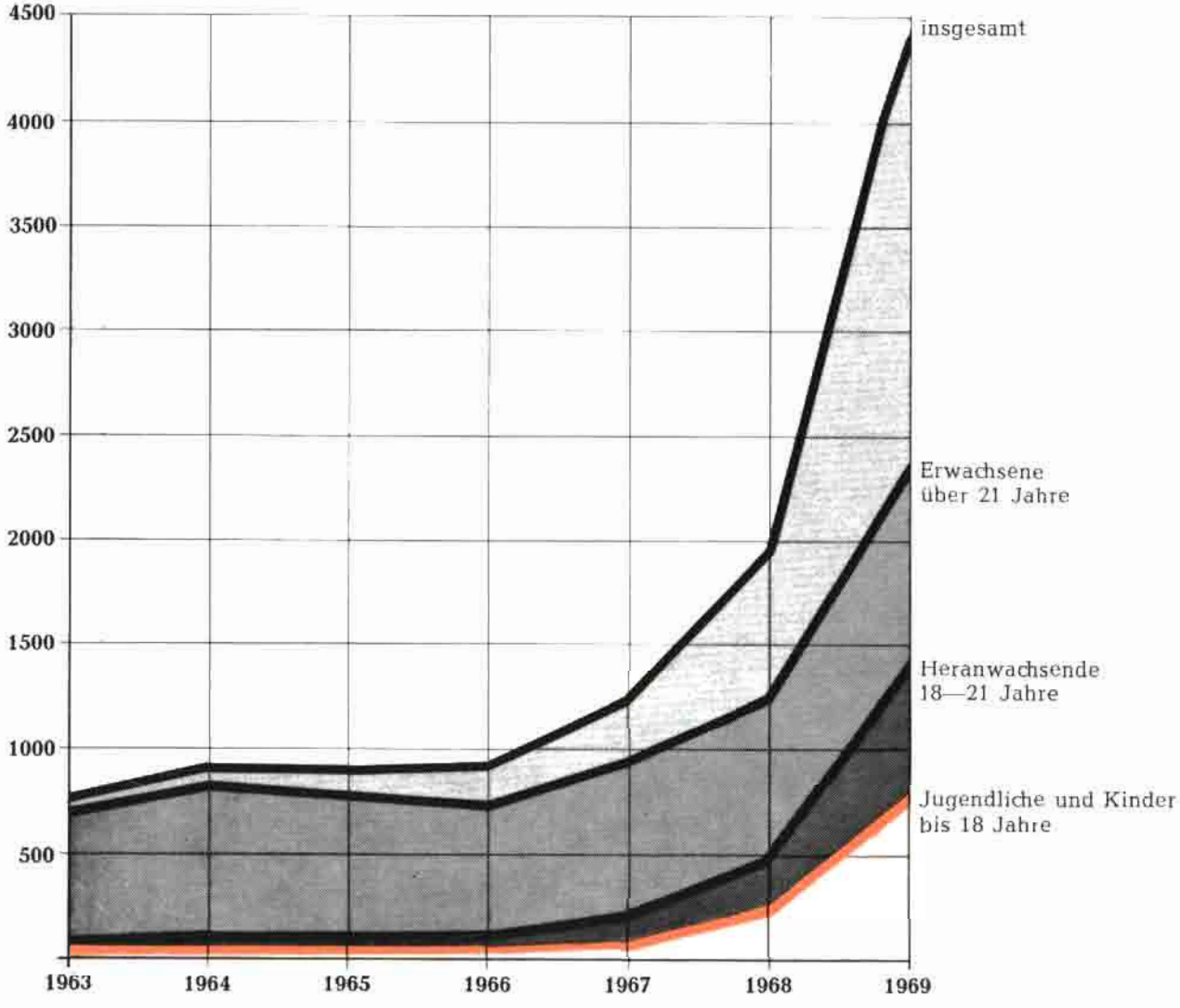
Wegen Mißbrauchs von Psychoanaleptika (hier: Amphetamin und Methamphetamin) wurden als süchtig gemeldet:

Länder	Anzahl der Personen 1969	zum Vergleich: 1968
Baden-Württemberg	13	10
Bayern	10	9
Hessen	34	31
Niedersachsen	2	3
Hamburg	15	13
Nordrhein-Westfalen	149	139
Schleswig-Holstein	2	1
Zusammen	225	211

Insgesamt ergibt sich aus den bisher vorliegenden Unterlagen für das Jahr 1969 eine erhebliche Steigerung des Halluzinogenmißbrauchs, wohingegen die Zahl der berichteten Fälle von Amphetaminmißbrauch geringer angestiegen ist.

272. Auch wenn die wissenschaftlichen Meinungen über die physische Schädlichkeit bestimmter Rauschmittel, insbesondere des Haschisch und des Marihuana, kontrovers sind, so lassen die bereits vorliegenden Forschungsarbeiten aus dem Bereich der Sozialpsychiatrie, Psychologie, Pädagogik und die

Rauschgiftdelikte, polizeilich festgestellte Täter



Erfahrungen der fürsorgerischen und ärztlichen Stellen, die mit den Suchtkranken zu tun haben, doch deutlich erkennen, daß der nicht nur vorübergehende oder geringfügige Genuß von Haschisch/Marihuana zu Beeinträchtigungen der Persönlichkeitsentwicklung und zur sozialen Schädigung — besonders bei labilen Personen — führt. In vielen Fällen tritt ein schulischer oder beruflicher Leistungsabfall ein, der bis zum Abbruch der Ausbildung oder Berufstätigkeit führen kann. Die bisherigen Erfahrungen deuten außerdem darauf hin, daß der mit Haschisch/Marihuana begonnene Eintritt in die Welt der Drogen in einer nicht unerheblichen Zahl von Fällen den Weg zum Kontakt mit härteren Drogen und zum Übergang auf diese eröffnet. In einer ebenfalls nicht geringen Zahl von Fällen gehen die Drogenbenutzer außerdem zur intravenösen Anwendung über, die erhöhte Risiken sowohl durch die Wirkungen der Droge als auch durch mangelnde Hygiene bei Injektionen mit sich bringt.

273. Die Bundesregierung sieht es daher als ihre unabweisbare Pflicht an, hier sowohl gezielte eigene Maßnahmen im Rahmen ihrer Zuständigkeit zu ergreifen als auch durch Empfehlungen an die Landesbehörden, kommunalen Stellen und Organisationen der freien Wohlfahrtspflege und Jugendhilfe die Durchführung und Erweiterung von vorbeugenden Maßnahmen sowie therapeutischen und pädagogischen Hilfen zu intensivieren und zu aktivieren.
Es geht darum,

- die Ursachen des zunehmenden Rauschmittelkonsums Jugendlicher zu erforschen,
- Jugendliche, Eltern, Erzieher und alle anderen Betroffenen und Beteiligten über die großen Gefahren von Rauschmitteln aufzuklären,

— Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Gefährdete und Süchtige mit qualifizierten haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitern in ausreichender Zahl zu schaffen,

— die skrupellosen, Unerfahrenheit und persönliche Konflikte gerade bei Jugendlichen gewissenlos ausbeutenden, Händler mit allen zu Gebote stehenden Mitteln moderner Kriminalistik zu bekämpfen.

Die verfassungsrechtliche Zuständigkeit und das Problem selbst bringen es mit sich, daß die umfangreichen Aufgaben nicht vom Bund allein zu bewältigen sind. Bisher schon haben Länder, Gemeinden, Wohlfahrts- und Jugendverbände und spontane Zusammenschlüsse sachkundiger und interessierter Bürger viele nachahmenswerte Beispiele gegeben. Die Bundesregierung bittet die Länder und Gemeinden und alle Verbände, vor allem diejenigen, in denen junge Menschen organisiert und repräsentiert sind, nachdrücklich um ihre Mitarbeit und Unterstützung. Nur durch enge örtliche und überörtliche Zusammenarbeit wird das mit dem Aktionsprogramm gesteckte Ziel erreicht.

Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit wird zu Beginn des Jahres 1971 die obersten Landesjugendbehörden, die kommunalen Spitzenverbände, die Jugendverbände und die Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege zu gemeinsamen Gesprächen über die Verwirklichung des Aktionsprogramms einladen und die Öffentlichkeit über die Gesprächsergebnisse regelmäßig unterrichten.

Für die anlaufenden Maßnahmen hat die Bundesregierung zunächst 1,5 Millionen DM vorgesehen. Dabei ist sie sich darüber im klaren, daß durch dieses Aktionsprogramm noch weitere Belastungen auf sie zukommen.

Gesetzgebung

274. Die Bundesregierung legt gleichzeitig mit diesem Programm den Entwurf eines Änderungsgesetzes zum Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) vor. Mit diesem Gesetz soll der Suchtwelle wirksamer als bisher begegnet werden.

Insbesondere sind folgende Änderungen vorgesehen:

○ Die Koordinierung der Maßnahmen der an der Bekämpfung des unerlaubten Verkehrs mit Betäubungsmitteln beteiligten Exekutivbehörden (Bundeskriminalamt, Zoll, Bundesgesundheitsamt und zuständige Landesbehörden) wird verbessert.

○ Das Bundesgesundheitsamt (Bundesopiumstelle) wird ausgebaut, um es besser als bisher in den Stand zu versetzen, die ihm obliegenden Maßnahmen bei der Bekämpfung des unerlaubten Verkehrs mit Betäubungsmitteln auch tatsächlich durchführen zu können.

○ Die Strafrechtsvorschriften des Opiumgesetzes werden neu gestaltet.

Dabei wird vor allem die jetzt fehlende Differenzierung nach der Gefährlichkeit und der kriminalpolitischen Bedeutung der Zuwiderhandlungen vorgenommen. Für besonders schwere Fälle, zu denen zum Beispiel die gewerbs- oder bandenmäßige Begehung bestimmter Zuwiderhandlungen zählt, wird eine erhöhte Mindest-Freiheitsstrafe und im Höchstmaß eine Freiheitsstrafe bis zu zehn Jahren vorgesehen. Außerdem werden bisher straflose Verhaltensweisen, zum Beispiel der Besitz von Betäubungsmitteln, soweit er unerlaubt ist, mit Strafe bedroht.

Bei dieser Änderung des Opiumgesetzes wird auch weiterhin von einer einheitlichen gesetzlichen Behandlung aller dem Opiumgesetz unterliegenden Stoffe ausgegangen. Nach den gegenwärtigen Erkenntnissen über die Wirkungen von Haschisch und Marihuana (Cannabis-Produkte) besteht keine Veranlassung, diese Stoffe aus dem Kontrollsystem des Opiumgesetzes zu entlassen oder die Regelung des Gesetzes für sie zu lockern. Cannabis ist nach Ansicht des Sachverständigenausschusses der Weltgesundheitsorganisation ein Suchtstoff, der psychische Abhängigkeit erzeugt und dessen Kontrolle fortgesetzt werden muß. Cannabis untersteht weltweiter Kontrolle.

275. Die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung wird in zwei Stufen geändert:

○ In einer Änderungsverordnung, deren Verkündung bis Dezember 1970 vorgesehen ist, wird Heroin in die Liste der Stoffe aufgenommen, die nicht mehr verschrieben werden dürfen. Damit wird ein weiterer Schritt getan, um die Anwendung von Heroin zu unterbinden.

○ In einer weiteren Änderungsverordnung soll vorgeschrieben werden, daß künftig im ganzen Bundesgebiet Betäubungsmittel nur noch auf Sonderrezeptformularen verschrieben werden dürfen. Hiervon kann, wie das Beispiel des Saarlandes zeigt, wo eine entsprechende Vorschrift bereits in Kraft ist, eine bessere Überwachung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln im Bereich der Ärzte und Apotheken erwartet werden.

276. Durch die Änderung der Apothekenbetriebsordnung sind die Sicherungsvorschriften für die Lagerung von Betäubungsmittelvorräten in Apotheken verstärkt worden. Hierdurch soll Betäubungsmittel-Diebstählen in Apotheken, die in letzter Zeit erheblich zugenommen haben, vorgebeugt werden.

277. Durch eine neue Gleichstellungsverordnung wird eine Reihe weiterer Stoffe, darunter Rohmorphium und einige psychotrope Stoffe dem Kontrollsystem des Opiumgesetzes unterstellt.

Diese Verordnung soll bis Dezember 1970 verkündet werden.

278. Die Bundesregierung wird gemeinsam mit den Ländern prüfen, ob außerhalb des Betäubungsmittel-

rechts weitere gesetzgeberische Maßnahmen angebracht und möglich sind, um vorbeugende und therapeutische Hilfen durchführen zu können.

Bekämpfung des Drogenhandels durch Polizei, Bundesgrenzschutz, Zoll und Justiz

279. Die Verbrechensbekämpfung ist nach Artikel 30, 83 GG Aufgabe der Länder. Die Bundesregierung wird jedoch die Bekämpfung von Rauschmittelhändlern und -verteilern durch folgende Maßnahmen unterstützen:

(1) Der Bundesminister des Innern wird bei den Ländern auf eine Verstärkung der personellen und sächlichen Mittel der Kriminalpolizei und auf eine Verbesserung der Bekämpfungsmethoden hinwirken. Diesem Ziel dienen unter anderem Arbeitstagungen mit Landesbeamten unter Beteiligung von Interpol und Kriminalbeamten der Nachbarstaaten.

(2) In schwerwiegenden Fällen, insbesondere in Fällen mit internationalem Charakter, wird das Bundesministerium des Innern das Bundeskriminalamt mit der Verfolgung beauftragen. In geeigneten Fällen, die über den Bereich eines Landes hinausgehen, wird das Bundeskriminalamt die zentrale Bearbeitung einem Lande zuweisen.

(3) Die Zollbeamten werden für die Bekämpfung des Rauschmittelschmuggels besonders geschult; für die Polizei ist eine gleiche Schulung vorgesehen. Die Zollverwaltung führt ein Verfahren zum sofortigen Erkennen von indischem Hanf und Harz aus indischem Hanf (Haschisch) ein. Zum Auffinden versteckter Rauschmittel werden Suchhunde ausgebildet und eingesetzt.

(4) Der Bundesminister des Innern ist bestrebt, die Zusammenarbeit zwischen dem Grenzschutzeinzeldienst und dem Zollgrenzdienst auf dem Gebiet der Bekämpfung der Rauschmittelkriminalität weiter zu intensivieren.

(5) Ein koordiniertes Überwachungs- und Meldesystem zwischen Bundeskriminalamt, Kriminalpolizei in den Ländern, Bundesgrenzschutz und Zoll wird vorbereitet. Dabei wird auch die Möglichkeit einer zentralen Registrierung und Datenerfassung im nationalen und internationalen Bereich geprüft.

(6) Der Erfahrungsaustausch mit den Staaten, in denen der Mißbrauch von Drogen und Rauschmitteln besonders verbreitet ist, wird intensiviert. Das Bundeskriminalamt wertet die Erfahrungen führender ausländischer Einrichtungen durch unmittelbare Information an Ort und Stelle aus und stellt sie den interessierten Stellen zur Verfügung.

(7) Bei der Anwendung des Ausländergesetzes wird der Bundesminister des Innern bemüht sein, sicherzustellen, daß Ausländer, die als Rauschmittelhändler in Erscheinung treten, aus der Bundesrepublik Deutschland möglichst erst nach Verbüßung der Strafe abgeschoben werden.

Aufklärung der Bevölkerung

280. Die Darstellung des Drogenkomplexes in manchen Publikationen zeigt eine Tendenz zur Verharmlosung der mit dem Drogenkonsum verbundenen Risiken, vereinzelt sogar zur Propagierung von Rauschmitteln. In der Öffentlichkeit herrscht Unsicherheit bei der Beurteilung der Drogengefahr. Jugendliche, die selbst Rauschmittel genommen haben, sind in Einzelheiten sehr genau, aber insgesamt gesehen einseitig und unvollkommen orientiert. Eltern und Erzieher sind aus eigenem Wissen nicht unterrichtet. Es gibt zwar schon eine große Zahl von wissenschaftlichen und allgemein orientierenden Untersuchungen, Berichten und Broschüren zu diesem Thema; diese haben aber bisher weitgehend nur Fachkreise oder einen kleinen Teil der Bevölkerung erreicht. Daher wird die Bundesregierung durch den Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit eine Serie von aufeinander abgestimmten Aufklärungsmaßnahmen zur objektiven Unterrichtung der gesamten Bevölkerung durchführen. Das Programm umfaßt im Rahmen einer organisierten Aufklärungskampagne, die überwiegend die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln durchführen soll,

(1) Die Herausgabe und Verbreitung einer Aufklärungsbroschüre, die von einer Expertenkommission beim Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit erarbeitet wurde und die Anfang 1971 in breitester Streuung über die zentralen Stellen im behördlichen und freien Bereich verteilt werden wird;

(2) damit parallellaufend ist eine Plakataktion vorgesehen, die in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Plakat-Museum in Essen nach psychologischen Gesichtspunkten erstellt werden soll. Hierdurch wird die Öffentlichkeit unmittelbar auf die genannte Aufklärungsbroschüre aufmerksam gemacht werden, die jeder Interessent selbst anfordern kann;

(3) die Herausgabe eines Faltblattes mit Kurzinformationen, das von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung erstellt wird;

(4) sonstige gezielte Aufklärungsaktionen über Presse, Rundfunk, Fernsehen und Filmtheater (Beiträge, Annoncen in Tages- und Schülerzeitungen, Jugendzeitschriften, Fernseh- und Rundfunkspots, Filmspots und Wochenschaubeiträgen u. a.) nach Maßgabe der zu erwartenden Effektivität;

(5) Herstellung eines Films zum Thema „Drogen und Rauschmittel" zum Einsatz über die Landesfilmdienste und Landesbildstellen;

(6) Übersetzung, Druck und Streuung ausländischer Publikationen, die sich für den Einsatz zur Unterstützung der Aufklärungskampagne in der Bundesrepublik Deutschland eignen;

(7) Unterstützung der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren und anderer Hilfsorganisationen bei der Herausgabe und Aktualisierung von Referentenlisten für den Einsatz von Rednern bei örtlichen Veranstaltungen, Podiumsdiskussionen und Kongressen;

(8) Ausbildung von Schlüsselpersonen durch die Förderung von Modellseminaren zur Fortbildung von Lehrern, Erziehern, Jugendleitern, Sozialarbeitern, Sprechern der Schülerverwaltung und anderer Personen, die ihr Wissen als Multiplikatoren weitergeben können. Die Durchführung erster Modellseminare ist der Bundesarbeitsstelle Aktion Jugendschutz in Münster/Westf. übertragen worden. Das erste Seminar findet im November 1970 statt. Die Seminararbeit soll nach den Plänen der Bundesregierung mit Hilfe der Länder erweitert werden. Ihr Ziel ist die Heranbildung einer wachsenden Zahl von Fachleuten in der Lehrerschaft, der außerschulischen Bildungsarbeit, der Heimerziehung und in den Elternverbänden.

Modelle und Empfehlungen für vorbeugende und therapeutische Hilfen

281. In Verbindung mit der Ausbildung von Schlüsselpersonen wird dem Einsatz von Vertrauenslehrern für Drogenprobleme in den Schulen besondere Bedeutung beigemessen. Sie sollen sowohl die Fähigkeit haben, Schüler und Eltern in persönlichen und schulischen Nöten, die mit dem Drogenkonsum zusammenhängen, zu beraten — insoweit muß der Vertrauensschutz gegenüber Schulleitung und Mitschülern in vollem Umfang gewährleistet sein — als auch der Schülermitverwaltung, der Elternpflegschaft und Schulleitung als Informanten und Berater zur Seite stehen. Die Zusammenarbeit mit dem schulpsychologischen Dienst soll sichergestellt werden. Die Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder und die für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder werden gebeten, die nötigen Maßnahmen zu treffen.

282. Benötigt werden in größerer Zahl als bisher — besonders dringend in Großstädten — örtliche Beratungs-, Betreuungs- und ambulante Behandlungsstellen, in denen geeignete Fachleute (zum Beispiel Arzt, Psychotherapeut, Psychologe und Sozialarbeiter) zur Verfügung stehen. Die Mitarbeiter solcher Einrichtungen müssen im Team zusammenarbeiten. Die Expertenkommission beim Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit arbeitet an Modellvorschlägen für kombinierte Einrichtungen dieser Art. Diese Empfehlungen werden Anfang 1971 den Ländern (obersten Landesgesundheitsbehörden, Landesjugend- und Landessozialbehörden sowie Innen- und Justizministern bzw. -senatoren), den kommunalen Spitzenverbänden und sonstigen interessierten Stellen zugeleitet.

283. Die Heilungsaussichten für Drogensüchtige sind gegenwärtig, zum Teil wegen des Fehlens geeigneter Einrichtungen, gering. Die Zusammenlegung von Drogensüchtigen mit Alkoholsüchtigen oder mit Geisteskranken in den psychiatrischen Kliniken ist vom therapeutischen Standpunkt her abzulehnen. Der Mangel an eigenen Einrichtungen und Sonderabteilungen in Kliniken für diese Gruppe ist besorgniserregend. Die Schaffung derartiger Einrichtungen wird vordringlich entsprechende Initiativen der hierfür zuständigen Träger auslösen müssen. Die Träger stationärer Einrichtungen für psychisch Kranke (Landesgesundheitsbehörden, Sozialversicherungsträger, Universitätskliniken) einschließlich der privaten Träger werden auf die Notwendigkeit, in den psychiatrischen Kliniken solche Sondereinrichtungen zu schaffen, besonders hingewiesen.

Forschung und Dokumentation

284. Die Bundesregierung hält es für erforderlich, eine Gesamtübersicht über die vorhandene Literatur zum Drogenproblem in den verschiedenen Wissenschaftsbereichen zu erstellen und wird für die Bewältigung dieser Aufgabe eine zentrale Dokumentationsstelle einschalten. Vorgesehen hierfür ist das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information in Köln, das mit den anderen Dokumentationsstellen von zentraler Bedeutung, zum Beispiel dem Institut für Dokumentation und Information über Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen in Bielefeld und dem Deutschen Jugendinstitut in München, zusammenarbeiten soll.

285. Es bedarf einer sinnvollen Zuordnung und Schwerpunktbildung der Forschungsarbeiten in den medizinisch-pharmakologischen und sozialpädagogisch-therapeutischen Bereichen. Dabei ist der Vorbeugung und der Beratung der Vorrang einzuräumen. Die bisher mit Bundesmitteln finanzierten Forschungsvorhaben über Möglichkeiten der Vorbeugung, der Behandlung und der Wiedereingliederung Drogengefährdeter und Drogenabhängiger werden intensiviert.

Im Bereich der Wirkungsforschung sind schwerpunktmäßig das Ausmaß der sozialpsychischen Gefährlichkeit von Haschisch/Marihuana und die damit verbundenen Risikofaktoren zu untersuchen. Die ausländischen Forschungsergebnisse sind für die deutsche Wissenschaft und die zu treffenden Maßnahmen nutzbar zu machen. Sie können jedoch wegen der unterschiedlich gelagerten Voraussetzungen nicht ohne weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragen werden.

Im sozialpädagogischen Bereich müssen die geschaffenen Hilfseinrichtungen mit den Methoden der empirischen Sozialwissenschaft auf ihre Wirksamkeit getestet werden. Das gleiche gilt für die vorgesehenen Aufklärungsaktionen.

286. Die Motivationsforschung ist auf der Basis der bereits bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angelaufenen empirischen Feld-

untersuchung an 300 Personen über die Gründe für den Drogenkonsum in erweitertem Umfang fortzuführen. Von ihr wird erwartet, daß sie einen besseren Einblick in das Gewicht der verschiedenen Motive für die Hinwendung zum Drogenkonsum und in die Bedeutung der Persönlichkeitsstruktur, der personellen Bindungen und des familiären Hintergrundes geben wird. Sie wird in Verbindung mit Kommunikationsforschungen eine Grundlage für spezifische Aufklärungs- und Werbekampagnen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bilden, wobei moderne Methoden der Mediaplanung zur Anwendung kommen.

Internationale Zusammenarbeit

287. Die Bundesregierung mißt der internationalen Kooperation und Koordinierung der Maßnahmen zur Eindämmung der Drogenwelle große Bedeutung bei, weil ein Erfolg nur durch das Zusammenwirken von Erzeuger-, Durchgangs- und Absatzländern zu erwarten ist.

Wichtige Daten in diesem Bereich sind folgende:

(1) Im polizeilichen Bereich werden über die Zusammenarbeit der nationalen Kriminalpolizeien im Rahmen von Interpol hinaus Beamte des Bundeskriminalamtes an die Schwerpunkte des illegalen Rauschmittelandels entsandt werden, um dort in Verbindung mit der örtlichen Polizei Hinweise auf Straftäter zu erhalten. Ebenso werden zu Einrichtungen im Ausland entsandte Kriminalbeamte sich dort informieren, um neue Erkenntnisse über die dortigen Methoden und Erfolge bei der Bekämpfung der Rauschmittelkriminalität zu gewinnen.

(2) Die Bundesregierung hat das Einheits-Übereinkommen der Vereinigten Nationen über Suchtstoffe vom Jahre 1961 unterzeichnet. In diesem Übereinkommen sind alle früheren internationalen Betäubungsmittelvorschriften zusammengefaßt worden. Die Ratifizierung dieses Übereinkommens wird zur Zeit von der Bundesregierung beschleunigt vorbereitet.

(3) Das internationale Protokoll über psychotrope Stoffe, das unter Mitwirkung der Bundesregierung zur Zeit von der Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen vorbereitet wird, soll zu Beginn des Jahres 1971 einer Bevollmächtigtenkonferenz der Vereinten Nationen zur Beschlußfassung und anschließend vom Generalsekretär der Vereinten Nationen den Mitgliedstaaten und den Teilnehmerstaaten der internationalen Betäubungsmittelkonvention zur Zeichnung vorgelegt werden.

(4) Die Bundesrepublik ist als Mitglied der Suchtstoffkommission des Wirtschafts- und Sozialrats der Vereinten Nationen in diesem Gremium ständig vertreten. Sie arbeitet ferner in den entsprechenden Ausschüssen des Europarats bei der Behandlung von Suchtstoff-Fragen mit.

(5) Neben diesen multilateralen Bemühungen versucht die Bundesregierung auch bilateral, mit den Erzeugerländern zu Regelungen zu gelangen, die auf eine Kontrolle des Anbaus und der Ausfuhr von Suchtstoffen gerichtet sind.

288. Die Suchtstoff-Kommission des Wirtschafts- und Sozialrates der Vereinten Nationen ist im September 1970 zu einer zweiten Sondersitzung zusammengetreten, um Empfehlungen für kurzfristige und langfristige Maßnahmen im Rahmen einer zusammengefaßten internationalen Aktion gegen den Suchtstoffmißbrauch auszuarbeiten. Die Kommission stellte fest, daß eine Ausweitung des Phänomens „Suchtstoffmißbrauch" in der ganzen Welt den Charakter einer Epidemie angenommen hat. Insbesondere hat der Mißbrauch von Cannabiszubereitungen in Form von Haschisch oder Marihuana erheblich zugenommen. Der Mißbrauch von Heroin ist nach wie vor in einigen Ländern erschreckend hoch geblieben.

Die Kommission stellte weiterhin fest, daß die unbekümmerte Zuflucht zum Suchtstoffmißbrauch unter Jugendlichen in verschiedenen Ländern in Zusammenhang steht mit der Unkenntnis des Risikos, das eingegangen wird, mit einem gesellschaftlichen Protest, mit der Desillusionierung der Jugend und mit der ansteigenden nachgiebigen Einstellung der Gesellschaft gegen den Suchtstoffmißbrauch. Die Mißbrauchsgewohnheiten sind nicht mehr auf die wirtschaftlich gedrückten Klassen oder auf Personen mit Gemütsstörungen beschränkt.

Nach einer Entschließung der Kommission sollen folgende Maßnahmen ergriffen werden:

(1) Verbesserung des administrativen und technischen Instrumentariums der bestehenden Einrichtungen, die sich mit der Bekämpfung des illegalen Rauschgifthandels befassen,

(2) Entwicklung von Maßnahmen zur Vorbeugung des Suchtstoffmißbrauchs durch erzieherische Programme und Sonderkampagnen, einschließlich der Benutzung der Massenmedien,

(3) Bereitstellung von Einrichtungen und der Entwicklung von Methoden zur Behandlung, Rehabilitation und sozialen Wiedereingliederung der Drogenabhängigen,

(4) Verhinderung der illegalen und unkontrollierten Produktion, Verarbeitung und Herstellung von Rohstoffen durch Umstellung auf andere Anbauarten oder durch andere angemessene Methoden.

Zur Durchführung dieser Maßnahmen empfiehlt die Kommission dem Wirtschafts- und Sozialrat, den Generalsekretär aufzufordern, als Sofortmaßnahme und als Dringlichkeitsfall einen UN-Fonds für Suchtstoffkontrolle zu schaffen, der mit Hilfe freiwilliger Beitragsleistungen aus staatlichen und nichtstaatlichen Quellen eröffnet werden soll mit dem Ziel, Mittel für die oben aufgeführten Aktivitäten bereitzustellen, Verfahrensweisen für die Verwaltung und den Betrieb des Fonds festzusetzen und der 24. Sitzung der Kommission einen Bericht über die Fortschritte vorzulegen.

Alkohol

289. Eine wachsende gesundheitliche Gefahr ist die Zunahme des Alkoholmißbrauchs. Die Weltgesundheitsorganisation hat die Alkoholiker definiert als „exzessive Trinker, deren Abhängigkeit vom Alkohol einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutlich Störungen und Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen".

Die Zahl der schwer Alkoholgefährdeten und Alkoholsüchtigen in der Bundesrepublik wird mit mindestens 600 000 angegeben. In zunehmendem Maße neigen nunmehr auch Frauen und Jugendliche zu erheblichem Alkoholsonsum. So wird die Zahl der alkoholkranken Frauen auf etwa 100 000 geschätzt. Somit leidet mindestens 1 Prozent der Bevölkerung mit Sicherheit unmittelbar an Alkoholismus.

290. Ein vom Bund gefördertes Forschungsvorhaben „Sozio-Psychiatrie des Alkoholismus", das in Bremen durchgeführt wurde, brachte aufschlußreiche Ergebnisse:

— Nicht weniger als ein Drittel der Bevölkerung konsumiert fast täglich, zumindest aber zweimal in der Woche, alkoholische Getränke.

— 50 bis 60 Prozent der Bevölkerung lehnen eine Abstinenz mit Bestimmtheit ab.

— 25 bis 35 Prozent konsumieren alkoholische Getränke ausschließlich aus gesellschaftlicher und geselliger Motivation, wären jedoch bereit, darauf zu verzichten.

— Nur etwa 4 Prozent der Bevölkerung kann als abstinent bezeichnet werden.

— Für die Einstellung zum Alkoholkonsum hat sich in erster Linie das Beispiel der Eltern, also ihr konkretes Trinkverhalten, als maßgeblich erwiesen. Erst dann folgen der Bedeutung nach Einflüsse im außerfamiliären Bereich, die allerdings sehr vielschichtig und wechselhaft sein können. Hier spielen Trinksitten in Geselligkeit und Brauchtum, Alter und Geschlecht, Beruf und soziale Schicht sowie Motivationen in der individuellen Sphäre eine Rolle. Auffällig ist heute ein Prozeß des Angleichens der Frauen an die Trinkgewohnheiten der Männer. An erster Stelle steht der Alkoholkonsum im familiären Bereich; das Trinken in Gasthäusern und bei Veranstaltungen außerhalb der Familie ist keineswegs die Regel.

— Nicht jeder, der alkoholische Getränke zu sich nimmt, gerät in Gefahr, Alkoholiker zu werden. Von der Kondition her scheint überhaupt nur jeder fünfte dafür disponiert zu sein.

291. In der Öffentlichkeit herrschen immer noch klischeehafte Vorstellungen über den Alkoholiker und den Abstinenten. Bei den Gefahren des Alkoholismus denkt man zuerst meist an die materiellen und sozialen Auswirkungen für die Familie. Alkoholismus ist aber eine Krankheit, bei der Frühinvalidität, Selbstmordhäufigkeit, Kriminalität und Erhöhung der Unfallgefahren, insbesondere im Straßenverkehr, ernste Probleme aufwerfen. Wenig bekannt ist, daß Alkoholismus eine lebenslange Krankheit sein kann und daß für den (scheinbar) geheilten Alkoholiker Abstinenz die einzig wirksame Therapieform darstellt, mit der Rückfälle verhindert werden können. Dies ist eine psychologische Erschwernis für den abstinent lebenden Alkoholiker, der auf das Verständnis der Öffentlichkeit zwingend angewiesen ist.

292. Alkoholsüchtige können nur durch eine monatelange Behandlung geheilt werden. Am erfolgreichsten ist die gruppentherapeutische Behandlung in einer Heilstätte, wobei in der Regel mit einer Behandlungsdauer von 6 bis 9 Monaten gerechnet werden muß.

Es setzt sich die Erkenntnis durch, daß die Heilstätten für Suchtkranke immer mehr in moderne Fachkrankenhäuser umgewandelt werden müssen. Mit Mitteln des Bundes wurden drei moderne Modellheilstätten (für Männer, für Frauen und für Jugendliche) gefördert, die nicht nur in der Bundesrepublik, sondern auch in Europa als vorbildlich gelten. Im Verband Deutscher Heilstätten sind insgesamt 26 stationäre Einrichtungen — 20 offene Heilstätten und 6 geschlossene Heilanstalten — zusammengefaßt, die über 2100 Betten verfügen. Dazu kommen die Behandlungsmöglichkeiten für Alkoholkranke in den Landeskrankenhäusern mit rund 1800 Betten, wobei auf diesen Entwöhnungsabteilungen auch Drogenabhängige behandelt und betreut werden. Gegen die Zusammenlegung von Alkohol- und Rauschgiftsüchtigen bestehen ernsthafte Bedenken.

293. Der Bund fördert außerdem die Arbeit der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, die in Zusammenarbeit mit ihr nahestehenden Organisationen und Einrichtungen koordinierende Aufgaben hat und für das Gebiet der praktischen Suchtkrankenhilfe tätig ist. Nach den Erfahrungen der Deutschen Hauptstelle gilt als erwiesen, daß bei intensiver und fachlich durchgeführter ambulanter Nachbetreuung rund 60 Prozent der stationär behandelten Alkoholiker abstinent und damit sozial und medizinisch gesichert bleiben. Ohne diese intensive Nachbetreuung bleiben bestenfalls 20 Prozent der behandelten Patienten abstinent und sozial gefestigt. Entscheidend für den Erfolg ist ein möglichst frühzeitiger Beginn der Behandlung.

294. Die Bundesregierung ist der Auffassung, daß den Alkoholgefahren in Zukunft noch wirksamer als bisher begegnet werden muß. Vorbeugende Maßnahmen müssen auf breiter Basis erfolgen. Um ungünstige Einflüsse auszugleichen, kann ein Gegengewicht nur durch verstärkte Informationen über die Gefahren des Alkoholmißbrauchs und durch Erziehungsmaßnahmen in den Schulen gesetzt werden. Gezielte Maßnahmen sind vor allem auf solche Personen zu richten, die bereits im Gefährdungsbereich des Kontrollverlustes sind und sich nicht mehr selbst helfen können. Dazu ist es notwendig, die Aus-

kunfts- und Beratungsmöglichkeiten über die Alkoholgefahren wesentlich zu verbessern. Dem Alkoholgefahrdeten muß, befreit von moralischer Verurteilung die Erkenntnis vermittelt werden, daß der Alkoholismus eine Krankheit ist, mit deren Behandlung so früh und gründlich wie möglich begonnen werden muß.

Da es hierfür immer noch nicht genug stationäre Einrichtungen gibt, müssen weitere geschaffen werden. Besonders dringlich ist die Verbesserung der Möglichkeiten für die nachgehende Betreuung von Alkoholgefährdeten, damit die Erfolge einer Heilstättenbehandlung auch für die Dauer gesichert werden.

Rauchen

295. In den letzten Jahrzehnten haben wissenschaftliche Untersuchungen ergeben, daß das Rauchen mit erheblichen gesundheitlichen Gefahren verbunden ist.

Besonders eindringlich waren die Feststellungen in dem 1964 veröffentlichten Bericht des Ministeriums für Gesundheit, Erziehung und Wohlfahrt der Vereinigten Staaten von Amerika, dem sogenannten Terry-Report, der in den Jahren 1967 und 1969 noch ergänzt wurde. Im Jahre 1970 hat auch die Weltgesundheitsorganisation einen Bericht über die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens herausgegeben. Es wird erwogen, einen der nächsten Weltgesundheitstage unter dieses Motto zu stellen.

296. Die Auswirkungen des Rauchens auf die Gesundheit zeigen sich, obwohl sie von Anfang an ernst zu nehmen sind, meist erst nach längerer Zeit des Rauchens, wobei nach überwiegender Auffassung die Schädlichkeit des Zigarettenrauchens die des Zigarren- und Pfeifenrauchens erheblich übertrifft. Im wesentlichen handelt es sich um folgende Auswirkungen:

— Zigarettenraucher sterben im allgemeinen früher und leiden mehr unter Krankheiten als vergleichbare Nichtraucher; dabei nehmen die gesundheitlichen Gefahren mit steigendem Konsum zu.

— Ohne Zigarettenrauchen gäbe es weniger chronische Erkrankungen der Atemwege und Herz-Kreislaufstörungen.

— Die Gefahr des Todes an Lungenkrebs ist bei Zigarettenrauchern etwa zehnmal, bei starken Rauchern etwa fünfzehn- bis dreißigmal so hoch wie bei Nichtrauchern.

— Die Todesfälle wegen Herzkranzgefäßerkrankungen — eine der hauptsächlichen Todesursachen bei Rauchern ebenso wie bei Nichtrauchern — sind bei Zigarettenrauchern um 70 Prozent häufiger als bei Nichtrauchern.

— Frauen, die während der Schwangerschaft rauchen gefährden die Gesundheit des ungeborenen Kindes.

— Die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens sind größer für diejenigen, die schon im jugendlichen Alter mit dem Rauchen beginnen und die den Rauch inhalieren. Die im Gegensatz zu Zigarettenrauchern vielfach festgestellte geringere Gefährdung von Zigarren- und Pfeifenrauchern erklärt sich möglicherweise aus der Tatsache, daß Zigarren- und Pfeifenraucher meist mäßig rauchen und in der Regel den Rauch nicht inhalieren.

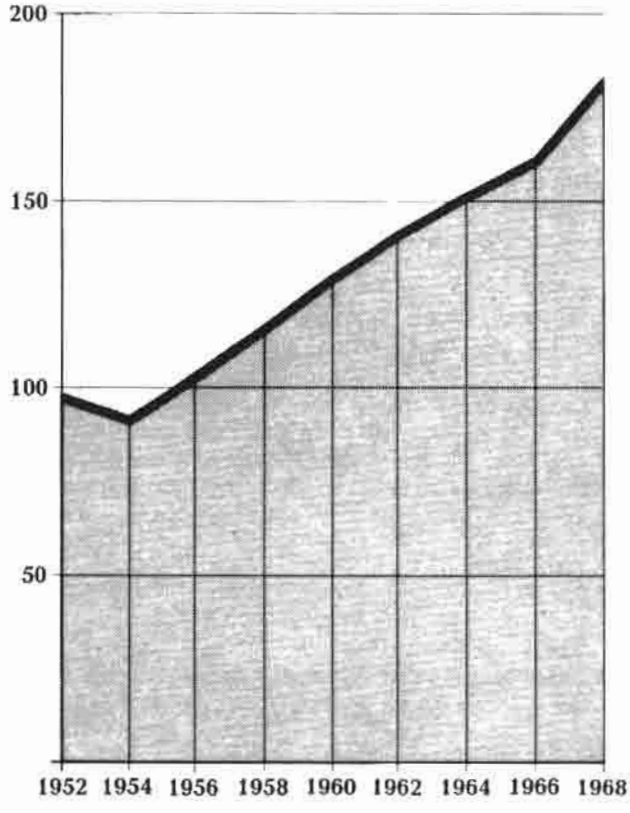
— Die gesundheitlichen Gefahren werden außerdem stärker, je mehr von der Zigarette aufgeraucht wird, durch eine größere Menge von Zügen aus jeder Zigarette, durch das Im-Mund-Behalten der Zigarette zwischen den einzelnen Zügen und durch das Wiederanzünden halbgerauchter Zigaretten.

Für eine etwaige Unschädlichkeit des Zigarettenrauchens haben sich keinerlei Beweise finden lassen. Es hat sich aber gezeigt, daß sich die Krankheitsanfälligkeit verringert, wenn das Rauchen eingestellt wird.

297. In der Bundesrepublik hat das Rauchen in den letzten Jahren — insbesondere bei Frauen — ständig zugenommen:

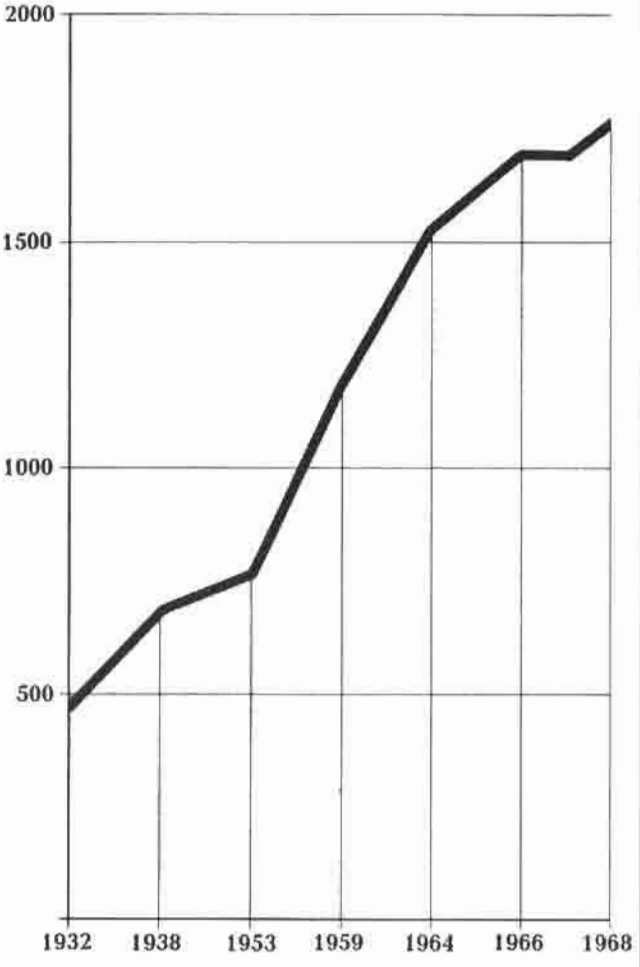
Ausgaben für Tabakwaren je Einwohner

in DM



Besonders stark ist die Zunahme des Zigarettenverbrauchs, wie die folgende Grafik über den Zigarettenverbrauch je Einwohner in den Jahren 1932 bis 1968 beweist:

Zigarettenverbrauch je Einwohner



298. Die Zunahme des Zigarettenkonsums und damit der gesundheitlichen Gefahren machen auch bei uns mehr und bessere Information über die tatsächliche Gesundheitsgefährdung, Werbung für das Einschränken des Rauchens und Einflußnahme auf die Werbung, insbesondere für Zigaretten, notwendig. Ge- und Verbote für den Raucher sind nutzlos und für erwachsene Menschen auch unangebracht. Daher ist es erfolgversprechender, angesichts der Vielschichtigkeit der Probleme gleichzeitig mehrere Wege zu beschreiten, um eine Einschränkung des Rauchens und eine Verringerung der gesundheitlichen Gefahren zu erreichen:

— Junge Menschen sollen in geeigneter Weise angesprochen, über die gesundheitlichen Schäden des Rauchens informiert und dafür gewonnen werden, nicht mit dem Rauchen zu beginnen. In diesem Zusammenhang wird auch eine Verminderung des Einflusses der Zigarettenwerbung für notwendig gehalten.

— Die Zahl der Raucher sollte sich vermindern. Hier ist vor allem eine Aufgabe der gesundheitlichen Aufklärung.

— Für diejenigen, die auf das Rauchen nicht verzichten wollen, ist die Entwicklung weniger gefährlicher Zigaretten und Rauchmethoden dringend erforderlich.

— Der Schutz des Nichtrauchers vor möglichen gesundheitlichen Gefahren und Belästigungen durch Raucher sollte mehr als bisher beachtet und verwirklicht werden.

299. Die Forschungen über das Problem des Rauchens sind in eine zweite Phase eingetreten. Während in der ersten Phase die medizinischen Arbeiten überwogen, wird jetzt an dem Problem Rauchen verstärkt von seiten der Verhaltens- und Sozialwissenschaften gearbeitet, um zu ermitteln, warum geraucht wird. Es hat sich herausgestellt, daß trotz umfassender Information der Öffentlichkeit über die erwiesenen Gefahren des Rauchens die überwiegende Mehrzahl der Raucher bei ihrer Gewohnheit bleibt und der Zigarettenkonsum weiterhin ansteigt. Für die gesundheitliche Aufklärung steht somit die Frage der Verhaltensbeeinflussung des Rauchers im Vordergrund.

