



# GESUND LEBEN IN BAYERN 1808-2008

Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Bayern-  
Gestalt gebende Gesetze und Verordnungen  
aus Geschichte und Gegenwart.

EINE FESTSCHRIFT



Juli 2008

Bayerisches Staatsministerium für  
Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz





# GESUND LEBEN IN BAYERN 1808-2008

Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Bayern-  
Gestalt gebende Gesetze und Verordnungen  
aus Geschichte und Gegenwart

EINE FESTSCHRIFT

---

## Inhaltsverzeichnis

|                  |    |
|------------------|----|
| Grußworte .....  | 7  |
| Danksagung ..... | 14 |

### Teil 1: Entwicklungslinien

|  |    |
|--|----|
| <b>Aufsätze zur Geschichte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes<br/>in Bayern</b> .....  | 15 |
| <b>Von den Anfängen bis zur Neuzeit –<br/>Die Wurzeln des Öffentlichen Gesundheitsdienstes</b> .....   | 17 |
| Individualvorsorge und Gesundheit<br>als gesamtgesellschaftliche Aufgabe .....   | 17 |
| Der Stadtphysikus im Zeichen der Gesundheitspolizei .....  | 18 |
| Physikate im Kurfürstentum Bayern .....  | 20 |
| <b>Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Bayern –<br/>von seinen Anfängen 1808 bis zur Blütezeit der Sozialhygiene</b> .....                      | 23 |
| Historisches und politisches Umfeld .....  | 23 |
| Vorbereitungen und Reformauftakt .....   | 24 |
| Das Edikt über das Medizinalwesen-<br>Medizinalpolitik aus einem Guss .....  | 25 |
| Wichtige Wegmarken des Öffentlichen Gesundheitsdienstes .....  | 30 |
| Resümee .....  | 35 |
| <b>Der ÖGD in Bayern während des Nationalsozialismus</b> .....   | 39 |
| Umsturz und Gleichschaltung in Bayern .....  | 39 |
| Neue Aufgaben: „Erb- und Rassenpflege“ .....   | 40 |
| Das „Erbgesundheitsgesetz“ in Bayern .....   | 42 |
| Das „Ehegesundheitsgesetz“ .....   | 44 |
| Selektion und „Normaltätigkeit“<br>am staatlichen Gesundheitsamt .....   | 44 |
| „Volksgesundheit“ in Kriegszeiten .....  | 46 |
| Nachwirkungen .....  | 49 |
| <b>Neubeginn in einem pluralistischen Gesundheitssystem</b> .....  | 53 |
| Das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG)<br>und seine Folgen .....   | 53 |
| Verändertes Selbstverständnis, neue Aufgaben .....   | 59 |
| Ottawa-Charta und die Folgen .....   | 60 |
| <b>200 Jahre Öffentlicher Gesundheitsdienst in Bayern: Schlaglichter<br/>zu Historie, aktuellen Entwicklungen und Zukunftsperspektiven</b> ..... | 67 |
| Schlaglichter zur Historie .....   | 67 |
| Aktuelle Entwicklungen .....   | 71 |
| Zukunftsperspektiven .....   | 74 |

---

|   |     |
|---|-----|
| <b>Teil 2: Kommentierte Dokumentation</b> .....   | 81  |
| Sammlung von Gesetzes- und Verordnungstexten zur<br>Geschichte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern ..... | 83  |
| Von den Anfängen bis zur Neuzeitlichen Sozialhygiene .....  | 84  |
| Überblick .....   | 84  |
| Dokumente .....   | 99  |
| Der ÖGD in Bayern während des Nationalsozialismus .....   | 140 |
| Überblick .....   | 140 |
| Dokumente .....   | 143 |
| Neubeginn in einem pluralistischen Gesundheitswesen .....   | 151 |
| Überblick .....   | 151 |
| Dokumente .....   | 162 |
| <br>Chronologie der Meilensteine<br>„200 Jahre Öffentlicher Gesundheitsdienst in Bayern“ .....                      | 166 |
| <br>Impressum .....   | 173 |

## Autorenverzeichnis

- Udo Andraschke, M.A.** – Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der  
Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Glückstr. 10, 91054 Erlangen
- Dr. Johannes Donhauser** – Gesundheitsamt im Landratsamt Neuburg-  
Schrobenhausen, Müller-Gnadenegg-Weg 1, 86633 Neuburg a.d. Donau
- Helmut Erdle**, Schleiferberg 5, 85276 Pfaffenhofen a.d. Ilm
- Prof. Dr. Johannes Gostomzyk**  
Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V., Pfarrstraße 3, 80538 München
- Prof. Dr. Volker Hingst** – Präsident, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und  
Lebensmittelsicherheit, Eggenreuther Weg 43, 91058 Erlangen
- Dr. Joseph Kuhn** – Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittel-  
sicherheit, Veterinärstr. 2, 85764 Oberschleißheim
- Prof. Dr. Günther F. Kerscher** – Bayerisches Staatsministerium für Umwelt,  
Gesundheit und Verbraucherschutz, Rosenkavalierplatz 2, 81925 München
- Prof. Dr. Wolfgang G. Locher, M.A.** – Institut für Geschichte der Medizin der  
Ludwig-Maximilians-Universität München, Lessingstr. 2, 80336 München
- PD Dr. Manfred Wildner, MPH** – Bayerisches Landesamt für Gesundheit und  
Lebensmittelsicherheit, Veterinärstr. 2, 85764 Oberschleißheim
- Dr. Andreas Zapf** – Vizepräsident, Bayerisches Landesamt für Gesundheit und  
Lebensmittelsicherheit, Veterinärstr. 2, 85764 Oberschleißheim

Am Anfang des modernen Staates in Bayern steht sein Engagement für das öffentliche Wohl. Schon zwei Jahre nach Begründung der Monarchie erließ König Maximilian I. das Königlich-Baierische Medicinaledikt, dessen Jubiläum wir heuer feiern.

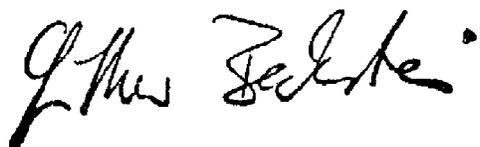
Wir feiern es zu Recht! In diesem Edikt kam nämlich der Gedanke zum Ausdruck, dass der Staat Sorge für das Wohl des Volkes tragen solle – und zwar nicht nur im Rahmen einer allgemeinen Mildtätigkeit, sondern mit dem Aufbau eines organisierten staatlichen Apparats.

Das Medicinaledikt setzte Schwerpunkte. Es ging ihm um die Absicherung von Schwangerschaft und Geburt, um Armenfürsorge und generell um die planvolle Verbesserung der sozialen und ökologischen Umwelt. Mit einem Wort: Dies alte Konzept ist im Kern noch heute modern – und bestätigt so die Zukunftsorientierung des jungen Königreiches.

Der König und sein erster Minister, Graf Montgelas, erkannten die soziale Verantwortung des Staates und verwirklichten sie in ihrem politischen Handeln. Zumal es nicht bei Edikten blieb: Schon 1807 hatte Bayern mit der Einführung der Pockenschutzimpfung begonnen und so eine Vorreiterrolle gegenüber dem übrigen Deutschland eingenommen.

Von der Pockenschutzimpfung über das Medicinaledikt zur bahnbrechenden Arbeit eines Max von Pettenkofer im damals völlig neuen Wissenschaftsbereich der Hygiene (1865) bis zur Einrichtung des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit im Jahr 2001 und weiter zur diesjährigen Einrichtung eines Studienganges „Master of Public Health (Health Administration and Management)“ an der Ludwig-Maximilians-Universität München lässt sich eine gerade Linie ziehen: Sie beschreibt das bayerische Engagement für das öffentliche Wohl.

Dass wir uns seiner Wurzeln versichern, soll uns ermutigen, diesen Kurs kraftvoll fortzusetzen!



Günther Beckstein  
Bayerischer Ministerpräsident

Als im Jahre 1808 unter König Maximilian I. und seinem ersten Minister Maximilian Joseph Graf von Montgelas die erste Verfassung Bayerns und mit ihr das „Königlich bayerische Medicinaldict“ in Kraft gesetzt wurden, ahnte wohl niemand, welche Dynamik der Öffentliche Gesundheitsdienst in den darauf folgenden 200 Jahren entwickeln sollte.

In den Anfangsjahren des Öffentlichen Gesundheitsdienstes stand die Bekämpfung der allgegenwärtigen Seuchen im Vordergrund. Aber auch schon damals wurden in den „Physikatsberichten“ der Amtsärzte Zusammenhänge von Umwelt und Gesundheit sowie die Lebensverhältnisse der bayerischen Bevölkerung beschrieben und so die Wurzeln für eine Gesundheitsberichterstattung gelegt.

Heute tritt der Öffentliche Gesundheitsdienst den Bürgerinnen und Bürgern nicht mehr obrigkeitlich gegenüber, sondern fungiert in aller Regel für deren gesundheitliche Belange vielmehr als Sachwalter. Neben den klassischen „gesundheitspolizeilichen“ Aufgaben hat sich nämlich der Bereich Prävention und Gesundheitsförderung als Kernaufgabe heraus kristallisiert. Hier kommt dem Öffentlichen Gesundheitsdienst in der Vernetzung der unterschiedlichsten Akteure eine entscheidende Rolle zu. Neben ambulanter und stationärer Versorgung ist der Öffentliche Gesundheitsdienst damit eine dritte und tragende Säule unseres Gesundheitswesens.

In der beabsichtigten noch engeren Zusammenarbeit mit der medizinischen Wissenschaft liegt eine – in Deutschland einmalige – Chance, den modernen Public Health-Ansatz im Öffentlichen Gesundheitsdienst Bayerns zukunftsweisend weiter zu entwickeln.



Dr. Otmar Bernhard, MdL  
Bayerischer Staatsminister für  
Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz



Dr. Marcel Huber, MdL  
Staatssekretär

Das Königreich Bayern gab sich 1808 nicht nur die erste Verfassung, sondern legte mit dem „Königlich bayerischen Medicinaledict“ auch die Grundlagen für einen Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bayern. Damit hat Bayern nicht nur früh den Weg zum Verfassungsstaat beschritten, sondern auch erkannt, dass zu einem modernen Staat ein funktionierendes öffentliches Gesundheitswesen gehört. In den letzten 200 Jahren haben sich die Aufgaben geändert und diese Entwicklung wird weitergehen. Fest steht allerdings, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst als „Dritte Säule“ des Gesundheitswesens – neben der stationären und der ambulanten Versorgung – einen wichtigen Platz einnimmt.

Zu seinen Aufgaben zählen Gesundheitsförderung und Prävention, gesundheitliche Aufklärung und Beratung der Bevölkerung, Seuchen- und Umwelthygiene, Sozialmedizin und Gutachtenwesen. Da die Mitarbeiter oft im Verborgenen wirken, wird ihre Tätigkeit meist erst sichtbar, wenn z. B. Seuchen auftreten.

Seit 1996 sind die staatlichen Gesundheitsämter in die Landratsämter eingegliedert worden, über eigene Gesundheitsämter verfügen noch die Städte Augsburg, Ingolstadt, Memmingen, München und Nürnberg. In den anderen kreisfreien Städten sind die Gesundheitsämter der Landkreise zuständig. Als Vertreter des Bayerischen Städtetags und des Bayerischen Landkreistags sehen wir darin eine zweckmäßige Organisationsform. Unter dem Dach der Landkreise/Städte kann nicht nur ortsnah gearbeitet werden, zwischen den verschiedenen Abteilungen werden die Verfahrensabläufe und die sachgebietsübergreifende Zusammenarbeit durch enge persönliche Kontakte vereinfacht und beschleunigt.



Vorsitzender des Bayerischen Städtetags  
Oberbürgermeister Hans Schaidinger  
Stadt Regensburg



Präsident des Bayerischen Landkreistags  
Landrat Theo Zellner  
Landkreis Cham

Als Präsident der Bayerischen Landesärztekammer (BLÄK) bin ich um ein Grußwort zu einer Festschrift mit dem Thema „200 Jahre Medizinale-dikt“, der Grundnorm der öffentlichen Gesundheitspflege des seinerzeit jungen Königreichs Baiern, gebeten. Ich denke dabei zunächst an die Bestimmung des Heilberufe-Kammergesetzes (HKaG), welche die BLÄK in unseren Tagen in Bezug zur öffentlichen Gesundheitspflege setzt: Es ist dies die Aufgabe der „Mitwirkung in der öffentlichen Gesundheitspflege“ – eine der fünf in Artikel 2 des HKaG genannten zentralen Aufgaben der BLÄK. Mitwirken zu können an einer öffentlichen Aufgabe, die vor 200 Jahren definiert worden ist, und zwar in Bayern in „einem Guss“, zeitlich noch vor vielen anderen deutschen Staaten, macht die BLÄK zu einem Gratulanten und Beglückwünschten zugleich.

Gratulieren darf ich zu diesem Jubiläum den heutigen Akteuren der öffentlichen Gesundheit im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz, dem sich die BLÄK in vertrauensvoller Zusammenarbeit verbunden weiß. Gratulieren möchte ich zu diesem Erbe, das Sie, wie etwa der Aufbau des Landesamts für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zeigt, gepflegt und ausgebaut haben. Gleichzeitig gilt meine Gratulation allen Ärztinnen und Ärzten, die diese öffentliche Gesundheitspflege in 200 Jahren mitgetragen und -gestaltet haben.

Beglückwünscht fühlt sich die BLÄK anlässlich dieses Jubiläums allerdings auch selbst, ist sie – beziehungsweise ihre Vorläuferinstitutionen – doch im Lauf der Zeiten in die Aufgabe der Mitwirkung an der öffentlichen Gesundheitspflege mit hineingewachsen. Die „Königlich Allerhöchste Verordnung“ vom 10. August 1871, die Bildung von Ärzte-Kammern und von ärztlichen Bezirks-Vereinen betreffend, benennt als zweitwichtigsten Gegenstand der Beratungen der – in jedem Regierungsbezirk zu errichtenden – Ärztekammern bereits die „Interessen der öffentlichen Gesundheitspflege“.

Im Gesetz über die Berufsvertretung der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker von 1927, in dem die BLÄK in ihrer heutigen Form mit Pflichtmitgliedschaft aller Ärzte begründet worden ist, findet sich bereits die heute noch gültige Aufgabenbeschreibung.

Die BLÄK bekennt sich klar zur ihrer Mitwirkung in dem weiten Aufgabenfeld „Öffentliche Gesundheitspflege – Öffentlicher Gesundheitsdienst – Public Health“, etwa bei den Themen Qualitätssicherung in der Peri- und Neonatalmedizin, Bayerischer Influenzapandemie-Rahmenplan oder Impfungen und weiteren Maßnahmen der präventiven Medizin.

Doch das „Organische Edict über das Medicinalwesen“ ist mehr, ist es doch in seinem Ersten Titel auch eine Art „Baierische Ärzteordnung“, die sechs Semester universitäres Studium vorschreibt und zwei Jahre praktische Bildung „unter der Leitung eines älteren, als vorzüglich fähig anerkannten Arztes, am besten in einer größeren öffentlichen Krankenanstalt“. Letzteres findet sich erst 1986 in ähnlicher Form wieder in einer EWG-Richtlinie.

Und ähnlich wie die heutige Bundesärzteordnung findet sich hier auch schon die Grundlage für eine Taxordnung, allerdings mit einer bemerkenswerten Begründung, nämlich „den ärztlichen Staatsbürgern, welche sich offenbar mit dem mühevollsten und gefährlichsten Teil der Dienstleistungen im gesellschaftlichen Verbande befassen, ihre Würde und Subsistenz zu sichern.“

Die Königliche Verordnung von 1808 regelt das Medizinalwesen in Bayern in einer – dem damaligen Stand der ärztlichen Wissenschaft und den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege – recht modernen und weit blickenden Weise.

Diese Klugheit, Weisheit und diesen Weitblick wünsche ich mir, die Gesetzgebung im Bereich der Sozial- und Gesundheitspolitik betreffend, auch heute.



A stylized, handwritten signature in black ink, appearing to read 'H. Koch'.

Dr. H. Hellmut Koch,  
Präsident der Bayerischen Landesärztekammer

200 Jahre Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) sind für das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) ein willkommener Anlass, seinen Beitrag an der Positionierung und Zukunft des ÖGD zu verdeutlichen.

Angesichts der Fülle der Aufgaben der Gesundheitsämter stößt die Spezialisierung der in ihnen tätigen Ärztinnen und Ärzte – unbeschadet ihrer nahezu durchweg gegeben und oft mehrfachen fachärztlichen Qualifikation – wie auch des nichtärztlichen Personals häufig an systembedingte Grenzen. Im Sinne einer fachlichen Leitstelle ist heute eine zentrale Unterstützung notwendig und durch das LGL, nach einer durchgreifenden Modernisierung dieser Behörde hin zu einer schlagkräftigen Public Health-Institution, auf beinahe allen Aufgabengebieten gegeben. Beispiele sind insbesondere Krankenhaushygiene, Infektionsepidemiologie, Umwelttoxikologie, Gesundheitsberichterstattung; ferner spezialisierte Labor- bzw. epidemiologische Untersuchungen und Unterstützungen bei komplexen Sachverhalten.

Partnerschaftlichkeit und Wissenschaftlichkeit sind damit unverzichtbare Arbeitstugenden eines modernen Öffentlichen Gesundheitsdienstes. In diesem Kontext sehen es die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des LGL zum einen als eine besondere Verpflichtung an, allen Akteuren im ÖGD als zentraler Dienstleister zur Verfügung zu stehen. Zum anderen bestimmt das Ziel eines den modernen Anforderungen an den ÖGD gerecht werdenden Wissenstransfers an der Schnittstelle von Wissenschaft, Politik und Verwaltung den strategischen Ansatz des LGL, die Kompetenz seiner Akteure auch über eine strukturierte Zusammenarbeit mit den Universitäten und Hochschulen des Freistaats zu fördern.

Eine Vorausschau auf die nächsten 200 Jahre mag vermessen sein, für überschaubare Zeiträume darf allerdings von begründeter Hoffnung gesprochen werden, dass der ÖGD in Bayern seine Zukunftsfähigkeit und damit seine Daseinsberechtigung und Notwendigkeit erfolgreich belegen kann. Man muss ihm nur die Chance dazu immer wieder lassen!



A handwritten signature in black ink, consisting of several stylized, overlapping loops and lines.

Prof. Dr. med. Volker Hingst  
Präsident  
Bayerisches Landesamt für  
Gesundheit und Lebensmittelsicherheit

In weiten Teilen der Bevölkerung besteht heute die Vorstellung, dass die Könige nur Schlösser gebaut und ein schönes Leben geführt haben und dass das Volk nur dazu da war, das alles zu ermöglichen.

Es gab aber auch Herrscher, die sich wirklich um ihr Volk sorgten. Beim Vergleich mit der jetzt absehbaren personellen Situation des ÖGD ist bemerkenswert, dass ein Grund für die Neuregelung des öffentlichen Gesundheitswesens Anfang des 19. Jahrhunderts der Ärztemangel im Königreich Bayern war.

Und so sah das Edikt über das Medizinalwesen von 1808 für jeden Land- und Stadtgerichtsbezirk einen Mediziner vor. Aufgabe war „die Verbesserung der allgemeinen Hygiene und Gesundheitsvorsorge, die Bekämpfung von Seuchen, die Aufsicht über Zubereitung und Vertrieb von Arzneimitteln, die ärztliche Versorgung der Bevölkerung und die Aufsicht über das niederärztliche und medizinische (Hilfs-) Personal . . .“

Das hört sich nicht fremd an.

In der Folgezeit hat der ÖGD Höhen und Tiefen durchschritten und war – speziell in Bayern mit Max von Pettenkofer – sehr früh erfolgreich präventiv tätig.

Bisweilen wurde er auch instrumentalisiert – um nicht zu sagen missbraucht – denken wir nur an die Zeit des Dritten Reichs.

Das größte Problem des ÖGD ist und bleibt, dass Kürzungen anders als bei Müllabfuhr oder ÖPNV nicht sofort evident werden, sondern erst mit größerer Latenz.

Und gerade in Zeiten, wo zum einen der „Gesundheitsmarkt“ als Markt der Zukunft für Dienstleister bezeichnet wird und auf der anderen Seite schon offen über Begrenzungen der Leistung der Krankenversicherung diskutiert wird, wünscht sich der ÖGD – gerade in Bayern – dass für seine nach wie vor wichtigen Aufgaben die adäquaten Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.



Dr. Winfried Strauch  
Landesvorsitzender  
Ärzteverband Öffentlicher Gesundheitsdienst  
Bayern

A large, stylized handwritten signature in black ink, which appears to read 'W. Strauch'.

Diese Dokumentation anlässlich der Festveranstaltung „200 Jahre Bayerische Medizinalverfassung – 200 Jahre Öffentlicher Gesundheitsdienst in Bayern“ wäre nicht möglich geworden ohne die tatkräftige Unterstützung durch eine Vielzahl von Einzelpersonen.

Unser Dank gilt daher nicht nur den Autoren der Themenbeiträge.

Besonders gedankt sei an dieser Stelle auch Herrn Helmut Erdle und Herrn Werner Fritsche, die mit großer Sachkenntnis der verwaltungsrechtlichen Entwicklungen und mit ebenso großer Hilfsbereitschaft insbesondere die Dokumentation für die Zeit des Neubeginns nach 1945 bzw. 1949 unterstützt haben, Herrn Bodo Pregler und Herrn Udo Andraschke von den Instituten für Geschichte der Medizin der Ludwig-Maximilians-Universität München und der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg für die mit viel Mühe und Arbeit verbundene Unterstützung bei der Identifizierung und Beschaffung der älteren medizingeschichtlich bedeutsamen historischen Dokumente, Herrn Dr. Stefan Günther, der seitens des StMUGV mit den gebotenen administrativen Schritten und großer Hilfsbereitschaft das Gelingen unterstützt hat Herrn Bernd Jocham und Herrn Roland Redl, welche mit Können und Erfahrung Printdesign und Druck übernommen haben, Frau Marion Sterlike für das Korrekturlesen und natürlich dem Team der begleitenden Posterausstellung, stellvertretend im besonderen Frau Karin Rothmeier, Herrn Michael Sonntag, Frau Gisela Oswald, Frau Patricia Ehrensperger-Reeh und Herrn Rudolf Kugler.

München, im Juli 2008

Für die Redaktion:      Manfred Wildner  
                                 Wolfgang G. Locher  
                                 Joseph Kuhn  
                                 Andreas Zapf  
                                 Günther F. Kerscher

## Teil 1: Entwicklungslinien

### Aufsätze zur Geschichte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern



*Im neu errichteten Münchner Glaspalast eröffnete am 15. Juli 1854 die 1. Allgemeine Deutsche Industrieausstellung. Schon kurz danach erkrankten zunächst die Bediensteten, später auch die Ausstellungsgäste und Münchner Bürger an Cholera.*

## Von den Anfängen bis zur Neuzeit– Die Wurzeln des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Wolfgang G. Locher

Die Medizin gehört zweifellos zu den komplexesten kulturellen Errungenschaften der Menschheit. Ein wichtiger Teil dieses vom Menschen im Kampf gegen Krankheit und frühen Tod geschaffenen Abwehrdispositivs ist der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD). Seit vielen Jahrhunderten kommt ihm bei der Abwehr von Gesundheitsgefahren sowie bei der Erhaltung und Förderung der Gesundheit eine Schlüsselrolle zu. Es soll deshalb einleitend in diesem Beitrag aufgezeigt werden, wo die Wurzeln des heutigen Öffentlichen Gesundheitsdienstes liegen.

### **Individualvorsorge und Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe**

Im Umgang mit den gesundheitlichen Risiken, die uns Menschen seit je begleiten, spielte seit der Antike die persönliche Hygiene eine wichtige Rolle – also die vom Individuum ausgehende und auf das Individuum ausgerichtete Bemühung um ein gesundes Leben. So entstand im Laufe der Zeit und bis zum heutigen Tag auch eine umfangreiche Ratgeberliteratur, um das Wissen von der individuellen Vorsorge zu vermitteln.

Man erkannte aber auch schon sehr früh, dass bei dem Wunsch nach einem gesunden Leben das Prinzip „Jeder ist für sich und seine Gesundheit selbst verantwortlich“ allein nicht immer ausreicht. Bereits vor langer Zeit verspürten die Menschen die Notwendigkeit, dass auf bestimmten Gebieten und in bestimmten Situationen die Vorbeugung bzw. die Ab-

wehr von Gesundheitsgefahren auf die gesamte Gesellschaft ausgedehnt werden muss.

Es ist heute nicht mehr feststellbar, wann und wo auf diesem Sektor tatsächlich erstmals Neuland betreten wurde. In unserem historischen Bewusstsein hat der heutige Öffentliche Gesundheitsdienst seinen Ursprung in den Städten, die in Europa als neue wirtschaftliche Zentren seit dem 12. Jahrhundert entstanden. Naturgemäß tauchten viele Gesundheitsprobleme zunächst massiert dort auf, wo im Schutze der Stadtmauern eine erhebliche Zahl von Menschen in drangvoller Enge zusammenlebte und verschiedenen Arbeiten nachging. Da die Städte im Mittelalter letztlich ummauerte landwirtschaftliche Gebilde mit Ställen und Tierhaltung waren, fielen auch viele Abfälle an. Zwar war die unmittelbare Kausalbeziehung zwischen Unreinheit und Kranksein nicht bekannt. Aber die Unkenntnis der Kausalketten konnte die Menschen seit dem Hohen Mittelalter nicht davon abhalten, ganz pragmatisch die Beziehungen zwischen einer sauberen Umwelt und ihrer Gesundheit, bzw. einer verschmutzten Umwelt und ihren Krankheiten, zu sehen und ganz konkrete Maßnahmen zum Schutze der Gesundheit einzuleiten.

So befassten sich städtische Verordnungen seit dem 14. Jahrhundert mit der Überwachung des Trinkwassers und mit der Reinhaltung der bisweilen nachts arg mit Urin und Kot verschmierten Straßen. Eine ständige Sorge bildete seit dem Mittelalter auch die Sauberkeit der Märkte

und der Lebensmittel. Insbesondere die Tierverarbeitung wurde lange Zeit als eine große Gefahrenquelle für die Gesundheit einer Bevölkerung angesehen. Das in den Gruben verfaulende Blut und unbrauchbare Tier Teile standen im Verdacht, die Luft zu vergiften. Auch die Luftverschmutzung durch Metall verarbeitende Betriebe geriet schon früh – ab Ende des 13. Jahrhunderts – in das Blickfeld derer, die dort für die Gesundheit verantwortlich waren, wo viele Menschen auf engem Raum zusammenlebten.

Neben der Sorge um die beiden Elemente Luft und Wasser und neben der Reinhaltung der Straßen und Plätze mussten Städte in der Vergangenheit vor allem aber angesichts der umfassenden Bedrohung reagieren, die mit Explosiv-epidemien einhergingen. Derartige Ereignisse waren mit einer akuten tödlichen Gefahr verbunden und griffen massiv in das Alltagsleben einer städtischen Bevölkerung ein. Pest, Syphilis und später auch die von Indien aus auf Reisen gehende Cholera stellten nicht nur eine Bedrohung für jeden Einzelnen dar, sondern waren immer auch ein Großangriff auf das Gesundheitswesen in Städten und Kommunen. Der Versuch, übertragbare Krankheiten zu neutralisieren, wurde so zu einem weiteren frühen Bezugspunkt im kommunalen Aufgabenfeld.

Auch wenn bei der Abwehr epidemischer Erkrankungen die bakteriologischen Grundlagen noch fehlten, entwickelten die staatlichen Instanzen, die reale Bedrohung vor Augen, ab dem 14. Jahrhundert ein umfangreiches seuchenstrategisches Abwehrdispositiv. Zu diesem weit gefächerten Maßnahmenfeld gehörten die Isolation von Erkrankten, die Desinfektion von Häusern, Waren und Krankenstuben, die Meldepflicht und ei-

ne straffe Kontrolle von Handel und Personenverkehr.

## **Der Stadtphysikus im Zeichen der Gesundheitspolizei**

In der Sorge um die beiden Elemente Luft und Wasser, in der Reinhaltung von Strassen und Plätzen sowie in der Abwehr von Seuchen liegen auch die Wurzeln für die Herausbildung eines öffentlichen Gesundheitsdienstes. Ab dem 14./15. Jahrhundert begannen besorgte Städte damit, medizinische Experten für diese Aufgaben zu verpflichten. Ihre wissenschaftliche Legitimierung erhielt diese neue Elite der Stadtärzte an den ebenfalls in diesem Zeitraum neu gegründeten und aufblühenden Universitäten. So wurde der studierte Stadtphysikus die zentrale Figur in dem geschilderten Bestreben, eine gesunde Umwelt zu sichern und Seuchen abzuwehren.

Naturgemäß gingen auf diesem Weg politisch und wirtschaftlich starke Kommunen oder auch Universitätsstädte voran. München ist hierfür ein gutes Beispiel. Die 1158 aus einer Siedlung von Flößern und Salzfuhrleuten hervorgegangene Markt- und Kaufmannssiedlung München erlebte eine erste Blüte, nachdem der Ort 1255 herzogliche Haupt- und Residenzstadt geworden war. 1318 konnte sich die damals etwa 10.000 Einwohner zählende Stadt mit „magister Berchtoldus“ offenbar erstmals einen eigenen und von den Bürgern finanzierten Stadtarzt leisten. In Augsburg ist mit „magister Albertus Physikus“ erstmals Mitte des 13. Jahrhunderts in einer lateinischen Urkunde die Rede von einem Vertreter der ärztlichen Kunst. Allerdings dürfte es sich hier noch nicht um einen von der Stadt angestellten Arzt gehandelt haben. Der erste Dienstvertrag des Magistrates

mit einem Arzt – Meister Heinrich von Dillingen – datiert in Augsburg auf den 27. März 1362. Die Anstellung erfolgte auf Lebenszeit und der Arzt erhielt für seine Dienste damals 30 Gulden.

In Ingolstadt, wo 1472 die bayerische Landesuniversität entstand, wurde der erste Professor an der medizinischen Fakultät, Andreas Reder, 1474 – also nur zwei Jahre nach Gründung der Universität – auch als Stadtarzt vereidigt. Sind auch die Angaben über diese frühen Stadtärzte recht fragmentarisch, so gibt es doch in Ingolstadt seit dem Ende des 15. Jahrhundert eine kontinuierliche stadtärztliche Tradition, die – wie die Ingolstädter Stadtordnung von 1501 zeigt – mit einem besonderen Eid auf ihre Aufgaben verpflichtet wurden.

Auch in einer kleinen Reichsstadt wie dem allerdings erst seit 1805 zu Bayern gehörenden Lindau begegnet uns ein städtischer Amtsarzt erstmals um die 15. Jahrhundertwende. Die Tatsache, dass beispielsweise Bayreuth mit der Bestellung eines beständigen Stadtarztes bis 1597 wartete, zeigt, wie unterschiedlich die meist sehr nüchtern kalkulierenden Städte die überindividuelle Sorge um das Gut Gesundheit in die Hände eines Experten legten. Städte, die es sich leisten konnten, bestellten im 16. Jahrhundert in der Regel zwei, später auch drei Ärzte. Augsburg und Nürnberg leisteten sich schon früh ein ganzes Expertenkollegium in Gestalt der sog. Medizinalkollegien. In Augsburg, das im Laufe des 15. Jahrhunderts in der Regelung des Medizinalwesens für den süddeutschen Raum eine Vorreiterrolle erlangte, erfolgte die Gründung des Collegium Medicum im Jahre 1582. Zehn Jahre später, 1592, errichtete auch Nürnberg ein solches Collegium Medicum.

Diese Ärzte wurden in der Regel für drei Jahre zu städtischen Diensten verpflichtet, waren steuerfrei und von den üblichen Diensten der Bürger, wie Wachen und Reisen, befreit. Ein typischer Stadtarzt verdiente in seinem Amt seinerzeit etwa 70 bis 100 Gulden jährlich. Zusätzlich erhielt er in Naturalien meist noch Holz sowie eine bestimmte Menge Korn, Hafer und Weizen. Diese Physici standen in der Stadt in hohem Ansehen, denn von studierten Ärzten gab es damals nur eine überschaubare Zahl.

Neben seiner dem finanziellen Ausgleich dienenden städtischen Patientenpraxis war einem Stadtphysikus in der Regel die Versorgung des Spitals übertragen und ebenso gehörte es zu seinen Pflichten, mittellose Kranke unentgeltlich zu behandeln. Aber die Behandlung individueller Patienten war nur eine Nebenaufgabe des Stadtphysikus. Grundsätzlich hatte er sich um alle medizinischen Belange in der Stadt zu kümmern und musste die Behörden bei der Seuchenvorkehrung beraten.

Neben der genannten Reinhaltung von Luft, Wasser und Straßen und der Seuchenbekämpfung kristallisierte sich auch bald ein weiteres wichtiges Aufgabenfeld für den durch den Stadtphysikus repräsentierten Öffentlichen Gesundheitsdienst heraus: Nämlich die straffe Beaufsichtigung der im Gesundheitswesen tätigen Personen mit einer strikten Reglementierung ihrer Befugnisse. Als fachlicher Autorität und studiertem Kopfarbeiter war dem approbierten Stadtphysikus so auch aufgetragen, die Hebammen und die als Handarbeiter geltenden Barbieri, Bader und Wundärzte in der Stadt zu beaufsichtigen und zu examinieren.

Mit diesen musste sich der studierte Arzt im Übrigen damals auch die medizinische

Betreuung der Einwohner teilen. Wie wir aus ärztlichen Berichten wissen, kümmernten sich Wundarzt und Bader nicht selten wenig um die ihnen gezogenen Grenzen und trieben in den Augen der Ärzte „allen nur möglichen medicinischen Unfug.“ In vielen Fällen zog die Bevölkerung jedoch schon aus Kostengründen den Bader einem studierten Arzt vor. Daneben „doktorierten“ aber auch noch die Hebammen und schließlich vertraten auch noch Laienbehandler wie Schmiede, Hirten, Schinder und alte Weiber bei zahlreichen Patienten immer wieder die Stelle des Arztes. „Selbst Obrigkeiten“, so klagte ein Stadtarzt Ende des 18. Jahrhunderts einmal verbittert, gebrauchten „dergleichen Pfuscher, und glauben ihnen mehr, als dem wahren Arzte.“

So stand der Stadtphysikus zunächst also ganz im Zeichen der Gesundheitspolizei. Und so blieb es mit erheblichen regionalen Unterschieden und bei starkem Stadt-Landgefälle Jahrhunderte lang.

Um 1800 gab es überhaupt nur wenige gelehrte Ärzte mit dem Dokortitel. Da sich diese vor allem in den Städten niederließen, mussten auch in Bayern ganze Landstriche ohne einen derartigen Fachmann auskommen. Das pfalz-neuburgische und heute zur Oberpfalz gehörende Städtchen Schwandorf z. B. konnte sich den Absolventen einer medizinischen Universitätsausbildung als ärztlichen Amtsträger erst 1798 leisten.

## Physikate im Kurfürstentum Bayern

Lässt man das aus Teilen der heutigen Oberpfalz bestehende und zum Herrschaftsgebiet der bayerischen Kurfürsten gehörende Herzogtum der Oberen Pfalz außer Acht, so gab es in dem damals aus Ober- und Niederbayern bestehenden bayerischen Kurfürstentum Ende des 18. Jahrhunderts achtzehn von Städten und sechs von Märkten verliehene Physikate. Zu den ersteren gehörten Abensberg, Aichach, Burghausen, Cham, Deggenedorf, Dingolfing, Donauwörth, Erding, Ingolstadt, Kelheim, Landsberg, Landshut, München, Schrobenhausen, Traunstein, Vilshofen, Wasserburg und Weilheim. Zu den Märkten gehörten die Physikate in Altenötting, Griesbach, Haag, Murnau, Pfarrkirchen und Rosenheim. Ein Physikus erhielt 100 Gulden im Jahr, in den 4 damaligen Hauptstädten Burghausen, Ingolstadt, Landshut und Straubing 2–300 fl. und in München sogar 5–600 Gulden.

Neben diesen von Städten und Märkten angestellten und besoldeten Physici gab es in Bayern noch einige weitere ärztliche Amtsträger, die im Dienste der Regierung standen oder von den Landständen besoldet wurden. Diese sich gegenüber dem Fürsten als Sprecherin des Volkes verstehende, gleichwohl nur den niederen Adel, die Prälaten und das Bürgertum repräsentierende Ständevertretung beschäftigte nämlich seit 1582 einen eigenen Landschaftsphysikus. Mit den von der sog. Landschaft verliehenen Physikaten war jeweils ein Gehalt von 2–300 fl. verbunden. Aufgabe der Landschaftsphysici war es primär, die Mitglieder dieser Ständevertretung und deren Familienangehörige „gegen billige Entschädigung“ zu behandeln. Für die Medizinalverwaltung spielten die Landschaftsphysici demnach wohl eher eine untergeord-

nete Rolle. Dies mag auch mit dem schon im 17. Jahrhundert einsetzenden Bedeutungsverlust der Ständevertretung zusammenhängen, sodass sie schließlich mit dem bayerischen Verfassungswerk 1808 auch gänzlich beseitigt wurde.

Mit Blick auf die mittlere Verwaltungsebene der Rentämter war 1612 von der fürstlichen Regierung beschlossen worden, in jedem der damals vier Rentämter (München, Landshut, Straubing und Burghausen) ebenfalls einen Physikus anzustellen. Dieser war der einzige Polizei- und Gerichtsarzt im ganzen Rentamt. Ein solcher Rentamtsphysikus war unbeholdet und wurde nur auf dienstlich veranlassten Reisen mit Diäten versorgt.

Zusätzlich wachte im Auftrag des Landesherren seit 1755 aber auch noch das aus den kurfürstlichen Leibärzten bestehende Medizinalkollegium über das Gesundheitswesen. Dieses war der Oberlandesregierung in München als der obersten Polizeistelle des ganzen Landes nebengeordnet. Mit der Etablierung des Medizinalkollegiums 1755 am Standort in München wurde der Physikus in den äußeren Rentämtern zum „Adjunct“ dieser neuen Behörde und war später von ihr mit der Aufsicht über die Einhaltung der 1785 erlassenen Medizinalordnung in dem Rentamtsbezirk beauftragt.

So hatte dieser Rentamtsphysikus nun darüber zu wachen, dass alle heilberuflich tätigen Personen vom Medizinalkollegium examiniert und approbiert waren, kein Bader oder Wundarzt ohne Rücksprache mit einem Arzt innere Arzneien verordnete, und die beiden Berufsstände des Apothekers und Arztes in ihren Kompetenzen fein säuberlich geschieden waren. Einerseits durfte kein Apotheker ohne ärztliche Verordnung Arzneien abge-

ben, andererseits durfte aber auch kein Arzt oder Chirurg eine Hausapotheke halten.

Bei dem hier angestrebten Überblick über das frühe Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern muss schließlich noch darauf hingewiesen werden, dass auch das Militär in sieben Städten – nämlich den vier mit einem Rentamt verbundenen sog. Hauptstädten sowie in Ingolstadt, Donauwörth und Landsberg – noch ein Garnisonsphysikat unterhielt.

Anders ausgedrückt bedeutete dies, dass es in Bayern vor der großen Reform zwar etliche Mediziner mit öffentlichen Aufgaben gab – Stadt- und Marktphysici, Landschaft- und Rentamtsphysici, jedoch keinen vom Staat direkt besoldeten Arzt. Dies änderte sich erst, als auch in Bayern zu Beginn des 19. Jahrhunderts das Medizinalwesen neu geordnet wurde. Das kurfürstliche Reskript von 1803 und das sog. Organische Edikt von 1808 über das Medizinalwesen im neuen Königreich erhoben die Stadt- und Landgerichtsärzte zu Staatsdienern und stellten beim Neuaufbau des Staates das Gesundheitswesen unter staatliche Aufsicht.

## Weiterführende Literatur

Andräas: Beiträge zu einer Geschichte des Gesundheits- und Medicinalwesens der Stadt und des Fürstenthums Bayreuth. Bayreuth 1882.

Fischer A.: Geschichte des deutschen Gesundheitswesens. 2 Bde. Berlin 1933.

Gensthaler G.: Das Medizinalwesen der freien Reichsstadt Augsburg bis zum 16. Jahrhundert. Augsburg 1973.

Greindl G.: Untersuchungen zur bayerischen Ständeversammlung im 16. Jahrhundert. Organisation, Aufgaben und die Rolle der adeligen Korporation. (Miscellanea Bavarica Monacensia 121). München 1983.

Von Hofmeister A.: Das Medizinalwesen im Kurfürstentum Bayern. (Neue Münchner Beiträge zur Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften 6). München 1975.

Liess L. Geschichte der Medizinischen Fakultät in Ingolstadt von 1472 bis 1600. München 1984.

Wibmer C.: Medizinische Ethnographie und Topographie der kgl. Haupt- und Residenzstadt München. Teil 1. München 1862.

Zeller B.: Das Heilig-Geist-Spital zu Lindau im Bodensee von seinen Anfängen bis zum Ausgang des 16. Jahrhunderts. Lindau 1952.

## Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Bayern – von seinen Anfängen 1808 bis zur Blütezeit der Sozialhygiene

Wolfgang G. Locher

In einer durch die napoleonischen Feldzüge geprägten Zeit des europäischen Umbruchs hatte Bayern nicht nur die einmalige historische Chance zur Bildung eines Königreiches. Unter Federführung des 1809 in den Grafenstand erhobenen Profi-Politikers Freiherr Maximilian Joseph von Montgelas (1759–1838) erfolgte auch die komplette Neuorganisation des Staates. Im Zuge dieser von einer heftigen Säkularisation begleiteten Modernisierung ordnete das Land auch das Gesundheitswesen von Grund auf neu. Zum Kernstück des groß angelegten medizinischen Reformwerks wurde das vom 8. September 1808 datierende „Organische Edict über das Medicinalwesen im Königreiche Bayern“. Mit diesem wegweisenden Beispiel moderner Ordnungspolitik erhielt Bayern in den ersten Jahren des 19. Jahrhunderts ein in sich konsistentes und für das gesamte Staatsgebiet einheitliches Medizinalwesen mit staatlich besoldeten Amtsärzten auf der untersten Verwaltungsebene. So schuf das Organische Edikt 1808 nicht nur eine moderne Medizinalverwaltung im allgemeinen, sondern auch den Öffentlichen Gesundheitsdienst im besonderen. Da Bayern dabei flächendeckend mit einem Netz ärztlicher Beamter überzogen wurde, trug die neue Medizinalordnung schließlich auch ganz wesentlich zur Verteilung der akademischen Ärzte über das Staatsterritorium Anfang des 19. Jahrhunderts bei.

### Historisches und politisches Umfeld

Sowohl ideengeschichtliche Trends als auch politische Entwicklungslinien mündeten um die 18. Jahrhundertwende in die umfassende Neukonzeption des Medizinalwesens in Bayern.

Zum einen hatte Johann Peter Frank (1745-1821), der es in seiner Laufbahn vom Stadt- und Landphysikus in Bruchsal bis zum Supermanager des Allgemeinen Krankenhauses in Wien und anderen bedeutenden Stellungen brachte, Ende des 18. Jahrhunderts das Verantwortungsbeußtsein des Staates für die Gesundheit der Bevölkerung geschärft. Mit seinem engagierten Plädoyer für eine auf die Gesundheit der Bevölkerung ausgerichtete Staatsverwaltung gilt Frank als Ahnvater des modernen öffentlichen Gesundheitswesens.

Vom Gedankengut der an Philanthropie und Weltverbesserung glaubenden Aufklärung geprägt und mit eigenen bitteren Erfahrungen konfrontiert, gelangte Johann Peter Frank zu der Einsicht, dass eine nur kurativ orientierte Heilkunde allein nicht ausreiche, die Gesundheitsprobleme der Menschen zu lösen. Zusätzlich, so Frank, bedürfe es einer gesundheitsfördernden Gestaltung des Lebensraumes seitens der Regierungen. In seinem grundlegenden sechsbändigen Werk „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ (1779-1819) erläuterte Frank die Notwendigkeit einer Medizinischen Polizei, das heißt, einer auf die Gesundheit der gesamten Bevölkerung ausgerichteten Staatsverwaltung. Die

von Johann Peter Frank entwickelte Idee einer obrigkeitlichen Gesundheitsvorsorge ließ um 1800 auch in der bayerischen Ärzteschaft den Ruf nach mehr Effizienz im Medizinalwesen lauter werden.

Dieser gesundheitspolitische Vorstoß der Ärzte stieß auf Interesse. Denn die seit der 17. Jahrhundertwende mit den neuen Wirtschaftsformen des Kameralismus und des Merkantilismus einhergehenden ökonomischen Umwälzungen erforderten ebenfalls eine neu durchdachte Gesundheitspolitik. Da der Mensch zunehmend als ökonomischer Faktor wahrgenommen wurde, richtete sich die Politik im 18. Jahrhundert auf das Bevölkerungswachstum und auf den Gesundheitszustand der Landeskinder aus. Gemäß dieser Lehre hingen Macht und Wohlstand eines Staates nämlich wesentlich von der Produktivität sowie von der Zahl des gesamten Volkes ab. Dies lenkte die Aufmerksamkeit nun auch auf die Lebensumstände und die gesundheitliche Verfassung der ärmeren Mitmenschen. So gehörten der Gesundheitszustand der Bevölkerung und ein gezieltes Handeln auf dem Gebiet des Gesundheitswesens um 1800 zu den zentralen Anliegen eines sich als aufgeklärt verstehenden Staates.

Neben Franks Appell zum Aufbau einer staatlichen Medizinalverwaltung und der neuzeitlichen ökonomischen Denkweise führten aber auch die territoriale Umgliederung und die Entstehung moderner Staaten in Deutschland nach der 18. Jahrhundertwende in vielen Ländern zu einer Neuregelung des Medizinalwesens. Dies gilt auch für Bayern.

So erfuhr das 1799 noch aus Ober-, Niederbayern und Teilen der heutigen Oberpfalz bestehende bayerische Kurfürstentum

mit der Annektion von Schwaben, Franken und anderen reichsständischen Territorien zwischen 1803 und 1816 eine umfangreiche Veränderung und Ausweitung des Staatsgebietes und nahezu eine Verdreifachung der Bevölkerung. Diese Neubildung des Staatsgebietes verstärkte auch auf dem Sektor der Medizinalverwaltung die bereits historisch bedingte große Inhomogenität. Auch auf dem Sektor der Gesundheit galt es nun zunächst, die neuen Landesteile mit dem alten Bestand zu einem einheitlichen Ganzen zusammenzufügen. Überdies verwandelte sich das Kurfürstentum Bayern 1806 auch in ein Königreich. Dabei hatten der neue Landesherr, Kurfürst Max IV. Joseph, als König seit 1806 Max I. Joseph, und sein politischer Statthalter Maximilian Joseph Graf von Montgelas bei ihrer Reform einen straff geführten zentralistischen Einheitsstaat nach französischem Muster vor Augen.

In seiner von 1799–1817 währenden Zeit als Außen-, Innen- und Finanzminister gab der mit der Reorganisation und Modernisierung des bayerischen Staatswesens betraute Montgelas dem Land ein neues Gesicht. Auch in dem einen wichtigen Teil der Innenpolitik ausmachenden Gesundheitswesen kamen die Dinge ins Rollen.

## **Vorbereitungen und Reformauftritt**

Mit der Aufgabe, ein neues Medizinalwesen anzufertigen, betraute Montgelas seinen Leibarzt Simon von Häberl (1772–1831). Dieser Personalentscheid erwies sich als richtig. Wie Montgelas wollte auch der aus München stammende und in Ingolstadt zum Arzt ausgebildete Simon von Häberl nie halbe Sachen. Mit einem klaren medizinalpolitischen Leit-

bild vor Augen schuf Häberl zielstrebig ein neues System staatlicher Medizinalverwaltung in Bayern.

Um dieses Anliegen effizient anzupacken, wurde bei der Neugliederung des Regierungsapparates 1799 innerhalb der für die gesamte Verwaltung des Landes zuständigen Polizei-Deputation zunächst eine Sanitätskommission geschaffen. Als 1806 das Departement und spätere Ministerium (seit 1817) des Innern zur obersten Verwaltungsbehörde wurde, bildete das zwar formal noch immer der Polizeisektion angehängte Medizinalwesen de facto eine der fünf Ministerialsektionen. Der 1802 zum Medizinalrat ernannte und später als Obermedizinalrat mit der Aufsicht über das gesamte Gesundheitswesen betraute Häberl übernahm als Spitzenbeamter die sorgfältige Ausarbeitung der neuen Medizinalpolitik.

Mit den beiden kurfürstlichen Reskripten über die Organisation und Ernennung der Landgerichtsärzte vom 28. Oktober 1803 setzten die Reformen ein. Für jeden der seit 1802 bestehenden fünfzig bayerischen Landgerichtsbezirke wurde nun ein mit 600 Gulden Jahresgehalt fest besoldeter Arzt als Staatsbeamter bestellt und als „Landgerichtsarzt“ mit der Kontrolle des Gesundheitswesens beauftragt. 1806 wurde mit den Stadtgerichtsärzten eine ähnliche Einrichtung für die größeren Städte geschaffen. Vielfach wurden dabei die bisherigen Stadtphysici aus ihrem reichsstädtischen Amt in die neue Funktion übernommen. Damit war für das ganze Territorium erstmals ein flächendeckendes amtsärztliches Raster installiert. Diese neue Infrastruktur bildete die administrative Voraussetzung für eine wirkungsvolle Durchsetzung der staatlichen Medizinalaufsicht. Um die Tragweite dieser ersten Entscheidungen

zu würdigen, gilt es zu bedenken, dass es im alten Kurfürstentum bis dahin keinen einzigen direkt vom Staat finanzierten Arzt gegeben hatte. Die für diese groß angelegte Struktur- und Personalreform nötige Finanzanstrengung bestritt Montgelas aus den Geldern, die durch die Säkularisation von Stiftungen und Klöstern hereinkamen.

In einem weiteren Reformschritt wurden ebenfalls bereits 1803 die amtlichen Ärzte zur unentgeltlichen Behandlung der „conscribierten“ Armen in ihrem Bezirk verpflichtet. Parallel zu den Bemühungen um eine qualitativ bessere medizinische Versorgung der benachteiligten Bevölkerungsschichten kam mit der Verpflichtung von Franz Seraph Giel als zentralem Impfarzt für Bayern am 15. Februar 1804 grundsätzlich auch bereits eine Medizinalgesetzgebung zur Vorsorge und Prävention ansteckender Krankheiten in Gang. Mit dem Impfgesetz vom 26. August 1807 führte Bayern schließlich als eines der ersten Länder in Deutschland schon früh den Pockenimpfzwang ein.

### **Das Edikt über das Medizinalwesen – Medizinalpolitik aus einem Guss**

Das Organische Edikt über das Medizinalwesen im Königreich Bayern fasste 1808 schließlich alle bis dahin eingeleiteten Reformen noch einmal konsistent zusammen und schenkte Bayern medizinalpolitisch erstmals ein organisch aufeinander abgestimmtes Medizinalsystem. Dieses tief in das Gesundheitswesen eingreifende Regelwerk gehörte zu einer ganzen Reihe von sog. Organischen Edikten, mit denen die Regierenden systematisch die Regelungslücken ausfüllten, welche die knapp formulierte Konstitution für das Königreich Bayern

vom 1. Mai 1808 offen gelassen hatte. Dieser Rechtsbegriff trat zum 1. Oktober 1808 in Kraft. Der an die Metapher vom Staates als Organismus anknüpfende Begriff der sog. organischen Gesetze (lois organiques) hat seinen Ursprung in der französischen jakobinischen Verfassung von 1793 und wurde auch in Deutschland zu einem viel verwendeten politischen Ordnungsbegriff. Man bezeichnete damit die eine Verfassung (Konstitution) ergänzenden Organisationsgesetze, welche die in einer Verfassung getroffenen Festlegungen näher ausführten und organisatorisch weiterentwickelten. Durch ein solches administrative Grundlagen verankerndes Gesetzeswerk wuchs ein Staat auf dem Gebiet der Verwaltung organisch.

Mit dem Edikt über das Medizinalwesen vom 8. September 1808 erklärte sich der Staat ausdrücklich für das gesamte Gesundheitssystem in Bayern verantwortlich und übernahm auch die Kosten für eine effektive und effiziente Medizinalverwaltung. Geregelt wurde der gesamte medizinische Betrieb im neuen Königreich. Das neue Edikt definierte die zukünftigen einzelnen Heilberufe - akademische und Landärzte, Chirurgen, Apotheker, Hebammen, Bader usw. und regelte insbesondere auch deren Ausbildung. Aber auch vieles andere mehr. Einen unübersehbaren Schwerpunkt in dem Edikt bildete in den Teilen II und III vor allem der Aufbau eines Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Als sichtbare Hand der Politik erhielt er eine Schlüsselrolle bei der Steuerung und Kontrolle des Gesundheitswesens.

## **Dauerhafte Organisationsstruktur**

Analog der gesamten Verwaltungsgliederung in Zentral-, Mittel- und Unterbehörden erhielt auch das Medizinalwesen ei-

ne dreigliedrige Hierarchie. Als oberste Verwaltungsebene war - wie erwähnt - bereits 1799 zunächst eine Sanitätskommission und später im Innenministerium eine anfangs noch mit zwei, später mit einem beamteten Obermedizinalrat besetzte Medizinalsektion eingerichtet worden. Beratend und zur Klärung von strittigen Fragen wurde den Medizinalbeamten ein Expertengremium zur Seite gestellt, das im Namen mehrfach wechselte und schließlich in das auch aus ärztlichen Hochschullehrern bestehende Obermedizinalkollegium mündete.

Als Mittelbehörden der staatlichen Verwaltung fungierten die 1803 zunächst für die fünf Provinzen - Bayern, Franken, Schwaben, Neuburg und Oberpfalz - eingerichteten fünf Landesdirektionen. 1808 entstanden fünfzehn ungefähr gleich grosse Kreise, von denen später acht übrig blieben. Die damit verbundenen Kreisbehörden, die sog. General-Kreis-Kommissariate, dienten dem Ministerium als Vollzugsbehörden. Auf der für die Verwaltung dieser Kreise (heute Regierungsbezirke) zuständigen Ebene wurde zur „Bearbeitung der medizinalpolizeilichen Gegenstände“ die Stelle eines Medizinalrates geschaffen, die mit einem ausgebildeten Gerichtsarzt besetzt wurde. Er hatte dafür Sorge zu tragen, dass die neu festgesetzte Ordnung im Sanitätswesen auch hergestellt und umgesetzt wird. Im Gegenzug sollte er dem Ministerium aber auch die dafür nötigen Vorschläge unterbreiten. Auch auf dieser Ebene wurde der Behörde ein beratend und gutachterlich tätiges Medizinalkollegium an die Seite gestellt.

Die unterste Verwaltungsebene bildeten schließlich die Land- bzw. die in jeder größeren Stadt bestehenden Stadtgerichte, an denen bereits weitgehend ein eigener

Land- bzw. Stadtgerichtsarzt angestellt war. Dieses schon 1803 angeordnete flächendeckende lokale Netzwerk wurde noch einmal ausdrücklich garantiert. Zielprojekt war laut Organischem Edikt (II. Titel, § 8), dass „künftig auch nicht der kleinste Distrikt in Unserm Reiche ist, welcher nicht seinen Gerichtsarzt besitzt“. Die Gerichtsärzte dienten sowohl für alle übrigen dort ansässigen Ärzte als auch für alle anderen Personen in diesem Distrikt als der erste und nächste Ansprechpartner der Regierung in allen Medizinalbelangen.

Mit der hier skizzierten behördlichen Gliederung in eine oberste, mittlere und untere Verwaltungsebene erhielt die Medizinalverwaltung bis ins 20. Jahrhundert ihre dauerhafte Ausformung. Nachfolgende Verordnungen ergänzten die Normen des Edikts lediglich oder dienten der Durchführung seiner Bestimmungen. Noch 1908 - beim 100. Geburtstag des Organischen Ediktes -, als manche eine komplette und zeitgemässe Neugestaltung des Medizinalwesens in Bayern forderten, war eine Mehrheit im Parlament der Meinung, die Verfasser des Organischen Ediktes hätten 1808 der Zukunft so exzellent vorgearbeitet, dass ein solcher Schritt auch nach 100 Jahren noch nicht erforderlich sei. Zwar werde das Edikt naturgemäß in einzelnen Bestimmungen den veränderten Zeitverhältnissen vielfach nicht mehr gerecht. Doch entspreche das „hervorragende“ und „seinerzeit weit vorausseilende Gesetzeswerk“ in seinen „allgemeinen Grundsätzen und organisatorischen Bestimmungen“ noch immer den gegenwärtigen Erfordernissen.

### Staatsbeamter und Arzt

Ein Wesensmerkmal des Ediktes und der damit verbundenen Neukonzeption der

Medizinalaufsicht in Bayern ist das starke Bündnis zwischen Arzt und Staat einerseits und die Begründung eines neuen amtsärztlichen Berufsbildes andererseits.

Erstmals wurde mit dem Edikt in Bayern ein aus Ärzten bestehender und mit den übrigen Verwaltungsorganen nachhaltig verknüpfter Behördenapparat aufgebaut. Als stolze Staatsbeamte hatten die früheren Stadt- und Landphysici aber auch ein neues Image nötig. Hierzu bedurfte es nicht nur einer edlen dunkelblauen Uniform, in welche die neue Klasse ärztlicher Verwaltungsspezialisten 1807 eingekleidet wurde. Um das Ansehen der neuen Amtsärzte zu steigern, räumte man auch bei der Auswahl der Physiki radikal mit alten Zöpfen auf und setzte einen neuen Maßstab. Bis dahin war es nämlich üblich gewesen, dass beim Tode eines Physikus durchaus dessen „noch heirathbare“ Witwe oder auch „mannbare“ Tochter das Physikatsamt verliehen bekam, sofern diese ein „taugliches Subject“ stellen konnten. Auf diese Weise wurden Physikate sowohl von den Städten und Märkten als auch von der Landschaft und der Garnison verliehen. Nicht selten mussten also junge Ärzte, die ein derartiges Amt anstrebten, die Witwe oder Tochter eines verstorbenen Physikus heiraten.

Erstmals wurden mit dem Edikt nun staatsärztliche Prüfungen eingeführt, die in einem schriftlichen und praktisch-mündlichen Teil hohe Anforderungen an die Aufnahme in den amtsärztlichen Dienst stellten. Die Befähigung zum Land- oder Stadtgerichtsarzt konnte nun auch nur noch durch das Bestehen eines besonderen staatsärztlichen Examens – der sog. Concoursprüfung – erworben werden. Abzulegen war dieses vor den in

München, Bamberg und anfangs auch in Trient neu gebildeten Medizinalkomiteen. Bewerber für ein derartiges Amt mussten zunächst ein straff mit Semestralprüfungen und einer Endprüfung kontrolliertes dreijähriges Medizinstudium an der bayerischen Landesuniversität in Ingolstadt vorweisen und im Anschluss daran die medizinische Doktorwürde erlangt haben. Nach einer zweijährigen Praxis unter erfahrener Anleitung folgte eine aus einem schriftlichen und praktisch-mündlichen Teil bestehende Prüfung – die sog. Proberelation. Letztere war im Unterschied zu den akademischen Prüfungen nicht vor der Fakultät, sondern ebenfalls vor den bereits erwähnten Medizinalkomiteen abzulegen und sie bildete die abschliessende Voraussetzung für eine Approbation als praktischer Arzt. Am Ende dieses mindestens fünfjährigen Ausbildungszyklus konnten sich interessierte Ärzte nun zur sog. Concoursprüfung anmelden, in der sie schriftlich fünf Fragen aus der praktischen Medizin, der Chirurgie, der Geburtshilfe, der Veterinärwissenschaft und der gerichtlichen Arzneikunde zu beantworten hatten. Wer all dies erfolgreich absolviert hatte, konnte sich für die Stelle eines Stadt- oder Landgerichtsarztes bewerben.

Nach der Gründung des Deutschen Reiches 1871 wurde am 6. Februar 1876 die weiterhin aus einem schriftlichen, praktischen und mündlichen Examen teil bestehende „Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst“ den neuen politischen Umständen und auch den medizinischen Fortschritten angepasst. Für Examen und Promotion waren nun alle Universitäten des Deutschen Reiches anerkannt. Die Prüfungskommission bildeten der Medizinalreferent des Innenministeriums sowie je ein Prüfer aus der gerichtlichen Medizin, der öffentlichen Gesundheits-

pflege, der Medizinalpolizei und der Psychiatrie. In der praktischen Prüfung z. B. musste der Kandidat nicht nur eine Obduktion durchführen, sondern auch über den Zustand eines Geisteskranken befinden sowie nun neu auch eine hygienische Laboranalyse durchführen können.

Eine weitere Modifikation in der Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst erfolgte in Bayern in dem hier betrachteten Zeitraum noch einmal mit der Prüfungsverordnung vom 23. Dezember 1931. Neben Approbation, Doktordiplom und deutscher Staatsangehörigkeit mussten Bewerber bei der Anmeldung zur Prüfung als weitere Qualifikationsnachweise vorlegen: Eine Vorlesung über gerichtliche Medizin, einen Sektionskurs sowie einen gerichtlich-medizinischen Kurs von 3 Monaten Dauer. Zu den Mindestanforderungen gehörten auch der Besuch einer zweisemestrigen Vorlesung über Hygiene sowie ein zweimonatiger hygienischer Lehrgang und ein bakteriologischer Kurs von gleicher Dauer. Im Unterschied etwa zu Preußen war der Besuch einer Sozialhygienischen Akademie zur Vorbereitung auf die amtsärztliche Tätigkeit nicht erforderlich. Ab 1934 wurde schließlich der Besuch der in München neu geschaffenen Staatsmedizinischen Akademie obligatorisch, wo die Kandidaten u.a. intensiv mit rassehygienischen Grundsätzen vertraut gemacht wurden.

## **Verwaltung - Gericht - Statistik**

Die von der neuen Medizinalverfassung zu regelnden Felder teilten sich nach damaliger Definition grundsätzlich in die das Gebiet der Sanitäts- und Medizinalpolizei umfassende Verwaltung, in einen gerichtlichen Sektor und in einen statistischen Teil. Aufgabe der Sanitätspolizei war laut Edikt die „Erhaltung der Gesundheit der Massa der Einwohner sowohl als

der einzelnen Glieder, und die Bewahrung vor allem dem Leben und dem Wohlbefinden physisch Schädlichen, insofern dieses in der Macht des Staates liegt“. Die Medizinische Polizei sollte die durch die Sanitätspolizei nicht zu beseitigenden Gebrechen und Übel dadurch zu steuern suchen, dass die erforderliche Hülfe in öffentlichen Anstalten und einzeln einem jeden möglichst nahe gelegt wird.

Die im gerichtlichen Teil zusammen gefassten Gegenstände betrafen Entwurf und Anwendung von Gesetzen, medizinische Expertengutachten bei Leben und Gesundheit betreffenden Rechtsstreitigkeiten bzw. - wie man sich ausdrückte - die Anwendung der medizinischen Wissenschaften bei der Aufdeckung der Wahrheit in Gerichtsfällen. Der statistische Teil schließlich sollte aus allem das geeignete Resümee ziehen, dem Verlust von für die Medizin gewinnbringenden Erkenntnissen vorbeugen und damit gleichsam einen für die Gesundheits- und Medizinalpolitik relevanten Datenspeicher schaffen.

### **Pflichten, Obliegenheiten und Rechte der Gerichtsärzte**

Mehr im Detail gehörten zu den landesweit festgeschriebenen Pflichten eines Amtsarztes also die Kontrolle der übrigen Heilberufe, die Überwachung der Apotheken, der Spitäler, der Irren- und Gebärdhäuser, der Schul- und Waisenhäuser ebenso wie der Gefängnisse, aber auch der Leichenhäuser und Begräbnisplätze. Ein wachsames Augenmerk hatte der Gerichtsarzt auch auf die in seinem Bezirk möglichen Pfluscher und auf die Ärzte und Operateure zu richten, die ihre Kunst im Umherziehen ausübten. Zentral war auch die Mitwirkung bei der Bekämpfung von Seuchen. Etliches von dem hatte

auch schon früher zum Aufgabenfeld der reichsstädtischen Physici gehört. Auch die Anfertigung von gerichtsmmedizinischen Gutachten zählte nun zu den Obliegenheiten eines Landgerichtsphysikus. Damit wurde der Arzt zum medizinischen Sachverständigen bei den Amts- und Landgerichten seines Dienstsitzes.

Überdies mußte der Amtsarzt in seinem Bezirk auch weiterhin für eine kostenlose Behandlung der behördlich registrierten Armen sorgen. Diese zuletzt schon auf den Oktober 1803 zurückgehende Amtspflicht kam erst im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts allmählich zum Erliegen. 1808 wurde in Bayern der Aufgabenkatalog für Gerichtsärzte aber noch weiter ergänzt. Sie hatten nun neben den Geburten und den Sterbefällen auch die Zahl der Eheschließungen zu registrieren und daraus Populationstabellen anzufertigen. Ebenso mussten sie ein Urteil über die Tauglichkeit der Wehrpflichtigen fällen. Die alten Söldnerheere waren ja mittlerweile durch Volksheere ersetzt worden. Als besonders wichtige Aufgabe oblag dem Gerichtsarzt auch die systematische Durchführung der gesetzlichen Schutzpockenimpfung. Schon früh wurde auch die Sorge um eine ausreichende Lebensmittelsicherheit als wichtige Aufgabe erkannt. So hatte ein Gerichtsarzt die lokalen Behörden bei der Untersuchung von in den Verkauf gelangenden Nahrungs- und Genussmitteln zu beraten. Und sein Urteil war auch bei der Überprüfung neuer Häuser auf Bewohnbarkeit erwünscht.

Schließlich - und als die für eine verantwortungsvolle Gestaltung der Zukunft wohl bedeutendste Neuerung - war ein Physikus nun auch für das Erstellen von gesundheitspolitisch wichtigen Statistiken zuständig, die als Grundlage für

politische Entscheidungen auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik dienten.

## **Wichtige Wegmarken des Öffentlichen Gesundheitsdienstes**

### **Modifikationen der Titulatur**

1838 wurde die Benennung „Physikus“ außer Gebrauch gesetzt und bestimmt, dass nur noch die „deutsche Benennung Stadt- oder Landgerichtsarzt“ zu verwenden sei. 1857 erfolgte im Anschluss an eine mit der Etablierung von Bezirksämtern verbundene Verwaltungsreform eine weitere Änderung in der Titulatur der Gerichtsärzte. Die bisherigen Stadtgerichtsärzte in München, Augsburg, Nürnberg, Regensburg, Würzburg und weiteren 14 größeren Städten erhielten nun den Titel „Bezirksgerichtsarzt“ beigelegt. In elf anderen Städten, wo den dortigen Landgerichtsärzten der ärztliche Dienst am Bezirksgericht übertragen war, sowie den bisherigen Stadt- und Landgerichtsärzten in Aichach und Wasserburg wurde der Titel „Bezirks- und Landgerichtsarzt“ beigelegt. Der Gerichts- und Polizeiarzt in München führte fortan die Bezeichnung „Bezirksgerichts- und Polizeiarzt“.

### **Trennung von Verwaltung und Justiz**

Eine besondere Wegmarke in diesem Zusammenhang bildete 1862 auch die Trennung von Verwaltung und Justiz. Bis dahin waren Justiz- und Verwaltungsgeschäfte von einer einzigen Behörde erledigt worden. Auch das Organische Edikt hatte 1808 nur eine Gattung von Amtsärzten gekannt. Obwohl deren Hauptaufgaben zweifellos auf dem Gebiet der Verwaltung lagen, hatte man sie „Gerichtsärzte“ genannt.

1862 wurden die früheren Landgerichte

in einen eigentlichen Verwaltungszweig und in die Rechtspflege geteilt. So erwachsen aus den Landgerichten einerseits die Bezirksämter, woraus im 20. Jahrhundert wiederum die Landratsämter entstanden. Andererseits entstanden die Bezirksgerichte, aus denen sich die heutigen Landgerichte als Stätten der Rechtsprechung entwickelten. Mit der Trennung der Verwaltung von der Rechtspflege fand auch die elastische amtsärztliche Personalunion ein Ende. Die kgl. Verordnung vom 21. April 1862, den ärztlichen Dienst bei den Gerichten und Verwaltungsbehörden betreffend, teilte jedem Bezirksamt einen Bezirksarzt und im Hauptamt auch jedem Bezirks- bzw. Landgericht einen Bezirks- oder später eben Landgerichtsarzt zu. Diese Landgerichtsarztstellen haben im übrigen bis heute Bestand.

Allerdings blieben die Grenzen zwischen den beiden ärztlichen Rollenbildern des Verwaltungs- und Gerichtsmediziners auch nach 1862 fließend. War nämlich am Sitz eines Bezirksamtes ein Amtsgericht vorhanden, so übernahmen die Bezirksärzte auch die Besorgung des ärztlichen Dienstes an den Amtsgerichten. Auch erfolgte die Trennung der beiden ärztlichen Aufgabenfelder in der Praxis nur langsam. Noch in den ersten Jahren des 20. Jahrhunderts war in den damals 28 Landgerichtsbezirken die Trennung nur in 23 Distrikten umgesetzt. Vor allem in der 1816 Bayern einverleibten Rheinpfalz, aber beispielsweise auch im Bezirk Aschaffenburg versahen die Landgerichtsärzte zu Beginn des 20. Jahrhunderts noch immer gleichzeitig die Stelle eines Bezirksarztes.

Mit der Verordnung über den amtsärztlichen Dienst bei den Bezirksverwaltungsbehörden und den Gerichten vom

9. Januar 1912 wurde daher noch einmal ausdrücklich an die Trennung von Bezirksärzten und Landgerichtsärzten erinnert und konstatiert, dass „in der Regel [...] bei jeder Distriktverwaltungsbehörde ein Bezirksarzt, bei jedem Landgericht ein Landgerichtsarzt aufgestellt“ wird. Allerdings blieben auch weiterhin beide Ärzte zur gegenseitigen Vertretung verpflichtet und der amtsärztliche Dienst an den Amtsgerichten konnte sowohl von den Landgerichtsärzten als auch von den Bezirksärzten wahrgenommen werden. Die alte Forderung, die Landgerichtsärzte ganz unter die Hoheit des Justizministeriums zu stellen, wurde nicht berücksichtigt. Allerdings erfolgte die Ernennung der Landgerichtsärzte nun auf gemeinschaftlichen Vorschlag der beiden Staatsministerien des Innern und der Justiz.

### **Aufgaben im Wandel der Zeit**

Auch wenn die Laufrihtung des staatlichen Medizinalbeamten bemerkenswert konstant blieb, so war das Aufgabenfeld der Amtsärzte naturgemäß auch immer wieder einem gewissen Wandel unterworfen.

### **Aufschwung der Gesundheitsberichterstattung**

So erlebte der amtsärztliche Dienst in den fünfziger Jahren des 19. Jahrhunderts einen markanten Aufschwung der Gesundheitsberichterstattung. Zwar war dieses Thema schon im statistischen Teil des Organischen Edikts 1808 zentral angelegt. Doch es mag nur wenig überraschen, dass der großen Politik im Alltag oft nur kleine Schritte folgten und dazu ganz offensichtlich noch unkoordiniert. Ausdrücklich und eingehend legte der Staat 1858 seinen Amtsärzten die Pflicht auf, Kenntnisse und Informationen für die Erstellung einer medizinischen Topo- und Ethnographie Bayerns zu sammeln.

Nach den Wirren der Revolution von 1848/49 wurde von seiten der Obrigkeit in Bayern auch verstärkt versucht, die Amtsärzte und auch andere Ärzte zur Berichterstattung über die sozialen Verhältnisse heranzuziehen.

### **Schularzt im Nebenamt**

Vor dem Hintergrund der 1802 in Bayern eingeführten Schulpflicht waren im Edikt von 1808 im Rahmen der sanitätspolizeilichen Aufsicht über „Staatsanstalten aller Art“ auch schon die Schulhäuser erfasst worden. In den sechziger Jahren des 19. Jahrhunderts wurde nun auch der Grundstein für eine Schulgesundheitspflege in den öffentlichen Schulen gelegt und Schularzte eigens mit der Gesundheitsprüfung der Kinder beauftragt. Wo es jedoch an Schulärzten mangelte, hatte der Bezirksarzt diese Aufgabe nun mit zu übernehmen.

### **Neuverteilung der Hebammenkontrolle**

1874 wurde die Hebammenprüfung neu geregelt und die 1836 noch bestätigte Examinierung durch den örtlichen Bezirksarzt ging nun auf eine im Zuge der neu geschaffenen öffentlichen Hebammenschulen in München, Würzburg, Erlangen und Bamberg installierte Prüfungskommission über, der neben dem Direktor der jeweiligen staatlichen Hebammenschule auch der zur betreffenden Kreisregierung gehörende Medizinalrat angehörte.

### **Abschied von der Rolle als Armenarzt**

Einerseits wurde die bereits auf 1803 zurückgehende Amtspflicht der unentgeltlichen Armenbehandlung im Laufe der Zeit mehrfach - so etwa 1839, 1858, 1862 und auch noch 1872 - bestätigt. Andererseits aber schärfte der Staat ab 1869 den

Gemeinden auch ein, dass es eine Hauptaufgabe der gemeindlichen Armenpflege sei, „armen Kranken die erforderliche ärztliche Hilfe nächst Pflege und Heilmitteln zu verschaffen“. Ausdrücklich erinnerte man die Gemeinden daran, hierfür doch die bereits seit den 1830er Jahren bekannten Armenärzte anzustellen. Zwar wurde auch 1882 die Pflicht der Amtsärzte zur unentgeltlichen Behandlung der Armen ihres Amtsbezirks noch einmal bestätigt, „jedoch selbstverständlich nur in dem Maße, als dies ohne Beeinträchtigung ihrer übrigen dienstlichen Obliegenheiten möglich ist“. Deutlich stellte man nun aber auch klar, es bestehe für den Staat grundsätzlich keine Verpflichtung, den Gemeinden die unentgeltliche ärztliche Behandlung ihrer armen Kranken zu gewährleisten. So blieb denn auch bei der Neudefinition der amtsärztlichen Aufgaben 1912 die Hilfeleistung für mittellose Patienten nur noch im Rahmen der allgemeinen Pflicht zur ärztlichen Hilfeleistung in Notfällen übrig.

## **Neues naturwissenschaftliches Image**

Die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts brachte für den ärztlichen Amtsträger in der Medizinalverwaltung nicht nur die Trennung vom gerichtsarztlichen Aufgabenfeld sowie eine Abkehr von der kurativen Medizin und eine verstärkte Rolle als Gesundheitsberichterstatter. Angesichts der Fortschritte in der Medizin verwissenschaftlichte sich das Erscheinungsbild des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in dieser Epoche auch stark.

## **Der Amtsarzt als moderner Umweltmediziner**

So bekam das Bild des Medizinalbeamten eine neue Nuance, als Max von Pettenkofer (1818–1901) in der Mitte des 19. Jahrhunderts die naturwissenschaftliche Experimentalhygiene entwickelte.

Mit diesem damals hochmodernen Fach der Medizin verpasste Pettenkofer der Sorge um die öffentliche Gesundheit ein zeitgemäßes methodisches Bewusstsein und gab ihr ein modernes Forschungsinstrumentarium an die Hand. Pettenkofer prüfte die Luft- und Wasserqualität, studierte die Lüftung und Beheizung von Häusern und untersuchte das Raumklima. Er machte sich über die physiologische Funktion der Bekleidung Gedanken und forderte Reinlichkeit bei der Körperpflege, im Haus und auf der Straße. Durch die konsequente Anwendung der experimentellen Methode bahnte Pettenkofer der Hygiene damals den Weg zu einer verlässlichen Wissensproduktion.

Von diesem Durchbruch in der vorbeugenden „allgemeinen Gesundheitspflege“ war auch die Medizinalpolizei als Einrichtung der Verwaltung herausgefordert. Sie erhielt für viele ihrer Entscheidungen und Maßnahmen nun eine naturwissenschaftlich abgesicherte Grundlage. Unter dem Eindruck der von Pettenkofer erarbeiteten Grundlagen wurden Belange wie die „Ortsgesundheitspflege“ und die Umwelthygiene, das Wohnungswesen und die Wasserversorgung im letzten Viertel des 19. Jahrhunderts zu einem wichtigen Aufgabenfeld der Medizinalbeamten.

Dem neuen sanitären Umweltbewusstsein im Öffentlichen Gesundheitsdienst trug auch die bereits erwähnte Anpassung der Prüfungsordnung für den ärztlichen Staatsdienst 1876 Rechnung. In der praktischen Prüfung musste der Kandidat nun erstmals auch eine hygienische Untersuchung vornehmen und über deren Ergebnis unter Klausur einen Bericht ausarbeiten. Dabei war - wie ausdrücklich betont wurde - auch auf die Übung

im Gebrauche des Mikroskops Rücksicht zu nehmen. Die wichtige Neuregelung der Dienstaufgaben eines Bezirksarztes vom 23. Januar 1912 entwickelte das Leitbild des Amtsarztes schließlich folgerichtig zum „technischen Gesundheitsbeamten“ eines Distriktes weiter.

Zeitgemässen Rat in hygienischen Fragen und das nötige wissenschaftliche Verständnis von reiner Luft, Trinkwasserqualität, sauberem Boden, gesunden Wohnungen und guter Nahrung holten sich die Medizinalbeamten in den Kursen an dem von Pettenkofer in München aufgebauten ersten internationalen Kompetenzzentrum für Hygiene und Umweltmedizin. Im Praktikum an dem von Pettenkofer 1879 eröffneten Hygieneinstitut lernten die medizinischen Staatsdiener Luft, Wasser und Boden chemisch, physikalisch und auch mikrobiologisch zu analysieren. Vor dem Hintergrund der von Pettenkofer propagierten Meinung, dass insbesondere der Boden eine signifikante Rolle bei der Verbreitung von Epidemien wie Cholera und Typhus spielt, war für die Entfaltung einer gesunden Umwelt auch die Reinhaltung des Bodens von großer Bedeutung. So verstand sich der Arzt im Öffentlichen Gesundheitsdienst in jenen Tagen ganz wesentlich auch als naturwissenschaftlicher Umweltmediziner.

### Der Amtsarzt als Bakteriologe

Den Trend zur Verwissenschaftlichung des im Öffentlichen Gesundheitsdienst tätigen Medizinalbeamten verstärkte ab den achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts aber auch die Etablierung der Bakteriologie. Denn das Lichtmikroskop und die mittlerweile erreichte Auflösungs-grenze ermöglichte den Ärzten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts nicht nur eine bessere physikalische Ana-

lytik z.B. von Trinkwasser, sondern auch den Blick in die Welt der Bakterien.

Beim Ausbruch einer Seuche genügte es nun nicht mehr, kontrollierend einzugreifen und öffentliche Einrichtungen schliessen zu lassen. Nun mussten auch Ermittlungen über die Ursachen anhand von bakteriologischen Untersuchungen angestellt werden. Die hierfür nötige Kompetenz erwarben die Medizinalbeamten in Preußen ab 1884 in speziellen Fortbildungskursen. Auch in Pettenkofers Hygieneinstitut wurden ab der zweiten Hälfte der 1880er Jahren für die bayerischen Medizinalbeamten bakteriologische Fortbildungskurse abgehalten. Das Reichsseuchengesetz von 1900 schrieb den erweiterten Aufgabenbereich des beamteten Arztes in der öffentlichen Gesundheitsfürsorge fest. Er wurde zu einem Dreh- und Angelpunkt der Seuchenbekämpfung. Dieser neuen Einsatzdoktrin trug in Bayern auch die amtsärztliche Prüfungsverordnung vom 23. Dezember 1931 Rechnung. Danach gehörte zum amtsärztlichen Qualifikationsnachweis neben dem hygienischen Lehrgang obligatorisch auch ein zwei Monate dauernder bakteriologischer Kurs.

### Der Amtsarzt als Sozialhygieniker

Eine weitere Anpassung im Bild des Amtsarztes erfolgte, als um 1900 die Sozialhygiene zu einem wichtigen Teil der Volksgesundheitspflege wurde. Während sich Pettenkofer vor allem mit dem Einfluss der natürlichen Faktoren auf die menschliche Gesundheit befasst hatte, griff die moderne Sozialhygiene die bereits von Johann Peter Frank präzise erkannte soziale Komponente wieder auf. Dahinter stand die Einsicht, dass nicht zuletzt auch soziales Elend die Verbreitung von Krankheiten und die Ausbreitung von Bakterien begünstige.

Neue statistische Untersuchungen gaben der sozial orientierten Theorie des Krankseins seriöse Daten an die Hand und untermauerten so soziale Forderungen als neue Aufgabe einer erweiterten Heilkunde. Der Terminus „Sozialhygiene“ wurde bereits um 1870 von Eduard Reil geprägt. Als eigener wissenschaftlicher Zweig trat die Sozialhygiene vor allem nach dem ersten internationalen Kongress zur Bekämpfung der Tuberkulose in Berlin 1899 hervor. In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts avancierte sie zu einer Leitwissenschaft der Volksgesundheitspflege. Zum breit gefächerten Aktivitätenfeld der Sozialhygiene gehörten die Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, aber auch das Wohnungswesen und die Volksernährung. Ebenso nahm man sich in den 20er Jahren des letzten Jahrhunderts gezielt der Tuberkulösen, der Geschlechtskranken und der Alkoholabhängigen an.

Zwar wurde sowohl in Preußen als auch in Bayern für die Vorsorge und praktische Fürsorge ein von der traditionellen Zentralverwaltung getrenntes eigenes Netz von Fürsorgeärzten aufgebaut. Doch wurden angesichts etlicher Schnittstellen auch für die Stadt-, Kreis- und Bezirksärzte sozialhygienische Volksbelehrung, Vorsorge und Fürsorge zu einem neuen Themenfeld. Die Anpassung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes an die neue Wandlung folgte bald. In Bayern machte die Bekanntmachung über den bezirksärztlichen Dienst vom 23. Januar 1912 den Öffentlichen Gesundheitsdienst zu einem auch sozialhygienisch wirksamen Instrument. Ausdrücklich fanden neben der Umwelthygiene nun auch die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, die Beobachtung der Volksernährung, die Sorge um den Alkoholmißbrauch und auch die Einleitung von Maßnahmen ge-

gen die Tuberkulose Eingang in das Pflichtenheft eines Amtsarztes.

Um die im staatlichen Gesundheitsdienst tätigen Ärzte auf dieses neue Aufgabenfeld besser vorzubereiten, wurden beispielsweise 1920 in Preußen drei Sozialhygienische Akademien in Düsseldorf, Berlin-Charlottenburg und Breslau gegründet. Auch für Kreisarztkandidaten in Preußen war der Besuch einer dieser Akademien und ein Lehrgang in sozialer Hygiene obligatorisch. Für Bayern galt diese Regelung jedoch nicht, wie die bereits oben erwähnte Ausbildungs- und Prüfungsordnung von 1931 deutlich zeigt. 1933 wurden die drei sozialhygienischen Akademien durch die beiden Staatsmedizinischen Akademien in Düsseldorf und München ersetzt, an denen die angehenden Amtsärzte nun intensiv und auch in Bayern zu Rassehygienikern geschult wurden.

Zuvor beschritt man in Bayern einen anderen Weg, um die sozialhygienische Fachkompetenz im Verwaltungsapparat sicher zu stellen. Mit der im November 1920 gegründeten „Bayerischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Volksgesundheit“ erhielten das Staatsministerium und alle anderen amtlichen Stellen eine beratende Stelle auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge. Sie setzte sich zusammen aus Vertretern des Landesverbandes zur Bekämpfung der Tuberkulose, des Landesverbandes für Mutter-schaft-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge und des Zweigvereins Bayern zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Damit waren auch die drei wichtigsten sozialhygienischen Arbeitsfelder jener Zeit umschrieben.

## Resümee

Summarisch hat das als „Organisches Edict über das Medicinalwesen im Königreiche Bayern“ bezeichnete Gesetzeswerk in einem bis zur 18. Jahrhundertwende medizinisch-politisch schlaffen Land das Gesundheitswesen nachhaltig modernisiert und geordnet. Zu dessen Steuerung und Kontrolle wurde ein effizienter Verwaltungsapparat aus dem Boden gestampft, in dem die Medizinalbehörden hierarchisch vernetzt waren und der Öffentliche Gesundheitsdienst eine wichtige Instanz wurde. Zur Schlüsselfigur wurde der als Staatsbeamte neu geschaf-

fene und mit reichlich Kontrollbefugnissen ausgestattete Amtsarzt. Als Instanz hat das Edikt die Medizinalverwaltung im Allgemeinen und den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Besonderen mit Exekutivkompetenzen und mit einem unkorruptiblen Kompass ausgestattet. Trotz eines kontinuierlichen Wandels im Gesundheitswesen und manchen politischen Bruchs hat das Edikt vom September 1808 den Amtsarzt in Bayern 125 Jahre lang – bis 1933 – mit einem sicheren Kompass versehen und den Öffentlichen Gesundheitsdienst auf eine solide Basis gestellt.

## Weiterführende Literatur

Becker C.: Der amtsärztliche Dienst in Bayern. Sonder-Abdruck aus dem offiziellen Bericht der IV. Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamten-Vereins. Minden 1908.

Bein T.: Die Reform des bayerischen Medizinalwesens im Spiegel der "Montgelas-Statistik." Med. Diss. TU München 1985.

Böckenförde E W.: Artikel „Organ“. Geschichtliche Grundbegriffe. Historisches Lexikon zur politisch-sozialen Sprache in Deutschland. Bd. 4. Stuttgart 1978. S. 519–622

Fassl P.: Die Physikatsberichte als historische und volkskundliche Quelle. In: Willi G (Bearb.): Volks- und landeskundliche Beschreibungen aus dem Landkreis Dillingen. Quellen zur historischen Volks- und Landeskunde Bd.3. Augsburg 2002, 3–14.

Gebhardt: Die für Ärzte wichtigen Vorschriften und Einrichtungen in Bayern. München 1925.

Giel FS.: Die Schutzpockenimpfung in Bayern. München 1830

Gütt A.: Der Aufbau des Gesundheitswesens im Dritten Reich. Schriften der Deutschen Hochschule für Politik H. 10/11. Berlin 1935.

Hecker HJ.: Mit Napoleon im Nacken eine Konstitution ausgetüftelt. Bayer. Staatszeitung und Bayer. Staatsanzeiger 2008; 57 (1):3–6.

Hertrich C.: Medizin im ländlichen Oberfranken der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts im Spiegel der Gerichtsartztberechte von Hollfeld und Ebermannstadt in den Jahren von 1830–1843. Med. Diss. Erlangen 1993.

Hüntelmann AC, Vossen J, Czech H (Hrsg.): Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland, 1870–1950. Abhandl. zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Heft 104. Husum 2007.

Illing L.: Hilfsbuch für den bayerischen Amtsarzt. Berlin-München 1949.

Kerschensteiner J von.: Die Entwicklung der bayerischen Medicinalverwaltung im XIX. Jahrhundert. Separat-Abdr. aus der Münch. Med. Wschr. 1890.

Koerting W.: Die Medizinalverfassung von 1808 für das Königreich Baiern. Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer 25. München o. J.

Kuhn J.: Die historische Entwicklung der kommunalen Gesundheitsberichterstattung – eine Forschungslücke. Gesundheitswesen 2007; 69: 507–513.

Lieb M.: Die Staatsmedizinische Akademie in München und ihre Lehrer (1933-1939). Med. Diss. München 2001.

Löffelmeier A.: Die Physikatsberichte für das Landgericht Aichach für die Jahre 1857–1861. Oberbayerisches Archiv 1996; 120:7–70.

Locher W.: Max von Pettenkofer (1818–1901) as a Pioneer of Hygiene and Public Health. Env Health Prev Med 2007; 12:238–245.

Martin A, Kuby W (Hrsg.): Die Medizinalgesetzgebung im Königreiche Bayern. Sammlung der Reichs- und Landesgesetze, Verordnungen usw. Bd. 3. München 1891.

Probst C.: Die Medizinalreform in Bayern am Beginn des 19. Jahrhunderts und der Bestand an Krankenanstalten. In: Schadewaldt H, Wolf JH (Hrsg.): Krankenhausmedizin im 19. Jahrhundert. Schriftenreihe der Münchner Vereinigung für Geschichte der Medizin 10. München 1983, 183–209.

Probst C.: Das Medizinalwesen. In: Müller RA (Hrsg.): Aufbruch ins Industriezeitalter. Bd.2. München 1985, 54–64.

Probst C.: Die Reformen des Medizinalwesens in Bayern in der Ära Montgelas. Münchner Ärztliche Anzeigen 1983; 71:11–16.

Schaetz L.: Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens und amtsärztlicher Dienst. Sammlung gesetzlicher Bestimmungen. Schriftenreihe "Medizinalgesetzgebung und Medizinalverwaltung Bd. 1. München-Berlin 1934.

Schleis von Löwenfeld CR.: Medizinische Ortsbeschreibung der Stadt Schwandorf im Nordgau. Sulzbach 1799. Nachdruck Kallmünz 1999. Mit einem Nachwort von Wolfgang Locher. S. 1–28.

Seitz J.: Medizinische Topographien. In: Hirschmann G (Hrsg.): Nürnberg vor 125 Jahren. Die Medizinaltopographie von 1862. Nürnberg 1987, 1–8.

Seydel M.: Das Recht der Gesundheitsverwaltung in Bayern. Freiburg 1890.

Stolberg M.: Heilkunde zwischen Staat und Bevölkerung. Angebot und Annahme medizinischer Versorgung in Oberfranken im frühen 19. Jahrhundert. Med. Diss. München TU 1986.

Volkert W. (Hrsg.): Handbuch der bayerischen Ämter, Gemeinden und Gerichte 1799–1980. München 1983.

Wahrig B, Sohn W (Hrsg.): Zwischen Aufklärung, Policy und Verwaltung. Zur Genese des Medizinalwesens 1750–1850. Wolfenbütteler Forschungen 102. Wiesbaden 2003.

Wiesinger B.: Das Gesundheitswesen und die medizinische Versorgung in Bayern 1800–1860. Med. Diss. München 1995.

Ein Opfer sagte vor dem „Erbgesundheitsgericht“  
in Kempten aus:

„Ich wollte den Antrag auf Unfruchtbarmachung  
seinerzeit nicht stellen [...] Der Bezirksarzt sagte aber,  
wenn ich es nicht tue, dann wird es ein ‚Muss‘. Darum  
habe ich ihn dann ohne meinen Willen gestellt“

Die Würde des Menschen ist unantastbar.  
Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung  
aller staatlichen Gewalt.  
(Art. 1 GG)

## Der ÖGD in Bayern während des Nationalsozialismus

Johannes Donhauser

### Umsturz und Gleichschaltung in Bayern

Im Freistaat Bayern vollzog sich die Übernahme der Regierungsverantwortung durch die Nationalsozialisten anders als auf Reichsebene durch einen Akt der Gewalt. Die Reichstagswahlen vom 5. März 1933 bescherten der NSDAP in Bayern mit 43,1 % zwar keine absolute Mehrheit, sie war jetzt aber eindeutig stärkste Kraft. Die in Bayern seit August 1930 ohne Koalitionspartner nur noch eine geschäftsführende Minderheitsregierung stellende Bayerische Volkspartei (BVP) kam gerade einmal auf 27,2 %. Illegal, weil vorzeitig und ohne parlamentarische Legitimation entrissen die Nazis am 9. März in brutaler Art und Weise Ministerpräsident Heinrich Held (BVP) die Regierungsverantwortung und setzten Franz Xaver Ritter von Epp als „Reichskommissar“ ein. Den noch amtierenden Innenminister Karl Stützel hatten am Morgen des 10. März Schlägertrupps der SA in seiner Privatwohnung aufgesucht und misshandelt. Formal konnte die NSDAP erst nach dem Rücktritt Helds am 16. März 1933 die Regierungsverantwortung in Bayern übernehmen. [1,2]

Stützels Position bekam, zunächst noch kommissarisch, der mächtigste der fünf bayerischen NSDAP-Gauleiter, Leiter des „Traditionsgau München und Oberbayern“ Adolf Wagner. Er, bereits seit 1923 Parteimitglied, profitierte sicher von seinem engen persönlichen Verhältnis zu Adolf Hitler.

Die für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bayern zuständige Medizinalab-

teilung (Abteilung III „Gesundheit und Wohlfahrt“) des Bayerischen Innenministeriums ging zum 1. 8. 1933 aus dem ehemaligen Referat 7 hervor. Bereits im Frühsommer ernannte Wagner den Facharzt für Chirurgie Walter Schultze zum „Staatskommissar für das Gesundheitswesen“. Schultze, 1894 in Hersbruck geboren, war seit 1920 Parteimitglied, Mitbeteiligter am „Hitler-Putsch“ 1923 und damit Träger des „Blutordens“ und des „goldenen Parteiabzeichens“. Er war 1931 im Rang eines Obermedizinalrats bei der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft Oberbayern in den Staatsdienst eingetreten. Zum Zeitpunkt seiner Beförderung zum Ministerialdirektor und Abteilungsleiter am 1. 8. 1933 erfüllte er die dienst- und laufbahnrechtlichen Voraussetzungen keineswegs, sondern qualifizierte sich ausschließlich durch seinen Status als „alter Kämpfer“.

Sein Stellvertreter im Rang eines Ministerialrates wurde der 1878 in München geborene Theodor Viernstein, der bereits seit 1907 im Staatsdienst als Gefängnisarzt in mehreren bayerischen Strafvollzugsanstalten beschäftigt war und sich vor allem mit Forschungsarbeiten aus dem Bereich der „Kriminalbiologie“ hervorgetan hatte. Er war zum Zeitpunkt seiner Berufung in das Innenministerium noch BVP-Mitglied und trat erst 1937 in die NSDAP ein. Mit Viernstein war ein herausragender Verfechter der biologisch determinierten Rassenhygiene gewonnen, den der Reichsinnenminister am liebsten im Herbst 1934 für eine leitende Funktion im Reichsgesundheitsamt abgeworben hätte. Er war zwischen 1933 und 1942 in dem von ihm geführten

Sachgebiet 8 u. a. für Rassenhygiene, Sterilisation, Eugenik, Bevölkerungspolitik, Kriminalbiologie und Gutachtenwesen zuständig. [3]

Angesichts dieser personellen Besetzung in den leitenden Funktionen der Medizinalabteilung mag es verwundern, dass die Umsetzung des im Juli 1934 von der Reichsregierung verabschiedeten „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ (GVG), das zum 1. April 1935 in Kraft treten sollte, in Bayern erst ab August 1935 mit deutlicher Verzögerung allmählich Gestalt annahm. [4]

Bis zu diesem Zeitpunkt waren die bayerischen Bezirksärzte vor allem in ländlichen Regionen im wesentlichen Einzelkämpfer, unterstützt nur stundenweise von Schreibkräften, die ihnen das Bezirksamt zur Verfügung stellte. Gesundheitsämter gab es damals erst vier in Bayern, nämlich Augsburg, Fürth, München und Nürnberg. Die Entwicklung hin zur Gründung sozialhygienisch orientierter kommunaler Gesundheitsämter, wie sie vor allem in den großstädtischen Ballungsräumen Westpreußens bereits zu Dutzenden vor dem ersten Weltkrieg entstanden waren, trat in Bayern mit mehr als 20 Jahren Verzögerung ein und betraf nur die vier genannten Städte. Die Landeshauptstadt München hatte nach jahrelangem Hin und Her zwischen Innenministerium und Stadtrat erst 1929 ein eigenes Gesundheitsamt erhalten. Bis April 1933 quälten sich hier ein Kommunalarzt und ein Hilfsarzt mit der Aufgabenfülle. Vier Jahre später beschäftigte das städtische Gesundheitsamt bereits 15 Kommunalärzte, 26 Hilfsärzte und 12 weitere Mitarbeiter um weitere drei Jahre später 40 Ärzte, 45 Hilfsärzte und 109 weitere Mitarbeiter zu führen! [5]

Ab August 1935 richtete die Staatliche Gesundheitsverwaltung insgesamt 139 Gesundheitsämter in Bayern ein, die für gut 7,7 Millionen Einwohner zuständig waren. Drei Ämter erhielten die Erlaubnis des Reichsinnenministeriums als kommunale Ämter mit einem kommunalen Leiter weitergeführt zu werden: Augsburg, München und Nürnberg.

**Tabelle 1:**  
**Gesundheitsämter pro Regierungsbezirk zum Stichtag 1. 10. 1938 [6]**

| Regierungsbezirk       | Einwohner in Mio. | Ämter [n] |
|------------------------|-------------------|-----------|
| Oberbayern             | 1,77              | 25        |
| Niederbayern/Oberpfalz | 1,42              | 34        |
| Pfalz                  | 0,98              | 13        |
| Ober- u. Mittelfranken | 1,82              | 30        |
| Mainfranken            | 0,79              | 16        |
| Schwaben               | 0,87              | 19        |

**Neue Aufgaben:**  
**„Erb- und Rassenpflege“**

„Das Gesundheitsamt stellt die biologische Zentrale des deutschen Volkes dar.“ [7]

Dieses gleichsam programmatische zeitgenössische Motto verdeutlicht die Bedeutung der neu entstandenen Gesundheitsbehörde. Mit der „Machtergreifung“ der Nationalsozialisten in Bayern vollzog sich auch in der Gesundheitspolitik ein Paradigmenwechsel. Die Nazis knüpften nahtlos an einen Wertewandel an, der sich bereits zum Ende der Republik als sozialhygienisch geprägte „Weimarer Eugenik“ heraus kristallisiert hatte. Dazu in Konkurrenz stand die eher völkisch und antisemitisch orientierte „Rassenhygiene“ die vor allem vom Münchner Kreis um Ernst Rüdin, Alfred Ploetz und Fritz Lenz dominiert war.

Die Protagonisten rassenhygienischer Ideen hatten ihre Theorien zumeist bereits vor 1914 entwickelt. Aber erst nach dem verlorenen I. Weltkrieg wurden diese Ideen populär und konnten sich im Laufe der ersten Weimarer Jahre bis hin zu einer neuen biopolitischen Leitwissenschaft aufschwingen. Man verstand die nun als modern geltende, eugenisch begründete, kostenbewusste Vorsorgemedizin als Inbegriff des wissenschaftlichen Fortschritts und bestand auf einer Sanierung des abstrakten „Volkskörpers“ im Sinne der Rassenhygiene. Diese Ideen verdrängten allmählich die humanistische und christliche Tradition der Heilkunst, in deren Mittelpunkt von je her die Gesundheit des Individuums gestanden hatte. [8,9,10]

Vermeintliche Alternativen suggerierende Schlagworte, wie „Vorsorge statt Fürsorge“ und „Volksgeundheit statt Humanitätsduselei“ prägten die gesundheitspolitische Diskussion unter dem Eindruck der Weltwirtschaftskrise und der daraus resultierenden Massenarbeitslosigkeit mit dem drohenden finanziellen Kollaps des soeben erst mühsam im Aufbau begriffenen Sozialstaates. [11]

Als Beispiel dafür mag die Bekämpfung der „Asozialität“, insbesondere der „Zigeuner“ und des „Wandererwesens“ gelten. Der BVP-regierte Freistaat Bayern war der erste im Deutschen Reich, der bereits im Juli 1926 ein „Gesetz zur Bekämpfung von Zigeunern, Landfahrern und Arbeitsscheuen (Zigeuner- und Arbeitsscheuengesetz 1926)“ verabschiedete. So war es nach Art. 9 des Gesetzes möglich, „Zigeuner und Landfahrer im Alter von mehr als 16 Jahren, die den Nachweis einer geregelten Arbeit nicht zu erbringen vermögen, [...] bis zur Dauer

von 2 Jahren in einer Arbeitsanstalt [...] unterzubringen. [12]

Die Nazis lehnten sich daran mit ihrem Runderlass „Bekämpfung der Zigeunerplage“ vom Dezember 1938 an und radikalisierten ihre Verfolgungsmaßnahmen gegen die im Großdeutschen Reich lebenden etwa 30.000 Roma und Sinti. Sie erklärten diese kurzerhand zu „Zigeunermischlingen“, die problemlos zu sterilisieren, in Konzentrationslagern zu halten und dann im Rahmen der Massenvernichtung ab 1942 zu vernichten waren. Der Öffentliche Gesundheitsdienst war diesbezüglich in die „Bekämpfungsmaßnahmen“ gegen „Zigeunermischlinge“ mit seinem Erfassungsapparat als Meldebehörde integriert. [13]

Im Rahmen der „Erb- und Rassenpflege“ hielt der NS-Staat ein Bündel an fördernden bzw. ausgrenzenden Maßnahmen parat. Für manche „unauffällige“ Normalbürger dürften die Fördermaßnahmen durchaus zur Besserung ihrer finanziellen Lage beigetragen haben. Mit dem „Gesetz zur Verminderung der Arbeitslosigkeit“ wurden ab Juni 1933 „Ehstandsdarlehen“ eingeführt. Arbeitstätige heiratswillige junge Frauen sollten arbeitslosen Männern ihren Arbeitsplatz freimachen. Die Darlehensgewährung geschah in bargeldloser Form von „Bedarfsdeckungsscheinen“.

Insgesamt konnte ein junges Ehepaar ein zinsloses Darlehen im Wert von maximal 1000 Reichsmark erlangen und dieses dann „abkindern“: Bei der Geburt jedes ehelich geborenen Kindes wurde ein  $\frac{1}{4}$  der Darlehenssumme erlassen. Ein Darlehen bekam jedoch nur, wer Träger „wertvoller“ Erbanlagen war und außerdem über einen einwandfreien Leumund verfügte. Dies zu überprüfen oblag den

Bezirksärzten und nach deren Gründung den Gesundheitsämtern. [14, 15]

Im Laufe der Jahre kamen dann noch finanzielle Förderungen für kinderreiche Familien („Kinderbeihilfen“, „Ehrenbuch der deutschen kinderreichen Familie“), „Ausbildungsbeihilfen“ und am 1. Mai 1939 das „Ehrenkreuz der deutschen Mutter“ hinzu. Diese Fördermaßnahmen stehen für die pronatalistische Gesundheits- und Sozialpolitik der Nazis. [4, 15]

Im krassen Gegensatz dazu sind die antinatalistischen („ausmerzenden“) Bestimmungen von „Erbgesundheitsgesetz“ und „Ehegesundheitsgesetz“ zu sehen.

## **Das „Erbgesundheitsgesetz“ in Bayern**

Zum 1. Januar 1934 trat auch in Bayern, das am 14. Juli 1933 verabschiedete „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ („Erbgesundheitsgesetz“) in Kraft. § 1 beinhaltete einen Katalog von Krankheiten bzw. Zuständen wie „angeborener Schwachsinn“, „Schizophrenie“, „zirkuläres (manisch-depressives) Irresein“, „erbliche Fallsucht“, „erblicher Veitstanz (Huntingtonsche Chorea)“, „erbliche Blindheit“, „erbliche Taubheit“, „schwere erbliche körperlicher Missbildung“ und „schwerer Alkoholismus“.

Trotz der enormen Aufgabenfülle, mit denen die Bezirksärzte in dieser Zeit bereits mit den Ehestandsdarlehen zu kämpfen hatten, wurde dieses erste einer langen Reihe noch folgender Gesetze und Vorschriften zur Umsetzung der nationalsozialistischen „Erb- und Rassenpflege“ bereits im ersten Jahr seines Bestehens erstaunlich erfolgreich umgesetzt. Die

Gesundheitsämter, die erst knapp zwei Jahre später ihren Betrieb allmählich aufnahmen, waren hier vom Gesetzgeber in den Mittelpunkt gestellt worden. Bei ihnen liefen die Anzeigen der Ärzte über „Erbkrankverdächtige“ ein. Das Gesundheitsamt hatte diese zu prüfen und stellte dazu durch die Bezirksfürsorgerin häufig umfangreiche Ermittlungen bei der Wohnortgemeinde, dem Bürgermeister, dem Lehrer, dem Pfarrer und der Polizei an. Von besonderem Interesse für die Beurteilung des „Erbwertes“ waren Auskünfte über den Leumund des Betroffenen und dessen Familie. Daraufhin wurde der Betroffene zur amtsärztlichen Untersuchung vorgeladen. Stellte der Amtsarzt eine der im Gesetz genannten „Diagnosen“, musste ein Antrag auf „Unfruchtbarmachung“ bei der ebenfalls durch das Gesetz entstandenen Sondergerichtsbarkeit „Erbgesundheitsgericht“ gestellt werden. Das Sondergericht war ärztlich dominiert: Der Vorsitzende war ein Richter, die beiden ebenso stimmberechtigten Beisitzer ein beamteter Arzt und ein „in der Erb- und Rassenpflege“ erfahrener Kollege.

Der Betroffene oder sein gesetzlicher Vertreter sollte den Antrag zur Sterilisation möglichst selbst stellen bzw. unterschreiben. Der Amtsarzt hatte, falls nötig, auf den Betroffenen „einzuwirken“. Erst wenn dieser sich strikt weigerte, musste der Amtsarzt den Antrag stellen. [16]

Dies erklärt die hohe Anzahl der „Selbstanträge“ der Jahre 1934 und 1935, die hauptsächlich von Anstaltspatienten, aber natürlich nicht freiwillig, gestellt waren, in der Hoffnung, durch eine Sterilisation einer dauerhaften Unterbringung in der Heil- und Pflegeanstalt zu entkommen, oder vom Amtsarzt dazu gedrängt. [4, 15, 17]

Für die außerhalb der Anstalten lebenden betroffenen Menschen sah die „Einwirkung“ meist folgendermaßen aus: Ein Opfer sagte vor dem „Erbgesundheitsgericht“ in Kempten aus: „Ich wollte den Antrag auf Unfruchtbarmachung seinerzeit nicht stellen [...]. Der Bezirksarzt sagte aber, wenn ich es nicht tue, dann wird es ein ‚Muss‘. Darum habe ich ihn dann ohne meinen Willen gestellt“. [17]

Wenn das Gericht das Opfer zur Zwangssterilisierung verurteilt hatte, musste der Amtsarzt für den Vollzug des Urteils sorgen, d. h. für die Einweisung des Betroffenen in die den Eingriff durchführende Klinik, notfalls auch unter Anwendung von polizeilicher Gewalt. [16]

Das Ausmaß der Zwangssterilisierungen lässt sich nicht mehr genau beziffern. Das Reichsinnenministerium führte für die Jahre 1934 bis 1936 eine geheime Statistik. Demnach sind in dieser Zeit bereits knapp 169.000 Menschen sterilisiert worden. [15]

Wissenschaftliche Berechnungen und Schätzungen gehen von mindestens 360.000 bis maximal 400.000 Opfer im gesamten Reichsgebiet aus. Das entspricht einer bevölkerungsbezogenen Sterilisationsquote von 0,4 %. Für Bayern würde das bedeuten, dass mehr als 30.000 Menschen sterilisiert worden sind. Berücksichtigt man die Altersgruppe der 18 bis 40jährigen, in der besonders viel sterilisiert wurde, beträgt hier die bevölkerungsbezogene Sterilisationsquote sogar 1 %! [18]

Zahlen aus drei bayerischen Bezirksämtern belegen, dass die Umsetzung vermutlich in Bayern nicht wesentlich anders als im restlichen Reich erfolgte.

Zwei kürzlich publizierte Auswertungen von Stichproben der Sterilisationsakten aus den „Erbgesundheitsgerichten“ Günzburg, Kempten und Passau geben Aufschluss zum Sozialstatus einiger bayerischer Sterilisationsopfer:

So waren in Kempten die Eltern der Opfer in 28 % der Fälle Landwirte; 8 % Angestellte/Beamte; 7 % Handwerksgehilfen; 4 % Handwerksmeister; 4 % Hilfsarbeiter; 3,3 % Fabrikarbeiter; 3,3 % Tagelöhner; 35,1 % Sonstige/Unbekannte.

Die Opfer, die das Gericht der sozialen Kategorie „angeborener Schwachsinn“ zugeordnet hatte, arbeiteten in 57,0 % der Fälle als landwirtschaftliche Hilfsarbeiter; 14,9 % als Dienstmädchen; 8,3 % als Fabrikarbeiter; 5,8 % waren Schüler; 5,0 % arbeiteten als Hilfsarbeiter; nur 2,5 % hatten einen Ausbildungsberuf; 0,8 % waren Angestellte. [17]

Im Zuständigkeitsbereich des „Erbgesundheitsgerichtes“ Passau waren 69,3 % aller Betroffenen aus der Stichprobe ohne Volksschulabschluss; 14,7 % mit Volksschulabschluss; 8,4 % mit Hilfsschulabschluss; 4 % ohne Schulbesuch und jeweils 1,3 % mit Mittlerer Reife oder Abitur. 88 % hatten keine Berufsausbildung; 53,4 % arbeiteten als ungelernete Arbeiter, Magd oder Knecht; 28 % waren als Haushaltshilfen beschäftigt. 73,4 % lebten im elterlichen Haus bzw. in der Familie; 17,4 % am Arbeitsort bzw. beim Arbeitgeber; 4 % in einer Heil- und Pflegeanstalt; 4 % in einer Justizvollzugsanstalt; 1,3 % in einer Nervenklinik. [19]

Besonders die Menschen, die von der Zuordnung zur Kategorie „angeborener Schwachsinn“ betroffen waren, übten Hilfsarbeiten oder Tätigkeiten als ungelernete Fabrikarbeiter aus, oder waren in

Stellung als Dienstmädchen in der Stadt, Magd oder Knecht in der Landwirtschaft, entstammten somit dem unteren Ende der Sozialskala.

## Das „Ehegesundheitsgesetz“

Auf dem „Reichsparteitag“ im Oktober 1935 in Nürnberg zusammen mit dem „Blutschutzgesetz“ verkündet, sah das „Ehegesundheitsgesetz“ vor, dass Heiratskandidaten „vor der Eheschließung“, ein „Zeugnis des Gesundheitsamtes“ vorlegen mussten, dass ein „Eehindernis nach § 1 nicht vorliegt“. Hier waren die Kategorien des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ auszuschließen, oder ob einer der beiden Verlobten „an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Krankheit“ litt. Die Amtsärzte legten ihren Schwerpunkt auf den Ausschluss einer offenen Lungentuberkulose und der Geschlechtskrankheiten. [4, 15]

Die Gesundheitsämter durchforsteten auf der Suche nach den „Erbwert“ belastenden Faktoren ihre mittlerweile millionenfach angelegten „Erbkarteikarten“ bzw. „Sippentafeln“. Dazu holten meist die Gesundheitsfürsorgerinnen Informationen über den „Erbwert“ und den Leumund der Heiratskandidaten bzw. einen Verdacht auf Infektionskrankheiten wie Lungentuberkulose und Geschlechtskrankheiten (z. B. angebliche Promiskui-

tät) ein. Danach wurden die Heiratskandidaten amtsärztlich untersucht. Für die Frauen hieß das häufig eine komplette gynäkologische Untersuchung und ggf. Portio-Abstrich zum Ausschluss einer Geschlechtskrankheit.

Die Erfassungstätigkeit der Gesundheitsämter diesbezüglich war enorm. Bis 1941 lagen reichsweit bereits etwa 10 Mio. „Erbkarteikarten“ vor! [15]

Im Jahre 1939 führten die Gesundheitsämter bei gut 40 % aller Heiratskandidaten im Reich eine amtsärztliche Untersuchung durch. Die Ablehnungsquote lag reichsweit bei knapp 3 %. [14]

Die Bestimmungen des „Ehegesundheitsgesetzes“ wurden in Bayern erst im Laufe des Jahres 1946 außer Vollzug gesetzt.

## Selektion und „Normaltätigkeit“ am staatlichen Gesundheitsamt

Natürlich erschöpfte sich das amtsärztliche Engagement nicht ausschließlich im Vollzug der „Erb- und Rassenpflege“ – diese dominierte jedoch das amtsärztliche Wirken eindeutig. Nicht nur beim Zugang zu fördernden Maßnahmen, sondern auch bei Einstellungsuntersuchungen waren die „Richtlinien für die Beurteilung der Erbgesundheit“ vom 18. 7. 1940 zu berücksichtigen, die eine Ein-

**Tabelle 2:**  
**Vergleich der bevölkerungsbezogenen Zwangssterilisationsquoten in drei damaligen bayerischen Bezirksamtern 1934 – 1944 [4]**

| Bezirksamt                | Eichstätt | Neuburg | Weilheim |
|---------------------------|-----------|---------|----------|
| Zwangssterilisationen [n] | 83        | 165     | 183      |
| Bevölkerungsanteil [%]    | 0,20      | 0,41    | 0,43     |

teilung der gesamten Bevölkerung in vier Kategorien mit aufsteigender Skalierung des „Erbwertes“ vornahmen:

1. „asozial“ ,
2. „tragbar“ ,
3. „Durchschnittsbevölkerung“ und
4. „erbbiologisch besonders hochwertig“ .

Damit war der Apartheidstaat nach Innen perfekt. [15]

Trotzdem sei hier in aller Kürze ein Blick auf das zahlenmäßige Ausmaß der allgemeinen amtsärztlichen Tätigkeit eines der kleineren Gesundheitsämter gestattet, so wie es sich in dessen Jahresgesundheitsberichten darstellt.

Für den Anstieg der „Zeugnisse/Gutachten“ bzw. der „sanitätspolizeilichen Geschäfte“ im Gesundheitsamt Eichstätt ab der zweiten Kriegshälfte dürften hauptsächlich die Untersuchungen der „Fremdarbeiter“ verantwortlich sein.

Als Grundpfeiler der biologistisch aufgeladenen NS-Gesundheitsfürsorge erfuhr neben der Tuberkulosefürsorge auch die

Säuglings- und Kleinkinderfürsorge einen massiven Ausbau. Ein Blick auf die Jahresberichte zweier Gesundheitsfürsorgerinnen im Bezirksamt Kaufbeuren veranschaulicht deren enormes jährliches Arbeitspensum:

Die in Vollzeit beschäftigten beiden Fürsorgerinnen mussten demnach, unter Berücksichtigung einer 6-Tage-Woche und 2 Wochen Jahresurlaub, mithin also etwa 300 Arbeitstagen, 8–9 Hausbesuche am Tag erledigen, wobei auch noch die Beratungsstunden im Amt zu schultern waren. [4]

Gemäß § 3 Vereinheitlichungsgesetz waren die Tuberkulosefürsorgestellen in den neuen Gesundheitsämtern aufgegangen. Die Tuberkulosefürsorge sollte nach den Grundsätzen der klassischen Seuchenbekämpfung erfolgen. So fanden mit der „Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten“ vom 1. 12. 1938 die Meldepflicht von Kranken und Krankheitsverdächtigen (auch der Verdacht auf extrapulmonale Manifestationen), sowie die Umgebungsuntersuchung ihre normative Präzisierung.

**Tabelle 3:**  
**Amtsärztliche Geschäfte am Gesundheitsamt Eichstätt [4]**

| Tätigkeit                      | 1935 | 1936 | 1937 | 1938 | 1939 | 1940 | 1941 | 1942 | 1943 |
|--------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Zeugnisse / Gutachten          | 230  | 823  | 734  | 823  | 725  | 526  | 514  | 1105 | 865  |
| Sanitätspolizeiliche Geschäfte | 229  | 35   | 95   | 131  | 234  | 169  | 188  | 299  | 265  |
| Vertrauensärztliche Geschäfte  | 102  | 111  | 51   | 50   | -    | -    | -    | -    | -    |
| Geschäfte beim Erbges.-Ger.    | 16   | 3    | 26   | -    | 3    | 3    | -    | -    | 1    |
| Dienstreisen                   | 34   | 14   | 17   | -    | 20   | 22   | 13   | 12   | 6    |
| N (gesamt) „Verrichtungen“     | 611  | 986  | 923  | 1004 | 982  | 720  | 715  | 1416 | 1137 |

Infolgedessen wurde ein flächendeckendes Erfassungsnetzwerk zur Tuberkulosebekämpfung geschaffen. Auch die Röntgenreihenuntersuchung konnte zunehmend umgesetzt werden und dieses Netzwerk vervollkommen. [15]

Die Reihenuntersuchungen wurden durch ein Schirmbildverfahren („fliegende Tuberkuloseärzte“) soweit perfektioniert, dass man ab 1939 auch in Bayern die Arbeiten zu einem „Volksröntgenkataster“ aufnahm. Im Bereich der Tuberkulosefürsorge fiel daher in der Regel ein hoher Arbeitsaufwand an, wie die Tätigkeitsberichte der zunächst einzigen teilzeitbeschäftigten Fürsorgerin und ab 1937 beiden teilzeitbeschäftigten Fürsorgerinnen aus den Jahresgesundheitsberichten des Gesundheitsamtes Eichstätt belegen. Auch hier dürfte die massive Erhöhung der Durchleuchtungen, Tuberkulinproben und Sputumuntersuchungen 1944 auf die Untersuchung der „Fremdarbeiter“ zurückgehen.