300. In der Bundesrepublik hat die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wissenschaftliche Untersuchungen durchgeführt, um Klarheit über die komplexen sozio-kulturellen Bedingungen und sozialpsychologischen Hintergründe der Verhaltensgewohnheiten beim Rauchen zu erhalten und um darauf effektive Informations- und Aufklärungsmaßnahmen konzipieren zu können. Diese Studien zeigen, daß es am erfolgversprechendsten ist, mit der Aufklärung über die gesundheitlichen Gefahren des Rauchens bei den Jugendlichen zu beginnen, die entweder noch nicht rauchen oder diese Gewohnheit noch nicht fest übernommen haben. Den erwachsenen starken Raucher dafür zu gewinnen, das Rauchen einzuschränken oder gar aufzugeben ist ein gesondert zu erforschendes, besonders schwieriges Problem.

Durch gesetzliche Regelungen ist Jugendlichen unter 16 Jahren das Rauchen in der Öffentlichkeit untersagt. Auf dem Gebiet des Jugendarbeitsschutzes sehen ähnliche Bestimmungen für den innerbetrieblichen Bereich vor, daß Jugendlichen unter 16 Jahren keine Tabakwaren gegeben werden dürfen. Zwar ist die Wirksamkeit dieser Bestimmungen begrenzt; sie sind jedoch in erster Linie ein pädagogischer Appell an alle, die sich der Jugend verantwortlich fühlen.

Jugendliche sind mit Argumenten aus dem Gesundheitsbereich nicht nachhaltig genug zu beeinflussen. Furcht vor künftigen Krankheiten oder früherem Tod halten Jugendliche nicht vom Rauchen ab. Gesundheitliche Information kann sogar, wenn sie nicht psychologisch richtig dargeboten wird, zu einem Bumerang-Effekt führen; das heißt, das Rauchen wird eher verstärkt als gehemmt.

Auch Verbote, Belehrungen, Willensappelle durch Erwachsene, führen zu Abwehrhaltungen und Distanzierungen. Wirksam dagegen ist eine psychologisch adäquate Ansprache seitens der altersgleichen Bezugsgruppe.

301. Für die gesundheitliche Aufklärung ergibt sich die Aufgabe, dem durch Werbung verstärkten positiven Raucher-Image (Männlichkeit, Prestige, Unkonventionalität, Glück etc.) seine Attraktivität zu nehmen und fragwürdige Argumente der Werbung offenzulegen.

Ein erster Schritt dazu ist die seit 1969 laufende Kampagne „Der neue Trend — no smoking please". Es werden u. a. Medien entwickelt, die den bisher rund 200 gegründeten Nichtraucherklubs für spezielle Public-Relations-Aktionen zur Verfügung gestellt werden, um die Zielvorstellung, den Nichtraucher als positives Vorbild durchzusetzen, nach dem Schneeballsystem zu verbreiten. Für den Bereich der Schulen sind in möglichst enger Koordination mit dieser Kampagne und im Einvernehmen mit den Kultusministerien der Länder folgende Maßnahmen vorgesehen:

Eine Broschüre für Lehrer zum Thema „Rauchen und Gesundheit" als Unterrichtshilfe, verschiedene Plakate, differenziert nach Alters-Zielgruppen, sowie die Erprobung einer Lehreinheit mit Tonbildschau, programmierter Instruktion und Diskussionsleitfaden.

302. Eine wichtige Aufgabe ist die Einschränkung der Werbung für Tabakerzeugnisse, um den Einfluß dieser Werbung auf den Tabakkonsum, vor allem bei Jugendlichen, herabzusetzen. Bei der Gesamtreform des Lebensmittelrechts sind daher auch bestimmte Einschränkungen und Verbote hinsichtlich der Werbung für Tabakerzeugnisse vorgesehen. So soll vor allem künftig eine jugendbezogene Tabakwerbung verboten werden können. Auch soll der Bundesregierung die Möglichkeit gegeben werden, Art, Umfang oder Gestaltung der Werbung bei bestimmten Werbemitteln zu verbieten oder zu beschränken. Darüber hinaus sollen künftig auch Warnhinweise oder sonstige warnende Aufmachungen für bestimmte Tabakerzeugnisse vorgeschrieben werden können, soweit diese zum Schutze des Verbrauchers erforderlich sind.

Freiwillige Beschränkungen der Zigarettenindustrie und der Werbeträger dürften wirksamer sein als gesetzliche Verbote. Allerdings bedarf es der gesetzlich verankerten Möglichkeit eines staatlichen Eingriffes, um die Elastizität eines Systems freiwilliger Selbstkontrolle in der Tabakwerbung und damit seine Effektivität zu erreichen.

303. Eine wichtige Aufgabe ist es ferner, Tabakerzeugnisse (insbesondere Zigaretten) zu entwickeln, die für den Raucher immer weniger gesundheitsschädlich sind. In der Bundesrepublik sind auf diesem Gebiet bereits beachtliche Fortschritte zu verzeichnen, die beispielsweise dazu geführt haben, daß die Zigarettenfilter verbessert wurden und Zigaretten mit einem verhältnismäßig niedrigen Nikotin- und Teergehalt auf dem Markt sind.

304. Für die Nichtraucher ergeben sich möglicherweise gesundheitliche Beeinträchtigungen oder zumindest Belästigungen, wenn sie sich in geschlossenen Räumen zusammen mit Rauchern aufhalten müssen. Da sich diese Materie nur teilweise für direkte Maßnahmen eignet, wird es vor allem darauf ankommen, durch Aufklärungsmaßnahmen die Raucher zu rücksichtsvollerem Verhalten zu veranlassen und die Nichtraucher darin zu bestärken, mehr als bisher für ihre Belange einzutreten.

Giftwesen

305. Der Gebrauch von giftigen Stoffen im Haushalt (z. B. ätzende Reinigungsmittel), im Garten (Unkrautvertilgungsmittel), in der Landwirtschaft (giftige Schädlingsbekämpfungsmittel) und in der Industrie (gewerbliche Gifte) hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen. Die rechtliche Regelung des Verkehrs mit Giften richtet sich in der Bundesrepublik Deutschland — abgesehen von einigen reichsrechtlichen Verordnungen über die Schädlingsbekämpfung mit hochgiftigen Stoffen — nach Gesetzen und Verordnungen der Bundesländer. Diese Regelungen sind in erster Linie unter dem Gesichtspunkt akuter Gefahrenabwehr für den Menschen getroffen worden. Dem Bund steht allerdings im Rahmen der konkurrierenden Gesetzgebung das umfassende Gesetzgebungsrecht für das Gebiet des Verkehrs mit Giften zu. Die Bundesregierung beabsichtigt seit längerer Zeit, einen entsprechenden Gesetzentwurf vorzulegen. Da aber die grundlegenden Gesichtspunkte wegen ihrer allgemeinen Bedeutung im internationalen Rahmen der Europäischen Gemeinschaften und im Europarat abgestimmt werden müssen, wird die Bundesregierung den Entwurf eines Giftgesetzes erst vorlegen können, nachdem mit den Mitgliedstaaten weitgehende Übereinstimmung erzielt wurde.

306. Der Bundesgesundheitsrat hat für die bundesgesetzliche Regelung des Verkehrs mit Giften u. a. folgende Forderungen aufgestellt:

1. Die Zahl der in den Verkehr gelangenden Gifte soll möglichst gering gehalten werden.
2. Herstellung, Weiterverarbeitung, Groß- und Einzelhandel sowie Einfuhr sollen erlaubnispflichtig sein.
3. Sämtliche Giftfertigwaren sollen vor dem Inverkehrbringen beim Bundesgesundheitsamt angemeldet werden.
4. Das Bundesgesundheitsamt soll ermächtigt werden, Giftfertigwaren nur dann zuzulassen, wenn Erfordernisse des Gesundheitsschutzes dem nicht entgegenstehen.
5. Bestimmte Gifte sollen nur mit Ausnahmegenehmigung in den Verkehr gebracht werden.

307. Die Bundesregierung prüft unter Beteiligung eines Sachverständigenrates, dem Vertreter der Wissenschaft und Wirtschaft angehören, inwieweit diese Forderungen in einem Bundesgiftgesetz verwirklicht werden können. Vor allem bedarf die Frage, ob Gifte grundsätzlich vor dem Inverkehrbringen, d. h.

vor der Herstellung oder der Einfuhr mit dem Ziel des Inverkehrbringens, zugelassen werden sollen, und die damit verbundene Bedürfnisprüfung einer eingehenden Durchleuchtung. Das Ziel der bundesgesetzlichen Regelung muß ein Giftgesetz sein, das den Belangen des Gesundheits- und Umweltschutzes vollauf genügt und die Interessen der Wirtschaft gebuhrend berücksichtigt.

Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten

308. Im Rahmen der Hygiene bilden Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten unverändert einen wesentlichen Bestandteil des Gesundheitsschutzes durch den Staat. Auf keinem anderen medizinischen Gebiet sind in der Vergangenheit vergleichbare Fortschritte erzielt worden, ausgerottet ist jedoch keine der gefährlichen Seuchen. Nach einer relativen Seuchenruhe in den zwanziger und dreißiger Jahren haben uns die veränderten Verkehrsverhältnisse, vorab Luftverkehr und Massentourismus, wieder weit näher an die großen Seuchenherde der Welt herangebracht, so daß insbesondere Pocken und Cholera eine dauernde Bedrohung bilden. Urbanisation und Luftverkehr begünstigen zudem die Verbreitung früher weniger beachteter übertragbarer Krankheiten, wie z. B. Grippe und Hepatitis; die Verflechtung der Weltwirtschaft hat zu einer weiten Verbreitung der Salmonellen über Futter- und Nahrungsmittel geführt.

Somit wäre es ein verhängnisvoller Fehler, anzunehmen, daß die Probleme der Seuchenbekämpfung gelöst seien. Es gilt vielmehr, diesem Teil des Gesundheitsschutzes weiterhin eine nicht geringe Aufmerksamkeit zu widmen sowie die Mittel und Methoden, insbesondere der Verhütung übertragbarer Krankheiten, ständig dem Fortschritt von Wissenschaft und Technik anzupassen. Das gilt auch für die beiden wesentlichen Rechtsinstrumente, die diesem Zweck dienen, nämlich — auf internationaler Ebene die Internationalen Gesundheitsvorschriften, die im Jahre 1969 von der Weltgesundheitsversammlung neu gefaßt worden sind und in diesen Wochen in innerstaatliches Recht transportiert werden, — auf nationaler Ebene für das im Jahre 1961 verkündete Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen. Dieses Gesetz hat sich seitdem bewährt, jedoch bedarf es in einer ganzen Reihe von Einzelbestimmungen einer Anpassung an erweiterte wissenschaftliche Erkenntnisse und die veränderte Seuchenlage. Dabei werden auch die wertvollen Erfahrungen der Länder in der praktischen Seuchenbekämpfung dem Ziel weiterer Verbesserung und Anpassung des Bundes-Seuchengesetzes an die epidemiologische Situation dienen.

309. Je mehr es gelingt, einzelne übertragbare Krankheiten weiter und weiter zurückzudrängen, um so unentbehrlicher werden Überwachungs- und Impfprogramme. Die Überwachung hat durch die Analyse aller Elemente, die einer Epidemie vorausgehen, sie auslösen, begünstigen oder verhindern, ein Bild der epidemiologischen Verhältnisse zu liefern, das den öffentlichen Gesundheitsdienst in die Lage versetzt, das Herannahen einer Epidemie und ihren möglichen Umfang vorauszusehen, um Art und Umfang seiner Verhütungs- und Bekämpfungsmaßnahmen zu planen und die Mitwirkung der Bevölkerung zu gewinnen. Impfprogramme z. B. haben nur dann einen wesentlichen Einfluß auf übertragbare Krankheiten, wenn weit mehr als die Hälfte der empfänglichen Individuen immunisiert sind. Bei fast ausgerotteten Krankheiten wie z. B. der Poliomyelitis (übertragbare Kinderlähmung), wird dieser Prozentsatz noch höher sein müssen, da die Möglichkeit der stillen Feiung fehlt. Man wird also davon ausgehen müssen, daß Fortschritte in der Seuchenbekämpfung keinesfalls zu einer Minderung der Impfbeteiligung führen dürfen, will man nicht die Erfolge gefährden. Die Zusammenhänge der Bevölkerung klarzumachen, wird Aufgabe einer verstärkten gesundheitlichen Aufklärung sein müssen. Ohne breite Mitwirkung der Bevölkerung werden sich wesentliche Fortschritte auf dem Gebiet der Seuchenbekämpfung nicht mehr erzielen lassen. Andererseits wird die gesundheitliche Aufklärung so anzusetzen sein, daß überschießende Reaktionen der Bevölkerung, wie sie leider insbesondere bei Einschleppung hier nicht heimischer Krankheiten immer wieder vorkommen, vermieden werden.

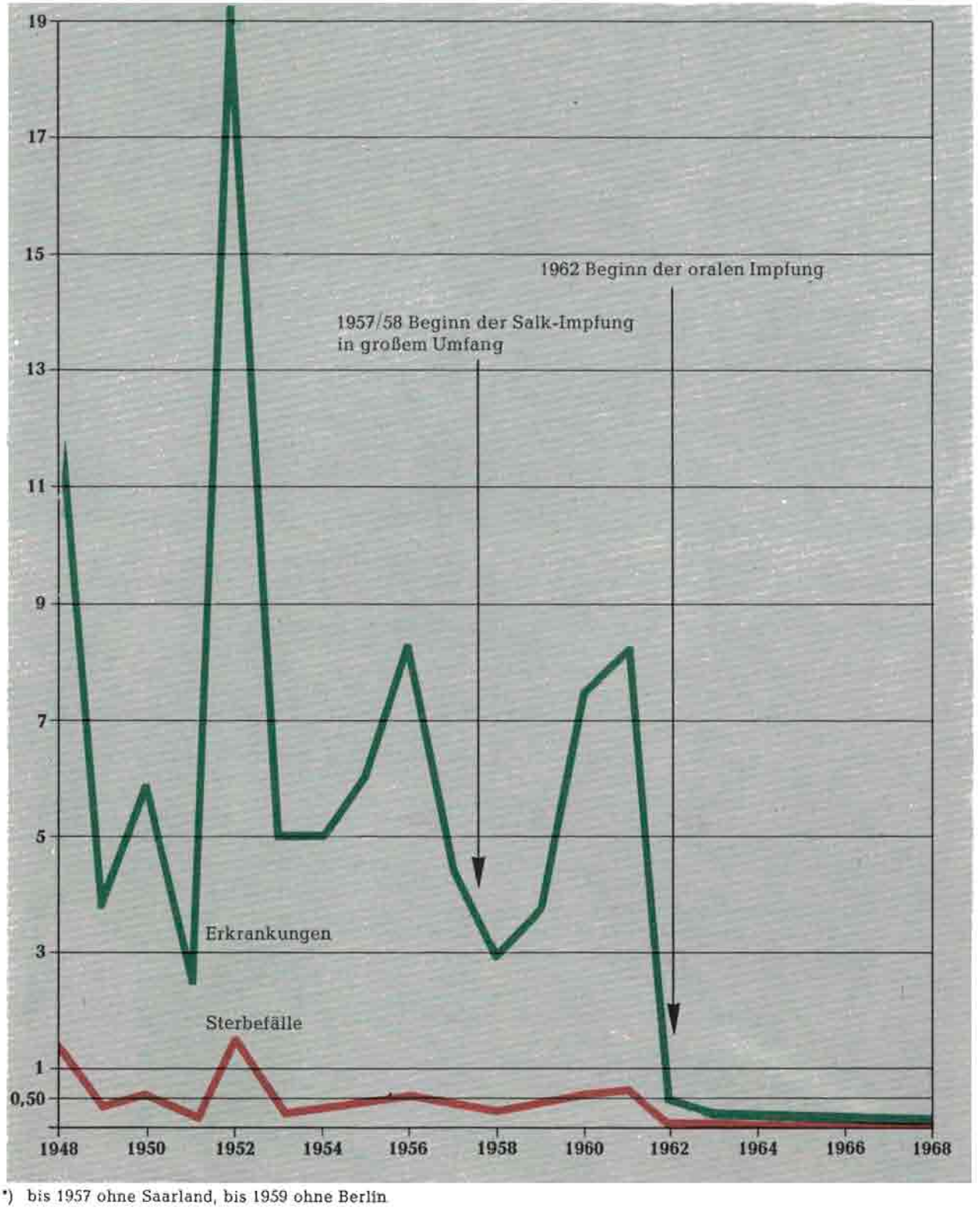
In der Bundesrepublik Deutschland werden seit langer Zeit eine ganze Reihe von Impfungen angewendet, so u. a. gegen Pocken — als einzige gesetzlich vorgeschrieben —, gegen Diphtherie, Wundstarrkrampf, Keuchhusten, Tuberkulose, Polio, Grippe, neuerdings auch gegen Masern und Röteln. Diese Impfungen werden teilweise allen Bürgern oder einzelnen Altersgruppen vom Gesundheitsamt kostenlos angeboten, zum Teil werden sie öffentlich empfohlen. Bei einigen Impfungen wird bereits erörtert, ob sie angesichts der günstigen Seuchenlage überhaupt noch allgemein notwendig sind — Tuberkulose, Keuchhusten, Pocken. Man muß auch bedenken, daß ein allzu überladener Impfkalender die Impfbereitschaft eher hemmt. Neben der Entwicklung von Kombinationsimpfstoffen wird man also auch prüfen müssen, ob und welche Impfungen nicht mehr generell erforderlich sind. Dieses wird insbesondere bei Impfungen notwendig sein, die mit stärkeren Nebenwirkungen verbunden sind.

310. Ziel einer Impfung ist es, mit abgetöteten oder abgeschwächten Erregern eine milde Impfkrankheit zu erzeugen, als deren Folge der Körper Abwehrstoffe bildet, die dann gegen die natürliche Erkrankung einen relativen oder gar absoluten Schutz geben. Wie jeder ärztliche Eingriff ist auch eine Impfung nicht ohne jedes Risiko und so kann — bei den einzelnen Impfungen unterschiedlich — die Impfkrankheit in seltenen Fällen einmal über das erwünschte Maß hinausgehen, ohne daß das im einzelnen vorhersehbar wäre. Man spricht dann von einem Impfschaden.

Unter dem Eindruck einer erstmalig gegen eine bestimmte Seuche wirksamen Impfung werden deren Vorteile um so segensreicher empfunden, je mehr Leid und Tod die Seuche bislang verursacht hat. Eine

Morbidität und Mortalität an Poliomyelitis (übertragbare Kinderlähmung) im Bundesgebiet 1948 bis 1968 *)

Erkrankte und Gestorbene auf 100 000 Einwohner



*) bis 1957 ohne Saarland, bis 1959 ohne Berlin

demgegenüber verschwindende Zahl von Impfschäden wird zunächst als das kleinere von zwei Übeln hingenommen. Nach der regionalen Tilgung einer Seuche verblaßt allmählich die lebendige Erinnerung an die Folgen der natürlichen Infektion, so daß bei einer wirksamen Impfprophylaxe der Impfschaden im Bewußtsein der Bevölkerung an die Stelle der einst gefürchteten Krankheit tritt. Eine Impfung bietet aber nicht nur den Geimpften einen Schutz, sie ist auch von erheblichem Nutzen für die Allgemeinheit. Je mehr Menschen im Lande geimpft sind, desto schneller reißen etwaige Infektionsketten ab, desto besser ist also die Bevölkerung gegen die Ausbreitung einer Seuche geschützt.

Ein ausreichender kollektiver Impfschutz setzt die Impfbereitschaft des einzelnen voraus. Diese Bereitschaft zu fördern, ist Aufgabe staatlicher Gesundheitspolitik. Der Staat kann dabei vor allem in drei Richtungen wirken: durch gesundheitliche Aufklärung über die Gefahren unterlassener Impfungen und über die Vorteile des Impfschutzes, durch Bereitstellung ständig verbesserter Impfstoffe und durch Gewährung einer angemessenen Entschädigung für den Impfschaden.

Eine solche Entschädigung ist notwendig, da der Impfgeschädigte den Schaden auch im Interesse der Allgemeinheit, von der eine Seuchengefahr abgewendet werden soll, auf sich nimmt. Daher hat der Bundesgesetzgeber erstmalig im Bundes-Seuchengesetz einen Impfschadensausgleichsanspruch festgelegt. Der Gesetzgeber glaubte seinerzeit, die Höhe der Entschädigung im Gesetz nicht festlegen zu sollen, weil er davon ausging, daß es für den Impfgeschädigten günstiger wäre, wenn die Entschädigung jeweils den Umständen des einzelnen Falles entsprechend festgelegt würde. Es ergab sich aber sehr bald, daß gerade das Fehlen von Vorschriften über die Höhe der Entschädigungsleistungen zu einer unterschiedlichen Regelung in den einzelnen Bundesländern führte.

311. Die Bundesregierung hat deshalb dem Bundestag den Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Bundes-Seuchengesetzes zugeleitet, das u. a. eine bundeseinheitliche klare und umfassende Entschädigungsregelung durch eine entsprechende Anwendung der Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes bringen soll. Darüber hinaus soll dieses Gesetz auch Verbesserungen hinsichtlich des begünstigten Personenkreises, der Beweislast beim Nachweis des Impfschadens und des Umfanges der Leistungen bringen. Diese Entschädigungsregelung gilt wie schon im derzeitigen Gesetz nicht nur für gesetzlich vorgeschriebene, sondern auch für öffentlich empfohlene, aber freiwillige Schutzimpfungen. Eine angemessene Entschädigung der wenn auch seltenen Impfschäden soll und wird die gesundheitspolitisch erwünschte Bereitschaft in der Bevölkerung stärken, an der Impfung teilzunehmen, auch wenn diese — wie jeder andere ärztliche Eingriff — mit gewissen, allerdings zahlenmäßig im Vergleich zu ihrem Nutzen sehr geringen Risiken verbunden ist. Zwang sollte im Bereich des Gesundheitswesens nur dort angewendet werden, wo durch eine Krankheit die Allgemeinheit in hohem Maße gefährdet ist und die Einsicht der Betroffenen offensichtlich nicht ausreicht, das Erforderliche zu tun. Das ist in unserer gegenwärtigen Seuchensituation glücklicherweise nur ausnahmsweise der Fall. Darüber hinaus gilt es, weit stärker als bisher Forschungsarbeiten zu fördern, die geeignet sind, Überwachungsmethoden für übertragbare Krankheiten zu verbessern, neue Impfmöglichkeiten zu entwickeln und vorhandene noch wirksamer zu machen.

312. In diesem Rahmen wird auch das Bundes-Seuchengesetz bis auf den 7. Abschnitt, der von dem schon erwähnten Dritten Änderungsgesetz erfaßt wird, insgesamt novelliert werden und den wissenschaftlichen Erkenntnissen und der veränderten Seuchenlage angepaßt werden.

Es zeigt sich immer wieder, daß selbst auf Gebieten, die schon lange bekannt und durchgearbeitet zu sein scheinen, noch nicht alle Probleme gelöst sind. Während z. B. eine Reihe von Impfstoffen einen hinsichtlich Wirksamkeit und Unschädlichkeit befriedigenden Entwicklungsstand erreicht hat, ist das bei anderen noch nicht der Fall. So birgt auch die älteste Impfung überhaupt, die Pockenschutzimpfung, immer noch ungelöste Probleme. Der Pockenimpfstoff ist zwar hervorragend wirksam, bedarf jedoch hinsichtlich der Unschädlichkeit dringend einer Verbesserung. Das günstigste Alter für die Pockenerstimpfung wurde in den letzten Jahren weltweit diskutiert. Ein Gutachten des Bundesgesundheitsamtes kommt bei der Untersuchung dieser Frage zu dem Schluß, daß es ein optimales Impfalter nicht gibt, ein gesundes Kind also zu jeder Zeit geimpft werden kann. Da jedoch die Feststellung, ob ein Kind tatsächlich gesund ist, innerhalb des ersten Lebensjahres besonders in öffentlichen Impfterminen schwierig sein kann, empfiehlt das Bundesgesundheitsamt, für solche Termine das 2. und 3. Lebensjahr zu bevorzugen.

313. Mit der Zunahme unserer Kenntnisse ergaben sich auch neue Indikationen für Impfungen. So sind z. B. die Röteln eine harmlose Kinderkrankheit, deretwegen eine Impfung nicht erforderlich wäre. Befallen sie jedoch eine Frau in den ersten Schwangerschaftsmonaten, so können sie durch Übergang der Rötelnviren auf die Frucht zu einem mißgebildeten Kind führen. Man wird nunmehr den Versuch machen, diese Mißbildungen bei den Kindern dadurch zu verhüten, daß man die Mädchen vor Eintritt der Geschlechtsreife gegen Röteln impft. Eine solche Impfung soll, zumindest nach dem heutigen Stand unseres Wissens, die Röteln keinesfalls ausrotten. Vielmehr ist es erwünscht, daß die geimpften Mädchen gelegentlich Kontakt mit dem Rötelnvirus haben, um die Immunität aufrechtzuerhalten. Für eine Reihe von Krankheiten gibt es überhaupt noch keine Impfstoffe, so z. B. für das ganze große Gebiet der entzündlichen Erkrankungen der oberen Luftwege, gemeinhin als Erkältungskrankheiten bezeichnet, oder auch die infektiöse Gelbsucht. Jedoch gehen auch auf diesen Gebieten die Forschungsarbeiten weiter und man darf hoffen, daß sie in den nächsten 10 Jahren zu befriedigenden für die Praxis brauchbaren Lösungen führen werden.

Geschlechtskrankheiten

314. Zu den übertragbaren Krankheiten gehören auch die Geschlechtskrankheiten. Sie sind jedoch dank der besonderen Art ihrer Übertragung von jeher besonders behandelt worden. Die Maßnahmen zu ihrer Bekämpfung sind im Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten von 1953 enthalten. Im letzten Jahrzehnt wurde aus einer ganzen Reihe von Ländern ein Wiederansteigen der Geschlechtskrankheiten berichtet. Die Weltgesundheitsorganisation hatte daher 1963 empfohlen, eine chiffrierte Meldepflicht einzuführen.

In der Bundesrepublik ist sehr lange erörtert worden, ob man dieser Empfehlung folgen solle, zumal das genannte Gesetz eine generelle Meldepflicht nicht enthält. Die wenigen aus der Bundesrepublik aus einzelnen Quellen verfügbaren Unterlagen deuteten zwar nicht auf einen erheblichen Anstieg hin, gleichwohl erschien es erforderlich, zuverlässigere epidemiologische Daten zu bekommen. Daher hat der Bundestag 1969 auf Vorschlag der Bundesregierung die Einführung einer Bundesstatistik über die ansteckungsfähigen Erkrankungen an Geschlechtskrankheiten beschlossen.

Dem Recht des Kranken auf Wahrung seiner Anonymität ist dadurch Rechnung getragen, daß diese Meldung ohne Angabe des Namens erfolgt.

Gerade die Geschlechtskrankheiten sind ein Beispiel dafür, wie sehr eine Krankheit mit dem allgemein menschlichen Verhalten, der Erziehung, sowie gesellschaftlichen und kulturellen Faktoren verknüpft ist.

Wichtige Maßnahmen in der 6. Legislaturperiode:

1. Immissionsschutz (u. a. Bundes-Immissionsschutzgesetz, Gesetz zur Beschränkung der Bleizusätze im Benzin, Verminderung der Luftverunreinigung durch Autoabgase, Einführung von Emissionsrichtwerten für Baumaschinen)
2. Wasserwirtschaft und Abfallbeseitigung (u. a. Vereinbarungen zur Reinhaltung der Nord- und Ostsee, Fortentwicklung des Wasserhaushaltsgesetzes, Bundes-Abfallbeseitigungsgesetz, Abfallstatistik, Bereitstellung von durch ERP-Mittel zinsverbilligten Kapitalmarktmitteln für Abwasserbeseitigungsmaßnahmen)
3. Biozide (u. a. Vorbereitung eines Gesetzes zur Änderung des Pflanzenschutzgesetzes, Verordnung über Anwendungsverbote und -beschränkungen für Pflanzenschutzmittel, Förderung der Entwicklung biologischer und integrierter Verfahren im Pflanzenschutz)
4. Naturschutz und Landschaftspflege (u. a. Bundesgesetz über Naturschutz und Landschaftspflege, Förderung von Erholungslandschaften)
5. Neue Technologien für den Umweltschutz (u. a. Entwicklung von Meß- und Analysenverfahren für Wasser- und Luftverunreinigungen, Erforschung und Entwicklung „sauberer" — umweltfreundlicher — Technologien)
6. Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen
7. Gesamtreform des Lebensmittelrechts
8. Gesetz zur Durchführung der weinrechtlichen Vorschriften der EWG-Marktordnung und zur Bereinigung des Weingesetzes
9. Verbesserung der Kontrollen von Stoffen mit pharmakologischer Wirkung, die an Tiere verabfolgt werden, durch Änderung des Arzneimittelgesetzes

10 Änderung des Fleischbeschaurechts, mit der eine weitere Anpassung fleischhygienischer Vorschriften im innergemeinschaftlichen Handelsverkehr erreicht wurde.

11 Erhöhung der Arzneimittelsicherheit durch Novellierung des Arzneimittelgesetzes und Vorbereitung einer umfassenden Reform des Arzneimittelrechts

12 Errichtung eines Bundesamtes für Sera und Impfstoffe (Paul-Ehrlich-Institut)

13 Aktionsprogramm der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs (u. a. Änderung des Opiumgesetzes)

14 Vorbereitung eines mit den EWG-Arbeiten synchronisierten Bundesgiftgesetzes

15 Vertragsgesetz zur Einführung der Neufassung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (Anpassung an den Fortschritt der Wissenschaft und Praxis)

16 Novellierung vorerst eines Teiles des Bundesseuchengesetzes mit dem Ziel einer verbesserten Entschädigungsregelung bei Impfschäden

III. Wiederherstellung der Gesundheit / Hilfe für Kranke und Behinderte

315. Dieser Abschnitt umfaßt das große und für die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung so bedeutsame Gebiet der Behandlung und Wiederherstellung kranker Menschen.

Dazu bedarf es eines qualifizierten und spezialisierten Krankenhauswesens mit ausreichender Bettenzahl und bestausgebildeten Ärzten, Schwestern und Pflegepersonen.

Hohe Anforderungen werden aber auch an die niedergelassene Ärzteschaft gestellt, wobei die Versorgung ländlicher Gebiete besondere Sorgen bereitet.

Die Sicherung der ambulanten und stationären Krankenversorgung gehört zu den großen infrastrukturellen Aufgaben. Bei der großen Bedeutung, die der Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit der Bürger zukommt, hängt die Entwicklungsfähigkeit eines Gebietes in sehr starkem Umfange davon ab, ob die Einwohner dieses Gebietes in dem erwarteten Umfang eine ausreichende ambulante und stationäre Versorgung im Krankheitsfalle vorfinden.

Krankenhausversorgung

Träger der Krankenanstalten

316. Es werden drei Gruppen von Krankenanstalten unterschieden: Die größte Gruppe bilden die öffentlichen Krankenanstalten. Sie werden von der öffentlichen Hand betrieben und befinden sich im Besitz des Staates als Universitätskliniken oder als Landeskrankenhäuser oder sind im Eigentum kommunaler Körperschaften. Als weitere Träger kommen öffentlich-rechtliche Versicherungsträger — Bundesversicherungsanstalt oder Landesversicherungsanstalten — in Frage.

Die nächstgroße Gruppe ist die der freien gemeinnützigen Krankenanstalten. Diese befinden sich im Besitz karitativer Verbände, vielfach auf konfessioneller Grundlage. Ihr Anteil an der Krankenhausfürsorge in den einzelnen Ländern des Bundesgebietes ist unterschiedlich. Im Gesamtdurchschnitt des Bundesgebietes betrug dieser 1968 36,5 %, während die öffentlichen Krankenanstalten 54,9 % ausmachten.

Die privaten Krankenanstalten stellen mit einem Bettenanteil von 8,6 % im Jahre 1968 die kleinste Gruppe dar. Sie steht nicht so stark im Blickpunkt der Öffentlichkeit wie die beiden anderen Gruppen. Immerhin besitzt sie mit etwa 57 000 Betten auch im Verhältnis zu den anderen Gruppen immer noch einen beachtlichen Anteil an der stationären Krankenversorgung der Bevölkerung.

Wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser

317. Die Bundesregierung sieht es als eine vordringliche Aufgabe an, im Zusammenwirken mit allen übrigen hierfür Verantwortlichen die optimale Versorgung unserer Bevölkerung mit Krankenhausleistungen in Zukunft zu sichern.

Die Erfüllung des berechtigten Bedarfs unserer Bevölkerung an Krankenhausleistungen setzt voraus, daß entsprechend den wechselnden und steigenden Anforderungen alle Maßnahmen zur Sicherung unserer Krankenhausversorgung fortentwickelt und aufeinander abgestimmt werden. Dazu gehören insbesondere die Krankenhausplanung, die Krankenhausstruktur, Maßnahmen, die ausreichendes und den hohen Anforderungen entsprechend ausgebildetes und fortgebildetes ärztliches und pflegerisches Personal gewährleisten, und die Schaffung einer umfassenden und dauerhaften wirtschaftlichen Grundlage für die Erfüllung dieser Aufgaben.

Ausgangslage

318. Der Bedarf an Krankenhausleistungen ist keine statische Größe, sondern er zeigt unter dem Einfluß zahlreicher Faktoren eine stark dynamische Entwicklung. Die starke Steigerung des Bedarfs beruht vor allem auf den erheblichen Fortschritten der medizinischen Wissenschaft, die heute in vielen Fällen eine Erkennung und Behandlung von Krankheiten ermöglicht, in denen früher die medizinische Kunst versagte. Sie hängt weiter damit zusammen, daß durch die steigende Bevölkerungszahl und durch die mit der höheren Lebenserwartung verbundene Veränderung der Altersstruktur die Zahl der Kranken, die auf eine Krankenhausbehandlung angewiesen sind, erheblich zugenommen hat. Mit der Fortsetzung dieser Entwicklung muß auch in Zukunft gerechnet werden. Hinzu kommt, daß die Krankenhäuser heute in vielen Fällen pflegerische Aufgaben übernehmen müssen, die früher von der Familie getragen wurden. Auch das gesteigerte Gesundheitsbewußtsein hat zur Folge, daß heute we-

sentlich mehr Kranke als früher das Krankenhaus in Anspruch nehmen. Hieraus ergibt sich aber nicht nur die Forderung nach einer ausreichenden Zahl von Krankenhausbetten, sondern die Erwartungen unserer Bevölkerung gehen zu Recht dahin, daß auch die Qualität der Krankenhausleistungen modernen Anforderungen an medizinische Behandlung und Pflege entspricht. Dies gilt auch insbesondere für die Unterbringung im Krankenhaus. Weithin wird zu Recht kein Verständnis mehr dafür aufgebracht, wenn der Kranke gerade dann, wenn er besonders hilfsbedürftig ist, schlechteren Lebensbedingungen unterworfen wird als in gesunden Tagen.

Veränderte Anforderungen ergeben sich aber auch daraus, daß sich das Krankheitspanorama unserer Bevölkerung grundlegend verändert hat. So muß z. B. nach den bisherigen Erfahrungen und der vorauszusehenden Entwicklung neben einem Ansteigen der Zahlen chronischer Erkrankungen mit einer starken Zunahme psychischer Erkrankungen und damit einem erhöhten Bedarf an psychiatrischen Einrichtungen gerechnet werden.

Zu diesen allgemeinen Faktoren können besondere regionale Einflüsse treten, die einen zusätzlichen oder spezialisierten Bedarf an Krankenhausleistungen zur Folge haben können. Die fortschreitende Technisierung hat eine Zunahme der Unfälle, insbesondere der Verkehrsunfälle gebracht. Eine regional unterschiedliche Morbidität der Bevölkerung verändert ebenfalls den Bedarf.

Seit Jahren ist allen Beteiligten klar, daß dieser Bedarf an Krankenhausleistungen mit den vorhandenen Krankenhäusern nicht mehr zufriedenstellend gedeckt werden kann.

319. Am 31. Dezember 1969 standen für die Bevölkerung in der Bundesrepublik rd. 678 000 planmäßige Betten in Krankenhäusern zur Verfügung, davon 454 000 Betten für Akutkranke. Mit einer durchschnittlichen Bettendichte von 74 Betten je 10 000 Einwohner in Akutkrankenhäusern und 37 Betten je 10 000 Einwohner in Sonderkrankenhäusern gehört die Bundesrepublik zu den am besten versorgten Staaten der Welt, sofern nur die Zahl der Betten verglichen wird. Trotz ausreichender Bettendichte vermag die gegenwärtige Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbetten noch nicht die berechtigten Ansprüche unserer Bürger an die Behandlung im Krankenhaus zu befriedigen und den wachsenden Bedarf an medizinischen Leistungen zu decken. Mehr als ein Drittel aller planmäßigen Betten stehen in Krankenhäusern, die älter als 50 Jahre sind. Funktionsräume und Einrichtungen in diesen, aber auch in jüngeren Krankenhäusern entsprechen nicht mehr den heutigen Mindestanforderungen an eine Krankenhausversorgung. Veraltete Versorgungs- und Wirtschaftseinrichtungen haben vielfach unzumutbare Arbeitsbedingungen für das Personal zur Folge. Die Patienten müssen noch immer in Krankenzimmern untergebracht werden, in denen sich mehr Betten befinden als nach den Erfahrungen der medizinischen Wissenschaft vertretbar erscheint. Die regionale Versorgung ist quantitativ und qualitativ sehr unterschiedlich.

Von den Ursachen für diese Entwicklung sind zwei hervorzuheben. Seit Jahren decken die Pflegesätze nicht die vollen Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses.[1]) Da die Einnahmen von den Krankenhäusern in erster Linie zur Abdeckung der fälligen Zahlungsverpflichtungen benötigt werden, können keine oder nur unzureichende Rückstellungen für die Modernisierung des Krankenhauses vorgenommen werden. Der Ersatz abgenutzter Anlagen wird häufig aufgeschoben und unterbleibt schließlich ganz. Die Krankenhausgebäude müssen weit über die heute als Höchstgrenze angesehene Nutzungsdauer von etwa 50 Jahren weiterbenutzt werden. Der zusätzliche Nachholbedarf infolge der Kriegs- und Nachkriegszeit konnte auch mit öffentlichen Mitteln nur in beschränktem Umfange befriedigt werden. Die strukturellen Mängel, insbesondere die nicht durch die regional unterschiedliche Ausgangslage bedingte qualitative und quantitative Unterversorgung, sind teils auf die unterschiedliche Wirtschaftskraft der Länder und die sich hieraus ergebenden begrenzten Möglichkeiten öffentlicher Finanzhilfen zurückzuführen. Trotz außerordentlicher Leistungen der Länder und Kommunen in den vergangenen Jahren können die notwendigen strukturellen Verbesserungen nur in einem längeren Prozeß erreicht werden. Hinzu kommt, daß vorhandene Krankenhausbetten wegen Fehlens von Personal insbesondere von Pflegekräften nicht oder nicht in vollem Umfang für die Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung stehen.

Für die Bundesregierung steht bei den Überlegungen zur Sicherung der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausleistungen zur Zeit die Frage der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser im Vordergrund.

Durch Änderung des Grundgesetzes vom 12. Mai 1969[2]) ist dem Bund die Zuständigkeit in der konkurrierenden Gesetzgebung über „die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser und die Regelung der Krankenhauspflegesätze" eingeräumt worden. Die Bundesregierung hat in der Regierungserklärung vom 28. Oktober 1969 angekündigt, sie halte die Neuregelung der Krankenhausfinanzierung für so vordringlich, daß noch 1970 der Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser eingebracht werde.

Neuordnung der Krankenhausfinanzierung

320. Die Bundesregierung sieht bei der Neuordnung der Krankenhausfinanzierung als dringlichste Aufgabe für den Bund an, daß das Defizit der Krankenhäuser sobald wie möglich beseitigt werden muß. Zugleich ist es aber auch Aufgabe eines sozialen Rechtsstaates, dafür zu sorgen, daß auch die Krankenhausleistungen für den Benutzer erschwinglich bleiben. Wenn der Staat in Zukunft die Finanzierung der Bereitstellung und Erhaltung von Krankenhäusern als öffentliche Aufgabe ansieht und für

[1]) Bericht der Bundesregierung über die Lage der Krankenanstalten — Drucksache V/4230 — S. 23, 24 —

[2]) Zweiundzwanzigstes Gesetz zur Änderung des Grundgesetzes vom 12. Mai 1969 — BGBl. I S. 363 —

diese Aufgabe Milliardenbeträge aus dem Steueraufkommen bereitstellt, so geschieht dies in der Überlegung, daß damit auch zu sozial tragbaren Pflegesätzen beigetragen wird. Eine Regelung, die lediglich die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zum Ziele hat und dabei die Auswirkungen auf die Benutzer außer Betracht läßt, würde in der breiten Öffentlichkeit zu Recht auf Ablehnung stoßen. Vorstellungen, die die Benutzer und ihre Krankenkassen über die Pflegesätze mit zusätzlichen Milliarden-Beträgen belasten, sind unsozial und daher abzulehnen.

Das Ziel, die Krankenhäuser wirtschaftlich zu sichern, ohne die Pflegesätze auf untragbare Höhen ansteigen zu lassen, kann nur erreicht werden, wenn sich die öffentliche Hand in weitaus größerem Umfange als bisher an der Finanzierung unserer Krankenhäuser beteiligt. Ohne Zweifel haben trotz der erheblichen Leistungen, die die Länder und Gemeinden bisher auf diesem Gebiet erbracht haben, die freigemeinnützigen Krankenhausträger wegen der unzureichenden Pflegesätze während langer Jahre große finanzielle Opfer hinnehmen müssen, die höchste Anerkennung verdienen. Aber diese Anstrengungen reichen nicht aus, das Defizit der Krankenhäuser in Zukunft zu decken, wenn die Pflegesätze in einem tragbaren Rahmen gehalten werden sollen. Unter den gegenwärtigen Verhältnissen kann das genannte Ziel nur dann erreicht werden, wenn aus öffentlichen Mitteln die vollen Investitionskosten bezahlt werden und wenn darüber hinaus auch noch alte Darlehensverpflichtungen für solche Investitionskosten aus der Zeit vor Inkrafttreten des Gesetzes übernommen werden. Eine Teilung in Neu-Investitionen und alte Last brächte zudem nach unterschiedlichen Prinzipien errechnete Pflegesätze. Da diese Lasten die Möglichkeiten der Länder und Gemeinden bei weitem übersteigen, erscheint eine Lösung nur möglich, wenn sich auch der Bund an der Finanzierung der Krankenhäuser beteiligt.

Die Planungen der Länder im Krankenhauswesen sind durch gesetzgeberische und finanzielle Maßnahmen zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser mit dem Ziel zu unterstützen, ein bedarfsgerechtes System der Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbetten zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen. Es wird dabei davon ausgegangen, daß die Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbetten eine öffentliche Aufgabe ist (Antwort der Bundesregierung zur Großen Anfrage der Fraktion der SPD zur Gesundheitspolitik — Drucksache V/3008 — Seite 11). Es ist beabsichtigt, daß gemeinsam mit den Ländern ab Mitte 1971 sich auch der Bund in erheblichem und zunehmendem Umfange an den Kosten der Krankenhäuser beteiligen wird. Es ist vorgesehen, daß mit den Finanzhilfen des Bundes für die Krankenhausfinanzierung folgende Mittel zusätzlich bereitgestellt werden können:

300 Millionen DM für das zweite Halbjahr 1971, 636 Millionen DM für 1972, 656 Millionen DM für 1973 und 675 Millionen DM für 1974. Zur Übernahme des Schuldendienstes für diese Beträge sind im Haushalt 1971 und im Finanzplan des Bundes für die Jahre 1972 bis 1974 folgende Beträge eingestellt worden: 9 Millionen DM für 1971, 55 Millionen DM für 1972, 120 Millionen DM für 1973, 186 Millionen DM für 1974 (Finanzplan des Bundes 1970 bis 1974 — Drucksache VI/1101 — S. 84). Durch diesen finanziellen Beitrag des Bundes zu den Investitionen in Krankenhäusern soll es ermöglicht werden, daß die öffentliche Hand in Zukunft die Investitionen der Krankenhäuser in vollem Umfange übernimmt, soweit nicht die Finanzverantwortung eines anderen Trägers in ausreichendem Maße sichergestellt ist.

Grundsätze einer gesetzlichen Neuregelung

321. Auf der Grundlage dieser finanziellen Beteiligung des Bundes geht die Bundesregierung für die gesetzliche Neuregelung der Krankenhausfinanzierung von folgenden Grundsätzen aus:

- Die Krankenhäuser werden durch Übernahme von Investitionskosten öffentlich gefördert, wenn sie in den Krankenhausbedarfsplan eines Landes aufgenommen worden sind.
- Zu den Investitionskosten gehören die Kosten der Errichtung (Neubau, Umbau, Erweiterungsbau) von Krankenhäusern, der Anschaffung der zum Krankenhaus gehörenden Wirtschaftsgüter und der Wiederbeschaffung der Anlagegüter mit einer durchschnittlichen Nutzungsdauer von mehr als drei Jahren. Als Investitionskosten sind auch anzusehen die Kosten der Nutzung solcher Wirtschafsgüter, die Instandhaltungs- und Instandsetzungskosten sowie die Zinsen und die Tilgung der für Investitionskosten aufgenommenen Darlehen.
- In die öffentliche Förderung werden grundsätzlich alle Krankenhäuser einbezogen, ausgenommen diejenigen Krankenhäuser, die im wesentlichen nur einem geschlossenen Benutzerkreis zur Verfügung stehen oder für die die Finanzverantwortung bereits auf andere Weise ausreichend geregelt ist.
- Die Länder stellen Krankenhausbedarfspläne auf.
- Krankenhäuser, deren Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes festgestellt worden ist, erhalten die im Zusammenhang mit der Errichtung entstandenen Investitionskosten aus öffentlichen Mitteln erstattet. Es sind nur die Kosten zu berücksichtigen, die bei einer sparsamen und wirtschaftlichen Betrachtung gerechtfertigt sind.
- Die Kosten der Wiederbeschaffung von Anlagegütern in geförderten Krankenhäusern werden grundsätzlich pauschal aus öffentlichen Mitteln abgegolten.
- Die modernen Möglichkeiten des sog. „Leasing", insbesondere von Einrichtungsgegenständen der Krankenhäuser, müssen ausreichend berücksichtigt werden können. Dies gilt auch für alle sonstigen Fälle, in denen die Anmietung von Gegenständen wirtschaftlich sinnvoller als die Anschaffung ist.

- Der Schuldendienst für Darlehen, mit denen die Investitionen geförderter Krankenhäuser finanziert worden sind, soll ebenfalls in die öffentliche Förderung mit einbezogen werden.
- Sind bei Beginn der Förderung im Krankenhaus Vermögenswerte vorhanden, die mit Eigenmitteln des Krankenhausträgers beschafft worden sind, so ist für den Wegfall der Abschreibungsmöglichkeiten ein angemessener Ausgleich aus Fördermitteln zu gewähren.
- Bei der Vergabe der Fördermittel muß sichergestellt werden können, daß vom Krankenhausträger alle Voraussetzungen geschaffen und alle Möglichkeiten genutzt werden, die einem rationellen Krankenhausbau und Betriebsablauf dienen.
- Die notwendige Zweckbindung der öffentlichen Mittel ist so zu gestalten, daß sie dem Krankenhausträger innerhalb des Krankenhauses die autonome Dispositionsbefugnis bewahrt.
- Die Finanzhilfen des Bundes sollen auf der Grundlage des Artikels 104 a Abs. 4 GG gewährt werden.
- Die finanzielle Beteiligung des Bundes soll sich bis zum Jahre 1974 in dem durch den Finanzplan des Bundes für die Jahre 1970 bis 1974 gezogenen Rahmen halten. In den folgenden Jahren wird der Bund sich in dem Umfang an den Aufwendungen beteiligen, der in dem durch Artikel 104 a Abs. 4 GG gezogenen Rahmen zu einer wirksamen Entlastung der Länder notwendig ist.
- Nach der Auffassung der Bundesregierung sollen diese Finanzhilfen des Bundes zu 85 v. H. den Ländern nach ihrer Einwohnerzahl zugewiesen werden. Die übrigen Finanzhilfen sollen durch den Bund nach Schwerpunkten verteilt werden. Hierfür kommen beispielsweise die Befriedigung eines überregionalen Bettenbedarfs und die Durchführung von Modellmaßnahmen in Betracht.
- Die Forschung im Bereich des rationellen Krankenhausbaus, der Krankenhausorganisation und der Wirtschaftlichkeit des Krankenhausbetriebs muß erheblich intensiviert werden. Die notwendigen finanziellen Grundlagen sind im Gesetz zu schaffen.
- Die statistischen Angaben über die Krankenhäuser müssen auf den Stand gebracht werden, der den modernen Anforderungen an eine Krankenhausstatistik entspricht und ausreichende Entscheidungsgrundlagen für die Lösung der Probleme bietet, die sich im Zusammenhang mit der Durchführung der neuen gesetzlichen Regelung ergeben.
- Es müssen bei den Krankenhäusern die Voraussetzungen geschaffen werden, die eine Kosten- und Leistungsrechnung ermöglichen. Die Kostenstruktur der Krankenhäuser muß transparent gemacht werden, damit die Ursachen unwirtschaftlichen Krankenhausbaus und unrationellen Betriebes erkannt und beseitigt werden können.

Krankenhauspflegesätze

322. In unlösbarem Zusammenhang mit der Finanzierung der Investitionskosten der Krankenhäuser steht die Regelung der Krankenhauspflegesätze. Gegenwärtig unterliegen die Pflegesätze für die allgemeine Pflegeklasse noch der Preisbindung. Es gelten die Rahmenvorschriften der Bundespflegesatzverordnung vom 31. August 1954 (VO PR Nr. 7/54) sowie — außer in Baden-Württemberg und Bayern — ergänzende Landespflegesatzverordnungen. Da rd. 90 % der Pflegetage auf die allgemeine Pflegeklasse entfallen, kommt den genannten Vorschriften für die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser entscheidende Bedeutung zu. Die Pflegesätze der privaten Pflegeklassen sind seit 1954 preisfrei.

Für die Pflegesätze der allgemeinen Pflegeklasse schreibt die VO PR Nr. 7/54 ein Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren vor. In den meisten Ländern sind die Krankenhäuser nach Größe, Art und Ausstattung in Gruppen eingeteilt, für die im Verordnungswege einheitliche Sätze genehmigt oder festgesetzt werden (Gruppenpflegesätze). In Baden-Württemberg und Bayern wird für jedes einzelne Krankenhaus ein Genehmigungs- oder Festsetzungsverfahren durchgeführt. Die Höhe der Pflegesätze soll grundsätzlich zwischen den Krankenhäusern und den Kostenträgern ausgehandelt werden; kommt eine Einigung nicht zustande, so liegt die Festsetzung der Pflegesätze bei den Preisbehörden.

Ein Überblick über die Entwicklung der Pflegesätze in den letzten Jahren und der zur Zeit geltenden Pflegesätze ergibt sich aus der folgenden Übersicht. Dabei sind jeweils die Höchstsätze der obersten Gruppe oder der höchste genehmigte Einzelpflegesatz angegeben, die durchschnittlich gezahlten Pflegesätze liegen schätzungsweise um 5 bis 10 % niedriger.

Land	1966	1968	1970
Baden-Württemberg	—	—	57,—
Bayern	—	—	56,—
Berlin	39,—	44,80	59,50
Bremen	37,—	43,50	52,50
Hamburg	38,—	41,—	59,50
Hessen	34,80	42,10	47,—
Niedersachsen	35,60	41,80	55,70
Nordrhein-Westfalen	36,80	40,60	52,80
Rheinland-Pfalz	38,50	41,60	50,60
Saarland	40,60	43,35	50,50
Schleswig-Holstein	32,20	41,40	55,90

Insbesondere die knapp bemessenen Abschreibungen und die Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Kostenträger (§ 2 Abs. 4 der Bundespflegesatzverordnung) haben in der allgemeinen Pflegeklasse

zur Genehmigung oder Festsetzung von Pflegesätzen geführt, die nicht alle Kosten der Krankenhäuser decken. Umfangreiche Ermittlungen haben für 1966 eine durchschnittliche Unterdeckung von 15,80 DM ergeben (vgl. Bericht über die finanzielle Lage der Krankenanstalten — Drucksache V/4230 S. 31). In der Zwischenzeit vorgenommene Pflegesatzerhöhungen haben diese Situation gegenüber 1966 nicht wesentlich verändert.

323. Nach Auffassung der Bundesregierung sollen in der künftigen gesetzlichen Regelung folgende Grundsätze für die Bemessung der Pflegesätze verankert werden:

- Für alle Benutzer sind die Pflegesätze nach einheitlichen Grundsätzen zu bemessen.
- Die öffentliche Förderung der Investitionen und die Pflegesätze sollen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses decken. Grundlage der Pflegesätze soll eine Kosten- und Leistungsrechnung sein. Die Pflegesätze müssen eine wirtschaftliche Betriebsführung ermöglichen, wobei von den Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses auszugehen ist. Im übrigen ist die Notwendigkeit zu berücksichtigen, die medizinisch und wirtschaftlich rationelle Nutzung der vorhandenen Krankenhausbetten zu sichern. Die öffentliche Förderung und die Erlöse aus den Pflegesätzen müssen zusammen die Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden Krankenhauses decken.
- Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, die über einen normalen Krankenhausbetrieb hinausgehen, und Kosten für Leistungen, die weder unmittelbar noch mittelbar der stationären Krankenhausversorgung dienen, sind allgemein im Pflegesatz nicht zu berücksichtigen. Dies gilt auch für Krankenhäuser, die nicht öffentlich gefördert werden.
- Über die vorstehend genannten Einschränkungen hinaus sind bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern folgende Kosten im Pflegesatz nicht zu berücksichtigen: Investitionskosten, Kosten des Grundstückserwerbs, Anlauf- und Umstellungskosten, sonstige Kosten, die nicht unmittelbar der stationären Krankenversorgung dienen. Auch die Kosten der Vorhaltung von Seuchenbetten dürfen nicht über den Pflegesatz auf den Benutzer abgewälzt werden. In den Pflegesatz der öffentlich geförderten Krankenhäuser sind deshalb nur die Benutzungskosten aufzunehmen. Zu den Benutzungskosten sind jedoch die kurzlebigen Wirtschaftsgüter zu rechnen, die wirtschaftlich in engem Zusammenhang mit denjenigen Gütern stehen, die durch die Benutzung verbraucht werden.
- Die Pflegesätze sollen von der zuständigen Behörde festgesetzt werden.
- Es soll zunächst ein Einigungsverfahren vorangehen. Eine Einigung zwischen den Beteiligten ist bei der Festsetzung zu berücksichtigen.
- Um das Entscheidungsverfahren abzukürzen, soll die zuständige Behörde auch ohne Einigung der Beteiligten den Pflegesatz festsetzen können, wenn diese innerhalb von 6 Wochen nach der Aufforderung zur Einigung nicht zustande kommt.
- Die Möglichkeiten von Gruppenpflegesätzen für Gruppen gleichartiger Krankenhäuser soll beibehalten werden.

Innerhalb der vorstehenden im Gesetz festzulegenden Grundsätze soll die Pflegesatzregelung durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates getroffen werden. Um den regional unterschiedlichen Verhältnissen Rechnung tragen zu können, soll es weiter wie bisher ermöglicht werden, daß die bundesrechtlichen Rahmenvorschriften durch Rechtsverordnungen der Länder ergänzt werden.

Die Bundesregierung hält es für unbedingt erforderlich, durch eine längerfristige Übergangsregelung sicherzustellen, daß die für die Sozialversicherten anzuwendenden Pflegesätze sich nach Inkrafttreten der gesetzlichen Neuregelung in einem sozial tragbaren Rahmen halten.

Im Zusammenhang mit der neuen Pflegesatzregelung werden auch die von verschiedenen Seiten gemachten Vorschläge zu prüfen und zu entscheiden sein, die zum Teil auf eine stärkere Gliederung der Pflegesätze hinauslaufen, zum Teil eine völlige Umstrukturierung der Krankenhausorganisation voraussetzen. Es wird sehr sorgfältig zu untersuchen sein, ob und in welchem Umfang eine Verwirklichung dieser Vorschläge zu einer Mehrbelastung der Benutzer oder ihrer Kostenträger führt und ob demgegenüber bei höheren Kosten eine echte Leistungsverbesserung erwartet werden kann. Die Bundesregierung wird bei ihren weiteren Entscheidungen auf eine Ausschöpfung aller Möglichkeiten hinwirken, die eine Senkung der Krankenhauskosten ermöglichen. Dies gilt sowohl für den Bereich der Investitionskosten als auch für die Benutzungskosten. Geeignete Maßnahmen erscheinen eine Rationalisierung des Krankenhausbetriebes, Abkürzung der Verweildauer, Entlastung der Krankenhäuser von den Pflegefällen, Ausbau moderner stationärer Einrichtungen, die den Betrieb von Tag- und Nachtkliniken ermöglichen. Der Ausbau eines bedarfsgerecht gegliederten Systems leistungsfähiger Krankenhäuser und die funktionsgerechte Nutzung der vorhandenen Krankenhausbetten dürften weiter zu einer rationellen Kostengestaltung beitragen.

Finanzielle Auswirkungen

324. Zu den finanziellen Lasten, die sich aus dem Investitionsbedarf der Krankenhäuser in den kommenden Jahren ergeben, hat die Bundesregierung bereits früher Stellung genommen (Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Katzer, Dr. Götz, Dr. Schneider [Nürnberg], Dr. Jungmann und der Fraktion der CDU/CSU — Drucksache VI/1141 —). In Ergänzung der dort

gemachten Angaben ist noch auf folgendes hinzuweisen: Für eine Förderung auf Grund der neuen gesetzlichen Regelung kommen nach Auffassung der Bundesregierung vor allem diejenigen Krankenhäuser in Betracht, bei denen derzeit eine ausreichende Finanzverantwortung eines Trägers nicht gegeben ist und die wegen der unzureichenden Pflegesätze in der Vergangenheit und des hierdurch bedingten Defizits in einen erheblichen Modernisierungsrückstand geraten sind. Nach diesen Grundsätzen wären in die Förderung rund 460 000 Krankenhausbetten einzubeziehen. Hieraus ergeben sich folgende finanzielle Auswirkungen: Auf der Grundlage der für 1969 festgestellten durchschnittlichen Bettenwerte (ohne Personalwohnungen und Personalwohnheime, Ausbildungsstätten, Kosten des Grundstücks- und Grunderwerbs) der in die Förderung einzubeziehenden Krankenhäuser würde sich bei einer Steigerungsrate des Bettenwertes von jährlich 3 v. H. (vgl. hierzu Antwort auf die Kleine Anfrage zur Krankenhausfinanzierung — Drucksache VI/1141 — S. 4) für 1971 ein fortgeschriebener Bettenwert von 72 100 DM ergeben.

Danach wären insgesamt zur Deckung des Investitionsbedarfs der Krankenhäuser, soweit sie in die Förderung einbezogen werden sollen, für das ganze Jahr 1971 rund 1,910 Milliarden DM aufzubringen. Da die Förderung nicht vor dem 1. Juli 1971 beginnen wird, kann für 1971 die Hälfte dieses Betrages als Investitionsbedarf der Krankenhäuser veranschlagt werden. Für 1972 kann von einem gesamten Investitionsbedarf in Höhe von rund 2 Milliarden DM für die in die Förderung einzubeziehenden Krankenhäuser ausgegangen werden. Hierbei sind die Aufwendungen für Instandhaltung und Instandsetzung bereits berücksichtigt. Nicht berücksichtigt sind in diesen Zahlen die Aufwendungen für die alte Last.

Hierzu ist auf die Ausführungen in der Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage zur Krankenhausfinanzierung, Seite 4 zu Frage 3 b, hinzuweisen. Nach Abzug der in 1972 vom Bund als Finanzhilfe beizutragenden 636 Millionen DM würden von den Ländern rund 1,280 Milliarden DM für den Investitionsbedarf der Krankenhäuser aufzubringen sein. Da von den Ländern für 1972 an Finanzierungshilfen rund 1,07 Milliarden DM vorgesehen sind, und die Betriebszuschüsse der Gemeinden bis 1972 voraussichtlich noch über 400 Millionen DM betragen werden, ist auch unter Berücksichtigung der zusätzlichen Verpflichtungen, die sich aus der sogenannten „alten Last" ergeben können, nicht mit einer wesentlichen Mehrbelastung der Länder und Gemeinden in ihrer Gesamtheit durch die neue gesetzliche Regelung zu rechnen (wegen der Höhe der Finanzierungshilfen der Länder und Gemeinden vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage zur Krankenhausfinanzierung, S. 2 und 3). Dies gilt unter der Voraussetzung, daß die genannte Steigerungsrate durch die tatsächliche Entwicklung nicht wesentlich übertroffen wird. Diese Entwicklung wird für 1970 überprüft.

325. Für die Benutzer und ihre Kostenträger können je nach den örtlichen Verhältnissen unterschiedliche finanzielle Auswirkungen eintreten. So ist in Gebieten, in denen die Krankenhausversorgung durch Krankenhäuser mit einem günstigen Verhältnis zwischen Investitionskosten und Benutzungskosten geleistet wird, nicht mit einer Belastung durch den Übergang auf die neue gesetzliche Regelung zu rechnen; in manchen Fällen kann mit einer gewissen Entlastung gerechnet werden. Im übrigen wird bei ungünstigeren Relationen zwischen Investitionskosten und Benutzungskosten durch die von der Bundesregierung für notwendig gehaltene Übergangsregelung sichergestellt, daß die Mehrbelastung durch die gesetzbedingte Umstellung der Pflegesätze auf die Benutzungskosten eine Steigerungsrate von höchstens 7,5 v. H. des bei der Umstellung maßgebenden Pflegesatzes beträgt. Die gleiche Steigerungsrate würde auch für die folgenden Jahreszeiträume gelten. Insgesamt werden sich hierdurch die ggf. eintretenden Mehrbelastungen der Sozialversicherungsträger in einem Rahmen bis zu 170 Millionen DM jährlich halten. Die Mehrbelastung berücksichtigt eine gewisse Zunahme der Pflegetage und dürfte voraussichtlich 1974 auslaufen.

Nach Auffassung der Bundesregierung kann die Neuordnung der Krankenhausfinanzierung nicht bei der Bereitstellung öffentlicher Mittel und der Umstellung der Pflegesätze auf die Benutzungskosten stehenbleiben. Besondere Aufmerksamkeit muß vielmehr auch der Entwicklung der Benutzungskosten gewidmet werden. Die Zusammenhänge zwischen der stationären Versorgung der Bevölkerung und der übrigen gesundheitlichen Betreuung der Bevolkerung müssen stärker als bisher beachtet werden. Auf längere Sicht kann die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser nur dann Erfolg haben, wenn es gelingt, ein ausgewogenes Verhältnis zwischen allen Bereichen herzustellen, in denen Leistungen für die Gesundheit unserer Bevölkerung erbracht werden.

Krankenhausplanung und -struktur

326. Zwischen der Aufgabe der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Regelung der Pflegesätze, die durch die Grundgesetzänderung vom Mai 1969 dem Bund als konkurrierende Gesetzgebungszuständigkeit zugewiesen worden ist, und den Maßnahmen im Bereich der Krankenhausplanung und Krankenhausstruktur bestehen vielfältige und enge Wechselwirkungen. Fehlinvestitionen durch eine fehlende oder durch eine unzureichende Krankenhausplanung machen die Krankenhausversorgung zwangsläufig teurer. Mängel in der Krankenhausstruktur können erhebliche Rückwirkungen auf die Kosten des Krankenhausbetriebes haben. Treten derartige Mängel zugleich auf beiden Gebieten und nicht nur vereinzelt auf, so können sie die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser gefährden oder sogar unmöglich machen, wenn die sich hieraus ergebenden Belastungen weder für den Benutzer noch für sonstige Kostenträger oder die öffentliche Hand tragbar sind.

Die Krankenhausplanung muß die Maßnahmen zur Sicherung der Krankenhäuser, die auf Grund des Ge-

setzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser getroffen werden können, ergänzen. Das Ziel der Krankenhausplanung stimmt mit dem im Gesetzentwurf genannten Ziel, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten, überein. Hieraus ergeben sich bestimmte allgemeine Forderungen an die Krankenhausplanung, um die notwendige Koordinierung mit den zukünftigen Förderungsmaßnahmen für Krankenhäuser herzustellen. Die Bundesregierung hat bereits in ihrem Bericht über die Lage der Krankenanstalten festgestellt, daß die Krankenanstalten in Zukunft ihre Aufgabe nur dann zufriedenstellend erfüllen können, wenn im Bedarfsfalle jeder Bundesbürger unabhängig von seinem Wohnort und seiner sozialen Stellung die seinem speziellen Fall qualitativ und quantitativ entsprechende Behandlung in einer Krankenanstalt erhalten kann. Daraus ergibt sich für die Krankenhausplanung das Ziel, ein ausgewogenes, koordiniertes System von Krankenhäusern zu schaffen, die nach dem jeweiligen Stand der medizinischen Wissenschaft dem Patienten in zumutbarer Entfernung von seinem Wohnort die in seinem Fall erforderlichen Möglichkeiten zur stationären Krankenhausversorgung bereithalten. Hierbei wird weiter zu berücksichtigen sein, daß Größe und Ausstattung eines Krankenhauses in erheblichem Umfange seine Wirtschaftlichkeit beeinflußt. Bei einem abgestuften System von Krankenhäusern muß der Gefahr begegnet werden, daß Krankenhäuser, die nicht zur höchsten Versorgungsstufe zählen, zu zweitklassigen Krankenhäusern absinken. Die Umstrukturierung der Krankenhäuser ist ein langfristiger Prozeß. Ob und wieweit dieser Prozeß beschleunigt werden kann, hängt sehr stark von der Situation ab, in der sich die Krankenhausversorgung in den einzelnen Bundesländern befindet. Da in der Krankenhausversorgung der Bevölkerung durch den Übergang auf die von der Bundesregierung beabsichtigte neue gesetzliche Regelung keine Unterbrechung eintreten darf, werden in den Krankenhausplänen der Länder allein schon wegen der unterschiedlichen Ausgangslage differenziertere Regelungen notwendig werden. Jedoch sollte nach Auffassung der Bundesregierung auch bei Anerkennung der Notwendigkeit solcher differenzierteren Regelungen durch Koordinierung der Krankenhausplanung darauf hingewirkt werden, daß das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern nach einer Übergangszeit im gesamten Bundesgebiet und auf einem möglichst wirtschaftlichen Wege erreicht wird.

Aus der Sicht des Bundes sind darüber hinaus für eine optimale Krankenhausversorgung und für ein bedarfsgerecht gegliedertes System leistungsfähiger Krankenhäuser folgende Gesichtspunkte besonders bedeutsam:

327. Im Laufe einer allmählichen Umstrukturierung sollte der vorhandene Bettenbestand in Krankenhauseinheiten einer Größenordnung übergeführt werden, die nach modernen wissenschaftlichen Erkenntnissen die bestmögliche Versorgung der Patienten unter wirtschaftlichstem Einsatz der Mittel sichert. Damit werden Kleinstkrankenhäuser, soweit sie nicht speziellen Aufgaben dienen, im allgemeinen andere Aufgaben übernehmen können. Angesichts des hohen und zunehmenden Bedarfs an pflegerischen Einrichtungen, bieten sich hier neue Aufgaben an, mit denen diese Krankenhäuser in erheblichem Umfang auch zu einer Entlastung der Krankenhäuser von Pflegefällen beitragen können. In vielen Fällen wird sich auch eine echte Arbeitsteilung zwischen hochqualifizierten Krankenhäusern und Einrichtungen der Nachsorge anbieten. Von einer solchen Aufgabenverteilung ist zugleich eine Entlastung der Personallage der Krankenhäuser zu erwarten, da die derzeitige Überlastung dieses Personals auch darauf beruht, daß ihre Arbeitskraft häufig für Pflegefälle in Anspruch genommen wird. Auf dem Gebiet des psychiatrischen Krankenhauswesens zeichnet sich eine Entwicklung ab, die eine möglichst baldige Rückführung und Wiedereingliederung des Kranken in die Gesellschaft zum Ziel hat. An die Stelle der bisherigen isolierten Großkrankenhäuser außerhalb der Gemeinden, die lediglich der Verwahrung der Erkrankten dienten, werden in der künftigen Planung kleinere psychiatrische Krankenhäuser und psychiatrische Abteilungen in allgemeinen Krankenhäusern treten müssen, die in einer engeren räumlichen Beziehung zu den Gemeinden stehen.

Der Bau von zusätzlichen Krankenhausbetten sollte in der Regel nur dann erwogen werden, wenn der Bedarf nicht durch bessere Nutzung der vorhandenen Krankenhausbetten befriedigt werden kann. Möglichkeiten zur besseren Nutzung liegen in den bereits genannten Maßnahmen, die auch eine Dekkung der Kosten der stationären Versorgung der Kranken zum Ziele haben (Rationalisierung des Krankenhausbetriebes, Abkürzung der Verweildauer, Ausbau moderner halbstationärer Einrichtungen, wie z. B. den Tag- und Nachtkliniken in der Psychiatrie). Auch der Ausbau der Früherkennung von Krankheiten kann mittelbar zu einer Entlastung der Krankenhäuser führen, soweit es hierdurch gelingt, Krankheiten in einem Zustand zu erfassen, in dem ihre Behandlung keinen oder einen verkürzten Krankenhausaufenthalt erfordert.

Die Krankenhausplanung bedarf der Abstimmung mit der regionalen und überregionalen Strukturplanung. In gleicher Weise müssen aber auch überregionale Gesichtspunkte der Krankenhausversorgung berücksichtigt werden. Dies gilt insbesondere für solche Einrichtungen der Krankenhausversorgung, die infolge ihrer Spezialisierung einen Einzugsbereich haben, der sich auf das gesamte Bundesgebiet erstrecken kann.

Die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses wird in erheblichem Umfang auch durch seine innere Struktur beeinflußt.

328. Fragen der inneren Struktur sind in letzter Zeit in mehrfacher Hinsicht in das öffentliche Interesse gerückt. Sie betreffen vor allem Probleme der Beziehung zwischen Krankenhausträger und Krankenhauspersonal, zwischen Chefarzt und sonstigem ärztlichen Dienst sowie dem übrigen Pflegepersonal

und schließlich Probleme der Einordnung des Patienten in den Krankenhausbetrieb.

Für die Bundesregierung sind diese Probleme von besonderer Bedeutung, soweit sie Auswirkungen auf die Sicherung der Krankenhausversorgung haben können. Nach ihrer Auffassung steht auch bei diesen Fragen das Wohl des Patienten im Vordergrund. Die Bundesregierung begrüßt deshalb jede Bestrebung, die zu einer verbesserten Versorgung des Patienten führen kann. Sie ist sich darüber im klaren, daß die personelle Struktur eines Krankenhauses einen erheblichen Einfluß auf die Bereitschaft junger Ärzte und des übrigen Pflegepersonals zum Dienst im Krankenhaus haben kann. Für viele Patienten ist von besonderer Bedeutung, in welchem Umfang die Chancengleichheit bei der Krankenhausversorgung gewährleistet ist. Die Bundesregierung unterstützt jede Bestrebung, die neben einer objektiven Gleichbehandlung dem Patienten auch subjektiv die Sicherheit vermittelt, während seines Krankenhausaufenthaltes die bestmögliche Versorgung zu erhalten.

Das Ziel einer bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern kann nur erreicht werden in enger Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten, die für eine Krankenhausplanung und die Krankenhausstruktur verantwortlich sind und den für die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser zuständigen Stellen.

Spezialisierung (Zentren u. a.)

329. In der Bundesrepublik fehlt noch eine ausreichende Zahl von zentralen Einrichtungen für schwierige Behandlungen spezieller Erkrankungen (z. B. Herzoperationszentren). Zwar sind an vielen Universitätskliniken die materiellen Voraussetzungen zur Durchführung von offenen und geschlossenen Herzoperationen inzwischen gegeben. Aber erst an einigen Universitäten wurden selbständige herzchirurgische Abteilungen eingerichtet. Die Herzchirurgie wird meist noch im Rahmen der Allgemein-Chirurgie betrieben. An allen Universitätskliniken werden Operationen mit der Herz-Lungen-Maschine durchgeführt. Auf dem Gebiet der Kinder-Herzchirurgie besteht allerdings ein besonderer Engpaß.

Trotz der in letzter Zeit erfolgten Vermehrung der Operationsteams für geschlossene und offene Herzchirurgie stehen in der Bundesrepublik zur Zeit etwa 4 000 Patienten auf der „offenen" Warteliste, von denen 3 500 allein auf vier Herzzentren entfallen. Da für 1970 die Zahl der offenen Eingriffe mit etwa 2 750 Operationen angegeben wird, ist auch weiterhin mit einer echten Notlage zu rechnen.

330. Der gegenwärtige Mangel an Herzoperationszentren stellt ein Strukturproblem innerhalb der klinischen Medizin dar. Das gleiche gilt für Zentren mit künstlichen Nieren (Dialysezentren), Intensivpflegestationen und Spezialkliniken für die Behandlung Schädel- und Hirnverletzter. Nicht zuletzt auf Grund des raschen Fortschritts, den die Medizin auf verschiedenen Spezialgebieten gemacht hat, ist es zu Engpässen in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung auf diesen speziellen Gebieten gekommen. Die Therapie in den Krankenhäusern muß diesen neuen Behandlungsbereichen mit denen — früher hoffnungslos erkrankte — Patienten am Leben erhalten werden können, durch die Einrichtung neuartiger Behandlungsstätten Rechnung tragen.

Diese Erfordernisse, die weitgehend die Länderhaushalte belasten, sind nicht ausschließlich ein finanzielles, sondern auch ein personelles Problem. Die hochspezialisierten neuen Apparaturen verlangen vom ärztlichen und nichtärztlichen Personal Spezialkenntnisse, die nicht von heute auf morgen vermittelt werden können.

331. Nach Abstimmung mit der Deutschen Forschungsgemeinschaft sind vom Bund finanzielle Hilfen für Forschungen auf dem Gebiet der Dialysetherapie einschließlich der dafür erforderlichen Geräteanschaffungen gewährt worden. Diese relativ geringfügigen Mittel können jedoch die angespannte Situation der Dialysetherapie in der Bundesrepublik nicht grundlegend ändern. Da der Bund sich jetzt nach dem Hochschulbauförderungsgesetz auch am Neubau und Ausbau der Hochschulkliniken in Höhe von 50 % der Kosten beteiligt, darf erwartet werden, daß mit dieser größeren Hilfe auch die Notsituation auf einigen Spezialgebieten der klinischen Medizin schneller überbrückt werden kann. Auf Anregung des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit ist sowohl die Frage der Herzoperationszentren wie die Situation auf dem Dialyse-Sektor Verhandlungsgegenstand der Konferenzen der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder gewesen mit dem Ziel, die Länder zu verstärkten Maßnahmen auf diesen Gebieten aufzurufen.

332. Die Zunahme der operativen Organübertragungen hat dem Problem des raschen und sicheren Organtransports und der Testung von Organen und Seren in Zentrallaboratorien eine ausschlaggebende Bedeutung zugewiesen. Die Bundesregierung ist der Meinung, daß der Austausch von Organen und Seren zur Bestimmung der Gewebeverträglichkeit durch eine verbesserte Zusammenarbeit und Abstimmung zwischen den mit Transplantationen arbeitenden deutschen Kliniken erleichtert werden kann. Sie wird zum Wohle der angesprochenen Kranken alle Bestrebungen unterstützen, die den Abbau verwaltungstechnischer oder organisatorischer Schwierigkeiten beim Austausch von Seren und Organtransplantaten, auch über die Grenzen der Bundesrepublik Deutschland hinweg, zum Ziel haben.

Eine finanzielle Unterstützung der Transplantationszentren ist dem Bund gegenwärtig nur im Rahmen der für Hochschulkliniken vorgesehenen Baumittel möglich.

Die Bundesregierung hält eine enge Zusammenarbeit der deutschen Zentren für erstrebenswert, damit eine schnellere Hilfeleistung erzielt wird; sie ist bereit, konkrete Vorschläge zur Gründung eines nationalen Komitees zu unterstützen.

Giftinformations- und Behandlungszentren in Krankenhäusern

333. Die zu beobachtende Zunahme von Vergiftungsfällen, vor allem im häuslichen Bereich, veranlaßte die Bundesregierung zu zweierlei Maßnahmen:

1. eine Dokumentationszentrale für alle im Verkehr befindlichen Gifte und gifthaltigen Zubereitungen zu errichten und
2. die Errichtung bzw. den Ausbau von Giftinformations- und Behandlungszentren den Ländern vorzuschlagen.

Die Dokumentationszentrale, die beim Bundesgesundheitsamt eingerichtet wurde, erfaßte zunächst alle Haushaltsreinigungs- und -pflegemittel. Diese Mittel wurden in der Erfassung bevorzugt, weil es bislang keine Deklarationspflicht für deren Bestandteile gibt. Die Dokumentation wurde sodann auf alle Pflanzenschutzmittel ausgedehnt und soll sich nunmehr auch auf Arzneimittel erstrecken. Unter Mitwirkung einer Kommission von Sachverständigen wird eine Kartei erstellt, die Angaben über Art der gefährlichen Bestandteile und therapeutische Maßnahmen im Vergiftungsfall enthält. Diese Kartei dient als Unterlage zur Erteilung von Auskünften durch die von den Ländern eingerichteten Informationszentren. Die Informationszentren sind Tag und Nacht telefonisch erreichbar und geben im Vergiftungsfall dem behandelnden Arzt spezifische Ratschläge. Die Informationszentren sind grundsätzlich in Krankenhäusern eingerichtet, die gleichzeitig über eine Intensiv-Behandlungsstation verfügen, deren Ärzte bereits Erfahrungen in der Behandlung von Vergiftungen aufweisen.

Die Kartei, gestützt auf die Erfahrungen in den Behandlungszentren, deren Leiter in bestimmten Zeitabständen zum Erfahrungsaustausch zusammenkommen, ist einer laufenden Kontrolle der Sachverständigenkommission unterworfen, um sie den gewonnenen wissenschaftlichen Erkenntnissen anzupassen. Darüber hinaus findet eine ständige Ergänzung statt. Bezüglich der Einrichtung der Behandlungszentren hat die Sachverständigenkommission Richtlinien für die sachliche und personelle Ausstattung aufgestellt. Die Länder sind bemüht, diesen Erfordernissen nachzukommen.

Kliniken für Diagnostik

334. Als eine interessante Ergänzung im Grenzbereich zwischen stationärer und ambulanter Versorgung der Bevölkerung sind im Verlauf der letzten Jahre auch in der Bundesrepublik Kliniken für Diagnostik entstanden, die Einrichtungen im Ausland — vor allem in den USA — entsprechen. Die Kliniken dienen der Stellung der Diagnose unter Beteiligung aller medizinischen Fachbereiche. Da die Kosten der umfassenden Untersuchungen hier naturgemäß hoch liegen, ist die Einbeziehung gesetzlich Krankenversicherter in die Klientel einer großen Diagnostikklinik Gegenstand von Erörterungen zwischen dem Leistungserbringer und den Kostenträgern. Die Bundesregierung wird darum bemüht sein, daß neue institutionelle Entwicklungen in diesem Bereich in ihrer Effizienz sorgfältig ausgewertet und darauf geprüft werden inwieweit sie der gesamten Bevölkerung nutzbar gemacht werden sollen.

Ambulante Medizin

335. Mehr als die Hälfte der Ärzte in der Bundesrepublik ist freipraktizierend tätig. Die übrigen Ärzte üben ihren Beruf als leitende oder angestellte Krankenhausärzte, in Lehre und Forschung an Universitäten und wissenschaftlichen Instituten, als Medizinalbeamte im öffentlichen, staatlichen oder kommunalen Dienst, als Werksärzte, als wissenschaftliche Mitarbeiter in der pharmazeutischen Industrie oder als Sanitätsoffiziere in der Bundeswehr aus. Etwa vier Fünftel der Krankenhausärzte sind in nachgeordneter, ein Fünftel in leitender Funktion tätig. Die Mehrzahl der in den Krankenhäusern beschäftigten Ärzte strebt nach der Assistentenzeit die Niederlassung in eigener freier Praxis als praktischer Arzt oder Facharzt an.

Sicherung der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung

Die ambulante ärztliche Versorgung liegt fast ausschließlich in der Hand der freipraktizierenden Ärzte. In den letzten 15 Jahren macht sich ein zunehmender Trend zur Spezialisierung bemerkbar, der infolge der relativen Verringerung der Zahl der praktischen Ärzte erhebliche Probleme aufwirft.

Die größere Lebenserwartung, die Überalterung der praktischen Ärzte und die gestiegenen Ansprüche der Bevölkerung wirken sich zunehmend auch auf dem Sektor der ambulanten ärztlichen Versorgung der Bevölkerung aus.

Der zur Zeit erst punktuell und zunächst auch nur in ländlichen und Stadtrandgebieten zu Tage tretende Mangel an Ärzten, insbesondere an praktischen Ärzten, wird zunehmen. Die verbesserte Ausbildung von mehr Ärzten wird zwar die Situation entschärfen, reicht aber allein als Maßnahme nicht aus, um den zukünftigen Anforderungen zu entsprechen. Auch die ärztliche Praxis muß — was die technische Seite des Berufs betrifft — rationeller, d. h. zeit- und kräftesparender, gestaltet werden. Die Bildung von Gruppenpraxen kann hierzu beitragen, weiterhin die Verbesserung des Informationsflusses zwischen allen an der Versorgung eines Kranken beteiligten Stellen. Dadurch könnte Doppelarbeit vermieden werden.

336. Da fast 90 % der Bevölkerung der gesetzlichen Krankenversicherung angehört, macht sich der regionale Mangel an praktischen Ärzten besonders bei der kassenärztlichen Versorgung bemerkbar. Die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung obliegt den kassenärztlichen Vereinigungen. Die ärztliche Selbstverwaltung ist bemüht, zur Verbesserung und Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Ver-

sorgung auf dem Lande und in Stadtrandgebieten neue Wege zu beschreiten. Durch Darlehen an Ärzte soll der Aufbau eines Modells für eine Gruppenpraxis auf dem Lande gefördert werden. Eine kassenärztliche Vereinigung hat beschlossen, angesichts der guten Erfahrungen bei der Besetzung von dringend erforderlichen Landarztsitzen die hierfür vorgesehenen Umsatzgarantien an junge Ärzte bis zum 31. Dezember 1972 zu verlängern und nicht benötigte finanzielle Mittel für den Bau eines Landarztzentrums einzusetzen.

Mit der Frage des Mangels an praktischen Ärzten insbesondere auf dem Lande und mit den erforderlichen Maßnahmen zur Behebung der angespannten Situation hat sich auch der Bundesgesundheitsrat im März 1970 befaßt und ein Votum abgegeben. Ferner berät die Sachverständigenkommission zur Weiterentwicklung der sozialen Krankenversicherung über Probleme der langfristigen Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung auf dem Lande und in Stadtrandgebieten.

Die Bundesregierung stellt Zinszuschüsse für Darlehen zur Verfügung, die der Gründung oder Festigung freiberuflicher Existenzen, darunter für Ärzte, dienen. Ferner werden Bürgschaften für Kredite übernommen, die Angehörige freier Berufe zur Begründung oder Festigung selbständiger Tätigkeit aufnehmen.

Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder hat im Oktober 1970 eine Entschließung zur Behebung des Mangels an praktischen Ärzten, insbesondere auf dem Lande, verabschiedet. Dabei wird darauf hingewiesen, daß im Falle eines Scheiterns aller Bemühungen um eine ausreichende ärztliche Versorgung der Bevölkerung geprüft werden müsse, wie diese Versorgung durch weitere gesetzliche Maßnahmen sichergestellt werden kann.

Ärztliches Gebührenrecht

337. Die aufgrund einer Ermächtigung in der Bundesärzteordnung von 1961 erlassene Gebührenordnung für Ärzte war bereits in der amtlichen Begründung ausdrücklich als eine Übergangsregelung bezeichnet worden. Einer der Beteiligten, die Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern) hat in der Zwischenzeit detaillierte Vorschläge für eine umfassende neue Gebührenordnung vorgelegt und hat darauf gedrängt, daß die Bundesregierung so schnell wie möglich eine grundlegende Neuordnung des ärztlichen Gebührenrechts vorlegt. Dies ist jedoch nur in engstem Benehmen mit allen Beteiligten, insbesondere mit den Sozialleistungsträgern möglich. Dabei sind gesundheitspolitische, wirtschafts- und sozialpolitische Überlegungen sorgfältig aufeinander abzustimmen. Die Beratungen einer dafür eingesetzten Sachverständigenkommission dauern an.

Im übrigen wird im Zuge der laufenden Beratungen über eine Neuordnung des ärztlichen Gebührenrechts geprüft, ob durch Verbesserungen der Gebührenstruktur einigen der gegebenen Schwierigkeiten bei der ärztlichen Praxisausübung auf dem Lande entgegengewirkt werden kann.

Entwicklung von Diagnostik und Therapie

338. In gleichem Maße wie sich die Weiterentwicklung in der gesamten Wissenschaft vollzieht, schreitet die Entwicklung von Diagnostik und Therapie rasch voran. Sie macht naturgemäß im Bereich der jungen Randgebiete der medizinischen Wissenschaft die größten Fortschritte. In immer stärkerem Maß nimmt auch die Öffentlichkeit an diesem Prozeß Anteil. So haben Organtransplantationen und künstliche Organe, künstliche Nieren und moderne orthopädische Hilfsmittel Interesse hervorgerufen.

Einzelne Entwicklungen, wie die Übertragung menschlicher Organe von lebenden Spendern oder Verstorbenen auf einen Empfänger, werfen ethische und rechtliche Probleme auf und stellen somit den Staat vor die Entscheidung, entweder gesetzliche Regelungen zu treffen oder berufsständischen Vorschriften den Vorzug zu geben. Im gegenwärtigen Stadium der Transplantationschirurgie glaubt die Bundesregierung nach eingehenden Beratungen mit Experten auf eine besondere gesetzliche Regelung noch verzichten zu sollen. Die weitere Entwicklung der therapeutischen Verfahren wird jedoch eine ständige Überprüfung dieses Standpunktes erforderlich machen.

339. Bei der Übertragung von Organen eines Spenders auf einen menschlichen Empfänger hat sich die Einrichtung von überregionalen Schaltstellen zur Sammlung und Verteilung von Organen sowie deren Testung auf Eignung als erforderlich erwiesen. Dies trifft insbesondere auf die schon weit fortgeschrittene diagnostische und therapeutische Technik der Nierentransplantation zu. Mit der Gründung von „Eurotransplant" wurde in den Niederlanden das technische Problem in Angriff genommen, schnellstmögliche Spender zu finden und das Organ dem Patienten zuzuführen. Eurotransplant gehören zur Zeit fünf Länder an: die Niederlande, Belgien, Österreich, die Schweiz und die Bundesrepublik. Eine Zusammenarbeit besteht mit ähnlichen Organisationen in Großbritannien, Skandinavien, Italien, Frankreich und Spanien. Seit der Gründung im Mai 1968 sind durch die Vermittlung von Eurotransplant etwa 250 Nierenverpflanzungen vorgenommen worden. Allein im Jahre 1970 wird mit weiteren 250 Transplantationen gerechnet.

Die Bundesregierung wird im Interesse der betroffenen Kranken alle Bestrebungen unterstützen, die einen Abbau organisatorischer oder verwaltungsmäßiger Schwierigkeiten beim Austausch von Organtransplantaten und Seren, auch über die Grenzen der Bundesrepublik Deutschland hinweg, zum Ziele haben. Eine finanzielle Unterstützung der Transplantationszentren ist dem Bund gegenwärtig nur im Rahmen der für Hochschulkliniken vorgesehenen Baumittel möglich.

340. Als eines der jüngsten Fachgebiete der Medizin beansprucht die Biomedizin besondere Aufmerksamkeit.

Mit dem Förderungsprogramm „Neue Technologien" der Bundesregierung richten sich die Planungen und Maßnahmen im Bereich der biomedizinischen Technik vorwiegend an die Industrieforschung. Daneben wird der interdisziplinär auszurichtenden Ausbildung und Weiterbildung von Medizinern, Ingenieuren und Naturwissenschaftlern besondere Aufmerksamkeit zukommen. Die geplanten und begonnenen Förderungsmaßnahmen zur Technologie betreffen im wesentlichen die Bereiche Diagnostik und Therapie, künstlicher Organersatz und Prothetik. Das Projekt eines vollimplantierbaren künstlichen Herzens wird in Abstimmung mit der Deutschen Forschungsgemeinschaft in der Planung verfolgt. Zur Abstimmung der verschiedenen Maßnahmen des Bundes zur Förderung der Forschung im Bereich der Prothetik wurde eine interministerielle Arbeitsgruppe eingerichtet.