**„Volksgesundheit“ in Kriegszeiten**

Der Personalstand der Gesundheitsämter hatte sich aufgrund der Aufgabenfülle bis Mitte 1938 kontinuierlich erhöht. In größeren Ämtern stellte man Gesundheitsaufseher, zusätzliche Fürsorgerinnen und röntgentechnische Assistentinnen ein. Dieses Personal erfuhr jedoch bereits mit dem „Anschluss“ von Österreich im März 1938 und der Besetzung des Sudetenlandes einen nennenswerten Aderlass und setzte sich mit Kriegsbeginn und der Besetzung Polens mit dem Aufbau einer dortigen NS-Gesundheitsverwaltung fort. Daher wurde der Vollzug der „Erb- und Rassenpflege“ mit Kriegsbeginn erheblich heruntergefahren. [4, 15]

Mit Beginn des II. Weltkrieges verschob sich der Aufgabenschwerpunkt hin zu klassischer Seuchenhygiene, Katastrophenschutz und Krisenmanagement. Nun war auch die Zeit für die Machthaber gekommen, weitere „ausjätende“ Maßnahmen gegen „Minderwertige“ und „Lebensunwerte“ zu ergreifen:

**Tabelle 4:**  
**Fürsorgehausbesuche im Bezirksamt Kaufbeuren 7/1935 – 6/1936 [4]**

| Hausbesuche bei:                  | Bezirksfürsorgerin Katharina K. | Städt. Fürsorgerin Irene B. |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|
| Säuglingen (keine Pflegekinder)   | 1131                            | 652                         |
| Säuglingen (Pflegekinder)         | 49                              | 138                         |
| Kleinkindern (keine Pflegekinder) | 951                             | 465                         |
| Kleinkindern (Pflegekinder)       | 225                             | 320                         |
| Schulkindern (keine Pflegekinder) | -                               | -                           |
| Schulkindern (Pflegekinder)       | 136                             | 341                         |
| Tuberkulösen Kindern              | 70                              | 93                          |
| Tuberkulösen Erwachsenen          | 67                              | 51                          |
| Gesamtsumme                       | 2629                            | 2060                        |

Mit einem geheimen Runderlass vom 18. August 1939, der die Meldepflicht für „missgestaltete usw. Neugeborene“ bei den Gesundheitsämtern einführt, beteiligten die Nazis die öffentliche Gesundheitsverwaltung auch an der administrativen Zuarbeit zum zunächst zentral organisierten Krankenmord. Amtsärzte hatten die eingehenden Meldungen von Hebammen und Leitern von Entbindungsanstalten über „auffällige Kinder“ auf Plausibilität zu prüfen und dann an die Tarnorganisation des Krankenmordes, den „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden“, nach Berlin zu senden. Für Hebammen gab es sogar ein „Kopfgeld“ von 2,- RM pro Meldung – eine Vergütung, die bei keiner anderen Meldepflicht gewährt wurde! Entschieden der „Reichsausschuss“ auf „Behandlung“, wurden die Gesundheitsämter verständigt und hatten für die Einweisung der zumeist noch in ihren Familien lebenden Kinder zu sorgen. Im Rahmen der „Erwachsenen-Euthanasie“ war dies nur in Ausnahmen nötig, weil Erwachsene häufig bereits in Heil- und Pflegeanstalten untergebracht waren. [4]

Ab etwa Mitte 1940 kam auf die Gesundheitsämter im Rahmen der Seuchenhygiene eine zusätzliche aufwendige Arbeit

zu. Die „Fremdarbeit“ im Rahmen des „Reichsarbeitsinsatzes“, wie die Zwangsarbeit von nunmehr zwangsrekrutierten Menschen aus den besetzten Gebieten umschrieben war, führte zu Zehntausenden zusätzlichen amtsärztlichen Untersuchungen. 1944 waren in Bayern 380.000 Zwangsarbeiter registriert. [1]

Röntgenaufnahmen der Lunge sollten eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose ausschließen und die eingehende körperliche Untersuchung vor allem Geschlechtskrankheiten und/oder Verlaufsung ausfindig machen, denn das durch Kleiderläuse übertragene Fleckfieber war besonders gefürchtet. Amtsärzte waren auch in die gesundheitliche Betreuung der Zwangsarbeiter involviert, zumindest was Begutachtungen zur Arbeitseinsatzfähigkeit betraf, bzw. teilweise auch in ihren Funktionen als Leiter von „Hilfskrankenhäusern“ bzw. „Barackenkrankenhäusern“, da Zwangsarbeiter ab 1942 aus „rassischen“ Gründen nicht mehr in regulären Krankenhäusern behandelt werden durften. Hier fanden zunehmend auch die angeblich „freiwilligen“ Abtreibungen der „vom völkischen Standpunkt unerwünschten“ Schwangerschaften „fremdvölkischer Fremdarbeiterinnen“ statt. [20]

**Tabelle 5:**

**Arbeitsaufwand der Tuberkulosefürsorge im GA Eichstätt (42.875 Einw., 1937) [4]**

| Art der Tätigkeit    | 1935 | 1936 | 1937 | 1938 | 1939 | 1944 |
|----------------------|------|------|------|------|------|------|
| Hausbesuche          | 364  | 79   | 750  | 756  | 456  | 410  |
| Durchleuchtungen     | 203  | 62   | 310  | 237  | 134  | 412  |
| Tuberkulinproben     | 11   | -    | 2    | 51   | 23   | 139  |
| Sputumuntersuchungen | 3    | -    | 3    | 14   | 1    | 79   |

Zur Reduzierung der Überlebenschancen psychisch Kranker und körperlich Behinderter trug auch das amtsärztliche „Organisieren“ freier Bettenkapazitäten für „Hilfskrankenhäuser“ vor allem in den luftkriegsgefährdeten Gebieten bei. [21]

Unmittelbar nach dem Ende der Kampfhandlungen Ende April / Anfang Mai 1945 setzten die regionalen Militärverwaltungen der amerikanischen Besatzungsmacht auf die personelle Kontinuität in den Gesundheitsämtern. Man befürchtete den Ausbruch von Seuchen, insbesondere Fleckfieber, Ruhr, Typhus und Tuberkulose galten als Bedrohung. Zunächst mussten die chaotischen Zustände nach Zusammenbruch der öffentlichen Verwaltung und Infrastruktur bei gleichzeitigem Zustrom Hunderttausender von Flüchtlingen und Kriegsheimkehrern aufgefangen werden.

Das gleiche galt für Hunderttausende „Displaced Persons“ (DP), die sich nach wie vor in Lagern vor allem Nordbayerns befanden. Hier leistete der Apparat des Öffentlichen Gesundheitsdienstes wertvolle Arbeit, so dass es gelang, das Schlimmste, insbesondere Hungersnot und Epidemien, zu verhüten. [22]

Ein starker Anstieg der Tuberkulosesterblichkeit in München von 5,7 pro 10.000 auf 10 pro 10.000 in den Jahren 1945 und 1946 ließ sich bis Ende 1947 meistern. [23]

Mit der Konsolidierung der öffentlichen Verwaltung und der Implementierung einer provisorischen bayerischen Staatsregierung machten sich die Amerikaner auch an die inhaltliche Bekämpfung des Nazismus durch konkrete Entnazifizierungsmaßnahmen, die mit dem „Gesetz zur Befreiung von Nationalsozialismus

und Militarismus“, vom 5. 3. 1946 ihren Anfang nahmen. [24]

Jetzt erfuhr auch der Öffentliche Gesundheitsdienst zumindest zeitweise einen personellen Aderlass, weil einige Angehörige der im ÖGD stark nazifizierte Ärzteschaft vom Dienst suspendiert oder gar entlassen wurden. Viele der Medizinalbeamten konnten jedoch mit dem Amnestiegesetz von 1949 oder spätestens mit den Folgeregelungen zu Art. 131 Grundgesetz wieder in den Staatsdienst übernommen werden. [15]

Stellvertretend für die Entnazifizierung im Bereich des Öffentlichen Gesundheitsdienstes mag das Schicksal der beiden obersten Protagonisten der NS-Gesundheitspolitik in Bayern stehen: Walter Schultze war nach 1945 zunächst interniert und wurde 1948 vom Oberlandesgericht München wegen der Beteiligung an Euthanasieverfahren, wobei ihm Beihilfe zum Totschlag in mindestens 260 Fällen zum Vorwurf gemacht wurde, zu einer 3-jährigen Gefängnisstrafe verurteilt, musste diese jedoch nicht antreten. Ein befreundeter Kollege hatte ihm Haftunfähigkeit attestiert. Sein Spruchkammerverfahren wurde 1960 eingestellt. Sein Stellvertreter, Theodor Viernstein, wurde durch Spruchkammerbeschluss 1948 in die Gruppe der „Mitläufer“ eingereiht. [3]

## Nachwirkungen

„Durch die gesundheitspolitischen Fernwirkungen des Nationalsozialismus wurde in Deutschland die breite Kultur kommunaler Gesundheitssicherung [...] nachhaltig vernichtet.“ [25]

Dem Zitat des derzeitigen Vorsitzenden des Bundesverbandes der Ärzte im ÖGD Klaus Walter ist eigentlich nichts hinzuzufügen. Ein Neubeginn war nach 1945 weder gewollt noch ohne weiteres möglich, da sich die Vertreibung namhafter Vertreter der kommunalen Gesundheitsfürsorge der Weimarer Ära gleichsam als Faunenschnitt erwies.

Eine Aufarbeitung der Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in der Nazizeit fand in den ersten Jahrzehnten in der Bundesrepublik ebenso wenig statt. Die Rolle des ÖGD in den 12 Jahren zwischen 1933 und 1945 wurde verdrängt und verharmlost, wie ein Zitat des damaligen Bundesvorsitzenden der Medizinalbeamten Fritz Pürckhauer aus dem Jahre

1954 belegt: „Zum Glück für die spätere Zeit wurde das GA nur wenig in die Politik des Dritten Reiches und gar nicht in den verbrecherischen Teil derselben hineingezogen.“ [26]

Man hielt einerseits unter Ausblendung sowohl der 12 Jahre des Nazismus als auch der sozialhygienischen Weimarer Zeit und Rekurs auf die Tradition seuchenhygienischer Maximen und die nationalen Helden Virchow, Koch und Behring die Erfolge des bakteriologischen Zeitalters vor 1933 hoch und gefiel sich andererseits in einem allgemeinen Lamento über das zunehmende Abrutschen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in die Bedeutungslosigkeit. Reformistische Aktivitäten wurden selbst in Zeiten starker öffentlicher Finanzen in der 2. Hälfte der Sechziger und der 1. Hälfte der Siebziger Jahre nicht entwickelt. Das GVG prägte deshalb als fortdauernde gesetzliche Grundlage auch noch fünfzig Jahre nach Kriegsende den ÖGD in Deutschland. [27, 28]

## Literatur

- 1 Zorn W.: Bayerns Geschichte im 20. Jahrhundert. München: Beck, 1986:356–361.
- 2 [http://www.historisches-lexikon-bayerns.de/artikel/artikel\\_44543](http://www.historisches-lexikon-bayerns.de/artikel/artikel_44543)
- 3 Forstner T.: Die Beamten des bayerischen Innenministeriums im Dritten Reich, Loyale Gefolgsleute oder kritische Staatsdiener? St. Ottilien: EOS-Verlag, 2002: 85–92
- 4 Donhauser J.: Das Gesundheitsamt im Nationalsozialismus. Gesundheitswesen 2007; 69: S7–128
- 5 Christians A.: Das Münchner Gesundheitsamt im Nationalsozialismus. Volksgesundheit, Rassenpflege und Patientenselektion im kommunalen Gesundheitsdienst 1933-1945. Vorstudie im Auftrag des Gesundheitsreferates der Stadt München, Ludwig-Maximilians-Universität München, Historische Fakultät, Lehrstuhl für Neueste Geschichte und Zeitgeschichte, Hockerts, HG. Unveröffentlichtes Manuskript. München, 2007
- 6 Gütt A, Moebius E (Hrsg.): Der Öffentliche Gesundheitsdienst. Berlin: Heymanns, 1939: 343–350
- 7 Krahn H.: Das Gesundheitsamt und seine Bedeutung für Volk und Staat. Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 2 A 1936/1937:450–462, Zitat: 452
- 8 Weindling P.: Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism 1871–1945. Cambridge: Chapel Hill, 1989: 399–439
- 9 Weingart P, Kroll J, Bayertz K.: Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1988: 188–366
- 10 Schmuhl HW.: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Göttingen: Vandenhoeck & Rupprecht, 1987: 78–105
- 11 Frei N (Hrsg.): Medizin und Gesundheitspolitik in der NS-Zeit. München: Oldenbourg Verlag, 1991: 7–32
- 12 Bayer. Gesetz- u. Verordnungsblatt 1926, Nr. 17 vom 22.7.1926: 359–361
- 13 Lewy G.: „Rückkehr nicht erwünscht“. Die Verfolgung der Zigeuner im Dritten Reich. München: Propyläen, 2001
- 14 Czarnowski G.: Das kontrollierte Paar. Ehe- und Sexualpolitik im Nationalsozialismus. Weinheim: Verlag Deutscher Studien, 1991:226
- 15 Vossen J.: Gesundheitsämter im Nationalsozialismus: Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900–1950. Essen: Klartext, 2001
- 16 Gütt A, Rüdin E, Ruttke F.: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933. München: J.F. Lehmanns Verlag, 1934: RGBl I, 1933:529
- 17 Birk H.: Das ‚Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses‘. Eine Untersuchung zum Erbgesundheitswesen im bayerischen Schwaben in der Zeit des Nationalsozialismus. Augsburg: Wißner Verlag, 2005: 102 (Zitat): 137–139
- 18 Bock G.: Zwangssterilisation im Nationalsozialismus, Studien zur Rassenpolitik und Frauenpolitik. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1986:230–246; 440–451
- 19 Heitzer H.: Zwangssterilisation in Passau. Die Erbgesundheitspolitik des Nationalsozialismus in Ostbayern 1933–1939. Köln: Böhlau Verlag, 2005: 136
- 20 Frobenius W.: Abtreibungen bei Ostarbeiterinnen in Erlangen. In: Frewer A, Siedbürger, G, (Hrsg.). Medizin und Zwangsarbeit im Nationalsozialismus. Frankfurt/Main: Campus Verlag, 2004:283–307
- 21 Süß W.: Der ‚Volkkörper‘ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankentod im nationalsozialistischen Deutschland 1939–1945. München: Oldenbourg Verlag, 2003
- 22 Sons HU.: Gesundheitspolitik während der Besatzungszeit. Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Nordrhein-Westfalen 1945-1949. Wuppertal: Verlag Peter Hammer, 1983: 15-45
- 23 Landeshauptstadt München. Ein neuer Anfang im Wohlfahrts-, Jugend- und Gesundheitswesen. München: Süddeutscher Verlag, 1948:102
- 24 Niethammer L.: Die Mitläuferfabrik. Die Entnazifizierung am Beispiel Bayerns. Berlin: Dietz Verlag, 1982
- 25 Walter K.: Grußwort. Gesundheitswesen 2007; 69: S3
- 26 Pürckhauer F. Das Gesundheitsamt im Wandel der Zeit. Der Öffentliche Gesundheitsdienst 1954/1955; 16: 279–296, Zitat: 281
- 27 Schmacke N.: Schritte in die Öffentlichkeit. Die Wiederentdeckung der kommunalen Gesundheitsämter, Schriftenreihe der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen. Band 17. Düsseldorf, 1993
- 28 Reinisch J.: „Zurück zu unserem Virchow!“ – Medizinische Karrieren, Nationalhelden und Geschichtsschreibung nach 1945. In: Gesundheit und Staat. Studien zur Geschichte der Gesundheitsämter in Deutschland, 1870–1950. Husum: Mathiesen, 2006: 255–271



*Hygieia, Göttin der Gesundheit und Schutzpatronin der Apotheker – Namensgeberin der Hygiene. München, Pfarrstraße.*

## Neubeginn in einem pluralistischen Gesundheitssystem

Johannes G. Gostomzyk

### Das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG) und seine Folgen

Jede Gegenwart lebt mit ihrer Vorgeschichte, auch die des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) folgt aus seiner Vergangenheit. Die Tatsache, dass nach Ende des Zweiten Weltkrieges die einzelnen Bundesländer sich erst nach 1979 darauf einließen, das im Bund geltende Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG) aus dem Jahr 1934 durch föderale Gesundheitsdienstgesetze (GDG) zu ersetzen, in Bayern 1986, und zuletzt im Bundesland NRW 1998, erscheint aus heutiger Sicht kaum verständlich. Aufgehoben wurde das GVG 2007 (GVBl I S. 659).

Das materielle Ergebnis des Zweiten Weltkrieges war 1945 für Deutschland ein zerstörtes, in vier Besatzungszonen geteiltes und wirtschaftlich ruiniertes Land mit ca. 10 Mio. Vertriebenen aus den Ostgebieten. Das Geld verlor seinen Wert, auf dem blühenden Schwarzmarkt war die „Zigarettenwährung“ stabiler und kompatibler als die Reichsmark. Aber bereits Mitte 1946 begann der „Kalte Krieg“ zwischen den Siegermächten, was vor allem die Haltung der Westmächte gegenüber den Deutschen veränderte. 1947 kam der Marshallplan zur Förderung des Wiederaufbaus im Bereich der Westzone und die Währungsreform vom Juni 1948 beendete schlagartig den Schwarzmarkt. Jedoch erst im März 1950 konnte die seit 1939 geltende Lebensmittelrationierung aufgehoben werden.

Der ÖGD war in den ersten Nachkriegsjahren damit befasst, Infektionskrankheiten und andere mit wirtschaftlicher und sozialer Not einhergehende Gesundheitsgefahren zu verhüten. Verfügbar waren die während der Zeit des Nationalsozialismus in Gesundheitsämtern tätigen Ärzte und heimkehrende Kriegsteilnehmer. Ihr Handeln orientierte sich erfolgreich an den Regeln der klassischen Hygiene, die Rechtsgrundlage war das GVG aus dem Jahre 1934 mit seinen Durchführungsverordnungen. Das Anfangs angenommene Ziel des GVG war, kommunale Gesundheitsfürsorge und staatliche Gesundheitsaufsicht in einem staatlichen Gesundheitsamt zu vereinen mit den Aufgabengebieten Gesundheitsaufsicht und Gesundheitsschutz, Gesundheitspflege und Gesundheitsfürsorge sowie Erb- und Rassenpflege.

Das GVG hatte 1934 zur Gründung von 739 staatlichen Gesundheitsämtern geführt. Es wurde nach Kriegsende von den Besatzungsmächten nicht als Gesetz mit nationalsozialistischem Gedankengut eingestuft, lediglich der § 18 der Zweiten DVO (Zusammenarbeit der Gesundheitsämter mit gesundheitlichen Einrichtungen der NSDAP) wurde gestrichen, die Bestimmungen zur Erb- und Rassenpflege blieben zunächst unangetastet [1]. Bereits in den ersten Nachkriegsjahren begann die Rückführung staatlicher Gesundheitsämter in kommunale Träger-schaften.

Im September 1949 wurde Konrad Adenauer zum ersten Kanzler der Bun-

desrepublik gewählt. Im gleichen Jahr erschien, wieder im Thieme Verlag, der 11. Jahrgang (1949/50) der Zeitschrift „Der Öffentliche Gesundheitsdienst, Organ des Verbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.“ Die Akademien für Staatsmedizin in Hamburg und Düsseldorf hatten bereits 1946 den Lehrbetrieb aufgrund einer Anordnung der Britischen Kontrollkommission für das Gesundheitswesen aufgenommen. Der 7. Lehrgang für Amtsärzte an der Akademie für Staatsmedizin in Düsseldorf wurde für den 4. November 1946 angekündigt. Die äußeren Strukturen und auch die Beiträge in der Zeitschrift waren offenbar der Versuch, für den ÖGD eine Tradition in der Medizin zu zeichnen.

Die subjektiv-reale Befindlichkeit damaliger Ärzte im ÖGD verdeutlichen drei Zitate aus dem 11. Jahrgang der Zeitschrift: Boeckh, Direktor der Heilanstalt Schussenried, veröffentlichte im Januar 1950 den Beitrag „Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt, Heilanstalt, Geistes- und Nervenfürsorge“. „Die Überbevölkerung im Drei-Zonengebiet hat das Gesundheitswesen vor schwierige Aufgaben gestellt [...]. Die durch das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses weitere Aufgabe der Sippenforschung bei Familien psychisch Abwegiger führte zu einer systematischen erbbiologischen Erfassung weiter Bevölkerungskreise durch die staatlichen Gesundheitsbehörden. Alle diese Aufgaben sind mit dem Krieg und vor allem in der Nachkriegszeit fast völlig liegen geblieben. So notwendig die eugenische erbbiologische Erfassung der Bevölkerung wäre, so muss sie gegenwärtig noch zurücktreten hinter anderen, wichtigeren Aufgaben der Nervenkrankenfürsorge. [...]. Da die Gesundheitsämter, die jetzt schon umfangreiche Aufgaben der allge-

meinen hygienischen Betreuung der Bevölkerung zu bewältigen haben, sich kaum der psychischen Hygiene im alten Umfang widmen können, so werden sie aber in Zusammenarbeit mit den Nervenheilstalten auf dem Gebiet der Nervenkrankenfürsorge wesentliches leisten.“ [2]

Franz Redeker, Obermedizinalrat, Hamburg, referierte 1949 auf der Tagung der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bonn zur Situation öffentlicher Gesundheitspflege den Beitrag: „Magister in Physica. Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wohin geht der Weg?“ [3]: „Wir Physici fürchten, dass unser Aufgabengebiet einer fortschreitenden Zersplitterung unterliegt und dass darunter die für die Situationsbeherrschung und noch mehr für die fruchtbare Weiterentwicklung unerlässliche Gesamtschau verloren geht. [...]. Die gesundheitliche Sicherung eines Volkes kann nicht in aufgesplitteter, durch andere Interessen gebundener Teilansicht und nicht unter der Verantwortlichkeit anderer und gar gegen interessierte Wirtschaftssektoren oder Verwaltungen erfolgen.“

Seine Befindlichkeit beschrieb der frustrierte Obermedizinalrat Peretti (1949) aus dem Kreisgesundheitsamt Grevenbroich, Niederrhein. In diesem Landkreis hatte er zunächst 10 Jahre als Kommunalarzt, dann seit 1934 11 Jahre als Staatsbeamter in einem staatlichen Gesundheitsamt und danach wieder 3 Jahre als Kommunalarzt gearbeitet. Offensichtlich hatte er in die Kontinuität staatlicher Institutionen vertraut und enttäuscht schrieb er den Beitrag „Die Kommunalisierung der Gesundheitsämter hat auch Schattenseiten!“ [4]: „Während überall in der Welt unsere Kollegen Ansehen und Einfluss gewonnen haben, degradiert man uns zu Angestellten niederen Ansehens in der

Kreisverwaltung, ohne sich darüber Rechenschaft zu geben, wie sehr hoch qualifizierte Ärzte gekränkt und in ihrer Entfaltung gehindert werden.“ Peretti erscheint tief enttäuscht wegen der Rekommunalisierung des staatlichen Gesundheitsamtes und über den Verlust des Staatsbeamtenstatus.

Fazit: Den Anstaltsleiter Boeckh plagten offensichtlich keine Zweifel über den Umgang mit psychisch kranken Menschen während der NS-Zeit. Redeker konzentrierte sich am Ende seiner ausschweifend bis in die Antike zurückreichenden Darstellung besonders auf den Gewinn des GVG für den ÖGD, den er in der Zusammenführung der Aufgaben des staatlichen Kreisarztes und des Kommunalarztes sah. Offenbar zur allgemeinen Entlastung der ÖGD-Ärzte fügte er hinzu: „Kein Amtsarzt war unter den Ärzten, die in Nürnberg oder sonst wo vor dem Richter standen.“ [4]

Die trotz formaler Gültigkeit des GVG unsicher gewordene Rechtsgrundlage des ÖGD, der Statusverlust als staatliche Sonderbehörde, der Aufgaben- und Personalabbau in den Gesundheitsämtern und auch der Rückgang der Nebentätigkeiten erschien den Ärzten nicht akzeptabel, sie sahen sich offenbar eher in einer Opferrolle. Eine offene fachöffentliche inhaltliche Auseinandersetzung der Beteiligten mit der doch selbst erlebten NS-Gesundheitspolitik unterblieb, insbesondere mit dem Menschen verachtenden Umgang mit behinderten und mit psychisch kranken Menschen und dem System konformen Beitrag der Gesundheitsämter dabei. Allgemein entlastend trat 1951 das „Ausführungsgesetz“ zu Artikel 131 des Grundgesetzes in Kraft. Nutznießer war jener Personenkreis, der nach seiner Verstrickung in den Nationssozialismus aus

dem öffentlichen Dienst entfernt worden war, nun aber wieder in seine früheren Rechte eingesetzt wurde. [5]

Es sollte ca. 60 Jahre dauern, bis eine schonungslose Offenlegung der Rolle der Gesundheitsämter durch die Enkelgeneration erfolgte. [6]

In den 50er Jahren erlebte die Bundesrepublik das mit dem Namen Ludwig Erhard verbundene so genannte „Wirtschaftswunder“, ausgelöst durch eine erfolgreiche soziale Marktwirtschaft („Wohlstand für Alle“), die aber schließlich in die politisch lähmende Haltung „Keine Experimente“ der späteren Adenauer-Ära mündete und die letztlich auch zu den Studentenunruhen 1968 beigetragen hat. Für den ÖGD blieb es beim GVG. Es war kein Bundesgesetz, stellte jedoch die Rechtsgrundlage für Organisation und Aufgaben des ÖGD dar, wobei die Exekutive in die Kompetenz der Länder fiel.

Es sind drei Ärzte zu nennen, deren Äußerungen im Organ des Bundes der deutschen Medizinalbeamten („Der Öffentliche Gesundheitsdienst“) die Entwicklung des ÖGD in Bayern in den frühen Jahren der Bundesrepublik charakterisieren. Sie waren jeweils Vorsitzende des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins und des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten (später: Bundesverband der Ärzte und Zahnärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes): Fritz Pürckhauer (1949–1959), Regierungsmedizinaldirektor in München, seit 1931 Arzt im ÖGD, Alfred Böhm (1971–1979), seit 1946 Arzt im ÖGD, Ltd. Medizinaldirektor, Leiter des Sachgebietes Humanmedizin bei der Regierung von Oberbayern und schließlich Peter Schuch (1985–1988), Ltd. Medizinaldirektor im staatlichen Gesund-

heitsamt Erlangen, der für den ÖGD inhaltlich einen Generationswechsel signalisierte.

Nach 10 Jahren ÖGD in der Bundesrepublik schrieb Pürckhauer zur „Krisis im Medizinalbeamtentum“ [7]: „Was die vergangene Generation 1935 errungen hat, bzw. das was davon noch übrig geblieben ist, zu erhalten und eine Rückgewinnung des verlorenen Geländes anzustreben, [...] bei staatlichen Gesundheitsämtern Gesundheitsämter als selbständige Ämter erhalten [...]. In kommunalen Ämtern wird dieses Ziel noch am leichtesten erreicht durch direkte Unterstellung des Amtsarztes unter die Verwaltungsspitze, die Zwischenschaltung von Laien zwischen Amtsarzt und Verwaltungsspitze ist abzulehnen. Der Gesundheitsreferent und Berater auf dem Gebiet des Gesundheitswesens für Stadtrat und Kreistag kann nur ein Arzt sein.“ Pürckhauer galt seiner Zeit als der unbestrittene geistige Führer der Medizinalbeamten.

Weiter führt er aus, die Vergütung ergibt sich aus der Qualität des Bewerbers. Die Nebentätigkeiten der Ärzte im ÖGD seien rückläufig, z. B. vertrauensärztliche Tätigkeiten, jedoch ist in Bayern die Ausübung einer Privatpraxis zulässig. In Bayern waren die Gesundheitsämter der Städte München, Nürnberg und Augsburg während der NS-Zeit in kommunaler Trägerschaft geblieben. Daraus ergaben sich Unterschiede bezüglich der Aufgabe kommunaler Gesundheitsfürsorge. Die staatlichen Gesundheitsämter konzentrierten sich in erster Linie auf die Aufgaben Gesundheitsschutz und Medizinalaufsicht der früheren staatlichen Kreisärzte.

Der niedergelassene Arzt in eigener Praxis wurde zum Leitbild in der gesundheit-

lichen Versorgung der Bevölkerung. Ärztliche Berufspolitiker entwickelten systematisch Aktivitäten, zum Teil mit sehr unsachlichen Argumenten, wie der Hinweis auf überflüssige „Staatsmedizin“ und ausufernde Ministerialbürokratie, mit Duldung bzw. Unterstützung der Politik, um gesundheitsfürsorgerische Aufgaben des ÖGD in die Kompetenz frei praktizierender Ärzte zu überführen. So verloren beispielsweise die Ärzte der Gesundheitsämter in Bayern 1983 ihre Impffähigkeit, obwohl sie bei epidemiologischer Betrachtung in ihrer Impftätigkeit sehr erfolgreich waren. Ihnen verblieben lediglich die Kontrolle der Impfbücher und eine Impfberatung.

Der Leiter des Stuttgarter Gesundheitsamts Hufnagel klagte 1966 [8]: „Einzig und allein der dritte Partner, der Arzt im Öffentlichen Gesundheitsdienst, läuft Gefahr, an ein Tabu zu rühren, wenn auch er von der dringlichen Notwendigkeit einer noch zu verstärkenden Gesundheitsvorsorge spricht: Ihm wird zu gerne sofort unterschoben, dass er damit die Verstaatlichung der Medizin wünsche, dass er ein getreuer Diener einer machthungsrigen Ministerialbürokratie sei, dass er für Vorsorgeuntersuchungen aller Art eine Monopolstellung erstrebe und die frei praktizierenden Ärzte ausschalten wolle, dass durch seine „institutionalisierte Tätigkeit“ das Vertrauensverhältnis Arzt/Patient gestört werde und vieles mehr.“

Seit Mitte der 70er Jahre wurde dann noch der Begriff „Subsidiarität“ als Argument gegen den ÖGD in die gesundheitspolitische Diskussion eingebracht. Der Staat bzw. die Kommune habe nur solche Aufgaben zu erledigen, für die sich im privaten Sektor keine Lösung findet. Subsidiarität bezeichnet ein dynamisches Geschehen mit der Möglichkeit, Handlungs-

kapazitäten freizusetzen, Subsidiarität bedeutet aber das absolute Gegenteil zu einer eigenständigen Konzeption öffentlicher Gesundheitsleistungen.

Status- und Rollenverlust, Aufgabenschwund und Abstinenz der Politik gegenüber dem Anliegen öffentlicher Gesundheitspflege wurde von Vertretern der Medizinalbeamten immer wieder und auch öffentlich beklagt. Es gelang dem ÖGD aber nicht, den insgesamt negativen Trend in seinem Ansehen und seiner abnehmenden gesundheitspolitischen Wertschätzung als wichtiges Subsystem im öffentlichen Gesundheitswesen nachhaltig umzukehren. Der Abbau von Gesundheitsfürsorge und sozialmedizinischer Beratungs- und Gutachertätigkeit minderte zudem die Attraktivität des ÖGD für junge Ärzte. Die gesundheitsfürsorgerische Arbeit im ÖGD betrifft ein Tätigkeitsfeld, das dem ethischen Berufsideal der gesamten Ärzteschaft entspricht und eine Bastion der Humanität in diesem Dienst darstellt.

So war der Ärztemangel im ÖGD zwangsläufig. 1965 beklagte Alfred Böhm die Überalterung der ÖGD-Ärzeschaft in Bayern und den Nachwuchsmangel, den man Anfang der 70er Jahre durch Landesverordnungen zur Durchführung des Staatsvertrages über die Vergabe von Studienplätzen, d. h. die Bereitstellung von Studienplätzen für Bewerber mit Verpflichtung für den ÖGD zu begegnen suchte. Böhms Nachfolger als Vorsitzender des Landesverbandes Bayern Peter Schuch sprach noch 1975 von einer „bedrückenden Personalsituation des ÖGD in Bayern.“ [9] Erst Mitte der 80er Jahre wuchs wieder das Interesse jüngerer Ärzte am ÖGD.

Jan Leidel, Leiter des Gesundheitsamtes

der Stadt Köln, wies 1994 in einem Beitrag „Komplementär oder subsidiär – wofür brauchen wir eigentlich das Gesundheitsamt?“ [10] darauf hin, dass die Argumentation mit dem aus der christlichen Soziallehre stammenden Begriff Subsidiarität nicht der Versorgungswirklichkeit entspricht. Der ÖGD agiere in Bereichen komplementär, die von der vertragsärztlichen Versorgung nicht erreicht werden, dazu gehören gesundheitlicher Umweltschutz, Verhältnisprävention gesundheitsschädlicher Entwicklungen, sozialpflegerische Dienste, Menschen in sozialer Not u. a. Dem auch von neoliberaler Seite immer wieder vorgetragenen Subsidiaritäts-Argument ist zu entgegenen, für den ÖGD sind viele Aufgaben wie öffentliche Gesundheit, Gesundheits- und Verbraucherschutz national und zum Teil auch international normativ geregelt, und zwar außerhalb der Zuständigkeit der Krankenversicherung (SGB V) bzw. der niedergelassenen Ärzteschaft.

In den 70er Jahren überholte die Sozialpolitik die Gesundheitspolitik, der ÖGD aber stand „zwischen gestern und morgen.“ [11]

Er war und blieb noch für ein weiteres Dezennium in der Gesundheitspolitik ein Stiefkind im Vergleich zur Aufmerksamkeit, die der Entwicklung der kassenärztlichen Versorgung (z. B. 1971 Früherkennungsmaßnahmen gemäß §§ 181–181b RVO), der wirtschaftlichen und personellen Entwicklung in Krankenhäusern und der Neuordnung der Ausbildung der Heilberufe gewidmet wurde. Schuch beklagte auf der Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenbundes 1974 die bedrückende Personalsituation, die unklaren Trends in der Aufgabenzuweisung für den ÖGD sowie die

wirtschaftliche Situation seiner Ärzte. Böhm traf 1977 auf dem Bundeskongress der Ärzte des ÖGD zur Situation des ÖGD die Feststellung: Die Situation des ÖGD ist derzeit mehr als unerfreulich, in der politischen Öffentlichkeit ist gar nicht mehr bewusst, dass es auch einen ÖGD gibt.

Der 1975 veröffentlichte Bericht zur Lage der Psychiatrie in der Bundesrepublik (Psychiatrie-Enquete) war ein wichtiger Meilenstein für die Entwicklung der Psychiatrie, aber auch ein Anstoß für die Politik, dem ÖGD neue Aufgaben zu übertragen. 1976 beschloss der Bayerische Landtag die Bildung psychosozialer Arbeitsgemeinschaften bei Gesundheitsämtern. 1977 erteilte das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung dem Regierungsbezirk Franken in diesem Sinne den Auftrag zu einem flächendeckenden Modellversuch. Die Erfahrungen gingen auch in den Ersten Bayerischen Psychiatrieplan 1980 ein, dem nach 10 Jahren der Zweite Plan folgte. Der ÖGD wurde mit neuen Aufgaben konfrontiert und er wuchs mit ihnen.

Auf der Fortbildungsveranstaltung der bayerischen Medizinalbeamten 1979 befasste sich Schuch mit dem „Problem der legalisierten Abtreibung“. Die Gesundheitsämter sind durch Gesetz zu Beratungsstellen im Vollzug des § 218 geworden, wobei es beim Abbruch „zum weit überwiegenden Teil wegen einer so genannten sozialen Indikation gehe“. Sein Einwand: „Die Mitwirkung staatlicher Gesundheitsämter bestärkt den Bürger in dem Glauben, dass alles sittlich und rechtlich richtig sei.“

1986 findet der 36. Bundeskongress der Ärzte im ÖGD in Erlangen statt und der

Bundesvorsitzende Schuch verzichtet in seiner Eröffnungsansprache auf „Gedanken zur Situation des ÖGD“, bis dahin ein jährlich wiederholtes Klageglied der Vorsitzenden. Dafür stellt und beantwortet er drei zukunftsorientierte Fragen [12]:

*Mit welchen gesetzlichen Grundlagen und Organisationsformen arbeiten wir?*

Ein über 50 Jahre altes Gesetz (GVG) kann schwerlich den modernen Bedürfnissen gerecht werden, dem zu dem das Odium eines Gesetzes anhängt (trotz partieller „Entnazifizierung“), in das nationalsozialistisches Gedankengut eingeflossen ist und in dessen Namen Maßnahmen vollzogen wurden, die wir heute eindeutig als unrecht erkannt haben.

*Wo liegen die grundsätzlichen Ziele unserer Arbeit?*

Der ÖGD ist die Nothelferfunktion gewohnt. Zielvorgaben für eine europäische Gesundheitspolitik finden sich in der Regionalstrategie der WHO „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“.

*Wie wird der ÖGD mit den neuen Fragestellungen fertig?*

Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist ein Dienstleistungsbetrieb. Die Kolleginnen und Kollegen arbeiten mit ärztlichem Denken und Handeln in der Organisationsform einer Behörde.

## Verändertes Selbstverständnis, neue Aufgaben

Die Definition des ÖGD als Dienstleistungsbetrieb durch den Vorsitzenden des Bundesverbandes markiert ein neues Selbstverständnis. 1986 beschließt der Landtag, das Gesetz über die Gesundheits- und Veterinärverwaltung in Bayern (Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst – GDG), welches das GVG ablöst. 1996 folgt eine Organisationsreform mit der Eingliederung der vormals selbständigen Behörden (Gesundheitsämter) in die Landratsämter, allerdings mit einem Staatsbeamten („Amtsarzt“) als Leiter. Seit 24. Juli 2003 gilt das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheits- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung (Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz – GDVG).

In einer Stellungnahme zu aktuellen Fragen im ÖGD erhebt Schuch 1987 die Forderung, den Umweltschutz im Aufgabenkatalog des ÖGD unverrückbar zu verankern. Er bezieht auch eindeutig Stellung zur Rolle der Gesundheitsämter in der heftigen Debatte, ausgelöst durch den Staatssekretär Peter Gauweiler, zur Entwicklung der Position der bayerischen Aids-Politik. Schuch [13]: „Der ÖGD verfügt über die einzig wirklich anonyme kostenfreie Untersuchungsmöglichkeit für den Bürger. Der ÖGD leidet jedoch darunter, dass er immer wieder als drohend erhobener Knüppel, als Machtinstrument des Staates, als medizinisch-politisches Menetekel gegen jene einschüchternd und drohend missbraucht wird, die vor einer Infektionskrankheit Angst haben, die vielleicht infiziert sind oder die an dieser Krankheit leiden.“

Das 1981 erstmals beschriebene und sich pandemisch ausbreitende Immundefektsyndrom Aids wurde zur neuen nachhaltigen Herausforderung für eine international zu vernetzende bevölkerungsbezogene Präventionspolitik, die u. a. auch die unverzichtbare Rolle Öffentlicher Gesundheitsdienste verdeutlichte. Der Reaktorunfall von Tschernobyl 1986 war ein weiterer katastrophaler Anlass für Politik, Wissenschaft und öffentliche Meinung, sich verstärkt auf eine Public Health-Perspektive gesundheitsbezogener Risiken aus der Umwelt zu konzentrieren. Reale und gesundheitsbezogene Risiken aus Umweltbelastungen wie z. B. Dioxine, Furane, PCB, Asbest, Amalgam, Müllverbrennung und Sick Building, Feinstaub, aber auch solche durch belastete Nahrungsmittel (Medikamente, Hormone, genetisch veränderte Ausgangsprodukt usw.) oder Infektionserreger (HIV, BSE, SARS/Vogelgrippe u. a.) bis hin zu biologischen Kampfstoffen (Anthrax u. a.) und aus Naturkatastrophen (Orkane, Überschwemmungen, Dürre, u. a.) als Folge des Klimawandels wurden und werden öffentlich diskutiert. Der ÖGD erweist sich dabei in der Risikokommunikation als ein von der Bevölkerung akzeptierter Ansprechpartner.

In den 70er und 80er Jahren erstellten Ärzte der Gesundheitsämter bzw. im Rahmen des Berufsverbandes wohl im Sinne eines Leistungsangebotes bzw. zur Bestätigung der Existenzberechtigung des ÖGD mehr oder weniger fiktive und oft auch an früheren Erfolgen (Hygiene, Sozialhygiene u. a.) orientierte Aufgabenkataloge für Gesundheitsämter und veröffentlichten Berichte über ihre eklektizistischen Aktivitäten in verschiedensten Aufgabenbereichen, die meist ohne Nachhaltigkeit blieben. Seit den 90er Jahren setzte sich im Rahmen des

europäischen Einigungsprozesses und unter dem Druck zunehmender Globalisierung eine politisch notwendige und gesellschaftlich erwünschte bzw. geforderte Public Health-Perspektive in der Gesundheitspolitik allmählich durch. Eine neue Zuständigkeit der Europäischen Union wurde 1993 im Artikel 129 des Maastricht-Vertrages festgeschrieben: Die Gemeinschaft unterstützt die Bemühungen der Mitgliedsstaaten auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheit und leistet einen Beitrag. Der ÖGD rückt damit in einen europäischen Kontext.

Der für jede lebendige Institution notwendige Prozess der permanenten Aufgabenentwicklung steht beim ÖGD auch in Bayern seit Jahren unter dem Druck so genannter Sparzwänge öffentlicher Haushalte, die stets auch politische Prioritätensetzungen beinhalten. Die Umsetzung erfolgt durch Verwaltungsreformen inklusive Verwaltungsvereinfachungen, Personal- und Aufgabenreduktionen und Tendenzen zur Privatisierung von Gesundheitsleistungen. Eine Beschränkung der Aufgaben der Medizinalverwaltung, insbesondere der Gesundheitsämter auf Gesundheitsberichterstattung, Steuerungsfunktionen, Infektionsepidemiologie, präventive Katastrophenpläne usw. ohne sozialhygienische und sozialmedizinische Aufgaben nimmt dem ÖGD das soziale Profil und würde ihn in Bayern im Prinzip auf das Aufgabenfeld des früheren Kreisarztes beschränken, selbstverständlich im zeitnahen gesundheitspolitischen und wissenschaftlichen Kontext und auf einem durch moderne Strukturen und Methoden angehobenen Niveau. Voraussetzungen dafür bieten die Kooperation mit dem Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), Folgeeinrichtung der früheren Landesuntersuchungsämter, auf Bundesebene mit dem

Robert Koch-Institut (RKI) und darüber hinaus die Wahrnehmung von Aufgaben aus der Kommission für Gesundheit und Verbraucherschutz der Europäischen Union. Aber eine zu enge Personalausstattung der Gesundheitsämter in den Landratsämtern nimmt ihnen den Spielraum für die von der Bevölkerung in den Landkreisen erwarteten präventiven und gesundheitsfürsorglichen Antworten auf jeweils aktuelle regionale Problemlagen, ganz abgesehen von einer Gesundheitsförderung nach Public Health-Konzept. Kommunale Gesundheitsämter akzeptieren den Dualismus, sie erfüllen die Aufgaben Gesundheitsschutz und Medizinalaufsicht im „übertragenen Wirkungskreis“ und haben zudem Prävention und Gesundheitsfürsorge als Auftrag.

## **Ottawa-Charta und die Folgen**

Im November 1986 unterzeichneten Vertreter aus 38 Teilnehmerländern das Abschlussdokument der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO, die „Ottawa Charta for Health Promotion“. In dieser Resolution wird die Neuorientierung der Gesundheitsdienste, die Verlagerung von Mitteln auf Gesundheitsförderung und Prävention gefordert, als Ziel nennt sie „Gesundheit für Alle“ (Health for All) durch eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik. Die Ottawa Charta betrachtet Frieden, Obdach, Bildung, Ernährung, Einkommen, stabiles Ökosystem, nachhaltige Ressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit als wesentliche Voraussetzungen für Gesundheit – Leistungen, die nur von einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik erwartet werden können.

Die Ottawa Charta fand in Deutschland in fast allen Gruppen im Gesundheitswe-

sen hohe Akzeptanz, Ende der 80er Jahre wurde mit der Entwicklung einer New Public Health begonnen. Von der Bundesregierung wurde im Rahmen des Förderprogrammes „Gesundheitsforschung 2000“ ein Förderschwerpunkt „Public Health/Gesundheitswissenschaften“ eingerichtet. Das Ergebnis war die Förderung von neuen Modellstudiengängen und fünf Forschungsverbänden an Universitäten über 10 Jahre. An der LMU München wurde zum Sommersemester 1993 der viersemestrige Postgraduierten-Studiengang „Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie“ gestartet.

Bei den meist universitären Vertretern der New Public Health-Initiative bestanden anfangs offenbar Zweifel daran, dass der real existierende, traditionell und institutionell für öffentliche Gesundheit zuständige ÖGD, der ja ein bundesweit flächendeckendes Versorgungsnetz bildet, in der Lage sei, wesentliche Aufgaben gemäß der Ottawa Charta zu übernehmen.

Diese Einschätzung war darin begründet, dass ein Fach öffentliche Gesundheit an Universitäten fehlte. Es gab aber über Jahre Kontakte zwischen ÖGD und internationalen Public Health-Entwicklungen, die allerdings weitgehend folgenlos blieben. Ein Rückblick auf die ÖGD-interne Weiterbildung, die sich an dem Auftrag öffentliche Gesundheit in der Bevölkerung zu orientieren hat, verdeutlicht die Schwäche eines Versorgungsauftrages, wenn er sich zu weit von der innovativen Kraft der Wissenschaft entfernt, die in erster Linie in den Universitäten liegt.

Vom 6.–10. Oktober 1959 fand in Hamburg das zweite Seminar über internationale Gesundheitsfragen und WHO-Arbeit der Deutschen Gesellschaft für die Ver-

einten Nationen statt. Die „Diskussion über die deutsche Amtsarzt-Ausbildung im Vergleich zur MPH (Master of Public Health) Ausbildung“ [14] wurde von Hans Harmsen, Leiter der Hamburger Akademie für Staatsmedizin, mit einem Beitrag über die Hamburger Amtsarzt-Ausbildung eingeleitet. K. H. Weber, Hamburg, berichtete über seine Ausbildung zum MPH in Pittsburgh, USA. Er kam zu dem Schluss, dass die verbesserte deutsche Amtsarzt-Ausbildung der Ausbildung zum MPH gleichwertig ist und die gleiche internationale Anerkennung finden sollte.

Einige Jahre später, auf dem 15. Kongress des Bundes der Deutschen Medizinbeamten 1965 referierte Fritz Beske, Regierungsmedizinaldirektor, Kiel, über den ÖGD in westlichen Ländern und in den USA [15]. „Es ist jedoch unabweisbar, Aufgaben, Organisation und Arbeitsweise des ÖGD kritisch zu überprüfen, die wissenschaftliche Arbeit zu überlegen und zeitgemäße Ausbildungsstätten zu schaffen.“

1976 stellte A. C. Eberwein von der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf in seinen „Gedanken zur Weiterbildung und Fortbildung der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes“ unter Verweis auf internationale Institutionen und Entwicklungen (u. a. ASPHER) fest, der Amtsarztkurs wird den Anforderungen und Erwartungen nicht mehr voll gerecht. [16]

Dabei schlägt er in einer mehrstufigen Weiterbildung auch die Weiterbildung zum „Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen“ vor. Der Vorstand des Bundesverbandes diskutierte 1978 die Weiterbildung in einem ersten Abschnitt zum „Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen“ und in einem nachfolgenden Ab-

schnitt zum „Physikat“. Die Arbeitsgemeinschaft der leitenden Medizinalbeamten plädierte für die Einheitlichkeit der Weiterbildung auf der Grundlage des „Physikats“. Darauf folgten die vorläufigen Bestimmungen über die Weiterbildung der Ärzte im Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ vom 6. November 1981 (StAnz. S. 2239). Diese wurden ersetzt durch die Verordnung über die Weiterbildung der Ärzte in dem Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ vom 24. April 1989, (GVBl. I S. 129, 507). Der „Arzt für Öffentliches Gesundheitswesen“ wurde in die Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer aufgenommen. Heute gilt der Facharzt in vielen Bundesländern als angestrebte Weiterbildung für den ÖGD, in Bayern wurde die Zweite Staatsprüfung (Physikat) bislang beibehalten.

Erich Kröger, Präsident der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, die 1971 aus dem Zusammenschluss der Akademien für Staatsmedizin in Hamburg und Düsseldorf entstanden war, beschrieb 1979 die Aufgaben und Ziele der Akademie. Der Zusammenschluss sei mit dem Ziel erfolgt, die deutsche Amtsarzt-Ausbildung international zu dem Ansehen zu verhelfen, das ihr eigentlich zukommt. Voraussetzung sei das Vorhandensein einer „School of Public Health“. Die seinerzeit angestrebte zentrale Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in der Bundesrepublik sei gescheitert. Es gebe zwei Akademien, die in Düsseldorf als selbständige Anstalt öffentlichen Rechts und die Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen München als integrierter Bestandteil des Bayerischen Staatsministeriums des Innern. Die Akademie sei für die im ÖGD Tätigen ein wichtiger Bezugspunkt [17]: „Die Weiterentwicklung des ÖGD

hängt von diesem selbst ab. Mit einer eigenen Akademie sind ihm alle Chancen gegeben.“

Deutlich verschieden davon äußerte sich Hartmann von der Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen München, 1981 [18]. Er sieht die ärztliche Tätigkeit im ÖGD grundsätzlich primär-präventiv, mehr kollektiv als individualmedizinisch und in die Verwaltungsstrukturen eingebunden. Die Tätigkeit im ÖGD verlange grundsätzlich den Generalisten, nicht den Spezialisten und sei subsidiär zu sehen. Aus heutiger Sicht bleibt dazu festzustellen, dass der Begriff Generalist weder als Gebiets- noch als Zusatzbezeichnung in einer Muster-Weiterbildung für Ärzte jemals aufgetaucht ist.

1995 veröffentlichte Norbert Schmacke als Ergebnis eines Workshops der Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen in Düsseldorf das Memorandum „Public Health an den Universitäten und Öffentlicher Gesundheitsdienst, Perspektiven für die Zusammenarbeit.“ [19]

Aber noch auf der Freiburger Konferenz 1997 zu „Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitswissenschaften / Public Health“ vertraten Fülgraff und Rübiger aus dem Berliner Forschungsverbund die Position, dass Public Health ungeeignet und zu wichtig sei, um auf ein Weiterbildungsfeld für Mediziner eingeeengt zu werden und dass Public Health-Studiengänge keine Ausbildungsstätten für den ÖGD seien, im Gegensatz zu fast allen „Schools of Public Health“ im europäischen Ausland. Demgegenüber vertrat Johannes Gostomzyk die Meinung [20]: „Für die Personalentwicklung und Qualifizierung des Versorgungsauftrages „Öffentliches Gesundheitswesen“ könnte die neue universitäre Public Health-Aus-

bildung eine zentrale Bedeutung erlangen, wenn Ausbildungsinhalte, Zielvorstellungen und Berufsperspektiven in der Praxis näher als bisher aufeinander abgestimmt werden.“

Seither hat sich vieles weiter entwickelt. Zunächst wurde ein loser Kontakt zwischen der Bayerischen Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen und dem Postgraduierten Public Health-Studiengang „Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie“ an der LMU, München, geknüpft. Nachdem inhaltliche Schnittmengen der Curricula identifiziert waren, wurden gemeinsame Lehrveranstaltungen erfolgreich durchgeführt. Zwischen Universität und Akademie sind in der Folgezeit vertragliche Vereinbarungen über die Zusammenarbeit geschlossen worden, zum gegenseitigen Nutzen.

Der ÖGD in Bayern hat, ebenso wie im Bund, seit Kriegsende die ihm im Rahmen der Gesundheitspolitik zugewiesenen Aufgaben erfüllt und dennoch zugleich an Akzeptanz und Bedeutung verloren. Erst die Einsicht in die Globalisierung der Gesundheit, das Fortschreiten des europäischen Einigungsprozesses und eine breite gesellschaftliche Akzeptanz der Public Health-Perspektive haben den Trend umgekehrt. Der ÖGD befindet sich derzeit im Prozess der Neuorientierung mit offenem Ergebnis, aber im Kontakt mit wissenschaftlichen Entwicklungen und im Kontext der gesellschaftlichen Veränderungen. Darin liegt seine Chance für die Zukunft.

## Literatur

- 1 Labisch A.: Entwicklungslinien des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland. Vorüberlegungen zur historischen Soziologie öffentlicher Gesundheitsvorsorge. *Öff. Gesundheitswes.* 1982; 44:745–761
- 2 Boeckh.: Die Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsamt, Heilanstalt, Geistes- und Nervenkrankenfürsorge. *Öff. Gesundheits-Dienst* 1949/1959; 11:329–333
- 3 Redeker F.: „Magister in Physica“ Wo kommen wir her? Wo stehen wir? Wohin geht der Weg? *Öff. Gesundheits-Dienst* 1949/1950; 11:145–157, 185–195
- 4 Peretti.: Die Kommunalisierung der Gesundheitsämter hat auch Schattenseiten! *Öff. Gesundheits-Dienst* 1949/1950; 11:309–312
- 5 Willms J.: Die deutsche Krankheit. Eine kurze Geschichte der Gegenwart. Carl Hanser Verlag, München Wien 2001
- 6 Donhauser J.: Das Gesundheitsamt im Nationalsozialismus. Eine Dokumentation. *Gesundheitswesen* 2007; 69:7–128.
- 7 Pürckhauer F.: Krisis im Medizinalbeamtentum. *Öff. Gesundheits-Dienst* 1959/1960; 21:165–181
- 8 Hufnagel H.: Öffentlicher Gesundheitsdienst und Gesundheitsvorsorge. *Öff. Gesundheits-Dienst* 1966; 28:346–355
- 9 Schuch P.: Bericht über die Landesversammlung der Bayer. Medizinalbeamten. *Öff. Gesundheits-Dienst* 1975; 37:56
- 10 Leidel J.: Komplementär oder subsidiär – wofür brauchen wir eigentlich das Gesundheitsamt? *Gesundh.-Wes.* 1994; 56:493–497
- 11 Von Manger-König L.: Der Öffentliche Gesundheitsdienst zwischen gestern und morgen. *Öff. Gesundheits-Wes.* 1975; 37:433–448
- 12 Schuch P.: Eröffnung des Kongresses durch den 1. Vorsitzenden des Bundesverbandes der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, Herrn Dr. med. Peter Schuch, Erlangen. *Öff. Gesundheits-Wes.* 1986; 48:377–378
- 13 Schuch P.: Aktuelle Fragen im Öffentlichen Gesundheitsdienst. *Öff. Gesundheits-Wes.* 1987; 49:359–360
- 14 Zweites Seminar über internationale Gesundheitsfragen und WHO-Arbeit der Deutschen Gesellschaft für die Vereinten Nationen in Hamburg vom 6.–10. Oktober 1959. „Diskussion über die deutsche Amtsarztprüfung im Vergleich zur MPH (Master of Public Health)-Ausbildung“. *Öff. Gesundheits-Dienst* 1959/1960; 21:392–396
- 16 Beske F.: Der Öffentliche Gesundheitsdienst in den westeuropäischen Ländern und in den USA. *Öff. Gesundheits-Dienst* 1965; 27:283–303
- 17 Eberwein A C.: Gedanken zur Weiter- und Fortbildung der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. *Öff. Gesundheits-Dienst* 1976; 38:562–568
- 18 Kröger E K.: Aufgaben und Ziele der Akademie für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf. *Öff. Gesundheits-Wes.* 1979; 41:601–607
- 19 Hartmann J.: Der Amtsarztlehrgang – Grundlage für ein anderes ärztliches Denken. *Öff. Gesundheits-Wes.* 1981; 43:326–330
- 20 Schmacke N.: Memorandum „Public Health an den Universitäten und Öffentlicher Gesundheitsdienst“ : Perspektiven für die Zusammenarbeit. *Gesundh.-Wes.* 1995; 58:497–498
- 21 Gostomzyk J G.: Berufsfelder im öffentlichen Gesundheitswesen. In: Kälble K, v. Troschke J. (Hrsg): Aus- und Weiterbildung in den Gesundheitswissenschaften/Public Health. Schriftenreihe der „Deutschen Koordinierungsstelle für Gesundheitswissenschaften“ an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Universität Freiburg, Band 8. Freiburg, 1997



*Gemeinsamer bundesweiter Kongress „Medizin und Gesellschaft“ in Augsburg mehrerer wissenschaftlicher Verbände (GMDS, DGSMP, DGEpi, ÖGD Bayern, MDK Bayern, DGMS, DGPH, LZG Bayern) mit tragender Beteiligung des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und mit Unterstützung durch das StMUGV*

## 200 Jahre Öffentlicher Gesundheitsdienst in Bayern: Schlaglichter zu Historie, aktuellen Entwicklungen und Zukunftsperspektiven

Günther F. Kerscher, Volker Hingst, Andreas Zapf, Joseph Kuhn, Manfred Wildner

Die Medizinalverfassung aus dem Jahr 1808 stand im Kontext einer grundlegenden Staats- und Verwaltungsmodernisierung. Auch die heutige Ausgestaltung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hat Bezüge zu allgemeinen Reformen der Verwaltung und Veränderungen von Staatsaufgaben. Vor diesem Hintergrund werden im Folgenden noch einmal schlaglichtartig wesentliche Etappen der Geschichte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) Bayerns dargestellt. Für eine detaillierte Darstellung der geschichtlichen Entwicklung wird auf die entsprechenden ausführlicheren Kapitel in diesem Band verwiesen.

Aufbauend auf diese Synopse werden Überlegungen zu einer möglichen Fortentwicklung bzw. kontinuierlichen Qualitätsentwicklung skizziert.

Das Kapitel gliedert sich daher in drei Teile:

- Schlaglichter zur Historie
- Aktuelle Entwicklungen
- Zukunftsperspektiven

### Schlaglichter zur Historie

Die Medizinalverfassung von 1808 für das Königreich Baiern

Am 8. September 1808 geruhte Se. Majestät Maximilian I. Joseph, von Gottes Gnaden König von Baiern, in einer geheimen Konferenz das Organische Edikt

über das Medizinalwesen im Königreich Baiern zu erlassen. Das vom (damaligen) Freiherrn von Montgelas unterzeichnete Edikt samt weiterer zugehöriger Schreiben folgte einem Entwurf der Obermedizinalräte Dr. Simon von Haeberl und Dr. Karl Wigand Maximilian Jacobi. Damit wurde dem staatlichen Gesundheitswesen im gesamten Königreich Baiern eine nach dem Stande der ärztlichen Wissenschaften und den Anforderungen der öffentlichen Gesundheitspflege einheitliche moderne Organisationsstruktur gegeben, mit einem Medicinalbureau beim Ministerium des Innern an der Spitze.

Die leitenden Gedanken zum Edikt lesen sich wie folgt: „...haben Wir beschlossen, das in dieser Hinsicht schon bestehende Brauchbare auf alle Theile Unseres Reichs in einen jeden der neu organisierten Kreise zu übertragen, das Mangelnde allenthalben zu ersetzen; das Ganze in eine zweckmäßige Verbindung und einen der nothwendigen Ordnung günstigen Zusammenhang zu bringen, und zugleich den übrigen Verwaltungszweigen anzupassen – und verordnen, wie folgt...“

Das Edikt gliedert sich in organisatorischer Hinsicht in vier Titel:

- I. Von den mit der Ausübung medicinischer Wissenschaften aus allen Fächern sich befassenden Individuen
- II. Von den Stadtgerichts- und Landgerichts-Aerzten
- III. Von den Medicinalräthen bei den Kreis-Commissariaten

## IV. Medicinalbureau bei unserem geheimen Ministerium des Innern

Die Medizinalverfassung sollte, den Entwurfsverfassern folgend, nicht das gesamte Gesundheitswesen („Sanitätswesen“) erfassen, sondern den Beitrag der Staatsverwaltung für das Gesundheitswohl der Einwohner. Es wurde dazu grundlegend eine aufgabenbezogene Einteilung getroffen in einen polizeilichen Teil, unterteilt in die Sanitätspolizei und die medizinische Polizei, einen gerichtlichen bzw. gerichtsarztlichen, auf den hier nicht eingegangen wird, und einen statistischen Teil.

### Polizeilicher Teil:

Der Sanitätspolizei wurden zwölf Aufgabengebiete zugeordnet, die man heute in etwa wie folgt überschreiben würde:

- Öffentliche Sicherheitsmaßregeln für Schwangere
- Hilfe für Gebärende
- Neugeborenenfürsorge
- Säuglings- und Kleinkinderfürsorge
- Förderung fruchtbarer Ehen und Verhütung ansteckender Geschlechtskrankheiten
- Armenfürsorge
- Fürsorge für Sterbende, Leichenschau, Bestattungs- und Friedhofswesen
- Sicherheit von Nahrungsmitteln und Getränken einschließlich Trinkwasser
- Wohnungs-, Wohnort- und Lufthygiene
- Mitwirkung bei gesundheitlichen Angelegenheiten von Badeanstalten, Heilbädern, Gefängnissen
- Verhütung und Beseitigung von gesundheitlichen Gefahren, gesundheitliche Beratung insbesondere hinsichtlich Giften und übertragbaren Krankheiten
- Tierschutz und Schutz vor Zoonosen.

Im Unterschied dazu wurde die medizinische Polizei beschrieben als das Personal zum Zweck der Lehre und Ausübung aller ärztlichen, pharmazeutischen, heb-ärztlichen und tierärztlichen Tätigkeit zur Hilfeleistung für die durch die Sanitätspolizei nicht abwendbaren Übel und Krankheiten. Es wurden Regelungen zur Ausbildung und Berufsausübung vorgegeben (u. a. Medizinalordnung, Taxordnung, Apotheker-Hebammen-Tierarzt-Verordnung). Ergänzend ergingen Regelungen zu den medizinischen Schulen an den Universitäten, über die Einrichtung von Medizinalkomitees, die Anstellung der Gerichtsarzte, die Ernennung der Kreismedizinalräte u. a. m.

### Statistischer Teil:

„Derjenige Staat, welcher die mit großem Kostenaufwande verbundene Anstellung von Gerichtsaerzten, Medicinalräthen usw., [...] nicht zugleich für sich, für die Verbesserung dieses Zweiges der Staatsverwaltung, und selbst für das Fortschreiben der Wissenschaft, benutzen wollte, würde sich mancher wesentlicher und großer Vortheile begeben.“

Mit dieser noch heute geradezu modern anmutenden (Public Health-)Idee und Begründung wurde ein gezieltes Berichtswesen (Controlling) eingeführt und die Grundlage systematischer Gesundheitsberichterstattung (Topographien, Jahrbücher) gestärkt. In der Gesamtschau gleicht der gewählte Ansatz, der im Kontext des historischen Geschehens zu beurteilen ist, dem „System einer vollständigen medicinischen Polizey“ des Johann Peter Frank (1745–1821). Die Verwirklichung und Umsetzung entsprach der politischen Denkweise und Kunst des von der Idee einheitlicher Verwaltung des französischen Zentralstaats geprägten (späteren) Grafen von Montgelas.