Andere Impulse für die Entwicklung der diagnostischen Technik in der Medizin gehen von der bemannten Raumfahrt aus. Sie hat der Beobachtung der Lebensfunktionen und der Erfassung feinster Veränderungen neue — breit anwendbare — technische Mittel der Elektrokardiographie, Laboratoriumstechnik, Isotopendiagnostik, des Ultraschalles usw. verschafft.

Parallel dazu hat die Entwicklung der Computer-Technik der Gewinnung und Verarbeitung medizinisch-diagnostischer Meßwerte neue Wege eröffnet. Große Mengen von Meßwerten oder Daten können in früher unvorstellbar kurzer Zeit verarbeitet werden. Allerdings stehen überaus hohe Kosten einer allgemeinen Anwendung noch entgegen. Hinderlich ist auch noch der Mangel an qualifizierten Fachkräften, insbesondere für die medizinische Datenverarbeitung.

Im Rahmen des Programms des Bundesministers für Bildung und Wissenschaft zur Förderung der Forschung und Entwicklung auf dem Gebiet der Datenverarbeitung wird das Projekt „Datenverarbeitung in der Medizin" durchgeführt. In diesem Projekt werden aufeinander abgestimmte Forschungs- und Entwicklungsarbeiten mit dem Ziel gefördert, Methoden und Programmsysteme bereitzustellen, um Datenverarbeitungsanlagen zur Leistungssteigerung im Bereich der Medizin einsetzen zu können. Die Schwerpunkte der Arbeiten liegen auf den Gebieten der medizinischen Meßdatenerfassung, -aufbereitung und -verarbeitung, der automatischen Überwachung Schwerkranker zur Früherkennung von Gefahrensituationen und ungünstigen Krankheitsverläufen sowie in der Anwendung der Datenverarbeitung als Hilfsmittel der medizinischen Diagnostik. Die gewonnenen Erkenntnisse werden sowohl in Kliniken als auch bei frei praktizierenden Ärzten anwendbar sein.

341. Von besonderer Bedeutung ist die Datenverarbeitung für das moderne Krankenhaus. Es benötigt ein Informationswesen, das nicht nur die Abrechnung, also die Kontrolle der Einnahmen und Ausgaben, erfaßt, sondern darüber hinaus medizinische und alle zur Information und Kommunikation notwendigen Daten innerhalb des einzelnen Krankenhauses. Aber auch zwischen dem Krankenhaus und seiner unmittelbaren Umwelt, d. h. dem Krankenhaus- und Gesundheitswesen soll das Datenverarbeitungssystem die Verbindung halten.

Aus Veröffentlichungen *) geht hervor, daß es gegenwärtig lediglich in 14 Krankenhäusern größere Computer, in 41 kleine EDV-Anlagen gibt. Außer diesen 54 Krankenhäusern mit eigenen Anlagen gibt es noch weitere 138, die in außenstehenden Rechenzentren ihre Unterlagen bearbeiten lassen. Demnach sind von den 3 640 Krankenhäusern im Jahre 1970 immer noch über 96 % nicht in der Lage die Hilfeleistungen der Computer in Anspruch zu nehmen. Allein die zu erwartende Kostenentwicklung im Krankenhauswesen wird den Einsatz von EDV-Anlagen rechtfertigen.

Die Kosten des EDV-Einsatzes im Krankenhaus sind je nach Verwendungszweck unterschiedlich hoch: Wenn in den 2 500 Akut-Krankenhäusern, die über rund 425 000 Betten verfügen, Kleincomputer für das interne Rechnungswesen installiert werden, ergäben sich Jahreskosten in Höhe von 120 bis 240 Millionen DM. Pro Pflegetag wäre das eine Belastung von 0,80 bis 1,60 DM. Wenn jeweils 3 bis 4 Krankenhäuser ein Rechenzentrum mittlerer Größe erhielten, läge die Gesamtbelastung bei 150 bis 225 Millionen DM (1,00 bis 1,50 DM pro Pflegetag).

Großrechenzentren für jeweils 100 Krankenhäuser wären mit nur 90 Mio DM Jahresaufwand am kostengünstigsten (0,60 DM pro Pflegetag).

Doch die EDV-Kostenquote von 0,75 bis 2,0 % der Selbstkosten würde auf nicht weniger als 15 % steigen, wenn auch die Diagnostik, die Therapie und das Management in die Benutzung der EDV-Anlagen einbezogen wurden. In diesem Fall müßte mit einem jährlichen Mehraufwand von nicht weniger als 1,8 Mrd. DM oder zusätzlich 12 DM pro Pflegetag gerechnet werden.

Berufskrankheiten

342. Als Berufskrankheiten im Sinne der Reichsversicherungsordnung (RVO) gelten solche Krankheiten, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre Arbeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind.

In der Anlage zur geltenden Siebenten Berufskrankheiten-Verordnung (7. BKVO) sind insgesamt 47 Berufskrankheiten aufgeführt. Darüber hinaus besteht für die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im Einzelfall die Möglichkeit, eine Krankheit, die nicht in der Berufskrankheiten-Liste steht, die aber bestimmte Voraussetzungen erfüllt, wie eine Berufskrankheit zu entschädigen. Dieses sog. Misch-

*) V. Internationales Krankenhaussymposium in Düsseldorf 1970

system hat sich bewährt und wurde von der EWG-Kommission den übrigen Mitgliedstaaten zur Anwendung empfohlen. Sein Vorteil liegt insbesondere darin, daß es ermöglicht, bei Gesundheitsschäden infolge der Einwirkung neueingeführter Arbeitsstoffe den berechtigten Ansprüchen des davon betroffenen Versicherten Rechnung zu tragen.

Auf Veranlassung der Bundesregierung werden laufend Forschungsaufträge vergeben, deren Ziel es ist, eventuell bestehende ursächliche Zusammenhänge zwischen bestimmten Krankheiten und bestimmten beruflichen Beschäftigungen aufzuklären. Die Ergebnisse solcher Untersuchungen werden dann in der Berufskrankheiten-Verordnung berücksichtigt.

Die Zahlen der pro Jahr angezeigten und der erstmals entschädigten Berufskrankheiten zeigen deutlich eine rückläufige Tendenz. Die Bundesregierung ist im Zusammenwirken mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung bemüht, durch geeignete medizinische und technische Maßnahmen diesen Rückgang zu intensivieren.

Hilfe für psychisch Kranke

343. Das Leben in der heutigen Gesellschaft überfordert oft die Menschen bis über die Grenzen ihrer seelisch-geistigen Kräfte hinaus, so daß psychische Störungen zunehmen. Über 10 % der Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland, d. h. über 6 Millionen Menschen bedürfen mindestens einmal im Leben einer ambulanten oder stationären psychiatrischen Versorgung. Da unbestritten ist, daß die Situation der psychisch Kranken in unserer Gesellschaft unbefriedigend ist, und zwar sowohl bezüglich der Beurteilung ihrer Krankheit durch die gesunden Menschen, als auch bezüglich der Möglichkeiten der Behandlung und der sozialen Wiedereingliederung, ist es eine der dringlichsten Aufgaben der Gesundheitspolitik, eine Verbesserung der Behandlung, Beratung und Betreuung von psychisch Kranken zu schaffen.

Die Bundesregierung hat keine Möglichkeit, bundeseinheitlich durch ein besonderes Gesetz die psychiatrische Versorgung der Bevölkerung umfassend zu regeln. Eine in der vorigen Legislaturperiode angestrebte Grundgesetzänderung durch die der Bund auch auf diesem Gebiet hätte tätig werden können, konnte leider nicht durchgesetzt werden. So kann der Bund lediglich überregionale Modelleinrichtungen fördern.

344. Die Bundesregierung will jedoch entsprechend dem gegenwärtig dem Deutschen Bundestag vorliegenden Antrag (Drucksache VI/474) eine umfassende Untersuchung über die psychiatrisch-psychohygienische Versorgung der Bevölkerung durchführen und dem Bundestag einen Bericht hierüber vorlegen, der die Situation der Psychiatrie in der Bundesrepublik im einzelnen darlegen und die für eine Reform erforderlichen Erläuterungen bringen wird.

Ohne diesem Bericht vorzugreifen, kann schon jetzt gesagt werden, daß durch Kombination neuartiger Pharmaka, sozial-therapeutischer, ambulanter, halbstationärer und stationärer Maßnahmen, eine Umgestaltung der psychiatrischen Einrichtungen sowie durch Änderung der Einstellung der Gesellschaft gegenüber dem psychisch Kranken eine wesentlich größere Aussicht für eine erfolgreiche Rehabilitation als früher besteht.

Notwendig ist die verstärkte Aufklärung der Öffentlichkeit über psychische Leiden, um zu einem Abbau des Mißtrauens und der Vorurteile gegenüber dem psychisch Kranken aber auch gegenüber den psychiatrischen Institutionen zu kommen. Nur wenn es gelingt, Verständnis für emotionale Probleme zu wecken, und eine Hilfsbereitschaft auch bei sozial abweichendem Verhalten zu fördern, wird es möglich sein, die durch die modernen medizinischen Erkenntnisse gegebenen Möglichkeiten voll zu nutzen. Von Bedeutung ist auch die Intensivierung der präventiven psychiatrischen Frühbehandlung, durch die möglichst frühzeitig eine Erkennung und Behandlung mit modernen Methoden erreicht werden soll. Dadurch kann bereits im Konfliktstadium verhindert werden, daß seelische Fehlhaltungen entstehen oder seelische Leiden chronisch werden. Eine solche Behandlung kann die Unterbringung von psychisch Kranken auf längere Zeit oder sogar für dauernd vermeiden. Sie setzt jedoch ein Anwachsen der Behandlungsbereitschaft und auch eine Vermehrung des speziell ausgebildeten Personals in geeigneten Einrichtungen voraus.

Bei der Unterbringung von psychisch Kranken wurde früher im wesentlichen von vorbeugenden polizeilichen Gesichtspunkten ausgegangen. Demgegenüber sind bereits in einigen Bundesländern Gesetze erlassen worden, die nunmehr moderne fürsorgerische Gesichtspunkte besonders berücksichtigen.

Psychiatrische Krankenanstalten gehen in zunehmendem Maße von der bloßen Pflege und Unterbringung zur Anwendung gezielter therapeutischer Maßnahmen über. Die Bundesregierung hat ihre Auffassungen über psychiatrische Einrichtungen in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage dargelegt (Drucksache V/3908). Sie stellt für Teilbereiche moderne psychiatrische Versorgung dar.

Gesundheitshilfe für alte Menschen

345. Unser Jahrhundert, das als das des Kindes begann, wird als „das Jahrhundert der älteren Menschen" ausklingen. Der Prozentsatz der Menschen über 65 Jahre an der Gesamtbevölkerung hat in den letzten Jahrzehnten erheblich zugenommen. 1910 betrug er im Reichsgebiet 5,0 %, 1968 im Bundesgebiet 12,8 %. Die durch das Steigen des Anteils alter Bürger und durch die Veränderungen der Lebensbedingungen in unserer hochindustrialisierten Umwelt aufgeworfenen Probleme werden voraussichtlich noch drängender in den nächsten Jahren, da der relativ größte Anteil der über 65jährigen an der Ge-

samtbevölkerung erst um 1980 erwartet und dann auf etwa 14,5 % geschätzt wird (siehe Nr. 11).

Die Bundesregierung hat in ihrer Regierungserklärung versprochen, für die Mitbürger zu sorgen, die trotz Hochkonjunktur und Vollbeschäftigung durch ihr Alter Gefahr laufen, im Schatten leben zu müssen. Bei der Entwicklung einer wirksamen Altenhilfe ist der Staat auf die Erkenntnisse der Gerontologie angewiesen. Diese Wissenschaft, die sich vor allem aus den Teilgebieten Altersmedizin (Geriatrie), -Physiologie, -Psychologie und -Soziologie zusammensetzt, steckt in der Bundesrepublik Deutschland noch in den Anfängen und bedarf dringend der Förderung durch staatliche Stellen. Im Bereich des Gesundheitswesens wurden daher Gutachten und Untersuchungen u. a. über Rehabilitationsmöglichkeiten für alte Menschen veranlaßt. Ein Teil dieser Gutachten wurde in der vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit herausgegebenen Schrift „Die Gesundheit im Alter" 1968 veröffentlicht. Sie befassen sich mit der körperlichen Gesundheit älterer Menschen, den psychischen Gesundheitsproblemen im höheren Lebensalter, den Problemen der Unterbringung sowie der medizinischen und sozialen Betreuung alter Menschen, epidemiologischen Studien der älteren Bevölkerung und dem Altern als soziales Schicksal. Soziologische Untersuchungen haben Licht in ihre gesellschaftliche Stellung gebracht. Diese Forschungen und Untersuchungen müssen intensiviert und besser als bisher ausgewertet und für die Praxis nutzbar gemacht werden.

Dazu sind auch Lehrstühle für Gerontologie und Geriatrie einzurichten, wie sie in anderen Ländern bereits bestehen. Auf dem Gebiet der Altersmedizin gibt es in der Bundesrepublik Deutschland im Hochschulbereich vorerst nur Ansätze, die ausgebaut werden sollten. Von Anfang an ist dafür zu sorgen, daß neben der medizinischen und biologischen Seite in einem gerontologischen Institut zumindest auch die Psychologie und die Soziologie vertreten sind.

Erst diese interdisziplinäre Arbeit unter Einbeziehung der juristischen, technischen und pädagogischen Fragestellungen wird der umfassenden Problematik des alten Menschen gerecht. Wesentliche Fortschritte in der Gerontologie und Geriatrie werden nur mit erheblichen finanziellen Mitteln zu erreichen sein. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit hat daher 1969 vorgeschlagen, einen geriatrischen Sonderforschungsbereich einzurichten.

346. Menschen, die ein hohes Alter erreichen, sind, insbesondere wenn sich mit dem Alter größere Funktionsverluste oder Behinderungen eingestellt haben, auf ein breites Angebot medizinischer und sozialer Hilfen angewiesen. Diese Hilfen sollten nicht nur Einzelfallhilfen nach dem Bundessozialhilfegesetz für alte Menschen beinhalten, sondern auch Maßnahmen und Einrichtungen umfassen, die der Gesamtheit der alten Menschen zugute kommen.

Es wird angestrebt, daß der alte Mensch solange wie möglich ein aktives und selbständiges Leben führen kann unter Beibehaltung seiner gewohnten Lebensumstände und unter Vermeidung gesellschaftlicher Isolierung.

Das bedingt, daß die älteren Mitbürger über gesundheitliche Fragen so unterrichtet werden, daß sie ihre Lebensführung (Wohnung, Hygiene, Ernährung, körperliche Betätigung, Hobbies) danach einrichten können. Gleiches gilt für die Aufklärung der Personenkreise, die in der Familie oder in Einrichtungen zur Altenpflege für die Versorgung der älteren Menschen zuständig sind. Die Bundesregierung hat für diesen Zweck Filmvorhaben gefördert sowie hohe Auflagen von Broschüren zur Verteilung gebracht.

Ein wichtiges Ziel der gesundheitlichen Aufklärung und Vorsorge für ältere Menschen ist die frühzeitige Bekämpfung von Folgeerscheinungen des Alterns, insbesondere der Zivillisationskrankheiten des Kreislaufes und des Bewegungsapparates. Vorsorgeuntersuchungen und -maßnahmen sollen vermehrt durchgeführt werden, um die gesundheitliche Situation älterer Menschen zu verbessern und die Frühinvalidität einzuschränken.

Seit 1968 werden aus Bundesmitteln zur Förderung gesellschaftspolitischer Maßnahmen für die ältere Generation Einrichtungen und Maßnahmen mitfinanziert, die geeignet sind, die Situation der älteren Generation zu verbessern. Hierunter fallen Starthilfen für Modellvorhaben von überregionaler Bedeutung, damit dort neue Konzeptionen der Altenhilfe entwickelt werden, z. B. Einrichtungen für Altenbegegnungs- und Altentagesstätten, Einrichtungen für Pflegebedürftige, Institutionen und Maßnahmen zur Rehabilitation alter Menschen im weitesten Sinne, Einrichtungen oder Erweiterungen von Pflege- und Hilfsdiensten, Errichtung von Altenberatungsstellen. Hierzu gehören auch Förderung von altersgerechten Institutionen der Erholung, von Maßnahmen zur Vorbereitung auf den Ruhestand, Finanzierung von Großdruckbüchern und Filmen über spezielle Altenprobleme. Diesem Ziel dient außerdem die finanzielle Förderung zweier geriatrischer Modellkliniken, die eine Möglichkeit bieten, neue und vorbildliche Wege in der medizinischen Rehabilitation alter Menschen zu beschreiten, besonders durch Anregungen, wie durch aktivierende Betreuung der alte Mensch aus der Passivität des Patienten herausgeführt werden kann (siehe auch Tz. 351).

Dem Wunsch der meisten alten Menschen nach Selbständigkeit und eigener Haushaltsführung trägt der Bund auch Rechnung durch Vergabe von Darlehn an die Bundesländer zur Förderung des Wohnungsbaues für alte Menschen.

347. Um das Verbleiben in der eigenen Wohnung auch dann zu ermöglichen, wenn die körperlichen Kräfte nachlassen, wurde — meist auf Initiative von Wohlfahrtsorganisationen, kirchlichen, kommunalen und privaten Stellen — eine Reihe von Hilfsdiensten eingerichtet, u. a. „Essen auf Rädern", gemeinsamer Mittagstisch, Besuchsdienste, Nachbarschaftshilfen und Hauspflegedienste. Die hierfür eingesetzten Hauspflegerinnen übernehmen im Auftrag einer Wohlfahrtsorganisation oder einer Kommune, bei der sie angestellt sind, die persönliche Pflege des alten Menschen, bei Bedarf auch einfache Krankenpflege und Führung des Haushalts. Ist der alte Mensch nicht in der Lage, diesen Dienst zu bezahlen, treten Sozialleistungsträger ein.

Nach diesem Gesetz wird als Hilfe zur Pflege auch eine finanzielle Unterstützung gewährt, wenn Angehörige die Pflege eines pflegebedürftigen alten Menschen übernehmen. Ein Ausbau dieser Hilfen ist dringend erforderlich. Hierbei steht die Personalfrage im Vordergrund. Der Mangel an geeigneten Mitarbeitern in der Altenhilfe erfordert eine Ermittlung ihrer beruflichen Situation unter Berücksichtigung ihrer besonderen Belastung und die Erarbeitung von Vorschlägen für ihre Gewinnung, Aus- und Fortbildung, Besoldung und Betreuung. Die Verbände der freien Wohlfahrtspflege und Frauenverbände haben eigens Ausbildungsstätten für Hauspflegerinnen, Altenpflegerinnen und Dorfhelferinnen geschaffen. Der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge hat Ausbildungs- und Prüfungsordnungen ausgearbeitet. Einzelne Länder haben solche Berufe bereits staatlich anerkannt. Hilfen zur Finanzierung der Ausbildung zu Haus- und Familienpflegerinnen sowie zu Dorfhelferinnen werden auf Grund der die Förderung der Ausbildung regelnden Bundesgesetze zur Verfügung gestellt.

Die Unterbringung alter Menschen, die nicht mehr in ihrer Wohnung verbleiben wollen oder können, stößt wegen der zu geringen Zahl von Heim- und Pflegeplätzen oft auf Schwierigkeiten. Der Grund liegt einerseits im Personalmangel, andererseits in der zu geringen Zahl von Heimneubauten, die mit dem Bedarf nicht Schritt hält. Wenn auch in den letzten Jahren das Angebot an Pflegebetten erheblich vergrößert worden ist, so reichen sie doch bei weitem nicht aus. Die Bundesregierung versucht, bei der Ausgestaltung der Institutionen durch Gewährung von Mitteln für die Erprobung neuer technischer Einrichtungen beim Bau von Altenheimen und von Pflegestationen im Anschluß an Altenheime zu helfen.

Die angeschnittenen Probleme erfordern zusätzlich zu den Maßnahmen der Länder, Kommunen und Verbände der freien Wohlfahrtspflege weitere Hilfen des Bundes. Die Bundesregierung wird dabei die Erfahrungen des Auslandes und Empfehlungen internationaler Gremien, wie des Europarates über die Rehabilitation alter Menschen verwerten. Wertvolle Hilfe kann ihr der Beirat für Fragen der älteren Generation leisten. Die gesellschaftspolitischen Maßnahmen des Bundes für die ältere Generation sollen insbesondere auf den Gebieten der Forschung, der finanziellen Förderung und der Gesetzgebung in einem besonderen Programm zusammengefaßt und erläutert werden.

Notfallrettungsdienst

348. Im Laufe eines Jahres ereignen sich ca. 1 Million Verkehrsunfälle, bei denen etwa 500 000 Menschen z. T. lebensgefährliche oder zur Invalidität führende Verletzungen erleiden und bei denen ca. 17 000 Tote zu beklagen sind.

Bereits im ersten Quartal des Jahres 1970 ist die Zahl der tödlich Verletzten gegenüber dem gleichen Zeitraum des Vorjahres um 24 % gestiegen. Mit zunehmender Dichte an Kraftfahrzeugen im kommenden Jahrzehnt ist mit einer entsprechend größeren Zahl von Verkehrsopfern zu rechnen.

Die Verkehrsopfer sind jedoch nur ein kleiner Teil der „Notfallpatienten", die Tag für Tag in unsere Krankenhäuser eingeliefert werden. Zu diesen gehören vielmehr noch die vielen Opfer anderer, auch häuslicher, Unfälle sowie die von plötzlich auftretenden lebensbedrohenden Krankheitszuständen Betroffenen. Insgesamt sterben von diesen „Unfallpatienten" in der Bundesrepublik Deutschland jährlich etwa 200 000 Menschen. Nach maßgeblicher ärztlicher Auffassung wären durch gezielte Hilfsmaßnahmen am Ort des Geschehens und während des Transportes in das Krankenhaus viele Todesfälle vermeidbar.

Der Unfallrettungsdienst sowie der Transport von akut lebensbedrohlich erkrankten Personen ist in der Bundesrepublik Deutschland nicht einheitlich organisiert und entspricht — von einzelnen Ausnahmen abgesehen — nicht dem Stand moderner medizinischer Erkenntnisse, vor allem der Reanimation und der gegebenen technischen Möglichkeiten. Von den derzeit in der Bundesrepublik Deutschland in Betrieb befindlichen Krankentransportwagen entsprechen nur 12 % dem vom Deutschen Normenausschuß entwickelten Typ des Rettungswagens, der mit modernsten medizinischen Instrumenten, vor allem zur Ertsversorgung von Notfallpatienten, zur Herstellung der Transportfähigkeit sowie zur Aufrechterhaltung lebenswichtiger Körperfunktionen während des Transportes zum Krankenhaus sowie mit Sprechfunkgeraten ausgerüstet ist.

Die besondere instrumentelle und technische Ausstattung der Rettungswagen erfordert ein gut geschultes qualifiziertes Personal, das leider bisher nicht in ausreichender Zahl zur Verfügung steht.

Aus diesen Gründen hat die Bundesregierung die Arbeit für eine gesetzliche Regelung des Notfall- und Unfallkrankentransportes und des Berufs des Transportsanitäters aufgenommen.

Seit dem Herbst 1969 müssen Bewerber um eine Fahrerlaubnis der Klassen 1, 3, 4 und 5 den Nachweis über eine Unterweisung in Erster Hilfe am Unfallort erbringen und die Bewerber um eine Fahrerlaubnis der Klasse 2 nachweisen, daß sie zur Leistung der Ersten Hilfe bei Verkehrsunfällen befähigt sind. Die Zahl dieser Bewerber liegt im Jahr bei über 1 Million. Somit ist zu erwarten, daß die Zahl der Bürger, die in der elementaren Ersten Hilfe bei Unglücksfällen ausgebildet sind, im Laufe der Zeit zunehmen wird.

Überdies führen die freiwilligen Hilfsorganisationen und die Einrichtungen des zivilen Bevölkerungsschutzes Ausbildungen in der Ersten Hilfe durch, an denen jeder interessierte Bürger freiwillig teilnehmen kann.

Die kürzlich von der Bundesregierung erlassene Approbationsordnung für Ärzte schreibt eine Ausbildung in Erster ärztlicher Hilfe vor, so daß in Zukunft alle entsprechende Kenntnisse in der Notfallmedizin besitzen werden.

Rehabilitation Behinderter

349. Unter Rehabilitation werden alle Maßnahmen verstanden, die darauf gerichtet sind, körperlich, geistig oder seelisch behinderten Menschen zu helfen, ihre Fähigkeiten und Kräfte zu entfalten und einen entsprechenden Platz in der Gemeinschaft zu finden; sie bedeutet bei kindlichen Behinderungen Herstellung, bei später auftretenden Schäden Wiederherstellung der Funktionstüchtigkeit. Zur Rehabilitation gehört eine dauerhafte Eingliederung in Arbeit und Beruf, aber auch Hilfen für die Behinderten, die nicht am Arbeits- und Berufsleben teilhaben, weil sie noch nicht im berufsfähigen Alter stehen, ihre Behinderung eine Arbeitsaufnahme nicht erlaubt oder sie wegen ihres Alters bereits aus dem Berufsleben ausgeschieden sind.

Der Rehabilitationsprozeß ist ein integrierter Vorgang, der möglichst bald nach dem Auftreten der Schädigung einsetzen und nahtlos verlaufen muß. Man unterscheidet mehrere Phasen: die medizinische, die erzieherische, die berufliche und die soziale Rehabilitation, die Grenzen zwischen den einzelnen Phasen sind jedoch fließend. Die Bemühungen um eine Wiedereingliederung müssen deshalb weitgehend gleichzeitig und parallel verlaufen, um eine optimale Wirkung zu erzielen. Sie sollen daher — soweit das erforderlich ist — alle Lebensbereiche des behinderten Menschen erfassen.

Die Rehabilitation umfaßt gleichzeitig auch die Prävention weiterer Folgen einer Behinderung und schützt so den Behinderten vor einem Abgleiten in eine sekundäre Benachteiligung bei seinen körperlichen, psychischen, beruflichen und gesellschaftlichen Aktivitäten.

Maßnahmen der Prävention werden im Abschnitt „Gesundheitsvorsorge" dieses Berichtes behandelt.

Aktionsprogramm

350. Die Bundesregierung hat bereits im Sozialbericht 1970 (vergleiche Drucksache VI/643 S. 27) ihre Vorstellungen über die Rehabilitation der Behinderten in der BRD dargelegt. Sie hat inzwischen die darin zum Ausdruck gebrachten Bemühungen um eine Verbesserung der Situation der Behinderten in einem besonderen Aktionsprogramm zur Förderung der Rehabilitation zusammengefaßt und ihre Zielvorstellungen anläßlich einer großen Anfrage im Bundestag betreffend die Wiedereingliederung körperlich, geistig und seelisch Behinderter in Arbeit, Beruf und Gesellschaft präzisiert (vergleiche Drucksache VI/896).

Mit dem Aktionsprogramm will die Bundesregierung sicherstellen, daß allen Behinderten die notwendigen Rehabilitationsmaßnahmen rechtzeitig und lückenlos zuteil werden. Durch enge Kooperation aller an der Rehabilitation beteiligten Stellen in Bund, Ländern und Gemeinden soll eine Verbesserung der Situation des behinderten Menschen erreicht werden.

351. Im Aktionsprogramm wird ausdrücklich die Einrichtung von „Zentren der medizinischen Rehabilitation einschließlich von Rehabilitations-Krankenhäusern mit Beschäftigungs- und Arbeitstherapie" genannt. Seit 1963 wurden nahezu 26 Millionen DM an Bundeszuschüssen für Modelleinrichtungen vergeben, die vorwiegend der medizinischen Prävention oder Rehabilitation dienen. Es handelt sich um Einrichtungen für Multiple-Sklerose-Kranke, Diabetiker und sonstige Stoffwechselkranke, Tuberkulose-Kranke, Suchtkranke, jugendliche Alkoholiker, chronisch Kranke, Poliomyelitiker, Sportverletzte, Kranke mit psychosomatischen Leiden und Neurotiker. Ebenso wurden zwei Spezialkrankenhäuser für alte Menschen gefördert. Für Kinder wurden folgende Einrichtungen aus Bundesmitteln gefördert: für spastisch gelähmte Kinder je eine Modellbehandlungsstätte, eine Heimschule und ein Behandlungszentrum; neben einem Zentrum für Frühdiagnostik und Frühbehandlung vor allem mehrfachgeschädigter Kinder wurden weitere Modelleinrichtungen für geistig behinderte, mehrfach geschädigte, rheumakranke und anfallskranke Kinder bezuschußt. Ziel der Förderung solcher Modelleinrichtungen ist es, optimale Behandlungsmethoden der verschiedenen Krankheitsbilder und Behinderungsarten zu ermitteln und Leitbilder für ähnliche Behandlungseinrichtungen aufzustellen. Auch in den kommenden Jahren sollen Modelleinrichtungen gefördert werden, wobei die Auswahl unter den Modellplanungen schwierig ist, da hierbei nicht nur der dringliche Bedarf zählt, sondern die Mitfinanzierung durch das Sitzland, überregionaler Einzugsbereich und ein leistungsfähiger Träger Voraussetzungen sind.

Weiterhin werden im Aktionsprogramm Rehabilitationszentren für spezielle Krankheiten oder Behinderungsarten angeführt. Die ersten Einrichtungen dieser Art sind zur Zeit im Bau. Außerdem befinden sich Modellzentren für die sozialmedizinisch bedeutsamen Krankheits- und Behinderungsarten, beispielsweise für Querschnittsgelähmte, für Herz- und Kreislauferkrankungen, für rheumatische Erkrankungen und für neurologisch Geschädigte in der Planung. Mit diesen Rehabilitationseinrichtungen soll eine Lücke zwischen Akutbehandlung und Umschulung geschlossen werden. Aufgenommen werden Patienten, bei denen die medizinische Akutbehandlung in der Klinik abgeschlossen ist, die aber noch der Weiterbehandlung bedürfen. Während der Weiterbehandlung soll schon am Krankenbett mit Maßnahmen der beruflichen Rehabilitation wie Arbeitstherapie, Belastungserprobung, Berufsfindung und beruflicher Anpassung begonnen werden. Hiermit wird eine Abkürzung und ein nahtloser Verlauf des Rehabilitationsverfahrens angestrebt.

Hilfen bei Mißbildungen

352. Rasche Hilfe des Bundes erforderte die Mißbildungswelle in den Jahren 1958 bis 1962. Schätzungsweise wurden 5000 Kinder geboren mit Fehlbildungen an den Gliedmaßen, mit Sinnesbehinde-

rungen und Mißbildungen innerer Organe, die als typische Symptome der sogenannten Thalidomidembryopathie anzusehen sind. Dieser Mißbildungstyp wird als Dysmelie-Syndrom bezeichnet, da die Fehlbildungen der Gliedmaßen das hervorstechendste Merkmal sind. Für die klinische Behandlung und Rehabilitation der rund 2000 überlebenden Dysmelie-Kinder wurden in den Jahren 1962 bis 1970 Sonderstationen bzw. Internate an insgesamt 14 Kliniken bzw. Anstalten mit etwa 7 Millionen DM aus Bundesmitteln finanziert. Für die rund 1000 Dysmelie-Kinder, die nach Ansicht der Orthopäden ständig prothetisch zu versorgen sind, mußten wegen der besonderen Arten der Gliedmaßenfehlbildungen eigene Prothesen entwickelt werden, wofür bis 1970 weitere 8 Millionen DM vom Bund zur Verfügung gestellt wurden. Während zunächst 18 wissenschaftliche Institutionen Forschungsaufträge zur Entwicklung und Erprobung von technischen Hilfen für Kinder mit schweren Mißbildungsformen erhielten, führte die zunehmend aufwendigere Forschungsarbeit u. a. mit Hilfe elektronischer Datenverarbeitung zur Konzentrierung der Prothesenforschung auf wenige gut ausgestattete Zentren zur Erreichung der größtmöglichen Effektivität. Bisher wurden Behelfs- und Gebrauchsprothesen mit teilweise neuartigen Antriebs- und Steuerungssystemen, Spezialfahrzeuge und zahlreiche Hilfsmittel für Alltagsverrichtungen entwickelt. Die Zusammenarbeit der verschiedenen Bundesressorts, die Forschungsaufträge auf dem Gebiet der technischen Orthopädie vergeben, ist durch einen Interministeriellen Arbeitsausschuß gewährleistet.

Neben Forschungsaufträgen auf dem Gebiet der technischen Orthopädie wurden auch Studien in Auftrag gegeben, die die psychische Situation behinderter Kinder ergründen und Hilfen zur Vermeidung seelischer Fehlhaltungen und Schwierigkeiten in Familie und Schule aufzeigen sollen. Die aus all diesen Forschungsaufträgen gewonnenen Erfahrungen kommen nicht nur den Dysmelie-Kindern, sondern auch anderen behinderten Kindern zugute. Es ist beabsichtigt, die bereits in den vergangenen Jahren begonnene Forschung bezüglich anderer Behinderungsarten, z. B. Zerebralparese, in den kommenden Jahren zu intensivieren.

Die 1969 in Auftrag gegebene Dysmelie-Dokumentation wird nicht nur die Datenfülle der umfangreichen Untersuchungen bei dieser Behinderungsart wissenschaftlich festhalten, sondern auch bei der objektiven Einstufung der Schäden bei Dysmelie-Kindern und der gerechten Entschädigung durch die Nationale Stiftung „Hilfswerk für das behinderte Kind" von Nutzen sein können.

Diese Stiftung soll aufgrund eines dem Bundestag vorliegenden Gesetzes neben der Einzelfallhilfe für die Dysmelie-Kinder neue Impulse und finanzielle Möglichkeiten für die Errichtung vorbildlicher Rehabilitationseinrichtungen und die Vergabe von Forschungsaufträgen schaffen. Außerdem soll die Stiftung die Möglichkeit haben, die Erforschung, Erprobung und Durchführung von Maßnahmen zur Verhütung und Früherkennung von Behinderungen zu fördern.

Heilpädagogik

353. Heilpädagogik ist kausal orientierte — also nicht nur die Symptome bekämpfende — vertiefte Erziehungshilfe, die erforderlich ist, sofern sich bei der Erziehung außergwöhnliche Schwierigkeiten ergeben. Junge Menschen, die unter besonderen Verhaltensauffälligkeiten, sozialen Anpassungsschwierigkeiten, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen leiden, denen also im Wege gewöhnlicher pädagogischer Mittel nicht geholfen werden kann, bedürfen dieser heilpädagogischen Hilfe. Es soll hiermit erreicht werden, daß den jungen Menschen die Möglichkeit gegeben wird, ein sinnerfülltes Leben zu führen, indem sie ihre vorhandenen individuellen Fähigkeiten nutzen.

Die Zahl der jungen Menschen, die der Heilpädagogik bedürfen, hat sich in den letzten 20 Jahren ständig erhöht.

In der BRD ist auch künftig mit einem jährlichen Zuwachs von 60 000 bis 80 000 behinderten Kindern zu rechnen.

In dieser Situation kommt es entscheidend darauf an, besonders qualifiziert ausgebildete erzieherische Fachkräfte zu haben und den tätigen Heilpädagogen die Möglichkeit zu eröffnen, sich ständig einschlägig und umfassend fortzubilden, so insbesondere den Heilpädagogen, die in Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderheimen, Erziehungsheimen, klinischen Einrichtungen mit heilpädagogischen Aufgaben und in beschützenden Werkstätten tätig sind.

Im Rahmen der Zuständigkeit des Bundes ist der Ausbau folgender Förderungsbereiche vorgesehen: Den Wohlfahrtsverbänden und Fachverbänden soll in stärkerem Umfang Gelegenheit gegeben werden, für ihre heilpädagogischen Mitarbeiter Fortbildungskurse abzuhalten. Diese Kurse haben allerdings nur dann einen Sinn, wenn sie in regelmäßigen Abständen wiederholt werden. Sie sollen die heilpädagogisch tätigen Erzieher über den neuen Stand der praktischen und wissenschaftlichen Erfahrungen in allen die Heilpädagogik betreffenden Fachgebieten unterrichten. Die Kurse werden bundeszentral organisiert. Die bisherigen Angebote können nur einen Teil der Nachfragen befriedigen.

In der Bundesrepublik Deutschland bestehen mehrere Einrichtungen, die eine einjährige heilpädagogische Zusatzausbildung vermitteln. Diese Zusatzausbildung baut auf einer sozialpädagogischen Grundausbildung (insbesondere der Sozialarbeiter, Jugendleiter und Heimerzieher) auf. In diesen heilpädagogischen Seminaren haben sich im Laufe der letzten Jahre fachliche Spezialausrichtungen ergeben — so für Verhaltensgestörtheit, geistige Behinderungen, körperliche Behinderungen. Den Seminaren soll verstärkt die Möglichkeit gegeben werden, durch Anstellung je eines zusätzlichen Dozenten und durch Kursförderung gezielte auf die jeweiligen Fachrichtungen wissenschaftlich orientierte Fortbildungskurse abzuhalten. Die bisherigen Erfahrungen haben gezeigt, daß das Interesse an diesen Kursen groß ist und das gesamte Bundesgebiet umfaßt.

354. Die Bundeskonferenz für Erziehungsberatung hat als bundeszentrale Dachorganisation der im Bundesgebiet bestehenden 285 Erziehungsberatungsstellen mit Hilfe des Bundes eine eigene Fortbildungseinrichtung geschaffen. Diese Einrichtung soll den in den Erziehungsberatungsstellen tätigen Mitarbeitern dienen; sie erstreckt ihre Tätigkeit auf die die Beratung in Erziehungsfragen betreffenden Fachgebiete. Die Schwierigkeiten der in den Erziehungsberatungsstellen vorgestellten Kinder und Jugendlichen reichen von psychischen bzw. psychosomatischen Störungen über Verhaltensauffälligkeiten hin bis zu Lern- und Leistungsschwierigkeiten. Die bisher aufgebaute Fortbildungsarbeit bedarf aufgrund der erheblichen Nachfrage der Vergrößerung. Eine verstärkte Förderung des Bundes ist geplant. Die in Heimen tätigen Erziehungskräfte bedürfen zur Unterstützung ihrer Tätigkeit der wissenschaftlich fundierten Praxisberatung durch erfahrene Supervisoren. Diese ausgedehnte Beratung findet in den Einrichtungen statt und soll vor allen Dingen den auf sich selbst gestellten Erziehern helfen. Es ist geplant, im Rahmen des Bundesjugendplans den zentralen Trägerverbänden die Möglichkeit der Anstellung und der Ausbildung einer begrenzten Zahl zentraler Praxisberater zu geben. Eine Einrichtung zur zusätzlichen Ausbildung derartiger Supervisoren besteht in der Bundesrepublik Deutschland bisher nicht. Gedacht ist an die Förderung eines besonders qualifizierten langfristigen Kursus.

Ferner ist beabsichtigt, die zentralen Träger heilpädagogischer Einrichtungen in den Stand zu setzen, über Fortbildungskurse und Praxisberatung hinaus, die in den Heimen tätigen Erziehungskräfte durch geeignetes wissenschaftlich fundiertes Schrifttum über die Fortschritte heilpädagogischer Erkenntnisse des In- und Auslandes stärker als bisher zu informieren.

Wichtige Maßnahmen in der 6. Legislaturperiode:

1. Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser
2. Neuregelung der Krankenhauspflegesätze
3. Bericht der Bundesregierung über die Situation der Psychiatrie
4. Erstellung eines Programms „Hilfen für ältere Menschen" das auch gesundheitliche Maßnahmen beinhaltet.
5. Aktionsprogramm zur Rehabilitation
6. Errichtung der Nationalen Stiftung Behindertes Kind

FÜNFTER ABSCHNITT

Probleme der Heilberufe

Deckung des Kräftebedarfs

355. Der Bedarf an Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, nimmt ständig zu. Ein wesentlicher Grund dafür ist die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik. Bei einigen, vor allem den pflegerischen Berufen, pfropft sich der zunehmende Bedarf auf den seit langem bestehenden Kräftemangel auf. Der Kräftemangel ist besonders schwerwiegend, weil im Gesundheitswesen Leistungseinschränkungen nicht hingenommen werden können. Alle Bürger müssen die Möglichkeit haben, die dem heutigen Stand der Wissenschaft entsprechenden Leistungen zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit in Anspruch zu nehmen. Die ständige Uberlastung vieler im Gesundheitswesen Tätigen kann junge Menschen bei der Berufswahl abschrecken und auch zu einer Abwanderung in andere Berufe führen. Die Deckung des Kräftebedarfs ist nicht nur ein quantitatives Problem. Viele Faktoren müssen zusammenwirken, damit eine ausreichende personelle Versorgung im Bereich des Gesundheitswesen sichergestellt werden kann. Neben den Bemühungen um ausreichenden Nachwuchs, neben organisatorischen Maßnahmen kommt vor allem auch den Fragen der Ausbildung und Fortbildung besondere Bedeutung zu.

Ärzte

356. Am 31. Dezember 1969 waren in der Bundesrepublik 93 934 Ärzte berufstätig. Damit beträgt die Zahl der Einwohner je Arzt 651.

Im Jahre 1969 sind 4923 Bestallungen an Ärzte erteilt worden.

Nach Auffassung des Wissenschaftsrates (Empfehlungen zur Struktur und zum Ausbau der medizinischen Forschungs- und Ausbildungsstätten vom März 1968) wird die Zahl der Ärzte bis 1972 voraussichtlich auf 97 000 bis 101 500 steigen. Auf einen Arzt kommen dann 630 oder 600 Einwohner.

357. Im Auftrag des Bundesministers für Jugend, Familie und Gesundheit ist eine Analyse über Zahl, Struktur und Nachwuchsbedarf der Ärzte erstellt worden.*) In verschiedenen Berechnungen, die die große Zahl der möglichen Fragestellungen widerspiegeln, kommt sie zu unterschiedlichen Ergebnissen. So wird u. a. in der Annahme, daß bei 630 Einwohnern je Arzt die ärztliche Versorgung der Bevölkerung sichergestellt ist — entsprechend der Bevölkerungsvorausschätzung des Statistischen Bundesamtes folgender Bedarf an Ärzten errechnet:

Jahr	Ärztebedarf
1980	100 100
1990	105 000
2000	111 600

Isgesamt wird der Nachwuchsbedarf unter dieser Annahme für die nächsten zwei Jahrzehnte auf jährlich etwa 4 000 Examina geschätzt. Um diese Zahl zu erreichen, sind etwa 4 500 Studienanfänger erforderlich.

Andere Untersuchungen, die auf unterschiedlichen Annahmen beruhen, kommen zu deutlich höheren Bedarfszahlen **), müssen aber noch, was ihre Schlüssigkeit angeht, eingehend analysiert werden.

*) Koller, „Zahl, Struktur und Nachwuchsbedarf der Ärzte", herausgegeben vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit

**) Hans Peter Widmaier „Der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischen Indikatoren und Beständen an Erwerbspersonen nach Fachrichtungen unterschiedlichen Bildungsniveaus für die Bundesrepublik Deutschland für 1961—1980"
Laszlo Alex „Prognose des Angebots und des Bedarfs an Hochschulabsolventen für die Bundesrepublik Deutschland bis zum Jahre 1980"
Beide Untersuchungen, die im Auftrag des Bundesministers für Bildung und Wissenschaft durchgeführt worden sind, werden voraussichtlich im Frühjahr 1971 veröffentlicht.

358. Nach Feststellungen des Statistischen Bundesamtes belief sich die Zahl der deutschen Studienanfänger mit dem Studienfach „Allgemeine Medizin" im Bundesgebiet einschließlich Berlin (West) in den Jahren

1961 auf 5 812
1962 auf 5 900
1963 auf 4 421
1964 auf 4 688
1965 auf 4 215
1966 auf 4 415
1967 auf 3 522
1968 auf 3 495
1969 auf 3 029.

Sie ist demnach seit dem Jahre 1962 rückläufig und etwa seit dem Jahre 1967 unter die für den Nachwuchsbedarf erforderliche Zahl von 4 500 Studienanfängern gesunken. In diesen Zahlen, die auf den Angaben der einzelnen Hochschulen beruhen, ist jedoch nicht enthalten die Zahl der Studienwechsler, d. h. derjenigen Personen, die von einem auf das Medizinstudium anrechenbaren Studienfach (z. B. Chemie, Physik, Biologie) in das Studienfach „Allgemeine Medizin" überwechseln. Diese werden von der im Jahre 1967 von der Westdeutschen Rektorenkonferenz geschaffenen Zentralen Registrierstelle in Hamburg für die Zulassung zum Studium der Medizin erfaßt. Sie gibt die Zahl der deutschen Studienanfänger mit dem Studienfach „Allgemeine Medizin" in den Jahren

1967 mit 4 458
1968 mit 4 567
1969 mit 4 521

an. Ob die zwischen den Angaben des Statistischen Bundesamtes und der Zentralen Registrierstelle über die Zahl der Studienanfänger in der Allgemeinen Medizin bestehenden Differenzen sich ausschließlich auf die Studienwechsler beziehen, ist nicht einwandfrei zu klären.

Zahnärzte

359. Am 31. Dezember 1969 waren in der Bundesrepublik 31 220 Zahnärzte berufstätig. Damit beträgt die Zahl der Einwohner je Zahnarzt 1960. Im Jahre 1969 sind 773 zahnärztliche Bestallungen an Deutsche erteilt worden.

Der Wissenschaftsrat geht in seinen Empfehlungen davon aus, daß die Zahl der Einwohner je Zahnarzt 2 000 betragen sollte. Diese Zahnarztdichte wird zwar heute noch überschritten. Im Hinblick auf die Ersatz- und Erweiterungsnachfrage sind aber, um überhaupt eine auf 1 : 2 000 reduzierte Zahnarztdichte zu halten, jährlich 1 520 Abschlüsse in der Zahnmedizin erforderlich. Da nicht alle Studienanfänger das Studium erfolgreich beenden, muß die Zahl der Studienanfänger höher sein. Sie wird vom Wissenschaftsrat auf 1 900 Studienanfänger in dem Studienfach Zahnmedizin geschätzt.

Demgegenüber belief sich die Zahl der Studienanfänger in dem Studienfach Zahnmedizin in den Jahren

1961 auf 755
1962 auf 880
1963 auf 833
1964 auf 934
1965 auf 826
1966 auf 1 108
1967 auf 927
1968 auf 813
1969 auf 1 100.

Diese Aufstellung zeigt, daß die für den Nachwuchsbedarf erforderliche Zahl von 1 900 Studienanfängern in dem Studienfach „Zahnmedizin" weit unterschritten wird. Auf Grund dieses Sachverhalts wird die Bundesrepublik Deutschland in etwa 5 bis 7 Jahren unter die vom Wissenschaftsrat empfohlene Zahnarztdichte von 1 : 2 000 absinken. Durch Rationalisierung der zahnärztlichen Praxen, die dem Zahnarzt einen Teil seiner Tätigkeit abzunehmen in der Lage sind, können die negativen Auswirkungen des Rückgangs der Zahl der Zahnärzte auf die Versorgung der Bevölkerung etwas gemindert werden. Ferner werden die Vorschläge des Wissenschaftsrates für die Einführung eines zahnärztlichen Hilfsberufs geprüft. Es besteht jedoch kein Zweifel daran, daß eine grundlegende Änderung der Situation nur von einer drastischen Erhöhung der Ausbildungskapazität der Hochschulen auf diesem Gebiet zu erwarten ist.

Hochschulbauförderung und Numerus clausus

360. Gegenwärtig bestehen an allen Ausbildungsstätten in der Allgemeinen Medizin und in der Zahnmedizin Zulassungsbeschränkungen. Die Bundesregierung wird die mit der Gemeinschaftsaufgabe „Hochschulbau" gegebenen Möglichkeiten einer besseren und umfassenderen Planung und Koordinierung für die Überwindung des Numerus clausus nutzen. Das von ihr mit dem 1. Rahmenplan nach dem Hochschulbauförderungsgesetz vorgesehene 5-Jahresprogramm zur Beseitigung der Engpässe wird im Bereich der Medizin große Anstrengungen erfordern, selbst wenn zunächst nur von einer kräftigen Erhöhung der Zahl der Zahnmedizinstudenten und im übrigen von etwa gleichbleibenden Studentenzahlen ausgegangen werden muß. Im übrigen wird auf den „Bildungsbericht 70" hingewiesen. Zu den Problemen des Numerus clausus hat die Bundesregierung außer in diesem Bericht in der Beantwortung einer Großen Anfrage der Fraktion der CDU/CSU im Deutschen Bundestag im Januar 1970 Stellung genommen (Drucksache VI/246).

Die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder hat im Oktober 1970 die Ständige Kultusministerkonferenz der Länder gebeten, unter ihrer Federführung eine gemeinsame aus Vertretern der obersten Kul-

tusbehörden (Arbeitsgruppen Medizin des Hochschul-Ausschusses der KMK) und den obersten Gesundheitsbehörden der Länder bestehende Arbeitsgruppe zu bilden, die sich mit den Kriterien der Zulassung zum Medizinstudium bei bestehendem Numerus clausus befaßt. Diese sollen dazu beitragen, die notwendige Auswahl so durchzuführen, daß die zum Medizinstudium am besten geeigneten Bewerber angenommen werden. Außerdem sollten die Zulassungszahlen unter völliger Ausnutzung aller zur Verfügung stehenden Ausbildungsmöglichkeiten an den wissenschaftlichen Hochschulen so hoch wie möglich angesetzt werden.

Sonstige Heilberufe

361. Am stärksten tritt das Problem der Deckung des Kräftebedarfs auf dem Gebiet der *Krankenpflege* in das Bewußtsein der Öffentlichkeit. Über die Höhe dieses Bedarfs liegen nur Schätzungen vor. So sollen im pflegerischen Bereich mindestens 35 000 ausgebildete Pflegekräfte fehlen. Die Bundesregierung hält zur Verbesserung der Personalsituation bei den pflegerischen Berufen in den Krankenanstalten u. a. folgende Maßnahmen für erforderlich:

- Verstärkte Berücksichtigung der pflegerischen Berufe bei der Berufsberatung, vor allem Verbesserung der individuellen Beratung;
- Reform der Ausbildung;
- Finanzielle Förderung der Ausbildung;
- Weitere Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Aufstiegsmöglichkeiten auch im Hinblick auf die Notwendigkeit, mehr männliche Pflegekräfte zu gewinnen;
- Förderung von Teilzeitarbeit in den Krankenanstalten;
- Förderung des Wiedereintritts von Frauen in das Erwerbsleben;
- Fortsetzung der Anwerbung von ausländischem Pflegepersonal.

362. Diese Maßnahmen können nur durch enge Kooperation aller Beteiligten durchgeführt werden. Unter der Federführung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung wurden deshalb Gespräche mit den Bundesressorts, den Ländern und Verbänden geführt, um die sinnvolle Durchführung dieser teilweise bereits eingeleiteten Maßnahmen zur Behebung des Kräftemangels in der Krankenpflege sicherzustellen. Zur finanziellen Förderung der Ausbildung ist die kürzlich erfolgte Einbeziehung der Ausbildungsstätten für bestimmte Heilhilfsberufe in den Förderungsbereich des Ausbildungsförderungsgesetzes ein bedeutsamer Beitrag. Außerdem hat die Bundesregierung eine Reihe von Forschungsaufträgen vergeben mit dem Ziel, durch Untersuchungen über den gegenwärtigen und künftigen Bedarf an Pflegekräften, über die Berufsmobilität im Pflegewesen, über Beschäftigungslage und optimalen Einsatz von Arbeitskräften in Krankenanstalten und andere Probleme Aufschluß über die tatsächlichen Verhältnisse und Ansatzpunkte für Verbesserungsmaßnahmen zu erhalten.

363. Im übrigen berät der Bundestag zur Zeit über den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Krankenpflegegesetzes, durch den eine Herabsetzung des Zugangsalters zur Berufsausbildung in der Krankenhauspflege angestrebt wird. Der Bundesrat, der diesen Entwurf eingebracht hat, ist der Auffassung, daß eine solche Maßnahme zur Deckung des Kräftebedarfs beitragen kann. In ihrer Stellungnahme zu dem Gesetzentwurf hat die Bundesregierung sowohl auf die nahezu einhellige Ablehnung und auf die Warnungen seitens der Schwesternschaft als auch auf die Gründe, die für eine Herabsetzung des Mindestalters für den Eintritt in die Krankenpflegeausbildung sprechen können, hingewiesen.

364. Der Kräftemangel bei anderen Berufen des Gesundheitswesens wie zum Beispiel den *medizinisch-technischen Assistenten* tritt vor den Augen der Öffentlichkeit nicht so deutlich in Erscheinung, aber auch er bereitet erhebliche Schwierigkeiten. Gerade bei den medizinisch-technischen Assistenten wird in diesem Zusammenhang noch auf die Ausbildungsreform hingewiesen (s. Tz 381).

365. Das *Hebammenwesen* ist in einer Entwicklung begriffen, die wesentlich durch die Verlagerung der Geburten in die Anstalten verursacht ist. Es erfolgten 1952 47,4 % und 1968 91,6 % aller Geburten in Anstalten. Dementsprechend zeigt die Zahl der niedergelassenen Hebammen seit Jahren eine rückläufige Bewegung. Die berufliche Situation der freiberuflich tätigen Hebammen war insbesondere im Hinblick auf ihre wirtschaftliche Lage in den letzten Jahren immer schwieriger und unerfreulicher geworden. Diese Entwicklung erfordert eine Änderung des geltenden Hebammenrechts, das wesentlich auf die freiberuflich tätige Hebamme abgestellt ist. Die Novellierung des Hebammenrechts muß mit der Zielsetzung erfolgen, überall eine optimale geburtshilfliche Versorgung in entsprechende Einrichtungen zu erreichen. Die Neuordnung wird gemeinsam vom Bund und von den Ländern vorbereitet.

Ausbildungsreform

366. Das ständige Bestreben, die Ausbildung der Heilberufe zu verbessern, dient naturgemäß in erster Linie dem Ziel, die auf dem Gebiet des Gesundheitswesens tätigen Personen mit dem erforderlichen Können und Wissen auszustatten. Die Qualität der Ausbildung steht aber auch in engem Zusammenhang mit der Frage der Deckung des Kräftebedarfs, und zwar unter unterschiedlichen Gesichtspunkten. Eine gute, den Erfordernissen der modernen Medizin und Technik entsprechende Ausbildung ist bei allen Berufen des Gesundheitswesens die Voraussetzung für ein planvolles be-

rufliches Wirken und einen gezielten und rationellen Einsatz von Arbeitskräften. Dies kann zu einer Einsparung von Arbeitskräften führen. Eine Verbesserung der Ausbildung wird vielfach auch durch ihre rationellere Gestaltung und somit eine Verkürzung erreicht. Dadurch können Ausbildungsplätze frei werden. Hinzu kommt, daß durch Verbesserung der Weiterbildungs- und Aufstiegsmöglichkeiten in den Heilhifsberufen dieser Berufszweig für einen größeren Kreis, insbesondere auch männlicher Personen, attraktiv gemacht werden könnte.

367. Andererseits kann bei hohen Anforderungen an die Vor- und Ausbildung die Befürchtung auftauchen, daß das Reservoir des Nachwuchses verkleinert wird. Reformwünsche hinsichtlich der Ausbildung können dadurch in Konflikt geraten mit dem Problem der Deckung des Nachwuchsbedarfs. Ein Beispiel dafür sind Änderungen des Krankenpflegegesetzes. Nachdem die Anforderungen an die Vorbildung erhöht worden waren, wurde später der Zeitpunkt für das volle Wirksamwerden dieser Regelung hinausgeschoben. Ein Gesetzentwurf des Bundesrates, der ein nochmaliges Hinausschieben vorsieht, liegt dem Bundestag vor.

Ärzte

368. Die ärztliche Ausbildung bedarf einer grundsätzlichen Reform. Ziel dieser Reform muß vor allem eine Rationalisierung der Ausbildung sowie ihre praxisnahe Gestaltung sein. Die Grundlagen für eine solche Neuordnung sind mit der Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970 geschaffen worden, die aufgrund der Bundesärzteordnung in der Fassung vom 4. Februar 1970 erlassen worden ist.

369. Die ärztliche Ausbildung umfaßt nunmehr ein Hochschulstudium von sechs Jahren. Eine Vorbereitungszeit als Medizinalassistent ist nicht mehr vorgesehen. Die ärztliche Ausbildung wird dadurch verkürzt. Sie umfaßte bisher ein elfsemestriges Studium und eine zweijährige, seit dem 1. Januar 1970 einjährige Vorbereitungszeit als Medizinalassistent. Durch die Umstrukturierung soll die ärztliche Ausbildung rationalisiert und effektiver gestaltet werden.

Das vorklinische Studium umfaßt in Zukunft statt fünf Semester zwei Jahre. Die Verkürzung trägt der Uberlegung Rechnung, daß der Studierende so früh wie möglich mit der praktisch-klinischen Ausbildung beginnen und mit dem Patienten in Berührung kommen soll. Diese Verkürzung setzt voraus, daß von den derzeitigen zwei Vorprüfungen (naturwissenschaftliche Vorprüfung und ärztliche Vorprüfung) die erstere entfällt. Die Verordnung sieht daher für diesen Ausbildungsabschnitt nur noch die Ärztliche Vorprüfung vor. Abgesehen davon, daß das Bestehen der naturwissenschaftlichen Prüfung nur wenig über die ärztlichen Fähigkeiten des Prüflings auszusagen vermag, hat die Erfahrung gezeigt, daß die Unterteilung der vorklinischen Ausbildung in einen streng naturwissenschaftlichen und einen medizinischen Teil nicht geeignet ist, eine nützliche Vorbereitung für die klinische Tätigkeit zu fördern. Der Krankenpflegedienst und die Famulatur werden beibehalten. Allerdings ist die Famulatur anders ausgerichtet als bisher. Der Studierende soll während der klinischen Ausbildung auch einen Einblick vor allem in ärztliches Wirken in Einrichtungen der Verwaltung und des Arbeitslebens sowie in der freien Praxis gewinnen und die Möglichkeit haben, sich mit besonders gesellschaftsbezogenen ärztlichen Tätigkeiten vertraut zu machen.

Das klinische Studium dauert künftig vier Jahre. Das letzte Jahr des Studiums entfällt auf eine praktische Ausbildung in der Krankenanstalt. Gedacht ist an einen ganztägigen praktischen Unterricht am Krankenbett für den Zeitraum von einem Jahr. Aber nicht nur während dieser Zeit, sondern auch bei allen Unterrichtsveranstaltungen soll die Unterweisung des Studierenden praxisnah und am Patienten durchgeführt werden. Die frühzeitige Unterrichtung am Krankenbett soll den Studenten zur Kritik und zur Kontrolle des theoretisch Erlernten, zum Entscheiden und Handeln aufgrund eigener Einsicht und schließlich zur schrittweisen Übernahme der ärztlichen Verantwortung erziehen.

Diese Ausbildung wird in erster Linie in Universitätskliniken durchgeführt werden. Da deren Ausbildungskapazitäten jedoch nicht ausreichen, ist die Heranziehung von anderen Krankenanstalten, die in personeller und räumlicher Hinsicht bestimmte Mindestanforderungen erfüllen, notwendig.

370. Der Besuch von Pflichtvorlesungen als Voraussetzung für die Zulassung zu den verschiedenen Examina wird in der Approbationsordnung nicht mehr vorgeschrieben. Dadurch soll den Fakultäten Spielraum bei der Gestaltung der Studienpläne und beim Ausbau modernen Unterrichtsveranstaltungen gegeben werden. Zur Sicherstellung bestimmter Mindestanforderungen an den Ausbildungsgang, insbesondere an die praktische Unterweisung, enthält die Verordnung jedoch Vorschriften über den Nachweis des erfolgreichen und regelmäßigen Besuches von praktischen Übungen.

Für die notwendige Straffung und Verkürzung des Studiums ist die Integration einer Reihe von Fächern eine unabdingbare Voraussetzung. In der Approbationsordnung sind daher Stoffgebiete gebildet worden, in denen die einzelnen Fachgebiete Aufnahme gefunden haben. Die Unterrichtsveranstaltungen sollen im übrigen möglichst problemorientiert und nicht vom einzelnen Fachgebiet her gestaltet werden. Die Vermittlung des für die Erreichung des Ausbildungszieles notwendigen Wissens durch die Hochschulen wird sich an den der Verordnung als Anlagen beigegebenen Prüfungsstoffkatalogen orientieren. Dabei haben die Sozialmedizin und die Arbeitsmedizin als besonders wichtige Grundlagen moderner ärztlicher Tätigkeit eine stärkere Berücksichtigung gefunden als bisher.

371. Die Ärztliche Prüfung ist in drei Abschnitte aufgeteilt, von denen der erste nach dem ersten, der zweite nach dem dritten und der dritte nach dem vierten klinischen Jahre frühestens absolviert werden kann. Unmittelbar nach Bestehen des Dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung wird dann die Approbation als Arzt erteilt.

Alle Prüfungen sollen künftig schriftlich sein. Nur im Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung soll neben die schriftliche auch eine mündliche Prüfung treten. Die schriftlichen Prüfungen, die bundeseinheitlich durchzuführen sein werden, sollen nach dem „Antwort-Wahl-Verfahren" gestaltet werden. Für die Einführung dieser Prüfungen ist vor allem die Überlegung maßgebend, daß auf diese Weise die angestrebte Objektivierung der Prüfungsleistungen und eine bundeseinheitliche Verbesserung der Ausbildung erreicht werden können.

372. Aus praktischen Gründen erscheint es nicht möglich, die Reform von heute auf morgen zu verwirklichen. Der Verordnungsgeber mußte deshalb um Übergangslösungen bemüht sein, die eine allmähliche und stufenweise Überleitung in das neue Recht ermöglichen.

373. Die Neuordnung der ärztlichen Ausbildung wird viel Geld kosten. Die Reform wird aber nicht allein vom Vorhandensein ausreichender finanzieller Mittel abhängen, sondern auch vom Engagement der Hochschulen. Mit der Approbationsordnung für Ärzte wird Neuland betreten. Insoweit seien hier nur noch einmal die schriftlichen Prüfungen und die als Bestandteil des Hochschulstudiums durchzuführende ganzjährige Ausbildung im Krankenhaus erwähnt. Es ist nicht ausgeschlossen, daß es gerade in der ersten Zeit hier und da Schwierigkeiten geben wird. Um so mehr bedarf es der Bereitschaft aller Beteiligten, ihren Beitrag zur Reform zu leisten.

374. Jede Ausbildungsreform muß im übrigen ein permanenter Vorgang sein. Eine laufende Anpassung an den Fortschritt der Wissenschaft und an moderne Lehr- und Unterrichtsmethoden ist notwendig. Es ist beabsichtigt, eine Kommission von Sachverständigen zu berufen, die das Ministerium laufend zu aktuellen Fragen der ärztlichen Ausbildung berät.

Apotheker

375. Die Reform der Ausbildung zum Apotheker ist mit der Bundes-Apothekerordnung vom 3. Juni 1968 eingeleitet worden. Ziel der Ausbildungsreform ist die Verbesserung und die Anpassung der Ausbildung an die Erfordernisse einer modernen Gesellschaft, damit der Apotheker auf der Grundlage wissenschaftlicher Ausbildung seinen Beitrag zu der im öffentlichen Interesse liegenden Versorgung der Bevölkerung mit guten Arzneimitteln leisten kann. Durch die Reform wird die Ausbildung von sechs auf viereinhalb Jahre verkürzt. Bei dem Anwachsen des Wissensstoffes ist eine solche Verkürzung jedoch nur zu vertreten, wenn gleichzeitig die Ausbildung gestrafft und intensiviert wird. Die praktische Ausbildung in der Apotheke wird von drei Jahren auf ein Jahr reduziert. Nach Auffassung des Wissenschaftsrates sollen während des Hochschulstudiums die Unterrichtsveranstaltungen in die bisher vorlesungsfreie Zeit hinein ausgedehnt werden.

376. Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit bereitet zur Zeit den Entwurf einer Approbationsordnung vor, die am 1. Oktober 1971 in Kraft treten soll. Er wird dabei von einer Kommission aus den beteiligten Kreisen beraten. In dieser Approbationsordnung wird die Ausgestaltung der Ausbildungsreform im einzelnen festgelegt werden müssen.

Die inzwischen entwickelten Leitsätze sehen zusätzliche Schwerpunkte in der Ausbildung des Apothekers in den Fächern pharmazeutischer Technologie und Pharmakologie vor.

Ähnlich wie bei der geplanten Ausbildungsreform des Arztes soll auch für die Pharmazeuten vorgesehen werden, die staatlichen Prüfungen zu objektivieren und mindestens teilweise schriftlich nach dem Antwort-Wahl-Verfahren bundeseinheitlich durchzuführen.

377. Die Reform der Ausbildung zum Apotheker steht zudem in engem Zusammenhang mit der erst kürzlich erfolgten Schaffung des Berufes des pharmazeutisch-technischen Assistenten. Damit soll der Apotheker in Zukunft von technischen Arbeiten entlastet und mehr als bisher in die Lage versetzt werden, sich den Aufgaben zu widmen, die seiner wissenschaftlichen Ausbildung entsprechen.

Tierärzte

378. Durch die Bundes-Tierärzteordnung vom 17. Mai 1965 und die Bestallungsordnung für *Tierärzte* vom 31. März 1967 ist die Ausbildung der Tierärzte auf eine neue Grundlage gestellt worden. In ihren Grundzügen ist sie durch die Bestrebungen zur Verkürzung der Ausbildungszeiten in den akademischen Berufen, zur Neuordnung des Studiums und der Prüfungen sowie durch die zu erwartenden Regelungen über die Niederlassungsfreiheit der Tierärzte in der EWG maßgeblich beeinflußt. Der Verabschiedung der Bundes-Tierärzteordnung kommt dabei insofern grundsätzliche Bedeutung zu, als der Bundestag in einem Beschluß die Bundesregierung ersucht hatte, in der Bestallungsordnung für Tierärzte die Prüfungen so zu regeln, daß sie soweit wie möglich während der Gesamtausbildungszeit von 5 Jahren abgelegt werden können und im übrigen die Auffassung vertreten hatte, daß die Voraussetzungen der Zulassung zu den anderen Heilberufen alsbald an die Regelungen in der Bundes-Tierärzteordnung angepaßt werden sollten.

379. Die Bundesregierung hat sich bei der Neugestaltung der tierärztlichen Ausbildung vor allem von folgenden Grundsätzen leiten lassen:

- Innerhalb eines Zeitraumes von 5 Jahren muß die berufsbefähigende akademische Ausbildung im Regelfall durchgeführt werden können.
- Die akademische Ausbildung muß genügend breit sein, um das Verständnis der wissenschaftlichen Grundlagen und Zusammenhänge des beruflichen Gesamtgebietes zu ermöglichen und für den Studierenden ausreichende Berufschancen zu eröffnen; sie muß genügend tief sein, um eine ausreichende Grundlage für eine spätere Spezialisierung zu schaffen.
- Die Vermehrung des Wissensstoffes und die Neuprofilierung spezieller Berufsbilder im Fachgebiet soll nicht durch eine Verlängerung des Studiums kompensiert werden, sondern durch eine rationelle Nutzung der zur Verfügung stehenden Ausbildungszeit und durch eine Umstrukturierung des Studienbetriebs und der Lehrveranstaltungen.

380. Die Erfahrungen, die mit der neuen Ausbildungsordnung für Tierärzte gewonnen worden sind, entsprechen im wesentlichen den Erwartungen. Der Durchschnittstudent kann innerhalb des vorgesehenen Zeitraums von 5 Jahren seine Ausbildung abschließen, er hat dabei einen für die Aufnahme des Berufs ausreichenden Ausbildungsstand im Gesamtbereich der veterinärmedizinischen Aufgaben erreicht. Der Verzicht auf die Verlängerung einer Ausbildung mußte allerdings durch eine stärkere Nutzung der zur Verfügung stehenden Ausbildungszeit und damit durch eine erhebliche arbeitsmäßige Belastung der Studierenden ausgeglichen werden. Die Überlegungen für die weitere Gestaltung der Ausbildungsordnung gehen daher dahin — auch im Hinblick auf eine eventuelle spätere Spezialisierung des Berufsausübenden —, die Möglichkeit einer individuellen Vertiefung des Studiums entsprechend den persönlichen Neigungen des einzelnen Studenten bereits innerhalb des Grundstudiums durch weitere Fortgestaltung der Vorschriften zu fördern. Soweit hierzu eine Neuordnung und Umstrukturierung der Lehrveranstaltungen in zeitlicher und organisatorischer Hinsicht erforderlich ist, läßt die Bestallungsordnung trotz der straffen systematischen Gliederung der Ausbildung den Bildungsstätten im Rahmen des Ausbildungsplanes bereits jetzt hierzu Spielraum. Um weiteren Spielraum für eine Schwerpunktbildung während des Studiums zu schaffen, wird derzeit in Zusammenarbeit mit den veterinärmedizinischen Bildungsstätten geprüft, ob es möglich ist, das Prüfungsverfahren durch Änderung der Bestallungsordnung zeitlich zu entlasten.

Sonstige Heilberufe

381. Der in dieser Legislaturperiode von der Bundesregierung neu eingebrachte Entwurf eines Gesetzes über technische Assistenten in der Medizin wird im Bundestag beraten. Ausgehend davon, daß der Umfang des Wissensstoffes, den die technischen Assistenten zu bewältigen haben, erheblich angestiegen ist, soll eine Teilung des Berufs des medizinisch-technischen Assistenten in den Zweig „Laboratoriumstätigkeit" und den Zweig „Radiologie" erfolgen. Ferner soll der Beruf des veterinärmedizinisch-technischen Assistenten in die gesetzliche Regelung erstmals bundesgesetzlich geregelt werden. Im Hinblick darauf, daß die Ausbildung für diese Berufe nur noch einen Teil des Wissensstoffes beinhaltet, den die jetzige medizinisch-technische Assistentin zu erlernen hatte, soll die Ausbildungszeit auf zwei Jahre beschränkt werden. Ferner sollen Personen, die bereits eine Erlaubnis auf Grund des Gesetzes besitzen, unter erleichterten Bedingungen eine Erlaubnis für die anderen Fachrichtungen erwerben können.

382. Die Ausbildung der Krankenpflegeberufe wird auf lange Sicht den veränderten Gegebenheiten auf diesem Gebiete Rechnung tragen müssen. Während sich die pflegerische Tätigkeit früher vor allem auf das persönliche Eingehen auf den Patienten und auf manuelle Tätigkeiten beschränken konnte, treten durch das Eindringen der Technik in diesen Bereich neue Anforderungen auf. Hinzu kommt, daß auch diese Berufe in zunehmendem Maße psychosomatische Wechselwirkungen zu berücksichtigen und im Rahmen ihrer Tätigkeit zu verwerten haben. Der Wissenschaftsrat hat Vorstellungen (Empfehlungen zur Struktur und zum Ausbau des Bildungswesens im Hochschulbereich nach 1970) darüber entwickelt, wie auch die Ausbildung der Heilhilfsberufe in das gesellschaftspolitische Modell der Gesamtschule und der Gesamthochschule einzugliedern ist *).

383. Noch in diesem Jahre wird eine vom Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit berufene Kleine Kommission von Sachverständigen, Bundes- und Ländervertretern zusammentreten. Aufgabe dieser Kommission wird es sein, die Reformbedürftigkeit der Ausbildung bei den Krankenpflegeberufen zu überprüfen und entsprechende Vorschläge auszuarbeiten.

384. Auf dem Gebiet des Gesundheitswesens differenzieren sich die Tätigkeiten der einzelnen Berufe immer mehr und immer schneller. Es entstehen auf diese Weise neue Berufe, deren Ausbildung geregelt werden muß. So bedarf die Ausbildung z. B. der Beschäftigungstherapeuten, Logopäden, Diätassistenten und Orthoptisten einer bundeseinheitlichen Regelung. Darüber hinaus entstehen neben den Heilberufen im Grenzbereich von Medizin,

*) Wissenschaftsrat: Empfehlungen zur Struktur und zum Ausbau des Bildungswesens im Hochschulbereich nach 1970, vorgelegt im Oktober 1970, Band 2 (Anlagen), Seite 229 bis 241 (Ausbildung im Bereich der nichtärztlichen Berufe des Gesundheitswesens)

Technik und Ingenieurwissenschaften neue Berufe wie z. B. Ingenieur für technische Hygiene, für biomedizinische Technik und für Krankenhausbetriebstechnik sowie Bio-Ingenieure.

Berufsbegleitende Fortbildung

385. Im Bereich der Heilkunde beschleunigt sich das Tempo des Fortschrittes von Jahr zu Jahr. Schätzungsweise ist in einem Zeitraum von fünf Jahren der überwiegende Teil der gegenwärtigen Erkenntnisse mehr oder weniger überholt. Allein der technologisch bedingte Fortschritt, der in den apparativen Ausrüstungen der ärztlichen, zahnärztlichen, tierärztlichen Praxen und in dem Inventar der Krankenhäuser und Apotheken in Erscheinung tritt, zwingt schon seinerseits zu ständiger Fortbildung aller Berufe des Gesundheitswesens.

Das heißt, daß für sie mit der Beendigung der Ausbildung die Verpflichtung zur Fortbildung bedingt und theoretisch erst mit der Aufgabe der Berufstätigkeit endet.

Die Aufgaben der Fortbildung sind vielschichtig und die anzustrebenden Ziele dementsprechend unterschiedlich. Es gilt, neben wissenschaftlicher Fortbildung u. a. die Leistungsfähigkeit aller im Dienst für die Gesundheit von Mensch und Tier stehenden Berufsangehörigen den Bedürfnissen unserer modernen Gesellschaft anzupassen, sei es durch Rationalisierungsmaßnahmen in der Praxisführung oder durch vermehrte Aufklärung der Patienten zu erhöhter Mitwirkung.

386. Für die freipraktizierenden Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und die selbständigen Apotheker sind die jeweiligen Kammern der Länder, in denen diese Berufe zusammengeschlossen sein müssen, durch Gesetz verpflichtet, für die Möglichkeit einer qualifizierten Fortbildung aller Kammerangehörigen Sorge zu tragen. Nach den Berufsordnungen, die die Kammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts auf Grund der Kammergesetze erlassen haben, besteht für die Mitglieder die Pflicht, sich beruflich fortzubilden.

Art und Umfang der Fortbildung sind unterschiedlich; im wesentlichen ergeben sich folgende Möglichkeiten:

(1) Fortbildung durch Schrifttum

Wenn man die Auflagenhöhe der in der BRD erscheinenden medizinischen Zeitschriften berücksichtigt, kann davon ausgegangen werden, daß jeder Kammerangehörige außer seiner offiziellen Standeszeitschrift zwei bis drei medizinische Zeitschriften bezieht.

(2) Fortbildung durch Tagungen

Hier kann auf Tagungen und Sitzungen das gesprochene Wort durch die Hinzuziehung aller modernen technischen Hilfsmittel „visualisiert" werden. Für die Gestaltung derartiger Fortbildungstagungen ist eine Vielzahl von Variationen möglich. Sie reichen vom wissenschaftlichen Fortbildungsnachmittag oder -abend im Kreisverein eines Kammerbezirks über die — meistens regionale — Wochenendveranstaltung bis zum mehrwöchigen Fortbildungskurs oder dem mehrtätigen wissenschaftlichen Fachkongreß.

(3) Audiovisuelle Fortbildung

Film, Fernsehen und Kassettenfernsehen sind hervorragende Hilfsmittel für die Fortbildung. Die Vorteile liegen in der Verbindung vom lebenden Bild und Ton einerseits und der Möglichkeit andererseits, in geraffter Form Vorgänge aufzuzeigen, die anders nicht zu vermitteln wären. Somit können schwerverständliche und komplizierte Themen mühelos und kostensparend dargestellt werden.

(4) Kontaktstudium

Diese Fortbildungsmaßnahme ist zwar in letzter Zeit zunehmend propagiert worden, wird jedoch aus verschiedenen Gründen nur in relativ geringem Umfang angewendet. Immer wird man hierzu auf besonders geeignete Institute angewiesen sein; durch den Seminarcharakter dieses Studiums ist es erforderlich, daß die Teilnehmer mindestens 14 Tage bis 4 Wochen von ihrer Arbeitsstätte fernbleiben, wodurch sich Schwierigkeiten ergeben.

Für freipraktizierende Ärzte und Tierärzte bietet sich auch die Gemeinschaftspraxis als Weg für eine gegenseitige Fortbildung an, verbunden mit vereinfachter Vertretung beim Besuch längerdauernder auswärtiger Fortbildungsveranstaltungen.

387. Wenn auch für die nicht selbständigen Angehörigen der Gesundheitsberufe die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen im allgemeinen keine finanziellen Einbußen mit sich bringt, so ergeben sich jedoch gerade beim Heilhilfspersonal aus der Mangelsituation dieser Berufe heraus Schwierigkeiten. Begrüßenswert ist es, daß auf verschiedenen Gebieten für Angehörige des Gesundheitswesens die Dienststellen sich bemühen, die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen durch Übernahme der Kosten zu fördern.

388. Die Zahl der Fortbildungsmaßnahmen und -veranstaltungen für Krankenpflegepersonal, medizinisch- und veterinärmedizinisch-technische Assistenten, Krankengymnasten und Masseure ist in der Bundesrepublik Deutschland trotz großer Anstrengungen hervorragender Einrichtungen wahrscheinlich nicht ausreichend.

389. Um die Fortbildung für die Berufe des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik Deutschland zu aktivieren, wird die Forschung auf diesen Gebieten (hierbei handelt es sich um einen Arbeitsbereich der neuzeitlichen, angewandten praktischen Forschung, der in der Bundesrepublik Deutschland

noch wenig bekannt ist) intensiviert werden. Dabei stehen z. B. Fragen an, inwieweit es sinnvoll und möglich sein wird, durch programmierte Unterrichtsmethoden mit dem Rüstzeug moderner Unterrichtstechnologie Fortbildung in allen Zweigen der Medizin und Pharmazie zu betreiben.

390. Bei Arbeitnehmern wird die Gewährung eines längeren obligatorischen Bildungsurlaubs mit der Möglichkeit, an entsprechenden Fortbildungslehrgängen teilzunehmen, hoffentlich eine bessere Lösung bringen.

Wichtige Maßnahmen in der 6. Legislaturperiode:

1. Neuregelung der ärztlichen Ausbildung durch Approbationsordnung für Ärzte
2. Neuregelung der Apothekerausbildung durch Approbationsordnung für Apotheker
3. Neuregelung der Ausbildung technischer Assistenten in der Medizin

SECHSTER ABSCHNITT

Spezialfragen des Gesundheitswesens

Kosten der Gesundheit

391. Moderne Gesundheitspolitik bedarf einer umfassenden Planung. Dazu gehört auch die Ermittlung der Kosten der Gesundheit in Gegenwart und Zukunft.

Dieser Frage muß die ihr gebührende Beachtung geschenkt werden. Umfassende Untersuchungen liegen nicht vor. Die Bundesregierung hält derartige Untersuchungen für zwingend erforderlich und beabsichtigt daher, die Voraussetzungen für ihre Durchführung zu schaffen.

392. Den Versuch einer globalen Schätzung der Kosten der Gesundheit nach Funktionen und Kostenträgern für das Jahr 1968 hat Prof. Dr. Szameitat [1]) unternommen. Er weist darauf hin, daß die Aufgabe, die Kosten der Gesundheit zu schätzen, exakt überhaupt nicht lösbar sei. Eine Vielzahl „von Abgrenzungs-, Zuordnungs- und Bewertungsproblemen" und das sehr bruchstückhafte Zahlenmaterial schließen ein eindeutiges und für alle Zwecke brauchbares Ergebnis aus. Möglich sei lediglich der Versuch einer globalen Schätzung auf der Basis bestimmter einengender und vereinfachender Prämissen.

Im Hinblick auf die praktische Erfaßbarkeit und auf die ökonomischen Zusammenhänge wird in dieser Untersuchung die Gesundheit verstanden als „der zum Erhalten der Arbeitsfähigkeit erforderliche körperliche, geistige und seelische Zustand; analog hierzu für den außerhalb der Berufsausbildung und Erwerbstätigkeit stehenden Teil der Bevölkerung der für das normale, der Altersstufe angemessene Leben nötige Zustand." Als Kosten gelten „alle Kosten oder Ausgaben des einzelnen, der gesellschaftlichen Gruppe, der Wirtschaft und des Staates, die für alle spezifisch medizinischen Maßnahmen zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit anfallen".

Um Doppelzählungen zu vermeiden, werden die Kosten beim unmittelbaren Kostenträger erfaßt; lediglich die privaten Krankenkassen, die nicht als unmittelbarer Kostenträger auftreten, werden ihrer Bedeutung wegen nachrichtlich erwähnt. Einbezogen in die Untersuchung wurden ferner wegen ihrer ökonomisch sehr bedeutsamen Größenordnung auch die Kosten, die durch den krankheitsbedingten Ausfall von Arbeitsleistung und durch Frühinvalidität entstanden — also hier nicht Kosten für das Erhalten der Gesundheit, sondern die Kosten, die durch deren Verlust entstehen. Nicht einbezogen wurde dagegen der Kostenaufwand aller öffentlichen Maßnahmen, die in irgendeiner Weise auf die Gesundheit einwirken, wie z. B. der Bau moderner Wohnungen, Maßnahmen zur Lebensmittelkontrolle, gegen die Verschmutzung von Wasser und Luft und die Pflege von Grünflächen und Erholungsgebieten; ebenfalls nicht einbezogen wurde der den Kosten entsprechende Faktor der Erträge.

393. Nach den Ergebnissen dieser Untersuchung wurden für das Jahr 1968 insgesamt 48,5 Mrd. DM ermittelt, die zur Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit, für Ausbildung und Forschung im Gesundheitsbereich sowie für Krankheitsfolgen ausgegeben worden sind.

Wie abhängig diese Globalgröße von der für diese Untersuchung vorgenommenen Abgrenzung ist, kann daraus ersehen werden, daß bei Einbeziehung des krankheitsbedingten Produktionsausfalles, der mit 20 Mrd. DM geschätzt wird, die Gesamtkosten bei fast 70 Mrd. DM liegen. Es würde dann die

[1]) Prof. Dr. Klaus Szameitat: „Was kostet die Gesundheit?" Referat auf dem 20. Wissenschaftlichen Kongreß des Bundesverbandes der Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens vom 12. bis 15. Mai in Stuttgart und „Was kostet die Gesundheit?" in „Baden-Württemberg in Wort und Zahl" Nr. 5/1970.

Die Kosten der Gesundheit nach Funktionen und Kostenträgern im Bundesgebiet 1968

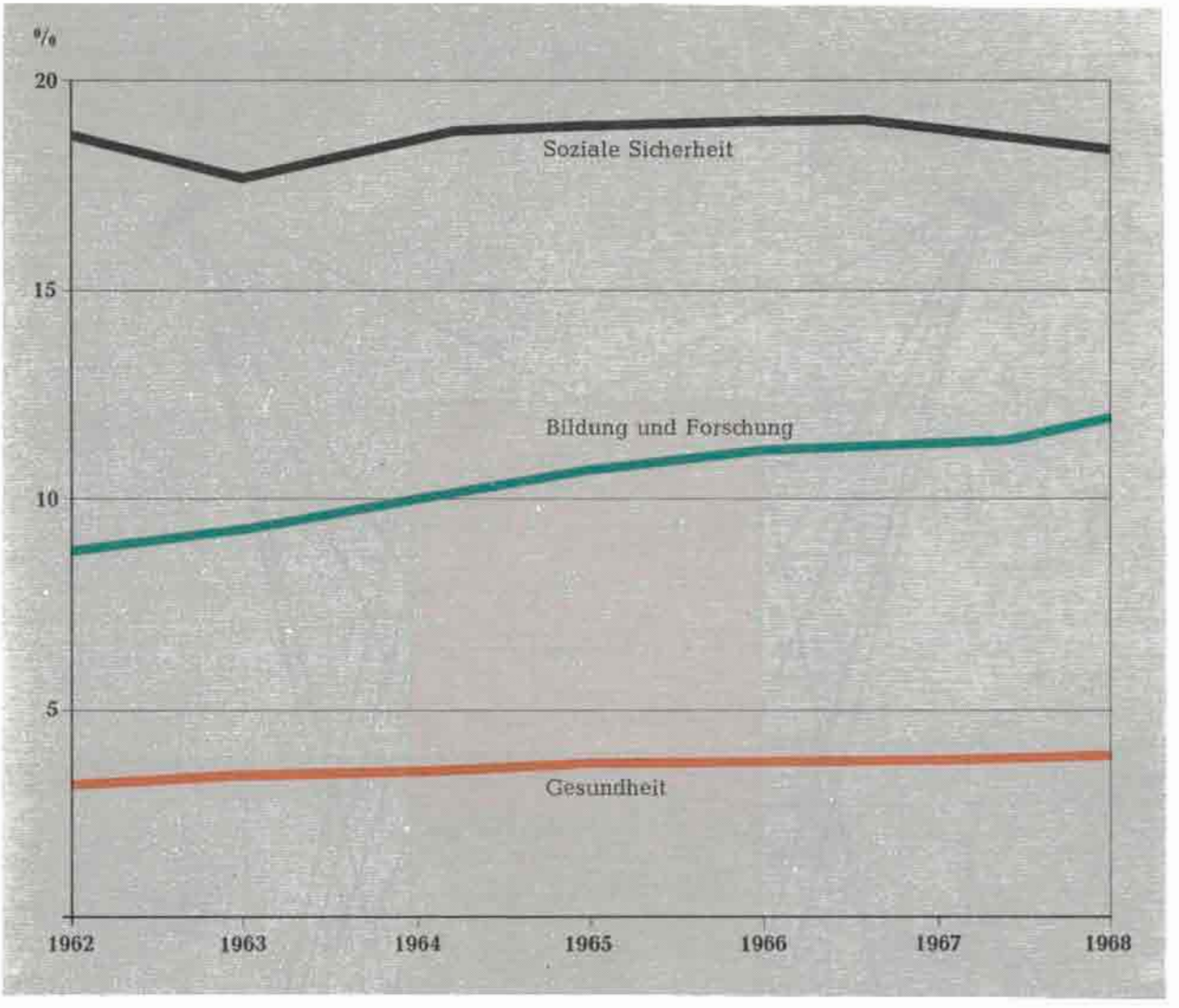
— Versuch einer Schätzung —

Funktion	Kosten insgesamt	Nach Trägern						
		Staat	Übrige Sozialversicherung	Gesetzliche Krankenkasse	Private Krankenkasse [1]	Arbeitgeber	Private Haushalte (Arbeitnehmer)	Organisationen ohne Erwerbscharakter
	1	2	3	4	5	6	7	8
	Mrd. DM							
A. Vorbeugung und betreuende Maßnahmen	4,5	1,1	1,8	1,3		0,2	0,1	
1. Aufgaben des staatlichen Gesundheitsdienstes (einschließlich sonstiger Einrichtungen)	0,9	0,9						
2. Gesundheitsfürsorge	0,5	0,2		0,3				
3. Verhinderung von Erwerbs- oder Berufsfähigkeit	2,0		1,7			0,2	0,1	
4. Mutterschaftshilfe	1,0			1,0				
5. Unfallverhütung	0,1		0,1					
B. Behandlung	25,8	4,0	0,5	14,5	(2,0)		4,9	1,9
1. Ärzte und Zahnärzte	9,0	0,1	0,2	6,4	(0,9)		2,3	
2. Krankenhäuser	10,6	3,5	0,2	4,3	(0,6)		0,7	1,9
3. Arzneien, Heil- und Hilfsmittel	6,2	0,4	0,1	3,8	(0,5)		1,9	
C. Krankheitsfolgen [2]	15,7	1,4	7,2	4,0	0,1	3,0		
1. Krankenhilfe, Krankentagegeld, Lohnfortzahlung	9,1	1,4	0,6	4,0	0,1	3,0		
2. Renten bei Frühinvalidität	6,6		6,6					
D. Ausbildung und Forschung	2,5	2,2					0,2	0,1
1. Ausbildung für Mediziner/ Pharmazeut	2,2	2,0					0,2	
2. Ausbildung sonstigen medizinischen Personals	0,2	0,1						0,1
3. Forschungsinstitute	0,1	0,1						
Insgesamt	48,5	8,7	9,5	19,8	0,1 (2,0)	3,2	5,2	2,0

[1]) Zahlen in Klammern = Erstattung an Private

[2]) Außer den in der Tabelle ausgewiesenen Werten entsteht ein geschätzter krankheitsbedingter Produktionsausfall in der Größenordnung von zumindest 20 Mrd. DM.