Bemerkenswert modern und ganzheitlich gedacht waren die Zielsetzungen von Vorsorge und Schutz, von Fürsorge und Gefahrenbekämpfung einschließlich eingreifender Maßnahmen, die Ausrichtung auf das Individuum und der epidemiologische, statistische Ansatz einschließlich des Berichtswesens.

Der bayerische ÖGD steht noch heute grundsätzlich in der Kontinuität des damals etablierten Systems einer eigenständigen staatlichen Gesundheitsverwaltung im Rahmen der allgemeinen inneren Verwaltung – und dies nicht nur hinsichtlich vieler bereits damals definierter Aufgabenfelder. Im weiteren Verlauf der Geschichte ergaben sich freilich zahlreiche und weit reichende Veränderungen, etwa durch die Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung im Zuge der Ausdifferenzierung des Gesundheitswesens im 19. und 20. Jahrhundert. Damit verbunden war auch die Abkehr von einem stark durch das Sicherheits- und Ordnungsdenken geprägten Obrigkeitsstaat hin zum frühen demokratischen Wohlfahrtsstaat.

### **Der Nationalsozialismus in Deutschland – Schaffung staatlicher Gesundheitsämter**

Einen tief greifenden Einschnitt in die bis dahin angelegte Entwicklung bedeutete die rassenpolitische Instrumentalisierung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Nationalsozialismus. Mit diesem dunkelsten Abschnitt der Geschichte des deutschen Öffentlichen Gesundheitswesens hat sich in einer eindrucksvollen Arbeit Donhauser am Beispiel eines kleinen Gesundheitsamtes befasst, an dem er selbst als Arzt tätig ist. [2]

Er führt aus, dass durch das Vereinheitlichungsgesetz (Gesetz über die Verein-

heitlichung des Gesundheitswesens – GVG) zum 1. April 1935 im ganzen Deutschen Reich staatliche Gesundheitsämter mit reichseinheitlicher Organisation und Aufgabenstruktur geschaffen wurden. Neben staatlichem Gesundheitsschutz und (noch) kommunaler Gesundheitspflege wurde die nationalsozialistische „Erb- und Rassenpflege“ zur Pflichtaufgabe des durch das Gesetz erst entstandenen reichseinheitlichen Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der neuen Gesundheitsämter und der Einheitsmedizinbeamten.

Dieses dunkle Kapitel der deutschen Geschichte und des bayerischen ÖGD darf nicht vergessen werden, gerade wenn eine weiterführende Diskussion über künftige Aufgaben und Organisationsstrukturen auf dem Feld der Öffentlichen Gesundheit – Public Health – zu führen ist. Staatliche Eingriffe in die Freiheit der Bürger zum Schutz der Gesundheit aller können heute nur unter Berücksichtigung der Grenzen legitimiert werden, welche die Menschenwürde setzt, d. h. wenn in einer offenen Auseinandersetzung mit der Vergangenheit auch Lehren aus den damaligen Grenzüberschreitungen gezogen werden.

### **Der ÖGD in der Bundesrepublik Deutschland**

Das GVG von 1934 und die dazu erlassenen Durchführungsverordnungen behielten, soweit mit dem Grundgesetz der neuen Bundesrepublik Deutschland vereinbar, Rechtsgültigkeit bis weit in die 80er Jahre des vergangenen Jahrhunderts. Erst ab da erließen die zuständigen Länder nach und nach neue Gesundheitsdienstgesetze.

Trotz der damit verbundenen organisatorischen Vielfalt kristallisierte sich aus den

meist ähnlichen Bedarfslagen doch ein recht einheitliches Verständnis des Aufgaben- und Fachgebiets des ÖGD heraus. Dies lag und liegt gewiss auch am erfolgreichen Wirken der beiden Akademien für Öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf und München.

Von erheblicher Bedeutung war die Wiedervereinigung Deutschlands. In den neuen Ländern erfolgte eine bewusste Abkehr von einem staatlichen ÖGD, gleichzeitig wurde eine betont sozialmedizinische Ausrichtung beibehalten. Damit unterscheiden sich die Dienste heute in den Ländern sowohl vom Organisationsaufbau als auch vom Aufgabengebiet her erheblich. Nur in Baden-Württemberg und Bayern besteht – bei gewissen Unterschieden in der Ausgestaltung gerade der Personalhoheit – noch ein staatlicher ÖGD.

## **Der ÖGD in Bayern im Kontext laufender Verwaltungsreformen**

In seiner 200-jährigen Tradition weist der Öffentliche Gesundheitsdienst in Bayern somit einerseits eine Kontinuität zentraler Funktionen auf – von der Hygiene über den Infektionsschutz bis hin zur Medizinlaufsicht, andererseits erfuhren diese Funktionen ihre inhaltliche und organisatorische Prägung und Erweiterung im jeweiligen historischen Kontext. Der Öffentliche Gesundheitsdienst ist kein statisches, sondern ein dynamisches System, das sich mit den fachlichen, gesellschaftlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen sowie in einer „Koevolution“ mit den anderen Akteuren des öffentlichen Gesundheitswesens entwickelt. Wesentliche Bestimmungselemente dabei sind die Bürgerorientierung der modernen Verwaltung – der ÖGD versteht sich nicht mehr obrigkeitsstaatlich, sondern als Sachwalter der gesund-

heitlichen Belange der Bürger (stewardship) – sowie die arbeitsteilige Vorgehensweise gemeinsam mit anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens, darauf soll später noch eingegangen werden.

1986 wurde das Bayerische Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst – GDG – erlassen. Es formulierte in knapper Form Aufgaben und Organisationsstruktur des bayerischen ÖGD, wobei sich in der Aufgabenbeschreibung durchaus Anknüpfungspunkte an das Konzept der Medizinalverfassung von 1808 erkennen lassen. Oberste Landesgesundheitsbehörde blieb weiterhin das Bayerische Staatsministerium des Innern. Die Struktur staatlicher Gesundheitsämter als Sonderbehörden der Staatsverwaltung wurde beibehalten.

Im Zuge mehrerer Verwaltungsreformen erfolgten verschiedene Änderungen der Aufgaben der Gesundheitsämter und Novellierungen des Gesetzes, auf die hier nicht im Einzelnen eingegangen wird. Eine wesentliche Änderung ergab sich – nach Neuressortierung des Gesundheitswesens ab 1993 im Bayerischen Sozialministerium – durch die wesentlich mit der Einheit staatlicher Verwaltung begründete Eingliederung der bis dahin eigenständigen staatlichen Gesundheitsämter in die Landratsämter. Nun lag zwar die fachliche Zuständigkeit gebündelt im Sozialressort, die Personalzuständigkeit verblieb jedoch zu weiten Teilen im Innenressort. In Folge der Eingliederung kam es überdies – de facto – zu einer weitgehenden „Kommunalisierung“ der Aufgabenwahrnehmung.

Dies wurde u. a. dadurch begünstigt, dass im Zuge mehrerer Stufen fortgeführter Verwaltungsreform die Vorgaben

zur Durchführung der – überwiegend bundesgesetzlich grundsätzlich normierten Aufgaben (insbesondere sei das Infektionsschutzgesetz – IfSG – genannt) – geändert wurden. Auf Beschluss der Bayerischen Staatsregierung sollten auch die sich aus dem IfSG ergebenden Kontrollaufgaben grundsätzlich nur noch „anlassbezogen“ durchgeführt werden. Vielfach wurde ein „Anlass“ nur noch gesehen, wenn bereits begründeter Verdacht – etwa durch Beschwerde – oder Tatsachen eines Verstoßes gegen bestimmte z. B. Hygienevorschriften bekannt wurden. Da zugleich das zugehörige Berichtswesen weitestgehend abgeschafft wurde, fehlt(e) in den meisten Fällen auch eine Kenntnis über die Aufgabenerledigung und deren Effektivität und Effizienz. Eine kürzlich durchgeführte Erhebung lässt insoweit erhebliche Unterschiede in der Kontrolltätigkeit (Kontrollgrad, d. h. Kontrollhäufigkeit und -tiefe) erkennen.

Den Landratsämtern als unterer Ebene der Staatsverwaltung wurden so bewusst weite Ermessensspielräume, welche die Berücksichtigung lokaler und regionaler Besonderheiten ermöglichen, eingeräumt. Da dem Landrat – in Bayern kommunaler Wahlbeamter – die Organisationshoheit für den kommunalen wie den staatlichen Teil des Landratsamtes zukommt, trägt er auch die Verantwortung für die Aufgabenwahrnehmung der unteren Gesundheitsbehörde als Teil des staatlichen Landratsamtes. Das Einräumen möglichst weiter Ermessensspielräume und Gestaltungsmöglichkeiten für die lokalen Behörden entspricht dem Grundsatz der Subsidiarität und damit einem Grundprinzip, dem sich die Bayerische Staatsregierung verpflichtet sieht.

## Aktuelle Entwicklungen

### Aufgaben und Struktur heute

Dem bayerischen ÖGD, der nun nach einer kurzen Episode eines Staatsministeriums für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz im Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (StMUGV) ressortiert, sind heute im Wesentlichen die nachstehenden Aufgabenbereiche zugewiesen:

- Gesundheitsförderung und Prävention, Gesundheitsvorsorge, -fürsorge, Beratung und (aufsuchende) Hilfen; sozialmedizinische Aufgaben
- Gesundheitsschutz, Überwachung und Kontrollen; Aufgaben der Berufsaufsicht, des Infektionsschutzes, der Umwelthygiene
- Begutachtungen (vertrauensärztliche Tätigkeit für den Dienstherren)
- Querschnittsaufgaben (Gesundheitsberichterstattung, Information, Kommunikation).

Für die Aufgabenerledigung gilt unverändert als Prämisse: Stärkung der Entscheidungsmöglichkeiten und der Verantwortung vor Ort und zugleich weitgehende Entbürokratisierung. Für die Organisationsstruktur ist bis auf weiteres von den bestehenden Landkreisen und unteren Gesundheitsbehörden als Teil der Landratsämter auszugehen. Darüber bestehen die Ebenen der Regierungen und des Ministeriums; als zentrale Fachbehörde ist das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) eingerichtet.

Die Landkreise im Flächenstaat Bayern sind im Vergleich zu denen anderer Länder im Durchschnitt klein. Die Personalausstattung der Landratsämter stößt bei nur begrenzt zur Verfügung stehenden Ressourcen an enge Grenzen. Ange-

sichts der Fülle der Aufgaben der Gesundheitsämter bedeutet dies, dass eine Spezialisierung dort nicht möglich ist. Die Ärztinnen und Ärzte der Gesundheitsämter haben – unbeschadet ihrer nahezu durchweg gegebenen und oft mehrfachen fachärztlichen Qualifikation (Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen, daneben auch Kinder- und Jugendheilkunde, Innere Medizin u. a.) – auch als „Generalisten für Bevölkerungsmedizin“ zu handeln.

Die erforderliche fachliche Vertiefung erfolgt über semizentrale- und zentrale Strukturen, im Wesentlichen über das LGL als „fachliche Leitstelle“. Beispiele für weitere semizentrale Strukturen sind

- die Konzentration der Begutachtung zu Fragen der Dienstfähigkeit Beamter bei den Medizinischen Untersuchungsstellen der Regierungen,
- die Konzentration der Heilpraktiker-Überprüfungen bei acht Ämtern,
- die Ansiedlung der Tuberkulose-Fachberater bei den Regierungen.

Eine zentrale Unterstützung durch das LGL ist dabei heute, nach einer durchgreifenden Modernisierung dieser Behörde hin zu einer schlagkräftigen Public Health-Institution, auf beinahe allen Aufgabengebieten gegeben. Beispiele sind insbesondere Krankenhaushygiene, Infektionsepidemiologie, Umwelttoxikologie, Gesundheitsberichterstattung; ferner spezialisierte Labor- bzw. epidemiologische Untersuchungen und Unterstützungen bei komplexen Sachverhalten.

Auf ministerieller Ebene kommen u. a. die gesundheitspolitischen Abstimmungen und Zielsetzungen für das Land, aber auch auf Bundesebene und europäischer Ebene hinzu. Neben politischen sind auch fachliche Schnittstellenfunktionen zu den

oberen Bundesbehörden, den Großforschungseinrichtungen und den Hochschulen auszufüllen.

Anforderungen an die Form, in der der ÖGD heute seine Aufgaben wahrnimmt, ergeben sich daraus, dass in der Moderne die Herausforderungen zur Gewährleistung der öffentlichen Gesundheit immer komplexer geworden sind. Dies hat die Herausbildung eines ausdifferenzierten und spezialisierten Systems von Akteuren im Bereich der öffentlichen Gesundheit nach sich gezogen. Der ÖGD hat vielfältige Partner bekommen, er ist ein Akteur unter vielen, allerdings aufgrund seines staatlichen Charakters ein Akteur mit besonderen Verantwortlichkeiten und besonderen Befugnissen.

Die Ausdifferenzierung und Spezialisierung von Aufgaben bedeutet auch eine Ausdifferenzierung und Spezialisierung des Wissens. Die wissenschaftliche Verankerung der Aufgabenwahrnehmung ist ein Kernelement des modernen Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Dies hat weit reichende Auswirkungen auf die Aus-, Fort- und Weiterbildung, auf die institutionellen Kooperationen des ÖGD sowie auf die Art und Weise, wie die fachlichen Zuständigkeiten innerhalb des ÖGD vorteilhaft zu organisieren sind. Partnerschaftlichkeit und Wissenschaftlichkeit sind damit unverzichtbare Arbeitstugenden eines modernen Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

### **Weitere Schritte kontinuierlichen Qualitätsmanagements**

Der ÖGD erfüllt als Teil des Gesundheitssystems seine Aufgaben allerdings nicht ohne Konkurrenz. Immer wieder werden Zuständigkeiten in Frage gestellt, andere, die oft marktwirtschaftlich nicht interessant sind, verbleiben. Nur durch Erbrin-

gen seiner Leistungen auf hohem Qualitätsniveau wird er seinen Platz im gegliederten und umkämpften Feld der Gesundheitsleistungen erhalten können; nur so wird er als unverzichtbar auch in der Verwaltung und Politik anerkannt bleiben. Das Beste, was für den ÖGD und von ihm gefordert werden kann, ist Qualität. Ein kontinuierliches Qualitätsmanagement muss daher in allen Bereichen Selbstverständlichkeit sein.

Dazu werden im bayerischen ÖGD derzeit folgende Schritte unternommen:

- Erstellen eines Aufgabenkatalogs mit Handbuch für den ÖGD in Bayern
- Intensivierung der internen Kommunikation
- Ausbau der Aus-, Weiter- und Fortbildung

### **Aufgabenkatalog bzw. Handbuch des ÖGD Bayerns**

Fachliche Qualität erfordert zunächst ein gemeinsames Verständnis vom Wesen eines Faches und seinen Grenzen, von den ihm zuzurechnenden Aufgabengebieten, von erforderlichen Qualifikationen und auch davon, was „state of the art“ der Aufgabenerledigung ist, also auch von Leitlinien.

Eine Projektgruppe des StMUGV erarbeitet unter Mitwirkung des LGL, von Regierungen und Gesundheitsämtern derzeit einen aktualisierten Aufgabenkatalog. Er wird die dem ÖGD gesetzlich zugewiesenen Aufgaben, in Aufgabenfelder gegliedert, unter Benennung der Rechtsgrundlagen, wichtigster untergesetzlicher Normen und fachlicher Arbeitshilfen wie Leitlinien u. a. enthalten. Soweit geboten, werden dabei einheitliche Durchführungsanweisungen etwa für Überwachungsaufgaben (Kontrolltiefe, -dichte, Controlling u. a.) erlassen.

Dieser Aufgabenkatalog wird nicht nur als Verwaltungsvorschrift eine Vorgabe und Hilfe zur Aufgabenerledigung sein. Er soll dadurch, dass er das Aufgabengebiet des ÖGD Bayerns beschreiben wird, darüber hinaus ganz entscheidend auch zum Selbstverständnis des Dienstes und aller, die in ihm arbeiten, beitragen. Er soll als Handbuch des ÖGD Bayerns die Entität des Faches darstellen und auch als Grundlage für Aus-, Fort- und Weiterbildung dienen. Um eine zeitgemäße fortlaufende Aktualisierung zu ermöglichen, wird von Anfang an eine elektronische Datenbankversion für das behördeninterne Intranet des ÖGD Bayerns erarbeitet.

### **Intensivierung der internen Kommunikation**

Zusammengehörigkeit (corporate identity) wird nicht nur durch die Definition des Faches gefördert, sondern ganz wesentlich auch durch intensive Kommunikation. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des ÖGD Bayerns sollen sich als Angehörige ihrer jeweiligen Behörde und gleichzeitig vor allem als Mitglieder des ÖGD verstehen können. Dazu werden verstärkt Kommunikationswege und -möglichkeiten genutzt werden. Dienstbesprechungen, Fortbildungen, das schon genannte Intranet, Kongresse u. a. sind dabei zu nennen.

### **Ausbau der Aus-, Weiter- und Fortbildung**

Fortbildung ist ein zentrales Element der Qualitätssicherung. Wie in anderen Bereichen der Medizin soll sie auch im bayerischen ÖGD eine noch wichtigere Rolle einnehmen. Die bayerische Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen als Teil der Akademien für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz im LGL kommt diesem Auftrag mit einem umfangreichen und hochwertigen Ange-

bot nach. Geprüft wird die Einführung eines Fortbildungspunktesystems.

An veränderte Bedingungen sind auch die Aus- und Weiterbildungen für alle Berufsgruppen im ÖGD anzupassen. Neben veränderten aufgabenbezogenen und den bekannten strukturellen Anforderungen sind dabei u. a. beamten- bzw. laufbahnrechtliche Änderungen (Dienstrechtsreform) zu nennen sowie auch Änderungen in der Gebietsdefinition des Facharztes für Öffentliches Gesundheitswesen. Das StMUGV und das LGL kooperieren bei Aus-, Fort- und Weiterbildung der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD seit Jahren erfolgreich mit der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) und dem dortigen postgradualen Studiengang Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie (Public Health). Der sog. Amsarztkurs wird in Teilen gemeinsam mit dem Studiengang durchgeführt.

Im Folgenden soll dieses Verhältnis zwischen ÖGD und Public Health mit Blick auf Zukunftsperspektiven eingehender beleuchtet werden.

## **Zukunftsperspektiven**

### **ÖGD und Public Health**

Mit seinen Funktionen steht der ÖGD in direktem Bezug zu dem, was im wissenschaftlichen Umfeld unter der Bezeichnung „Public Health“ seit den 1980er Jahren erfolgreich in Deutschland wieder etabliert werden konnte.

Public Health ist nach einer Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) von 1954 „die Wissenschaft und Praxis der Krankheitsverhütung, Gesundheitsförderung und Lebensverlängerung durch organisierte gemeinschaftsbezogene Maßnahmen.“ [3]

Diese Definition geht auf George Winslow aus Yale aus den 1920er Jahren zurück, der sie in seinem Aufsatz „The untitled fields of Public Health“ [dt.: Die nicht bestellten Felder der öffentlichen Gesundheit] verwendete. [4]

Wichtige Bausteine des wissenschaftlichen Fundaments der (Sozial)-Hygiene – und damit von Public Health – wurden in Deutschland entwickelt.

Rudolf Virchow (1821–1902), der auch mehrere Jahre in Würzburg tätig war, oder Max von Pettenkofer (1818–1901), der in München wirkte, haben dabei eine wichtige Rolle gespielt. So kann die Gründung der renommierten Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health – mit der Harvard School of Public Health und der University of North Carolina at Chapel Hill die führende akademische Public Health Institution in den USA – auf einen Besuch am Pettenkoferschen Institut in München zurückgeführt werden.

Das renommierte US-amerikanische Institute of Medicine definiert die Aufgabe von Public Health als „Bedingungen schaffen, in denen Menschen gesund sein können.“ [5]

Diese „Pettenkofersche“ Betonung des Lebensumfeldes und der Verhältnisse gilt auch nach der Entzifferung des menschlichen Genoms. Verhalten und Verhältnisse bleiben auch im biomedizinischen Zeitalter wichtige und auf absehbare Zeit die wichtigsten Ansatzpunkte für die öffentliche Gesundheit. Allerdings muss hierfür, wie in der biomedizinischen Forschung, das notwendige wissenschaftliche Know How mobilisiert werden. Es geht darum, dass die entsprechenden (Handlungs)-Felder von einer modernen, systematischen, multidisziplinären

nären und multiprofessionellen Public Health ausreichend bearbeitet werden. Public Health steht der biomedizinischen Forschung nicht als Low Tech gegenüber, sondern als disziplinenübergreifende Sachwalterin von Health High Tech.

Dass im Rahmen der Public Health Förderung der vergangenen 20 Jahre eine akademische Lehr- und Forschungsstruktur für Epidemiologie und Public Health in Deutschland aufgebaut werden konnte, ist trotz mancher noch unerfüllt gebliebener Erwartungen insbesondere an die Verankerung von Public Health in der Praxis eine große Errungenschaft. Forschung und Praxis von Public Health besser zusammenzuführen, ist eines der Entwicklungspotentiale, die es für die öffentliche Gesundheit zu erschließen gilt.

### **ÖGD und Public Health in Bayern: ein Ansatz zur Überwindung der Trennung von Theorie und Praxis?**

Für die zögerliche Aufnahme von Public Health in die Praxis des ÖGD kommt der (zu) langen Trennung von Öffentlichem Gesundheitsdienst in seinen stark auf Vollzug ausgerichteten Strukturen und den modernen Wissenschafts- und Praxisfeldern im Dienst der öffentlichen Gesundheit (=Public Health) eine Schlüsselrolle zu. In Bayern wird versucht, diese unfruchtbare Trennung in einem langfristig angelegten Organisationsentwicklungsprozess zu überwinden. Die letzten Meilensteine dieses Prozesses waren das Inkrafttreten eines neuen Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes (GDVG) im Jahr 2003 und die Kooperation zwischen dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) mit der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU). Insbesondere über die Kooperation hinsichtlich des Amtsarztlehrganges und ei-

ner Pettenkofer School of Public Health München sollen wichtige Verknüpfungen zwischen ÖGD und Public Health (wieder-) hergestellt werden.

Dabei wird einer epidemiologischen Fundierung der ÖGD-Arbeit und ihrer präventiven Ausrichtung hoher Stellenwert zugemessen und ist im GDVG verankert: „Der Öffentliche Gesundheitsdienst in Bayern versteht sich als integraler Teil eines modernen und effizienten Gesundheitswesens. Sein Aufgabenprofil wird durch spezifisch staatliche und kommunale Verantwortlichkeiten für die Gesundheit oder Bevölkerung insgesamt bestimmt („Public Health“). Neben den klassischen Aufgaben der Gefahrenabwehr (Infektionsschutz, umweltbezogener Umweltschutz etc.) treten dabei zunehmend gesundheitsplanerische, epidemiologische und präventive Aspekte.“

In diesem Sinn wurde der genannte postgraduale Studiengang Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie (Public Health) im Zuge des Ausbaus des Studienangebots der LMU weiterentwickelt mit verstärkten Inhalten zu (Public) „Health Administration and Management/Verwalten und Führen im Gesundheitswesen“ und der Amtsarztkurs integriert.

Beim Ausbau der Kooperation werden vermehrt Inhalte des ÖGD in den Studiengang eingebracht werden. Ärztinnen und Ärzte im ÖGD werden sich zunehmend Fähigkeiten eines Managements im Gesundheitswesen erarbeiten müssen, da sie schon wegen der Breite ihres Aufgabengebietes nicht mehr jede Leistung werden selbst erbringen können. In vielen Bereichen, gerade der Gesundheitsförderung und Prävention, werden sie mit verschiedenen Partnern zu kooperieren, Runde Tische zu moderieren und

Pakte zu vereinbaren haben. All diese Aufgaben wie gerade auch die Aufgabe der Politikberatung erfordern neue und zusätzliche Fähigkeiten.

Andererseits wird ein wichtiger Schritt sein, unmittelbaren Praxisbezug in den genannten Studiengang einzubringen. Bereiche wie angewandte Hygiene und Prävention sind in der universitären Weiterentwicklung hin zu vorrangig molekularbiologisch ausgerichteten Forschungsinstitutionen im internationalen Wettbewerb teils verloren gegangen. Wie zur Aufrechterhaltung des Gesundheitssystems die hausärztliche Allgemeinmedizin ihren Platz in den Medizinischen Fakultäten (wieder) finden muss, gilt dies ebenso für das öffentliche Gesundheitswesen und seinen Dienst. In Bayern kann dazu an eine große Tradition und an die herausragende Persönlichkeit eines Max von Pettenkofer angeknüpft werden. Im Kooperationsvertrag zwischen LMU und LGL ist daher der Aufbau einer School of Public Health vorgesehen, die dessen Namen tragen wird.

Absolventen des Amtsarztlehrganges, der in diesem Zusammenhang inhaltlich mit Stärkung des Praxisbezugs weiterentwickelt und auch weiter modularisiert und – soweit möglich – zur Fortbildung geöffnet werden soll, werden bei erfolgreicher Teilnahme die Voraussetzungen zur zweiten Staatsprüfung, bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen zur Anerkennung der Facharztbezeichnung Öffentliches Gesundheitswesen und eine Option zur Erlangung eines Masters of Public Health erlangen. Dazu benötigen sie einen zusätzlichen voraussichtlich vierwöchigen Intensivkurs in Public Health Grundlagen einschließlich quantitativer Methoden und haben eine Magisterarbeit zu erstellen. Seitens des

StMUGV besteht an der freiwilligen Wahrnehmung dieser Option durch Amtsärzte ein grundsätzliches Interesse.

## **Thesen zur zukunftsfähigen Verbindung von Theorie (Public Health) und Praxis des ÖGD**

Der vorgestellte, in Bayern gesetzlich verankerte und auf Zukunftsfähigkeit in einem geeinten Europa ausgerichtete Selbstanspruch der staatlichen Aufgabenwahrnehmung im Dienst der öffentlichen Gesundheit verknüpft den ÖGD mit akademischer Public Health. Diese Verbindung ist ein gemeinsames Unterwegssein, kein einmalig schon erreichter oder zu erreichender stationärer Zustand. [6, 7, 8, 9, 10]

Nachfolgend werden 10 Thesen zu diesem Weg aufgestellt.

1. ÖGD ist Public Health – zumindest soweit Public Health die „Praxis der Krankheitsverhütung, Gesundheitsförderung und Lebensverlängerung durch organisierte gemeindebezogene Maßnahmen“ ist.

Nicht umsonst ist der ÖGD mit Gesundheitsämtern verbunden, im Gegensatz zu den Krankenhäusern der kurativen Medizin.

2. Daraus lässt sich im Umkehrschluss ableiten, dass Public Health als akademische, universitär verankerte Wissenschaft die zugehörige Methodenwissenschaft der ÖGD Praxis ist.

Anzustreben ist grundsätzlich eine berufliche Qualifikation in den Grundwissenschaften des öffentlichen Gesundheitswesens, welche auch auf Führungsaufgaben im ÖGD vorbereitet und der Amtsarztqualifikation nahe kommt bzw. diese methodisch vorbereitet und ergänzt.

3. Das beinhaltet wiederum, dass der ÖGD sich grundsätzlich öffnet für eine Multiprofessionalität in der Praxis, welche der Interdisziplinarität in der wissenschaftlichen Lehre und Forschung entspricht.

Der akademische Grad des Master of Public Health (MPH) kann dabei als einigendes Band über die grundständige akademische Ausbildung hinweg wirken.

4. Daher wurde in Bayern die Qualifikation durch den Amtsarztkurs zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen mit der Qualifikation für den Erwerb des akademischen Titels „MPH“ harmonisiert. Damit wird der Amtsarzt in die Lage versetzt, verantwortliche Funktionen vergleichbar einem „chief medical officer“, also einer autoritativen Instanz für alle Belange der Gesundheit der Bevölkerung, wahrzunehmen (Anwaltschaft, Überwachung, Berichterstattung). Die Weiterbildung zu einem Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen hat damit, wie auf europäischer Ebene ebenfalls zu beobachten, die Ausbildung in Public Health im Rahmen der theoretischen Kursweiterbildung integriert.

5. Public Health ist unverzichtbar für eine bedarfsgerechtere Ausrichtung der Ressourcen des ÖGD. Epidemiologische Methoden erhöhen das Gewicht einer evidenzbasierten Prävention und Gesundheitsförderung im ÖGD gegenüber einer nur auf Erfahrungswerten und Tradition beruhenden Strategiebildung. In Zeiten knapper Kassen und erhöhter Legitimationserfordernisse für staatliche Aktivitäten ist das eine unabdingbare Voraussetzung für die politische Akzeptanz des ÖGD.

6. Der paradigmatische Wandel von einer Gesundheit-Krankheit-Dichotomie hin zu einem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum, wie er von Public Health vertreten wird, ist eine Chance für den ÖGD.

In Übereinstimmung mit den Kernanliegen von Public Health betreffen die neuen Aufgaben eines modernen ÖGD alle Aspekte der Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention und Lebensverlängerung einschließlich der Anwaltschaft für gesundheitliche Chancengleichheit, die auch ein gesundheitsförderliches Gestalten von Lebenswelten und dabei der Umwelt(en) bedeutet. Am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit wurde ein Landesinstitut für Gesundheit und Ernährung eingerichtet, welche diese Ausrichtung strukturell und inhaltlich lebt.

7. Die Vernetzung im Bereich der öffentlichen Gesundheit ist in einer Zeit der Globalisierung dringend geboten. Diese Aussage hat eine konkrete Form in der Neufassung der Internationalen Gesundheitsvorschriften (IGV) gefunden, welche zum 15. Juni 2007 für die WHO-Vertragsstaaten völkerrechtlich bindend in Kraft getreten sind. Darüber hinaus wird die europäische Politik der Bürger- bzw. Verbraucherorientierung Akzente auch für den ÖGD setzen, welche ihn noch näher an Public Health heranführen wird. Hierzu gehört auch die Methode der offenen Koordinierung im Rahmen der Lissabon-Strategie der Europäischen Union (EU). In diesem Kontext hat der ÖGD wichtige Funktionen bei der Umsetzung und Mitgestaltung.

8. Public Health ohne den ÖGD führt zu einer Verarmung in der Public Health Praxis – der ÖGD ist in vieler Hinsicht eines der wichtigsten Berufsfelder für entspre-

chend qualifizierte Public Health-Absolventen. Eine zielführende Harmonisierung der Aus- bzw. Weiterbildung in den beiden zurzeit noch getrennten Bereichen kann den ÖGD in seinen Funktionen gegenüber industriellen Lobbies oder anderweitigen Pressure Groups im Interesse des Gemeinwohles stärken.

9. Public Health unterstützt den ÖGD bei seiner Öffnung hin zu einem Akteur in einem zivilgesellschaftlichen Umfeld. Gesundheitsberichterstattung, Risikokommunikation, Netzwerkbildung und Bürgerbeteiligung sind Stichworte, die diese Veränderung markieren. Eine relevante Rolle in der Prävention kann der ÖGD nur durch eine solche Öffnung spielen, andernfalls wird er auf die alte gesundheitspolizeiliche Gefahrenabwehr reduziert.

10. Offen ist, wie eine Harmonisierung der Ausrichtung des ÖGD mit modernen Public Health-Prinzipien auf allen Verwaltungsebenen möglich ist. Sie sollte auf Ebene von Landesamt und Ministerium in Kooperation mit den einschlägigen universitären Einrichtungen vorbereitet werden. Dies kann z. B. durch gemeinsame Institute geschehen sowie durch eine Verzahnung in der Lehre, welche dringlich auch die Mediziner Ausbildung berühren sollte.

Der ÖGD kann als humanmedizinische Fachdisziplin mit eigenem Facharzt darüber hinaus auch zur Verankerung von Public Health (auch) in medizinischen Fakultäten beitragen. Eine Trennung von Public Health und Medizin ist trotz der geforderten Inter- bzw. Transdisziplinarität kritisch zu sehen. Dies ist schon vom Gegenstand „Gesundheit“ her einsichtig. Auch dafür kann eine feste, nicht nur romantische Verbindung von Public Health

und ÖGD unter einem Dach eintreten.

## Wohin geht die Reise?

Es ist davon auszugehen, dass es im Wesentlichen bei den bestehenden bundesrechtlichen Vorgaben bleibt, ÖGD-relevante Änderungen etwa im Zuge der Föderalismusreform sind nicht zu erwarten. Auch bei den landesrechtlich normierten Aufgaben stehen keine grundsätzlichen Änderungen an. Das bedeutet nicht, dass nicht Anpassungen immer wieder zu erfolgen haben. Als ein Beispiel sei das aktuelle Thema Kinderschutz genannt.

Es ist weiter davon auszugehen, dass die Struktur der Landkreise trotz der auch im Zuge des demographischen Wandels erkennbar werdenden strukturellen Veränderungen für Jahre noch unverändert bestehen bleiben wird. Ebenso sind nach Abschluss der Reform „Verwaltung 21“ keine größeren und grundsätzlichen Veränderungen der Behördenstrukturen zu erwarten. Eine Wiederausgliederung des ÖGD aus den Landratsämtern steht nicht auf der Tagesordnung. Wichtige Schritte zu einem kontinuierlichen Qualitätsmanagement sind beschrieben und eingeleitet.

Kann damit also in Zufriedenheit erst einmal zugewartet werden? Nein! Die Erfahrungen und die Berichte der Gesundheitsämter zeigen, dass die bestehenden Herausforderungen erheblich sind. Das Aufgabengebiet ist zu oft wechselnden tagesaktuellen Bedürfnissen ausgesetzt; die Organisationsstruktur bedingt zumindest Kompromisse. Es besteht ein prinzipieller Widerspruch zwischen der erwarteten fachärztlichen Expertise auf allen Teilgebieten und den Möglichkeiten in Anbetracht der Breite des Aufgabengebiets. Nachfolgend zur Eingliederung der Gesundheitsämter in die Landratsämter

wurden ihnen zudem oft zusätzlich neue, kommunale Aufgaben zugewiesen. Die Steuerungsfunktion durch die Regierungen und das zuständige StMUGV stoßen aufgrund der „de facto-Kommunalisierung“ an Grenzen. Auch die Mitarbeiter im ÖGD verstehen sich häufig primär als Mitarbeiter ihres Landratsamtes. Es ist eine bemerkenswerte und nicht immer förderliche Vielfalt in der Aufgabenerfüllung entstanden. Einige der gezogenen Konsequenzen wurden – Stichwort Aufgabenkatalog – bereits skizziert. Ob es zu weiteren einschneidenden Änderungen – etwa einer tatsächlichen Kommunalisierung ggf. auch nur von Teilen der Aufgaben des ÖGD – kommt, lässt sich nicht absehen, ist derzeit aber nicht zu erwarten. Gerade für die ohnedies zwingend unmittelbar bürgernah zu erbringenden sozialmedizinisch geprägten Aufgaben der Beratung und Hilfe wäre es zumindest prinzipiell denkbar. Die (streng) hoheitlichen Aufgaben der Qualitätssicherung und Überwachung (vor allem Infektionsschutz) könnten dagegen durchaus mit Gewinn an Speziali-

sierung und Synergien zentralisiert werden. Ob sich daraus letztlich unterschiedliche Entwicklungslinien auch mit Rückwirkung auf den Facharzt für Öffentliche(s) Gesundheit(swesen) ergäben, kann zunächst offen bleiben. Es wäre denkbar, dass sich im Sinne einer weiteren Spezialisierung über einem common trunk ein Zweig Öffentliche Gesundheit – Sozialmedizin und ein anderer Zweig Öffentliche Gesundheit – Infektions- und Umwelthygiene eröffnen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass ein so profilierter Öffentlicher Gesundheitsdienst den vielfach beschriebenen Herausforderungen der gesellschaftlichen Entwicklung, von den sozialen Fragen über den demografischen Wandel bis hin zu den Folgen der Globalisierung, besser gerecht wird. Er würde in einem guten, aber auch einem realistischen Sinne Modernität verkörpern und zugleich an die Maxime Max von Pettenkofers anknüpfen: Die Verbindung von Wissenschaft, Technologie und Gemeinsinn. [11]

## Literatur

- 1 Körting W.: Die Medizinalverfassung von 1808 für das Königreich Baiern. Schriftenreihe der Bayerischen Landesärztekammer (Band 25). Genehmigter Nachdruck: Bayerisches Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz 2007.
- 2 Donhauser J.: Das Gesundheitsamt im Nationalsozialismus. Eine Dokumentation. Gesundheitswesen 2007; 69:7–128.
- 3 WHO Expert Committee on Public Health Administration, First Report. Geneva: World Health Organization, 1952 (WHO Technical Report Series, No. 55)
- 4 Winslow CEA. The untilled fields of Public Health. Science, 1920:1306:23–33
- 5 Institute of Medicine. The future of Public Health. Washington: National Academies Press, 1988
- 6 Kurth B-M.: ÖGD und Public Health: Vom Fremdeln übers gegenseitige Akzeptieren zur Liebesheirat? Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2005;48:1093–1094
- 7 Maschewsky-Schneider U.: Zur Situation von Public Health in Deutschland. Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2005;48:1138–1144
- 8 Müller W.: Haben ÖGD und Public Health getrennt eine Zukunft? Bundesgesundheitsbl-Gesundheitsforsch-Gesundheitsschutz 2005;48:1145–1152
- 9 Grunow D., Grunow-Lutter V.: Der Öffentliche Gesundheitsdienst im Modernisierungsprozess. Weinheim: Juventa, 2000.
- 10 Locher W, Wildner M, Zapf A, Kerscher G (Hrsg.): Der Öffentliche Gesundheitsdienst im internationalen Vergleich – Euregio Bodensee am 10. und 11. Oktober 2006 in Lindau. Ein Symposium des Hartmannbundes. Germering: Zuckschwerdt Verlag, 2008 (im Druck)
- 11 Wildner M.: Max von Pettenkofer (letter). Lancet 2001;357:765

Teil 2:  
Kommentierte Dokumentation

**Die Formation der Ministerien.**

**Die Qualifikation der Gerichtsärzte.**

**Die Jahresberichte der Gerichtsärzte.**

**Impfgesetz für das deutsche Reich.**

**Organisches Edict über das Medicinalwesen im Königreiche.**

*Titel historischer Gesetze und Verordnungstexte der kommentierten Dokumentation.*

## Sammlung von Gesetzes- und Verordnungstexten zur Geschichte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern

Die folgende Auswahl von Dokumenten zeichnet wichtige Stationen der Entwicklung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern über die 200 Jahre von 1808 bis 2008 nach. Die Gliederung folgt den eingangs beschriebenen Entwicklungslinien, wobei der letzte Zeitabschnitt etwas differenzierter dokumentiert und daher nochmals thematisch untergliedert wird:

- Von den Anfängen bis zur neuzeitlichen Sozialhygiene
- Der ÖGD in Bayern während des Nationalsozialismus
- Neubeginn in einem pluralistischen Gesundheitswesen
  - Allgemeine Entwicklungen und Aufgabenzuschreibung
  - Besondere Behörden und Einrichtungen
  - Ordnung der Aus-, Weiter- und Fortbildung

Die Dokumente wurden diesen Zeitabschnitten entsprechend gruppiert und in einem vorangestellten Überblick in ihrem jeweiligen zeitgeschichtlichen Kontext kurz kommentiert. Insbesondere die neueren Dokumente wurden nur in Teilen abgedruckt, da sie in den einschlägigen juristischen Literaturdatenbanken elektronisch verfügbar sind. In allen Fällen wird die eindeutige bibliographische Referenz gegeben, so dass alle genannten Quellen auffindbar sind.

Den Herausgebern ist bewusst, dass sie eine Auswahl getroffen haben. Dies betrifft zum einen die Konzentration auf Rechtsvorschriften, zum anderen die Auswahl unter den Rechtsvorschriften.

Vollständigkeit wäre hier nicht zu erreichen gewesen, das Recht des Öffentlichen Gesundheitsdienstes ist in hunderterten von Einzelvorschriften niedergelegt. Maßgebend für die Auswahl war, inwiefern die jeweiligen Rechtsvorschriften konstitutiv für die inhaltliche und organisatorische Ausrichtung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern waren. Dies sind in erster Linie Dokumente über die Einrichtung von Behörden und Gremien, über Zuständigkeiten und über Ausbildungsfragen.

So behandeln die ausgewählten Gesetze und Verordnungen beispielsweise den Aufbau der Gesundheitsfachverwaltung, die Berufe des Gesundheitswesens, die Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, den gesundheitlichen Umwelt- und Verbraucherschutz, Arzneimittel-, Apotheken-, Medizinprodukte- und Gefahrstoffwesen, die Unterbringung psychisch Kranker sowie übergeordnete Tätigkeiten im Rahmen des Gesundheitsschutzes, der Gesundheitsvor- und Fürsorge sowie der gesundheitsbezogenen Berichterstattung, Planung und Steuerung. Die Dokumentation bezieht sich dabei dem Anlass der Dokumentation entsprechend auf die einschlägigen bayerischen Landesgesetze und Verordnungen, d. h. von der Dokumentation europäischer Rechtsvorschriften oder von Rechtsvorschriften des Bundes wurde ebenso abgesehen wie von kommunalrechtlichen Vorgaben, etwa in der Landkreis- oder Gemeindeordnung.

### Von den Anfängen bis zur Neuzeitlichen Sozialhygiene

Wolfgang G. Locher, Udo Andraschke, Bodo Pregler

#### Überblick

| Dokument  | Kommentar  |
|---|--|
| 1803 28.10.<br>Höchste churfürstliche Verordnung, die Bestimmung und Besoldung der Landgerichts-Aerzte betr. (Churpfalz-baierisches Regierungsblatt 1803, 912–916; Martin 2, 301–302 Auszug; Seydel 2, 60–64) | Die beiden kurfürstlichen Reskripte vom 28. 10. 1803 bildeten den Auftakt zur Medizinalreform in Bayern. Sie erhoben die früheren Land- und Stadtphysici zu Staatsdienern und stellten beim Neuaufbau des Staates das Gesundheitswesen unter staatliche Aufsicht. In jedem der seit 1802 bestehenden 50 bayerischen Landgerichtsbezirke wurde ein beamteter Landgerichtsarzt mit der Kontrolle des Gesundheitswesens beauftragt. Vielfach wurden die bisherigen Stadtphysici in die neue Funktion übernommen. Im Großen und Ganzen arbeiteten auch die anderen reichsstädtischen Ämter als bayerische Behörden weiter. |
| 1803 28.10.<br>Generalinstruction für die Landgerichts-Aerzte (Churpfalz-baierisches Regierungsblatt 1803, 195; Seydel 2, 64–66)  | s. o.  |
| 1804 15.02.<br>Entschließung der Churfürstlichen Landesdirection von Bayern, die Anstellung eines Impfarztes in Bayern zur systematischen Durchführung der sog. Schutzblatternimpfung                         | Im Kampf gegen die um 1800 als der „verheerendste Feind des Menschengeschlechtes“ angesehenen Pocken wurde mit Franz Seraph Giel erstmals in Bayern ein „Central-Impfarzt“ zur zentral gesteuerten Durchführung der Pockenimpfung und zur Bereitstellung der verwendeten „Impfmaterie“ installiert.  |
| 1806 30.04.<br>Entschließung der kgl. Landes-Direction, die Anstellung der Stadtgerichts-Aerzte betr. (Regierungsblatt. 1806, 165 f.; Martin 2, 302 Auszug; Seydel 2, 67–68)                                  | In Städten mit besonderen Polizeidirectionen wurden nun noch besondere Stadtphysici angestellt, deren Amt nicht mit dem für diesen Sprengel zuständigen Landgerichtsarzt vereint werden durfte.  |

| Dokument   | Kommentar  |
|--|--|
| <p>1807 02.07.<br/>Verordnung, die Uniformierung der Stadt-Physiker und Landgerichts-Aerzte betr. (Regierungsblatt 1113; Martin 2, 310; Seydel 2, 90–91)</p> | <p>Als Ausdruck des staatlichen Auftrags und im Sinne eines einheitlichen Erscheinungsbildes („corporate identity“) erhielten die neuen Amtsärzte eine aus dunkelblauem Tuch bestehende Uniform, deren Tragen allerdings nicht zur Pflicht gemacht wurde.</p>  |
| <p>1807 27.08.<br/>Königlich Allerhöchste Verordnung, die in sämtlichen Provinzen gesetzlich einzuführende Schutzpockenimpfung betreffend.</p>               | <p>Als erster großer Flächenstaat in Deutschland ordnete Bayern mit dem Impfgesetz vom 27. 8. 1807 den Impfwang an. Vorausgegangen auf diesem Weg waren lediglich die Markgrafschaft Bayreuth und Hessen, die am 5. 5. 1807 bzw. am 6. 8. 1807 eine Impfpflicht angeordnet hatten. Vor der Einführung des Impfgesetzes waren in Bayern bereits über 280.000 Menschen geimpft worden. Mit dem neuen Gesetz durften nur noch Ärzte die im Übrigen kostenlose Impfung durchführen. Die Landgerichtsärzte und die Stadtphysici hatten jährlich zweimal öffentlich die Impfung vorzunehmen.</p>   |
| <p>1808 08.09.<br/>Organisches Edict über das Medicinalwesen im Königreiche Bayern. (Regierungsblatt 1808, 2189 ff.; Martin 2, 3–14)</p>                     | <p>Das Organische Edikt über das Medicinalwesen gehörte zu einer ganzen Reihe von sog. Organischen Edikten, mit denen die Regierenden die Regelungslücken ausfüllten, welche die kompakt formulierte Konstitution für das Königreich Bayern vom 1. Mai 1808 offen gelassen hatte. Letztere trat zum 1. Oktober 1808 in Kraft.</p> <p>Das Organische Edikt vom 8. September 1808 bildete die Grundlage für die Behördeneinrichtung der Gesundheitsverwaltung und stellte die Medizinalverwaltung im Allgemeinen und den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Besonderen auf eine solide Basis. Bis in das 20. Jahrhundert hinein bildete es den gesetzlichen Rahmen für die Organisationsstruktur der Medizinalverwaltung in Bayern. Dabei wurde Bayern flächendeckend mit</p> |

### Dokument

### Kommentar

einem Netz ärztlicher Beamter überzogen. Geregelt wurde der gesamte medizinische Betrieb im neuen Königreich. Das neue Regelwerk definierte die einzelnen Heilberufe – akademische und Landärzte, Chirurgen, Apotheker, Hebammen, Bader usw. und regelte insbesondere auch deren Ausbildung. Aber auch vieles andere mehr. Ein Schwerpunkt in dem Organischen Edikt bildete in den Teilen II und III jedoch vor allem der Aufbau eines Öffentlichen Gesundheitsdienstes.

---

1808 08.12.  
Verordnung, die Organisation der Medicinalcomiteen zu München, Bamberg und Trient betr. (Regierungsblatt 2889, Martin 2, 500–502 Auszug)

Den als Zwischenstufe im Verwaltungsapparat eingeführten und aus vier bis fünf Medizinalräten bestehenden Medizinalcomiteen oblag die Erstellung von gerichtsmedizinischen Obergutachten und insbesondere die Durchführung der Prüfungen für den ärztlichen Staatsdienst.

---

1809 06.10.  
Verordnung, die Organisation und Ernennung der Gerichts-Aerzte betr. (Regierungsblatt 1809, 1818; Martin 2, 302–305)

In Ergänzung zum Organischen Edikt vom 8. 9. 1808 wurden hier noch einmal Umfeld, Obliegenheiten und Pflichten der Gerichtsärzte weiter geregelt. So wurde z. B. auch festgehalten, dass die Land- und Stadtgerichtsbezirke die Territorialgrenzen für den Geschäftsbereich der Gerichtsärzte darstellen. Geregelt wurde die Beziehung der Gerichtsärzte zu den Untergerichten und Polizeistellen. Überdies wurde betont, dass medizinisch-gerichtliche und medizinalpolizeiliche Geschäfte nur von den aufgestellten Gerichtsärzten behandelt werden dürfen, deren Stellung im Übrigen nur beratend und nicht „exequierend“ sei.

---

1810 19.06.  
Allerhöchste Verordnung, die Besoldung der Stadtgerichtsärzte betr. (Seydel 2, 88)

Die Besoldung der Stadtgerichtsärzte wird gestaffelt an die Größe der Städte gekoppelt (400 bis 600 Gulden).

| Dokument   | Kommentar   |
|--|---|
| 1817 16.04.<br>Verordnung, die Errichtung eines Ober-Medicinalcollegiums betr. (Regierungsblatt 1817, 369)   | Das seit 1808 beim Innenministerium bestehende Medizinalbüro wurde mit dieser Verordnung zu einem mit fünf Obermedizinalräten besetzten Beratergremium (Obermedizinalkollegium) umgebildet. Das dem Ministerium unmittelbar untergeordnete und nicht mit Exekutivbefugnissen ausgestattete Kollegium diente als beratende, aufsehende und als begutachtende Stelle, auch in gerichtsmedizinischen Fragen. |
| 1825 27.11.<br>Verordnung, die Auflösung des Ober-Medicinalcollegiums betr. (Regierungsblatt 1825, 929)  | Aufhebung des 1817 geschaffenen Obermedizinalkollegiums; dem Innenministerium wurde lediglich ein Obermedizinalrat belassen. Gutachterliche Fragen wurden nun an die medizinischen Fakultäten und die Medizinalkomitees geleitet.   |
| 1825 09.12. Verordnung „Die Formation der Ministerien betr.“ (Regierungsblatt 977, Martin 2, 14–15)  | Bei dieser Neuordnung der fünf Ministerien wurde das Medizinalwesen in seinem ganzen Umfang im Innenministerium dem Geschäftszweig der sog. Staats- und Landespolizei zugeordnet, welche die Erhaltung der „guten Ordnung im Innern“ zum Zweck hatte. Beigeordnet dem Innenministerium wurde als beratende Instanz der in voriger Rubrik genannte Obermedizinalrat.                                       |
| 1825 17.12. Verordnung „Die Formation, der Wirkungs-Kreis und der Geschäftsgang der obersten Verwaltungs-Stellen in den Kreisen betr.“ (Regierungsblatt 1049; Martin 2, 16–19) | Bei dieser Neuregelung der Verwaltung in den acht Kreisen wurden die damaligen Aufgaben der Amtsärzte in den §§ 51–57 noch einmal einzeln definiert.  |
| 1830 24.07.<br>Errichtung eines Obermedicinalausschusses, Regierungsblatt 1830, 1013).   | Beratend und zur Klärung von strittigen Fragen wurde den Medizinalbeamten mit dem Obermedizinalausschuss wieder ein dem früheren, 1825 aufgelösten Obermedizinalkollegium ähnliches Beratergremium zur Seite gestellt, das im Wesentlichen aus nebenamtlich tätigen Hochschullehrern bestand.   |

| Dokument  | Kommentar   |
|---|---|
| 1838 20.11.<br>Ministerial-EntschlieÙung die Benennung der Land- und Stadtgerichtsärzte betr. (Seydel 2, 86)  | Die alte Bezeichnung „Physikus“ wurde durch die deutsche Benennung „Stadt- oder Landgerichtsarzt“ ersetzt.  |
| 1843 23.08.<br>Verordnung, die Auflösung der Medicinalcomiteen zu München und Bamberg betr. (Regierungsblatt 585; Martin 2, 502–503)  | Durch eine Änderung in der Prüfungsordnung für Mediziner und Pharmazeuten verloren die noch in Bamberg und München bestehenden Medizinalkomiteen den größten Teil ihrer Aufgaben und wurden daher aufgelöst. Die Erstellung von gerichtsmedizinischen Obergutachten wurde an die medizinischen Fakultäten der drei Landesuniversitäten (München, Erlangen, Würzburg) verwiesen. |
| 1846 21.03.<br>Ministerial-EntschlieÙung, die Qualifikation der Gerichtsärzte betr. (Seydel 2, 98–101)  | Damit erfolgte eine Systematisierung in der Personalführung der Gerichtsärzte.  |
| 1852 28.07.<br>EntschlieÙung der kgl. Regierung von Oberbayern, Kammer des Innern, Normen für die Geschäfts-Führung und Registratur der Gerichts-Ärzte betr. (Ärztliches Intelligenzblatt 1855, 369; Martin 2, 358–363) | Um den Verwaltungsbetrieb zu vereinheitlichen, erfolgte eine detaillierte Regelung der Geschäftsführung (Gerichtsärztliches Einlauf- u. Auslaufbuch, Geschäftstagebuch, Pflicht zur Führung eines Terminkalenders usw.).  |
| 1855 25.08. Ministerial-EntschlieÙung, die Verpflichtung und Diensteseinweisung der Gerichtsärzte betr. (Seydel 2, 111–114)   | Mit einer weiteren Präzisierung der Verwaltung wurde die Verpflichtung und Einführung der Gerichtsärzte in ihr Amt geregelt. Die EntschlieÙung enthält auch die diesbezügliche Diensteseidesformel.   |
| 1857 12.08.<br>kgl. Verordnung bzgl. der Bezirksgerichtsärzte   | s. o.   |
| 1857 05.09.<br>EntschlieÙung der Staatsministerien der Justiz und des Innern, Bekanntmachung der Titulatur der Gerichtsärzte betr. (Seydel 2, 87)   | In Anpassung an das Gerichtsverfassungsgesetz vom 1. 7. 1856 wurde mit dieser Änderung in der „Titulatur der Gerichtsärzte“ den bisherigen Stadtgerichtsärzten in München, Augsburg, Nürnberg,  |

| Dokument   | Kommentar  |
|--|--|
|  | <p>Regensburg, Würzburg und weiteren 14 größeren Städten der Titel „Bezirksgerichtsarzt“ beigelegt. In elf Städten, darunter Traunstein, Weilheim, Deggendorf und Eichstaett, wo den dortigen Landgerichtsärzten der ärztliche Dienst am Bezirksgericht übertragen war, sowie den bisherigen Stadt- und Landgerichtsärzten in Aichach und Wasserburg wurde der Titel Bezirks- und Landgerichtsarzt beigelegt. Der Gerichts- und Polizeiarzt in München führte seither den Titel „Bezirksgerichts- und Polizeiarzt“.</p>  |
| <p>1858 21.04.<br/>Ministerialentschließung Nr. 16579: Die Erstattung von Jahresberichten der Physikate betr. (Seydel 2, 124–132)</p>  | <p>Erllass allgemeiner Vorschriften für die Erstattung der ärztlichen Jahresberichte mit Vorgabe eines von den Gerichtsärzten dabei einzuhaltenden Schemas. Die bis dahin heterogene Gestaltung der Jahresberichte erschwerte deren Zusammenfassung und machte es vielfach unmöglich, ein umfassendes Zustandsbild des Sanitätswesens im Königreich zu erarbeiten. Mit der vorliegenden Entschließung wurden die Jahresberichte strukturiert und vereinheitlicht. Ziel war ein „getreues Gesamtbild“ des Gesundheitswesens im Königreich Bayern.<br/>1878 (19.04) wurde diese Verfügung durch eine neue Entschließung des Innenministeriums ersetzt.</p> |
| <p>1858 21.04.<br/>Ministerial-Entschließung Nr. 10685: Die Herstellung medizinischer Topographien und Ethnographien betr. (Ärztliches Intelligenzblatt 5 (1858) 209–213).</p> | <p>Zusammen mit der vorgenannten ME Nr. 16579 bildet die mit gleichem Datum erfolgte ME Nr. 10685 den Ausgangspunkt für die ab 1858 erstellten Physikatsberichte, die heute eine wichtige ethnographische Quelle darstellen.</p>   |

### Dokument

### Kommentar

1858 21.04.  
Ministerial-EntschlieÙung Nr. 10625, die Jahresberichte der mit Funktionen betrauten und der praktischen Ärzte betr. (Seydel 2, 133–138)

Mit dieser EntschlieÙung wurden neben den Gerichtsärzten auch andere Arztgruppen (z. B. Ärzte in Heil- u. Pflegeanstalten, in Gefängnissen, Armenärzte, arbeitsmedizinisch tätige Ärzte) zur Abgabe von Jahresberichten mit für das Gesundheitswesen relevanten Daten angehalten.

1859 19.02.  
EntschlieÙung der k. Regierung von Oberbayern, Kammer des Innern, die jährlichen Hebammen-Prüfungen durch die Gerichts-Ärzte betr. (Kreisamtsblatt 265; Martin 2, 132–133)

Im Rahmen der Kontrolle des übrigen Heilpersonals durch die Gerichtsärzte wird an die bereits 1829 verfügte, jedoch nicht immer präzise befolgte jährliche Prüfung der Hebammen erinnert und neues hierzu geregelt.

1862 01.07.  
Königliche Allerhöchste Verordnung, die Einrichtung der Districts-Verwaltungsbehörden betreffend (Regierungsblatt 1862, 409–420)

Trennung von Verwaltung und Justiz (Rechtspflege). Aus den Landgerichten erwachsen später die Bezirksämter und aus diesen im 20. Jahrhundert wiederum die Landratsämter.

So waren auf der untersten Verwaltungsinstanz, den Bezirksämtern bzw. in den der Kreisregierung unmittelbar unterstellten Städten wie z. B. München bei den Stadtmagistraten die Bezirksärzte angestellt. War am Sitz eines Bezirksamtes ein Amtsgericht vorhanden, so übernahmen die Bezirksärzte auch die Besorgung des ärztlichen Dienstes an den Amtsgerichten. Hingegen wurde nun bei jedem Landgericht ein Landgerichtsarzt (beim Landgericht München sogar zwei) im Hauptamt angestellt. Diese Landgerichtsarztstellen haben im Übrigen bis heute Bestand.

1866 07.05.  
EntschlieÙung des Staatsministeriums des Innern, die Wiederbesetzung erledigter Bezirks-Gerichts- und Bezirks-Arztstellen betr. (Kreisamtsblatt von Oberbayern 894; Martin 2, 68–69)

Frei gewordene Bezirks- oder Bezirksgerichtsarztstellen müssen dem Innenministerium gemeldet werden und sind von den Kreisregierungen im Amtsblatt landesweit auszuschreiben.

| Dokument  | Kommentar   |
|---|---|
| <p>1867 16.01.<br/>Entschließung des Staatsministeriums des Innern für Kirchen- und Schul-Angelegenheiten, die Gesundheits-Pflege in den Schulen betr. (Amtsblatt des Staatsministeriums des Innern für Kirchen- und Schul-Angelegenheiten 1867, 17–28.; Martin 2, 725–734)</p> | <p>Damit erhielt erstmals die Gesundheit der Schuljugend in einem größeren Umfang die besondere Aufmerksamkeit der Regierung. Die sich weitgehend an die Schulbehörden und die Lehrer wendende Entschließung bestätigte aber auch die bereits im Organischen Edikt von 1808 festgeschriebene Aufgabe des Amtsarztes, der ein sanitätspolizeiliches Auge auf die Schulhäuser zu werfen hatte.</p>  |
| <p>1869 29.04.<br/>Gesetz, die öffentliche Armen- und Kranken-Pflege betr. (Gesetzblatt 1093; Martin 2, 519–535)</p>  | <p>Umfassende Regelung und Finanzierung der von den Gemeinden zu garantierenden öffentlichen Armen- und Krankenpflege. Der Bezirksarzt wurde im Rahmen des Armenpflegschaftsrates tätig, einer Schaltstelle der Gemeinde bei der Unterstützung hilfsbedürftiger Personen. Er vertrat die Gemeinde in allen Angelegenheiten der öffentlichen Armenpflege. Er hatte z. B. über die Zulässigkeit einer Unterstützung zu entscheiden und stellte auch Bedienstete wie z. B. die Armenärzte an. Darüber hinaus musste er sich über den Stand und die Ursachen von Armut in einer Gemeinde Kenntnisse verschaffen. Aus der Mitgliedschaft im Armenpflegschaftsrat folgte für Ärzte im Übrigen nicht die Pflicht zur unentgeltlichen Behandlung der Armen.</p> |
| <p>1871 24.07.<br/>Verordnung, den Ober-Medicinalausschuss und die Kreis-Medicinalausschüsse betr. (Regierungsblatt 1489; Martin 2, 489–490)</p>  | <p>Die Verordnung regelte die Organisation des bereits mit der Verordnung vom 24. 7. 1830 geschaffenen und an die Stelle des früheren Obermedizinalkollegiums getretenen Obermedizinalausschusses nun im Detail. Der Obermedizinalausschuss war ein dem Innenministerium unmittelbar beigeordnetes Gremium von Sachverständigen zur Beratung und Begutachtung in allen Angelegenheiten des Medizinalwesens und auch des Veterinärwesens. Er setzte sich zusammen</p>  |

### Dokument

### Kommentar

---

1872 24.02.