Anteil ausgewählter Aufgabenbereiche an den Ausgaben des Staates
— Bundesgebiet — in Prozent



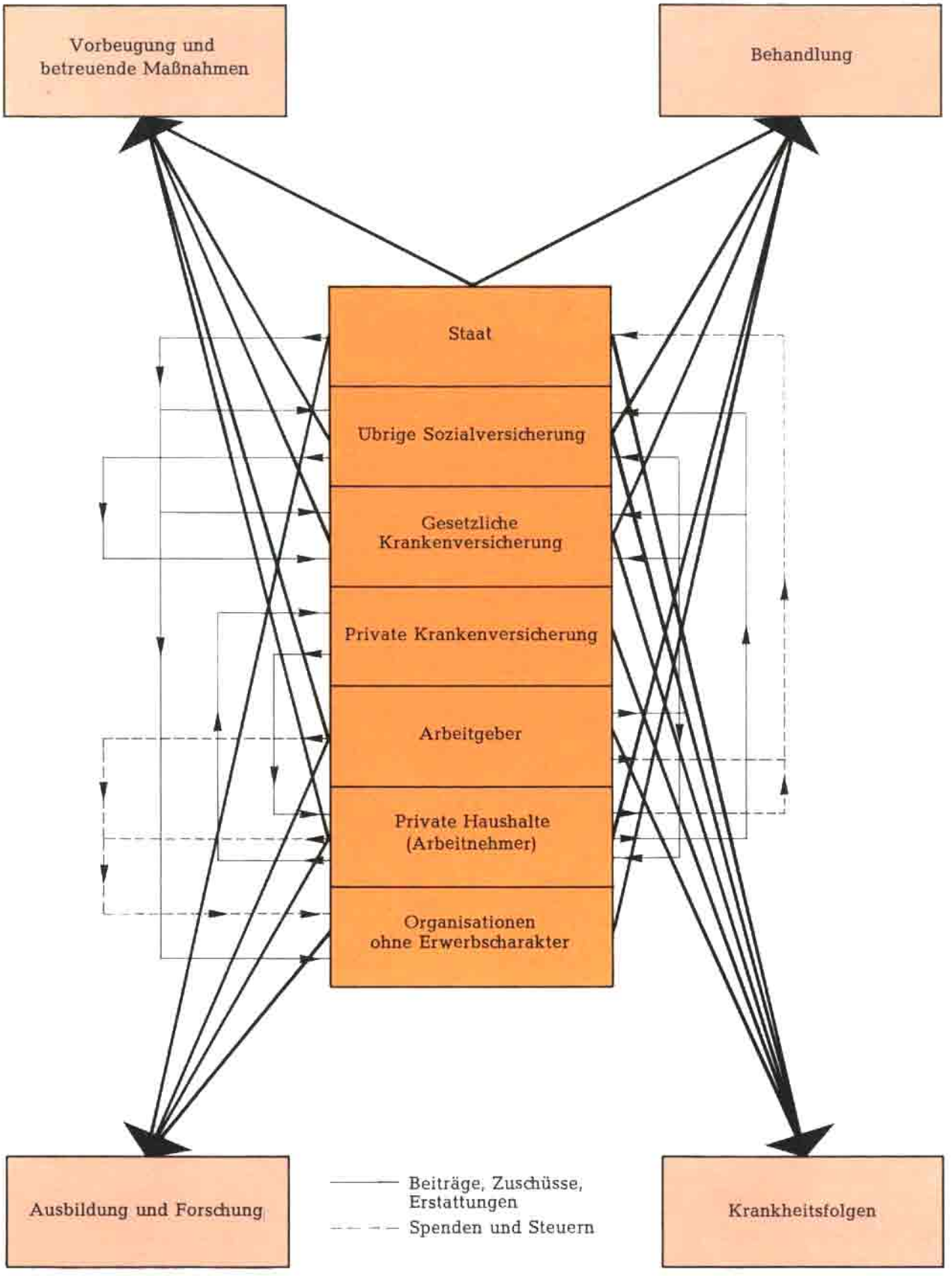
Summe der „Folgekosten" (etwa 36 Mrd. DM) sogar über den unmittelbaren Ausgaben für die Gesundheit (etwa 33 Mrd. DM) liegen.

394. Bei einem Vergleich der Ausgaben des Staates (Bund, Länder, Gemeinden) für die Gesundheit mit denen für andere wichtige Aufgabenbereiche entfallen nach den Ergebnissen dieser Untersuchung im Jahre 1968 auf soziale Sicherheit 18,6 %, auf Bildung und Forschung 11,7 % und auf Gesundheit 3,7 %. Dabei handelt es sich um die Position Gesundheit im haushaltsrechtlichen Sinne, nicht im Sinne des hier aufgestellten Kostenschemas. (Vgl. vorstehende Grafik).

Ein Vergleich mit dem Bruttoinlandsprodukt, dem Wert der gesamtwirtschaftlichen Leistung, zeige, wie in der Untersuchung des weiteren festgestellt wird, daß die Kosten der Gesundheit rund 9 % dieses Wertes darstellen.

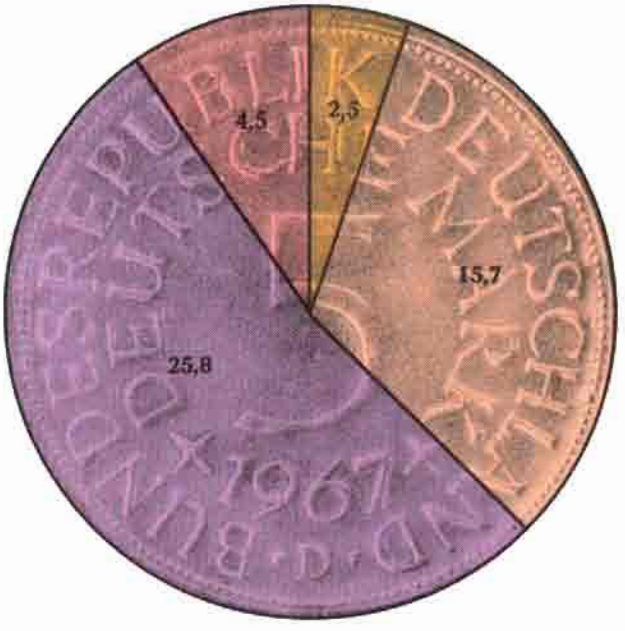
395. Die einzelnen Funktionen, für die in Tabelle auf Seite 158 die Kosten besonders ausgewiesen wurden, setzen sich aus Tätigkeiten und Maßnahmen der verschiedensten Art zusammen, deren Zuordnung nicht immer eindeutig möglich ist. Es ist bemerkenswert, daß sich für den Bereich „Vorbeugung und betreuende Maßnahmen" ein Kostenanfall von nur 4,5 Mrd. DM im Vergleich zu 25,8 Milliarden DM für die „Behandlung von Krankheiten" ergeben hat. Der Bereich „Vorbeugung und betreuende Maßnahmen" umfaßt die Kosten für alle Untersuchungen und sonstigen Maßnahmen, die dem Vorbeugen, dem Schutz der Gesundheit dienen, wie z. B. Lehrlingsuntersuchungen, Untersuchungen der Einwohner bestimmter regionaler Bereiche, Röntgenreihenuntersuchungen und alle Impfaktionen sowie alle anderen Maßnahmen der Krankheitsverhütung, der Gesundheitsförderung und der Verhinderung von Erwerbs- oder Berufsunfähigkeit (wie z. B. ärztlich verordnete Kuren). Unter der Position ‚Gesundheitsfürsorge' sind z. B. Maßnahmen des Staates im Rahmen der Sozialhilfe, der Kriegsopfer-Erholungsfürsorge und der Jugendhilfe-Erholung zusammengefaßt mit Leistungen der gesetzlichen

Die wichtigsten Finanzierungsströme für die Kosten der Gesundheit



Kosten der Gesundheit nach Funktionen und nach Aufbringung der Mittel im Bundesgebiet 1968

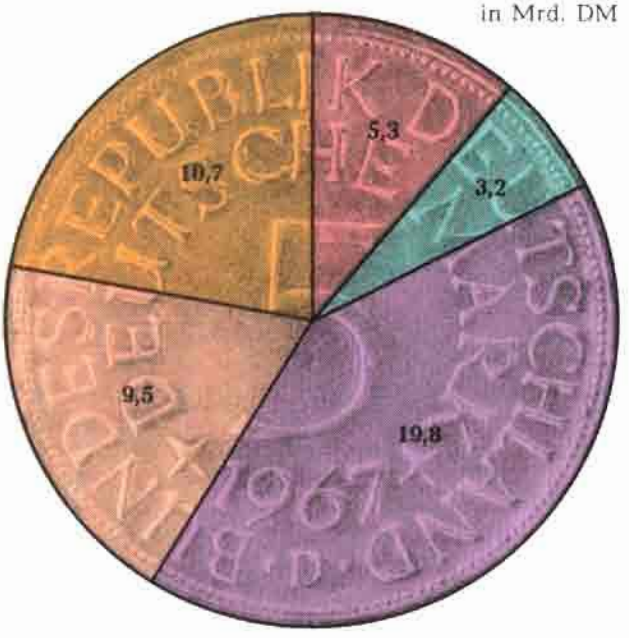
Kosten der Gesundheit



- Ausbildung und Forschung
- Krankheitsfolgen
  Krankenhilfe, Lohnfortzahlung, Frühinvalidität
- Behandlung Arzneien, Heil- und Hilfsmittel
  Krankenhäuser Ärzte und Zahnärzte
- Vorbeugung und betreuende Maßnahmen

Aufbringung der Mittel

in Mrd. DM



- Private Haushalte
  Zahlungen der priv. Krankenkassen
- Arbeitgeber
- Gesetzliche Krankenkassen Arbeitnehmer-Arbeitgeberbeiträge, Zuschüsse, Verrechnungen
- Übrige Sozialversicherung
- Staat
  Organisationen ohne Erwerbscharakter

Krankenkassen zur Vorbeugung und Verhütung sowie zur Genesendenfürsorge und mit Ausgaben für den vertrauensärztlichen Dienst. Die ‚Mutterschaftshilfe' umfaßt neben der ärztlichen Betreuung und der Versorgung mit Medikamenten auch das Mutterschaftsgeld. Unter ‚Unfallverhütung' wurde nur die von der gesetzlichen Unfallversicherung für diesen Zweck ausgegebene Summe ausgewiesen. Wenn auch die privaten und betrieblichen Maßnahmen auf diesem Gebiet Berücksichtigung fänden, würde der ausgewiesene Betrag noch weit höher liegen.

Der Bereich ‚Behandlung' beinhaltet die Kosten der Behandlung von Patienten in der ärztlichen und zahnärztlichen Praxis, die Behandlung in Krankenanstalten, den Aufwand für Medikamente und die Inanspruchnahme von speziellen Maßnahmen wie Bestrahlungen, Massagen und Bäder.

396. Den Kosten der „Krankheitsfolgen", die sich auf mindestens 15,7 Mrd. DM beliefen, wurden die durch krankheitsbedingten Arbeitsausfall entstehenden Kosten, wie Lohn- und Gehaltsfortzahlungen im Krankheitsfall und Krankentagegeld zugeordnet sowie die durch Frühinvalidität anfallenden Rentenzahlungen und Rentenzahlungen an Verletzte. Dahinter taucht volkswirtschaftlich gesehen der durch Krankheit von Erwerbspersonen entstehende Ausfall von Produktionsleistung auf. Gerade die Größenordnung der krankheitsbedingten Ausfall- und Versorgungskosten zeigt die Bedeutung aller Bemühungen um die Besserung des Gesundheitszustandes. Bei den Kosten für die Krankheitsfolgen mußte weitgehend mit Schätzungen gearbeitet werden. Da nur die Ausgaben beim unmittelbaren Kostenträger erfaßt wurden, kommt die tatsächliche Belastung der einzelnen Träger bei diesem Vorgehen nicht zum Ausdruck. So verringert sich zum Bespiel der Anteil der privaten Haushalte noch um Zuschüsse und Beihilfen von Arbeitgeberseite. Dieser Zusammenhang könnte nur in einem vollständigen Strömungsmodell dargestellt werden.

Dem Bereich „Ausbildung und Forschung" wurde der für alle medizinischen Fakultäten geschätzte Gesamtaufwand zugerechnet sowie der Aufwand für die Ausbildung von Krankenschwestern, medizinisch-technischen Assistenten und anderen Fachkräften, soweit hierfür Angaben vorlagen oder Schätzungen möglich waren. Die Aufwendungen mit 2,5 Mrd. DM für diesen Bereich sind im Vergleich zu den anderen Bereichen am niedrigsten.

Bei der Systematisierung der Kosten nach Kostenträgern wurde in der Regel der unmittelbare Kostenträger als maßgeblich angesehen und versucht, dessen Aufwand zu schätzen. Der größte Teil der Kosten entfiel auf die gesetzliche Krankenversicherung (19,8 Mrd. DM), auf die übrige Sozialversicherung (9,5 Mrd. DM) und auf den Staat (8,7 Mrd. DM). Die Ausgaben des Staates für die Gesundheit werden in verschiedenen Positionen der öffentlichen Haushaltsrechnungen ausgewiesen, wie der Versicherungsträger in ihren Verwaltungs- und Geschäftsberichten.

Die Kosten der privaten Haushalte wurden nach den Ausgaben der einzelnen Haushaltstypen für Gesundheitspflege, wie sie die Statistik der Wirtschaftsrechnungen ermittelt, geschätzt. Für die Aufgliederung der aufgebrachten Beträge nach den einzelnen Funktionen wurden zusätzlich noch weitere Schlüssel verwendet, wie z. B. bei den Krankenhäusern die Bettenzahl. Im einen oder anderen Fall wurde der Anteil eines Kostenträgers auch durch Differenzbildung ermittelt, so z. B. bei Arzneien und Heilmitteln die Ausgaben des Staates im Zusammenhang mit der Versorgung von Kriegsversehrten, der Anlage von Depots, Erste-Hilfe-Stationen in Schulen Behörden usw.

Für die Organisationen ohne Erwerbscharakter wie Deutsches Rotes Kreuz, Diakonisches Werk, Caritasverband, Wohlfahrtsverbände u. a. wurde als Minimum ein Kostenaufwand von 2 Mrd. DM geschätzt.

397. Die Vielfalt der mit der Aufbringung der Kosten entstehenden Finanzierungsströme zwischen den Kostenträgern (Beiträge, Erstattungen, Steuern und Spenden), ist in dem Schaubild auf Seite 160 dargestellt.

Bei der Aufbringung der Mittel für die Kostenträger handelt es sich um eine breite, alle großen Sektoren der Volkswirtschaft umfassende Kostenverteilung. So werden z. B. die Zahlungen der gesetzlichen Krankenkassen, aber auch die der übrigen Sozialversicherung, durch Beiträge der Arbeitnehmer und der Arbeitgeber ermöglicht, die damit diese Leistungen finanzieren. Das gilt auch für den größten Teil der Ausgaben des Staates, die durch die Steueraufkommen der Staatsbürger gedeckt werden. Diese umfassende Kostenverteilung ist im Schaubild auf Seite 161 dargestellt, in die auch die Arbeitgeber- und Arbeitnehmerbeiträge zur geseztlichen Krankenversicherung einbezogen wurden.

In der Untersuchung wird des weiteren festgestellt, daß die Maßnahmen für die Gesundheit nur als Ausgabeposten angesehen werden. Bei volkswirtschaftlicher Betrachtung tragen aber z. B. auch ärztliche und zahnärztliche Praxen, pharmazeutische Industrie und Apotheken mit ihrer Wertschöpfung nicht unwesentlich zum Entstehen des Sozialprodukts bei; die Größenordnung dieser Wertschöpfung dürfte 1968 kaum unter 20 Mrd. DM gelegen haben. „Es sollte der nationalökonomische Aktivposten ‚Pflege der Gesundheit' künftig stets zusammen mit der Ausgabenseite gesehen werden."

Forschung

398. Gerade im Bereich des Gesundheitswesens erfordern politische Maßnahmen der Bundesregiegung besonders sorgfältig erarbeitete und wissenschaftlich genügend abgesicherte Grundlagen. Ohne intensive Forschung sind Fortschritte bei der Sicherung der Gesundheit nicht zu erreichen.

Eine moderne Industriegesellschaft, eine sich wandelnde Umwelt, in der die Gefährdung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit zunimmt, fordern Initiativen des Staates, um durch verstärkte Unter-

stützung und Entwicklung der Erforschung der Gefährdungsursachen und Möglichkeiten ihrer Beseitigung oder Eindämmung den Gesundheitsschutz auszubauen.

Die Aktualität dieser Aufgaben zeigt sich auch in der Einstellung der Bevölkerung, die — wie Untersuchungen der Studiengruppe für Systemforschung in Heidelberg ergeben haben — der Forschung auf dem Gebiet des Gesundheitswesens, insbesondere der Medizin, einen hohen Rang in der Präferenzliste der staatlichen Förderung einräumt.

399. Medizinische Forschung umfaßt alle biologisch relevanten Bereiche des menschlichen Lebens. Die ihr gestellten Fragen sind in ihrer Vielfalt kaum überschaubar, neue Organisationsformen und Veränderung der Struktur der Forschung sind notwendig. Selbstverständlich wird weiterhin die medizinische Grundlagenforschung vornehmlich an Universitäten und Hochschulen, an Speziallaboratorien und -instituten als selbstgestellte Aufgabe betrieben. Hier kann die Bundesregierung nur an der Auswertung der Forschungsergebnisse mitwirken, die für die Gesundheitspolitik von Bedeutung sind und für die rasche Umsetzung in die Praxis Sorge tragen.

Für Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge und des Gesundheitsschutzes sind aber auch gezielte Fragestellungen an die angewandte Forschung erforderlich. Sie werden deshalb durch Bundesanstalten und -institute zu beantworten sein. Auch Institutionen der Hochschulen, Forschungslaboratorien und sonstige wissenschaftliche Institute werden dazu herangezogen. Der folgende Überblick kann nur die Schwerpunkte andeuten, die gegenwärtig für eine gezielte Forschungsforderung wichtig sind:

400. Im Bereich des allgemeinen Gesundheitswesens werden Fragen der Krankenhausleistungen und des Pflegewesens sowie neue Formen der ärztlichen Kooperation erforscht. Eine besondere Analyse der Volkszählung in bezug auf ärztliche Heilberufe wird als Unterlage für Planungsüberlegungen zum Personalbedarf im Gesundheitswesen dienen. Weitere Arbeiten entwickeln Kriterien für die Vergabe öffentlicher Mittel im Gesundheitswesen.

Das große Aufgabengebiet der Hygiene und der Seuchenbekämpfung stellt fortwährend neue Probleme in den Vordergrund der gesundheitspolitischen Betrachtung. Hier erstreckt sich die Forschungstätigkeit insbesondere auf Einzelfragen zu bestimmten Krankheiten, wie z. B. Polio, Hepatitis, Tuberkulose, Masern oder sie bezieht sich auf die Vorbereitungsarbeiten zu gesetzlichen Maßnahmen auf dem Gebiet der Seuchenbekämpfung.

401. In der Forschung im Bereich der Gesundheitshilfe kooperiert eine Reihe von wissenschaftlichen Instituten. Hier werden Probleme der gesundheitlichen Entwicklung behinderter Kinder, der Krebsvorsorge und medizinische Aspekte des Rauschmittelkonsums untersucht. Weitere Forschungsarbeiten behandeln die Schwangeren und Geburtsmedizin, außerdem werden Untersuchungen über die Einführung programmierter Lernsysteme für Gesundheits- und Sozialberufe durchgeführt. Ein Großprojekt der Weltgesundheitsorganisation zum Thema „Herz-Kreislauf-Forschung" wird im Auftrag der Bundesregierung an den Universitäten Heidelberg und Mainz bearbeitet.

Eine Reihe von wissenschaftlichen Forschungsarbeiten dient Verbesserungen auf dem Gebiet der medizinischen Rehabilitation. Hier gilt die besondere Sorge der Eingliederung körperbehinderter Kinder, besonders der Dysmelie-Kinder, aber auch der erwachsener Körperbehinderter. An mehreren Universitäten werden technische Hilfsmittel für körperbehinderte Menschen entwickelt und erprobt. Gleichzeitig wird die Wirksamkeit besonderer Betreuungsmaßnahmen von Eltern behinderter Kinder untersucht. Balneowissenschaftliche Untersuchungen sollen Aufschlüsse geben über Behandlungsmethoden, z. B. in der Gerontologie.

In der Verkehrsmedizin werden Forschungen über die wahren Todesursachen bei Verkehrsunfällen sowie über Einflüsse von Krankheiten auf das Verkehrsverhalten durchgeführt.

Als Vorbereitung für gesetzliche Maßnahmen und Grundlage zur Herabsetzung der Strahlenbelastung sind Forschungsarbeiten über die Anwendung der Schirmbildtechnik bei der radiologischen Diagnostik im Gange.

Langfristige Forschungsaufträge beziehen sich auf die Weiterentwicklung von Methoden zur Prüfung von Arzneimitteln. Gerade auf dem Gebiet der Arzneimittelsicherheit werden gegenwärtig umfangreiche Forschungsarbeiten, zum Teil in Zusammenarbeit mit der WHO, durchgeführt. Andere aktuelle Projekte befassen sich mit den Auswirkungen von Schädlingsbekämpfungsmitteln auf Mensch und Umwelt.

402. Innerhalb des Gesamtprogramms der Bundesregierung zur Bekämpfung des Drogen- und Rauschmittelmißbrauchs sind Forschungsvorhaben eingeleitet, die sich mit der Frage der Prävention, der Therapie und der Rehabilitation Drogengefährdeter befassen. Endziel der Untersuchungen ist die Klärung der Frage, welche psychologischen und medizinischen Faktoren nach Rauschmittelkontakt zu psychischer Fehlentwicklung disponieren, die Definition von Risikofaktoren und die Ermittlung des Gefährdungsgrades und -umfangs einer schutzbedürftigen Personengruppe.

Auf dem Gebiet des Lernmittelrechts untersucht eine Reihe von Forschungsinstituten hygienische Maßnahmen bei Milch, Käse, Fleisch und Fleischerzeugnissen sowie Methoden zum Nachweis giftiger Verbindungen und pathogener Keime in Lebensmitteln. Andere Arbeiten verfolgen die Frage der gesundheitlichen Unbedenklichkeit der Strahlenbehandlung zum Zwecke der Konservierung. Zum Verbraucherschutz gehören auch Forschungsarbeiten über Gefährdungen, die mit dem Lebensmittelverzehr durch cancerogen wirkende Stoffe oder durch Übertragung parasitärer Erkrankungen verbunden sein können, sowie über ernährungsphysiologische Auswirkungen von bestimmten Lebensmittelzusatz-

stoffen, und über Rückstände von Arzneimitteln und Zusatzstoffen. Die hohen Qualitätsanforderungen bei Getränken erfordern kontinuierliche Forschungsarbeit. Es laufen zur Zeit mehrere Arbeiten im Bereich der Weinforschung. Im weiteren Bereich des Lebensmittelwesens werden Verzehrsgewohnheiten bestimmter Bevölkerungsgruppen untersucht. Die Wissenschaft steht auf dem Gebiete der Lebensmittelchemie und der Veterinärmedizin vor der Aufgabe, Schritt zu halten mit der technischen und zivilisatorischen Entwicklung, damit sich diese zugunsten der menschlichen Gesundheit und Leistungsfähigkeit gestaltet. Mehrere Bundesforschungsanstalten des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten und das Bundesgesundheitsamt leisten hierzu sich ergänzende Beiträge.

403. Einen bedeutenden Rang in der Erforschung von Fragen des Gesundheitswesens nimmt das Bundesgesundheitsamt in Berlin ein, das dem Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit untersteht.

Diese größte und traditionsreichste wissenschaftliche Forschungsstätte auf dem Gebiet des Gesundheitswesens in der Bundesrepublik gliedert sich in vier Fachinstitute und die Zentralabteilung, in der neben der verwaltungsmäßigen Betreuung der Institute wichtige gesetzesvollziehende Aufgaben wahrgenommen werden.

404. Es ist beabsichtigt, das Bundesgesundheitsamt in den nächsten Jahren erheblich auszubauen. Mit dem Ausbau soll mehr erreicht werden als eine — sicher dringend notwendige — Modernisierung der baulichen und apparativen Ausstattung. Hauptzweck des Ausbaues ist, das Amt in die Lage zu versetzen, sich den ständig steigenden und rasch wechselnden Anforderungen auf seinem Aufgabengebiet anpassen zu können; nur eine flexible und dynamische Forschungsstätte kann wissenschaftlich auf der Höhe der Zeit bleiben.

Der Gesamtausbau des Amtes ist in einem gesonderten Bericht dargestellt, der dem Haushaltsausschuß des Deutschen Bundestages vorgelegt wird. Soweit sich bisher übersehen läßt, werden die Ausbaumaßnahmen Investitionen in Höhe von über 210 Millionen DM erfordern.

405. Das Robert-Koch-Institut ist das zentrale Institut der Bundesrepublik für Forschung auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten. Die Aufdeckung von Krankheitserregern, die experimentelle Untersuchung ihres Verhaltens und die Entwicklung von unschädlichen Stoffen und Verfahren zur Immunisierung gegen Infektionskrankheiten stehen im Mittelpunkt der Arbeiten dieses Instituts. Sie geben der Bundesregierung wissenschaftliche Fakten an die Hand, die die Grundlage für den Erlaß oder die Änderung von Rechts- und Verwaltungsvorschriften auf dem Gebiete des Seuchenrechts sind.

406. Ähnliches gilt für das Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene, einer Forschungsstätte für allgemeine Gesundheitshygiene und Gesundheitstechnik. Hier werden Grundlagen für das politische Programm der Bundesregierung für den Umweltschutz wissenschaftlich vorbereitet.

407. Für die Forschungen auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Arzneimittelwesens, der Lebensmittelchemie, der Veterinärmedizin und der Lebensmittelphysiologie wird in großem Umfang das Max-von-Pettenkofer-Institut herangezogen. Eine große Anzahl von Laboratorien mit modernen technischen Hilfsmitteln ist an der Untersuchung von wissenschaftlichen Fragen beteiligt, die von aktueller Bedeutung für die Gesundheitspolitik der Bundesregierung sind.

408. Die Sozialmedizin bildet in der Regierungserklärung vom 28. Oktober 1969 erstmals einen besonderen Schwerpunkt. Auf diesem Gebiet forscht inzwischen das beim Bundesgesundheitsamt eingerichtete Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie.

Seine Aufgaben sind:

— Beobachtung von Gesundheitsstand und Krankheitshäufigkeit in der Bevölkerung und in deren Schichten und Gruppen und die Erforschung der wechselseitigen Beziehungen zwischen Gesundheit, Gesundheitsgefahren und Krankheit einerseits, den sozialen, wirtschaftlichen und ökologischen Verhältnissen andererseits — *Sozialmedizin* — einschließlich Beobachtung und Analyse der Funktionen und des Wirkungsgrades der Einrichtungen des Gesundheitswesens hinsichtlich der Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit und der Verhütung und Behandlung von Krankheiten;

— die Analyse der Bedingungen für die Entstehung und Verbreitung von Umweltschäden und Zivilisationskrankheiten — *Epidemiologie* — unter Einbeziehung auch klinischer Forschungsarbeit;

— die Entwicklung von Verfahren zur Verhütung von Gesundheitsschäden und zur Früherkennung von Krankheiten der vorstehend genannten Art — *Gesundheitsvorsorge* — und die Gestaltung und Erprobung von Modellen für die praktische Anwendung solcher Verfahren.

Das Institut wird hierfür Stichproben der Bevölkerung untersuchen, und zwar in systematischen (geschichteten) Flächenstichproben nach Gemeinden oder Gemeindestellen in einzelnen Ländern des Bundesgebietes und in der Stadt Berlin.

409. Die medizinische Forschung ist heute mehr denn je auf ein leistungsfähiges Informations- und Dokumentationssystem angewiesen. Die durch das schnelle Anwachsen des medizinischen Wissens ständig zunehmende medizinische Literatur in aller Welt macht eine Unterstützung von Wissenschaftlern und Praktikern durch eine Institution notwendig, die bei der Auffindung relevanter Literatur Hilfestellung leistet. Diese Aufgabe wird für die Bundesrepublik vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information wahrgenommen. Seine Hauptaufgabe ist es, der medizini-

schen Öffentlichkeit laufend oder auf Anfragen Literatur- und sonstige Informationen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens — einschließlich der Randgebiete — zu liefern. Das Institut arbeitet an der Verbesserung von Dokumentations- und Informationssystemen (Literatur- und Befunddokumentation) und fördert die Aus- und Fortbildung von Personal für die medizinische Dokumentation und Information insbesondere in der Anwendung moderner Techniken.

410. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Köln kann ihre vielseitigen Aufgaben auf dem Gebiet der praktischen Gesundheitserziehung und der gesundheitlichen Aufklärung nur auf der Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse erfüllen. Hier bewegen sich die Forschungsarbeiten im Bereich der psycho-sozialen Vorstellungen und Verhaltensweisen, aber auch in der Motivations- und Kommunikationsforschung sowie bei der Untersuchung von sozialen Umwelteinflüssen. Z. B. werden gegenwärtig Fragen des Einflusses der Zigarettenwerbung, des Motivhintergrundes beim Rauschmittel- und Drogenkonsum, der Integrationseinflüsse auf die Gesundheit neben Fragen des Freizeitverhaltens oder der Gesundheitssituation in der Schule untersucht.

Auf der Grundlage der Forschungsergebnisse bemüht sich die Bundeszentrale, das Gesundheitswesen des einzelnen zu verbessern und die Verantwortung für seine Gesundheit und die Gesundheit anderer zu verstärken sowie die gesundheitliche Verhaltensweise günstig zu beeinflussen.

411. Der Kampf gegen den Krebs zählt zu den großen gesundheitspolitischen Aufgaben von heute und morgen. Hierzu gehört sowohl eine intensive Krebsforschung wie auch die Früherkennung und Frühbehandlung .Das Krebsproblem kann — wenn überhaupt — nur durch Konzentration aller Forschungskapazitäten, durch massiven Einsatz von Personal, Forschungsmitteln und -einrichtungen gelöst werden. Diesen Zweck verfolgt das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg, eine Stiftung des öffentlichen Rechts, das durch den Bund und das Land Baden-Württemberg getragen wird.

412. Die moderne Forschung ist dadurch gekennzeichnet, daß sie im Zuge der immer weitergehenden Spezialisierung zunehmend auf Kooperation angewiesen ist. Damit geht ein ständig steigender Forschungsaufwand in personeller, finanzieller und apparativer Hinsicht einher. Bei der Beschränktheit der Möglichkeiten der Mittel ist deshalb eine Konzentration der Kräfte unerläßlich. Der Wissenschaftsrat hat daher schon vor einigen Jahren die Bildung von Sonderforschungsbereichen als Voraussetzung für weitere Fortschritte in der immer spezieller werdenden Forschung empfohlen, um hiermit die erforderliche Konzentration von Personal, finanziellen Mitteln und Einrichtungen an den Hochschulen zu ermöglichen.

413. Aus den Bereichen der allgemeinen Medizin, der Zahnmedizin, der Veterinärmedizin und des Umweltschutzes ist bereits eine große Anzahl von Sonderforschungsbereichen eingerichtet, während weitere Vorschläge der Bundesregierung aus dem Bereich des Gesundheitswesens gegenwärtig noch im Stadium der Beratung sind. Es sind dies:

Volks- und betriebswirtschaftliche Aspekte des Gesundheitswesens (Gesundheitsökonomie),

Erforschung der Mütter- und Säuglingssterbkeit,

Geriatrische Forschung,

Sozial- und arbeitsmedizinische Forschung,

Verkehrs- und raumfahrtmedizinische Forschung,

Fortpflanzungsforschung,

Prävention der Herz- und Kreislaufkrankheiten,

Medizinische Soziologie,

Abfallwirtschaft,

Reinhaltung der Luft und Lärmbekämpfung.

Die Sonderforschungsbereiche werden zu zwei Drittel vom Bund, zu einem Drittel von den Ländern finanziert.

414. Zur Vermeidung unnötiger Doppelarbeit ist eine umfassende Koordinierung der Forschung wichtig. Verbesserungen der Zusammenarbeit im Bereich der ressortbezogenen Forschung werden gegenwärtig von einer interministeriellen Arbeitsgruppe untersucht. Zudem wird geprüft, ob eine leistungsfähigere Kooperation zwischen Bund und Ländern, zunächst im Bereich der medizinischen Forschung, möglich ist.

415. Die Ergebnisse der Forschung auf den Gebieten des Gesundheitswesens werden regelmäßig in Forschungsberichten bekanntgegeben. Sie enthalten Kurzdarstellungen der abgeschlossenen Forschungsarbeiten und werden allen interessierten Kreisen kostenlos zur Verfügung gestellt. Gegenwärtig erfolgt die Herausgabe der Forschungsergebnisse aus dem Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Jugend, Familie und Gesundheit aus den Jahren 1968 und 1969.

SIEBTER ABSCHNITT

Internationale Zusammenarbeit

Freie Vereinigungen

416. Die internationale Zusammenarbeit war schon immer ein wichtiger Teil des Gesundheitswesens. Aus dem Vergleich unterschiedlicher Erfahrungen mit neuen Behandlungsmethoden und Organisationsformen ergeben sich Anregungen für die ärztliche Praxis wie für die Gesundheitspolitik. Auf den medizinischen Spezialgebieten wird dieser Erfahrungsaustausch seit langem von den jeweiligen Fachgesellschaften und Verbänden gepflegt. Eine Reihe dieser Vereinigungen erhält von der Bundesregierung institutionelle Zuschüsse, die nicht zuletzt auch dazu dienen, die Mitarbeit in den entsprechenden internationalen nichtstaatlichen Fachorganisationen zu ermöglichen. Dies gilt, um nur einige Beispiele zu nennen, für den Kampf gegen Tuberkulose und Krebs, für die Arbeit auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und Familienplanung. Die Bundesregierung beteiligt sich auch an der Finanzierung der turnusmäßig in der Bundesrepublik Deutschland stattfindenden Kongresse dieser Organisationen. Naturgemäß hängt die Wirksamkeit solcher freier Vereinigungen weithin ab von der Initiative einzelner Persönlichkeiten oder Gruppen; sie beschränkt sich in aller Regel streng auf das jeweilige Fachgebiet und berücksichtigt nur am Rande das Gesundheitswesen in seiner Gesamtheit. Die Bundesregierung wird diese spezialisierte, von privater Initiative getragene Form internationaler Zusammenarbeit auch künftig fördern.

Weltgesundheitsorganisation

417. Der wichtigste Partner der Bundesregierung im internationalen Gesundheitswesen ist die Weltgesundheitsorganisation (WHO). Diese Sonderorganisation der Vereinten Nationen ist am 7. April 1946 gegründet worden. Der Jahrestag ihrer Gründung wird alljährlich als „Weltgesundheitstag" begangen, der dazu dient, ein gesundheitspolitisch aktuelles Problem einer breiten Öffentlichkeit nahezubringen; 1970 war sein Thema die Krebsbekämpfung, 1971 werden es die Probleme der Zuckerkrankheit sein. Auch der Bundesregierung bieten die Vorbereitungen und die Abwicklung dieser Gedenktage sowie die Nacharbeit willkommene Gelegenheit zu zielgerichteter, gesundheitspolitischer Öffentlichkeitsarbeit.

Mit ihrer Satzung und dem darin enthaltenen Versuch, neu zu definieren, was „Gesundheit" ist, hat die WHO einen Maßstab gesetzt und Vorstellungen entwickelt, die sich als äußerst fruchtbar erwiesen und sich in der Bundesrepublik Deutschland durchgesetzt haben: Gesundheit und Krankheit werden nicht als rein körperlicher Zustand aufgefaßt; zugleich muß die geistig-seelische Verfassung eines Menschen und seine Einordnung in die soziale Umwelt gesehen und gewürdigt werden. Die Bundesregierung bejaht diese Abkehr von einer medizinischen Überspezialisierung, sie folgt der WHO, indem sie ihrer gesundheitspolitischen Konzeption die physischen und sozialen Belange des Bürgers als untrennbare Einheit auffaßt und in ihren Programmen vertritt.

418. Abgesehen von diesen Grundlagen der WHO-Arbeit, die sich auf das Selbstverständnis der Medizin und der Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland ausgewirkt haben, ist nach dem Platz zu fragen, der unser Land in dieser Organisation einnimmt. Die Bundesrepublik Deutschland ist 1951 Mitglied der WHO geworden. Der ordentliche Haushalt der WHO wird aus Mitgliedsbeiträgen finanziert; der Schlüssel für die Errechnung dieser Beiträge richtet sich nach dem Bruttosozialprodukt. Im Jahre 1970 ist der Beitrag der Bundesrepublik

Deutschland auf rund 16 Millionen DM angestiegen, das sind 6,30 % eines Beitragsaufkommens von rund 70 Millionen US-$. Der WHO gehören heute 131 Staaten an. Die folgende Aufstellung zeigt, daß über 80 % der Beiträge von nur 14 Staaten aufgebracht werden, unter denen die Bundesrepublik Deutschland nach den USA und der UdSSR an 3. Stelle und mit ähnlicher Beitragshöhe wie England und Frankreich erscheint.

USA	30,87 %
UdSSR	14,86 %
BRD	6,30 %
England	5,95 %
Frankreich	5,39 %
China	3,60 %
Japan	3,40 %
Italien	2,91 %
Kanada	2,72 %
Indien	1,56 %
Australien	1,37 %
Polen	1,32 %
Schweden	1,12 %
Niederlande	1,04 %
	82,41 %

Der Hinweis auf die unterschiedliche Beitragshöhe der Mitgliedstaaten macht deutlich, daß die Leistungen einer Minderzahl von Staaten einer Mehrheit volkswirtschaftlich schwacher Staaten zugute kommen, daß also auch der verhältnismäßig hohe Beitrag der Bundesrepublik Deutschland zum Haushalt der WHO als ein Bestandteil der Leistungen der Bundesregierung zur Entwicklungshilfe angesehen werden kann. Dazu ist zu vermerken, daß bei einem Gesamthaushalt der WHO im Jahre 1970 von rd. 114 Millionen US-$ nicht weniger als rund 86 % für Arbeitsprogramme der Zentrale in Genf und der sechs „Regionen" der WHO veranschlagt waren. Diese Regionen sind: Afrika, Nord- und Südamerika, Südostasien, Europa einschließlich Türkei, Algerien und Marokko, östliches Mittelmeer und westlicher Pazifik.

419. Angesichts des hohen Beitrags der Bundesrepublik Deutschland zum Haushalt der WHO ist es durchaus berechtigt, danach zu fragen, welchen Anteil die Bundesrepublik Deutschland an den Leistungen der WHO hat.

Hier ist zunächst zu erwähnen, daß die Mitgliedstaaten der WHO sich verpflichten, die „internationalen Gesundheitsvorschriften" anzuwenden, die dem Schutz vor der Verbreitung übertragbarer Krankheiten dienen, mit einem Meldesystem und Richtlinien über die Impfung oder Absonderung Gefährdeter, Kranker oder Krankheitsverdächtiger.

Sogenannte „Referenzzentren" der WHO, die bei qualifizierten Institutionen in aller Welt eingerichtet worden sind und ständig vermehrt werden, haben die Aufgabe, die Befunderhebung und Nomenklatur auf bestimmten Gebieten zu vereinheitlichen und damit eine moderne Epidemiologie von Gesundheitsschäden aller Art im internationalen Vergleich zu fördern.

Die Bundesrepublik Deutschland gehört zu den Gründungsmitgliedern der im Jahre 1965 errichteten Internationalen Zentralstelle für Krebsforschung in Lyon, die der WHO angegliedert ist. Der Jahresbeitrag der Bundesrepublik Deutschland, der sich an Hand des WHO-Beitrags errechnet, belief sich 1970 auf rund 550 000 DM. Die Zentralstelle arbeitet eng mit dem Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg zusammen.

Das Stipendienprogramm der WHO ist dazu bestimmt, den persönlichen Erfahrungsaustausch und die Fortbildung qualifizierter Sachverständiger zu pflegen, ein Programm, an dem die Bundesrepublik Deutschland als Empfänger wie als Entsender von Stipendiaten aktiv teilnimmt.

420. Besonderes Interesse hat die Bundesregierung an Langzeit- und Schwerpunktprogrammen, die von der Zentrale der WHO in Genf und dem Regionalbüro für Europa in Kopenhagen neuerdings entwickelt worden sind. Als Beispiel sei hier das Programm zur Erforschung und Bekämpfung der Herz-Kreislauferkrankungen erwähnt. Es umfaßt:

- Einrichtung von Intensivpflegestationen für akute Herz-Kreislauferkrankungen („Herzinfarkt");
- Schulung spezialisierten Personals für solche Einrichtungen;
- Systematische Registrierung von Herz-Kreislaufkranken, u. a. zur Klärung der beruflichen und ökonomischen, der psychologischen und sozialen Hintergründe der Erkrankung;
- Rehabilitation der Herz-Kreislaufkranken;
- Gesundheitserziehung zur Verhütung von Herz-Kreislauferkrankungen bzw. zur Rehabilitation von Herz-Kreislaufkranken, ausgehend von dem „Register";
- Vereinheitlichung und Auswertung der Todesursachenstatistik bei Herz-Kreislaufkranken.

Dieses Beispiel zeigt, daß die Probleme der Herz-Kreislauferkrankungen, die bei uns an der Spitze der Todesursachen stehen, von der WHO nicht vordergründig klinisch gesehen, sondern im Sinne der Definition des Gesundheitsbegriffs unter allen nur denkbaren Aspekten angegangen werden. Die Bundesregierung fördert dieses Programm durch die Finanzierung eines Modellzentrums in Heidelberg, das seit dem 1. Januar 1970 arbeitet und bereits vielversprechende Zwischenergebnisse vorzuweisen hat.

421. In ähnlicher Weise hat die WHO Programme auf dem Gebiet der psychiatrischen Versorgung und des Umweltschutzes eingeleitet. Auch hier arbeitet die Bundesregierung tatkräftig mit. Zwei Arbeits-

tagungen der WHO, die sich mit Erhebungen über den Stand der psychiatrischen Versorgung beschäftigten, konnten im Jahre 1970 in der Bundesrepublik Deutschland stattfinden, weil die Bundesregierung der WHO für diesen Zweck zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt hatte.

Derartige freiwillige, neben dem Pflichtbeitrag gewährte Zuwendungen dienen einerseits unmittelbaren Interessen der Bundesrepublik Deutschland, wie z. B. der Förderung eines WHO-Programms zur Erforschung und Bekämpfung der Tollwut. In akuten Notfällen, wie beim Ausbruch der jüngsten Cholera-Epidemie, hat die Bundesregierung der WHO Impfstoff zur Verfügung gestellt. Ein anderer freiwilliger Beitrag dient der Weiterführung eines Programms zur Warnung vor Arzneimittelnebenwirkungen, ein Problem, das in der Bundesrepublik Deutschland, einem der größten Arzneimittelproduzenten, besonders aktuell ist. Die Bundesregierung hat die Absicht, diesem Programm auch künftig eine ganz besondere Förderung angedeihen zu lassen.

Diese Beispiele verdeutlichen, daß die Mitgliedschaft der Bundesrepublik Deutschland in der WHO eine ständige Wechselwirkung, ein fruchtbares Geben und Nehmen, darstellt. Auch die Bundesregierung verdankt der WHO wertvolle gesundheitspolitische Impulse.

422. Im Vergleich zu anderen Sonderorganisationen der Vereinten Nationen ist die personelle Vertretung der Bundesrepublik Deutschland in der WHO verhältnismäßig gut. Mehr als 50 hauptamtliche Mitarbeiter der WHO kommen aus der Bundesrepublik Deutschland. Trotzdem bleibt das Verhältnis zwischen dem finanziellen Beitrag und der personellen Beteiligung der Bundesrepublik Deutschland unbefriedigend, besonders bei der Besetzung leitender Stellen.

Es bleibt daher eine wichtige Aufgabe der Bundesregierung, die persönliche und sachliche Zusammenarbeit mit der WHO zu vertiefen und Sachverständige aus der Bundesrepublik Deutschland mit der WHO in Verbindung zu bringen. Außerdem ist es unerläßlich, fachlich und sprachlich qualifizierte Nachwuchskräfte zu fördern.

Europarat

423. Während die WHO allgemeine Grundsätze, Normen und Richtlinien formuliert, ist es die vornehmste Aufgabe des Europarats, solche Erkenntnisse mit den politischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten seiner Mitglieder in Einklang zu bringen, sie mit Empfehlungen von grundsätzlicher Bedeutung für die nationale Arbeit auszustatten und in den Bereichen, die es nötig und möglich machen, normatives internationales Recht zu setzen.

Im Vordergrund des Interesses stehen folgende Punkte, die der Europarat und seine Gesundheitsausschüsse bearbeiten:

- Gesundheitliche Aspekte bei der Stadt- und Landesplanung;
- Luftreinhaltung und Lärmbekämpfung als gesundheitliche Forderung;
- Europäische Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Bluttransfusion und der Organtransplantation;
- Gesundheitliche Fragen bei der Verwendung von Pflanzenschutzmitteln;
- Strahlenschutz;
- Herausgabe eines europäischen Arzneibuches;
- Rehabilitation Behinderter.

Wie in anderen Bereichen, so ist gerade auch auf dem Gebiet des Gesundheitswesens die internationale Zusammenarbeit unentbehrlich geworden und eine Voraussetzung dafür, daß die Bundesrepublik Deutschland den ihr gebührenden Platz einnimmt. Die Bundesregierung wird diesen Fragen auch künftig besondere Aufmerksamkeit widmen.