Entschließung des Staatsministeriums des Innern, die Verpflichtung der Bezirks-Ärzte zur unentgeltlichen Behandlung armer Kranker betr. (Ärztliches Intelligenzblatt 138; Martin 2, 442)

aus den Medizinalreferenten des Innenministeriums und einer unbestimmten Anzahl vom Ministerium berufener Personen.

---

---

1874 08.04.

Impfgesetz für das Deutsche Reich (Reichs-Gesetzblatt 31 ff.; Martin 1, 483–486)

Die bereits 1803 (siehe oben) ausgesprochene Verpflichtung der Amtsärzte zur unentgeltlichen Behandlung mittelloser Kranker war mehrfach bestätigt und auch durch das Gesetz über die öffentliche Armen- und Krankenpflege vom 29. 4. 1869 nicht aufgehoben worden. In der hier genannten Entschließung wird allerdings darauf hingewiesen, dass die Amtsärzte bei der grundsätzlich zwar unentgeltlichen Behandlung der Armen in ihrem Bezirk jedoch Anspruch auf Entschädigung der Reisekosten und für besondere Auslagen haben.

---

Nach den guten Erfahrungen mit der Pockenimpfung in der deutschen Armee und der von den internationalen medizinischen Kongressen empfohlenen Einführung einer allgemeinen Pockenimpfpflicht wurde im April 1874 ein neues Impfgesetz für das Deutsche Reich beschlossen, das insbesondere auch die Wiederimpfung im 12. Lebensjahr einführte und dessen Bestimmungen am 1. 4. 1875 in Kraft traten.

---

---

1875 24.02.

Vollzugsverordnung zum Impf-Gesetz vom 8. April 1874 (Gesetz- und Verordnungs-Blatt 117; Martin 1, 487–491)

Zum Vollzuge des Impfgesetzes vom 8. 4. 1874 wurden aus den Landgerichtsbezirken und den einer Kreisregierung unmittelbar unterstellten Stadtgemeinden sog. Impfbezirke gebildet und der für diesen Impfbezirk aufgestellte Amtsarzt zum Impfarzt für den jeweiligen Bezirk erklärt.

| Dokument   | Kommentar   |
|--|---|
| 1875 15.06.<br>EntschlieÙung des Staatsministeriums des Innern, die Aufstellung von Gesundheits-Commissionen betr. (Seydel 116-117; Martin 2, 42–45)                               | Zur Verbesserung der öffentlichen Gesundheitspflege wurden in Städten und Gemeinden Gesundheitskommissionen aufgestellt, die den Gemeinden und Behörden bei der Erforschung und Verbesserung der sanitären Verhältnisse „anregend, begutachtend und unterstützend“ zur Seite stehen sollten. Die Zuständigkeit der amtlichen Ärzte wurde durch die Bildung der Gesundheitskommissionen nicht verändert.   |
| 1876 06.02.<br>Verordnung, die Prüfung für den ärztlichen Staats-Dienst betr. (Gesetz- u. Verordnungs-Blatt 201; Martin 2, 65–67; Seydel 65–67)                                    | Erste große Novellierung der weiterhin aus einem schriftlichen, praktischen und mündlichen Examen teil bestehenden staatsärztlichen Prüfung seit 1808, die diese sog. Concours-Prüfung den neuen Umständen (Gründung des Deutschen Reiches) und den medizinischen Fortschritten anpasste.<br>Die Prüfungskommission bildeten der Medizinalreferent des Innenministeriums sowie je ein Prüfer aus der gerichtlichen Medizin, der öffentlichen Gesundheitspflege, der Medizinalpolizei und der Psychiatrie. In der praktischen Prüfung z. B. musste der Kandidat nicht nur eine Obduktion durchführen, sondern auch über den Zustand eines Geisteskranken befinden sowie neu nun auch eine hygienische Untersuchung vornehmen und über ihr Ergebnis unter Klausur einen Bericht ausarbeiten. Dabei war bei der praktischen Prüfung grundsätzlich auch auf die Übung im Gebrauch des Mikroskops Rücksicht zu nehmen. |
| 1878 19.04.<br>EntschlieÙung des Staatsministeriums des Innern, die Jahres-Berichte der amtlichen Ärzte betr. (Amtsblatt des Staatsministeriums des Innern 121, Martin 2, 380–389) | Das 1858 entworfene Schema für die Abfassung der für das Gesundheitswesen wichtigen Jahresberichte wurde den Veränderungen in Gesetzgebung und Verwaltung angepasst.  |

### Dokument

### Kommentar

1879 03.09.  
Verordnung, den ärztlichen Dienst bei den Gerichts- und Verwaltungs-Behörden betr. (Gesetz- u. Verordnungsblatt 1081, Martin 1, 143–144 und Martin 2, 297–301; Seydel 61–63)

Im Anschluss an den mit den beiden Verordnungen vom 2. 4. 1879 (die Bestimmung der Gerichtssitze und die Bildung der Gerichtsbezirke betr.) und 19. 6. 1879 (den Bestand der Regierungsbezirke und Bezirksämter betr.) durchgeführten Verwaltungsumbau wurden die daraufhin abgestimmten Bestimmungen für den ärztlichen Dienst bei den Landgerichten, den Distriktverwaltungsbehörden und den Amtsgerichten erlassen.

---

1882 03.01.  
Ausschreiben der k. Regierung der Oberpfalz und von Regensburg, Kammer des Innern, die Jahres-Berichte der amtlichen Ärzte, der Anstalts-Ärzte und der praktischen Ärzte betr. (Kreis-Amtsblatt 71; Martin 2, 390–392)

Das hier zitierte Ausschreiben diente dazu, die von den Ärzten geforderten Jahresberichte für die weitere Bearbeitung und Verwertung noch besser aufeinander abzustimmen und lenkte die Aufmerksamkeit der Ärzte auf etliche Details, wie z. B. auf die Ernährungsweise der Kinder oder auf die Wohn- und Arbeitswelt der Menschen.

---

1882 04.12.  
EntschlieÙung des Staatsministeriums des Innern, die ärztliche Behandlung armer Kranker betr. (Martin 2, 38–39)

Mit dieser EntschlieÙung erfolgte erstmals eine einschneidende Modifikation der traditionell mit den Pflichten eines Amtsarztes verbundenen unentgeltlichen Behandlung armer Kranker. Zwar obliege die kostenlose Behandlung der Armen grundsätzlich auch weiterhin den Amtsärzten, jedoch nur soweit dies ohne Beeinträchtigung anderer Dienstplichten möglich ist. Eine Verpflichtung des Staates, den Gemeinden die unentgeltliche ärztliche Behandlung ihrer armen Kranken zu gewährleisten, bestehe nämlich nicht. Hier müssten grundsätzlich die von den Gemeinden finanzierten Armenärzte einspringen.

| Dokument   | Kommentar  |
|--|--|
| 1912 09.01.<br>Verordnung über den amtsärztlichen Dienst bei den Bezirksverwaltungsbehörden und den Gerichten (GVBl S. 7, Schaetz 1934, 19–34) | Zeitgemäße Anpassung des amtsärztlichen Dienstes, der bei den Distriktsverwaltungsbehörden von den Bezirksärzten, bei den Landgerichten von den Landgerichtsärzten und bei den Amtsgerichten von den Landgerichtsärzten oder den Bezirksärzten versehen wird. Die Dienstaufgaben von Bezirks- und Landgerichtsarzt, aber auch die mögliche Ausübung der Privatpraxis wurden in der genannten Verordnung vom Innenministerium summarisch neu zusammengestellt. Bestätigt wurde der Bezirksarzt in seiner Rolle als Impfarzt. Hingegen ist die Pflicht zur unentgeltlichen Behandlung mittelloser Personen entfallen.  |
| 1912 23.01.<br>Bekanntmachung über den bezirksärztlichen Dienst (MABl S. 153, Schaetz 1934, 24–47)   | Die seit dem Organischen Edikt von 1808 zweifellos umfangreichste und wichtigste Neuregelung des Dienstverhältnisses und der Dienstaufgaben des Bezirksarztes, der als der „technische Gesundheitsbeamte“ für die Distriktsverwaltungsbehörde eines Bezirkes definiert wird. In die Dienstpflichten Aufnahme fanden nun Aufgaben wie die allgemeine Ortsgesundheitspflege (Reinhaltung von Luft, Boden und Wasser; Wohnungswesen, Wasserversorgung), die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, die Beobachtung der Volksernährung, die Sorge um den Alkoholmissbrauch und die Einleitung von Maßnahmen gegen die Tuberkulose. In seiner Funktion als Impfarzt wurde der Amtsarzt bestätigt. Wichtig war auch die ausdrückliche Verpflichtung zur Weiterbildung. |
| 1915 22.03.<br>Bekanntmachung über den landgericht-särztlichen Dienst (MABl S. 45, Schaetz 1934, 89–95)  | Analog zu der Modernisierung des bezirksärztlichen Dienstes vom 23. 1. 1912 erhielten hier die Landgerichtsärzte eine neue zeitgemäße Dienstanweisung mit einer Definition der wesentlichsten Dienstaufgaben. Definiert wurde er als   |

### Dokument

### Kommentar

der ärztliche Sachverständige eines Landgerichts und des Amtsgerichts an seinem Dienstsitz.

---

1924 30.01.  
Ministerialentschließung über die Mitwirkung der Bezirksärzte bei der sozialen Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge (MABI S. 24, Schaetz 1934, 74)

Die Bezirksärzte wurden mit der ärztlichen Begutachtung und beratenden Mitwirkung bei der sozialen Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge betraut. Hierzu gehörte vor allem die Feststellung der Fähigkeit zu einer Erwerbstätigkeit und anderes mehr. Die ärztliche Begutachtung bei der Rentenversorgung und Heilbehandlung von Kriegsbeschädigten in orthopädischen Angelegenheiten verblieb weiterhin bei den Versorgungsärzten und orthopädischen Versorgungsstellen.

---

1931 12.1.  
Verordnung über den Obermedizinalausschuss und die Kreismedizinalausschüsse (GVBl S. 19, Schaetz 1934, 5–7)

Der Obermedizinalausschuss wurde als Sachverständigengremium für die Beratung der Staatsregierung auf dem Gebiete des Gesundheitswesens neu definiert. Der unmittelbar dem Innenministerium untergeordnete Ausschuss bestand aus dem ärztlichen, dem tierärztlichen und dem rechtskundigen Sachbearbeiter für das Gesundheitswesen im Innenministerium sowie aus etlichen vom Ministerium auf die Dauer von vier Jahren berufenen Personen aus dem Kreise der Hochschullehrer, Amtsärzte und Amtstierärzte, Apotheker u. a.

---

1931 23.12.  
Prüfungsordnung für den ärztlichen Staatsdienst (Schaetz 1934, 11–15)

Nächste große Änderung der Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst seit 1876. Neben Approbation, Doktordiplom und der deutschen Staatsangehörigkeit mussten Bewerber bei der Anmeldung zur Prüfung als weitere Qualifikationsnachweise vorlegen: Vorlesung über gerichtliche Medizin, Sektionskurs, gerichtlich-medizinischen Kurs von 3 Monaten Dauer, zweisemestrige Vorlesung über Hygiene und Nachweis eines hygie-

## Dokument

## Kommentar

nischen und bakteriologischen Kurses von je 2 monatlicher Dauer. Im Unterschied zu Preußen allerdings war der Besuch einer Sozialhygienischen Akademie zur Vorbereitung auf die amtsärztliche Tätigkeit nicht erforderlich.

### Quellen

Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt unter folgenden Titeln:

Churfürstlich Pfalzbaierisches Regierungs- und Intelligenzblatt (1800–1802, 1804)

Churbaierisches Regierungsblatt (1803)

Churpfalzbaierisches Regierungsblatt (1805)

Königlich-Baierisches Regierungsblatt (ab 1806)

Ärztliches Intelligenz-Blatt. Organ für Bayerns staatliche und öffentliche Heilkunde. Hrsg. v. ständigen Ausschuss bayerischer Ärzte. München

Allgemeines Intelligenzblatt für das Königreich Bayern (ab 1818)

Regierungs- und Intelligenz-Blatt für das Königreich Baiern (ab 1821)

Regierungs-Blatt für das Königreich Baiern (ab 1826)

Gesetz- und Verordnungsblatt für das Königreich Bayern (ab 1874)

Gesetz- und Verordnungsblatt für den Volksstaat Bayern (1918)

Gesetz- und Verordnungsblatt für den Freistaat Bayern (ab 1919)

Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt (ab 1938)

Das Civil-Medicinalwesen im Königreiche Bayern. Vollständige Sammlung aller hierauf bezüglichen und zur Zeit geltenden Reichs- und Landesgesetze, Verordnungen, Entschließungen sowie der dazu gehörenden Instructionen und oberstrichterlichen Erkenntnisse. Hrsg. Von Aloys Martin. 3 Bde. München 1884/1887/1891.

Gebhart: Die für Ärzte wichtigen Vorschriften und Einrichtungen in Bayern. München 1925.

Giel, Franz Seraph: Die Schutzpockenimpfung in Bayern. München 1830.

Illing, Ludwig: Hilfsbuch für den bayerischen Amtsarzt. Berlin München 1949.

Reichsgesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens nebst Begründung, Durchführungsverordnungen, Dienstordnung, Gebührenordnung für die Gesundheitsämter und weiteren Vollzugsbestimmungen. Mit Einleitung, Erläuterung und Sachverzeichnis versehen von L. Schaetz u. Freiherr von Schwerin. München Berlin 1935.

Schaetz, Ludwig: Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens und amtsärztlicher Dienst. Sammlung gesetzlicher Bestimmungen. (Schriftenreihe Medizinalgesetzgebung und Medizinalverwaltung Bd. 1). München Berlin 1934.

Seydel, Max: Das Recht der Gesundheitsverwaltung in Bayern. Freiburg/Breisgau 1890.

Nähe des Gerichtshofes ein gewählter und bewährter Landarzt angestellt, mithin die obigen 38 Inhabereien, soferne sie noch tauglich sind, nach den neuen Landgerichten eingetheilt, und die übrigen Plätze nach einem förmlichen Concurse und scharfer Prüfung den ausgezeichnetsten Competenten verliehen werden, wobei auch sowohl auf die Erbfindungsstände, als auf die Extern-Ordneltnisse besondere Rücksicht zu nehmen ist.

2) Den Lebensunterhalt dieser 50 Landgerichtsarzte wollen Wir nicht mehr, wie bisher, dem bloßen Zufalle des Erwerbs, oder einer zum Theile willkürlichen, zum Theile sehr ungleich vertheilten Besoldungsgrade Preis geben, sondern Wir wollen ihnen allen einen Theil ihrer Competenz in einem durchaus gleichheitlichen Solde verschaffen.

Dagegen haben sie alle Geschäfte bei gerichtlichen und Criminal-Vorfällen, Besichtigungen, Reisen in Epidemien, Erdbeben und Viehplaudheiten, und überhaupt die ganze Ausübung der medicinae forensis unentgeltlich zu verrichten, auch die Armen des Gerichtsbezirks unentgeltlich zu besorgen.

Diese unentgeltliche Verrichtungen beschränken sich nur auf den Distrikt des Landgerichtes, hingegen in jenen Fällen, wo der Arzt eine Bezahlung von den Privatpersonen zu fordern hat, soll keiner an seinen Gerichtsbezirk gebunden sein, sondern jeder auch in den Distrikt eines andern ohne alle Widerrede berufen werden können, so ferne es ohne alle Vernachlässigung der obigen Amtspflichten geschehen kann.

3) In Ermüdung, daß bereits einige Stadtkammern, milde Stiftungen und Gemeinden zu dem Unterhalte der Stadtpfarrer und Landärzte, wie billig, beigetragen haben, hingegen viele andere, besonders jene, wo bisher noch kein Landarzt bestand, den vergeltlichen Beiträgen frei waren, wo doch diese für das künftige eben so billig nach dem Maße ihrer Verdienstverhältnisse zu dem Unterhalte des in ihrer Mitte zu erhaltenden Bezirkes beitragen sollen, und müssen, so wollen Wir die vernünftigen eingekelten, meistens auch mit besondern Verrichtungen verbundenen Pflanze von einzelnen Stadt- und Stadtkammern, Stiftungen und Gemeinden in das nachfolgende Regulate nicht einrechnen, sondern als eine besondere, aus Gemeindegeldern stehende Zulage betrachten lassen.

4) Aus dem, durch die Reuten der angehörenden Stifter und Stifter nun zu dieser allgemeinen Staatsanstellung in den

Stand gesetzten Staatsactarium bestimmen Wir für jeden der 50 Landgerichtshofe, unter der Bedingung, sich ein Heftersbuch halten zu müssen, vom 1. Januar 1804 anfangend, einen jährlichen Sold von sechsundert Gulden.

In diese 600 fl. ist aber dasjenige einzurechnen, was einige derselben bisher aus den landständlichen Staatscassen bezogen haben, und diese erhalten wir jedoch weniger aus Unserer Staatscasse. — Zugleich hört auch vom 1. Januar 1804 anfangend alles dasjenige auf, was einige wenige derselben, und in einem sehr ungleichen Maße bisher aus Unserem Staatsactarium, sowohl an Besoldung, als Emolumenten oder Naturalien zu beziehen hatten.

5) Da dieser neue allgemeine Besoldungsgenuß erst mit dem 1. Januar 1804 anfängt, so genehmigen Wir nach dem zweiten besondern Berichte Unserer Landesdirektion vom 7. v. Mts., in Folge Unserer schon unterm 27. Mat vorkäufig gegebenen Versicherung, daß denselben Landärzten, welche seit der Aufhebung der kaiserlichen Kaiser durch den Verlust ihrer ehemaligen, von den Röstern bezogenen Besoldungen selbst einen Abbruch an ihrem nothdürftigsten Lebensunterhalt erlitten haben, die ihnen bestimmt beguachteten Summen aus der Kloster-Centralcasse für dieses laufende Jahr zum letztenmale in so weit angemessen und verhältet werden, als einige derselben nicht etwa doch in den ersten Monaten dieses Jahres ein Datum an diesen ihren ehemaligen Besoldungen von einigen Röstern selbst noch bezogen haben, welches auf solchen Fall in Abzug zu bringen wäre.

6) Wenn einige Städte und Märkte, welche bisher einen Arzt aus ihren Mitteln ganz oder zum Theile unterhalten haben, nun aber den Sitz des Landgerichtes, und mit denselben den Sitz des Landgerichtshofes verlieren, ihren Vorkarst doch behalten wollen, so soll ihnen dieses, so wie auch einem solchen Localarzte die nach obigem zweiten Punkte nirgends und nirgendem beschänktere und freie Praxis in und außer dem Bezirke unbenommen sein, und es soll Unser Landgerichtshof seinen Anspruch auf die Vorkarst eines solchen, noch ferners bleibenden besondern Stadt- oder Marktschiffhales haben, sondern sich mit dem obigen Aerialschiffe, mit der auch freien Praxis, und mit demjenigen, was ihm etwa noch von der Gemeinde seiner neuen Localität ausgemittelt wird, begnügen.

VII. Die Organisation und Instruktion der Gerichtshofe.

S. 12.

Höchste kaiserliche Verordnung vom 28. Oktober 1803 die Bestimmung und Besoldung der Landgerichtshofe betr.

Art. 3. Gh.

Auf die von Unserer kaiserlichen Landesdirektion unterm 3. dieses Monats gemachte Vorlage über den indubiduellen Solde- und Emolumentengenuß der bermalen bestehenden 38 Stadtpfarrer und Landärzte beschließen Wir:

1) Es soll vom Eintrage des künftigen Jahres anfangend in jedem Orte der 50 kaiserlichen Landgerichte, oder im Falle sehr großer Reichthümlichkeit, wenigstens in der möglichsten

Dagegen aber cessiren bei einem solchen Colicaforte, welcher nicht zugleich Lunfer Sanberichtsarzt ist, alle bisberigen Avarial- oder landfürstlichen Geschäfte, und gehen auf den Landgerichtsarzt mit Einrechnung in die obigen 600 fl. über.

7) Bei der im dritten Punkte erwähnten und Lunfer Landesdirektion obliegenden Ausmittlung einer Zulage von jenen Gemeinben, welche nun zum erstenmale einen Arzt in ihrer Mitte erhalten, und bisher noch nichts beigetragen haben, ist vorzüglich auf freie Wohnung, oder auf Holz, und auf andere dergleichen die Haushaltung erleichternde Naturalien für den Sanberichtsarzt anzutragen.

8) Da sowohl wegen diesen bereits bestehenden, oder noch zu verschaffenden Zulagen, als auch hauptsächlich wegen der, nach Rechtsmenge und Flächeninhalt noch einigermaßen bestehenden Ausbeziehung der Sanberichte doch immer einige Ungleichheit in der gesammten Summe des Solbes, der Zulagen, und des aus der Provis fließenden Erwerbes unvermeidlich ist, so können und sollen die geschicktesten Landärzte von Zeit zu Zeit in die besten und erträglichsten Plätze einz- und nachziehen.

9) Lunfer Landesbreitheit hat nun somit dem Entwurfe der Instruction für die Landärzte auch über die Eintheilung der vorigen, und Erneuerung der neuen Landärzte ihr Gutachten mit den Original-Prüfungsprotocollen zu Lunferm Ministerials-Polizeipartement einzuliefern, — und Wht machen es ihr, respective den vorigen Medizinalräthen, unter der schweren Verantwortlichkeit zur ersten Pflicht, in dieser Begutachtung leßt und künftigher mit solcher Strenge zu Werke zu gehen, als es die Wichtigkeit des Gegenstandes erfordert, um Lunfer landberürftlichen Absicht für die Lunso lo sehr am Herzen liegende öffentliche Wohlfahrt aller Lunfer Untertanen, und für das erste Interesse der Menschheit auch in der Wirkung zu entsprechen.

10) Endlich erkläre Wht, daß die künftigen Wittwen und Kinder dieser Landberichtsärzte nach allen Bestimmungen und Modifikationen des Penfions-Regulatives die Hälfte besten beziehen sollen, was dort den Wittwen und Kindern der Rentbeamten aufgelegt ist.

Die gegenwärtige Verrechnung ist auf dem gewöhnlichen Wege kund zu machen.

Wlnchen, den 26. October 1803.

Charp.-Dopr. Neg.-Bl. v. 3. 1803. St. XLV. S. 912.

### §. 43.

Eintheilung der Charfürstlichen Landesdirektion in Bayern vom 28. October 1803 die neu angestellten Landberichtsärzte betr.

Im Namen Seiner Charfürstlichen Durchlaucht

zu Gemächheit höchster Eintheilung vom 2. Februar d. J. haben Seine Charfürstliche Durchlaucht auf den neu organisirten Landberichts Landberichtsärzte mit Bestimmung eines Gehalts von 600 fl. vom 1. Januar künftigen Jahres aufwärts, gültigst ausgehelt, und selben die nachfolgende Instruction, die ihren Wirkungsbereich und Dienstleistung bestimmt, zu Händen stellen, und selbe hierauf verpflichten lassen.

Charfürstliche Landesdirektion in Bayern.

General-Instruction für die Landberichtsärzte.

Das höchste Rescript vom 28. October 1803 hat die Landberichtsärzte zur Wäre der Staatsbeamten erhoben, sie desolbet; aber ihnen auch dadurch Pflichten aufgelegt, welche jene, die von dem Verste eines jeden Arztes ungetrennt sind, versehen, und an Wichtigkeit überreffen. Um die Pflichten, welche in die Statistik, in die Polizei und in die Medizinspflege einschlagen, zu kennen, noch mehr aber, um sie nie aus den Augen zu verlieren, werden selbe hiermit nach der beschriebenen Ordnung aufgelegt, und die Berichtsärzte zur strengsten Darobhaltung derselben angewiesen.

### §. 1.

Die Berichtsärzte müssen mit dem Antritte ihres Amtes anfangen, alle Kenntnisse zu sammeln, die sie in Stand setzen, eine medizinische Topographie ihres Pflanzlandes vorzuführen zu können. Sie halten sich also ein Tagebuch, worin die Witterung, der Stand des Baro- und Thermometers täglich, das Bestehen der Thiere und Pflanzen hiebei aber in längeren Zwischenräumen bemerkt werden. Sie erhalten die Geburtslisten von den Hebammen, und die Sterblisten von den Wundärzten und Wobern, welchen letzteren die Beschonung der Toden in jenen Districten obliegt, die von dem Sitze des Pflanzlands eine Stunde weit entfernt sind. Sie bestreben die Hebammen, die Epidemien und Epizootien; die Quellen, aus denen sie wahrscheinlich entspringen sind, die Mittel, und den Erfolg derselben.

Sie unterrichten hierin die Wund- und Thierärzte, welche sie zur Mittheilung der ausgedehnten Kenntnissen bezeichnen. Sie nehmen ihnen hierüber die Berichte ab, und legen Vorsätze hinzu, um diesen Uebeln vorzubeugen, oder selbe doch minder schädlich gemacht werden können. Ihnen liegt ob, die Vaccine zu verbreiten und der Syphilis auf schädlichem Wege nachzugehen.

Alle diese Gegenstände müssen in eine oder zwei Tabellen gebracht, quartalsweise an das Landgericht, und das Duplikat hiervon zur Charfürstlichen Landesdirektion eingeschickt werden. Bei vorzüglichem Vorsatzheiten aber, welche eine höhere Veranstaltung oder Hilfe fordern, müssen die Berichte hierüber halb-möglichst eingeschendet werden. In Hinsicht der Syphilis soll nur die Zahl der damit Befallenen bemerkt werden.

Zur Vereinfachung der medizinischen Topographie werden den Landberichtsärzten drei Säpfe eingeordnet. Formel hebet ihr Muster.

### §. 2.

Da die Landberichtsärzte die erste Instanz im Wissenschaftlichen sind, und folglich hierin die Wundberichte, Apotheker, Wober, Hebammen, Thierärzte und Kurtschmeide ihnen untergeordnet sind, so müssen sie folglich die vorständige Siste dieser Personen sich verschaffen, um selbe mit Hilfe des Landberichts in den Grenzen der Befugnisse zu halten, wozu sie in den Prüfungsgewissen angemessen worden sind. Es liegt ihnen aber auch zugleich ob, selbe vor Pflanzern aller Art zu schützen, und sie gegen diese bei dem geeigneten Landberichte flechtlich zu vertreten.

Ferner steht ihnen die gelegentliche Beschonung der Apothek, der Decanatsalten, der zur Thierärzte, der Geburts-hilfe und zur Thierarzneikunde geeigneten Apparate, der Geburts-ber Schul- und Wachsenhäuser, der Gefängnisse, der Wachsenhäuser und der Leichenhäuser zu, deren Gebrechen sie den Landberichten erstreuen und die allenfallsigen Verbesserungsansätze zu machen haben.

Ein Gleiches liegt ihnen ob in Hinsicht auf Arren und Wachsenhäuser, auf ausgelegte Kinder, verlassene Kranke und Schwanger.

Sollten ihre begründeten Klagen und Gesuche von den

Staats-Berichte. 2. 30.

Landgerichten nicht gewürdigt werden, so haben sie den Ehrentitel des Landbesorgeramts anzunehmen.

### S. 3.

Bei der gerichtlichen Mund- oder Totenbeschau müssen die Landgerichtsärzte nicht nur jede vorfindliche Mordwürdigkeit für sich selbst aufzeichnen, sondern auch beim anwesenden Gerichte die geforderte Aufklärung mittheilen.

Von der Section ist in keinem Falle eine der sogenannten drei Cavitäten anzuschließen.

Das Judicium Lethalitalis muß auf die Größe der erlittenen Schädlichkeit und auf die Natur der verletzten Theile gegründet werden.

Die Unmöglichkeit der Heilung ist entweder unbedingt oder bedingt. Das erste wird mit Lethalitas absoluta und das zweite mit Lethalitas per se ausgedrückt.

Wenn sich aber zu den Verletzungen Umstände gesellen, welche mit der erlittenen Schädlichkeit und mit der Natur der verletzten Theile in keiner wesentlichen Verbindung stehen, so müssen diese Umstände von der That sorgfältig getrennt, und ja nicht in Causalverbindung mit ihr gesetzt werden. Der aus diesen Umständen hervorgehende Erfolg ist in Hinsicht auf den Thäter immer zufällig, und wohl mit Lethalitas per accidens ausgedrückt.

Noch kann die That mit Umständen verbunden sein, welche erst in dem Laufe der richterlichen Untersuchung entbeckt werden. Derlei Umstände dürfen nicht vernachlässigt und noch vielweniger auf derlei Vermuthungen ärztliche Urtheile gegründet werden.

Zum Zwecke in gerichtlichen Vorfallenditen wird das Taschenbuch von Noose empfohlen.

Da endlich ärztliche Vortheile die Errückung mehrerer Pflanzstoffe erfordern, so wird man diese immer mit jenen Werkzeugen versehen, die sich hierzu durch die strenge Befolgung der aufzuhabenden Pflichten, durch das Fortschreiten im Wissenschaftlichen, und durch die Sittlichkeit vor andern würdig gemacht haben werden.

München, den 28. October 1808.

Ehrentitel des Landbesorgeramts in Bayern.  
Ehrentitel des Landbesorgeramts in Bayern.  
Ehrentitel des Landbesorgeramts in Bayern.

### S. 14.

Entscheidung der Königl. Landesdirektion vom 30. April 1806, die Anstellung der Stadtgerichtsärzte betr.

Im Namen Seiner Majestät des Königs.

Seine Königl. Majestät von Bayern haben in Betreff der Stadtphysikate durch außer erfolgte Allerhöchste Entschliessung vom 24. d., folgende allgemeine Bestimmungen festgesetzt, als:

1) In allen Städten, wo sich besondere Polizeiberechtigungen befinden, soll auch ein besonderer Stadtphysikus bestellt, welcher in der Person des Landgerichtsarztes nicht vereinigt sein darf.

2) Die Geschäfte eines Stadtphysikers bestehen

- a. in Beforgung der öffentlichen Anstalten, welche einer ärztlichen Hilfe bedürfen;
- b. in unentgeltlicher Hilfe armer kranker Personen;
- c. in unentgeltlicher Dienstleistung in allen sowohl bei der Polizei als bei den Stadtgerichten vorkommenden Fällen.

3) Die Instruktion der Landgerichtsärzte ist übrigens auch auf die Stadtphysiker anwendbar, nur mit dem Unterschiede, daß sie die §§. 1. und 2. angeordneten Rechte an die Königl. Polizeikommissariate zu ertheilen haben.

4) Jeder Stadtphysikus, welcher in der Folge angenommen werden soll, muß die nämliche Qualifikation besitzen, wie sie von den Landgerichtsärzten erfordert wird. Die Benennung selbst geschieht durch den Vorschlag des Magistrats und durch die Bestätigung der vorgelegten Landesstelle.

5) Die Befolgung der Stadtgerichts-Physiker besteht aus brei Theilen, nämlich aus demjenigen, was sie von den Städten als Befolgung zu beziehen haben, und dem Ueberreste, welcher ihnen aus der Stadtkammer darauf bezogen wird. Naturkräften sollen zu Gehl angeschlagen, im Gelde vergütet, und in obige 300 fl. eingerechnet werden.

Die Unternehmung besonderer Häuser und Wohnungen darf nach den allgemeinen, den Magistraten bereits gegebenen Weisungen, nicht gestattet werden.

## Im Namen Seiner Churfürstlichen Durchlaucht zu Pfalzbayern

Eröffnet man dem Franz Seraph Giel, Medicinae Doctor, das Höchste den diesseitigen Antrag, in welchem derselbe wegen Verbreitung und Anwendung der Schutzblatternimpfung Seiner Churfürstlichen Durchlaucht als verdient anempfohlen, und als Impfarzt vorgeschlagen worden, dergestalt gnädigst genehmiget haben, daß derselbe sich dieses Geschäftes unter der Aufsicht und Leitung der dritten Sektion zweiten Deputation der Churfürstlichen Landesdirektion in Bayern, nach seinen gesammelten Kenntnissen und Erfahrungen mit anhaltender Sorgfalt widmen, dagegen derselbe jährlich einen Sold von 100 fl. (welcher ihm unter Heutigem bei dem Provinzial-Sahlamte a dato Rescript gegen Ertrag oder Abzug von 21 fl. geheimen Taxen angewiesen worden) zu beziehen haben solle.

Gebachter Doctor Giel hat sich daher auf die ihm nunmehr gnädigst übertragene Stelle (worüber ihm eine eigene Instruktion, welche seine Pflicht und Dienstobliegenheiten genauer bestimmt, mitgetheilt werden wird) am Montage den 27. d. M. zur Verpflchtung bei dießortiger Stelle früher Rathszelt zu stellen, und sonach seinen Obliegenheiten thätigst nachzukommen.

München, den 15. Februar 1804.

Churfürstliche Landesdirektion von Bayern.

Fhr. v. Weiss, Präsident.

Kroß, Secr.

### Instruktion

für den gnädigst aufgestellten Impfarzt Dr. Giel.

Durch die gnädigste Anstellung eines Impfarztes für die bayerischen Staaten in der Person des Doctors Giel, will eine hohe und weise Regierung vorzüglich sechs Punkte erzwecken, welche hiemit dem gnädigst dekretirten Impfarzte, Doctor Giel, der strengen Nachachtung wegen als Pflichten des Impfarztes vorgezeichnet und angewiesen werden.

A. Hat der Impfarzt Doctor Giel das ganze Jahr hindurch die Impfung in oder um die Residenzstadt von Arm auf Arm zu unterhalten, um jedem Arzte und jedem erfahrenen Chirurgen in der Stadt im Begehrungsfall unentgeltlich einen Impfling liefern zu können.

**X.**  
**Die Pensionirung der Wittiven der Gerichtsarzte.**

2. allerhöchste Verordnung vom 7. August 1810, die Pensionirung der Landgerichtsärzte betr.  
§. 25.

Art. 3. A.

Da schon öfter der Zweifel erhoben worden ist, ob die Wittiven der Landgerichtsärzte nach der bei ihrer ersten Anstellung erlassenen Specialnorme vom 28. October 1808, oder nach den allgemein gleichen Normen der spätershin am 1. Januar 1806 erlassenen Dienstespragmatt pensionirt werden sollen, so entschieben Wir hiemit im Allgemeinen, daß die Wittiven und Kinder jener Landgerichtsärzte, welche vor dem 1. Januar 1806 ange stellt worden sind, nach der allgemeinen Dienstespragmatt pensionirt werden sollen, wie Wir dieses Legtere für die Wittiven und Kinder der neu ernannten Stadtgerichtsärzte bereits unterm 19. Juni l. S. erklärt haben.

München, den 7. August 1810.  
Reg.-Bl. v. S. 1810. St. XXXVIII S. 641.

**XI.**  
**Die Uniform der Gerichtsarzte.**

§. 26.

2. allerhöchste Verordnung vom 2. Juli 1807, die Uniformirung der Stadtpfister und Landgerichtsärzte betr.

Art. 3. A.

Wir haben beschloffen, für die Stadtpfister und Landgerichtsärzte in unsern sämtlichen Provinzen nachfolgende Uniformirung zu bestimmen:

1) Als Galla-Uniforme tragen sie ein Kleid von dunkelblauer Leinwand, mit dem Unterfutter, bestehend aus braunem Mermelauflschlägen von gleicher Farbe.

Fragen und Aufschläge sind nach dem für die Landrichter vorgezeichneten Stückermuster (Beilage zum XV. Stück des beschriebenen Regierungsverordnungsblattes, Buchstabe A.) in der angegebenen Breite in Silber gestickt. Das Kleid ist mit einer Reihe weißmalkener, mit dem gedruckten Löwen besetzter Knöpfe versehen, deren auch drei an jeder Tauche, und eben so viele an

den Rocktaffen, kann zwei Reine an den Mermelauflschlägen sein. Die Knopftafeln sind ohne Sitteleret, sowie die weiße Weste und Hemdkleider.

Das silberne Regenmäntel ist ohne Boutillons und ohne eingewirkte Setze von einer andern Farbe; jedoch auf dem quadrirten Schafte mit Linfern in Silber und blauer Setze gefärbten Plamenzüge versehen.

Der Hut hat eine Schlinge von einer glatten, schmalen Silberborde, mit einem geprägten Knopfe von weißem Metalle; kann die Quasten von Silberfäden ohne Boutillons und ohne farbige Setze, mit der Borde nach der Verfertigung.

2) Der Frack ist von dunkelblauer Leinwand, mit gleichem Unterfutter, Fragen und Aufschlägen. — Der liegende Fragen ist allein gestickt, und zwar nach dem nämlichen Muster, wie die Gallauniforme. — Die Knöpfe bleiben ebenfalls dieselben.

— Die Unterkleider werden nach Willkür getragen. Uebrigens wollen Wir zwar die Erzeugnisse dieser Uniforme heiligen, welche von der ihnen bewilligten Auszeichnung Gebrauch machen, haben sich in allen Uniformbestimmungen genau nach den gegenwärtigen Vorschriften zu richten.

München, den 2. Juli 1807.  
Reg.-Bl. v. S. 1807. St. XXIX S. 1113.

**XII.**  
**Die Postpferdstärke der Gerichtsarzte.**

§. 27.

Nr. 4871.  
Ministerial-Erlassung vom 11. Mai 1845, die Sendungen in Dienstdiensten unter Postadressen betr.

Auf Befehl Sr. Majestät des Königs.

Der k. Regierung wird auf den Bericht vom 22. Mai 1845 erwidert, daß das Ministerium des k. Hauses und des Äußern die portofreie Behandlung von Fahrpostsendungen an die Gerichtsarzte in Staatsdienst-Angehörigkeiten unter der Adresse an die Gerichtsarzte mit den Bestimmungen des §. 16 der allerhöchsten Verordnung vom 28. Juni 1829, die Postportofreiheit in Amtssachen betreffend, nicht vereinbar finde, insofern nach dem von der General-Administration der k. Posten gemachten und von dem Ministerium des k. Hauses und des

nen Sicherstellung unserer Unterthanen auf eine solche Art zu reguliren, daß hinsichtlich über den Erfolg jeder einzeln gemachten Impfung kein Zweifel obwalten könne.

In dieser Hinsicht und aus vollkommener Ueberzeugung, das physische Wohl der Bewohner dadurch ganz vorzüglich zu befördern, verordnen Wir:

§. 1.

Alle Meinenigen unserer Unterthanen, welche das dritte Jahr bereits zurückgelegt haben, wobei die Menschenpocken gehabt, noch mit Schwupocken geimpft wurden, müssen mit letzteren den ersten Tag des Monats Juli im künftigen Jahre 1808 geimpft seyn.

§. 2.

Allen so müssen in Zukunft alle Kinder, welche den ersten Juli eines jeden Jahres das dritte Jahr vollständig erreicht haben, mit den Schwupocken geimpft seyn.

§. 3.

Zum genauem Vollzuge dieser unserer allerhöchsten Verordnung (§. 2.) muß das Alter der impfungsfähigen Kinder aus den vorerwähnten Taufbüchern erhoben, den betreffenden Gerichtsstellen und Gerichtsbüchern übergeben, und durch die letzteren mittels Führung eigener Gekontrollirten, wozu Vorquisiten und Tabellen mitgetheilt werden sollen, kontrollirt werden.

§. 4.

Um der gegenwärtigen Verordnung den gehörigen Nachdruck zu geben, finden Wir notwendig, die Saumlässigen und Widerwilligen mit angemessener Geldstrafe zur Annahme des Guten zu bestimmen, und befehlen daher:

a) Daß von einem jeden Kinde, welches mit dem ersten Juli eines jeden Jahres schon volle drei Jahre alt geworden ist, ohne bis dahin mit den Schwupocken geimpft zu seyn, eine den Vermögensumständen angemessene Geldstrafe von 1 fl. bis 5 fl. erhoben werden soll.

b) Daß nach Verlauf eines Jahres (d. i. wenn am ersten Juli des darauffolgenden Jahres, an welchem das Kind vier volle Jahre zählt, die Schwupockenimpfung noch nicht vorgenommen seyn sollte,) die vorige Geldstrafe um die Hälfte erhöht, und wenn die Impfung immer unterlassen wird, jährlich damit bis zum sechsten, dann zweimal

den Betrag des vierten Jahres 8 fl.  
 nach Verkauf des fünften Jahres 12 fl.  
 nach Verkauf des sechsten und siebenten Jahres 16 fl.  
 nach Verkauf des achten und neunten Jahres 20 fl.  
 nach Verkauf des zehnten und elften Jahres 24 fl.  
 nach Verkauf des zwölften Jahres 28 fl.  
 nach Verkauf des dreizehnten Jahres 32 fl.

Die nach dem zwölften Jahre des Alters eines zu impfenden Subjektes festgesetzte Geldstrafe bleibt die alljährliche bis zur erfolgenden Impfung.

c) Von bezugsigen, welche nach §. 1. strafbar worden, wird die Geldstrafe rückständig ihres Alters nach gleicher Norm eingeschätzt.

d) Von jenen Subjekten, welche Almosen beziehen, oder aus Gemeindefassen ernährt werden, wird diese Geldstrafe, falls sie in solche verfallen sollte, durch Abzug nach dem Minimum erhoben.

e) Da für die in öffentlichen Gabel-, Wäßen- und Gefängnißhäusern befindlichen Kinder die Schwupockenimpfung schon gesetzlich angeordnet ist, und, wo dies bisher noch nicht geschehen, hiermit verordnet wird; so treffen die oben bestimmten Bestimmungen die sämmtlichen und unterworfenen Eltern oder Vorgesetzten und Vormünder bis nach Verzug des achtzehnten Jahres des zu impfenden Subjekts, von welchem Zeitpunkt die Strafen auf Rechnung des letzteren gehen, wenn dasselbe die unter obrigkeitlichem Schutze ihm noch einmal angebotene Impfung ausgeschlagen sollte.

f) Von dieser Geldstrafe sind ausgenommen diejenigen Subjekte, welche wenigstens dreimal in einem, nach dem Gutbefinden des Aretes, mehrere Monate von einander absteheuden Zeitintervallen mit Schwupocken zu impfen versucht wurden, ohne daß doch die Impfung

Königliche allerhöchste Verordnung.

Die in sämmtlichen Provinzen gesetzlich eingeführte Schwupockenimpfung betreffend.

Marimilian Joseph, König.

Wir haben mit besonderm Wohlgefallen die ausgezeichneten Fortschritte der Schwupockenimpfung in unsern Staaten, so wie die rühmliche Bereitwilligkeit eines großen Theils unserer Unterthanen zu der Annahme dieses durch die Erfahrung der Mexike als unfehlbar erwiesenen Schwupockenimpfung gegen die Verheerungen der Menschenpocken angenommen.

Die aus den verschiednen Provinzen unsers Reichs darüber vorgelegten Berichte haben uns aber auch in Kenntniß gesetzt, wie viele Menschen noch aus Verurtheil oder Unwissen auf diese große Wohlthat, verzielen, und dadurch sowohl sich als andere in Gefahr setzen.

Es ist unserer Aufmerksamkeit ferner nicht entgangen, daß durch die bisher zu weit ausgebreitete Befugniß der Nichterzte zum Impfungsgeschäfte, welche mit den Kennzeichen der wahren Schwupockenimpfung nicht immer gehörig vertraut, in der nöthigen Unternehmung des Erfolges der Impfung selten genau genug, überhaupt zu diesem wichtigen Geschäfte nicht in Willkür, daher auch nicht verantwortlich waren, sehr oft die sogenannten falschen Schwupocken statt der wahren verbreitet, die damit geimpften Individuen vor der nachkommenden kinderverlattern-Krankheit nicht geschützt, und auf diese Art häufige unschätzbare Verluste gegen die unfehlbare Schwupockenimpfung der Vaccinen erzeugt wurden.

Wir finden uns dadurch bemogen, die Kinderkrankens-Geuche für die Zukunft durch eine allgemeine und gesetzliche Einführung der Schwupockenimpfung sämmtlich unsern Staaten zu verbieten, und durch Befestigung aller Anstalten das Verfahren dabei zur vollkommene

wesentlich zu übersehen, den zur Schutzimpfung festgesetzten Tag, so wie den dazu bestimmten Ort mehrerimal von den Ansehensängeln und auf die sonst gewöhnlichen Orten zu veröffentlichen, und, da Wir dieses Geheiß mit der einer so großen Wichtigkeit für das öffentliche Wohl betrachtend, die öffentliche Gesundheit für das Wohl der Provinz zu fördern, durch angemessene Weisung und Vorzüge ihre Gemeinden mit Unserer Landesverwaltung abwärts bei der allgemeinen Schutzimpfung bekannt zu machen, bei den Impfungen in ihren Distrikten persönlich gegenwärtig zu sein, und die Tabellen ebenfalls zu unterzeichnen.

§. 7

Damit die Stadt- und Landgerichtsärzte in jeder Zeit mit frischem und ädrem Impfstoffe versehen sein können; so befehlen Wir ferner, daß der in der Hauptstadt einer jeden Unserer Provinzen aufgeleitete Impfstoff (für jede Provinz soll ein solcher befestigt, der den übrigen Provinzen bekannt gemacht werden muß, und an welchen sich dieselben im Falle des Bedarfs zu wenden haben,) immer mit frischem und ädrem Impfstoffe versehen sein soll. Die Medizinaldistrikte Unserer Landesdistrikte, welchen die Oberaufsicht und Leitung des ganzen Schutzimpfungs-Geschäftes wie bisher obliegt, haben für die stete Erhaltung des Impfstoffes sorgfältig Sorge zu tragen, welches durch geeignetes Rechnen der Impfstoffe mit den Stadtgerichtsärzten und den übrigen praktischen Ärzten, und im Vorhinein mit den nächstliegenden Landgerichtsärzten, seiner großen Wichtigkeit unterliegen wird.

§. 8

Dieser Impfstoff wird auf Befehl jedesmal folglich und unentgeltlich an die angeordneten Stadt- und Landgerichtsärzte in der verlangten Form, wenn die unmittelbare Mittheilung von ihm zu thun, welche aber immer vorgezogen werden soll, weniger thätlich ist, abgetheilt werden.

§. 9

Für die von den Landgerichtsärzten und Stadtpharmazie jährlich zuweilen öffentlich vorzunehmenden Impfung ist Niemand zu befehlen gehalten, sondern dieselbe wird durchaus unentgeltlich vorgenommen.

§. 10

Doch werden dieselben beiden Klassen der Ärzte, und wo dergleichen Gebühlen nöthig sind, auch diesen die Diäten, wenn dieselben von der gehörigen Gerichtsbarkeit verfertigt sind, die eine Hälfte aus Unserm Aetarium, die andere Hälfte aus den Gemeindefassen bezahlet.

§. 11

Den Ärzten wird an Diäten täglich 5 R. und den Chirurgen 3 R. in Rechnung zu bringen erlaubt. Den zur Fortsetzung der Impfung

gehörigen Zeit vorzutreten, die benachbarten Impfstellen anstellen, die vorgeschriebenen Tabellen darüber führen, und diese vor Abschluß eines jeden Quartals an den Stadt- oder Landgerichtsamt des Bezirks abgeben.

Für die Stadtgerichtsärzte in großen und vorstehenden Städten und die Landgerichtsärzte können, wenn sie es nöthig finden, sich ein Amt der geschicktesten und zuverlässigsten Chirurgen aus ihrem Bezirke zum Gehälften wählen, welcher aber in keinem Falle die Befugnis, sich allein zu impfen, sondern nur unter den Augen der Stadt- oder Landgerichtsärzte, bei den jährlich zweimal vorzunehmenden allgemeinen Impfungen, im Impfstoffgeschäft behaupten hat. Auch sind sie berechtigt für ihre Gehälften darin verantwortlich.

§. 6

Durch diese Unser Stadt- und Landgerichtsärzte wird die öffentliche Schutzimpfung, nachdem sie sich der gegentigen und schädlichsten Zeit wegen mit den Gerichtsbezirken und den Pfarrern benommen haben, in jeder Stadt und in jedem Landgerichte zweimal in jedem Jahre durch alle Pfarrern vorgenommen. Den Bezirkebezirken ist es genügt, die spezielle Anweisung auf, zur allgemeinen Impfung der Schutzimpfungs, und Ausrottung der Kinderpocken-Pest, nach Kräften mitzuwirken, bei jeder öffentlichen Impfung ihres Bezirkes gegenwärtig zu sein, für die genaue Führung der Impftabelle zu sorgen, und für die Wichtigkeit derselben sich jedesmal zu unterzeichnen; von den durch die Ärzte gefertigten und ihnen übergebenen Impftabellen Abschriften ad acta zu nehmen; die Tabellen selbst mit jedem Quartale an die betreffenden Landesdistrikte einzuschicken, und endlich dafür zu sorgen, daß die von den Ärzten als Beweise der vollen Impfung ausgefertigten Impfscheine bei der Aufnahme in die Schulen, bei der Aufnahme in eine Lehre, bei dem sogenannten Treisprechen, bei dem Meßerwerden, Heiratthen u. s. w. in Zukunft jederzeit nachzuweisen werden.

Auch haben dieselben, wenn Impfscheine zu Verlust gegangen, aus den bei ihnen hinterlegten Tabellen eine beglaubte Abschrift unentgeltlich auszufertigen.

Sollten an einem Orte Kinderblattern erscheinen, so haben dieselben nach gemachter Anzeige, mit Genehmigung des Stadt- oder Landgerichtsamt, folglich vorschriftsmäßig dagegen zu verfahren.

Die Pfarrer und Seelsorger haben dem gezeichneten Arzte die Listen der impfungsfähigen Subjekte ihres Kirchspiels jederviertel folglich unver-

lassen, oder hätte Schutzpocken erkrankten; befestigen jene, an welchen die Impfung wegen besondern Umständen, Unmöglichkeit u. dgl. unterlassen werden mußte. Doch muß man sich über den einen wie den andern Fall jederzeit durch ein legales Zeugnis eines zur Schutzimpfung berechtigten Arztes rechtfertigen.

§) Die nach lit. a von 1 fl. als Minimum bis zu 8 fl. als Maximum u. s. w. bestimmten Gehälter bleiben in ihrer individuellen Quantität und Modifikation auf den Vermögenszustand eines jeden Straffälligen den gemeinsten Umständen der betreffenden Distrikte, wobei die in den Städten der getreuen und selbständigen Gerichtsbezirken, auf dem Lande aber ohne Ausnahme die Landgerichte sind, auf solche Art anheim gestellt, daß nach dem abgelaufenen Termine, nach feststehenden amtlichem Impfscheine, bescheidener Anwesenheit und gemachter Notation in eine oder die andere der stufweisen Straßgebühren, die Eintragung derselben ohne alle Weisung, ohne Appellation, im Beschwerdeverfahren mit militärischer Exekution, folglich vor sich gehen soll.

h) Lieber diese eingeschriebenen Straßgebühren hat jede der betreffenden Distrikte eigene Rechnung zu führen, die Straffälligen namentlich zugleich mit den Impfungstabellen vierteljährig an die Landesdistrikte der Provinz einzuschicken, und übrigens Unserer näheren Bestimmungen, zu welchen medizinisch-polizeilichen Zwecken, zum Besten des nämlichen Gerichtsbezirks, diese Gelder verwendet werden sollen, zu genehmigen.

§. 5

Wom Tage der Bekanntmachung des Gegenwärtigen an ist jedem, der nicht ordentlich grabirt, und von einer der Sanitätsdistrikte Unserer Landeshauptstadt und approbierter Arzt ist, ohne Ausnahme und bei Strafe verboten, Schutzpocken zu impfen, selbst denjenigen, welche bisher für ihren Eifer öffentlich belobt wurden.

Das Schutzimpfungsgeschäft liegt für die Zukunft in den Hauptstädten, wo ein eigener Impfstoff aufgesetzt ist, diesem, und wie in Städten überhaupt den Stadtgerichten, dann auf dem Lande Unserm Landgerichtsärzten geschäftlich ob, und diese müssen die allgemeine Schutzimpfung zu gewissen Zeiten nach der weiter unten folgenden Vorschrift vornehmen. Doch besteht es, wie schon gesagt worden, in dem ordentlich approbierten Arzte unternommen, in einzelnen Fällen nach der vorgeschriebenen Form zu impfen. Derselbe muß aber eine jede Impfung auf seine Verantwortung für

von einem Orte zum andern transportirten Kindern ist von Kaiserin  
 Verordnungen ein Aus wieder zu verreckendes verhältnismäßiges Ge-  
 weis zu machen.

Sollte die Abordnung des Provinzialimpfamtbes aus einer Haupt-  
 stadt in Landgerichte oder Provinzialstädte notwendig seyn; so wird  
 erweise immer aus Unfern Quartum allen bezücht, wie Wir ihm auch  
 se des Verfertigung des Schutzpockenimpfstoffes nöthigen kleinen Anstalt-  
 zu verfertigen werden.

§. 9.

Wir gewärtigen zwar, daß unsere Unterthanen, von Unfern  
 irdischen Bestimmungen für ihr Wohl sich übergenzt halten, den nur  
 us dieser Ursache hiermit erlassenen Verordnungen genaueste Folge leis-  
 en, und dadurch die im Gegentheil festgesetzten Strafen vermeiden  
 erden; — doch erachten Wir noch für notwendig, die letztern dahin  
 i fördern, daß der Vater, Pflegevater oder Vormund eines Kindes,  
 eldes von den Kinderblattern nach Verlauf des zur Schutzpockenim-  
 lung festgesetzten Termines befallen wird, sogleich nach geschäner  
 nzeige, welche jedem davon Kenntniß habenden ärztlichen oder wund-  
 ärztlichen Individuum hiemit zur besondern Pflicht gemacht wird, und  
 ob der von dem Verordnungsgeber erhobenen Thatsache, von seiner Verant-  
 wortung auf Grundgesetz auf 3 bis 6 Tage ins Gefängnis gesetzt, und  
 in seine zur Wahrung öffentlich bekannt gemacht werde.

Das Haus, worin ein an den Kinderblattern Kranker liegt, soll  
 ein Verzehe nicht gleich im Eintrage der Krankheit in eine dazu ge-  
 rechte Anzahl gebracht und dertelbst gehörig flücht werden kann, je-  
 dem ohne Ausnahme, selbst wenn es Fremde oder durch unsere  
 Anstalt verfahren betrifft, von der Ortspolizei als das Haus eines an-  
 4 pest Erkrankten gehalten, alle Gemeinlichkeit mit demselben abge-  
 hrt aufgehoben, auch nach dem Verlaufe der Krankheit noch eine  
 12 wochen langen Quarantäne unterworfen, und überhaupt alle jene  
 12 Regeln getroffen werden, welche gegen Verhütung dieser pestan-  
 12 den Krankheit erforderlich sind.

Uebrigens erlauben Wir noch, daß es in Unfern Staaten ohne alle  
 Ausnahme, und bei einer den Umständen angemessenen unermittel-  
 7 in Kriminalstrafe (vide Codex juris Bav. crim. Pars I. Cap. IX.  
 7.) verboten bleibt, die Kinderblattern zu impfen, oder zu ihrer  
 12 Einführung und Verbreitung, auf welche Art es immer sey, thätig  
 12 wirken.

§. 10.

Da es schädlich die Mäßigkeit des Geygenlandes erweist, daß  
 dieser letztere allerdings die Mäßigkeit des Geygenlandes erweist, daß  
 möglichen ist, nachkommen werde; so ermahnen Wir die ständischen  
 zur Impfung in Zukunft allein herrschenden Rechte, sowohl was das  
 Impfschick und die nach der Inspektion am den bis vuten Lage  
 nöthige Unternehmung des Erfolges der Impfung oder Kontrolle, dann  
 die Fertigung der Impfaben und Ausstellung der Impfschick be-  
 trifft, als auch in den über die Ausnahme von der Impfung auszufel-  
 senden Urtheilen, möglichst genau und gewissenhaft zu verfahren, in-  
 dem Wir einen jeden, der nach genauer Unternehmung einer geschick-  
 seit oder Ursache übersehen würde, falls ein bereits getimpft oder  
 von der Impfung dispensirtes Kind später mit den Kinderblattern  
 befallen werden sollte, unaussprechlich an Geld oder nach Mäßigkeit  
 der Umstände, durch Suspension und öffentliche Mäßigkeit strafen werden.

Max Joseph.

Wien, den 27. August 1807.

W. v. Montgelas.

Auf Königl. allerhöchsten Befehl.  
 v. Stempelhuber.

## Erster Abschnitt.

**Einleitende Verordnungen.**

## A.

**Organisches Edict über das Medicinalwesen im Königreiche.**

Diese zu ihrer Zeit Epoche machende allerhöchste Verordnung vom 8. September 1808, wenn auch in Folge der Zeit-Verhältnisse wie der stetig mehr und mehr sich umgestaltenden Gesetzgebung und Verwaltung bereits zum großen Theile veraltet, bildet doch noch immer die unzerstörbare Grundlage der Organisation unserer Medicinalverwaltung. Auf dieselbe wurde stetig weiter gebaut und werden von unserer Staats-Regierung selbst gegenwärtig noch bei Anfertigung neuer Medicinal-Vorschriften nicht selten einzelne ihrer Bestimmungen angerufen. Dieser Umstand veranlaßte uns, das organische Edict nicht bloß an die Spitze dieser Abtheilung unseres Sammelwerkes zu stellen, sondern auch jetzt noch an der Hand seiner einzelnen Titel und Paragraphen die sämtlichen hieher gehörigen älteren wie neueren Verordnungen und Bekanntmachungen zum Abdrucke zu bringen, in so weit Solche nicht schon in der ersten Abtheilung bei Gelegenheit der dort mitgetheilten Reichs- und Landes-Gesetze Aufnahme gefunden haben. Was die einzelnen nunmehr veralteten Paragraphen des Edictes betrifft, so finden dieselben ihre Correctur in den ihnen beigefügten Anmerkungen, aus welchen leicht ersehen werden kann, welche derselben zur Zeit noch Geltung besitzen und welche nicht. Nach dem Regierungs-Blatte vom Jahre 1808 S. 2189 lautet nun die bezüglichliche allerhöchste Verordnung wörtlich also:

„Den Grundsätzen gemäß, welche Uns bei der Unserem Reiche gegebenen Constitution und den übrigen bisher allgemein getroffenen Einrichtungen geleitet haben, finden Wir Uns bewogen, Einem der wichtigsten Theile der Staats-Polizei, dem Medicinalwesen, um so mehr Unsere vorzügliche Aufmerksamkeit zu widmen, als durch eine gute Bestellung desselben die ersten Bedingnisse zum individuellen Wohle eines jeden einzelnen Staats-Bürgers, im Zusammenhange mit dem Allgemeinen, allein erreicht und dauerhaft erhalten werden können, wovon Wir die Ueberzeugung durch alle in diesem Fache schon erlassenen Verordnungen und selbst mit beträchtlichem Aufwande getroffenen Anstalten an den Tag gesetzt haben.

Auf den Uns hierüber gemachten umständlichen Vortrag Unseres Ministeriums des Innern haben Wir beschlossen, das in dieser Hinsicht schon bestehende Brauchbare auf

alle Theile unseres Reiches, in einen Jeden der neuorganisirten Kreise zu übertragen, das Mangelnde allenthalben zu ersetzen, das Ganze in eine zweckmäßige Verbindung und einen der nothwendigen Ordnung günstigen Zusammenhang zu bringen und zugleich den übrigen Verwaltungs-Zweigen anzupassen — und verordnen wie folgt.

### I. Titel.

#### Von den mit der Ausübung medicinischer Wissenschaften aus allen Fächern sich befassenden Individuen.

§ 1. Die Ausübung eines Theiles der medicinischen Wissenschaften wird in Zukunft nur denjenigen erlaubt, welche diesen Theil, den sie auszuüben gedenken, den dafür bestimmten Gesetzen genügend erlernt haben, aus demselben durch die von Uns noch zu ermächtigenden Stellen geprüft und von diesen mittelst förmlich ausgestellter Zeugnisse als tauglich anerkannt worden sind.<sup>1)</sup>

§ 2. Zur Bildung der Aerzte haben Wir die theoretischen Studien in mehreren von Uns erlassenen allerhöchsten Verordnungen bereits bestimmt, gemäß welchen nach vorchriftsmäßig geendeten niederen und höheren Vorbereitungs-Klassen alle Lehrgegenstände der speciellen Fächer der medicinischen Wissenschaften in sechs Semestern auf einer inländischen Universität absolvirt und daselbst die akademischen Würden erlangt werden müssen. Zur praktischen Bildung ordnen wir über dieses noch einen Zeitraum von zwei Jahren an, während welcher der angehende Arzt unter der Leitung eines älteren, als vorzüglich fähig anerkannten, am Besten in einer größeren öffentlichen Kranken-Anstalt, sich üben muß.

Nur wenn allen diesen Bedingungen genug gethan ist, wird die letzte Prüfung bei Einem derjenigen Medicinalcomitèen, welchen Wir dieses Geschäft für die Zukunft übertragen werden, erlaubt und durch eine dießfallige Approbation das Recht zur sogenannten freien Praxis erlangt. Für die Form der Prüfungen an den Universitäten und den genannten Medicinalcomitèen werden Wir genaue Vorschriften erlassen, durch deren Anwendung sowohl Wir als das Publicum zu jeder Zeit überzeugt werden können, daß die Ausübung der Arznei-Wissenschaft nur den fähigsten Subjecten erlaubt werde.

Wir machen deßhalb die Vorstände der medicinischen Sectionen an Unseren Universitäten besonders verantwortlich, zu den medicinischen Studien nur solche Subjecte zuzulassen, welche ohne besondere Gebrechen des Körpers und der Sinne vorzügliche Anlagen des Geistes besitzen.

§ 3. In der Ueberzeugung, daß nur vollkommen gebildete Aerzte bei einer eigenen Vorliebe, Geschicklichkeit und fortgesetzter technischer Uebung den Forderungen, welche man mit Recht von einem Chirurgen macht, zu entsprechen im Stande sind, verordnen Wir, daß die Wundarzneikunst in Zukunft nur von jenen Individuen ausgeübt werde, welche die Arznei-Wissenschaft erlernt haben, und befehlen Unseren Universitäten, keinen akademischen Grad mehr aus der Chirurgie zu erteilen, wenn derselbe nicht zugleich aus der Medicin erhalten wird; auch werden Wir in der Folge für eine den Verhältnissen der Volks-Zahl und den bei Weitem seltener vorkommenden wichtigen und schwere chirurgische Operationen erfordernden Krankheiten angemessene Anzahl solcher Subjecte Sorge tragen.

Für eine zweckmäßigere Bildung der bisher sogenannten Chirurgen, bei welchen der größte Theil Unserer Unterthanen, besonders auf dem Lande, in allen Krankheits-Gattungen Hilfe sucht, haben Wir in der Verordnung vom 29. Juni d. Js. über die Errichtung der Schulen für Landärzte die näheren Bestimmungen getroffen.

§ 4. Diejenigen Individuen, welche sich in Zukunft der Pharmazie als Apotheker widmen wollen, haben, wenn sie mit den erforderlichen natürlichen Anlagen, Sprach-

<sup>1)</sup> Schon gleich dieser erste Paragraph des Edictes ist nunmehr veraltet, da seit der Einführung der Reichs-Gewerbeordnung im Jahre 1872 die Ausübung der ärztlichen Praxis durch nicht approbirte Personen nicht mehr mit Strafe bedroht ist.

dann physischen, mathematischen und naturhistorischen Kenntnissen ausgerüstet sind und vorläufig in einer größeren Officin in der Lehre und im Dienste gestanden haben, wenigstens zwei Jahre an einem pharmaceutischen Institute, welche Wir an den Medicinal-sectionen Unserer Universitäten oder auch außer diesen zu errichten gedenken, chemische, botanische und pharmaceutische Collegien zu hören und sich in diesen Fächern nebst den theoretischen auch praktische Kenntnisse zu sammeln.

Zur Uebnahme einer Apotheke als Eigenthum, oder in Pacht, oder endlich als sogenannter Provisor muß sich der Apotheker durch die legalen Zeugnisse der gemachten Lehr- und Dienst-Jahre und die vorgeschriebenen Studien an den pharmaceutischen Instituten ausweisen, überdieß eine theoretische und praktische Prüfung nach der Vorschrift, wie dieselbe bei den Medicinalcomitèen angeordnet wird, bestanden und darüber ein förmliches Approbations-Zeugniß erhalten haben.

Das Umständlichere hierüber wird in der nächstens zu erscheinenden Apotheker-Ordnung vorgezeichnet werden.

§ 5. Als Hebärzte oder Accoucheurs leisten die Aerzte, Landärzte und Chirurgen, welche sich in einem von dem Hebammen-Unterrichte ganz abgesonderten Lehrinstitute gebildet und über den Besitz der hiezu nöthigen Geschicklichkeit in einer eigenen Prüfung ausgewiesen haben, die erforderlichen Dienste.

Es wird künftig, außer den Hebammen, keinem Individuum erlaubt, sich diesem Fache ausschließlich zu widmen.

Die Bedingungen der Auswahl und Anuahme weiblicher Individuen zur Hebammen-Lehre, die Ausmittelung des Unterhaltes hiezu, die Art des Unterrichtes, welcher nur an größeren Gebär-Instituten gegeben werden darf, die Prüfung und Approbation derselben, ihre Instruction und zu genießenden Emolumente werden Wir in einer eigenen Hebammen-Ordnung bestimmen.

§ 6. Ein Gleiches werden Wir für die Thierärzte und Cur-Schmiede thun, wollen aber das Veterinärwesen als Heilkunst und als Polizei-Anstalt den Gerichtsarzten vorbehalten, welche sich im Falle des Bedarfes der vorgenannten Individuen als Gehilfen zur Ausführung ihrer Heilpläne oder Polizei-Maßregeln zu bedienen haben.<sup>1)</sup>

§ 7. Alle ärztlichen Individuen (§§ 2 bis 6) stehen in der Ausübung ihrer Wissenschaften oder Kunst unter dem Gesetze.

Diese Gesetze sind vorzüglich von dreifacher Art und betreffen

- a) das Verhältniß dieses Personales unter sich,
- b) gegen die im Wissenschaftlichen Vorgesetzten und
- c) gegen das Publicum.

Zur Erfüllung dieser Gesetze werden Wir für jede Klasse des ärztlichen Personales bestimmte und möglichst-umfassende Instructionen entwerfen, eine allein gültige Landes-Pharmakopöe ausarbeiten und gewisse Normen, nach welchen die Tagen für alle Verordnungen der Aerzte, Landärzte, Chirurgen, Apotheker u. s. w. sich zu richten haben, festsetzen lassen, um dadurch und noch durch andere Maßregeln und Gesetze Unsere Unterthanen überhaupt vor Schaden und Benachtheiligung zu schützen, besonders aber den ärztlichen Staatsbürgern, welche sich offenbar mit dem mühevollsten und gefährlichsten

<sup>1)</sup> Auch die Paragraphen 2 mit 6 des Edictes haben keine Geltung mehr und entscheiden gegenwärtig betreffs der Approbation der Aerzte aller Art (mit Einschluß der Wundärzte, Augenärzte, Zahnärzte, Geburtshelfer und Thierärzte) sowie der Apotheker der § 29 und betreffs der Hebammen der § 30 Abs. 2 der Gewerbeordnung vom 21. Juni 1869 sowie die für Selbe erlassenen Prüfungs-Ordnungen und Instructionen. — Das Civil-Veterinärwesen wurde durch Verordnung vom 20. Juli 1872 (Theil I. S. 52) vollkommen neu organisiert und stehen insbesondere die Veterinärärzte nicht mehr unter den Bezirksärzten, da seitdem eigene amtliche Thierärzte aufgestellt wurden. Betreffs des Huf-Wechslages gelten nunmehr das Gesetz „den Betrieb des Hufwechslages-Gewerbes“ und die dazu erlassene Verordnung „die Prüfung der Huf-Schmiede betreffend“, Beide vom 1. März 1884. (Gesetz- und Verordnungs-Blatt für 1884, Nr. 12.)

Theile der Dienstleistungen im gesellschaftlichen Verbande befassen, ihre Würde und Subsistenz zu sichern.<sup>1)</sup>

## II. Titel.

### Von den Stadtgerichts- und Landgerichts-Ärzten.

§ 8. In einem jeden Landgerichte soll ein eigener Landgerichts-Arzt und in jeder größeren Stadt, in welcher ein eigenes Stadtgericht besteht, soll ein eigener Stadtgerichts-Arzt angestellt werden, so daß künftig auch nicht der kleinste District in Unserem Reiche ist, welcher nicht seinen Gerichtsarzt besitzt.<sup>2)</sup>

Ein Jeder dieser Gerichtsärzte ist dem gesammten übrigen ärztlichen Personale seines Bezirkes sowie dem Publicum überhaupt in allen Gegenständen der Medicinalpolizei das zunächst gelegene Organ der Regierung und er übt allein die gerichtliche Arznei-Wissenschaft nach schon bestimmten oder noch zu bestimmenden Vorschriften in jenen Vorfällen aus, zu welchen derselbe von den Untergerichten seines Bezirkes requirirt wird. Diese Gerichtsärzte müssen deshalb verpflichtet, den Kreis-Commissariaten untergeordnet und auf besondere Instructionen angewiesen werden.

Bei der Gleichheit der Geschäfte und Obliegenheiten der Stadtgerichts-Ärzte mit den Landgerichts-Ärzten setzen Wir Erstere den Letzteren am Range und Auszeichnung im Uniforme gleich und werden auch eine verhältnißmäßig gleichkommende Befoldung dafür ausmitteln lassen.

§ 9. Diesen Stadt- und Land-Gerichtsärzten (§ 8) wird das ganze in ihrem Bezirke befindliche medicinische Personale (Titel I. §§ 2—6) ohne alle Ausnahme und ohne Unterschied des Ranges oder sonstiger Verhältnisse, was die Befolgung der erlassenen Verordnungen sowie die medicinische Polizei überhaupt betrifft, zunächst zur Aufsicht untergeben.

Durch sie werden Wir Uns von dem Erfolge der im Fache des Medicinalwesens getroffenen Anordnungen und der Erreichung Unserer dießfalligen allerhöchsten Absichten überzeugen.

§ 10. Das bisher Verordnete legt Uns die Nothwendigkeit auf, von diesen Stadt- und Land-Gerichtsärzten weit mehrere als bloß praktische Kenntnisse zu fordern, worüber sich dieselben vor ihrer Anstellung bei einer darüber jederzeit besonders zu bestimmenden Concurß-Prüfung nachweisen müssen,<sup>3)</sup> ferner eine Verbindung der Stelle eines Gerichtsarztes mit mancher Anderen, z. B. mit Jener eines Medicinalrathes, in einem Subjecte zu verbieten.

§ 11. Die Pflichten, Obliegenheiten und Rechte der Gerichtsärzte setzen Wir vorzüglich auf nachfolgende Punkte fest:

<sup>1)</sup> Zu vergleichen sind hieher und zwar hinsichtlich der Ausübung der Heilkunde die Verordnung vom 11. August 1873 (Theil I. S. 30); in Betreff der Schwämme die beiden Verordnungen vom 23. April 1874 sowie die Instruction vom 3. Dezember 1875 (Theil I. S. 68—74); betreffs der Behandlung von Gift und Arzneien die beiden Verordnungen vom 25. April 1877 und 9. November 1882 „die Zubereitung und Feilhaltung der Arzneien“ und vom 25. April 1877 „den Verkehr mit Giften“ betreffend (Theil I. S. 391—405); anlangend die Medicinaltagen die beiden Verordnungen vom 18. beziehungsweise 20. Dezember 1875 „die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen in der Privatpraxis“ (Theil I. S. 48) und „die Vergütung für ärztliche Amts-Geschäfte“ betreffend und bezüglich der Arznei-Tage die Verordnung vom 28. Dezember 1882 (Theil I. S. 88) nebst der hiezu gehörigen Bekanntmachung vom 11. Dezember 1883 (Gesetz- und Verordnungs-Blatt S. 489).

<sup>2)</sup> Ueber die Organisation des ärztlichen Dienstes bei den Gerichten und Verwaltungs-Behörden entscheidet nunmehr die Verordnung vom 3. September 1879 (Theil I. S. 143). — Vgl. übrigens hieher noch die Verordnung vom 6. Oktober 1809 „die Organisation und Ernennung der Gerichtsärzte“ betreffend (Regierungsblatt S. 1818).

<sup>3)</sup> Gilt zur Zeit die Verordnung vom 6. Februar 1876 „die Prüfung für den ärztlichen Staats-Dienst betreffend“ (Gesetz- und Verordnungs-Blatt S. 201).

- a) Jeder Gerichtsarzt hat die in Unserem Regierungsblatte enthaltenen oder durch sein Kreis-Commissariat an ihn gekommenen Verordnungen augenblicklich und genau zu befolgen und, im Falle sie das übrige ärztliche Personale betreffen, demselben jedes Mal durch die Polizei-Behörde des Districtes mittelst Circular mitzutheilen, diese geschehene Mittheilung durch die eigene Unterschrift eines Jeden zu erheben und für die Befolgung derselben zu wachen. Verstößt sich das Eine oder Andere der ärztlichen Individuen, aus allen Fächern, gegen Verordnungen, so erinnert der Gerichtsarzt dasselbe zuerst und zeigt im weiteren Uebertretungs-Falle die Sache dem Kreis-Commissariate pflichtmäßig an.<sup>1)</sup>
- b) Jedes die Praxis beginnende ärztliche Individuum weist bei seinem Antritte dem Gerichtsuarzte seines Bezirkes das legale Prüfungs-Zeugniß und die Erlaubniß des Kreis-Commissariates vor, welche zur Ausübung in diesem Bezirke berechtigt.<sup>2)</sup>
- c) Jeder Gerichtsarzt hält sich eine genaue Liste über alle in seinem Bezirke befindlichen ärztlichen Individuen aus allen Fächern, worin nebst der Anstellung das Alter und alle übrigen erheblichen Eigenschaften und Notizen aufgezeichnet, der Austritt durch Orts-Veränderung oder Tod bemerkt und die Anzeigen über beide Letztere sogleich jederzeit an das Kreis-Commissariat eingesendet werden müssen.<sup>3)</sup>
- d) Der Gerichtsarzt erholt von allen Aerzten, Landärzten, Chirurgen, Hebammen und Thierärzten seines Bezirkes die ihnen in ihren Instructionen vorzuschreibenden Listen und Anzeigen sowie diese und auch die Apotheker ihre Anstände, Klagen u. dgl. so zunächst dahin zu dirigiren haben. Nur wenn diese von den Gerichtsärzten erweislich nicht hinlänglich gewürdigt werden sollten, steht der Recurs zum Kreis-Commissariate offen.
- e) Die oben (Lit. d) erwähnten Listen begreifen vorzugsweise in sich die den Aerzten, Landärzten, Chirurgen und Hebammen in der Ausübung ihrer Wissenschaft vorkommenden Geburts- und Sterbe-Fälle, die Letzteren mit der noch besonders und allgemein anzuordnenden Leichen-Beschau, welche dem Gerichtsuarzte unverzüglich zuzusenden sind und worüber bestimmte Vorschriften folgen werden. Der Gerichtsarzt redigirt aus denselben mit Beisehung der Zahl der in seinem Bezirke geschlossenen Ehen, welche Wir ihm von der geeigneten Stelle mittheilen lassen werden, nach einem zu erscheinenden Formulare vollständige Populations-Tabellen.<sup>4)</sup>
- Auch die Anzeigen der Aerzte über die ihnen häufiger vorkommenden Krankheiten, vorzüglich contagiöser Art, und der übrigen medicinischen Merkwürdigkeiten gehören hieher.<sup>5)</sup>

<sup>1)</sup> Die Vorschrift, daß die ergangenen Verordnungen u. s. w. dem ärztlichen Personale durch die Amtsärzte bekannt zu geben seien, ist in Folge der mittlerweile so wesentlich veränderten Verhältnisse längst außer Gebrauch gekommen.

<sup>2)</sup> Zur Ausübung der ärztlichen Praxis in einem bestimmten Bezirke ist seit der Verordnung vom 29. Januar 1865 „die Ausübung der Heilkunde betreffend“, beziehungsweise der Verordnung gleichen Betreffs vom 11. August 1873 (Theil I. S. 30) eine Erlaubniß der Kreis-Regierung nicht mehr erforderlich und bezüglich der Anzeige über Wahl und Veränderung des Wohnsitzes kömmt nunmehr der Art. 128 des Polizei-Strafgesetzbuches vom Jahre 1871 (Theil I. S. 444) sammt den hiezu ergangenen verordnungsmäßigen Vorschriften in Anwendung.

<sup>3)</sup> Vgl. hieher die Ministerialentschließung vom 1. November 1880 „die Qualification der approbirten Aerzte betreffend“ (Amtsblatt des Staatsministeriums des Innern S. 373).

<sup>4)</sup> Bezüglich der Leichen-Schau wäre die Ministerialentschließung desselben Betreffs vom 6. August 1839 (Theil I. S. 452) und bezüglich der Anfertigung der Jahres-Berichte der amtlichen Aerzte wären die betreffenden Ministerialentschließungen vom 20. Februar 1868, 23. Dezember 1875, 19. April 1878 und 6. November 1882 zu vergleichen.

<sup>5)</sup> Anlangend „die Verpflichtung der Medicinalpersonen zur Anzeige ansteckender Krankheiten unter Menschen oder Thieren“ ist nunmehr der Art. 72 des Polizei-Strafgesetzbuches vom Jahre 1871 (Theil I. S. 440) sammt der Verordnung desselben Betreffs vom 13. Juli 1862 (Theil I. S. 538) und der Entschließung des Staatsministeriums des Innern vom 4. März 1864 (Theil I. S. 539) maßgebend. Ein Reichs-Gesetz über die Anzeige-Pflicht der Aerzte u. s. w. ist schon seit längerer Zeit in Aussicht gestellt.

- f) Besonders hat jeder Gerichtsarzt seine beständige Aufmerksamkeit auf den Gang und die Frequenz der gewöhnlichen sowohl als außergewöhnlichen Krankheiten zu heften und seine deßfalligen Beobachtungen und Erfahrungen in ein besonderes Buch aufzuzeichnen.

Die in medicinischer und naturhistorischer Hinsicht seltenen und bemerkenswerthen Gegenstände und Erscheinungen, welche zur Kenntniß und Einsicht des Gerichtsarztes kommen, verdienen gleiche Rücksicht.

Von vorzüglicher Wichtigkeit aber müssen dem Gerichtsarzte alle an den Gränzen seines Bezirkes oder in demselben vorkommenden Epidemien und Epizootien sein.

Ueber diese Gegenstände hat der Gerichtsarzt jedes Mal unverzüglich die Anzeige an das Kreis-Commissariat zu machen und sich die benöthigten speciellen Verfügungen zu erbitten.

In der Hauptsache werden Wir hierüber eigene Vorschriften, wie die Natur dieser Uebel zu erforschen, polizeiliche und medicinische Maßregeln dagegen zu ergreifen sind, mit einer förmlichen Contumaz-Ordnung, folgen lassen.<sup>1)</sup>

- g) Der Gerichtsarzt hat fortwährende Witterungs-Beobachtungen nach bestimmten Vorschriften anzustellen und zu sammeln, aus welchen derselbe nebst den auf die Ausübung der Wissenschaft resultirenden Vortheilen, im Vereine mit anderen hierauf Bezug habenden Gegenständen, das Material zu einer medicinischen Topographie seines Bezirkes gewinnt.

Eine Hauptübersicht davon muß mit jedem Monats-Berichte an das Kreis-Commissariat eingefendet werden.<sup>2)</sup>

- h) Ueber die den Gerichtsärzten obliegende gesetzliche Schutzpocken-Impfung sind in der betreffenden Verordnung vom 26. August v. Js.<sup>3)</sup> die Vorschriften gegeben und das ferner Erforderliche werden Wir durch die Kreis-Commissariate erlassen.

- i) Auf die in dem Bezirke gelegenen, der Sanitäts-Polizei untergeordneten Staats-Anstalten aller Art, als auf Kranken-Häuser, Pfründner-Häuser, Gebärd-Häuser, Irren-Häuser, Kranken-Besuchsanstalten, Schul-Häuser, Leichen-Häuser, Begräbniß-Plätze und Gefängnisse, ferner auf die Verpflegung der dem Staate angehörigen Waisen bei Privaten, auf die Badanstalten, Institute und Instrumente zur Belebung der Scheintodten, die für jeden Bezirk erforderlichen chirurgischen Instrumente, dann auf die Apotheken, Materialien-Händler, Kräuter-Sammler u. dgl. hat der Gerichtsarzt eine besondere surveillirende Aufsicht zu halten und dem Kreis-Commissariate ungesäumte Anzeige zu machen, wenn die über diese Gegenstände erschienenen oder nachkommenden Verordnungen überschritten werden oder erhebliche Mißbräuche sich eingeschlichen haben sollten, welchen als einer Localanstalt nicht von der Localpolizei-Stelle auf seine Erinnerung abgeholfen werden kann.<sup>4)</sup>

<sup>1)</sup> Vgl. hieher die Paragraphen 327 und 328 des Reichs-Strafgesetzbuches, den Art. 67 des Polizei-Strafgesetzbuches sowie die zum Vollzuge derselben ergangenen Reichs-Gesetze, Verordnungen und Ministerialentschließungen.

<sup>2)</sup> Die Einsendung dieser Witterungs-Listen wurde den Gerichtsärzten durch Ministerialentschließung vom 3. Februar 1833 erlassen, welche lautet: „Da nach den übereinstimmenden Gutachten der k. Kreisregierungen die den Gerichtsärzten bisher auferlegte Vorlage von Witterungs-Tabellen dem Zwecke durchaus nicht entsprechend befunden worden ist, so wird den Gerichtsärzten die Vorlage fraglicher Tabellen für die Zukunft erlassen. Sollten übrigens einzelne Gerichts-Ärzte Gelegenheit und Neigung zu interessanten Beobachtungen in diesem Zweige besitzen, so wird deren Vorlage stets mit besonderer Anerkennung aufgenommen werden.“ (Döllinger's Verordnungen-Sammlung, Bd. XV. S. 715.)

<sup>3)</sup> Die Schutzpocken-Impfung ist nunmehr durch das Reichs-Impfgesetz vom 8. April 1874 und die bezügliche bayerische Vollzugs-Verordnung vom 24. Februar 1875 sammt den hiezu erlassenen Ministerialentschließungen geregelt. (Siehe Theil I. S. 483—504.)

<sup>4)</sup> Vergleiche hieher die Verordnung „den ärztlichen Dienst bei den Gerichten und Verwaltungs-Behörden betreffend“ vom 3. September 1879 (Theil I. S. 143);

- k) Der Gerichtsarzt hat die Apotheken-Visitationen mit Beziehung des dazu nach der künftigen Apotheker-Ordnung erforderlichen Personales in seinem Bezirke in gesetzlicher Form vorzunehmen und über die Befolgung der festzusetzenden Taxordnung zu wachen.

In dieser Hinsicht muß sich derselbe mit der ersten Revision der Apotheker-Rechnungen, welche ihm zu diesem Zwecke zugestellt werden, befassen und seine schriftlichen Bemerkungen darüber abgeben.<sup>1)</sup>

- l) Auch auf die Festhaltung der für die Verrichtungen des übrigen medicinischen Personales zu erscheinenden Taxordnung hat der Gerichtsarzt zu sehen.<sup>2)</sup>
- m) Derselbe hat nebstbei eine genaue Aufsicht auf alle in seinem Bezirke befindlichen medicinischen Pfluscher<sup>3)</sup> zu halten, worunter alle Individuen verstanden werden, welche sich mit widerrechtlicher Ausübung irgend eines Zweiges der medicinischen Wissenschaften, besonders dem Handeln mit Medicamenten, dem Ausgeben derselben, dem Verfertigen geheimer Mittel, dieselben mögen Privilegien haben oder nicht, befassen, da wir den Verkauf der Arzneimittel ausschließlich nur den ordentlichen Apotheken vorbehalten. Wir haben oben (Titel I. § 1—6 und Titel II. § 11 Lit. b) diejenigen, welche als medicinische Pfluscher zu behandeln sind, genauer angegeben.

Der Gerichtsarzt requirirt dagegen die Abhilfe schriftlich bei der Polizei-Stelle und, wenn diese säumet, ist pflichtmäßige Anzeige an das Kreis-Commissariat zu machen.

Diesem gemäß darf auch fremden, ausländischen Aerzten, Operateurs u. dgl. die Ausübung ihrer Kunst ohne Vorweis eines eigenen Erlaubniß-Scheines des Kreis-Commissariates nicht gestattet werden.<sup>4)</sup>

- n) Die vorläufige Auswahl derjenigen Subjecte, welche auf Gemeinde-Kosten als Landärzte, Thierärzte und Curtschmiede in den Unterricht genommen werden wollen, dann die bestimmtere Ermägung der Fähigkeiten derjenigen, welche als Lehrlinge in Apotheken oder zum Unterrichte in der Hebammen-Schule anzunehmen sind, steht gleichfalls dem Gerichtsärzte zu.<sup>5)</sup>
- o) Demselben liegt auch die Aufsicht auf Irre und Wahnsinnige seines Bezirkes ob und er hat mit der Polizei-Stelle gemeinschaftliche Maßregeln zur Verhütung

bezüglich der Schul-Häuser u. A. die Ministerialentschließungen vom 27. October 1843 (Döllinger's Verordnungen-Sammlung, Bd. XXX. S. 295) und 16. Januar 1867 (Amtsblatt des Staatsministeriums des Innern für Kirchen- und Schul-Angelegenheiten S. 17); bezüglich der Rostfunder den Art. 41 des Polizei-Strafgesetzbuches (Theil I. S. 436), der Rettung der Scheintodten den § 53 der Formations-Verordnung vom 17. Dezember 1825, bezüglich der Gifte und Arzneien die Verordnungen vom 25. April 1877 und 9. November 1882 u. s. w.

<sup>1)</sup> In Betreff der Apotheken-Visitationen sind nunmehr maßgebend der § 29 der Verordnung vom 25. April 1877, betreffend die Zubereitung und Feilhaltung von Arzneien, beziehungsweise die §§ 69—77 der Apotheker-Ordnung vom 27. Januar 1842 (Regierungsblatt S. 257), und bezüglich der Arznei-Taxe der § 80 Abs. 1 der Reichs-Gewerbeordnung (Theil I. S. 9) sowie die Arznei-Taxordnung vom 28. Dezember 1882 (Theil I. S. 88 ff.) nebst der hierzu gehörigen Bekanntmachung vom 11. Dezember 1883 (Gesetz- und Verordnungs-Blatt S. 489).

<sup>2)</sup> Vgl. den § 80 Abs. 2 der Reichs-Gewerbeordnung (Theil I. S. 9).

<sup>3)</sup> Siehe die Ministerialentschließung vom 22. Juli 1873 „die Ausübung der Heilkunde durch nicht approbirte Personen betreffend“ (Medizisches Intelligenzblatt S. 491).

<sup>4)</sup> Vgl. hieher die Verordnung vom 11. August 1873 „die Ausübung der Heilkunde betreffend“ (Theil I. S. 30) sowie die §§ 29 und 147 Biff. 3 der Reichs-Gewerbeordnung, welche — vorbehaltlich bestehender Staats-Verträge — auch gegenüber Nichtdeutschen Geltung besitzen.

<sup>5)</sup> Diese Thätigkeit der amtlichen Aerzte ist nunmehr bloß auf die Ausstellung von Zeugnissen für Hebammen (s. die Verordnung vom 23. April 1874 über die Hebammen-Schulen — Theil I. S. 71) und Apotheker-Lehrlinge (s. die Bekanntmachung vom 13. November 1875 — Theil I. S. 79, beziehungsweise die Bekanntmachung vom 25. Dezember 1879 — Theil I. S. 82) beschränkt.

aller Nachtheile, welche diese Gattung Unglücklicher sich selbst oder Anderen zufügen könnte, zeitig genug zu treffen.<sup>1)</sup>

- p) Nur der Gerichtsarzt erteilet über die in seinem Bezirke vorhandenen, mit verschiedenen Arten der Gebrechen des Körpers oder der Seele behafteten und deßhalb allgemeine Rücksichten, z. B. zur Verpflegung als vollkommenen Arme, zur Aufnahme in ein Kranken-Haus oder in ein Anderes der öffentlichen Institute der Wohlthätigkeit, erfordernden Individuen (die Fälle, in welchen Wir ausdrücklich eine andere Bestimmung treffen werden, ausgenommen) ein vollgiltiges Zeugniß, für welches er auch strenge verantwortlich bleibt.
- q) In allen Fällen, in welchen die Localpolizei-Stellen das Gutachten, die Entscheidung oder die Beihilfe eines Arztes nöthig haben, als z. B. sind die Untersuchung verkäuflicher Nahrungs-Mittel, des Getränkes, das Bewohnen neugebauter Häuser u. dgl. m., ist der Gerichtsarzt des Bezirkes beizuziehen und das Geeignete von ihm schriftlich dahin abzugeben.<sup>2)</sup>
- r) Der Gerichtsarzt des Bezirkes muß zur Auswahl der militärpflichtigen Subjecte jedes Mal unfehlbar zugezogen, seine Gründe für oder wider die Tauglichkeit derselben vorgemerkt und im letzteren Falle von ihm ein besonderes motivirtes Zeugniß ausgestellt werden.<sup>3)</sup>
- s) Endlich haben die Untergerichte zur Ausübung der gerichtlichen Arznei-Wissenschaft d. i. zu forensen medicinischen Untersuchungen, Analysen, zu Leichen-Öffnungen und Wund-Beschauen, dann zur Ausstellung der über solche Gegenstände erforderlichen Parere, Gutachten und Zeugnisse nur allein den Gerichtsarzt zu requiriren.<sup>4)</sup>

§ 12. Für alle Gerichtsärzte des ganzen Reiches werden Wir unverzüglich umfassende, die vorgezeichneten Rechte, Pflichten und Obliegenheiten genauer bestimmende Instruktionen<sup>5)</sup> entwerfen und die Formularien und Normen vorzeichnen lassen, nach welchen dieselben jeden Monat regelmäßig, bei außergewöhnlichen Ereignissen aber auch außer diesem, Bericht an ihr Kreis-Commissariat zu erstatten haben. Uebrigens sind die allgemeinen Dienst-Pflichten der Beamten auch auf die Gerichtsärzte anwendbar.

Eine vollständige Personalnominaton aller Gerichtsärzte werden Wir unmittelbar folgen lassen, sobald die Kreis-Commissariate in ihre Function getreten sein werden.

<sup>1)</sup> Vgl. die Art. 42, 80 und 81 des Polizei-Strafgesetzbuches vom Jahre 1871.

<sup>2)</sup> Die Vorschriften in Lit. p und q werden im Wesentlichen auch zur Zeit noch volle Geltung zu beanspruchen haben. Daß übrigens auch nichtamtliche Aerzte zur Ausstellung gültiger Zeugnisse befugt sind, erhellt aus den §§ 277 und 278 des Reichs-Strafgesetzbuches. — Bezüglich der Theilnahme der Bezirksärzte an der öffentlichen Armen-Pflege sind die Art. 22 und 40 des Armen-Gesetzes vom 29. April 1869 und bezüglich deren Thätigkeit in der Nahrungs-, Bau- u. s. w. Polizei der § 367 des Reichs-Strafgesetzbuches, das Reichsgesetz vom 14. Mai 1879 betreffend den Verkehr mit Nahrungs-Mitteln u. s. w. (Theil I. S. 740 ff.) sowie der Art. 73 ff. des Polizei-Strafgesetzbuches und die §§ 89, 93 und 97 der allgemeinen Bau-Ordnung vom 19. September 1881 (Theil I. S. 413) zu beachten.

<sup>3)</sup> Ist hinfällig geworden, da in Folge der §§ 60 und 69 der Ersatzordnung (I. Theil der Wehr-Ordnung für das Königreich Bayern) vom 21. November 1875 eine Mitwirkung der Bezirksärzte bei dem Erjag-Geschäfte in der Regel nicht mehr Statt findet.

<sup>4)</sup> Durch die Verordnung vom 3. September 1879, den ärztlichen Dienst bei den Gerichten und Verwaltungs-Behörden betreffend, bleibt die Thätigkeit der Landgerichts-beziehungsweise Bezirks-Aerzte in allen obigen Beziehungen aufrecht erhalten, nur ist sie im Hinblick auf den § 73 der Straf-Proceßordnung für das deutsche Reich keine ausschließliche mehr, da fortan dem Richter die Auswahl der Sachverständigen frei steht und er an die Beziehung öffentlich bestellter Sachverständiger nicht gebunden ist.

<sup>5)</sup> Die hier in Aussicht gestellten umfassenden Amts-Instruktionen sind nicht erlassen worden, wohl aber finden sich auf die Gerichtsärzte bezügliche Bestimmungen allenthalben zerstreut vor und haben wir bereits in einzelnen Anmerkungen zu den vorstehenden Paragraphen des organischen Edictes auf die Wichtigeren derselben aufmerksam gemacht. Vgl. übrigens den späteren Abschnitt, welcher von den amtlichen Aerzten handelt.

## III. Titel.

**Von den Medicinalrätthen bei den Kreis-Commissariaten.**

§ 13. Für die Bearbeitung der medicinisch-polizeilichen Gegenstände geben Wir Unseren Kreis-Commissariaten einen oder nach Umständen zwei Medicinalrätthe bei.

Da die Meisten der von ihnen zu behandelnden Gegenstände executiver Art sind, Andere aber von den Gerichtszärzten schon vorgearbeitet werden, erwarten Wir von diesen Medicinalrätthen, daß dieselben überall in ihrem Kreise die von uns festgesetzte Ordnung im Sanitäts-Wesen herstellen und erhalten, die etwa nöthig erachteten geeigneten Vorschläge Uns vorlegen und Unseren allerhöchsten Absichten entsprechen werden.<sup>1)</sup>

§ 14. Da diese Unsere allerhöchste Bestimmungen wohl zur Förderung der medicinisch-polizeilichen Gegenstände überhaupt, nicht aber für die mit dem medicinischen Personale, vorzüglich den Ärzten und Apothekern, vorzunehmenden Prüfungen, dann ferner nicht zur Bearbeitung medicinisch-forenser Vorfällenheiten, über welche die in Unserem Reiche angeordneten Appellations-Gerichte Gutachten oder Entscheidung nöthig haben, hinreichend sind: so verordnen Wir, daß zu Bamberg, zu München und zu Trient eigene medicinische Prüfungs-Comitèen, welchen zugleich die Bearbeitung der in zweiter Instanz eine medicinische Beurtheilung oder Beleuchtung erfordernden forensen Vorfällenheiten zukommt, bestellt und die Medicinalrätthe dieser Kreise mit fähigen Assessoren, deren Bestimmungen und Ernennungen Wir Uns vorbehalten, auf vier oder fünf Glieder vermehrt werden.

Zu diesen Comitèen in den Hauptstädten München und Bamberg werden Wir die bisher in größerer Anzahl daselbst bestandenen Medicinalrätthe verwenden, für die Hauptstadt Trient aber unverzüglich die hiezu benöthigte Anzahl von Assessoren Uns in Vorschlag bringen lassen und den Kreis-Commissariaten und Justiz-Stellen die deßhalb nöthigen Befehle ertheilen, damit in diesen beiden wichtigen Dingen keinem nachtheiligen Aufschube Platz gegeben werde. Nur für die eben erwähnten Gegenstände, d. h. die Prüfungen der Aerzte und Apotheker (da Wir die Prüfungen der Landärzte, Hebammen, Thierärzte und Curtschmiede in Zukunft an jenen Schulen, an welchen sie ihre Bildung erhalten haben, mit Zuziehung der Medicinalrätthe des Kreises vornehmen lassen werden), dann für die Berathungen und Bearbeitungen der von den Appellations-Gerichten begehrten Entscheidungen und Gutachten versammeln sich sämmtliche Glieder an diesen medicinischen Comitèen collegialisch. Die gewöhnlichen, außer diesen vorkommenden Gegenstände werden von den General-Kreiscommissariaten den hiefür bestimmten Medicinalrätthen gleich den übrigen Rätthen zur Bearbeitung zugetheilt.

Für die Prüfungen werden Wir die (Titel I. § 2) erwähnten Vorschriften und für die collegialische Bearbeitung der medicinisch-gerichtlichen Gegenstände die der neuen Gerichts-Verfassung Unseres Reiches entsprechenden Normen bestimmen.<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Nach § 4 der Verordnung vom 17. Dezember 1825 betreffend die Formation, den Wirkungs-Kreis und den Geschäftsgang der obersten Verwaltungsstellen in den Kreisen gehört ein Kreis-Medicinalrath und nach der Verordnung vom 20. Juli 1872 betreffend das Civil-Veterinärwesen nunmehr auch ein Kreis-Thierarzt zum statusmäßigen Personale einer Kreis-Regierung, Kammer des Innern, welcher Letztere als technischer Berather in allen Angelegenheiten des Veterinärwesens zu fungiren hat. Außerdem besteht nach der Verordnung vom 24. Juli 1871 „den Ober-Medicinalausschuß und die Kreis-Medicinalausschüsse betreffend“ (Regierungsblatt S. 1489) am Sitze jeder Kreis-Regierung auch ein Kreis-Medicinalausschuß als beratendes wie begutachtendes Organ für die der Kreis-Regierung obliegenden Medicinalangelegenheiten mit Einfluß des Apotheken- und Veterinär-Wesens.

<sup>2)</sup> Die auf Grund dieses Paragraphen durch die Verordnung vom 8. Dezember 1808, betreffend die Organisation der Medicinalcomitèen u. s. w. (Regierungsblatt S. 2889), gebildeten Medicinalcomitèen wurden, nachdem ihnen zuerst die Prüfungen der Aerzte und Pharmazeuten waren abgenommen worden, im Jahre 1843 durch die Verordnung betreffend die Reorganisation der Medicinalcomitèes vom 23. August d. Js. (Regierungsblatt S. 505) aufgelöst und hienach die Abgabe von forensen Obergutachten den bei den medicinischen Facultäten unserer Universtitäten errichteten Medicinalcomitèen übertragen.

§ 15. Die Stellen der Medicinalräthe bei den Kreis-Commissariaten werden Wir in Zukunft nur mit solchen bereits angestellt gewesenen Gerichtsärzten besetzen, welche sich durch Vorzüglichkeit ihrer Kenntnisse, durch Thätigkeit und moralisch gutes Betragen auszeichnen.

§ 16. Die Medicinalräthe bei den Kreis-Commissariaten stehen in gleicher Kategorie mit den übrigen dieselben constituirenden Kreis-Räthen und rousiren mit denselben nach dem Dienstes-Alter.

§ 17. Der Geschäfts-Gang für die Gegenstände der Medicinalpolizei ist der für die Kreis-Commissariate überhaupt vorgezeichnete, nach welchem Einlauf, Zutheilung, Bearbeitung, Registratur, Kanzlei und Expedition besorgt wird.

In Gegenständen gemischter Art wird der General-Commissair ein gemeinschaftliches Benehmen mit jenen Kreis-Räthen anordnen, in deren Fach dieselben zugleich einschlägig sind, und die Aufträge gemeinschaftlich unterzeichnen lassen.

§ 18. Die Kreis-Commissariate haben überhaupt keine Verordnung und deßhalb auch keine in dem Fache der Medicinalpolizei für sich zu erlassen und keine Verfügung zu treffen, über deren Vorwurf nicht bereits von Uns schon sanctionirte Normen bestehen, diejenigen seltenen Fälle ausgenommen, in welchen eine unabänderliche Nothwendigkeit keinen Aufschub zuläßt, worüber aber die Kreis-Commissariate jederzeit verantwortlich bleiben und sogleich an Uns die Anzeige davon zu machen und Unsere Bestätigung zu erholen haben.

Uebrigens haben die Medicinalräthe der Kreis-Commissariate nur allein die von Uns im Fache des Medicinalpolizei-Wesens erlassenen Verordnungen zu vollziehen, die ihnen übertragenen Gegenstände zu bearbeiten, für die Befolgung der den Gerichtsärzten und dem übrigen medicinischen Personale ihres Kreises ertheilten Instructionen und Befehle zu wachen, die von den Gerichtsärzten an sie gelangten legalen Notizen und Anzeigen zu sammeln, gehörig vorzubereiten und durch das Kreis-Commissariat an Uns einzubefördern. Diesem nach liegt den Medicinalräthen bei den Kreis-Commissariaten besonders ob

- a) die Sorge für genaue Beobachtung der in dem Fache des Medicinalwesens bisher erlassenen und die schnelle Execution der von Uns künftig zu erlassenden Verordnungen, sie mögen die Medicinalräthe oder das ihnen untergeordnete Personal betreffen;
- b) die Sammlung aller von den Gerichtsärzten nach § 11 Lit. c, d, e, f, g, h, i, k, l, m und n theils mittelst der monatlichen, theils mittelst der außerordentlichen Berichte erstatteten, an sie gelangten Anzeigen und Notizen, welche sie genau zu ordnen und nach Vorschriften, welche noch erscheinen werden, nach dem Ende eines jeden Vierteljahres, d. i. mit Anfang des Jänner's, April's, Juli's und October's, durch das Kreis-Commissariat Uns vorzulegen haben;
- c) die Uebersicht und Controle aller in dem Kreise befindlichen ärztlichen Individuen, besonders aber der Gerichtsärzte, derselben Geschäftsführung und Conduite;
- d) die Oberaufsicht auf alle in ihrem Kreise befindlichen der Sanitäts-Polizei untergeordneten Anstalten (Titel II. § 11 Lit. i);<sup>1)</sup>
- e) die Bearbeitung einzelner besonderer Gegenstände, welche wir ihnen auflegen werden;
- f) die Begutachtung auf erledigte oder wieder zu besetzende Stellen der Gerichts-Ärzte, der Ärzte an Instituten der Wohlthätigkeit u. s. w.; von jeder solchen Erledigung durch Tod oder Orts-Veränderung müssen Wir unverzüglich in Kenntniß gesetzt werden;
- g) die Bewilligung der Reise-Lizenzen, welche die Gerichtsärzte auf eine längere Zeit als vier Tage bei den Kreis-Commissariaten und im Falle einer Reise nach Unserer Residenz-Stadt durch dieselben bei Uns unmittelbar nachzusuchen haben; doch müssen die Gerichtsärzte in solchen Fällen gleich wie bei einer sie befallenden anhaltenden Krankheit ein annehmbares Provisorium treffen, welches

<sup>1)</sup> Vergleiche hieher die Anmerkung 4 auf Seite 19.

- in einem als fähig anerkannten Arzte, der in der Bittschrift zu benennen ist, zu bestehen hat; <sup>1)</sup>
- h) die Begutachtung einer allenfallsigen Vermehrung oder Reduction des einen oder anderen Theiles des ärztlichen Personales nach den Verhältnissen der Localität und der Volks-Menge;
  - i) die Vorschläge und Begutachtungen zu verdienten Belohnungen oder Abtundungen des medicinischen Personales ihres Kreises; die Entscheidung der auf das Wissenschaftliche oder Polizeiliche des Medicinalwesens Bezug habenden Zwiste derselben, wenn zu ihnen ein förmlicher Recurs genommen wird;
  - k) die Oberaufsicht auf Medicinal- und Apotheker-Lagen, Apotheken-Bisitationen, die Superrevisionen derlei Rechnungen, wenn sie dazu aufgefordert oder damit beauftragt werden;
  - l) die Leitung der polizeilichen und medicinischen Vorkehrungen bei ausbrechenden Epidemien, ansteckenden Krankheiten, Vieh-Seuchen u. dgl., worüber ebenfalls jedes Mal sogleich an Uns Bericht zu erstatten ist;
  - m) die Ausmittelung, ob auswärtigen, durch ihre Kreise reisenden Aerzten, Operateurs u. s. w. Unseren gegebenen Verordnungen vom 31. August 1805 (Regierungsblatt 1805 Stück XL. S. 1012 ff.) zu Folge die Ausübung ihrer Kunst zu gestatten sei.

§ 19. Ueber alle den Medicinalrätthen zugetheilte, von denselben erledigte oder unerledigt gebliebene Gegenstände wird der Generalcommissär des Kreises in den vierteljährig seiner Instruction gemäß einzuschickenden Geschäfts-Tabellen gleichwie für die übrigen Rätthe seine Bemerkungen machen.

§ 20. In Hinsicht der Reise-Lizenzen und übrigen Verhältnisse bleibt es für die Medicinalrätthe bei den in der angezogenen Instruction enthaltenen Bestimmungen.<sup>2)</sup>

#### IV. Titel.

### Medicinalbureau bei unserem geheimen Ministerium des Innern.

Wir haben schon bei Errichtung Unseres geheimen Ministeriums des Innern das Medicinalwesen als Einen der wichtigsten Zweige der Staats-Polizei demselben zur Versorgung und obersten Leitung übergeben. Bei diesem Unserem Ministerium haben Wir gegenwärtig in der Section der Polizei ein eigenes Medicinalbureau errichtet und die erforderlichen Weisungen erlassen, damit das Medicinalwesen dem von Uns genehmigten Plane gemäß, systematisch bearbeitet, in allen Theilen Unseres Reiches in homogene Anwendung treten kann.<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup> Vergleiche hieher eine Regierungs-Entscheidung vom 15. April 1815 betreffend „die Reisebewilligungs-Gesuche der Landgerichts-Aerzte“ (Intelligenzblatt für den Harzreis S. 387), laut welcher dieselben ihren Gesuchen um Reise-Licenz jederzeit die schriftliche Erklärung desjenigen Arztes beizulegen haben, welcher während ihrer Abwesenheit das Provisorium übernommen hat, sowie den § 84 der Verordnung vom 17. Dezember 1825 betreffend „die Formation, den Wirkungs-Kreis und Geschäfts-Gang der obersten Verwaltung=Stellen in den Kreisen“ sammt den später hiezu erlassenen Anordnungen. (Siehe unten S. 20.)

<sup>2)</sup> Siehe den Paragraph 147 der Formations- u. Verordnung vom 17. Dezember 1825. (Seite 22.)

<sup>3)</sup> Die Organisation des Medicinalwesens bei dem Staatsministerium des Innern ist inzwischen wiederholt und wesentlich abgeändert worden. Nach § 74 Lit. c der Verordnung vom 9. Dezember 1825 „die Formation der Ministerien“ betreffend (Regierungsblatt S. 977, unten S. 15) gehört zu dessen Wirkungs-Kreis „das Medicinalwesen in seinem ganzen Umfange“ und wurde demselben deshalb nach § 10 derselben Verordnung ein Ober-Medicinal-Rath und laut späterer Verordnung vom 20. Juli 1872 „das Civil-Veterinärwesen betreffend“ ein Landes-Thierarzt beigeordnet. Außerdem besteht nach der Verordnung vom 24. Juli 1871 „den Ober-Medicinalausschuß und die Kreis-Medicinalausschüsse betreffend“ bei dem genannten Staatsministerium ein Ober-Medicinalausschuß

Von Unseren Kreis-Commissariaten, Medicinalrätthen, Gerichtsärzten, Polizeistellen und dem gesammten ärztlichen Personale erwarten Wir die thätigste Mitwirkung nach der Geschäfts-Sphäre eines Jeden, um in diesem wichtigen Gegenstande Uns sowohl als Unseren getreuen Unterthanen die Früchte des Erfolges zu sichern.“<sup>1)</sup>

## B.

**Die Formation der Ministerien.**

Verordnung vom 9. Dezember 1825. (Regierungsblatt S. 977.)

## A u s z u g.

Um den Aufwand im Staats-Haushalte auf jede mit dem Hauptzwecke vereinbarliche Weise zu mindern und den Verwaltungs-Organismus zu vereinfachen, haben Wir beschloffen, eine neue Formation Unserer Staats-Ministerien und zugleich einige Veränderungen in Bezug auf ihren bisherigen Wirkungs-Kreis und Geschäfts-Gang anzurordnen. — Nach Vernehmung Unseres Staatsrathes wollen Wir zu diesem Behufe verordnen wie folgt.

**Titel I. Formation der Ministerien.**

- § 1. Für dermalen sollen fünf Ministerien fortbestehen:
- I. das Ministerium des Hauses und des Aeußern,
  - II. jenes der Justiz,
  - III. des Innern,
  - IV. der Finanzen und
  - V. der Armee.<sup>2)</sup>
- § 2. Jedes dieser fünf Ministerien wird künftig bestehen
- a) aus einem dirigirenden Minister,
  - b) aus einer bestimmten Anzahl von Ministerialrätthen,
  - c) aus einem Generalsecretär u. s. w.
- § 10. Dem Ministerium des Innern werden übrigens noch beigeordnet
- e) ein Ober-Medicinalrath und die erforderliche Anzahl Bautechniker.<sup>3)</sup>

als ein demselben unmittelbar untergeordnetes sachverständiges Organ für Berathung und Begutachtung in Angelegenheiten des Medicinalwesens und der Medicinalpolizei mit Einschluß des Apotheken- und Veterinär-Wesens wie zur Vertretung der medicinischen Interessen überhaupt.

<sup>1)</sup> Zum „organischen Edicte“ vergleiche noch R. Weber, Neue Gesetz- und Verordnungen-Sammlung für das Königreich Bayern. Nördlingen, C. F. Wed, 1880. I. Theil.

<sup>2)</sup> Dieser § 1 ist nunmehr ersetzt durch Ziffer I der allerhöchsten Entschließung vom 25. März 1848 „Bildung des Gesamt-Staatsministeriums und Ernennung der Staats-Minister betreffend“ (Regierungsblatt S. 161), laut welcher sich das Gesamt-Staatsministerium in sechs Staats-Ministerien theilt, welche nach ihren Geschäfts-Kreisen den Titel führen: 1. Staats-Ministerium des k. Hauses und des Aeußern, 2. Staats-Ministerium der Justiz, 3. Staats-Ministerium des Innern, 4. Staats-Ministerium des Innern für Kirchen- und Schul-Angelegenheiten, 5. Staats-Ministerium der Finanzen und 6. Kriegs-Ministerium.

<sup>3)</sup> Nach der Verordnung vom 20. Juli 1872 „das Civilveterinärwesen betreffend“ ist dem Staatsministerium des Innern nunmehr auch ein Landes-Thierarzt beigeordnet und laut Verordnung vom 24. Juli 1871 „den Ober-Medicinalausschuß und die Kreis-Medicinalausschüsse betreffend“ besteht bei demselben Ministerium ein Ober-Medicinalausschuß als ein demselben unmittelbar untergeordnetes sachverständiges Organ für Berathung und Begutachtung in Angelegenheiten des Medicinalwesens, der Medicinal-Polizei u. s. w. — Weiterhin bildet seit dem Jahre 1869 eine besondere Abtheilung dieses Ministeriums das k. statistische Bureau und zwar laut Verordnung vom 29. Januar 1869 „die Errichtung einer statistischen Centralcommission betreffend“ (Regierungsblatt S. 1473).

Abdruck.

Qualifikations-Tabelle

für  
den hier unten genannten Gerichtsarzt.

|    |                           |             |   |  |  |  |  |  |
|----|---------------------------|-------------|---|--|--|--|--|--|
| 1. | Formellen- und Vor-Namen. |             |   |  |  |  |  |  |
| 2. | Bedürfnis-                | a.          | Kon.  |  |  |  |  |  |
|    |                           | b. c. d.    | Monat.  |  |  |  |  |  |
| 3. | 4.                        | Freiwillig. | Familien-Stand oder ledig.                              |  |  |  |  |  |
|    |                           |             | a.  | Knaben.  |  |  |  |  |
| 5. | 6.                        | Kinder      | Mädchen.  |  |  |  |  |  |
|    |                           |             | a.  | Knaben.  |  |  |  |  |
| 7. | 8.                        | Studien.    | Zeit der verlaufenen Aufsehungs- oder Conzens-Sperrung. |  |  |  |  |  |
|    |                           |             | a.  | erhaltene Note und Vorberaumungs-Preis oberprüfung bis zur ersten Aufsehung. |  |  |  |  |
| 7. |                           |             | Vermögens-Verhältnisse-Eigentumschaft.                  |  |  |  |  |  |

7\*

|   |  |  |  |   |  |
|---|--|--|--|---|--|
| Benennung der qualifizirenden Kreis-Regierung, P. d. F.   |  | Datum der Beschrzte.                                       |  | Tag des-Jahr nat.                             |  |
| Erste Aufsehung, nachfolgende Verbesserungen und sonstige Verbesserungen der hienässigen Stellung im mittleren und unmittelbaren Staats-Dienst. |  | Qualifikations-Note.                                       |  | 1. als praktischer Arzt, 2. als Gerichtsarzt. |  |
| I. Die Dienstbescheinigungen in Beziehung auf:  |  | Schriftlichen Vortrag.                                     |  |   |  |
| 1. 2. 3. 4. 5. 6.   |  | Fleiß und Thätigkeit.                                      |  |   |  |
|   |  | Gewandtheit.   |  |   |  |
|   |  | Kenntnisse.  |  |   |  |
|   |  | Anlagen.   |  |   |  |
|   |  | 7. Unabhängigkeit.   |  |   |  |
|   |  | a. an den Monarchen und das erbhabene Regentenhans.        |  |   |  |
|   |  | b. an die Verfassung und die gesetzigten Rechte der Krone. |  |   |  |
|   |  | 8. Integrität im Dienstverhältnisse.                       |  |   |  |
|   |  | 9. Moralischer Wandel im Privatleben.                      |  |   |  |

Versehung der Kreis-

II. Die übrigen Eigenschaften in Beziehung auf:

XVII.

Die Qualifikation der Gerichtsarzte.

Nr. 139. Ministerial-Einführung vom 21. März 1846, die Qualifikation der Ministerial-Einführung des Kreis-

Auf Befehl Seiner Majestät des Königs. Die i. Regierung erhält den Auftrag, die Qualifikation sämtlicher Gerichtsarzte des Kreises, einschließlich der Kreis- und die Ergebnisse binnen zwei Monaten vorzutragen. Dies wird folgendes bemerkt:

- 1) Jedem Gerichtsarzte ist ein besondrer mit einer Erlage zu vergebender Wogen zu nehmen.
- 2) Die Einträge sind ganz nach der Ministerial-Einführung vom 11. August 1838 (Döllingers Verordn.-Sammlg. Bd. XVII, S. 1110) und nach den instruktiven Vorschriften hierzu (ebendasselbst S. 1117), dann nach den später erteilten Weisungen zu beneffen. Insbesondere wirts auf die genaue Beachtung der Ministerial-Einführung vom 2. November 1844, Nr. 722 aufmerksam gemacht.
- 3) Nach vielen Bestimmungen hat sich auch die jährliche Revision der neuen Qualifikations-Tabelle der Gerichtsarzte und die Vorlage der Resultat-ergebnisse zu richten, welche Vorlage zum Erlaube nach Ablauf des Jahres 1844 zu demitren ist. München, den 21. März 1846.

Ministerium des Innern.

Im sämtliche i. Kreisregierungen, P. d. S., diefalls des Meins, also ergangen.



gnäbigsten Sanbesfürsten getren, hoch und gewärtig sein, im Allgemeinen dessen Nutzen und Frommen befördern, Nachschuß und Schäden abwenden, insbesondere alle Pflichten der Ihren anvertrauten Stelle eines Gerichts-Ärtes, sowie alle von Ihnen vorgelegten Ihnen überzulegen werdenben Geschäfte und Aufträge treu und gewissenhaft erfüllen, besorgen und vollziehen, auch die Verpflichtung über Beobachtung der Amtsverschwiegenheit auf das Geuamteste befolgen werden

Sie sollen schwören, daß Sie als gerichtlicher Sachverständiger nach bestem Wissen und Gewissen ihre Aufgabe lösen, Nichts verhalten und Nichts zulassen werden, weder aus Feindschaft noch Freundschaft oder um eigenen Nutzens willen, auch weder aus Liebe, Neid, Furcht noch um einer Ede ober Schenkung, noch anderer Sachen wegen

Sie sollen schwören, daß Sie in Gemäßheit der allerhöchsten Verordnug vom 15. März 1850 keinem Vereine, dessen Abhängigkeit dem Staate nicht angeht, angehören noch je angehören werden, bann daß Sie in keinem Verbanbe mit einem Vereine stehen werden, dessen Schließung von der zuständigen Polizeistelle oder Behörde verfügt worden ist, aber an welchem die Theilnahme in Gemäßheit der jeweils bestehenden disciplinären Vorschriften unterliegt sein wird.

Etattung.

„Allem, was mir jetzt vorgelesen worden ist und ich durchaus wohl verstanden habe, gelobe ich tren nachzukommen, so wohl mir Gott helfe und sein heiliges Evangelium.“

Berpflichtung hat zugleich die Gerichtsbeurteilung und Vorfestigung derselben zu besorgen, und sich zur Vornahme dieses Aktes die Gemeinbewilligung, bann das gesammte ärztliche und unterrichtliche Personal des Spitalbezirks vorgeben sowie die sämtlichen Begehren unter Einleitung zur Ertelung hieran in Kenntnis zu setzen.

8) Die Extraktion, bann die Infektion und Verpflichtung der Gerichtsarzte wird in den Kreisamtsprotokollen von einem Kommissar der k. Kreisregierung, z. B. S., an anderen Orten aber im Specellen Auftrage derselben von dem betreffenden Stadt-Kommissar und resp. Landrichter vorgenommen.

9) Die gepflogenen Extraktions- und Einweisungsbearbeitungen sind der Kreisregierung vorzulegen, bann diese biesnach von dem Zustande der Amtsregistratur und des Inventares Kenntnis nehme, allenfallsige Notwendigkeit gegen die abgetretenen Beamten geltend mache und biesigenen Verfügungen treffe, welche zur Wahrung einer guten Ordnung im Spitaldienst als notwendig erscheinen.

Inbenn den künftigen Kreisregierungen bannit diese Normen beigegeben werden, spricht das unterzeichnete Staatsministerium das Vertrauen aus, daß solan in Gemäßheit des Ausschreibens vom 10. März l. J. Nr. 915 bei den Amtsstationen durch Regierungskommissäre auch die Spitalärzte bannit werden beachtet werden. Zugleich sollen die Kreismedizinalräthe bei Vornahme der vorchriftsmäßigen Aushang-Stationen (Ausschreiben vom 15. März 1857, Abm. v. Ver. Samml. Bd. 15 Seite 149) auch auf den Zustand der Spitalärzte-Vernachlässigung ihr Augenmerk richten.

München, den 25. August 1855.

Staatsministerium des Innern.

An sämtliche k. Regierungen, z. B. S., biesfalls des Inhaltes, als eingegangen und der k. Regierung der Platz mitgeteilt.

Vorzulegende Eidesformel.

Sie sollen schwören: Treue dem Könige, Gehorsam dem Gesetze und Beobachtung der Staatsverfassung.