Europäische Wirtschaftsgemeinschaft

424. Die Europäische Wirtschaftsgemeinschaft hat sich nach dem Text des Gründungsvertrages die Aufgabe gestellt, durch die Errichtung eines Gemeinsamen Marktes und die schrittweise Annäherung der Wirtschaftspolitik der Mitgliedstaaten eine harmonische Entwicklung des Wirtschaftslebens innerhalb der Gemeinschaft, eine beständige und ausgewogene Wirtschaftsausweitung, eine größere Stabilität, eine beschleunigte Hebung der Lebenshaltung und engere Beziehungen zwischen den Staaten zu fördern, die in dieser Gemeinschaft zusammengeschlossen sind. Diese Zielsetzung hat vielfältige Bezüge zum Bereich des Gesundheitswesens. Hier spielt die Angleichung des Rechts der einzelnen Mitgliedstaaten, beispielsweise im Bereich des Arzneimittel- und Lebensmittelrechts eine bedeutsame Rolle (s. hierzu die Ausführungen im vierten Abschnitt dieses Berichts).

Bedeutung der Liberalisierung

425. Zur Errichtung des Gemeinsamen Marktes sieht der EWG-Vertrag neben der Herstellung des freien Warenverkehrs, des freien Kapitalverkehrs und der Freizügigkeit der Arbeitnehmer auch die Verwirklichung des Niederlassungsrechts und des freien Dienstleistungsverkehrs vor. Hierunter fallen alle selbständigen Tätigkeiten, also nicht nur die im eigentlichen Sinne wirtschaftsbezogenen Tätigkeiten, sondern z. B. auch die Heilberufe und die Heilhilfsberufe.

Die Liberalisierung der letztgenannten Tätigkeiten wird keine so großen wirtschaftlichen Auswirkungen haben wie die bereits weitgehend abgeschlossenen Liberalisierungsmaßnahmen im Bereich von Industrie und Handwerk, Groß- und Einzelhandel. Dennoch sollte die Niederlassungsfreiheit und der freie Dienstleistungsverkehr auch im Bereich der Heilberufe und der Heilhilfsberufe nicht unterschätzt werden. Jedem Berufstätigen als Bürger der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft werden besondere

Freiheitsrechte gewährt und damit die Realität der Gemeinschaft ins Bewußtsein gerückt. Darüber hinaus werden sich aus der Verabschiedung der verschiedenen Richtlinienvorschläge, denen zahlreiche intensive Beratungen auf der Ebene von Regierungsexperten und Berufsverbänden vorausgehen, zusätzliche Ansätze für eine gemeinsame Ausrichtung der Gesundheitspolitik in den Mitgliedstaaten ergeben.

Stand der Arbeiten

426. Die Verwirklichung des Niederlassungsrechts und des freien Dienstleistungsverkehrs auf dem Gebiet der Heil- und Heilhilfsberufe hat sich gegenüber dem Zeitplan des Allgemeinen Programms zur Aufhebung der Beschränkung der Niederlassungsfreiheit und des freien Dienstleistungsverkehrs erheblich verzögert. Auch der im EWG-Vertrag selbst vorgesehene Endzeitpunkt für die Liberalisierung aller selbständigen Tätigkeiten (Ende der Übergangszeit, d. h. der 31. Dezember 1969) konnte nicht eingehalten werden. Der Rat hat im Gesundheitsbereich bisher noch keine Richtlinie verabschieden können.

Die Gründe für diese Verzögerung liegen in erster Linie in der Kompliziertheit und der Komplexität der erforderlichen Regelungen. Auf dem Gebiet der Heil- und Heilhilfsberufe bestehen in allen EWG-Mitgliedstaaten detaillierte und in der Tradition fest verankerte Berufsregelungen, die häufig durch nationale Besonderheiten geprägt sind und deshalb große Verschiedenartigkeiten aufweisen.

Im einzelnen stellt sich der Sachstand bei der Verwirklichung des Niederlassungsrechts und des freien Dienstleistungsverkehrs auf dem Gebiet der Heil- und Heilhilfsberufe wie folgt dar:

Für die Tätigkeiten des Apothekers, Arztes, Zahnarztes, Tierarztes, der Krankenschwester (des Krankenpflegers) und der Hebamme liegen dem Rat Richtlinienvorschläge der EG-Kommission vor. Die Kommission hat auch Vorschläge für Augenoptiker vorgelegt, die in Deutschland zum Handwerk gehören, in anderen Mitgliedstaaten aber zu den Heilhilfsberufen gerechnet werden.

Die Richtlinienvorschläge für Apotheker werden bereits in der zuständigen Arbeitsgruppe des Rates geprüft. Bei den übrigen Richtlinienvorschlägen ist die Anhörung des Europäischen Parlaments und des Wirtschafts- und Sozialausschusses weitgehend abgeschlossen. Die Beratung der Richtlinienvorschläge in der Ratsarbeitsgruppe kann im Laufe dieses Jahres aufgenommen werden. Mit der Verabschiedung der ersten Richtlinienvorschläge kann aber erst im Laufe des nächsten Jahres gerechnet werden.

Auf dem Gebiet der Krankenhäuser und der Tätigkeiten des Krankengymnasten (einschließlich des Masseurs und des medizinischen Bademeisters) liegen dem Rat noch keine Richtlinienvorschläge vor. Die EG-Kommission hat jedoch in mehreren Sitzungen mit Regierungssachverständigen der Mitgliedstaaten Vorschläge vorbereitet, die noch im Laufe dieses Jahres oder Anfang des nächsten Jahres dem Rat vorgelegt werden dürften.

Die Bundesregierung wird sich auch weiterhin für eine Beschleunigung der Arbeiten auf dem Gebiete des Niederlassungsrechts und des freien Dienstleistungsverkehr einsetzen. Dabei müssen die Erfordernisse des Gesundheitsschutzes gewahrt werden. Ferner muß durch eine möglichst elastische Formulierung der Mindestausbildungsbedingungen vermieden werden, daß die in verschiedenen Mitgliedstaaten in Angriff genommenen Reformbestrebungen präjudiziert werden.

Inhalt der Richtlinien

427. Für die Herstellung der Niederlassungsfreiheit und des freien Dienstleistungsverkehrs im Bereich der Heil- und Heilhilfsberufe gelten zunächst die allgemeinen Bestimmungen der Artikel 52 ff. bzw. 59 ff. des EWG-Vertrages. Danach sind gemäß Artikel 52 bzw. 59 EWG-Vertrag in erster Linie die Ausländerbeschränkungen zu beseitigen, d. h. es ist die Aufhebung solcher Vorschriften oder Verwaltungspraktiken in den Mitgliedstaaten anzuordnen, welche Angehörige eines anderen Mitgliedstaates gegenüber den Inländern nur auf Grund ihrer Staatsangehörigkeit benachteiligen. Dabei ist allerdings für die Heil- und Heilhilfsberufe die Sonderregelung des Artikels 57 Absatz 3 EWG-Vertrag zu beachten, wonach die Aufhebung der Ausländerbeschränkungen von einer vorherigen Koordinierung abhängig gemacht ist. Diese Bestimmung dient der Wahrung der spezifischen gesundheitspolitischen Belange in diesem Bereich.

Die Aufhebung der Beschränkungen wird für jede Tätigkeit in einer besonderen Richtlinie (Liberalisierungsrichtlinie) angeordnet. Dabei wird auf die Definition und den nicht erschöpfenden Katalog der aufzuhebenden Beschränkungen in Abschnitt II Buchstabe A des Allgemeinen Programms zur Aufhebung der Beschränkungen der Niederlassungsfreiheit und des freien Dienstleistungsverkehrs verwiesen. Darüber hinaus enthalten die Richtlinienvorschläge Bestimmungen über den freien Zugang zu den Berufsorganisationen, die Führung der Berufsbezeichnung, die Mitteilung von Verstößen gegen das Standesrecht, die gegenseitige Anerkennung von Nachweisen über die Zuverlässigkeit, Konkursfreiheit, finanzielle Leistungsfähigkeit, den körperlichen und geistigen Gesundheitszustand u. ä.

Neben der Aufhebung der Beschränkungen kann der Rat zur Erleichterung des Niederlassungsrechts und des freien Dienstleistungsverkehrs nach Artikel 57 Absatz 1 EWG-Vertrag auch die gegenseitige Anerkennung von Diplomen, Prüfungszeugnissen und sonstigen Befähigungsnachweisen vorsehen. Alle bisher dem Rat vorliegenden Vorschläge auf dem Gebiet der Heil- und Heilhilfsberufe enthalten solche Regelungen. Die entsprechenden Bestimmungen finden sich für jede Tätigkeit in einer besonderen Richtlinie (Anerkennungsrichtlinie), die darüber

hinaus noch die Führung der Ausbildungsbezeichnungen u. ä. regeln.

Die bisher von der EG-Kommission an den Rat übermittelten Vorschläge auf dem Gebiet der Heil- und Heilhilfsberufe enthalten jeweils auch den Vorschlag für eine Koordinierung der einschlägigen Rechts- und Verwaltungsvorschriften (Koordinierungsrichtlinie). Wesentlicher Inhalt ist stets die Festlegung eines Mindestausbildungsniveaus.

Grundsätzlich gelten die Vorschriften des EWG-Vertrages über das Niederlassungsrecht und den freien Dienstleistungsverkehr nur für die Selbständigen. Es muß jedoch erreicht werden, daß die Bestimmungen über die gegenseitige Anerkennung der Diplome und die Koordinierung auch auf Arbeitnehmer erstreckt werden, die nach Artikel 48 des EWG-Vertrages Freizügigkeit in der gesamten Gemeinschaft genießen. Bei den Brüsseler Verhandlungen zeichnet sich in dieser Frage bereits eine Übereinstimmung der Mitgliedstaaten ab.

Entwicklungshilfe

428. Seitdem die Bundesregierung Entwicklungshilfe leistet, werden auch Maßnahmen des Gesundheitswesens in Entwicklungsländern gefördert. Hierbei wurden anfänglich hauptsächlich Ärzte und Ärztegruppen zur Überwindung akuter Notstände überwiegend in afrikanische Länder entsandt, die hervorragende Arbeit leisteten und auch noch leisten. Auch wurden Gesundheitsstationen und Ausbildungsstätten durch Bereitstellung von Personal und Material gefördert.

Es ist die Absicht der Bundesregierung, in der Gesundheitshilfe verstärkt Maßnahmen der präventiven Medizin sowie der gesundheitlichen Versorgung besonders bedürftiger Regionen und Bevölkerungsgruppen zu fördern. Die Erfahrungen der vergangenen Jahre haben gezeigt, daß die Größe geförderter Gesundheitsprojekte im Verhältnis zur finanziellen und personellen Leistungsfähigkeit des betreffenden Entwicklungslandes stehen muß. Allzu große Projekte können das Budget und die personellen Möglichkeiten eines Landes überfordern. Isolierte Projekte der Gesundheitshilfe sind deshalb nicht zu empfehlen. Die entwicklungspolitische Bedeutung von Gesundheitsprojekten liegt vielmehr vor allem in der Ergänzung anderer Vorhaben in Form von sogenannten Verbundprojekten.

429. Der Anteil der Gesundheitshilfe an den Gesamtaufwendungen der bilateralen deutschen Technischen Hilfe beträgt etwa 8 %. Von den bisher insgesamt 176 Gesundheitsprojekten der Technischen Hilfe, für die bisher zusammen über 130 Millionen DM bewilligt worden sind, konnten bisher 129 Projekte abgeschlossen werden. Im Jahre 1969 wurden für Projekte der Gesundheitshilfe etwa 15,5 Millionen DM verausgabt, wobei in 47 Projekten 140 deutsche medizinische Fachkräfte tätig waren. Der Schwerpunkt lag mit 13 Millionen DM eindeutig in Afrika. Nahezu 1/3 der kirchlichen Entwicklungsprojekte gehören zum Bereich Gesundheitswesen.

Im Rahmen der Kapitalhilfe wurden im Zeitraum 1963 bis 1969 über 80 Millionen DM an langfristigen Krediten bewilligt. Schwerpunkte waren hier verschiedene Staaten Süd- und Mittelamerikas sowie Asiens.

Annähernd 150 deutsche Entwicklungshelfer, das sind etwa 15 % der deutschen Freiwilligen, arbeiten in Gesundheitsprojekten der Dritten Welt und hier vorwiegend in Afrika.

430. Außerdem werden Maßnahmen der Bildungshilfe (z. B. durch Entsendung von Dozenten und Lehrkräften, Förderung von Universitäten), Maßnahmen der Gesundheits- und Ernährungsberatung im Rahmen der sozialen Strukturhilfe sowie die Ausbildung von medizinischen Fach- und Führungskräften in der Bundesrepublik gefördert. Die Bundesregierung beteiligt sich auch an Gesundheitsprogrammen internationaler Institutionen wie der Weltgesundheitsorganisation, dem Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen, dem Kinderhilfsprogramm der Vereinten Nationen, dem Europäischen Entwicklungsfonds und der Weltbank.

Angesichts der Bedeutung der Gesundheitshilfe für die Hebung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit breiter Bevölkerungsschichten wird die Gesundheitshilfe mit der allgemeinen Ausweitung der deutschen Entwicklungshilfe kontinuierlich verstärkt werden.

ACHTER ABSCHNITT

Zukunftsperspektiven

431. Zukunftsperspektiven können im Gesundheitswesen nur mit Vorbehalten gegeben werden. Prognosen bleiben immer ein Wagnis, einfaches Extrapolieren von Daten und Tendenzen genügt nicht. Dennoch sind sie unerläßlich, weil wir uns heute rechtzeitig auf die Aufgaben, Forderungen und die Verantwortung von morgen einzustellen haben.

Wissenschaft, Technik und Medizin haben gewaltige zivilisatorische Fortschritte gebracht. Sie müssen künftig verstärkt mobilisiert werden, um diesen Fortschritt und viele Jahre neuer Lebenschancen zu sichern, die mit ihm verbundenen Risiken zu kontrollieren und die gewonnenen zusätzlichen Lebensjahre mit einem Leben in Gesundheit und Leistungsfähigkeit zu erfüllen.

Die Frage ist, welche Aufgaben werden in den nächsten Jahrzehnten an das Gesundheitswesen gestellt, welche Möglichkeiten zu ihrer Bewältigung werden entwickelt, welche Forschungs- und welche Planungsarbeiten sind notwendig.

432. Hier müssen Perspektiven erarbeitet werden. Die Entwicklung der Medizin und des Gesundheitswesens zu prognostizieren ist um so schwerer, als durch zufällige aber entscheidende Entdeckungen in der Medizin plötzliche Veränderungen im gesamten Gesundheitswesen hervorgerufen werden können, die eine langfristige Voraussage und darauf abgestellte Planung völlig wertlos machen könnten.

Aber: die engen Grenzen einer Prognose und einer Planung bringen kaum Nachteile. Der Fortschritt der medizinischen Wissenschaft war in den letzten Jahrzehnten so groß, daß es bis heute noch nicht möglich war, ihn allen Menschen zukommen zu lassen. Allein für diesen Nachholbedarf werden ungewöhnlich hohe finanzielle Mittel erforderlich sein.

433. In fast allen modernen Industriestaaten, auch in östlichen Ländern, gibt es umfangreiche Untersuchungen für eine Vorausschau medizinischer Entwicklungen. In der Bundesrepublik Deutschland fehlt eine solche wissenschaftlich fundierte Studie. Sie muß erstellt werden, um eine umfassende gesundheitspolitische Planung zu ermöglichen.

Die folgenden Angaben stützen sich in der Hauptsache auf Untersuchungen in Großbritannien und den USA. Sie sind — mit Einschränkungen — für die Bundesrepublik Deutschland ebenfalls repräsentativ, wenn es um die Aussagen zu medizinischen Entwicklungen geht. Prognosen, die den sozialen Bereich berühren, sind von Land zu Land differenziert und können deshalb nur als Indizien verstanden werden, die einen bestimmten Trend in der gesamten westlichen Welt aufzeigen.

434. Die folgende Entwicklung wird für die nächsten 30 Jahre vorhergesagt.

— die präventive Medizin wird mit Prophylaxe und Früherkennung das gleiche Gewicht in der medizinischen Versorgung haben wie die Behandlung und Rehabilitation Kranker. Auch die arbeitsmedizinische Betreuung aller Arbeitnehmer in Industrie und Handwerk wird selbstverständlich. In Diagnostik und Therapie werden sozialmedizinische Erfordernisse weitgehend integriert sein, zumal die soziale Umwelt stärkere Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit haben wird. Alle diese Aufgaben geben der familien- und gesellschaftsbezogenen Gesundheitshilfe durch den Arzt für Allgemeinmedizin neuen Inhalt und große Verantwortung.

— Herz- und Kreislaufkrankheiten nehmen weiter zu. Die Vorbeugung wird jedoch auf einen wirksameren Stand gebracht. Automatisierte Tests werden Auskunft über die Herztätigkeit, den Kreislauf und über vermeidbare Risikofaktoren geben. Herzinfarkte zum Beispiel können vor dem Ausbruch erkannt werden. Präventive Dauermedikation bei Herz-Kreislauf-Gefährdeten wird möglich.

— Die Nuklearmedizin erlangt große Bedeutung (Tumordiagnostik und Bekämpfung, Reihenuntersuchungen usw.).

— Transplantationen der meisten Organe werden selbstverständlich, Immunreaktionen werden ausgeschaltet, Tiere werden als spezielle Organspender gezüchtet. Künstliche Herzen werden verbessert. Leistungsfähige, bioelektrisch gesteuerte Gliedmaßen und Organe erleichtern die

weitgehende medizinische und berufliche Rehabilitation.

— Mindestens 70 Prozent aller Krebsfälle werden heilbar. Neue Therapieformen werden entwickelt. Noch nicht bekannte Krebsarten treten auf, bis schließlich die Ursache des Krebses erkannt worden ist und eventuell durch immunbiologische Maßnahmen völlig eingedämmt werden kann. Auch die primäre Krebsprävention durch Ausschaltung kanzerogener Umweltfaktoren als vorrangige Aufgabe der Gesundheitssicherung führt zu einem Rückgang der Krebserkrankungen.

— Die immunbiologische Forschung bringt Fortschritte in der Diagnose und Therapie von Autoaggressionskrankheiten.

— Die antibakterielle Therapie macht weitere, erhebliche Fortschritte. Damit können Lungenschäden, die durch Bronchialinfekte entstehen, vermieden sowie Nierenkrankheiten, die auf chronische Harnweginfektionen zurückgehen, verhindert werden.

— Schluckimpfungen gegen banalen Schnupfen und grippale Infektionen werden möglich. Antivirale Medikamente ergänzen das Repertoire an Schutzimpfungen. Andere Infektionskrankheiten treten in den Vordergrund.

— Die medizinische Technik bringt auch in die Arztpraxis die Automation. Mehr und mehr Gruppenpraxen entstehen, die mit regionalen, größeren Pflegezentren zusammenarbeiten. Zentrale, automatisierte Laboratorien stehen allen Ärzten, Zahnärzten mit zuverlässigen klinisch-chemischen und physikalischen Untersuchungsmethoden zur Verfügung.

— Teststreifenuntersuchungen werden vervollkommnet. Der Arzt hat ein Arsenal von Teststreifen in seiner Praxis für Blut- und Urinuntersuchungen.

— Computer werden auf allen Gebieten der Medizin eingesetzt.

  In riesigen Datenbanken kann die Gesundheits- und Krankheitsgeschichte des einzelnen Bürgers geführt und jederzeit abgerufen werden.

  Computer werden auch im öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Seuchenbekämpfung und der Durchführung von Hygieneprogrammen eingesetzt.

  Krankenhäuser können ihre Verwaltungsaufgaben ohne Computer nicht mehr bewältigen (Speisepläne, Diätessen, Medikamentenversorgung usw.).

  Intensivstationen sind ohne Computer nicht mehr denkbar (Überwachung Schwerkranker usw.).

  Die EKG-Auswertung kann durch Computer von der Praxis aus abgerufen werden.

— Die durchschnittliche Lebenserwartung wird weiter ansteigen. In 20 Jahren wird sie — nach verschiedenen Voraussagen — bei 85 Jahren liegen. Der biologische Alterungsprozeß ist manipulierbar. Das heißt: Das Alter wird hinausgezögert. Der Alterungsprozeß verläuft nur noch über wenige Lebensjahre. Hautpflege vermittelt jugendliches Aussehen bei alten Menschen.

— Die Psychohygiene wird zu einer großen Aufgabe.

  Psychosen und Neurosen können mit speziellen Medikamenten behandelt werden. Andererseits muß den mit einem allgemeinen Massenkonsum von Psychopharmaka verbundenen Risiken gesteuert werden.

  Neurosen werden verbreiteter, aber gesellschaftlich nicht mehr diskriminierend sein. Die Freizeit wird große psychohygienische Probleme aufwerfen.

— Schwangerschaftsverhütung durch Immunisierung wird als Alternative zur oralen „Pille" möglich sein. Es wird die Monats-, aber auch die Männer-Pille geben.

— Die Humangenetik wird wesentliche Beiträge zu unseren Kenntnissen von Gesundheit und Krankheit und zur Prävention von genetisch bedingten Krankheiten liefern. Die mögliche genetische Manipulation erfordert andererseits auch rechtzeitige, gesetzliche Normen.

— Die Ernährung wird gesundheitsbezogener. Die Menschen werden sich weniger von Brot und Kartoffeln, dafür mehr von Schlacht- und Molkereiprodukten, Eiern und Fisch ernähren. Nahrungsmittel mit hohem Eiweißgehalt werden Kohlehydraten und Fett vorgezogen. Neue Eiweißquellen werden erschlossen: Fischfarmen im Meer, Algengärten, aber auch veredelte Mais- und Reissorten. Das synthetische Eiweiß wird in 30 Jahren keine Utopie mehr sein.

— Die Medizin von morgen wird weit leistungsfähiger sein. Ihre Errungenschaften werden jedoch nur dann wirklich allen zugute kommen, wenn die Gesellschaft bereit ist, einen weit höheren Teil ihres Sozialprodukts für Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsschutz und Wiederherstellung der Gesundheit bereitzustellen und den Produktivitätseffekt der Gesundheitspflege zu honorieren. Der erhebliche personelle und Investitionsaufwand macht gesundheitsökonomische Planung und Koordinierung unerläßlich.

435. Dies alles sind Behauptungen, unbewiesene, unbeweisbare Prognosen. Die Futurologie ist auch im Gesundheitswesen notwendig. Um gesicherte Perspektiven für die notwendige, langfristige Planung entwickeln zu können, bedarf es einer entsprechenden Forschung. Das Bundesministerium für Jugend, Familie und Gesundheit ist dabei, solche Zukunftsprognosen auf verschiedenen Gebieten erarbeiten zu lassen und zur Diskussion zu stellen.

Wichtige Maßnahmen in der 6. Legislaturperiode:

Studie über zukünftige Medizinische Einrichtungen

Tabellenteil

Tabelle 1

Wohnbevölkerung am 30. Juni 1969 nach Gemeindegrößenklassen

Land	Gemeinden insgesamt	Davon mit ... bis unter ... Einwohnern					
		unter 1000	1000 bis 2000	2000 bis 5000	5000 bis 20 000	20 000 bis 100 000	100 000 und mehr
		Zahl der Gemeinden					
Bundesgebiet	23 629	15 930	3 713	2 376	1 289	262	59
in %	*100*	*67,4*	*15,7*	*10,0*	*5,5*	*1,1*	*0,2*
		Wohnbevölkerung in 1000					
Baden-Württemberg	8 822	915	1 048	1 667	2 019	1 684	1 491
Bayern	10 490	2 188	1 387	1 460	1 978	1 241	2 237
Berlin (West)	2 135	—	—	—	—	—	2 135
Bremen	755	—	—	—	—	—	755
Hamburg	1 819	—	—	—	—	—	1 819
Hessen	5 379	770	609	845	1 146	616	1 393
Niedersachsen	7 067	1 203	827	1 079	1 587	1 021	1 351
Nordrhein-Westfalen	17 039	399	511	1 169	3 324	4 395	7 242
Rheinland-Pfalz	3 660	765	460	555	682	640	558
Saarland	1 129	76	114	229	344	235	132
Schleswig-Holstein	2 547	410	214	269	620	522	512
Bundesgebiet	60 842	6 726	5 169	7 272	11 699	10 353	19 623
in %	*100*	*11,0*	*8,5*	*11,9*	*19,2*	*17,0*	*32,3*

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 2

Anteil der Altersgruppen an der Bevölkerung in Prozent

Alter von ... bis unter ... Jahren	Reichsgebiet [1]			Bundesgebiet			
	1910	1925	1939	1939 [1]	1950 [2] [3]	1961	1968
Männlich							
unter 6	14,8	12,0	10,5	10,5	8,9	10,3	10,7
6 bis 15	20,1	14,9	13,8	14,1	16,6	13,4	14,4
15 bis 45	46,0	48,5	48,5	48,8	42,0	42,1	43,9
45 bis 65	14,7	19,2	19,8	19,5	23,6	24,7	20,5
65 und mehr	4,4	5,3	7,3	7,0	9,0	9,5	10,4
Weiblich							
unter 6	14,2	10,9	9,6	9,8	7,4	8,9	9,3
6 bis 15	19,4	13,7	12,8	13,2	14,0	11,5	12,3
15 bis 45	45,1	50,0	47,1	47,7	43,6	39,6	38,1
45 bis 65	15,8	19,2	22,3	21,7	25,3	27,8	25,3
65 und mehr	5,5	6,2	8,2	7,6	9,7	12,6	15,0
Insgesamt							
unter 6	14,5	11,4	10,0	10,2	8,1	9,4	10,0
6 bis 15	19,7	14,3	13,3	13,7	15,2	12,3	13,3
15 bis 45	45,5	49,3	47,9	48,3	42,9	40,8	41,0
45 bis 65	15,3	19,2	21,1	20,6	24,5	26,3	23,0
65 und mehr	5,0	5,8	7,8	7,3	9,4	11,3	12,8

[1] jeweiliger Gebietsstand, 1939 in den Grenzen vom 31. Dezember 1937
[2] Saarland Stand 14. November 1951
[3] ohne Berlin

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 3

Bevölkerung nach großen Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	Anzahl in 1000						
	Bundesrepublik Deutschland	Frankreich	England und Wales	Italien	Schweden	Vereinigte Staaten von Amerika	Japan
	1967 [1]	1966 [1]	1968 [2]	1966 [1]	1967 [1]	1967 [2]	1966 [3]
	Männlich						
unter 15	7 108	6 368	5 828	6 623	850	30 537	12 492
15 bis 45	12 410	10 648	9 684	11 726	1 620	39 966	25 292
45 bis 65	5 967	4 981	5 789	5 487	1 005	19 341	8 012
65 und mehr ..	2 933	2 303	2 329	2 279	487	8 101	2 830
zusammen ...	28 418	24 300	23 630	26 115	3 942	97 945	48 628
	Weiblich						
unter 15	6 770	6 135	5 540	6 373	805	29 449	12 029
15 bis 45	12 079	10 023	9 413	11 716	1 554	40 176	25 635
45 bis 65	8 030	5 399	6 203	5 976	1 018	20 855	9 177
65 und mehr ..	4 651	3 795	3 807	3 147	574	10 695	3 588
zusammen ...	31 530	25 350	24 963	27 212	3 951	101 173	50 429
	Insgesamt						
unter 15	13 878	12 501	11 368	12 996	1 655	59 986	24 522
15 bis 45	24 489	20 670	19 097	23 442	3 174	80 142	50 927
45 bis 65	13 997	10 381	11 992	11 463	2 023	40 194	17 189
65 und mehr ..	7 584	6 098	6 136	5 426	1 041	18 797	6 418
insgesamt ...	59 948	49 650	48 593	53 327	7 893	199 118	99 056

[1] 31. Dezember
[2] 30. Juni
[3] 1. Oktober

Tabelle 3

in ausgewählten Staaten

in %						
Bundesrepublik Deutschland	Frankreich	England und Wales	Italien	Schweden	Vereinigte Staaten von Amerika	Japan
1967	1966	1968	1966	1967	1967	1966
			Männlich			
25,0	26,2	24,7	25,4	21,5	31,2	25,7
43,7	43,8	41,0	44,9	41,1	40,8	52,0
21,0	20,5	24,5	21,0	25,5	19,7	16,5
10,3	9,5	9,8	8,7	11,9	8,3	5,8
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			Weiblich			
21,5	24,2	22,2	23,4	20,4	29,1	23,9
38,3	39,5	37,7	43,1	39,3	39,7	50,8
25,5	21,3	24,8	21,9	25,8	20,6	18,2
14,7	15,0	15,3	11,6	14,5	10,6	7,1
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
			Insgesamt			
23,2	25,2	23,4	24,3	21,0	30,1	24,8
40,8	41,6	39,3	44,0	40,2	30,4	51,4
23,3	20,9	24,7	21,5	25,6	20,2	17,3
12,7	12,3	12,6	10,2	13,2	9,4	6,5
100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Quelle: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Band 4, Ausgabe 1970

Tabelle 4

Durchschnittliche Lebenserwartung in Jahren

Altersjahr	Männliche Personen					Weibliche Personen				
	Sterbetafel									
	1871/80	1910/11	1949/51	1960/62	1966/68	1871/80	1910/11	1949/51	1960/62	1966/68
0	35,58	47,41	64,56	66,86	67,55	38,45	50,68	68,48	72,39	73,58
5	49,39	56,21	64,47	64,68	64,64	51,01	58,10	67,61	69,78	70,33
10	46,51	52,08	59,76	59,88	59,84	48,18	53,99	62,84	64,93	65,47
15	42,38	47,60	54,98	55,02	54,98	44,15	49,58	57,99	60,02	60,56
20	38,45	43,43	50,34	50,34	50,32	40,19	43,35	53,24	55,17	55,71
25	34,96	39,39	45,83	45,78	45,71	36,53	41,28	48,55	50,33	50,87
30	31,41	35,29	41,32	41,14	41,04	33,07	37,30	43,89	45,53	46,04
35	27,88	31,18	36,80	36,50	36,37	29,68	33,32	39,26	40,78	41,24
40	24,46	27,18	32,32	31,91	31,79	26,32	29,38	34,67	36,09	36,52
45	21,16	23,35	27,93	27,41	27,30	22,84	25,39	30,14	31,48	31,90
50	17,98	19,71	23,75	23,10	23,01	19,29	21,45	25,75	27,00	27,41
55	14,96	16,30	19,85	19,08	18,96	15,88	17,68	21,50	22,65	23,06
60	12,11	13,18	16,20	15,49	15,29	12,71	14,17	17,46	18,48	18,88
65	9,55	10,38	12,84	12,36	12,10	9,96	11,03	13,72	14,60	14,98
70	7,34	7,90	9,84	9,60	9,45	7,60	8,35	10,42	11,12	11,46
75	5,51	5,84	7,28	7,20	7,19	5,66	6,19	7,68	8,16	8,45
80	4,10	4,25	5,24	5,24	5,28	4,22	4,52	5,57	5,85	6,05
85	3,06	3,13	3,72	3,78	3,84	3,14	3,36	4,02	4,17	4,33
90	2,34	2,30	2,66	2,69	2,77	2,37	2,49	2,89	3,03	3,16

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 5

Tierärzte nach ihrer Berufsausübung

Jahr	insgesamt	und zwar					
		weiblich		in freier Praxis		im öffentlichen Dienst und in der Verwaltung [1]	
	Anzahl		in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
1963	7 823	228	2,9	4 919	62,9	2 904	37,1
1964	7 938	265	3,3	4 879	61,5	3 059	38,5
1965	8 083	291	3,6	4 813	59,5	3 270	40,5
1966	8 140	312	3,8	4 874	59,9	3 266	40,1
1967	8 320	351	4,2	4 903	58,9	3 417	41,1
1968	8 404	415	4,9	4 954	58,9	3 450	41,1
1969	8 494	441	5,2	4 972	58,5	3 350	39,4

[1]) Hauptamtlich tätige Tierärzte im Schlachthofdienst, in der Fleischuntersuchung außerhalb der Schlachthöfe, in Veterinäruntersuchungs- und Tiergesundheitsämtern, im Hochschuldienst, bei der Bundeswehr und in der Industrie.

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 6

Im Gesundheitswesen tätige Personen nach Ländern und Berufen

Beruf	Bundesgebiet		Schleswig-Holstein	Hamburg	Niedersachsen
	1968	1969			
Ärzte	90 882	93 934	3 516	4 205	9 163
Medizinalassistenten	9 643	9 476	379	406	805
Zahnärzte	31 227	31 220	1 350	1 418	3 310
Apotheker in Apotheken	19 669	20 151	707	968	2 048
Kandidaten der Pharmazie [1]	2 014	2 195	64	81	178
Vorgeprüfte Apothekeranwärter [2]	4 698	3 860	97	117	387
Apothekerpraktikanten	5 442	6 844	282	205	734
Heilpraktiker	2 686	2 669	100	68	292
Staatlich anerkannte Dentisten [3]	186	144	21	—	12
Sonstige Zahnbehandler [4]	127 [a]	86 [a]	3	8	19
Krankenpflegepersonen	178 966 [b]	187 971 [b]	8 420	7 432	19 502
Krankenschwestern bzw. -pfleger	116 367 [b]	118 613 [b]	4 438	5 155	11 465
darunter tätig					
als Gemeindeschwestern bzw. -brüder	11 139	10 642	424	100	1 109
in der Geisteskrankenpflege	10 550 [a] [b]	11 745 [b]	602	386	1 239
Kinderkrankenschwestern	15 204 [b]	15 880 [b]	421	720	1 446
Krankenpflegehelfer	14 008 [b]	16 975 [b]	1 020	561	2 183
Sonstige Pflegekräfte ohne staatliche Prüfung	33 387 [b]	36 503 [b]	2 541	996	4 408
darunter					
in der Geisteskrankenpflege tätig	6 520 [b]	6 673 [b]	531	169	788
Krankenpflegepersonen in Ausbildung	42 144	45 403	1 354	1 630	5 166
Krankenschwestern bzw. -pfleger	29 290	32 160	843	1 158	3 607
Kinderkrankenschwestern	8 515	8 955	304	410	873
Krankenpflegehelfer	4 339	4 288	207	62	686
Hebammen	7 481	7 182	260	148	831
darunter					
freiberuflich tätig	4 649	4 478	189	17	523
Hebammenschülerinnen	670	688	16	30	91
Wochenpflegerinnen	769 [b]	805 [b]	15	18	111
Krankengymnasten	5 551 [b]	5 696 [b]	261	330	514
Beschäftigungstherapeuten	786 [b]	878 [b]	22	149	66
Masseure	7 898	7 916	265	494	650
Masseure und medizinische Bademeister	4 503	4 825	149	82	355
Medizinische Bademeister [5]	662 [a]	696 [a]	28	23	67
Medizinisch-technische Assistenten	16 271 [b]	17 167 [b]	754	1 053	1 426
Diätassistenten [6]	2 076 [b]	2 158 [b]	94	73	202
Gesundheitsaufseher	780	795	27	22	118
Desinfektoren [5]	2 156	2 134	67	79	204
Sozialarbeiter [7]	8 255	8 276	277	391	693
Apothekenhelfer, Laboranten	22 825	23 584	786	747	2 852
Sonstige im Gesundheitswesen tätige Personen [8]	21 248 [b]	24 013 [b]	492	1 458	1 596
darunter					
im med.-technischen Dienst [9]	8 216 [a]	9 098 [a]	206	469	874
Pharmazeut.-techn. Assistenten	534	1 623	123	148	164

[1]) Apotheker zwischen Staatsexamen und Approbation [2]) mit Beschäftigungsgenehmigung
[3]) nach § 123 der RVO [4]) nach § 19 des Zahnheilkundegesetzes zur Ausübung der Zahnheilkunde berechtigt
[5]) soweit nicht vorherige Position [6]) einschließlich Diätküchenleiter und Ernährungsberater
[7]) Fürsorger, Wohlfahrtspfleger, Gesundheitspfleger, soweit sie in Einrichtungen des Gesundheitswesens oder für das Gesundheitsamt tätig sind. [8]) z. B. Logopäden, Orthoptisten, Audiometristen
[9]) einschließlich der med.-techn. Gehilfen
[a]) die Bundessumme ist unvollständig, da von einigen Ländern die entsprechenden Angaben fehlen
[b]) in Bremen nur in Krankenhäusern Tätige

am 31. Dezember 1969

Bremen	Nordrhein-Westfalen	Hessen	Rheinland-Pfalz	Baden-Württemberg	Bayern	Saarland	Berlin (West)
			1969				
1 290	24 393	9 002	4 677	14 120	16 489	1 616	5 463
96	2 468	861	706	1 378	1 485	183	709
426	7 458	3 041	1 501	4 911	5 851	401	1 553
280	5 325	1 749	1 067	3 053	3 389	294	1 271
27	610	187	111	427	307	33	170
35	1 281	361	211	633	300	48	390
91	2 075	723	374	1 025	993	112	230
45	669	273	122	511	479	29	81
2	37	12	4	11	34	9	2
—	26		13			2	15
2 945 [b]	48 763	16 829	9 348	28 739	28 581	3 340	14 072
1 914 [b]	29 832	10 829	6 362	19 517	18 629	2 305	8 167
60	2 298	1 158	967	2 809	1 361	185	171
247 [b]	3 150	955	648	1 368	2 270	313	567
327 [b]	3 695	1 145	646	3 299	2 676	321	1 184
197 [b]	4 873	2 131	563	1 810	2 041	337	1 259
507 [b]	10 363	2 724	1 777	4 113	5 235	377	3 462
134 [b]	2 100	415	275	896	720	59	586
678	14 072	3 920	2 642	5 992	6 917	1 194	1 838
453	9 750	2 940	1 847	4 128	5 226	914	1 294
213	2 867	579	536	1 267	1 238	280	388
12	1 455	401	259	597	453	—	156
66	1 762	670	585	1 260	1 309	153	138
17	950	420	421	791	1 028	114	8
—	191	26	28	156	105	8	37
16 [b]	230	51	23	288	43	6	4
57 [b]	902	571	153	1 335	982	54	537
3 [b]	191	65	12	168	117	10	75
112	1 729	922	442	1 502	1 118	86	596
31	1 395	450	216	801	1 032	76	238
9	199	76	47	229		12	6
170 [b]	4 738	1 603	605	2 765	2 088	309	1 656
12 [b]	582	198	98	391	356	32	120
26	171	51	44	79	170	22	65
28	726	122	124	340	304	21	119
196	2 933	443	342	1 232	1 034	100	635
330	5 595	2 413	1 524	3 627	4 090	701	919
62 [b]	3 873	2 968	880	8 019	3 380	395	890
	2 729	772	516	2 352	867	198	115
31	418	109	70	133	284	4	139

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 7

Erkrankungen an aktiver Tuberkulose 1969 nach Form und Art

Alter von ... bis unter ... Jahren	Tuberkulose aller Formen (I a bis I d)			der Atmungsorgane: ansteckungsfähig (offen) (I a, I b)			der Atmungsorgane: nichtansteckungsfähig (geschlossen) (I c)			anderer Organe (extrapulmonal) (I d)		
	insgesamt	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich
Bestand am Jahresende												
Anzahl												
unter 1	88	49	39	2	1	1	79	46	33	7	2	5
1 bis 5	3 292	1 674	1 618	71	32	39	2 989	1 533	1 456	232	109	123
5 bis 10	6 996	3 749	3 247	166	73	93	6 279	3 413	2 866	551	263	288
10 bis 15	5 050	2 538	2 512	291	122	169	3 979	2 048	1 931	780	368	412
15 bis 20	8 197	4 184	4 013	1 394	770	624	5 508	2 796	2 712	1 295	618	677
20 bis 25	11 941	6 900	5 041	2 064	1 326	738	8 101	4 748	3 353	1 776	826	950
25 bis 30	13 383	7 729	5 654	2 596	1 758	838	8 246	4 776	3 470	2 541	1 195	1 346
30 bis 35	14 466	8 689	5 777	3 071	2 223	848	8 484	5 150	3 334	2 911	1 316	1 595
35 bis 40	15 000	9 416	5 584	3 629	2 720	909	8 318	5 206	3 112	3 053	1 490	1 563
40 bis 45	16 668	10 670	5 998	3 972	3 008	964	9 191	5 920	3 271	3 505	1 742	1 763
45 bis 50	16 566	10 599	5 967	4 084	3 093	991	9 211	5 863	3 348	3 271	1 643	1 628
50 bis 55	13 631	8 987	4 644	3 715	2 841	874	7 543	5 035	2 508	2 373	1 111	1 262
55 bis 60	18 987	13 483	5 504	5 344	4 372	972	10 850	7 826	3 024	2 793	1 285	1 508
60 bis 65	19 926	14 713	5 213	5 868	4 869	999	11 532	8 674	2 858	2 526	1 170	1 356
65 bis 70	16 189	11 606	4 583	4 957	4 018	939	9 316	6 774	2 542	1 916	814	1 102
70 bis 75	10 353	6 652	3 701	3 154	2 310	844	5 838	3 852	1 986	1 361	490	871
75 bis 80	5 856	3 409	2 447	1 837	1 224	613	3 270	1 939	1 331	749	246	503
80 und mehr	3 388	1 843	1 545	1 095	663	432	1 850	1 013	837	443	167	276
insgesamt	199 977	126 890	73 087	47 310	35 423	11 887	120 584	76 612	43 972	32 083	14 855	17 228
Auf 100 000 Einwohner gleichen Alters und Geschlechts [1]												
unter 1	9,3	(10,1)	(8,4)	(0,2)	(0,2)	(0,2)	8,3	(9,4)	(7,1)	0,7	(0,4)	(1,1)
1 bis 5	81,0	80,5	81,6	1,7	(1,5)	(2,0)	73,6	73,7	73,5	5,7	5,2	6,2
5 bis 10	143,4	150,1	136,4	3,4	2,9	3,9	128,7	136,7	120,4	11,3	10,5	12,1
10 bis 15	120,7	118,4	123,2	7,0	5,7	8,3	95,1	95,5	94,7	18,6	17,2	26,2
15 bis 20	205,6	205,0	206,3	35,0	37,7	32,1	138,2	137,0	139,4	32,5	30,3	34,8
20 bis 25	325,9	367,7	282,0	56,3	70,7	41,3	221,1	253,0	187,6	48,5	44,0	53,1
25 bis 30	280,6	310,1	248,4	54,4	70,5	36,8	172,9	191,6	152,5	53,3	47,9	59,1
30 bis 35	312,5	360,7	260,2	66,3	92,3	38,2	183,3	213,8	150,2	62,9	54,6	71,8
35 bis 40	395,3	479,0	305,3	95,6	138,4	49,7	219,2	264,8	170,1	80,4	75,8	85,4
40 bis 45	431,1	583,7	294,3	102,7	164,5	47,3	237,7	323,8	160,5	90,7	95,3	86,5
45 bis 50	440,5	669,3	274,1	108,6	195,3	45,5	244,9	370,3	153,8	87,0	103,8	74,8
50 bis 55	519,3	820,0	303,7	141,5	259,2	57,2	287,3	459,4	164,0	90,4	101,4	82,5
55 bis 60	492,0	825,7	247,3	138,5	267,7	43,7	281,2	479,3	135,8	72,4	78,7	67,7
60 bis 65	540,6	924,0	249,0	159,2	305,8	47,7	312,9	544,7	136,5	68,5	73,5	64,8
65 bis 70	525,5	887,5	258,5	160,9	307,3	53,0	302,4	518,0	143,4	62,2	62,2	62,2
70 bis 75	473,7	824,0	268,6	144,3	286,1	61,2	267,1	477,1	144,1	62,3	60,7	63,2
75 bis 80	419,9	697,7	270,1	131,7	250,5	67,7	234,5	396,8	146,9	53,7	50,3	55,5
80 und mehr	310,9	476,5	219,8	100,5	171,4	61,5	169,8	261,9	119,1	40,7	43,2	39,3
insgesamt	330,7	441,9	230,2	78,2	123,4	37,4	199,4	266,8	138,5	53,1	51,7	54,3

[1]) vorläufiges Ergebnis. Ziffern, denen weniger als 50 Fälle zugrunde liegen, sind eingeklammert, da sie infolge zu großer Zufallsschwankungen keinen sicheren statistischen Aussagewert besitzen.