Sie sollen schwören, daß Sie Seiner Majestät dem allerhochwürdigsten, großmächtigsten Fürsten und Herrn, Herrn Marginalen II., Könige von Bayern als dem regierenden Landes-Regenten z. H.

Spitalärtes zu Amtshandeln zu nehmen und bis auf erfolgende weitere Verfügung zu beharren.

2) Der abtretende Gerichtsarzt hat bei der Uebergabe in der Regel anwesend zu sein oder für angemessene Vertretung Sorge zu tragen; außerdem steht den Heilken oder Erben, für die nächsten Falles ein Vertreter beizulegen ist, die Anwesenheit und Kenntnisnahme von der Extraktionshandlung zu.

3) Erfolgt die Aufstellung eines Spitalärtesverweisers, so ist mit der bestmöglichen Verfügung auch die Extraktion der Amtsregistratur und des Inventares an den Bewerber zugleich mit dessen Verpflichtung für die interimsliche Dienstleistung anzuordnen.

4) Tritt für einen abtretenden Gerichtsarzt sofort ein Nachfolger ein, so ist mit der Extraktion und Verpflichtung auch die förmliche Dienstverweisung und Vorfestigung zu verbinden. Für die Extraktion der Registratur und des Inventares gelten biesbei die unter Ziff. 2 bennannten Bestimmungen.

5) In Aufsehung der Verpflichtung sind folgende Bestimmungen zu beachten:

a) bereits im Dienste gestandene, verleihte oder reactivirte Gerichtsarzte sind lediglig an den bereits abgelegten Verfassungsbund und Dienst-Eid zurückzuerinnern, was durch biesher aufzunehmendes Protokoll zu constatiren ist;

b) bei neu ernannten Gerichtsarzten hat die Beeidigung auf die Verfassung, oder wenn solche schon früher geschah, die Wiedererinnerung biesan, bann die Abnahme des Dienst-Eides mit dem Eide wegen der Amtsverschwiegenheit und der Nichtkenntnahme an dem Staate nicht angezeigten Verneinung zu geschähen. Biesbei ist nach geeigneter Befragung und Kundgabe der betreffenden gesellschaftlichen und verwaltungsmäßigen Bestimmungen für die Abnahme des Eides die untenstehende Formel zu gebrauchen.

6) Das über die Verpflichtung der neuernannten Gerichtsarzte aufzunehmende Verpflichtungsbrotokoll ist der Kreisregierung z. B. S. zur Verhandlung nach Abnahme des Ausschreibens vom 13. Nov. 1852 (Abm. v. S.-G. Bd. 32. S. 285) im Originale, bann betreffenden Appellationsgerichte aber in beglaubigter Abschrift vorzulegen.

7) Mit der Extraktion der Amtsregistratur und des Inventares an den eintretenden Gerichtsarzt und mit dessen

über sich die unterfertigte Stelle zu nachstehenden Persönlichkeiten  
veranlaßt, nach welchen sich der kgl. Gerichtsarzt Urtheil zu  
richten hat.

**I. Geschäftsführung der Gerichts-Ärzte.**

S. 1. Jeder Gerichtsarzt hat zu halten:

- a) Ein Einlauf- und Auslauf-Buch (s. Beilage I.), worin alle Einläufe und deren Erhebungen (Ausläufe) nach den angegebenen Reiben eingetragen werden müssen. Es hat einen fortlaufenden Nummer und wird jedes Geschäftsjahr, i. e. am 1. October bis letzten September neu angelegt.
- b) Ein Geschäfts-Tagebuch, worin alle gerichtsarztlichen Gesuche, Mitverrichtungen, Visitationen, Rundbesuche, Smpylung, Sectionen, Conscriptioren zc. angemerkt werden; ist ebenfalls mit jedem Geschäftsjahre neu anzulegen.
- c) Einen Geschäfts- oder Termins-Kalender, mit Angabe der Termine für Termins-Arbeiten, periodische Berichte und Geschäfte.

S. 2. Jeder Einlauf, b. h. jedes dem Gerichtsarzte zur Erhebung oder zur Kenntnisaufnahme zutommende Attestat ist gleich nach der Empfangnahme mit dem Datum des Empfanges und der laufenden Einlauf-Nummer, am Besten mit rother Tinte, zu besighen.

S. 3. Hierauf wird der Einlauf in das Ein- und Auslauf-Buch eingetragen; dasselbe gilt auch von allen Ausfertigungen, die ohne vorgehenden Einlauf, z. B. eine amtliche Anzeige, vom Gerichtsarzte selbst erlassen werden; hier wird nämlich das Concept als Einlauf behandelt.

S. 4. Die Anfertigung oder Erhebung muß den Einlauf-Nummer folgen und wird in Ein- und Auslaufbuch ebenfalls vorgemerkt.

S. 5. Nach geschöpfter Ausfertigung wird sowohl das eingelaufene Attestat (Einlauf) als auch das Concept der Erhebung (Auslauf) in der Registratur im betreffenden Saße und Aktenbunde hinterlegt.

**Die Jahresberichte der Gerichtsarzte.**

Nr. 16,579.

Ministerial-Einschließung vom 21. April 1866, die Erstellung von Jahresberichten der Physikate bet.

**Sinatsministerium des Saucru.**

In richtiger Erkenntung der Wichtigkeit eines alljährlichen Rückblickes auf die Thätigkeit im Sanitäts-Dienste, dann einer gleichmäßigen Erhebung und Zusammenfassung der bei solchen Rückblicke sich ergebenden Resultate, hat die Weisheit der Kreisregierungen in neuerer Zeit Anordnungen über die Erstellung gerichtsarztlicher Jahres-Berichte erlassen.

Das unterzeichnete Staats-Ministerium anerkennt gerne den hieburh beschäftigten Eifer für Sammlung des Materials, welches in allen Theilen des Landes aus der Thätigkeit des gesammten Sanitäts-Personales zu gewinnen ist, um sohan für die Wissenschaft und Praxis möglichst erfolgreich benutzt werden zu können; nicht weniger anerkennt es, daß die l. Gerichtsarzte und viele praktischen Anordnungen nicht blosig Maßnahmen mit Eifer und Umsicht der Erstellung von Jahres-Berichten sich unterzogen: da indeß die kgl. Kreisregierungen bei ihren beglücklichen Anordnungen nicht blosig gleichmäßige Anforderung stellten, sondern theils formell, theils materiel abweichende Normen gaben, so ist ein Zusammenfassen der verschiedenen Berichte in ein Ganzes außerordentlich ershwert, ja in manchen nicht unwesentlichen Beziehungen geradezu unmöglich und hiernach die Darstellung eines getreuen Sammtbildes der Thätigkeit im Sanitäts-Dienste und des Zustandes des Sanitäts-Wezens für das ganze Königreich nicht ausführbar.

Um diesem Mißstande abzuhelfen, hat das unterzeichnete Staats-Ministerium beschloffen, für die Erstellung der ärztlichen Jahres-Berichte allgemeine Vorschriften zu erlassen und in der Anlage zunächst ein Schema vorzuschreiben, welches von 1857/58 die kgl. Gerichtsarzte bei ihren Jahresberichten festzusetzen hienit verpflichtet werden. Zu diesem Schema wird Folgendes bemerkt:

1) Die medizinische Topographie der Physikats-Bezirke soll gesondert innerhalb eines Zeitraumes von drei Jahren hergestellt und beglückt derselben in den fortlaufenden Jahres-Berichten nur besienige ergänzend und berichtigend nachzutragen werden, was zur Gewandhaltung der Kenntniß des wirklichen Bestandes notwendig ist. Ueber die Herstellung einer medizinisch-topographischen Schilderung der Physikats-Bezirke wird weitere Anordnung erfolgen.

2) Gleiches gilt in Ansehung der Ethnographie, welche in ihren stabil-bleibenden Daten der Topographie anzuschließen und beglückt welcher in die Jahres-Berichte nur die jeweiligen Nachträge und Ergänzungen oder Veränderungen aufzunehmen sind. Hieher gehört insbesondere die Bewegung des Bevölkerungsstandes, moßir das anliegende Formular Lit. b. (Tabelle A) genau eingehalten ist. Ebenso gehört hieher jene Tabelle, welche am 15. Jull 1856 beglückt der Constitution des Ergebnißes der ärztlichen Visitation der Conscriptioren vorgeschrieben wurde.

3) Die Uebersticht des Medicinal-Personales ist nach der Anlage c. (Tabelle B) herzustellen. Dabei ist darauf zu achten, daß die beglückten Vorträge genau mit denselben übereinstimmen, welche behufs der Herstellung der ärztlichen Schematismen gemacht werden. Wenn in einem Jahre gegen die Vorträge im Jahres-Berichte des Vorstandes Veränderungen beglückt des Medicinal-Personales sich nicht ergeben haben, so genügt die Anführung dieses Umstandes. Die Anfertigungen über Qualifikation, Betragen und Wirten sind nach den eignes hierüber ergehenden Normen zu bemessen; besondere Anlässe, verdienstliche Handlungen, hervorragende Leistungen Einzelner, sowie etwaige Klagen und insbesondere Bemerkungen darüber, ob ein Arzt ein Specialfach, z. B. Chirurgie, Geburtshilfe, gar nicht oder hervorragend ausübt, sind im Contere des Berichtes eignes aufzunehmen.

4) Medizinische, chirurgische und geburtsärztliche

Heilung etc. In dieser Abtheilung lassen die Gerichtsärzte ein treues Bild ihrer eigenen wie der Beobachtung und Erföhrung der übrigen Aerzte des Bezirkes über die Funktionen der Krankheiten im Allgemeinen und einzelner Krankheiten im Besonderen zu geben hemüht sein; über vorkommene Epidemien und Epizootien, wobei das ätiologische Moment besonders in das Auge gefasst werden muß, dann über wichtigere Fälle aus der Praxis sich verbreiten und hiebei insbesondere Alles beachten und hervorheben, was theoretisch oder praktisch das sanitäre Interesse für öffentliche Gesundheitspflege zu fördern geeignet erscheint. Der Ausübung der Gesundheitspflege ist in dieser Abtheilung einklassische Beachtung zu widmen. Endlich ist sich hier auch über die Thätigkeit etwa im Bezirke vorhandener Aerzte zu äußern, welche der Homöopathie, Symplicien, Heil-Opiummittel etc. huldigen.

5) Sanitäts-Anstalten. Hier sind solche Anstalten, welche theils dem Volkswesen und theils der Wohlthätigkeit dienen, wie dieselbe nicht selten in sogenannten Strahls- und Spitals-Anstalten an kleineren Orten der Fall ist, zunächst nur in ersterer Beziehung — als Kranken-Anstalten — in Betracht zu ziehen und numerisch aufzuführen, dann einzeln im Allgemeinen nach Fundierung, Einrichtung, Verwaltung, Verwendung, dann speciell nach Art der Krankenpflege und Behandlung etc. zu schildern. Es ist die Zahl der Krankenfrequenz, die durchschnittliche Krankheits-Dauer, die Zahl der Genesenen und der Gestorbenen, der durchschnittliche Einnahme- und Medicamenten-Kostenbetrag für jede einzelne Anstalt anzugeben. Anstalten für Behandlung specieller Krankheiten, z. B. von Syren, Blinden etc., haben die Gerichtsärzte nur insoweit in ihren Bericht aufnehmen, als für solche Anstalten nicht eine direkte Berichtserstattung der betreffenden Aerzte an die Kreis-Regierung anderweitig angeordnet ist. Gleiches gilt bezüglich der Heil-Abtheilung.

6) Gerichtliche Medicin. In dieser Abtheilung gehören insbesondere auch die gemaltamen Todes-Urten, tödtliche Unfälle, Fälle und Selbstmorde, welche letztere nach Alter, Geschlecht, Stand, Art und nachmaßlichem Anlasse aufzuführen sind.

7) Sanitäts-Polizei. Der Umfang dieser Abtheilung der Gerichtsärzte von Amts wegen und ohne eine Anweisung abwarten zu dürfen im ganzen Umfange seines Bezirkes und unter allen Verhältnissen das sanitäre Interesse an der Sanität

der Eingekenen wie der Gesamtheit zu vertreten und zu fördern berufen ist. In dem Jahres-Berichte muß der Gerichtsarzt in dieser Abtheilung in numerischer und sonstiger Beziehung ein möglichst getreues und vollständiges Bild der hieser gehörigen Gegenstände und Verhältnisse, dann seiner begünstigten Thätigkeit, der sie fördernden oder hindernden Ursachen und Einflüsse und des genommenen Ergebnisses darzustellen bemüht sein.

8) Sanitäts-Dienst in Bezug auf Wohlthätigkeit. Die Thätigkeit der Aerzte und der Gerichtsärzte insbesondere auf diesem Gebiete muß im Jahres-Berichte ihre Stelle ausgeschieden finden, da sie dem ärztlichen Stande eine besondere Welche verleiht, deren Rückwirkung auf alle übrigen Zweige der ärztlichen Thätigkeit unverkennbar ist, und da der Arzt bei seinen Heilungs-Versuchen in dieser Sphäre und in der Sanitäts-Pflege an Weissen volle Unterstützung für seinen Beruf und seine Verknüpfung mit den Anforderungen einer prophylactischen Gesundheits-Pflege zu bewahren Gelegenheit hat.

9) Retirinär-Weisen. Hier kommt für die Darstellung des Personalstandes die unter Lit. d. (Tabelle C) angelegte Uebersicht in Anwendung.

10) Bei jeder einzelnen Abtheilung ist den hiesigen Gerichtsärzten eigenes Veranlassung gegeben, ihre heyliglichen Wünsche und Anträge anzufügen; wenn dieselben etwa am Schluß des Berichtes einen Rückblick über den Gesamt-Inhalt nehmen, so wird Dieses als ein Beleg dafür angesehen, daß nicht bloß die formelle Erfüllung einer Diensthof-Pflicht, sondern eine materielle Förderung des Sanitäts-Interesses angestrebt wurde.

11) Damit die Gerichtsärzte nicht auf ihre eigenen Wahrnehmungen beschränkt und um so sicherer in die Lage gesetzt sind, den Sanitäts-Nachbericht ersichtend zu erstatten, werden die sanitären praktischen Aerzte eine gleichmäßige Vorrichtung barbar erhalten, in welchem Maße und in welcher Form sie fortan über ihre Beteiligungen an der Wahrung der Sanitäts-Interessen mit den vorgelegten Gerichtsärzten durch Jahres-Berichte sich in Verkehr zu halten haben. Bei der Benützung dieses Materials haben die Gerichtsärzte in ähnlicher Weise zu verfahren wie es bei Erstattung des Cholera-Commissariats-Berichtes ist; diese ärztlichen Berichte sind dem gerichtlichen Bericht beizulegen.

12) Dieberei und da ohnehin in dem Jahres-Berichte nur ein Material zu behandeln ist, welches jeder Gerichtsarzt schon nach den hiesigen gesetzlichen Bestimmungen und um den brennlichsten Anforderungen nicht bloß formell genügen zu können, sich vollständig eigen machen muß, wird die Erstattung der Jahres-Berichte keine Ueberlastung zur Folge haben, zumal wenn die hiesigen Gerichtsärzte sich angelegen sein lassen, schon während des Jahres entsprechende Vorbereitungen zu machen, wozu auch die praktischen Aerzte anzuregen und das unterrichtliche Personale aller Kategorien zu instruiren und auszubilden und begünstigt der zu machenden periodischen Vorträgen und fortlaufenden Rapporte Ordnung, Exare und Vollständigkeit zu beobachten.

13) Die ärztlichen Jahres-Berichte sollen nicht etwa bloß zur Ergänzung der Amts-Acten und als Material für Anordnungen etc. bezüglich des Sanitäts-Wezens dienen, sondern sie sollen, soweit sie irgend theoretisch oder praktisch für den ärztlichen Dienst Wichtiges enthalten, in geeigneter Weise mit dem Namen der Berichtserstatter veröffentlicht und zu einem Gemeingute des hiesigen Sanitäts-Personales gemacht werden. Hiernach ergeht auch besondere Verfügung wegen Behandlung der Hygiene-Berichte bei den Kreis-Regierungen.

14) Anlangend die Zeit für die Erstattung der ärztlichen Jahres-Berichte, so wird hienit bestimmt, daß dieselben den Zeitraum vom ersten Oktober bis letzten September zu umfassen haben und bis Ende November jeden Jahres von sämtlichen Hygienisten eingeleitet sein müssen.

Hienach ist das Weitere zu verfügen.

München, 21. April 1858.

Auf Seiner königlichen Majestät Allerhöchsten Befehl.

Beilagen ad Nr. 16579.

a. Schema für die Jahresberichte der Gerichtsärzte.  
I. Topographisch-statistische Beschreibung des Hygienischen Bezirkes; — Nachträge und Berichtigungen zur mehrmals topographischen Beschreibung des Bezirkes.

II. Ethnographische Beschreibung; — Nachträge und Berichtigungen zu der mit der Topographie des Bezirkes geleisteten



## 7. Gesundheits-Pflege in den Volks-Schulen und Erziehungs-Anstalten.

Der Pflege der Gesundheit soll in Volks-Schulen wie Erziehungs-Anstalten eine ganz besondere Aufmerksamkeit zugewendet und von denselben Alles, was auf die körperliche Entwicklung und Ausbildung sowie auf die Gesundheit der Schul-Jugend nachtheiligen Einfluß ausüben könnte, ferne gehalten werden. Als Hauptpunkte der Gesundheits-Pflege erscheinen in den hierüber bestehenden und im Nachfolgenden zum Abdrucke gebrachten Vorschriften 1. zweckmäßige bauliche Ausführung und Einrichtung der Schul-Häuser; 2. stete Reinhaltung, regelmäßige Lüftung, angemessene Erwärmung und Verhütung von Ueberfüllung der Schul-Zimmer; 3. Fürsorge und Achtsamkeit auf Bekleidung und Nahrung der Schüler, insbesondere der armen; 4. Anwendung der erforderlichen Vorsichts-Maßregeln bei Krankheiten; 5. Nichtgestattung allzu frühzeitigen Schul-Besuches, Vermeidung geistiger Ueberanstrengung sowie öftere Vornahme körperlicher Uebungen; 6. Rücksicht auf ordentliche Körper-Haltung, Schonung sowie Bewahrung des Sehvermögens, wozu 7. noch einige andere, ganz oder zum Theile mit Rücksicht auf die Gesundheit der Schul-Jugend erlassene Anordnungen und Verbote kommen.

519

## 4. Gesetz, die öffentliche Armen- und Kranken-Pflege betreffend. Vom 29. April 1869. (Gesetzblatt S. 1093.)

### Auszug.

Wir haben nach Vernehmung Unseres Staatsrathes, mit Beirath und Zustimmung der Kammer der Reichsräthe und der Kammer der Abgeordneten beschloffen und verordnen was folgt.

### Erste Abtheilung.

#### Allgemeine Bestimmungen.

Art. 1. Aufgabe der öffentlichen Armen-Pflege ist,

1. hilfebedürftige Personen zu unterstützen und
2. der Verarmung entgegenzuwirken.

Art. 2. Die öffentliche Armen-Pflege liegt, vorbehaltlich der in den Gesetzen vorgeschriebenen Betheiligung des Staates, den politischen Gemeinden, den Districts- und Kreis-Gemeinden ob.

Art. 3. Als hilfebedürftig sind nur Diejenigen zu erachten, welche sich wegen Mangels eigener Mittel und Kräfte oder in Folge eines besonderen Nothstandes das zur Erhaltung des Lebens oder der Gesundheit Unentbehrliche nicht zu verschaffen vermögen.<sup>1)</sup>

Art. 4. Die öffentliche Armen-Pflege gewährt nur bei erwiesener<sup>2)</sup> Hilfe-Bedürftigkeit und nur dann Unterstützung, wenn der Hilfe-Bedürftige weder von den zu seiner Alimantation oder Unterstützung rechtlich Verpflichteten<sup>3)</sup> noch durch die freiwillige Armen-Pflege die nöthige Hilfe erlangen kann.

## VII. Impfgesetz für das deutsche Reich.

Vom 8. April 1874. (Reichs-Gesetzblatt S. 31.)

(Zu Art. 63 und 64 des Polizei-Strafgesetzbuches.)

§ 1. Der Impfung mit Schutzpocken soll unterzogen werden

1. jedes Kind vor dem Ablaufe des auf sein Geburts-Jahr folgenden Kalender-Jahres, sofern es nicht nach ärztlichem Zeugnisse (§ 10) die natürlichen Blattern überstanden hat;
2. jeder Zögling einer öffentlichen Lehranstalt oder einer Privatschule, mit Ausnahme der Sonntags- und Abend-Schulen, innerhalb des Jahres, in welchem der Zögling das zwölfte Lebens-Jahr zurücklegt, sofern er nicht nach ärztlichem Zeugnisse in den letzten fünf Jahren die natürlichen Blattern überstanden hat oder mit Erfolg geimpft worden ist.<sup>1)</sup>

§ 2. Ein Impfpflichtiger (§ 1), welcher nach ärztlichem Zeugnisse ohne Gefahr für sein Leben oder für seine Gesundheit nicht geimpft werden kann, ist binnen Jahres-Frist nach Aufhören des diese Gefahr begründenden Zustandes der Impfung zu unterziehen.

Ob diese Gefahr noch fortbesteht, hat in zweifelhaften Fällen der zuständige Impfarzt (§ 6) endgiltig zu entscheiden.

§ 3. Ist eine Impfung nach dem Urtheile des Arztes (§ 5) erfolglos geblieben, so muß sie spätestens im nächsten Jahre und, falls sie auch dann erfolglos bleibt, im dritten Jahre wiederholt werden.<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Hiernach ist die Verpflichtung zur Wiederimpfung nicht bloß an die Erreichung eines bestimmten Alters, sondern auch an den Eintritt in eine Schule gebunden. Das Gesetz beabsichtigt allerdings, alle jugendlichen Personen so weit möglich zur zweiten Impfung zu verpflichten; gleichwohl sah sich aber der Gesetzgeber genöthiget, jenes zweite Kriterium aufzustellen, und werden auf diese Weise solche Kinder, welche aus irgend einem Grunde (z. B. Krankheit, häuslichem Unterrichte u. s. w.) einer Schule überhaupt ferne bleiben, der zweiten Impfung entzogen. Die Fälle dieser Art sind jedoch wegen ihrer verhältnißmäßigen Seltenheit vom gesundheitspolizeilichen Standpunkte aus ohne Bedeutung und Selbe zu controliren würde mit kaum zu überwindenden Schwierigkeiten verbunden sein.

Dagegen sind die hier aufgeführten Lehranstalten und Privatschulen im weitesten Sinne zu nehmen und wurde absichtlich zwischen öffentlichen und Privat-Schulen, zwischen Elementar- und höheren Schulen ein Unterschied nicht gemacht. Somit fallen auch die Mittel-Schulen und höheren Lehranstalten, Gymnasien, Realschulen, Gewerbeschulen u. s. w. unter die Bestimmung in Ziff. 2. Zu den Privatschulen sollen insbesondere auch diejenigen Erziehungs-Anstalten gerechnet werden, welche neben der körperlichen Pflege und der Erziehung im engeren Sinne auch die geistige Ausbildung ihrer Zöglinge zum Zwecke haben. Nur bezüglich der Sonntags- und Abend-Schulen wurde eine Ausnahme gemacht und zwar lediglich deswegen, weil angenommen wurde, daß die betreffenden Schüler fast ausnahmslos auch noch einer anderen Schule oder Anstalt angehören.

<sup>2)</sup> Die Erfahrung bestätigt nämlich, daß es keinen Menschen gibt, bei dem die Impfung, vorausgesetzt daß sie richtig gemacht wurde oder daß der Betreffende nicht schon früher geblattert hatte oder geimpft wurde, erfolglos bleibt. Zeigt nun ein Kind, daß weder geblattert hatte noch früher geimpft worden war, keinen Erfolg der vorgenommenen Impfung, so ist es ganz sicher, daß entweder kein oder ein unwirksamer Stoff unter die Epidermis desselben eingebracht worden war. In diesem Falle empfiehlt es sich praktisch, bei der Controle das Kind sofort noch ein Mal mit Stoff vom Arme und mittelst Schnittchen zu impfen und die Impfung nicht erst auf das nächste Jahr zu verschieben.

Anders verhält sich die Sachlage bei den Wiederimpfungen. Schlägt nämlich eine Wiederimpfung, insbesondere wenn sie bereits 12—15 Jahre nach der ersten Impfung vorgenommen wurde, nicht an, so kann auch bei ganz correcter Methode und vorzüglichem Impfstoffe die schützende Wirkung der ersten Impfung daran Schuld sein und wäre in diesem Falle die Impfung auf das nächste Jahr zu vertagen. Ist aber nicht vollkommen guter Stoff dazu verwendet oder sind statt der vorgeschriebenen Schnittchen nur Stiche gemacht worden und zeigt sich kein Erfolg, so empfiehlt es sich bei der Controle sofort die Wiederimpfung und zwar in möglichst correcter Weise zu wiederholen.

Eine weitere eingreifende Frage ist die, was man unter erfolglosen Impfungen zu verstehen habe? — Bei den Vaccinationen ist die Sache einfach: die Blatter entwickelt sich ent-

Die zuständige Behörde kann anordnen, daß die letzte Wiederholung der Impfung durch den Impfarzt (§ 6) vorgenommen werde.

§ 4. Ist die Impfung ohne gesetzlichen Grund (§§ 1 und 2) unterblieben, so ist sie binnen einer von der zuständigen Behörde zu setzenden Frist nachzuholen.

§ 5. Jeder Impfling muß frühestens am sechsten, spätestens am achten Tage nach der Impfung dem impfenden Arzte vorgestellt werden.<sup>1)</sup>

§ 6. In jedem Bundesstaate werden Impfbezirke gebildet, deren Jeder einem Impfarzte unterstellt wird.<sup>2)</sup>

Der Impfarzt nimmt in der Zeit vom Anfange Mai bis Ende September jeden Jahres an den vorher bekannt zu machenden Orten und Tagen für die Bewohner des Impfbezirkes Impfungen unentgeltlich vor. Die Orte für die Vornahme der Impfungen sowie für die Vorstellung der Impflinge (§ 5) werden so gewählt, daß kein Ort des Bezirkes von dem nächst gelegenen Impforte mehr als fünf Kilometer entfernt ist.<sup>3)</sup>

§ 7. Für jeden Impfbezirk wird vor Beginn der Impfzeit eine Liste der nach § 1 Ziff. 1 der Impfung unterliegenden Kinder von der zuständigen Behörde aufgestellt. Ueber die auf Grund des § 1 Ziff. 2 zur Impfung gelangenden Kinder haben die Vorsteher der betreffenden Lehranstalten eine Liste anzufertigen.

Die Impfarzte vermerken in den Listen, ob die Impfung mit oder ohne Erfolg vollzogen, oder ob und weshalb sie ganz oder vorläufig unterblieben ist.

Nach dem Schlusse des Kalender-Jahres sind die Listen der Behörde einzureichen.

Die Einrichtung der Listen wird durch den Bundesrath festgestellt.

§ 8. Außer den Impfarzten sind ausschließlich Aerzte befugt, Impfungen vorzunehmen.

Sie haben über die ausgeführten Impfungen in der im § 7 vorgeschriebenen Form Listen zu führen und dieselben am Jahreschlusse der zuständigen Behörde vorzulegen.<sup>4)</sup>

weder vollkommen oder gar nicht. Wenn dagegen nach Revaccinationen bloß Erythem- oder Papel-Bildung oder ein kurz andauerndes Knötchen entsteht, ohne daß es zur Bläschen-Bildung kömmt, so fragt es sich, ist dieser Vorgang Erfolg oder keiner? — Ganz bestimmt ist er ein Erfolg (Dr. Kranz), denn die Blatter entwickelt sich nur in ihren Anfangs-Stadien deshalb, weil eben die Schutzkraft der ersten Impfung noch nicht erloschen ist. In solchen Fällen ist also der Impfschein auszufüllen als „mit Erfolg“ geimpft und in der Impfliste (Formular V Ziff. 15) „unvollkommen“ einzusetzen.

<sup>1)</sup> Diese Vorstellung hat den Zweck, durch eine ärztliche Besichtigung zu ermitteln, ob der Verlauf der Impfung ein regelmäßiger ist und den beabsichtigten Zweck erfüllt. Von dem Ausfalle dieser Besichtigung hängt die Nothwendigkeit der Wiederholung der Impfung ab. Die Bedingungen dieser Prüfung lassen sich gesetzlich nicht präcisiren, ihre Abwägung muß und kann dem sachverständigen Ermessen des Arztes anheim gegeben bleiben. (Vgl. die Motive.)

<sup>2)</sup> Vergleiche hierauf bezüglich die §§ 2 und 4 der nachfolgenden Vollzugs-Berordnung vom 24. Februar 1875.

<sup>3)</sup> Nach den Motiven wurde für die Vornahme der öffentlichen Impfungen ausschließlich die wärmere Jahreszeit bestimmt, weil nur in dieser Jahreszeit die Kinder vom Lande und den kleineren Orten her ohne erhebliche Belästigungen und Nachteile an den Impfort gebracht werden können. Die mittelbar hieraus erwachsende Verkürzung der gesetzlichen Impfungs-Zeit fällt diesen gesundheitspolizeilichen Rücksichten gegenüber nicht in das Gewicht.

Die Unentgeltlichkeit der öffentlichen Impfung ist ganz allgemein und gilt nicht bloß für Kinder, welche zur Impfung verpflichtet sind, sondern auch für alle anderen Personen, welche sich ihr aus freien Stücken unterziehen. Die Bestimmungen über die Verpflichtung zur Einrichtung einer Impfschule, welche bisher in der Rheinpfalz galten, sind hienach weggefallen. Dagegen können für Privatimpfungen, zu welchen auch die von den Impfarzten außerhalb der öffentlichen Impfung vorgenommenen Impfungen zählen, Gebühren beansprucht werden. Vgl. § 13 und § 17 Abs. 4 der nachfolgenden Vollzugs-Berordnung.

<sup>4)</sup> Die Listen der vollzogenen Privatimpfungen sollen den Verwaltungs-Behörden zur Vervollständigung der allgemeinen Impflisten dienen und wird durch dieselben der Nachweis geliefert, daß die darin vorgetragenen Kinder der Impfpflicht genügt haben. Die unterlassene Führung oder nicht rechtzeitige Vorlage der Liste verfällt der Strafe des § 15 des Gesetzes, die wissentlich unrichtige Führung derselben den Strafbestimmungen über Urkundenfälschung.

§ 9. Die Landes-Regierungen haben nach näherer Anordnung des Bundesrathes dafür zu sorgen, daß eine angemessene Anzahl von Impfinstituten zur Beschaffung und Erzeugung von Schutzpocken-Lymphe eingerichtet werde.

Die Impfinstitute geben die Schutzpocken-Lymphe an die öffentlichen Impfarzte unentgeltlich ab und haben über Herkunft und Abgabe derselben Listen zu führen.

Die öffentlichen Impfarzte sind verpflichtet, auf Verlangen Schutzpocken-Lymphe, soweit ihr entbehrlicher Vorrath reicht, an andere Aerzte unentgeltlich abzugeben.<sup>1)</sup>

§ 10. Ueber jede Impfung wird nach Feststellung ihrer Wirkung (§ 5) von dem Arzte ein Impfschein ausgestellt. In dem Impfscheine wird, unter Angabe des Vor- und Zunamens des Impflinges sowie des Jahres und Tages seiner Geburt, bescheiniget, entweder

daß durch die Impfung der gesetzlichen Pflicht genügt ist, oder  
daß die Impfung im nächsten Jahre wiederholt werden muß.

In den ärztlichen Zeugnissen, durch welche die gänzliche oder vorläufige Befreiung von der Impfung (§§ 1 und 2) nachgewiesen werden soll, wird, unter der für den Impfschein vorgeschriebenen Bezeichnung der Person, bescheiniget, aus welchem Grunde und auf wie lange die Impfung unterbleiben darf.<sup>2)</sup>

§ 11. Der Bundesrath bestimmt das für die vorgedachten Bescheinigungen (§ 10) anzuwendende Formular.<sup>3)</sup>

Die erste Ausstellung der Bescheinigungen erfolgt stempel- und gebührenfrei.<sup>4)</sup>

§ 12. Aeltern, Pflegeältern und Vormünder sind gehalten, auf amtliches Erfordern mittelst der vorgeschriebenen Bescheinigungen (§ 10) den Nachweis zu führen, daß die Impfung ihrer Kinder und Pflegebefohlenen erfolgt oder aus einem gesetzlichen Grunde unterblieben ist.

§ 13. Die Vorsteher derjenigen Schulanstalten, deren Zöglinge dem Impfwange unterliegen (§ 1 Ziff. 2), haben bei der Aufnahme von Schülern durch Erfordern der vorgeschriebenen Bescheinigungen festzustellen, ob die gesetzliche Impfung erfolgt ist.

Sie haben dafür zu sorgen, daß Zöglinge, welche während des Besuches der Anstalt nach § 1 Ziff. 2 impfpflichtig werden, dieser Verpflichtung genügen.

Ist eine Impfung ohne gesetzlichen Grund unterblieben, so haben sie auf deren Nachholung zu dringen.

Sie sind verpflichtet, vier Wochen vor dem Schlusse des Schuljahres der zuständigen Behörde ein Verzeichniß derjenigen Schüler vorzulegen, für welche der Nachweis der Impfung nicht erbracht ist.

§ 14. Aeltern, Pflegeältern und Vormünder, welche den nach § 12 ihnen obliegenden Nachweis zu führen unterlassen, werden mit einer Geldstrafe bis zu zwanzig Mark bestraft.

<sup>1)</sup> Für Bayern besteht die Centralimpfanstalt in München, von welcher die Impfarzte auf Ansuchen den nöthigen Bedarf an Impfstoff zu erhalten haben (§ 7 der Vollzugs-Verordnung), jedoch nur zur Bethätigung der Vorimpfung, nicht zur Ausführung der öffentlichen Impfung. Dem Staate liegt nämlich daran, daß möglichst-vollkommene Impfresultate erzielt werden und Solche können nur durch die Impfung von Arm zu Arm, nicht durch die Impfung mit conservirtem Stoffe ermöglicht werden.

<sup>2)</sup> Unrichtig gefertigte Impfzeugnisse fallen (nach Weber) unter § 278 des Reichs-Strafgesetzbuches, welcher lautet: „Aerzte und andere approbirte Medicinalpersonen, welche ein unrichtiges Zeugniß über den Gesundheits-Zustand eines Menschen zum Gebrauche bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Gefängniß von einem Monate bis zu zwei Jahren bestraft.“

<sup>3)</sup> Vgl. die nachfolgende Vollzugs-Instruction.

<sup>4)</sup> Ueber die wiederholte Ausstellung der in Rede stehenden Bescheinigungen vgl. den § 17 Abf. 1—3 der Vollzugs-Verordnung.

Ältern, Pflegeältern und Vormünder, deren Kinder und Pflegebefohlenen ohne gesetzlichen Grund und trotz erfolgter amtlicher Aufforderung der Impfung oder der ihr folgenden Gestellung (§ 5) entzogen geblieben sind, werden mit Geldstrafe bis zu fünfzig Mark oder mit Haft bis zu drei Tagen bestraft.

§ 15. Ärzte und Schulvorsteher, welche den durch § 8 Abs. 2, § 7 und durch § 13 ihnen auferlegten Verpflichtungen nicht nachkommen, werden mit Geldstrafe bis zu einhundert Mark bestraft.

§ 16. Wer unbefugter Weise (§ 8) Impfungen vornimmt, wird mit Geldstrafe bis zu einhundertfünfzig Mark oder mit Haft bis zu vierzehn Tagen bestraft.

§ 17. Wer bei der Ausführung einer Impfung fahrlässig handelt, wird mit Geldstrafe bis zu fünfhundert Mark oder mit Gefängniß-Strafe bis zu drei Monaten bestraft, sofern nicht nach dem Strafgesetzbuche eine härtere Strafe eintritt.<sup>1)</sup>

§ 18. Die Vorschriften dieses Gesetzes treten mit dem 1. April 1875 in Kraft.

Die einzelnen Bundesstaaten werden die zur Ausführung erforderlichen Bestimmungen treffen.

Die in den einzelnen Bundesstaaten bestehenden Bestimmungen über Zwangs-Impfungen bei dem Ausbruche einer Pocken-Epidemie werden durch dieses Gesetz nicht berührt.<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> Diese Strafbestimmung ist in den Motiven zum Gesetz-Entwurfe in folgender Weise gerechtfertigt: „Bermöge der Leichtigkeit, mit welcher Krankheits-Stoffe, wie namentlich das venerische Gift, in der Lymphge auf die Geimpften übertragen werden und von hier aus zu weiteren Infectionen führen können, knüpfen sich an eine unachtsame Vollziehung der Impfung besondere Gefahren. Das allgemeine Strafgesetz bietet hiegegen keinen hinreichenden Schutz. Es würde eine strafrechtliche Verantwortlichkeit des Arztes erst dann begründen, wenn durch Fahrlässigkeit bei der Impfung nachweisbar eine Körper-Verletzung verursacht ist, und dieser Nachweis würde selbst dort, wo eine fahrlässige Vollziehung des Impfactes, z. B. durch Abnahme der Lymphge von venerisch inficirten Menschen, thatsächlich feststeht, nur selten zu erbringen sein. Die Gesetzgebung hat, indem sie die Impfungen ausschließlich an bestimmte Sachverständige verweist, Anlaß, den Impfpflichtigen jede Gewähr für eine gewissenhafte Vollziehung der Impfung zu geben. Andererseits werden die Ärzte, wenn das Gesetz ihnen das Vorrecht gibt, diesen Act der Heilkunde ausschließlich zu vollziehen, auch eine besondere Verantwortlichkeit für die gewissenhafte Vollziehung nicht ablehnen können.“

Die Frage, ob Fahrlässigkeit vorliegt, ist in jedem einzelnen Falle an der Hand der Wissenschaft zu entscheiden. Im Reichstage wurde als wünschenswerth bezeichnet, daß der § 17 durch eine sachgemäße Instruction erläutert werde, welche die einschlägigen Pflichten des Arztes wenigstens annähernd feststellte, um für die Frage, ob ein Arzt fahrlässig gehandelt habe — welche dann mit der Frage, ob er dieser Instruction genügt habe, in der Regel zusammenfielen — eine festere Grundlage zu gewinnen. (Vgl. die stenographischen Berichte S. 350.) Der Begriff der Fahrlässigkeit wird jedenfalls dann gegeben sein, wenn ein Arzt von einem Kinde abimpft, das er vorher nicht persönlich untersucht hat.

Zu bemerken wäre noch, daß im Falle die Fahrlässigkeit des Arztes eine Körper-Verletzung zur Folge hätte, ein Strafantrag gemäß des § 232 des Reichs-Strafgesetzbuches nicht erforderlich ist und bei fahrlässiger Tödtung die erhöhte Strafe des § 222 Abs. 2 eintritt. — Vom obersten Gerichtshofe wurde der Grundsatz ausgesprochen, daß obige Bestimmung auch auf die Curpfuscher Anwendung zu finden habe.

<sup>2)</sup> Mit Rücksicht darauf, daß obiges Reichs-Impfgesetz zwar den Impfwang einführt, aber die Zwangspflicht der Ältern, die Entnahme von Impfstoff von ihren in öffentlichen Terminen anwesenden Impflingen zu gestatten, nicht feststellt, hat der Straßenat des k. preuß. Obertribunales in einem Erkenntnisse vom 12. April 1877 sich dahin ausgesprochen, daß Polizei-Verordnungen, welche eine derartige Zwangspflicht der Ältern vorschreiben, keine rechtliche Gültigkeit besitzen.

**Bekanntmachung über den bezirksärztlichen Dienst**  
vom 23. 1. 1912  
(MABl. S. 153)

**Erster Teil**

**Dienstverhältnis des Bezirksamtsarztes im allgemeinen**

**§ 1** **Dienstlicher Wirkungskreis**

I Der Bezirksamtsarzt ist der technische Gesundheitsbeamte für den Bezirk der Distriktsverwaltungsbehörde.

II Er ist der Amtsarzt für die im Bezirke der Distriktsverwaltungsbehörde gelegenen Amtsgerichte, soweit nicht bei diesen der amtsärztliche Dienst von einem anderen Arzte versehen wird; er hat auch in den zur Zuständigkeit der Landgerichte gehörenden Strafsachen auf Ersuchen der staatsanwaltschaftlichen und gerichtlichen Behörden amtsärztliche Dienste zu leisten.

**§ 2** **Dienstbezirk**

I Dienstbezirk des Bezirksamtsarztes ist der Bezirk der Distriktsverwaltungsbehörde, für den er aufgestellt ist.

II Ein Bezirksamtsarzt kann auch für die Bezirke mehrerer Distriktsverwaltungsbehörden aufgestellt werden; andererseits können für den Bezirk einer Distriktsverwaltungsbehörde mehrere Bezirksamtsärzte bestellt werden; in diesem Falle wird die

Zuständigkeit der einzelnen Bezirksärzte durch die Regierung, Kammer des Innern, in einer Dienstordnung bestimmt.

III Der Bezirksarzt darf sich ohne Genehmigung der Regierung, Kammer des Innern, nicht über 24 Stunden aus seinem Dienstbezirk entfernen.

#### Wohnsitz

§ 3

Der Bezirksarzt hat seinen Wohnsitz am Sitz der Distriktsverwaltungsbehörde zu nehmen; Ausnahmen sind mit Genehmigung der Regierung, Kammer des Innern, zulässig.

#### Dienstbezeichnung und Dienstsiegel

§ 4

I Der Bezirksarzt führt die Dienstbezeichnung: Bezirksarzt des Bezirksamts N., der Stadt N., des Bezirksamts und der Stadt N., je nachdem er bei einem Bezirksamt, einem kreisunmittelbaren Stadtmagistrat (der Polizeidirektion München) oder zugleich bei einem Bezirksamt und einem kreisunmittelbaren Stadtmagistrat aufgestellt ist.

II Der Bezirksarzt führt ein der Dienstbezeichnung entsprechendes Dienstsiegel.

#### Dienstkleidung

§ 5

Der Bezirksarzt trägt eine Galauniform und eine Geschäftsuniform nach den bestehenden Vorschriften.

#### Einführung in den Dienst

§ 6

I Der Bezirksarzt wird im Auftrage der Regierung, Kammer des Innern, durch den Vorstand der Distriktsverwaltungsbehörde (in München durch den Präsidenten der Polizeidirektion) verpflichtet und in den Dienst eingewiesen.

II Wenn ein Bezirksarzt für die Bezirke mehrerer Distriktsverwaltungsbehörden aufgestellt wird, so bestimmt die Regierung, Kammer des Innern, den Vorstand der Distriktsverwaltungsbehörde, der die Verpflichtung und Dienststeinweisung vorzunehmen hat.

III Der Bezirksarzt hat bei der Verpflichtung den Diensteid und soferne dies nicht schon früher geschehen ist, den Verfassungseid zu leisten; mit der allgemeinen Verpflichtung wird die besondere Verpflichtung als Impfarzt verbunden. Der Diensteid verpflichtet auch für alle Dienstgeschäfte, die später übertragen werden.

IV Gelegentlich der Dienststeinweisung erfolgt auch die Uebergabe der Registratur und des Inventars an den Bezirksarzt.

V Ueber die Dienststeinweisung, Verpflichtung und Uebergabe der Registratur und des Inventars wird eine Niederschrift aufgenommen, die vom Bezirksarzte zu unterzeichnen ist.

#### Diensteinkommen

§ 7

Das Diensteinkommen des Bezirksarztes setzt sich zusammen:

1. aus dem Gehalte der Klasse 12 der Gehaltsordnung,<sup>1</sup>
2. aus den ihm verordnungsgemäß zugewiesenen Gebühren, nämlich
  - a) den Impfgewehre und
  - b) den besonderen Gebühren für amtsärztliche Dienstleistungen.

<sup>1</sup> Beamtenbesoldungsgesetz vom 20. 4. 1928 (GVBl. S. 205).

**Entschädigung für den Aufwand bei Dienst-  
reisen und für sonstige Dienstinkommen**

## § 8

I Die Tagegelder und Reisekosten des Bezirksarztes bemessen sich nach den für auswärtige Dienstgeschäfte der Beamten des Zivilstaatsdienstes geltenden Bestimmungen.

II Als Entschädigung für auswärtige Dienstgeschäfte in den Angelegenheiten des Abs. III, dann zur Bestreitung sonstiger Dienstunkosten erhält der Bezirksarzt jährlich je eine Bauschsumme, deren Höhe vom Staatsministerium des Innern im Benehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen festgesetzt wird.

III Auf die Bauschsumme für die Kosten auswärtiger Dienstgeschäfte sind Tagegelder und Reisekosten zu verrechnen

1. bei der selbständigen Erledigung von Verwaltungsgeschäften,
2. bei der Beratung und Unterstützung der Gemeinde- und Distriktsverwaltungsbehörden auf dem Gebiete des Gesundheitswesens, soweit es sich nicht um Parteisachen handelt, in denen eine Partei kostentragungspflichtig ist,
3. bei der Beratung und Unterstützung sonstiger öffentlicher Behörden und Beamten, soweit es sich nicht um den amtsärztlichen Dienst bei den Gerichtsbehörden handelt,
4. bei der Ausstellung amtsärztlicher Zeugnisse, Gutachten und Bescheinigungen,
5. bei Leistung ärztlicher Hilfe in Notfällen,

in den Fällen der Ziff. 3, 4 und 5 nur, wenn die Kosten vom Staate zu tragen sind.

IV Für außerordentliche Anschaffungen (Leichenöffnungsbesteck usw.) kann eine besondere Entschädigung gewährt werden.

## § 9

**Vertretung und Verwesung**

I Mit der Vertretung eines beurlaubten oder erkrankten Bezirksarztes und der Verwesung einer erledigten Bezirksarztstelle kann ein am gleichen Orte befindlicher Bezirksarzt, ein dem Bezirksarzte zugeteilter geeigneter Hilfsarzt, ein am gleichen Orte befindlicher Landgerichtsarzt, ein benachbarter Bezirksarzt oder ein praktischer Arzt, der womöglich aus den für den Staatsdienst, geprüften Aerzten zu wählen ist, betraut werden. Die Aufstellung eines Vertreters oder Verwesers steht der Regierung, Kammer des Innern, zu; diese hat hierbei in der Regel die angegebene Reihenfolge einzuhalten. Doch ist bei einer Beurlaubung von über sechs Wochen und bei einer Erkrankung oder Erledigung, die voraussichtlich länger als sechs Wochen dauert, von der Aufstellung eines benachbarten Bezirksarztes als Vertreter oder Verweser abzusehen.

II Amtsärzte und Hilfsärzte erhalten für die Vertretung oder Verwesung keine besondere Vergütung, dagegen die anfallenden Gebühren für amtsärztliche Dienstleistungen, Hilfsärzte jedoch nur bei der Verwesung. Sonstige Vertreter und Verweser beziehen neben den Gebühren des Bezirksarztes eine Bauschvergütung, die von der Regierung, Kammer des Innern, im Rahmen von 150 bis 200 RM. für den Monat je nach dem Umfange des bezirksärztlichen Dienstes festgesetzt wird. Tagegelder und Reisekosten sind, soweit die Kosten aus der Bauschsumme zu bestreiten sind, für sämtliche Vertreter aus der Bauschvergütung des vertretenen Bezirksarztes oder der verwesenen Stelle zu decken.

III Unverschiebliche Dienstgeschäfte sind bei Verhinderung des Bezirksarztes, des Vertreters oder Verwesers des Bezirksarztes von einem am gleichen Orte befindlichen Bezirksarzte, von einem dem Bezirksarzte zugeteilten geeigneten Hilfsarzte, von einem am gleichen Orte befindlichen Landgerichtsarzt und zwar in dieser Reihenfolge wahrzunehmen. Im übrigen sind solche Dienstgeschäfte von der

Distriktsverwaltungsbehörde einem praktischen Arzte zu übertragen. Die Vergütung der Amtsärzte und Hilfsärzte bemißt sich nach Abs. II, die der praktischen Aerzte nach § 8 der Verordnung vom 17. November 1902<sup>1</sup> über die Gebühren für ärztliche Dienstleistungen bei Behörden.

<sup>1</sup> Hier Seite 129.

### Aerztliche Praxis

#### § 10

I Dem Bezirksarzt ist die Ausübung der ärztlichen Praxis gestattet, soweit sie mit der gewissenhaften Erfüllung seiner Dienstesaufgaben vereinbar ist. Zur Uebernahme der Stelle eines Krankenhausarztes oder Kassenarztes ist jedoch die Genehmigung der Regierung, Kammer des Innern, erforderlich. Die Genehmigung ist widerruflich.

II Soweit die Ausübung der ärztlichen Praxis gestattet ist, darf der Bezirksarzt auch außergerichtliche Gutachten als Sachverständiger ohne besondere Erlaubnis abgeben.

### Fortbildung

#### § 11

Der Bezirksarzt hat sich mit den Fortschritten der ärztlichen Wissenschaft, insbesondere auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege und der gerichtlichen Medizin sowie mit den einschlägigen gesetzlichen Verordnungs- und Verwaltungsvorschriften vertraut zu erhalten. Er ist verpflichtet, die vorgeschriebenen wissenschaftlichen Zeitschriften zu halten und einer Aufforderung der vorgesetzten Behörden zur Teilnahme an Fortbildungskursen nachzukommen.

### Vorgesetzte Dienstbehörden

#### § 12

I Der Bezirksarzt ist dem Staatsministerium des Innern und unmittelbar der Regierung, Kammer des Innern, unterstellt.

II Die Regierung, Kammer des Innern, läßt die Dienstführung des Bezirksarztes durch den Fachreferenten für das Gesundheitswesen von Zeit zu Zeit an Ort und Stelle prüfen. Ueber das Ergebnis ist eine Niederschrift aufzunehmen; die Niederschrift ist vom Bezirksarzte nach Kenntnisnahme zu unterzeichnen.

III Die Qualifikation des Bezirksarztes erfolgt durch die Regierung, Kammer des Innern.

### Verhältnis zu anderen Behörden und Beamten

#### § 13

I Der Bezirksarzt hat den Ersuchen öffentlicher Behörden innerhalb seiner Dienstesaufgaben zu entsprechen. In Angelegenheiten, die auch die Zuständigkeit der Distriktsverwaltungsbehörde berühren, hat er sich vor der Erledigung des Ersuchens mit dieser Behörde ins Benehmen zu setzen.

#### a) zur Distriktsverwaltungsbehörde

II Der Bezirksarzt hat mit der Distriktsverwaltungsbehörde als ihr technischer Berater in Angelegenheiten der Gesundheitspflege stete Fühlung zu halten und ihren Ersuchen nachzukommen.

III Vor Erlaß von orts- und distriktpolizeilichen Vorschriften und sonstigen allgemeinen Anordnungen auf dem Gebiete des Gesundheitswesens soll die Distriktsverwaltungsbehörde den Bezirksarzt hören; nach dem Erlaß sind solche Vorschriften und Anordnungen, sofern sie fortdauernd Geltung haben, in Abschrift dem Bezirksarzte mitzuteilen. Berichte der Distriktsverwaltungsbehörde an die vorgesetzten Dienststellen sind, soweit sie gesundheitliche Angelegenheiten im Bezirke betreffen,

und der Bezirksarzt nicht schon gutachtlich einvernommen worden ist, vor ihrer Absendung dem Bezirksarzte zur Kenntnismahme mitzuteilen. Dem Bezirksarzte steht es frei, solchen Berichten eine besondere Aeueßerung beizufügen.

b) zu den Gemeindebehörden

IV Der Bezirksarzt hat den Gemeindebehörden als technischer Berater in Angelegenheiten des Gesundheitswesens mit seinem sachverständigen Rate zur Seite zu stehen. Die Gemeindebehörden haben innerhalb ihrer Zuständigkeit den Bezirksarzt bei der Ausübung seines Dienstes namentlich auch im Bereiche seines selbständigen Wirkungskreises zu unterstützen.

c) zu den technischen Beamten

V Der Bezirksarzt hat sich mit den im Bezirke tätigen technischen Beamten (insbesondere dem Gewerberat, Bezirkstierarzt, Bezirksbaumeister, Wohnungsinspektor, Aufsichtsbeamten für die Ueberwachung der Reinhaltung der Gewässer) über die den gemeinschaftlichen amtlichen Wirkungskreis berührenden Fragen des Gesundheitswesens zu verständigen; veranlaßte Ortsbesichtigungen sollen in der Regel gemeinschaftlich vorgenommen werden.

§ 14

Verhältnis zu den Privatpersonen

I Der Bezirksarzt soll innerhalb seiner Zuständigkeit Wünsche und Beschwerden von Privatpersonen entgegennehmen und wenn er sich von deren Berechtigung überzeugt hat, Erfüllung und Abhilfe, erforderlichenfalls im Benehmen mit der Distriktsverwaltungsbehörde, herbeizuführen suchen; im übrigen hat er die Gesuchsteller entsprechend zu belehren oder an die zuständigen Behörden zu verweisen.

II Der Bezirksarzt hat für den dienstlichen Verkehr mit den Bezirksangehörigen bestimmte Sprechstunden zu halten. Der Bezirksarzt bei einem Bezirksamte hat die Sprechstunden auf die Amtstage dieser Behörde zu verlegen. Im übrigen bleibt die Festsetzung der Stunden zunächst dem Bezirksarzt überlassen. Bei Bedarf kann der Bezirksarzt bei einem Bezirksamte auch auswärtige Sprechstunden in Verbindung mit den bezirksamtlichen Amtstagen abhalten. Die festgesetzten Sprechzeiten sind im Amtsblatte der Distriktsverwaltungsbehörde zu veröffentlichen und von dem Bezirksarzte der Regierung, Kammer des Innern, anzuzeigen.

§ 15

Sonstige dienstliche Verhältnisse

Die sonstigen dienstlichen Verhältnisse des Bezirksarztes bemessen sich nach den Vorschriften des Beamtengesetzes für etatsmäßige Beamte.

§ 16

Hilfsärzte der Bezirksärzte

I Bei Bedarf können den Bezirksärzten vom Staatsministerium des Innern für den Staatsdienst geprüfte Aerzte als Hilfsärzte beigegeben werden.

II Die mit festen Bezügen angestellten Hilfsärzte sind Beamte im Sinne des Art. 1 des Beamtengesetzes und unterstehen der Dienstaufsicht der Regierung, Kammer des Innern.

III Die Hilfsärzte werden durch die Distriktsverwaltungsbehörden eidlich verpflichtet und durch die Bezirksärzte in den Dienst eingewiesen.

IV Die Dienstaufgaben der Hilfsärzte werden von der Regierung, Kammer des Innern, in einer Dienstordnung, im übrigen durch die Bezirksärzte bestimmt.

V Die Hilfsärzte haben im allgemeinen die ihnen zugeteilten Dienstgeschäfte unter Aufsicht und Verantwortung der Bezirksärzte zu erledigen; doch kann ihnen auf Antrag der Bezirksärzte von der Regierung, Kammer des Innern, ein Teil der bezirksärztlichen Geschäfte zur selbständigen Erledigung übertragen werden.

VI Die Bezirksärzte haben sich die dienstliche und wissenschaftliche Förderung der Hilfsärzte angelegen sein zu lassen.

VII Die Hilfsärzte beziehen für ihre Dienstleistungen eine Vergütung, die vom Staatsministerium des Innern im Benehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen festgesetzt wird.

VIII Die Ausübung der ärztlichen Praxis und die Abgabe außergerichtlicher Gutachten kann den Hilfsärzten in der Dienstordnung (von der Regierung, Kammer des Innern) untersagt werden; im übrigen gelten die Vorschriften des § 10.

IX Den Hilfsärzten kann von der Regierung, Kammer des Innern, ein Urlaub von 3 Wochen bewilligt werden.

## Zweiter Teil

### Dienstanweisung

#### A. Dienstaufgaben im allgemeinen

##### Vorbemerkung

§ 17

Der Bezirksarzt hat sich mit den allgemeinen Gesundheitsverhältnissen des Dienstbezirkes vertraut zu machen, besonders die in Betracht kommenden, der Aufsicht der Distriktsverwaltungs- und Gemeindebehörden unterstehenden Anstalten, Betriebe und Einrichtungen von Zeit zu Zeit zu besichtigen, auf die Bevölkerung aufklärend und belehrend einzuwirken, Maßnahmen zur Abstellung von Mängeln auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege vorzuschlagen und Einrichtungen zu ihrer Förderung anzuregen. Er hat sich bei Erledigung seiner Dienstaufgaben in steter Fühlung mit der Distriktsverwaltungsbehörde, soweit deren Geschäftskreis berührt wird, zu halten.

##### Wesentlichste Dienstaufgaben <sup>1</sup>

§ 18

Die wesentlichsten Dienstaufgaben des Bezirksarztes bestehen

1. in der selbständigen Erledigung von Verwaltungsgeschäften;
2. in der Beratung und Unterstützung der Distriktsverwaltungs- und Gemeindebehörden auf dem Gebiete des Gesundheitswesens, insbesondere bei der Ueberwachung des Vollzugs der einschlägigen Vorschriften;
3. in der Beratung und Unterstützung sonstiger öffentlicher Behörden und Beamten auf dem Gebiete des Gesundheitswesens nach den hierüber bestehenden besonderen Vorschriften;
4. in der Ausstellung von amtsärztlichen Zeugnissen, Gutachten und Bescheinigungen in Fällen, in denen die Beibringung solcher Zeugnisse, Gutachten oder Bescheinigungen vorgeschrieben ist;
5. in der Wahrnehmung des amtsärztlichen Dienstes bei den Amstgerichten seines Bezirkes, soweit der Dienst nicht von dem Landgerichtsarzt oder einem anderen hiezu bestellten Arzte versehen wird;

<sup>1</sup> Vgl. Abschnitt Bevölkerungspolitik und Rassenhygiene 3802.

**Prüfungsverordnung für den ärztlichen Staatsdienst**  
vom 23. 12. 1931  
(GVBl. S. 406)

**[Allgemeine Voraussetzungen]****§ 1**

I Zur Prüfung für den ärztlichen Staatsdienst werden nur im Deutschen Reichsgebiet approbierte und promovierte Aerzte zugelassen, die die deutsche Reichsangehörigkeit besitzen.

II Die Zulassung ist frühestens zwei Jahre nach erlangter Approbation statthaft.

**[Voraussetzungen im Besonderen]****§ 2**

I Die Gesuche um Zulassung zur Prüfung sind beim Staatsministerium des Innern einzureichen, das über die Zulassung zur Prüfung bestimmt.

II Als Belege sind dem Gesuche beizufügen:

1. die Approbation als Arzt für das Deutsche Reichsgebiet in Urschrift,
2. das Doktordiplom der medizinischen Fakultät einer Universität des Deutschen Reiches in Urschrift oder Abdruck,
3. der Ausweis über den Besitz der deutschen Reichsangehörigkeit,
4. der Nachweis, daß der Prüfung während oder nach Ablauf seiner Studienzeit an einer Universität des Deutschen Reiches
  - a) eine Vorlesung über gerichtliche Medizin besucht und einen Sektionskurs, sowie einen gerichtlich-medizinischen Kurs von je mindestens dreimonatiger Dauer durchgemacht hat,
  - b) eine vollständige, auf zwei Semester sich erstreckende Vorlesung über Hygiene besucht und einen hygienischen, sowie einen bakteriologischen Kurs von je mindestens zweimonatiger Dauer durchgemacht hat,
  - c) die Psychiatrische Klinik während eines Semesters als Praktikant und eine Vorlesung über forensische Psychiatrie besucht hat.
  - d)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Vgl. MB. über die Staatsmedizinische Akademie in München v. 25. 8. 1932 (GVBl. S. 238), hier S. 4.

**[Prüfungsabschnitte]****§ 3**

I Die Gesamtprüfung zerfällt in drei Abschnitte, nämlich:

- a) eine schriftliche,
- b) eine praktische und
- c) eine mündliche Prüfung.