[2]) Bundesgebiet ohne Hessen

der Tuberkulose sowie nach Altersgruppen

Alter von ... bis unter ... Jahren	Tuberkulose											
	aller Formen (I a bis I d)			der Atmungsorgane						anderer Organe (extrapulmonal) (I d)		
				ansteckungsfähig (offen) I a, I b			nichtansteckungsfähig (geschlossen) (I c)					
	insgesamt	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich	zusammen	männlich	weiblich
	Zugänge [1])											
	Anzahl											
unter 1	74	37	37	2	1	1	66	32	34	6	4	2
1 bis 5	1 253	663	590	11	6	5	1 177	624	553	65	33	32
5 bis 10	2 238	1 190	1 048	34	15	19	2 060	1 103	957	144	72	72
10 bis 15	1 431	779	652	82	35	47	1 192	664	528	157	80	77
15 bis 20	2 801	1 473	1 328	666	368	298	1 858	981	877	277	124	153
20 bis 25	3 314	1 882	1 432	873	524	349	2 048	1 186	862	393	172	221
25 bis 30	3 373	2 008	1 365	951	653	298	1 857	1 086	771	565	269	296
30 bis 35	3 574	2 226	1 348	1 047	744	303	1 910	1 186	724	617	296	321
35 bis 40	3 218	2 086	1 132	994	753	241	1 617	1 029	588	607	304	303
40 bis 45	3 433	2 251	1 182	1 013	789	224	1 767	1 146	621	653	316	337
45 bis 50	3 289	2 096	1 193	952	729	223	1 732	1 088	644	605	279	326
50 bis 55	2 460	1 609	851	761	582	179	1 323	869	454	376	158	218
55 bis 60	3 657	2 545	1 112	1 131	905	226	2 021	1 426	595	505	214	291
60 bis 65	3 815	2 761	1 054	1 316	1 073	243	2 026	1 467	559	473	221	252
65 bis 70	3 106	2 121	985	1 199	918	281	1 539	1 069	470	368	134	234
70 bis 75	2 211	1 349	862	867	586	281	1 051	671	380	293	92	201
75 bis 80	1 274	685	589	511	301	210	557	317	240	206	67	139
80 und mehr	726	381	345	337	197	140	260	133	127	129	51	78
insgesamt	45 247	28 142	17 105	12 747	9 179	3 568	26 061	16 077	9 984	6 439	2 886	3 553
	Auf 100 000 Einwohner gleichen Alters und Geschlechts [1])											
unter 1	8,3	(8,1)	(8,5)	(0,2)	(0,2)	(0,2)	7,4	(7,0)	(7,9)	(0,7)	(0,9)	(0,5)
1 bis 5	33,6	34,7	32,4	(0,3)	(0,3)	(0,3)	31,5	32,6	30,4	1,7	(1,7)	(1,8)
5 bis 10	50,9	52,9	48,9	(0,8)	(0,7)	(0,9)	46,9	49,0	44,6	3,3	3,2	3,4
10 bis 15	37,9	40,2	35,4	2,2	(1,8)	2,5	31,5	34,3	28,6	4,2	4,1	4,2
15 bis 20	77,4	79,5	75,2	18,4	19,9	16,9	51,3	52,9	49,7	7,7	6,7	8,7
20 bis 25	99,6	110,4	88,2	26,2	30,8	21,5	61,5	69,6	53,1	11,8	10,1	13,6
25 bis 30	76,8	87,5	65,0	21,6	28,5	14,2	42,3	47,3	36,7	12,9	11,7	14,1
30 bis 35	87,6	105,0	68,7	25,7	35,1	15,5	46,8	55,9	36,9	15,1	14,0	16,4
35 bis 40	92,0	115,4	66,9	28,4	41,7	14,2	46,2	56,9	34,7	17,3	16,8	17,9
40 bis 45	98,8	140,0	63,3	29,1	49,1	12,0	50,8	71,3	33,2	18,8	19,6	18,0
45 bis 50	100,3	152,1	62,7	29,0	52,9	11,7	52,8	79,0	33,9	18,5	20,3	17,1
50 bis 55	96,0	150,3	57,0	29,7	54,4	12,0	51,6	81,2	30,4	14,7	14,8	14,6
55 bis 60	103,4	169,7	34,6	32,0	60,3	11,1	57,1	95,1	29,2	14,3	14,3	14,3
60 bis 65	114,3	190,4	55,9	39,4	74,0	12,9	60,7	101,1	29,6	14,2	15,2	13,4
65 bis 70	111,7	180,6	61,3	43,1	78,2	17,5	55,4	91,0	29,3	13,2	11,4	14,6
70 bis 75	112,8	187,4	69,5	44,2	81,4	22,7	53,6	93,2	30,6	14,9	12,8	16,2
75 bis 80	101,3	154,4	72,4	40,6	67,8	25,8	44,3	71,4	29,5	16,4	15,1	17,1
80 und mehr	74,0	108,8	54,7	34,3	56,3	22,2	26,5	38,0	20,1	13,1	14,6	12,4
insgesamt	82,4	108,1	59,3	23,2	35,3	12,4	47,5	61,8	34,6	11,7	11,1	12,3

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 8

Erkrankungen an Infektionskrankheiten

Land	Jahr	Tuberkulose aller Formen [1]		Typhus (abdominalis)		Paratyphus		Ruhr	
		Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner
Bundesrepublik Deutschland	1956 [2]	92 187	177,2	2 210	4,2	3 169	6,0	3 210	6,1
	1957	87 719	163,3	2 141	4,0	2 926	5,4	3 530	6,6
	1958	84 744	155,8	1 762	3,2	2 167	4,0	2 580	4,7
	1959	77 926	141,7	1 864	3,4	2 792	5,1	5 461	9,9
	1960	70 325	126,5	1 548	2,8	2 406	4,3	3 251	5,8
	1961	65 040	115,8	1 355	2,4	2 263	4,0	2 805	5,0
	1962	58 968	103,6	1 157	2,0	994	1,7	1 681	3,0
	1963	57 305	99,5	1 112	1,9	1 147	2,0	1 930	3,4
	1964	55 204	94,7	997	1,7	1 095	1,9	4 291	7,4
	1965	55 010	93,2	744	1,3	640	1,1	1 408	2,4
	1966	60 019	100,6	1 015	1,7	739	1,2	1 142	1,9
	1967	54 671	91,3	636	1,1	938	1,6	1 070	1,8
England und Wales	1956	35 504	79,5	136	0,3	440	1,0	48 989	109,7
	1957	32 669	72,7	125	0,3	310	0,7	28 910	64,4
	1958	29 838	66,1	147	0,3	200	0,4	38 107	84,5
	1959	27 100	59,7	123	0,3	379	0,8	35 626	78,5
	1960	23 605	51,6	90	0,2	241	0,5	43 285	94,6
	1961	21 747	47,1	97	0,2	254	0,6	20 418	44,2
	1962	20 519	44,0	130	0,3	126	0,3	30 924	66,1
	1963	18 937	40,3	247	0,5	342	0,7	31 759	67,5
	1964	17 599	37,1	124	0,3	229	0,5	20 204	42,6
	1965	16 103	33,7	138	0,3	832	1,7	26 183	54,8
	1966	14 601	30,4	118	0,2	136	0,3	21 567	44,9
	1967	13 207	27,3	139	0,3	95	0,2	22 048	45,6
Frankreich	1956	49 133	112,6		3 678	8,4		131	0,3
	1957	43 894	99,6		3 167	7,2		.	.
	1958	43 233	97,0		2 391	5,4		80	0,2
	1959	.	.		2 067	4,6		90	0,2
	1960	38 108	83,7		2 263	5,0		98	0,2
	1961	34 606	75,3		2 102	4,6		47	0,1
	1962	31 022	66,0		1 590	3,4		63	0,1
	1963	31 858	66,6		1 768	3,7		.	.
	1964	.	.		2 246	4,6		80	0,2
	1965	.	.		1 602	3,3		.	.
	1966	.	.		2 074	4,2		63	0,1
	1967	23 694	47,5		1 546	3,1		63	0,1

[1] ohne Bestand
[2] ohne Saarland

1956 bis 1967

Scharlach		Diphtherie		Meningokokken-Infektionen		Poliomyelitis (übertragbare Kinderlähmung)		Keuchhusten		Hepatitis infectiosa (übertragbare Gelbsucht)	
Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner
41 094	77,5	8 399	15,8	1 381	2,7	4 255	8,0	40 616	76,6	—	—
33 078	61,6	6 744	12,6	848	1,6	2 402	4,5	40 432	75,3	—	—
32 200	59,2	5 410	9,9	856	1,6	1 750	3,2	32 379	59,5	—	—
36 915	67,1	3 526	6,4	709	1,3	2 114	3,8	41 175	74,9	—	—
28 908	52,0	1 965	3,5	859	1,5	4 198	7,6	31 305	56,3	—	—
23 630	42,1	1 317	2,3	960	1,7	4 673	8,3	35 376	63,0	—	—
25 289	44,4	813	1,4	1 075	1,9	296	0,5	—	—	14 708 [5])	25,8
32 585	56,6	662	1,1	1 835	3,2	241	0,4	—	—	14 077	24,4
49 293	84,4	637	1,1	1 473	2,5	54	0,1	—	—	17 126	29,4
40 627	68,8	307	0,5	1 177	2,0	48	0,1	—	—	19 759	33,5
39 956	67,0	201	0,3	1 285	2,2	17	0,0	—	—	21 472	36,0
38 767	64,7	117	0,2	1 331	2,2	54	0,1	—	—	21 328	35,6
33 103	74,1	51	0,1	1 168	2,6	3 200	7,2	92 410	206,9	.	.
29 547	65,8	37	0,1	1 016	2,3	4 844	10,8	85 018	189,3	.	.
38 853	86,1	80	0,2	836	1,9	1 994	4,4	33 404	74,1	.	.
47 919	105,6	102	0,2	746	1,6	1 028	2,3	33 253	73,3	.	.
32 170	70,3	49	0,1	632	1,4	378	0,8	58 030	126,8	.	.
19 990	43,3	52	0,1	651	1,4	876	1,9	24 470	53,0	.	.
15 306	32,8	16	0,0	576	1,2	271	0,6	8 341	17,9	.	.
17 437	37,1	33	0,1	606	1,3	51	0,1	34 737	73,9	.	.
20 129	42,5	20	0,0	506	1,1	37	0,1	31 596	66,7	.	.
26 725	56,0	25	0,0	406	0,9	91	0,2	12 945	27,1	.	.
21 193	44,1	24	0,0	407	0,8	32	0,1	19 483	40,5	.	.
19 305	39,9	6	0,0	293	0,6	19	0,0	33 533	69,3	.	.
7 778	17,8	1 525	3,5	916	2,1	1 150	2,6	5 135	11,8	.	.
4 521	10,3	1 074	2,4	975	2,2	4 109	9,3	5 425	12,3	.	.
5 578	12,5	1 049	2,4	771	1,7	1 647	3,7	4 514	10,1	.	.
10 834	24,0	1 134	2,5	717	1,6	2 566	5,7	5 581	12,4	.	.
9 470	20,8	913	2,0	610	1,3	1 663	3,7	4 309	9,5	.	.
5 674	12,3	726	1,6	556	1,2	1 513	3,3	5 516	12,0	.	.
5 934	12,6	601	1,3	582	1,2	1 074	2,3	3 324	7,1	.	.
6 982	14,6	544	1,1	1 523	3,2	773	1,6	5 234	10,9	.	.
8 065	16,7	317	0,7	1 029	2,1	533	1,1	2 584	5,3	.	.
8 875	18,1	251	0,5	727	1,5	290	0,6	2 673	5,5	.	.
7 695	15,6	203	0,4	614	1,2	211	0,4	3 682	7,5	.	.
5 684	11,4	146	0,3	516	1,0	113	0,2	2 120	4,3	.	.

[5]) erst ab 1962 meldepflichtig

n o c h Tabelle 8

Land	Jahr	Tuberkulose aller Formen [1]		Typhus (abdominalis)		Paratyphus		Ruhr	
		Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner
Italien	1956	10 554	21,9	18 015	37,3	4 444	9,2	173	0,4
	1957	10 418	21,5	18 141	37,4	3 596	7,4	122	0,3
	1958	.	.	19 344	38,6	3 488	7,0	130	0,3
	1959	.	.	19 871	39,4	2 802	5,5	124	0,2
	1960	.	.	15 068	29,6	2 306	4,5	215	0,4
	1961	.	.	11 896	23,5	1 756	3,5	223	0,4
	1962	.	.	16 759	32,9	1 987	3,9	82	0,2
	1963	.	.	13 011	25,3	1 755	3,4	79	0,2
	1964	.	.	9 854	18,9	1 382	2,7	61	0,1
	1965	8 647	16,4	11 957	22,7	1 372	2,6	110	0,2
	1966	8 742	16,5	10 493	19,8	1 519	2,9	61	0,1
	1967	8 271	15,5	9 650	18,0	1 010	1,9	115	0,2
Schweden	1956	5 743	78,5	25	0,3	456	6,2	67	0,9
	1957	5 071	68,8	9	0,1	1 026 [3]	13,9	72	1,0
	1958	4 651	62,7	17	0,2	545	7,3	40	0,5
	1959	4 449	59,7	21	0,3	629	8,4	66	0,9
	1960	4 194	56,1	14	0,2	628	8,4	132	1,8
	1961	3 996	53,1	11	0,1	561	7,5	100	1,3
	1962	3 777	49,9	38	0,5	1 075	14,2	159	2,1
	1963	3 533	46,5	19	0,2	897	11,8	63	0,8
	1964	3 135	40,9	13	0,2	1 003	13,1	53	0,7
	1965	2 847	36,8	5	0,1	67	0,9	97	1,3
	1966	2 548	32,6	4	0,1	39	0,5	86	1,1
	1967	2 399	30,5	18	0,2	51	0,6	79	1,0
Vereinigte Staaten von Amerika	1956	90 465 [4]	54,1	1 700	1,0	6 704	4,0	13 995	8,4
	1957	66 437	39,0	1 231	0,7	6 693	3,9	14 853	8,7
	1958	63 000	36,4	1 043	0,6	6 363	3,7	16 241	9,4
	1959	57 307	32,5	859	0,5	6 606	3,7	16 396	9,3
	1960	55 494	30,9	816	0,5	6 929	3,9	15 911	8,9
	1961	53 727	29,4	814	0,4	8 542	4,7	15 421	8,4
	1962	53 788	28,9	608	0,3	9 680	5,2	15 491	8,3
	1963	54 062	28,7	566	0,3	15 390	8,2	15 895	8,4
	1964	50 874	26,6	501	0,3	17 144	9,0	16 288	8,5
	1965	49 011	25,3	454	0,2	17 161	8,9	13 795	7,1
	1966	47 767	24,4	369	0,2	16 841	8,6	11 888	6,1
	1967	45 647	22,9	396	0,2	18 120	9,1	16 631	8,4
Japan	1956	518 142	547,1	2 123	2,4	509	0,6	84 437	93,6
	1957	520 899	571,9	2 113	2,3	344	0,4	74 780	82,1
	1958	498 779	542,1	1 901	2,1	1 149	1,2	81 577	88,6
	1959	499 873	537,7	1 546	1,7	411	0,4	85 695	92,2
	1960	489 715	524,6	1 572	1,7	319	0,3	93 971	100,7
	1961	420 460	445,9	1 061	1,1	213	0,2	91 538	97,1
	1962	387 767	407,4	910	1,0	203	0,2	73 999	77,7
	1963	380 603	395,8	995	1,0	148	0,2	69 813	72,6
	1964	354 243	364,5	890	0,9	148	0,2	52 419	53,9
	1965	315 390	320,9	789	0,8	71	0,1	48 621	49,5
	1966	286 563	292,5	893	0,9	119	0,1	65 131	66,5
	1967	259 020	259,2	511	0,5	138	0,1	30 097	30,1

[3] einschließlich anderer Salmonellosen
[4] alle angezeigten Fälle

Scharlach		Diphtherie		Meningokokken-Infektionen		Poliomyelitis (übertragbare Kinderlähmung)		Keuchhusten		Hepatitis infectiosa (übertragbare Gelbsucht)	
Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner	Anzahl	auf 100 000 Einwohner
10 671	22,1	11 113	23,0	773	1,6	3 485	7,2	21 804	45,2	1 215	2,5
8 298	17,1	9 672	19,9	718	1,5	4 451	9,2	41 977	86,6	1 977	4,1
10 568	21,1	9 747	19,5	674	1,3	8 377	16,7	31 987	63,9	2 210	4,4
10 336	20,5	10 440	20,7	662	1,3	4 110	8,1	31 759	62,9	3 315	6,6
7 649	15,0	6 390	12,5	641	1,3	3 555	7,0	21 980	43,2	5 200	10,2
7 663	15,2	4 130	8,2	562	1,1	3 415	6,8	36 267	71,8	6 218	12,3
13 651	26,8	3 619	7,1	797	1,6	3 243	6,4	28 457	55,9	5 306	10,4
12 767	24,8	2 895	5,6	2 116	4,1	2 830	5,5	16 715	32,5	5 789	11,2
9 993	19,2	2 617	5,0	1 580	3,0	841	1,6	21 908	42,0	11 876	22,8
10 512	20,0	2 359	4,5	1 353	2,6	254	0,5	21 829	41,4	24 093	45,7
14 743	27,7	2 237	4,2	943	1,8	133	0,3	18 654	35,1	38 025	71,6
12 362	23,1	1 636	3,1	1 604	3,0	107	0,2	10 763	20,1	43 288	80,9
9 027	123,4	—	—	72	1,0	549	7,5	11 588	158,4	2 051	28,0
6 422	87,2	11	0,1	118	1,6	250	3,4	19 486	264,5	701	9,5
10 389	140,1	1	0,0	79	1,1	192	2,6	6 683	90,1	909	12,3
18 256	244,9	—	—	91	1,2	56	0,8	7 798	104,6	1 179	15,8
11 827	158,1	2	0,0	64	0,9	18	0,2	8 817	117,9	873	11,7
5 962	79,3	2	0,0	112	1,5	124	1,6	12 715	169,1	968	12,9
4 124	54,5	1	0,0	180	2,4	14	0,2	8 004	105,9	709	9,4
3 580	47,1	—	—	138	1,8	—	—	.	.	708	9,3
4 983	65,0	—	—	148	1,9	1	0,0	3 091	40,3	987	12,9
4 006	51,8	—	—	228	2,9	1	0,0	5 182	67,0	1 236	16,0
5 742	73,5	—	—	164	2,1	5	0,1	7 593	97,2	1 463	18,7
6 046	76,8	—	—	106	1,3	—	—	3 072	39,0	1 294	16,4
176 392	105,5	1 568	0,9	2 735	1,6	15 140	9,1	31 732	19,0	19 234	11,5
226 973	133,3	1 211	0,7	2 691	1,6	5 485	3,2	28 295	16,6	14 922	8,8
264 097	152,5	918	0,5	2 581	1,5	5 787	3,3	32 148	18,6	16 294	9,4
334 715	189,7	934	0,5	2 180	1,2	8 425	4,8	40 005	22,7	23 754	13,5
315 173	175,8	918	0,5	2 259	1,3	3 190	1,8	14 809	8,3	41 666	23,2
338 410	185,0	617	0,3	2 232	1,2	1 312	0,7	11 468	6,3	72 651	39,7
315 809	170,0	444	0,2	2 150	1,2	910	0,5	17 749	9,6	53 016	28,5
342 161	181,5	314	0,2	2 470	1,3	449	0,2	17 135	9,1	42 974	22,8
402 334	210,3	293	0,2	2 826	1,5	122	0,1	13 005	6,8	37 740	19,7
395 168	203,9	164	0,1	3 040	1,6	72	0,0	6 799	3,5	33 856	17,5
421 688	215,3	204	0,1	3 373	1,7	99	0,1	7 717	3,9	32 859	16,8
453 351	227,7	219	0,1	2 161	1,1	81	0,0	9 718	4,9	38 909	19,5
12 172	13,5	18 395	20,4	610	0,7	1 497	1,7	18 524	20,5	.	.
14 499	15,9	15 423	16,9	760	0,8	1 718	1,9	20 112	22,1	.	.
13 734	14,9	15 641	17,0	638	0,7	2 610	2,8	29 948	32,5	.	.
9 882	10,6	17 936	19,3	573	0,6	2 917	3,1	9 742	10,5	.	.
8 786	9,4	14 921	16,0	526	0,6	5 606	6,0	3 890	4,2	.	.
6 251	6,6	9 790	10,4	504	0,5	2 436	2,6	5 225	5,5	.	.
8 382	8,8	7 451	7,8	390	0,4	289	0,3	11 552	12,1	.	.
16 034	16,7	4 866	5,1	320	0,3	131	0,1	4 132	4,3	.	.
12 907	13,3	2 774	2,9	249	0,3	84	0,1	1 167	1,2	.	.
10 735	10,9	2 159	2,2	214	0,2	74	0,1	2 362	2,4	.	.
8 827	9,0	1 520	1,6	144	0,1	33	0,0	3 136	3,2	.	.
6 933	6,9	1 207	1,2	117	0,1	26	0,0	820	0,8	.	

Quelle: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Band 4, Ausgabe 1970

Tabelle 9

Sterblichkeit an arteriosklerotischen und degenerativen Herzkrankheiten der Altersgruppe 45 bis 54 Jahre

Land	Z M W	Gestorbene auf 100 000 Einwohner		Veränderung in %
		1955	1967	
Bundesrepublik Deutschland	Z	90,0	102,3	+14
	M	134,2	179,7	+34
	W	51,9	46,0	−11
England und Wales	Z	109,1	140,9	+29
	M	181,3	244,0	+35
	W	40,1	41,6	+ 4
Finnland	Z	173,8	244,7	+41
	M	305,8	468,6	+53
	W	59,2	60,1	+ 2
Frankreich	Z	30,3	41,7	+38
	M	49,2	72,4	+47
	W	12,0	12,2	+ 2
Italien	Z	69,7	78,9	+13
	M	97,2	127,5	+31
	W	43,6	34,0	−22
Japan	Z	53,6	39,1	−27
	M	58,3	50,4	−14
	W	49,0	29,9	−39
Niederlande	Z	69,9	106,9	+53
	M	115,1	191,2	+66
	W	27,2	26,2	− 4
Österreich	Z	72,4	88,6	+22
	M	113,9	165,7	+45
	W	37,1	32,2	−13
Schweden	Z	69,5	79,7	+15
	M	106,9	133,7	+25
	W	32,5	25,4	−22
Schweiz	Z	78,0	75,9	− 3
	M	117,1	126,2	+ 8
	W	41,8	27,3	−35
Tschechoslowakei	Z	74,1	101,3	+37
	M	114,1	178,1	+56
	W	36,5	29,7	−19
Ungarn	Z	84,5	111,2	+32
	M	109,2	160,7	+47
	W	61,9	67,9	+10
USA	Z	210,6	211,8	+ 1
	M	342,2	351,8	+ 3
	W	82,2	80,3	− 2

Z = zusammen
W = weiblich
M = männlich

Quelle: Press Release WHO/22

Tabelle 10

Säuglingssterblichkeit in den Bundesländern

Gestorbene im 1. Lebensjahr auf 1000 Lebendgeborene

Land	1967	1968	1969
Baden-Württemberg	20,6	20,4	21,6
Bayern	23,9	23,5	23,8
Berlin (West)	25,5	24,5	27,2
Bremen	17,5	17,9	21,8
Hamburg	17,2	19,9	20,7
Hessen	21,9	22,3	23,1
Niedersachsen	21,1	21,4	20,7
Nordrhein-Westfalen	24,7	24,1	24,5
Rheinland-Pfalz	24,5	24,0	25,1
Saarland	28,0	29,6	28,5
Schleswig-Holstein	18,7	20,0	22,0
Bundesgebiet	22,8	22,6	23,2

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 11

Säuglingssterblichkeit in ausgewählten Staaten 1965 und 1966

Erdteil — Land	1965			1966		
	insgesamt	männlich	weiblich	insgesamt	männlich	weiblich
	auf 1000 Lebendgeborene					
Europa						
Bundesrepublik Deutschland	23,9	26,6	21,0	23,6	26,6	20,5
DDR und Berlin (Ost)	24,8	27,7	21,6	.	.	.
Belgien	23,6	26,2	21,3	24,7	27,3	22,0
Bulgarien	30,8	34,2	27,3	32,0	34,9	29,3
Dänemark	18,7	21,9	15,4	16,9	19,6	14,1
Finnland	17,6	20,2	14,9	15,0	16,5	13,4
Frankreich [1]	21,9	24,5	19,1	21,7	24,7	18,6
Griechenland	34,3	36,1	32,4	34,0	36,5	31,3
Italien	35,0	39,8	31,9	.	.	.
Niederlande	14,4	16,1	12,7	14,7	16,8	12,5
Norwegen	16,8	18,6	14,9	14,6	16,4	12,6
Österreich	28,3	30,9	25,5	28,1	32,1	23,9
Polen	41,7	46,9	36,2	38,9	43,8	33,6
Portugal	64,9	70,8	58,6	64,7	70,5	58,4
Rumänien	44,1	48,0	39,9	46,6	51,1	41,7
Schweden	13,3	14,7	12,0	12,6	14,5	10,5
Schweiz	17,8	19,8	15,8	17,1	19,3	14,8
Tschechoslowakei	25,5	28,6	22,2	23,8	27,1	20,4
Ungarn	38,8	43,3	34,1	38,9	41,8	34,7
Vereinigtes Königreich						
England und Wales	19,0	21,5	16,4	19,0	21,4	16,5
Nordirland	25,1	27,1	22,3	25,6	26,8	24,2
Schottland	23,1	25,5	20,6	23,2	25,8	20,4
Afrika						
Angola	15,6	18,1	13,2	.	.	.
Kenia	34,2	35,6	32,6	.	.	.
Amerika						
Chile [2]	107,1	114,2	99,8	.	.	.
Kanada	23,6	26,2	20,8	23,1	25,8	20,2
Kolumbien	82,4	89,6	75,0	80,0	87,3	72,5
Mexiko	60,7	65,6	55,5	62,9	68,0	57,4
Venezuela	46,4	50,2	42,4	46,8	50,7	42,7
Vereinigte Staaten von Amerika	24,7	27,7	21,5	23,7	26,6	20,6
Asien						
China (Taiwan)	24,1	25,4	22,7	21,7	22,9	20,4
Israel	22,7	26,2	19,1	21,6	24,0	19,0
Japan	18,5	20,7	16,2	19,3	21,3	17,1
Philippinen	75,1	82,4	67,1	72,7	79,8	64,8
Thailand	31,2	34,5	27,7	33,5	36,6	30,1
Ozeanien						
Australien	18,5	20,6	16,2	18,2	20,3	15,9
Neu Seeland	19,5	22,4	16,4	17,7	20,5	14,7

[1]) einschließlich Lebendgeborene, die vor der Registrierung (innerhalb 3 Tagen nach der Geburt) gestorben sind
[2]) vorläufige Ergebnisse

Quelle: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Band 4, Ausgabe 1970

Tabelle 12

Säuglingssterblichkeit in ausgewählten Staaten seit 1962

Jahr	Gestorbene im 1. Lebensjahr													
	Bundesrepublik Deutschland	Frankreich [1]	England und Wales	Italien	Schweden	Vereinigte Staaten von Amerika	Japan	Bundesrepublik Deutschland	Frankreich [1]	England und Wales	Italien	Schweden	Vereinigte Staaten von Amerika	Japan
	Anzahl							auf 1000 Lebendgeborene						
1962	29 807	21 430	18 187	39 199	1 655	105 479	42 797	29,3	25,7	21,7	41,8	15,4	25,3	24,4
1963	28 473	22 106	18 042	38 552	1 735	103 390	38 442	27,0	25,4	21,1	40,1	15,4	25,2	23,2
1964	26 948	20 475	17 445	36 671	1 744	99 783	34 967	25,3	23,3	19,9	36,1	14,2	24,8	20,4
1965	24 947	18 990	16 395	35 677	1 639	92 866	33 742	23,9	21,9	19,0	36,0	13,3	24,7	18,5
1966	24 803	18 710	16 147	33 960	1 549	85 516	26 217	23,6	21,7	19,0	34,7	12,6	23,7	19,3
1967	23 303	17 310	15 266	31 511	1 560	78 200	28 935	22,9	20,7	18,3	33,2	12,9	22,1	15,0
1968 [2]	22 125	17 100	14 952	30 001	.	75 300	.	22,6	20,4	18,3	32,2	.	21,7	.

[1] einschließlich Lebendgeborene, die vor der Registrierung (innerhalb 3 Tagen nach der Geburt) gestorben sind
[2] vorläufiges Ergebnis

Quelle: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Band 4, Ausgabe 1970

Tabelle 13

Totgeborene in ausgewählten Staaten seit 1963

Jahr	Totgeborene													
	Bundesrepublik Deutschland	Frankreich	England und Wales	Italien	Schweden	Vereinigte Staaten von Amerika	Japan	Bundesrepublik Deutschland	Frankreich	England und Wales	Italien	Schweden	Vereinigte Staaten von Amerika	Japan
	Anzahl							auf 1000 Lebend- und Totgeborene						
1963	13 991	14 152	14 989	21 469	1 367	64 640	44 764	13,1	16,0	17,2	21,9	12,0	12,0	26,2
1964	13 590	13 849	14 546	21 558	1 391	65 931	42 151	12,6	15,5	16,3	20,8	11,2	12,6	24,0
1965	12 901	13 319	13 841	19 998	1 268	60 859	39 955	12,2	15,2	15,8	19,8	10,2	12,4	21,4
1966	12 174	13 090	13 243	19 378	1 237	56 637	30 818	11,5	14,9	15,3	19,4	9,9	12,0	22,1

[1] für das Ausland: Schwangerschaftsdauer ab 28 Wochen mit Ausnahme von Frankreich ab 26 Wochen und den Vereinigten Staaten von Amerika ab 20 Wochen
[2] ohne die bis zur Registrierung (innerhalb 3 Tagen nach der Geburt) gestorbenen Säuglinge

Quelle: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Band 4, Ausgabe 1970

Tabelle 14

Säuglingssterblichkeit nach der Lebensdauer 1938, 1952, 1968 und 1969

Lebensdauer	Gestorbene im 1. Lebensjahr nach der Lebensdauer auf 1000 Lebendgeborene			
	1938	1952	1968	1969
unter 24 Stunden	.	18,5	10,2	10,2
unter 7 Tagen	24,2	27,3	15,7	16,1
unter 1 Monat	32,0	32,3	17,6	18,0
unter 3 Monaten	42,2	38,8	19,3	19,8
unter 6 Monaten	52,0	44,2	20,8	21,4
im 1. Lebensjahr	60,3	48,4	22,6	23,2

*) 1938: Reichsgebiet in den Grenzen von 1937; kein Nachweis für Sterbefälle in den ersten 24 Stunden
1952, 1968 und 1969: Bundesgebiet einschließlich Saarland und Berlin (West)
1952: Sterbefälle in den ersten 7 Tagen nur Bundesgebiet einschließlich Berlin (West) ohne Saarland

Quelle: Statistisches Bundesamt

Tabelle 15

Perinatale Sterblichkeit in ausgewählten Staaten 1952, 1956, 1960 und 1965

Land	Einheit	Totgeborene [1]) und Gestorbene in den ersten 7 Lebenstagen auf 1000 Lebend- und Totgeborene [2])			
		1952	1956	1960	1965
Bundesrepublik Deutschland	Anzahl	47,8	40,0	35,8	28,6
	1952 = 100	*100*	*84*	*75*	*60*
Frankreich	Anzahl	30,4	28,6	27,1	23,9
	1952 = 100	*100*	*94*	*89*	*79*
England und Wales	Anzahl	37,5	36,7	32,8	26,9
	1952 = 100	*100*	*98*	*87*	*72*
Italien	Anzahl	49,8	44,3	41,9	36,5
	1952 = 100	*100*	*89*	*84*	*73*
Schweden	Anzahl	31,0	28,3	25,6	19,7
	1952 = 100	*100*	*91*	*83*	*64*
Vereinigte Staaten von Amerika	Anzahl	31,3	29,1	28,6 [2])	28,1
	1952 = 100	*100*	*93*	*91*	*90*
Japan	Anzahl	44,3	44,1	40,2	29,5
	1952 = 100	*100*	*99*	*91*	*67*

[1]) für das Ausland: Schwangerschaftsdauer ab 28 Wochen, mit Ausnahme von Frankreich ab 26 Wochen
[2]) 1959

Quelle: Das Gesundheitswesen der Bundesrepublik Deutschland, Band 4, Ausgabe 1970

Öffentliche Apotheken

Jahr	Öffentliche Apotheken	
	Anzahl	Einwohner je Apotheke
1955 [1])	6 427	8 046
1958	7 830	6 974
1959	8 445	6 527
1960	8 832	6 316
1961	9 153	6 183
1962	9 433	6 069
1963	9 642	6 001
1964	9 866	5 938
1965	10 062	5 893
1966	10 247	5 835
1967	10 450	5 737
1968	10 703	5 649
1969	10 954	5 587

[1]) ohne Saarland

Quelle: Statistisches Bundesamt

Stichwortverzeichnis

Die Zahlen geben die Textziffern an

A

Abfallbeseitigung 179 ff.
Alkohol 289
Alkoholkonsum 290, 291
Alkoholsüchtige 289, 292
Altenheime 347
Altenhilfe 346, 347
Altersmedizin 345
Altersstruktur der Bevölkerung 11
Ambulante Medizin 335
Amphetaminmißbrauch 271
Anstaltshaushalte 21
Antibiotika 232
Apotheken 26
Apothekenbetriebsordnung 252, 253
Apotheker 22, 375
Approbation
  für Apotheker 376
  für Ärzte 7, 368, 370, 371
Arbeitsmedizin 172
Arbeitsstoffe, gefährliche 192
Arsenpräparate 230
Arzneibuch-Kommission 248
Arzneimittel 245, 247, 250
  -forschung 245
  -gesetz 243, 245, 249, 259, 261, 268
  -markt 256
  -mißbrauch 231
  -rechtsreform 7
  -sicherheit 244, 247
  -verbrauch 256
  -werbung 267
Arzneimittel-Kommission der Deutschen Ärzteschaft 247
Arzneimittel zur Anwendung am Tier 234
Arzneimittelversorgung der Bevölkerung durch Apotheken 251
Ärzte 22, 335, 336, 356, 368
Ärztliche Prüfung 371
Ärztliche Vorsorgeberatung 114
Aufklärung, gesundheitliche 7, 301, 309, 310, 346
Ausbildung, ärztliche 369 ff.
Ausbildung des Apothekers 7, 375 ff.
Ausbildung der Krankenpflegeberufe 382
Ausbildung der medizinisch-technischen Assistentin 364, 381
Ausbildung der Tierärzte 378 ff.
Ausbildungsreform der Heilberufe 7, 366
Ausbildungsreform 366
Auslandsfleischbeschau 238

B

Bedarfsgegenstände 219, 220
Beirat „Arzneimittelsicherheit" 245, 247
Bekämpfung des Drogenhandels 279
Berufskrankheiten 342
Berufskrankheiten-Verordnung 342
Bestallungsordnung für Tierärzte 378
Betäubungsmittel 275
Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung 275
Bevölkerungsentwicklung 10
Bevölkerungsstand 9
Biomedizin 340
Bundes-Apothekerordnung 375
Bundesarbeitsstelle Aktion Jugendschutz 280
Bundesärztekammer
(Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern) 337
Bundesgesundheitsamt 89, 165, 173, 220, 243, 245 ff., 274, 306, 312, 333, 403, 404
Bundesgesundheitsrat 89, 208, 306, 336
Bundesjugendplan 354
Bundeskonferenz für Erziehungsberatung 354
Bundesopiumstelle 271, 274
Bundespflegesatzverordnung 322
Bundes-Seuchengesetz 50, 310, 311, 312
Bundessozialhilfegesetz 98, 346
Bundes-Tierärzteordnung 378
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung 89, 156, 159, 168, 170, 280, 286, 300, 410

C

Chemikalien 223
Codex Alimentarius Kommission 223, 226

D

Datenverarbeitung in der Medizin 340, 341
Deckung des Kräftebedarfs 355, 361
Demographische Entwicklung 8
Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 280, 293
Deutsche Lebensmittelbuch-Kommission 222
Deutsches Arzneibuch 248
Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 89
Deutsches Krebsforschungszentrum 89
Diabetes 145 ff.
Diagnostikklinik 334
Diagnostik und Therapie, Entwicklung von 338 ff.
Dialysetherapie 331
Drogenmißbrauch 7, 270
Dysmelie
  -Dokumentation 352
  -Kinder 352
  -Syndrom 352

E

Einfuhrkontrolle 238
Empfängnisregelung 118 ff.
Entwicklungshilfe 428 ff.
Erholung 104 ff.
Erkrankungen 57 ff.
Ernährung 111 ff.
Erste-Hilfe-Nachweis 348
Erwerbsstruktur der Bevölkerung 17
Erziehungsberatungsstellen 354
Europäisches Arzneibuch 248
Europarat 223, 305, 347, 423
Eurotransplant 339
EWG 7, 205, 213, 223 ff., 233, 305, 342, 424 ff.
EWG-Rechtsangleichung 237

F

Familienplanung — Familienberatung 118 ff.
Filteruntersuchungen 162, 165 ff.
Fisch 235
Fischhygiene 240
Fleisch 235
Fleischhygienegesetz 239
Forschung 7, 148, 173, 182, 398 ff.
Fortbildung, Berufsbegleitende 385 ff.
Freizeit 104 ff.
Früherkennung von Krankheiten 7, 127 ff., 141 ff., 148, 153 ff., 161, 166
Futtermittel 232, 233
Futtermittelwirtschaft 239

G

Gebührenrecht, ärztliches 337
Gefährliche Arbeitsstoffe 192
Gemeindepflegestationen 30, 96
Gemeindeschwestern 30
Gemeinsamer Markt 218
Gesamtreform des Lebensmittelrechts 217, 220, 221
Geschlechtskrankheiten 314
Gesetzgebung 85 ff., 274
Gesundheit 3 ff.
Gesundheitliche Aufklärung 7, 156, 163, 167 ff.
Gesundheitsämter 24, 32, 83, 90 ff., 127 ff.
Gesundheitserziehung 168
Gesundheitshilfe
  für Mutter und Kind 117
  für Neugeborene und Säuglinge 124
Gesundheitspaß 115 ff.
Gesundheitspflege 4
Gesundheitspolitik 1 ff., 84
Gesundheitsprüfungen, individuelle 164
Gesundheitsschutz 202, 223, 227, 229, 233, 248
Gesundheitsvorsorge 7, 88, 101 ff., 135 ff.
Gesundheitswesen 6
  (Aufgaben von Bund, Ländern und Gemeinden) 83 ff.
Giftinformations- und Behandlungszentren 333
Giftwesen 7, 305, 306, 333
Grüner Star 162 ff.
Gruppenpraxen 335, 336

H

Haltungsschäden 110
Haschisch 270, 272, 274, 288
Hebammen 29, 365
Heilberufe 7, 355, 361
Heilpädagogik 353
Heroin 271, 275
Herz-Kreislauf 157 ff.
Herzchirurgie 329
Herzoperationszentren 329 ff.
Hilfen bei Mißbildungen 352
Hilfswerk für das behinderte Kind 352
Hochschulbauförderung 360
Hygiene der Eiprodukte 242

I

Impfschäden 310, 311
Impfstoffe 249
Impfungen 309, 310, 313
Institut für Wasser-, Boden- und Lufthygiene 406
Internationale Zusammenarbeit 416

J

Jugenarbeitsschutz 135 ff.
Jugendzahnpflege 132 ff.

K

Kariesprophylaxe 132 ff.
Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung 92
Kernkraftanlagen 189 ff.
Kinder, behinderte 353
Kleinkinderuntersuchungen 127
Kosmetische Erzeugnisse 218, 220
Kosten der Gesundheit 391 ff.
Krankenhäuser 7, 33 ff., 316, 319 ff., 324, 326, 341
Krankenhausbetten 316, 318 ff., 324
Krankenhausfinanzierung 319 ff., 324, 325
Krankenhauspflegesätze 319, 320, 322, 324, 325
Krankenhausplanung und -struktur 321, 326 ff.
Krankenhausversorgung 7, 316, 317, 325 ff.
Krankenhauswesen, Strukturdaten 32
Krankenpflegegesetz 363
Krankenpflegepersonen 28, 36
Krankentransportwagen 348
Krankenversicherung 336
  private 99 ff.
  soziale 92 ff.
Krankheiten 3, 38 ff., 141 ff.
Krankheiten, übertragbare 308
Krankheitsfrüherkennung 101 ff.
Krebsforschung 150 ff.
  -früherkennung 141, 149 ff., 411
  -mortalität 73
Kunststoffe 219, 220

L

Landesgewerbeärzte 83
Lärmbekämpfung 183
Lebenserwartung der Bevölkerung 15
Lebensmittel 202 ff., 217
Lebensmittel, diätetische 212, 213, 225
Lebensmittelbuch 222
Lebensmittelchemiker 31
Lebensmittelgesetz 219 ff.
Lebensmittelrechtsreform 7, 196, 217
Lebensmittelstrafrecht 200
Lebensmittelüberwachung 220 ff.
Lebensmitteluntersuchungen in den Staatl. Veterinäruntersuchungsanstalten 236
Lebensmittelwesen 195 ff.
Lebensmittelzusatzstoffe 225
Leistungsfähigkeit der Tiere 230
Luftreinhaltung 181 ff.

M

Marihuana 270, 272, 274, 288
Max-Pettenkofer-Institut 407
Medizinalassistenten 22
Medizinisch-technische Assistenten 364, 381
Medizinstudium 360
Milchhygiene 241
Modelle, Entwicklung und Erprobung 7
Morbiditätsstatistiken 38 ff., 131, 157
Morphin 271
Mortalität 68 ff.
Musterungsuntersuchungen 137 ff.
Mütterberatung 126
Müttersterblichkeit 82, 122

N

Nachwuchsbedarf der Ärzte 357, 358
Niederlassungsfreiheit 425 ff.
Niederlassungsfreiheit der Apotheker 255
Nierentransplantation 339
Notfallrettungsdienst 348
Numerus clausus 360

O

Öffentlicher Gesundheitsdienst 83, 91
Opium 271
Opiumgesetz 274
Organtransplantation 332, 338
Orthopädie, technische 352

P

Paul Ehrlich-Institut 89, 249
Pflanzenschutzmittel 204, 205, 213
Pflegekräfte 361 ff., 366
Pflichtleistungen der sozialen Krankenversicherung 7
Pockenimpfung 312
Poliomyelitis 309
Präventivmedizin 164
Prüfung, ärztliche 371
Prüfungspflicht für Arzneispezialitäten 243
Psychiatrische Krankenanstalten 344
Psychisch Kranke 343, 344
Psychoanaleptika 271

R

Radioaktive Arzneimittel 250
Rauchen 295
Rauschgiftdelikte 271
Rauschmittelkriminalität 287
Rauschmittelmißbrauch 7, 270
Rehabilitation
  alter Menschen 346, 347, 350
  Behinderter 349, 350, 352
Rehabilitations-Krankenhäuser 351
Rentenversicherung 96
Rheuma 160 ff.
Robert-Koch-Institut 405
Rohmorphin 277
Röntgenreihenuntersuchungen 143, 146
Röntgenstrahlen 185 ff.
Röteln 313

S

Sera 249
Seuchenbekämpfung 308, 309
Sexualkunde-Atlas 171
Sexualpädagogik 169 ff.
Sozialbericht 94, 350
Soziale Sicherung 92 ff.
Sozialhilfe 98
Sport 107
Sportmedizin 108 ff.
Suchtgefahren 269
Suchtkranke 271, 272
Suchtstoffkommission der Vereinten Nationen 287, 288
Schädlingsbekämpfungsmittelrückstände 205, 213
Schlachttier- und Fleischuntersuchung 238
Schulgesundheitspflege 129 ff.
Schwangerenberatung 121 ff.
Strahlenschutz 184 ff.
Struktur der Berufe des Gesundheitswesens 22

T

Tabakerzeugnisse 216 ff., 220, 300, 302
Tierärzte 22, 27, 378
Tollwut 227
Trinkwasserfluoridierung 134
Tuberkulose 142 ff.

U

Umweltschutz 7, 174 ff.
Unfall im Haushalt 193 ff.
Unfallrettungsdienst 348
Unfallversicherung 97

V

Verkehrsmedizin 173
Verschreibungspflicht für Arzneimittel 243
Versorgung, ärztliche 336
Veterinärämter 90
Veterinärmedizin 227
Viehseuchengesetz 229
Vorsorgeberatung, ärztliche 114
Vorsorgeuntersuchungen 122 ff., 155, 159, 172, 346

W

Wasser 175 ff.
Wein 215
Weinmarktordnung 224
Weltgesundheitsorganisation 289, 295, 314, 417 ff.
Werbung für Arzneimittel 267
  für Lebensmittel 211
  für Tabakerzeugnisse 217, 301, 302
Westdeutsche Rektorenkonferenz 358
Wiederherstellung der Gesundheit 315
Wirtschaftliche Sicherung der Krankenanstalten 7, 317 ff.

Z

Zahnärzte 22, 25, 359
Zentren der medizinischen Rehabilitation 351
Zukunftsperspektiven 431 ff.
Zusatzstoffe 203, 217