II Die Gesamtprüfung wird vor einem Prüfungsausschuß abgelegt. Vorsitzender des Ausschusses ist der ärztliche Sachbearbeiter des Staatsministeriums des Innern. Die Prüfer für die gerichtliche Medizin, die öffentliche Gesundheitspflege, die Medizinalgesetzgebung und Medizinalverwaltung sowie für die Psychiatrie werden alljährlich vom Staatsministerium des Innern ernannt. Der Prüfer der Medizinalgesetzgebung und Medizinalverwaltung wird aus den Verwaltungsärzten entnommen.

**[Schriftliche Prüfung]****§ 4**

I Für die schriftliche Prüfung sind zwei wissenschaftliche Arbeiten zu liefern, und zwar aus den Gebieten der gerichtlichen Medizin, der öffentlichen Gesundheitspflege, der Medizinalgesetzgebung und Medizinalverwaltung und der Psychiatrie.

II Die Aufgaben werden vom Prüfungsausschuß bestimmt. Sie sollen Gebieten entnommen sein, die für den Amtsarzt von praktischer Bedeutung sind. Der Vorsitzende zieht für jeden Prüfling zwei Prüfungsgebiete durch das Los, bestimmt hierauf zwei Aufgaben aus diesen Prüfungsgebieten und stellt diese dem Prüfling gegen Nachweis zu.

III Spätestens nach sechs Monaten, vom Tage des Empfanges der Aufgaben an gerechnet, sind die Arbeiten dem Vorsitzenden der Prüfungskommission mit der schriftlichen Versicherung vorzulegen, daß sie, abgesehen von literarischen Hilfsmitteln, ohne fremde Beihilfe von dem Prüfling gefertigt worden sind. Gleichzeitig hat der Prüfling anzugeben, wann er sich der praktischen Prüfung unterziehen will.

IV aus dringlichen Gründen kann auf Antrag des Prüflings die Frist zur Einreichung der Arbeiten verlängert werden.

V Die Arbeiten sollen nicht lediglich Zusammenstellungen von literarischen Veröffentlichungen oder Auszüge aus solchen sein, sondern unter kritischer Benützung der Literatur selbständige wissenschaftliche Leistungen darstellen, die in gedrängter Kürze die gestellte Aufgabe klar und übersichtlich lösen. Das Hauptergebnis der Arbeit ist am Schlusse, wenn möglich in einigen Sätzen zusammenzufassen.

VI Die Aufgaben müssen gut und deutlich geschrieben, geheftet, mit Seitenzahlen und am Schlusse mit einer vollständigen Angabe der benützten literarischen Hilfsmittel versehen sein. Auf die betreffenden Stellen der letzteren ist im Texte oder in Noten zu verweisen. Die wörtlich zitierten Angaben sind durch Anführungszeichen kenntlich zu machen.

VII Schriftliche Arbeiten, die ohne genügende Entschuldigung zu spät eingereicht werden, werden dem Prüfling mit dem Bemerkten zurückgegeben, daß er zur Fortsetzung der Prüfung nicht zugelassen werden kann und daß ihm freisteht, um die Zulassung zu einer zweiten Gesamtprüfung nachzusuchen.

VIII Zur praktischen Prüfung wird nur zugelassen, wer die schriftlichen Arbeiten mindestens vier Wochen vor dem Zeitpunkte der praktischen Prüfung eingereicht hat.

IX Die rechtzeitig eingereichten Arbeiten werden geprüft. Genügen sie den Anforderungen, so wird der Prüfling durch den Vorsitzenden hiervon benachrichtigt und zu den übrigen Abschnitten zugelassen. Werden aber die Arbeiten oder auch nur eine als ungenügend befunden, so wird der Prüfling von der praktischen und mündlichen Prüfung zurückgewiesen.

## § 5

### [Praktische Prüfung]

I In der auf die schriftliche Prüfung folgenden praktischen Prüfung hat der Prüfling

1. an einer Leiche die kunstgerechte Oeffnung und Sektion mindestens einer der drei Haupthöhlen zu vollziehen und den Befundbericht nebst vorläufigem Gutachten vorschriftsmäßig zu Protokoll zu diktieren; sodann ein Objekt aus der von ihm geöffneten Leiche, das für die Beurteilung des Falles wichtig erscheint, auszuwählen, zur mikroskopischen Untersuchung vorzubereiten, mit dem Mikroskop genau zu untersuchen und mündlich dem Prüfer zu erläutern, der dem Prüfling übrigens auch einen anderen frischen Leichenteil zur Untersuchung vorlegen kann;
2. einen Verletzten zu untersuchen und über den Befund sofort unter Aufsicht einen schriftlichen Bericht mit gutachtlicher Aeußerung über den Fall und die in Betracht kommenden amtsärztlichen Gesichtspunkte (Erwerbsminderung, ursächliche Rolle eines Unfalls, Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung, gerichtsarztliche, strafrechtliche und zivilrechtliche Beurteilung) abzufassen;

3. einen Geisteskranken zu untersuchen und über den Befund sofort unter Aufsicht einen schriftlichen Bericht mit gutachtlicher Äußerung über dessen Zuverlässigkeit, Geschäftsfähigkeit, Gemeingefährlichkeit, Anstaltsbedürftigkeit usw. abzufassen;
4. unter Aufsicht des Prüfers innerhalb einer Frist von drei Stunden je eine einfachere Aufgabe aus dem Gebiete der hygienischen und hygienisch-bakteriologischen Untersuchungsmethoden praktisch zu lösen und den Gang sowie das Ergebnis der Untersuchung mündlich zu erläutern.

II Wird ein Teil der praktischen Prüfung mit „ungenügend“ beurteilt, so wird der Prüfling von der mündlichen Prüfung ausgeschlossen und hat innerhalb einer vom Vorsitzenden zu bestimmenden Frist den betreffenden Teil der praktischen Prüfung zu wiederholen und die mündliche Prüfung abzulegen. Wird die Frist ohne triftige Gründe nicht eingehalten, so muß die Gesamtprüfung wiederholt werden.

#### [Mündliche Prüfung]

§ 6

I Die mündliche Prüfung wird vor sämtlichen Ausschußmitgliedern abgelegt und erstreckt sich auf die Gebiete der gerichtlichen Medizin, der öffentlichen Gesundheitspflege, der Medizinalgesetzgebung und Medizinalverwaltung und der Psychiatrie mit besonderer Rücksicht auf die einschlägigen gesetzlichen Bestimmungen und Vorschriften. Hierbei ist auch aus der Gesundheitsfürsorge, aus den für den Amtsarzt wichtigen Abschnitten der Sozialversicherung und sozialen Hygiene sowie aus der Gewerbehygiene zu prüfen. Jeder Prüfer kann an die Gegenstände der schriftlichen Arbeiten anknüpfen.

II Wird ein Teil der mündlichen Prüfung mit „ungenügend“ beurteilt, so muß dieser Teil innerhalb einer vom Vorsitzenden zu bestimmenden Frist wiederholt werden. Im übrigen gilt § 5 Abs. II Satz 2.

#### [Dauer der Prüfung]

§ 7

I Für die Gesamtprüfung ist ein unüberschreitbarer Zeitraum von 1½ Jahren festgelegt, der mit dem Tage der Zustellung der Zulassungsentschließung beginnt.

II Wird innerhalb dieses Zeitraums die Gesamtprüfung nicht vollendet, so verlieren die bereits erledigten Prüfungsteile ihre Gültigkeit, soweit der Vorsitzende des Prüfungsausschusses nicht eine Ausnahme zuläßt.

#### [Noten]

§ 8

I Nach Erledigung der Gesamtprüfung werden die Ergebnisse eines jeden Teiles nach Vorschlag der betreffenden Prüfer von dem Prüfungsausschusse durch Stimmmehrheit festgestellt und mit den Noten I, II, III und IV beurteilt.

Von den gefundenen Quotienten geben

10/10 bis 15/10 die Note I = sehr gut,

10/10 bis 25/10 die Note II = gut,

20/10 bis 30/10 die Note III = genügend,

31/10 und darüber die Note IV = ungenügend.

Wer eine Gesamtnote unter III,0 erhält, hat die Prüfung nicht bestanden.

III Nach Beendigung der mündlichen Prüfung wird das Ergebnis der Prüfung den Prüflingen durch den Vorsitzenden des Prüfungsausschusses bekanntgegeben.

IV Ueber die Gesamtprüfung wird eine Niederschrift aufgenommen und dem Staatsministerium des Innern vorgelegt.

13

### Der ÖGD in Bayern während des Nationalsozialismus

Wolfgang G. Locher, Udo Andraschke, Bodo Pregler, Johannes Donhauser

#### Überblick

| Dokument   | Kommentar  |
|--|--|
| 1933 14.07.<br>Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (Regierungsblatt. I, 529)   | Zum 1. Januar 1934 trat in Bayern das am 14. Juli 1933 verabschiedete „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ („Erbgesundheitsgesetz“) in Kraft. § 1 beinhaltete einen Katalog von Krankheiten bzw. Zuständen wie „angeborener Schwachsinn“, „Schizophrenie“, „erbliche Blindheit“, „erbliche Taubheit“, „schwere erbliche körperlicher Missbildung“ und „schwerer Alkoholismus“. Die Gesundheitsämter waren hier vom Gesetzgeber in den Mittelpunkt gestellt worden. Bei ihnen liefen die Anzeigen der Ärzte über „Erbkrankverdächtige“ ein. Das Gesundheitsamt hatte diese zu prüfen. Stellte der Amtsarzt eine der im Gesetz genannten „Diagnosen“, musste ein Antrag auf „Unfruchtbarmachung“ bei der ebenfalls durch das Gesetz entstandenen Sondergerichtsbarkeit „Erbgesundheitsgericht“ gestellt werden. |
| 1933 3.8.<br>Gesetz über die Gesundheitsverwaltung in Bayern<br>(GVBl S. 219, Schaetz 1934, 4)   | Mit diesem Gesetz wurde im Staatsministerium des Innern eine Abteilung für das Gesundheitswesen errichtet, der in „allen Fragen der Volksgesundheit“ die Entscheidung zustand. Zum Leiter der Abteilung wurde ein Staatskommissar für das Gesundheitswesen bestellt, der auf Vorschlag des Ministeriums vom Reichsstatthalter in Bayern ernannt wurde.   |
| 1933 12.08.<br>Verordnung zur Ausführung des Gesetzes über die Gesundheitsverwaltung in Bayern (GVBl S. 220, Schaetz 1934, 4f.)<br>1933 25.08. | In der zu dem vorgenannten Gesetz gehörenden Verordnung wurden die Felder Gewerbehygiene, Reichsversicherungswesen, Justizverwaltung und Veterinärwesen geordnet.  |

| Dokument  | Kommentar   |
|---|---|
| Bekanntmachung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern über die Staatsmedizinische Akademie in München (GVBl S. 238; Schaetz 1934, 14–15)                       | Die hiermit neu geschaffene Staatsmedizinische Akademie in München hatte in dreimonatigen Kursen die angehenden Amtsärzte und Ärzte für die Gesundheitsämter auf die Amtsarztprüfungen vorzubereiten. Der Besuch der Akademie war obligatorisch.  |
| 1933 06.10.<br>Ministerialentschließung über die amtsärztliche Beaufsichtigung der Lager des Arbeitsdienstes (Schaetz 1934, 84)                                       | Für die nach dem Machtantritt der Nationalsozialisten vom Deutschen Arbeitsdienst neu eingerichteten Arbeitsdienstlager wurde hier die ärztliche Kontrolle geregelt. Die für die Aufnahme in ein solches Lager nötige ärztliche Untersuchung sowie die laufende ärztliche Überwachung und Betreuung der Lagerinsassen wurde in die Hände praktischer Ärzte (Lagerärzte) gelegt. Den Bezirksärzten oblag die gesundheitliche und hygienische Überwachung der geschlossenen Lager des Arbeitsdienstes.  |
| 1934 03.07.<br>Reichsgesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (GVG) (Regierungsblatt I, S. 531; Schaetz, 6-22) mit den drei Durchführungsverordnungen: | Der in mancher Hinsicht noch heterogene, von den politischen Entscheidungsträgern jedoch als höchst bedeutsam eingestufte Öffentliche Gesundheitsdienst erhält mit dem Gesetz eine reichseinheitliche Organisationsstruktur. Auf Stadt- und Landkreisebene wurde hierfür in Gestalt der Gesundheitsämter nun ein eigenes staatliches Amt geschaffen. Das von einem staatlichen Amtsarzt geleitete Gesundheitsamt war im Behördenaufbau den unteren Verwaltungsbehörden nicht unter- oder gleichgeordnet, sondern lediglich eng verbunden. Das Gesetz errichtete die Staatlichen Gesundheitsämter nicht selbst, sondern begründete lediglich die den Ländern auferlegte Pflicht zu ihrer Errichtung. Hinter dem Gesetz stand die grundlegende nationalsozialistische Einschätzung, dass die Pflege der Volksgesundheit eine „staatliche Aufgabe von überragender Bedeutung“ sei. |
| 1935 06.02.<br>Erste Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Schaetz, 23–42)   |   |
| 1935 22.02.<br>Zweite Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Schaetz, 47–49)  |   |
| 1935 30.03.<br>Dritte Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens (Dienstordnung – Besonderer Teil) (Schaetz, 67ff.)          |   |

| Dokument   | Kommentar   |
|--|---|
|  | <p>gender Bedeutung“ sei. Das Gesetz repräsentiert eine Anschauung, wonach grundsätzlich der „Wert der Einzelperson nur nach dem Grad ihres Nutzens für das Volksganze bemessen werden könne“. Der Öffentliche Gesundheitsdienst und seine Einrichtungen wurden zu zentralen Schaltstellen bei der Durchsetzung bevölkerungspolitisch und erbgesundheitlich relevanter Gesetze.</p>   |
| <p>1934 28.08.<br/>Erlass des Reichsministers des Innern über Vorbereitung der Durchführung des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (Regierungsblatt I S. 531, Schaetz 1934, 2f.)</p> | <p>Mit diesem Erlass wurde der Gestaltungs- und Handlungsspielraum der Gemeinden an Orten mit einem kommunalen Gesundheitsamt eingeschränkt und eine enge Kooperation zwischen den neuen staatlichen Amtsärzten und den bereits vorhandenen Kommunalärzten insbesondere auf dem Gebiet der öffentlichen Hygiene und in der Erb- und Rassenpflege gefordert.</p>   |
| <p>1935 28.02.<br/>Runderlass des Reichs- und Preußischen Ministers des Innern (Schaetz, 43–45)</p>  | <p>Gemäß dem angezeigten Runderlass konnten unter besonderen Umständen auch mehrere Kreise zum Bezirk eines Gesundheitsamtes zusammengefasst werden. Die Bezeichnung „Amtsarzt“ wurde ausschließlich dem Leiter eines Gesundheitsamtes vorbehalten. Wichtig war auch der Hinweis, dass für die den Gesundheitsämtern obliegenden ärztlichen Aufgaben in der Erb- und Rassenpflege sowie in der Eheberatung keine besonderen „Erbgesundheits- oder Rasseämter“ nötig seien. Vorhandene derartige Einrichtungen waren den Gesundheitsämtern als Abteilungen einzugliedern. Ausdrücklich wurde auch darauf hingewiesen, dass der Amtsarzt, dessen Stellvertreter und auch alle anderen mit gerichtsärztlicher Tätigkeit betrauten oder mit der Tätigkeit in der Erb- und Rassenpflege befassten Ärzte eine arische Abstammung belegen mussten.</p> |

Für Gerichtsärzte und Anwärter auf Gerichtsarztstellen wird nach Bedarf ein auf die besonderen Fachaufgaben des Gerichtsarztes abgestellter Kurs (einschließlich Uebungen) angeschlossen werden.

Am Schlusse eines jeden dreimonatigen Ausbildungskurses und ebenso am Schlusse eines gerichtsarztlichen Anschlußkurses wird jenen Hörern, welche an dem Lehrgang *regelmäßig* teilgenommen haben, eine vom Leiter der Akademie gefertigte Bescheinigung ausgestellt.

Während des Lehrganges ist den teilnehmenden Amtsarztanwärtern und Amtsarzten eine privatärztliche Betätigung untersagt.

Die Gebühren für die Teilnahme an einem dreimonatigen Lehrgang betragen RM. 100.— (einschließlich der praktischen Kurse).

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an den „Geschäftsführer der Staatsmedizinischen Akademie“ in München, Theatinerstraße 21 (Staatsministerium des Innern).

<sup>1</sup> Vgl. PrüfungsO. f. d. ärztl. Staatsdienst v. 23. 12. 1933 § 2 Abs. 11 Ziff. 4 (hier S. 11).

Zum Vorstand der Akademie wird der Leiter der Abteilung für das Gesundheitswesen im Staatsministerium des Innern bestimmt. Derselbe führt in dieser Eigenschaft die Amtsbezeichnung

„Präsident der Staatsmedizinischen Akademie“.

Die laufenden Geschäfte werden von einem ärztlichen Geschäftsführer besorgt, der vom Vorstand der Akademie nach Zustimmung des Staatsministeriums des Innern aufgestellt wird.

Der Akademie wird ein nach Erfordernis jeweils zusammentretender Beirat von zehn Personen beigegeben. Die Berufung des Beirates und der Vorsitz in ihm obliegt dem Vorstand der Akademie. Die Oberaufsicht über den gesamten wissenschaftlichen und geschäftlichen Betrieb der Akademie führt das Staatsministerium des Innern, gegebenenfalls unter Anhörung fachlicher Sachverständiger.

Aufgabe der Staatsmedizinischen Akademie ist die vordringliche wichtige, allseitige und gründliche Ausbildung der Aerzte, besonders der Amtsarztanwärter, der Amts-, Schul-, Kommunal- und Fürsorgeärzte auf den Gebieten der Rassenbiologie, Erbgesundheitslehre und Erbgesundheitspflege (Eugenik), ferner in der sozialen und gewerblichen Hygiene und in den übrigen Zweigen der wissenschaftlichen und praktischen Staatsmedizin unter Beachtung des Gesichtspunktes der Schaffung eines reichseinheitlichen Medizinalbeamtentums. Für die Zulassung zu den staatsärztlichen Prüfungen (Physikat, Kreisarztexamen usw. der einzelnen Länder) ist der Nachweis des Besuches der Akademie während eines abgeschlossenen Lehrganges künftig notwendige Voraussetzung. Gasthörer — darunter auch Nichtärzte — sind unter den gleichen Bedingungen bei der Akademie zugelassen, welche für solche Personen bei den Landesuniversitäten gelten.

Der Lehrplan der Akademie umfaßt jährlich zwei je dreimonatige Lehrgänge (im Wintersemester und Sommersemester). Außer den erwähnten staatsmedizinischen Fächern im engeren Sinn sind für die Amtsanwärter die bei der Meldung zur ärztlichen Staatsprüfung nachzuweisenden Vorlesungen und Kurse auf gerichtsärztlichem, gerichtspychiatrischem und medizinalpolizeilichem Gebiete vorgesehen.

*Die Zulassung zu diesen letztgenannten Vorlesungen und Kursen ist in der Regel erst nach einer mindestens zweijährigen praktischen Tätigkeit nach erfolgter Approbation als Arzt zu gewähren.<sup>1</sup>*

Für Gerichtsärzte und Anwärter auf Gerichtsarztstellen wird nach Bedarf ein auf die besonderen Fachaufgaben des Gerichtsarztes abgestellter Kurs (einschließlich Uebungen) angeschlossen werden.

Am Schlusse eines jeden dreimonatigen Ausbildungskurses und ebenso am Schlusse eines gerichtsärztlichen Anschlußkurses wird jenen Hörern, welche an dem Lehrgang regelmäßig teilgenommen haben, eine vom Leiter der Akademie gefertigte Bescheinigung ausgestellt.

Während des Lehrganges ist den teilnehmenden Amtsarztanwärtern und Amtsärzten eine privatärztliche Betätigung untersagt.

Die Gebühren für die Teilnahme an einem dreimonatigen Lehrgang betragen RM. 100.— (einschließlich der praktischen Kurse).

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an den „Geschäftsführer der Staatsmedizinischen Akademie“ in München, Theatinerstraße 21 (Staatsministerium des Innern).

<sup>1</sup> Vgl. PrüfungsO. f. d. ärztl. Staatsdienst v. 23. 12. 1933 § 2 Abs. II Ziff. 4 (hier S. 11).

## 2

## Begründung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens

(Reichsanzeiger Nr. 155)

Die Pflege der Volksgesundheit ist eine staatliche Aufgabe von überragender Bedeutung. Es ist das Verdienst der nationalsozialistischen Bewegung, diesen Grundsatz in den Vordergrund staatspolitischen Denkens gerückt zu haben. Aus ihm folgt ohne weiteres, daß der Staat in den Angelegenheiten der Volksgesundheit denselben bestimmenden Einfluß ausüben muß, den er sich auf anderen staatspolitisch wichtigen Gebieten der inneren Verwaltung schon früher gesichert hat.

Mit dem Tag, an welchem der Durchbruch des Nationalsozialismus endlich dem Grundsatz Geltung schaffte, daß der Wert der Einzelperson nur nach dem Grad ihres Nutzens für das Volksganze bemessen werden kann, war in erhöhtem Maß die Notwendigkeit gegeben, im öffentlichen Gesundheitsdienst eine durchweg einheitliche Organisation für das ganze Reich zu schaffen. Fragen, ob erbgesund oder erbkrank, leistungsfähig oder nicht leistungsfähig, bevölkerungspolitisch wichtig oder unwichtig, können vom Arzt zum Nutzen des Volksganzen nur dann in jedem Einzelfall zweckdienlich gelöst werden, wenn die Beurteilung nach Richtlinien erfolgt, die für das ganze Reich gleichmäßig Geltung haben. Im Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, in den Siedlungsgesetzen, in den Verordnungen zur Arbeitsbeschaffung, im Erbhofgesetz ist die Feststellung des gesundheitlichen Wertes der Einzelperson Voraussetzung für jede weitere Maßnahme. Auch die in Vorbereitung befindlichen bevölkerungspolitisch bedeutungsvollen Gesetze würden einer der wesentlichsten Grundlagen entbehren, wenn das staatliche Gesundheitswesen nicht über Einrichtungen verfügen kann, die eine Bewertung der Einzelperson in dieser Hinsicht einwandfrei und gleichmäßig sichern. Aber auch die Durchführung aller sonstigen Forderungen der Volksgesundheit, ferner die Sichtung des Beamten- und Angestelltenstandes hinsichtlich der Leistungsfähigkeit des einzelnen, die Beurteilung der Zweckmäßigkeit fürsorglicher Maßnahmen und die Durchführung einer zielbewußten Gesundheitswesen 2

Anmerkung der Redaktion:

Das Gesetz kann im Originaltext für Forschungszwecke auf Anfrage in elektronischer Form zur Verfügung gestellt werden.

Sozialversicherung setzt eine einheitliche Organisation des öffentlichen Gesundheitsdienstes voraus. Der Schutz der Volksgemeinschaft vor Fehlgeburten verlangt dabei, daß dem untersuchenden und feststellenden Arzt die modernen Hilfsmittel der Untersuchungstechnik zur Verfügung stehen und daß er sich ganz seinen ärztlichen Aufgaben im öffentlichen Gesundheitsdienst widmen kann, sei es, daß er diese Methoden selbst anwendet, sei es, daß er da, wo spezialistische Untersuchungen Anwendung finden müssen, sich Personal und Einrichtung eines hierfür geschaffenen Amtes und der daran angeschlossenen Anstalten zunutze macht und das Ergebnis nach einheitlichen Richtlinien für das Ganze wertet. Denn der Staat kann seine Maßnahmen zur Volksgesundung nur auf zuverlässige und objektive ärztliche Feststellungen gründen.

In allen Ländern des Reichs sind besonders vorgebildete Amtsärzte für die Bearbeitung des öffentlichen Gesundheitswesens in die innere Verwaltung eingegliedert. Für die Durchführung der Fürsorgebestrebungen besteht bereits der Stand der Kommunalärzte, die in der Hauptsache für die Bewältigung gesundheitsfürsorglicher Maßnahmen vorgebildet sind. Dem schließt sich an die Gesamtheit der übrigen Ärzteschaft, die als Allgemeinpraktiker oder als Fachärzte zum nicht geringen Teil auch jetzt schon neben der ärztlichen Behandlung sich an fürsorglichen Aufgaben beteiligen und stets ihre Bereitwilligkeit zur Mitarbeit hierzu erklärt haben.

Ein großer Stab von Wohlfahrtspflegerinnen, Krankenschwestern, Säuglings- und Kleinkinderschwestern, Hebammen, Technischen Assistentinnen und Desinfektoren, fast durchweg nach staatlichen Richtlinien vorgebildet, ist bereits heute im öffentlichen Gesundheitsdienst beschäftigt.

Auch Einrichtungen und Anstalten für Untersuchung, Fürsorge und Behandlung sind zahlreich vorhanden, so haben Staat und Selbstverwaltung z. B. für die Gesundheitsfür- und -vorsorge an vielen Orten wertvolle Untersuchungsstellen geschaffen.

Es fehlt jedoch die Einheitlichkeit in der Umgrenzung der Aufgaben, die Gleichmäßigkeit im Aufbau der einzelnen Stellen, eine ausreichende Regelung der Zuständigkeiten und die Zusammenfassung in einheitlicher Führung: in die Leitung der vorhandenen Stellen und Einrichtungen teilen sich bisher Staats- und Selbstverwaltungskörper, Sozialversicherungsträger, kari-

lativ Verbände, Rotes Kreuz und Kirche. Diese Zersplitterung ist nach dem Durchbruch der nationalsozialistischen Bewegung nicht geringer, sondern größer geworden. NS.-Volkswohlfahrt, NS.-Frauenshaft, SA. und SS. wie das Deutsche Frauenwerk haben naturgemäß im Einklang mit ihren Zielen, ihrem Umfang und ihrer Bedeutung gleichartige Bestrebungen in Angriff genommen; sie sind zum Teil im Begriff, auch ihrerseits gleichartige Einrichtungen auf manchen Gebieten des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu treffen.

Diese wertvolle Arbeit zu nutzen und die bestehenden Einrichtungen planmäßig dem Volksganzen dienstbar zu machen, ist Aufgabe und Ziel des vorliegenden Gesetzes, dessen Durchführung nicht länger hinausgeschoben werden kann. Die großen Aufgaben auf dem Gebiet der Volksgesundung verlangen gebieterisch die Mitarbeit aller hierzu Geeigneten und zwar in der Form eines der Staatshoheit voll zur Verfügung stehenden beweglichen und doch nach einheitlichen Gesichtspunkten lenkbaren Verwaltungsapparates, der indessen keine neue Sonderorganisation bilden darf, sondern Bestandteil der inneren Verwaltung bleiben muß.

Der Entwurf beschränkt sich darauf, das Ziel der Vereinheitlichung zunächst in den unteren Verwaltungsbezirken zu verwirklichen.

Um dieses Ziel unter möglichster Ausnutzung vorhandener brauchbarer Einrichtungen zu erreichen, gibt das Gesetz die Möglichkeit, diejenigen kommunalen Gesundheitsämter, die diesen Aufgaben gewachsen erscheinen, den bisherigen Trägern zu belassen mit der Maßgabe, daß die Leitung einem staatlichen Amtsarzt übertragen wird. Wo diese Voraussetzungen nicht vorliegen, errichtet der Staat die Gesundheitsämter neu oder baut die vorhandenen kommunalen Einrichtungen zu staatlichen Gesundheitsämtern aus.

Damit wird das Bewährte übernommen, das Neue auf Grund langjähriger praktischer Erfahrungen aufgebaut und die Einheitlichkeit im erforderlichen Ausmaß gewahrt, ohne die unteren Verwaltungsbehörden, die Gemeinden und Gemeindeverbände hinsichtlich der Gesamtheit ihrer gesundheitlichen Aufgaben an eine völlig starre Form zu binden.

Trotzdem wird ein Dualismus vermieden; denn in jedem unteren Verwaltungsbezirk bleibt das Gesundheitsamt unter

staatlicher Führung der einheitliche Träger des Staatswillens, mit dem alle übrigen Verbände, die Volkswohlfahrt und Gesundheitsfürsorge treiben, ihre Tätigkeit im Grundsätzlichen in Einklang bringen müssen.

Bei dem in dieser Form geplanten Aufbau ist mit Sicherheit anzunehmen, daß die finanzielle Belastung tragbar bleibt, insbesondere auch deshalb, weil durch Beseitigung bisheriger Ueberschneidungen und durch Gebührenerhebung auch Ersparnisse gegenüber früher zu erwarten sind.

Aufgabe der Handhabung des Gesetzes wird es sein, den Gedanken der Notwendigkeit der Gesundheit und Erbgesundheit im Volk so lebendig zu gestalten, daß er von dem einzelnen nicht als gesetzlicher Zwang, sondern als selbstverständliche Pflicht im Rahmen deutscher Art und Sitte empfunden wird.

Im einzelnen ist zum Entwurf folgendes hervorzuheben:

### Zu § 2

Unter „staatlicher Amtsarzt“ wird ein vom Staat hauptamtlich angestellter beamteter Arzt verstanden, der staatsärztlich geprüft ist. Ausnahme siehe § 5 Abs. 2.

Die landesgesetzlichen Aufgaben der Amtsärzte verbleiben ihnen auch als ärztlichen Leitern der Gesundheitsämter. Um die Einheitlichkeit in ihrer Durchführung innerhalb des Reichsgebietes zu sichern, wird dem Reichsminister des Innern die Ermächtigung zum Erlaß einer Dienstordnung gegeben.

### Zu § 3

Der § 3 gibt in großen Zügen die Aufgabengebiete an, auf denen das Gesundheitsamt tätig sein soll. Den Aemtern sollen neben den bisherigen Aufgaben des Amtsarztes die mit der Erb- und Rassenpflege verknüpften Aufgaben obliegen. Außerdem sollen sie alle ärztlichen Feststellungen und Maßnahmen treffen, die zur Vorbereitung einer zweckmäßigen Gesundheitsfürsorge erforderlich sind.

Damit wird nicht ausgeschlossen, daß wie bisher in kleineren übersichtlichen Verwaltungsbezirken die Gemeinden und Gemeindeverbände ihrerseits durch besondere Regelung Aufgaben der wirtschaftlichen Fürsorge (Wohlfahrtsamt) und der Jugendwohlfahrt (Jugendamt) der ärztlichen Leitung des Gesundheitsamts durch Personalunion unterstellen können.

Die Umgrenzung der Aufgaben im einzelnen bleibt den Ausführungsbestimmungen überlassen.

Zu Abs. 2: Die reichsgeseklichen Versicherungsträger legen von jeher Wert darauf, daß die Amtsärzte, soweit es ihr Hauptberuf zuläßt, Gutachtertätigkeit für sie ausüben, da deren besondere Vorbildung und Unabhängigkeit sie dafür besonders geeignet erscheinen läßt.

Zu Abs. 3: Eine Verstaatlichung des Anstaltswesens würde außerhalb des Rahmens der Aufgaben der Gesundheitsämter liegen; das Aufsichtsrecht des Staates bleibt unberührt.

### Zu § 4

(Abs. 1.) Die Gesundheitsämter durchweg als kommunale Gesundheitsämter aufzubauen, ist nicht möglich, weil viele der Aufgaben überörtlicher Art sind und weil viele Gemeinden trotz des Bedürfnisses hierfür nicht leistungsfähig genug sind und auch nicht über geeignetes Personal verfügen.

### Zu § 5

An der Forderung, daß die ärztlichen Leiter der Ämter im allgemeinen Staatsärzte sein müssen, wird im Interesse der Staatshoheit unbedingt festgehalten werden müssen. Besondere Ausnahmen kann der Reichsminister des Innern zulassen. Die Abgrenzung der verwaltungsmäßigen Befugnisse der Oberbürgermeister und Landräte gegenüber den leitenden Amtsärzten bleibt den Ausführungsvorschriften vorbehalten.

Den Kommunalverwaltungen wird das Recht eingeräumt, sich bei der Auswahl der ärztlichen Leiter zu äußern, wobei sie ihren bisherigen leitenden Kommunalarzt vorschlagen können. Dieser wird übernommen, wenn er den Mindestforderungen des § 5 Abs. 2 genügt. Hier wird der erste Schritt zur Schaffung des Einheitsmedizinalbeamten getan.

### Zu § 6

Die Vorschrift des § 6 kann zur Sicherung der staatlichen Interessen nicht entbehrt werden.

### Zu § 7

Zur Finanzierung der Gesundheitsämter erscheint die Gebührenenerhebung unentbehrlich. Sie wird sich jedoch auf die Fälle beschränken müssen, in welchen die Leistung des Amtes nicht nur

dem öffentlichen Wohle dient, sondern auch dem einzelnen Untersuchten persönlich von Nutzen ist.

### Zu § 8

(Abs. 1.) Bei der Uebernahme bestehender Ämter oder Teileinrichtungen auf den Staat und bei Neugründung staatlicher Ämter wird es für beide Teile zweckmäßig sein, wenn bewährte Kräfte der Gemeinden und Gemeindeverbände — auch Büropersonal, niederes Heilpersonal — mit übernommen oder eingestellt werden. Es muß dabei Vorsorge getroffen werden, daß der Staat über diese Kräfte auch voll verfügen kann. Dies erscheint durch das angezogene Gesetz gewährleistet.

(Abs. 2.) Der Abs. 3 bezieht sich auf die Uebernahme der leitenden Kommunalärzte, für die unter bestimmten Voraussetzungen der Uebernahmezwang festgelegt ist.

### Zu § 9

Die Landesregierungen werden, soweit sie den Mehrbedarf nicht decken können, mit entsprechenden Anträgen an die Reichsregierung heranzutreten haben. Es wird sich stets nur um Kosten der Einrichtung und Unterhaltung der Gesundheitsämter, nicht aber um die sächlichen Ausgaben für Fürsorgemaßnahmen selbst handeln.

### Zu § 11

Es kann mit Sicherheit angenommen werden, daß bis zum 1. April 1935 die Vorarbeiten für die Durchführung des Gesetzes in Reich, Ländern und Gemeinden so weit gediehen sind, daß es alsdann in Kraft treten kann. Die Durchführung selbst wird sich zeitlich und örtlich verschieden gestalten, da die Vorbedingungen für den beabsichtigten Ausbau des Gesundheitsdienstes in den einzelnen Reichsteilen erheblich voneinander abweichen. Dem trägt auch die Bestimmung Rechnung, daß der Reichsminister des Innern bereits vor Inkrafttreten des Gesetzes vorbereitende Maßnahmen anordnen kann.

## Neubeginn in einem pluralistischen Gesundheitswesen

Manfred Wildner, Joseph Kuhn, Helmut Erdle

### Überblick

Im Verständnis der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts und des Beginns des 21. Jahrhunderts umfasst die Bezeichnung „öffentliches Gesundheitswesen“ in organisatorischer Hinsicht in einem weiteren Sinn alle die Einrichtungen, welche gesundheitspolitische Aufgaben der öffentlichen Hand erfüllen.

Im engeren Sinn lässt sich dies auch auf die Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beziehen, welche auch als Gesundheitsfachverwaltung bezeichnet wird. Dazu gehören

- das zuständige Ministerium als oberste Landesgesundheitsbehörde
- die zuständigen Stellen der Regierungen als Mittelbehörde
- die Gesundheitsämter und Veterinärämter an den Landratsämtern und in den Verwaltungen der kreisfreien Städte

außerdem die besonderen Behörden des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, z. B. in Bayern

- das Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (vormals die Landesuntersuchungsämter) mit den angeschlossenen Akademien
- die landgerichtsärztlichen und polizeiärztlichen Dienste
- die ehrenamtlichen Pharmazierate

sowie als weitere besondere Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens in Bayern der Landesgesundheitsrat.

Von der Arbeitsgemeinschaft der Leiten-

den Medizinalbeamten der Länder (heute: Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden) wurde in dieser Zeit nachfolgende Bestimmung der Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens gegeben:

„Das öffentliche Gesundheitswesen umfasst die ärztliche Tätigkeit in Einrichtungen des öffentlichen Dienstes, die dazu bestimmt sind, unmittelbar den Gesundheitszustand der Bevölkerung und bestimmter Bevölkerungsteile zu ermitteln und laufend zu überwachen, ihnen drohende Gefahren festzustellen und zu beseitigen oder auf die Beseitigung hinzuwirken sowie die körperliche und geistige Gesundheit der Bevölkerung insgesamt und besonderer Gruppen sowie das gesundheitsbewusste Verhalten des einzelnen zu fördern. Die wesentlichen Aufgaben liegen im Bereich der Beobachtung, Begutachtung und Wahrung der gesundheitlichen Belange der Bevölkerung einschließlich der Beratung der Träger öffentlicher Aufgaben in gesundheitlichen Fragen. Dazu gehören insbesondere Planungs- und Gestaltungsaufgaben in der Gesundheitsförderung und der gesundheitlichen Versorgung, allgemeine und spezielle öffentliche Hygiene einschließlich des gesundheitlichen Umweltschutzes, Gesundheitsaufsicht, Beratung und Aufklärung der Bevölkerung in gesundheitlichen Fragen, die Verhütung und Bekämpfung von Krankheiten sowie die Einleitung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen und die Erstellung ärztlicher Gutachten für Behörden und Körperschaften.“

Am Ende des 20. Jahrhunderts findet sich die Eingrenzung auf ärztliche Tätigkeiten in den Gesetzen und Verordnungen nicht mehr, an ihre Stelle ist ein multipro-

fessionelles Verständnis des Dienstes an der öffentlichen Gesundheit getreten, auch wenn dem Arzt eine besondere Verantwortlichkeit erhalten geblieben ist.

### Allgemeine Entwicklungen und Aufgabenzuschreibung: Staatliche Aufgaben und gesellschaftliche Erwartungen

| Dokument  | Kommentar  |
|---|--|
| <p>Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens und 3 Durchführungsverordnungen</p> <p>BayRS 2120-1-I<br/>BayRS 2120-1-1-I<br/>BayRS 2120-1-2-I<br/>BayRS 2120-1-3-I</p> | <p>Nach 1945 galt das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, bereinigt um die offenkundig nationalsozialistischen Inhalte, zunächst als Länderrecht weiter, bis es schrittweise in den 1980er und 1990er Jahren durch Ländergesetze über den Öffentlichen Gesundheitsdienst abgelöst wurde. In Bayern geschah dies bereits 1986 mit dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG). 2006 wurde es offiziell auch als Bundesrecht aufgehoben. In Österreich ist das Vereinheitlichungsgesetz noch heute Grundlage des Öffentlichen Gesundheitsdienstes.</p>   |
| <p>Art. 80 Bayerisches Gesetz über das Erziehungs- und Unterrichtswesen (BayEUG) vom 31.05.2000</p> <p>BayRS 2230-1-1-UK</p> <p>Siehe auch § 58 der dritten DV zum VereinheitlG</p> | <p>Die Zuständigkeit des Öffentlichen Gesundheitsdienstes für die Schulgesundheit hat eine weit zurückreichende Tradition. Schon Anfang des 20. Jahrhunderts sind umfangreiche medizinische Befunde zur Schulgesundheit in den Statistischen Jahrbüchern dokumentiert. Nach 1945 wurde die Zuständigkeit für die Schulgesundheitspflege zunächst im bereinigten Vereinheitlichungsgesetz geregelt, dann im Bayerischen Erziehungs- und Unterrichtsgesetz und seit 2008 auch in einer Ergänzung zum Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz. Das Infektionsschutzgesetz (IfSG) des Bundes von 2001 enthält die Verpflichtung einer systematischen Überprüfung und Erfassung des Impfstatus der einzuschulenden</p> |

| Dokument   | Kommentar   |
|--|---|
| Gesetz über die Röntgenreihenuntersuchung vom 06.07.1953   | Kinder im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen.   |
| GVBI 1953, 103   | <p>Das Gesetz über Röntgenreihenuntersuchungen aus dem Jahr 1953 führte zur Pflichtuntersuchung aller Bewohner Bayerns (mit Altersgrenzen). Schirmbildbusse wurden in jedem Regierungsbezirk mit dem Ziel eingesetzt, die Bevölkerung in etwa dreijährigen Abständen zu kontrollieren. Die stetig abnehmende Inzidenz und Prävalenz der Tuberkulose führte dazu, dass die Pflichtuntersuchungen zu einem freiwilligen Untersuchungsangebot umgestaltet wurden. Dies führte zu einem starken Rückgang der Teilnehmerzahlen. Zug um Zug wurden die Schirmbildstellen in den Regierungsbezirken aufgelöst, die letzte in der Oberpfalz im Jahr 1986.</p>   |
| Gesetz über eine öffentliche Schutzimpfung gegen Kinderlähmung (Polio-myelitis) in Bayern vom 21.12.1961 | <p>Bayern führte 1962 mit dem Gesetz über eine öffentliche Schutzimpfung gegen Kinderlähmung die erste flächendeckende Schluckimpfung gegen Kinderlähmung in Deutschland ein.</p>   |
| GVBI 1961, 259   | <p>Im Gegensatz zu vielen anderen Ländern der Bundesrepublik Deutschland boten die Gesundheitsämter in Bayern lange Zeit der Bevölkerung nur die Polio-Schluckimpfung an. Die restriktive Haltung des in Personalunion der Ärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung vorsitzenden Präsidenten Prof. Hans-Joachim Sewering, der sich in dieser Frage als Anwalt der niedergelassenen Ärzte verstand (und auch Mitglied des Bayerischen Senats war, der inzwischen aufgelösten 2. Kammer der Volksvertretung), verhinderte eine größere Impftätigkeit der Gesundheitsämter. Nach langen Verhandlungen wurde das Impfangebot der Gesundheitsämter schließlich durch die Röteln-Schutzimp-</p> |

### Dokument

### Kommentar

fung ergänzt (1986) und schließlich nach dem Abgang von Sewering auch auf andere Impfungen erweitert. Im Jahr 2000 schloss das Gesundheitsministerium mit den gesetzlichen Krankenkassen einen Vertrag über deren Beteiligung an den Impfstoffkosten, nach dem bis heute verfahren wird.

Verordnung über die Geschäftsverteilung der Bayerischen Staatsregierung (StRG-VV) vom 01.01.1957, 11.04.1972, 01.12.1993, 05.04.2001 und 14.10.2003

BayRS II, 76  
GVBI 1972, 157

Die Oberste Landesgesundheitsbehörde war ursprünglich im Bayer. Staatsministerium des Innern (StMI) angesiedelt. Diese Zuordnung ist aus dem Selbstverständnis einer Eingriffsverwaltung heraus zu verstehen, d. h. soweit man das öffentliche Gesundheitswesen im Wesentlichen als gesundheitspolizeiliche Aufgabenstellung begriff, also mit Blick auf Seuchenbekämpfung, Hygieneüberwachung oder die Aufsicht über die Berufe des Gesundheitswesens (Verordnung über die Geschäftsverteilung der Staatsregierung von 1957).

Diese Verordnung wurde 1972 geändert. Die Teilbereiche „Gesundheitsvor- und -fürsorge, Schulgesundheitspflege und Krankenhauswesen“ wurden dabei aus dem StMI ausgegliedert und in das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung (StMAS) eingegliedert. Dabei wurden eine Ärztin und ein Beamter des gehobenen Dienstes vom StMI in das StMAS versetzt. Dort entwickelten sich bald daraus zwei vollständige Abteilungen – „Gesundheitsabteilung“ und „Krankenhauswesen“ –, wobei die Planung und Finanzierung der Krankenhäuser im StMI nach Richtlinien des StMI erfolgte, während im Jahr 1974 das Krankenhausfinanzierungsgesetz hierzu konkrete gesetzliche Regelungen brachte und damit einen erheblich höheren Verwaltungsaufwand für diesen Bereich. Am 17. 6. 1993 erfolgte die offizielle Mit-

| Dokument   | Kommentar   |
|--|---|
|  | <p>teilung der Entscheidung des vom vormaligen Innenminister und jetzt als Ministerpräsident in die Staatskanzlei gewechselten Dr. Edmund Stoiber über die Umgliederung der gesamten Gesundheitsabteilung in das Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung. Zielsetzung waren Synergie- und Einspareffekte.</p> <p>Die Eingliederung gestaltete sich schwierig, weil die Vorstellungen des StMAS und der Gesundheitsabteilung des StMI über die künftige Organisationsstruktur erheblich von einander abwichen. Die neue Gesundheitsabteilung unterschied sich von der auf Leistungsgewährung (Zuschüsse, Förderungsmaßnahmen) ausgerichteten Grundstruktur des StMAS, welche mit dem Vollzug von Eingriffsgesetzen (Bundes-Seuchengesetz, Bundesärzterverordnung, Tierseuchengesetz, Lebensmittel- und Bedarfsgegenstände-gesetz usw.) wenig harmonisierte.</p> |
| <p>Beschluss des Bayerischen Landtags vom 30.01.2001 zur Umressortierung der Gesundheitsfachverwaltung in das neue StMGEV</p> <p>Lt-DS 14/5628</p> | <p>Am 23. 1. 2001 trat Staatsministerin Barbara Stamm infolge von Skandalen im Bereich der Lebensmittelsicherheit zurück. Es folgte die Gründung des neuen Staatsministeriums für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz (StMGEV). Am 30. 1. 2001 wurden im neuen StMGEV Eberhard Sinner Minister und Erika Görlitz Staatssekretärin.</p> <p>Im Oktober 2003 erfolgte nach der Landtagswahl die Umgliederung bzw. Auflösung des StMGEV in das Staatsministerium für Umwelt mit der daran anschließenden neuen Namensgebung als Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (StMUGV). Erster amtierender Minister wurde Dr. Werner Schnappauf mit Staatssekretärin Emilia Müller.</p>  |

| Dokument  | Kommentar  |
|---|--|
| <p data-bbox="133 217 623 319">Gesetz über die Zuständigkeit in der Gesundheit, in der Ernährung und im Verbraucherschutz vom 09.04.2001</p> <p data-bbox="133 368 317 393">GVBI 2001, 108</p> <p data-bbox="133 486 142 511">.</p>                   | <p data-bbox="627 217 1114 556">Das Gesetz regelt die vom Landtag 2001 beschlossene Umressortierung von Gesundheitsaufgaben aus dem Sozialministerium in das Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz und legt die Einrichtung des Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit fest, die durch Rechtsverordnung konkretisiert wurde.</p>  |
| <p data-bbox="133 589 623 691">Verordnung über die örtliche Zuständigkeit der Gesundheitsämter vom 19.06.1972</p> <p data-bbox="133 740 317 766">GVBI 1972, 265</p>   | <p data-bbox="627 589 1114 1001">1972/1973 wurde die Zahl der staatlichen Gesundheitsämter im Zug der Landkreisgebietsreform in etwa halbiert. Grundsätzlich blieb am Sitz eines jeden Landratsamtes ein staatliches Gesundheitsamt erhalten. Dazu kamen die städtischen Gesundheitsämter München, Augsburg, Nürnberg, Ingolstadt, später auch Memmingen. Es verblieben zunächst zahlreiche Außenstellen, die jedoch im Lauf der Zeit abgebaut wurden.</p> |
| <p data-bbox="133 1034 623 1177">Gesetz über die Eingliederung der staatlichen Gesundheitsämter und der staatlichen Veterinärämter in die Landratsämter (Eingliederungsgesetz) vom 23.12.1995</p> <p data-bbox="133 1226 317 1252">GVBI 1995, 843</p> | <p data-bbox="627 1034 1114 1340">Im Jahr 1995 wurden die bisher selbständigen staatlichen Gesundheitsämter in die Landratsämter eingegliedert. Die Eingliederung betraf nur den organisatorischen Aufbau der Ämter: Die Ämter blieben staatliche Gesundheitsämter unter der Fach- und Dienstaufsicht der zuständigen ministeriellen Ressorts.</p>   |
| <p data-bbox="133 1373 623 1438">Gesetz über den gerichtsärztlichen Dienst vom 01.08.1950</p> <p data-bbox="133 1487 302 1513">BayRS III, 373</p>   | <p data-bbox="627 1373 1114 1517">Das Gesetz regelt die gerichtsärztliche Tätigkeit als eigenständigen Tätigkeitsbereich. Das Gesetz ist 1986 außer Kraft getreten.</p>  |
| <p data-bbox="133 1550 623 1615">Verordnung über den gerichtsärztlichen Dienst vom 06.10.1950</p> <p data-bbox="133 1664 302 1689">BayRS III, 373</p>   | <p data-bbox="627 1550 1114 1693">Konkretisierung der gerichtsärztlichen Tätigkeiten, von der Erstellung von Gutachten über Leichenöffnungen bis zur gesundheitlichen Überwachung der Gerichtsgebäude.</p>   |

| Dokument  | Kommentar   |
|---|---|
| <p>Vollzug der Vorschriften über den gerichtärztlichen Dienst vom 13.01.1987</p> <p>MABI 1987, 23</p>   | <p>Die Verordnung ist 1986 außer Kraft getreten. Vollzugsvorschrift, die u. a. die Residenzpflicht der Leiter der gerichtärztlichen Dienste vorschreibt.</p>  |
| <p>Verordnung über die Wahrnehmung ärztlicher Aufgaben der Gesundheitsämter durch Polizeiarzte vom 01.05.1962</p> <p>BayRS III, 371</p>   | <p>Die Verordnung regelt die Wahrnehmung bestimmter, im Grundsatz den Gesundheitsämtern vorbehaltenen Aufgaben, für die Polizei durch Polizeiarzte, z. B. im Hinblick auf Einstellungsuntersuchungen.</p>   |
| <p>Verordnung zum Vollzug arzneimittel-, betäubungsmittel-, apotheken- und transfusionsrechtlicher Vorschriften vom 10.02.1997</p> <p>GVBI 1997, 36</p>                                     | <p>Die Verordnung regelt u. a. die Zuständigkeit der Regierungen für den Vollzug des Arzneimittelgesetzes sowie die Zuständigkeit der Kreisverwaltungsbehörden für die Überwachung der Apotheken. Dabei ist vorgesehen, dass sich die Kreisverwaltungsbehörden „ehrenamtlicher Pharmazieräte“ bedienen. Die Vorschrift ist 2007 außer Kraft getreten.</p> |
| <p>Verordnung zum Vollzug arzneimittel-, betäubungsmittel-, apotheken- und transfusionsrechtlicher Vorschriften vom 29.03.2007</p> <p>GVBI 2007, 282</p>                                    | <p>Nachfolgeregelung der Verordnung aus dem Jahre 1997.</p>   |
| <p>Verordnung zur Änderung der Verordnung zum Vollzug arzneimittel-, betäubungsmittel-, apotheken- und transfusionsrechtlicher Vorschriften vom 29.10.1999</p> <p>GVBI 1999, 460</p>        | <p>Änderungsregelung der Verordnung aus dem Jahre 1997 bzw. der Nachfolgeregelung aus dem Jahre 2007.</p>   |
| <p>Zweite Verordnung zur Änderung der Verordnung zum Vollzug arzneimittel-, betäubungsmittel-, apotheken- und transfusionsrechtlicher Vorschriften vom 13.04.2000</p> <p>GVBI 2000, 287</p> | <p>Änderungsregelung der Verordnung aus dem Jahre 1997 bzw. der Nachfolgeregelung aus dem Jahre 2007.</p>   |

| Dokument   | Kommentar  |
|--|--|
| Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) vom 12.07.1986<br><br>GVBI 1986, 120  | Mit dem Gesetz über die Gesundheits- und Veterinärfachverwaltung in Bayern vom 12. 7. 1986 wurde der Öffentliche Gesundheitsdienst in Bayern auf eine neue rechtliche Grundlage gestellt. Das Gesetz regelte Organisation und Aufgaben des ÖGD, wobei es auf die bestehenden Strukturen aufbaute und diese aktualisierte. Dadurch wurde das bis dahin geltende, in Landesrecht übergegangene, Reichsrecht (Vereinheitlichungsgesetz mit Durchführungsverordnungen, s. BayBS ErgB) abgelöst |
| Verordnung zur Ausführung des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (AVGDG) vom 09.09.1986<br><br>GVBI 1986, 316  | Ausführungsvorschrift zu einzelnen Punkten des GDG, z. B. zur Zuständigkeit staatlicher Gesundheitsämter für kreisfreie Gemeinden ohne eigenes Gesundheitsamt oder zu den Aufgaben der Landgerichtsärzte.  |
| Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung (GDVG) vom 24.07.2003<br><br>GVBI 2003, 452 | 2003 wurde die Rechtsgrundlage für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bayern nochmals grundlegend reformiert. Aufgaben der Risikoanalyse und -kommunikation, der Gesundheitsberichterstattung und der Prävention wurden gestärkt, ebenso die Lebensmittelüberwachung.   |

---

 Besondere Behörden und Einrichtungen

| Dokument   | Kommentar   |
|--|---|
| Schaffung der Bayerischen Landesimpfanstalt  | <p>In Bayern wurde früher als in anderen Ländern bereits im Jahr 1801 eine Impfanstalt errichtet, später umbenannt in „Zentrale Impfanstalt im Königreich Bayern“. Diese lag am Auer Mühlbach am Neudeck in München.</p> <p>Für die zunächst nach bayerischem Recht und dann aufgrund des (Reichs-)Impfgesetzes vom 8. 4. 1874 bis zum Jahr 1976 geltende Pflichtimpfung gegen Pocken für Kinder im ersten und zwölften Lebensjahr waren die Ärzte der Gesundheitsämter zuständig. Der Pockenimpfstoff wurde von der Bayerischen Landesimpfanstalt hergestellt. Im Jahr 1976 wurde durch Gesetz vom 18. 5. 1976 die Impfpflicht modifiziert, sie sollte nun für Zwölfjährige und für Krankenhaus-, Laborpersonal und Pocken-Alarm-Personal gelten. Dieses Gesetz wurde jedoch in der Praxis nie umgesetzt. Der letzte Pockenausbruch in Bayern fand 1965 in Regensburg statt.</p> |
| Gesetz über die Schaffung eines Landesgesundheitsrates vom 12.08.1953<br><br>BayRS III, 372        | Die Einrichtung eines Landesgesundheitsrates soll der gesundheitsbezogenen Politikberatung für Staatsregierung und Landtag dienen.  |
| Verordnung über die Aufhebung der Bayerischen Landesimpfanstalt vom 20.01.1983<br><br>GVBl 1983, 8 | Nachdem die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die Welt im Mai 1980 für pockenfrei erklärte, wurde die Impfpflicht ersatzlos aufgehoben, wenngleich warnende Stimmen vor einer terroristischen Pockengefahr sprachen. Mit dem Wegfall der Pockenimpfung hatte auch die Bayer. Landesimpfanstalt ihre Aufgabe verloren. Sie wurde durch Verordnung vom 20. 1. 1983 aufgelöst.   |

### Dokument

### Kommentar

Verordnung zur Durchführung des Gesetzes über den Vollzug des Lebensmittelrechtes (DV-VollzGLmR) vom 01.11.1976

BayRS 2125-1-I

---

Einrichtung der staatlichen Landesuntersuchungsämter für Nordbayern und Südbayern. Diese Ämter gehen später im Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit auf.

Verordnung über die Einrichtung der Bayerischen Landesämter für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit sowie für Umwelt (LAV-UGV) vom 27.11.2001

GVBI 2001, 886

---

2001 wurde das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit durch Verordnung errichtet. Die Landesuntersuchungsämter wurden aufgelöst. 2006 wurden im Zuge der Auflösung des Landesamts für Arbeitsschutz dem Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit auch Aufgaben des gesundheitlichen Arbeitsschutzes und der Produktsicherheit übertragen.

Verordnung über die Errichtung einer Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen vom 27.12.1968

BayRS III, 378

---

1968 wurde durch Verordnung die Errichtung einer Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen beschlossen. Sie soll zur Aus- und Fortbildung des Personals des Öffentlichen Gesundheitsdienstes beitragen und durch einen fachlichen Beirat beraten werden. Die Vorschrift ist 2001 außer Kraft getreten. Danach übernahmen die Akademien für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz im LGL diese Aufgaben.

Verordnung über die Bayerische Akademie für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin vom 05.09.1994

GVBI 1994, 951

---

1994 wurde die Bayerische Akademie für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin errichtet. Die Akademie ist heute ebenfalls Teil des bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

Gesetz über den Landesgesundheitsrat vom 24.07.2007

GVBI 2007, 496

Vor dem Hintergrund veränderter sozialpolitischer Rahmenbedingungen waren Beratungsauftrag und Zusammensetzung des Landesgesundheitsrats neu zu definieren. Im neuen Landesgesundheitsrat sind jetzt z. B. auch Patientenvertreter, Vertreter der Selbsthilfe sowie die Psychotherapeuten vertreten.

---

 Ordnung der Aus-, Weiter- und Fortbildung: Qualifikation des Fachpersonals

| Dokument   | Kommentar  |
|--|--|
| <p>Weiterbildungsordnung für Ärzte im Gebiet „Öffentliches Gesundheitswesen“ vom 01.01.1983</p> <p>BayRS III, 409</p>                                | <p>Die Weiterbildungsordnung für einen Facharzt für das Öffentliche Gesundheitswesen wurde 1983 eingeführt. Demnach gehört es zu den wesentlichen Aufgaben des Arztes für Öffentliches Gesundheitswesen, die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung zu beobachten, Träger öffentlicher Aufgaben zu beraten, Planungen im gesundheitlichen Interesse der Bevölkerung vorzunehmen und präventive bzw. rehabilitative Maßnahmen insbesondere für besonders bedürftige Gruppen einzuleiten. Ärztliche Gutachten werden „im Einzelfall“ erstellt.</p>         |
| <p>Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den höheren Öffentlichen Gesundheitsdienst (Amtsarztprüfungsordnung) vom 01.01.1983</p> <p>BayRS III, 57</p> | <p>Die Vorschrift regelt den Zugang zum höheren Öffentlichen Gesundheitsdienst. Dazu wird u. a. vorausgesetzt, dass ein mindestens 5monatiger Lehrgang absolviert wird. Zum Lehrgang können nur Ärzte zugelassen werden. Die Vorschrift ist 2003 außer Kraft getreten.</p>   |
| <p>Zulassungs-, Ausbildungs- und Prüfungsordnung für den höheren Gesundheitsdienst (ZAPoHGesD) vom 25.07.2003</p> <p>GVBI 2003, 530</p>              | <p>Nachfolgeregelung der Ausbildungs- und Prüfungsordnung von 1983. Die Ausbildungsinhalte des Amtsarzturses wurden reformiert, z. B. wurden epidemiologische Inhalte gestärkt, mit der Option einer Anrechnung des Lehrgangs auf den Studiengang „Public Health“. Diese Option wurde 2008 durch einen neu geschaffenen Studiengang „Master of Public Health Administration“ zu einer systematischen Integration der Amtsarzt-ausbildung in die international anerkannte Public Health-Ausbildung weiterentwickelt. Dies gibt es bisher nur in Bayern.</p> |

# Bayerisches Gesetz- u. Verordnungsblatt

Nr. 16

München, den 13. Juli

1953

### Inhalt:

|   |        |
|---|--------|
| <i>Gesetz über Röntgenreihenuntersuchungen vom 6. Juli 1953</i> . . . . .   | S. 103 |
| <i>Zweites Gesetz zur Änderung des Gesetzes über Steuergutscheine (2. Steuergutscheinänderungsgesetz) vom 7. Juli 1953</i> . . . . .          | S. 103 |
| <i>Gesetz zur Änderung des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen (VersG.) vom 7. Juli 1953</i> . . . . .                           | S. 104 |
| <i>Sechste Verordnung zur Durchführung des Entschädigungsgesetzes (6. DV-EG) vom 8. Juli 1953</i> . . . . .                                   | S. 104 |
| <i>Bekanntmachung über die Führung des Wappens des Freistaates Bayern vom 25. Juni 1953</i> . . . . .   | S. 104 |
| <i>Bekanntmachung über die Unterhaltszuschüsse und Vergütungen bei Beschäftigungsaufträgen für Beamtenanwärter vom 6. Juli 1953</i> . . . . . | S. 104 |

### Gesetz über Röntgenreihenuntersuchungen Vom 6. Juli 1953

Der Landtag des Freistaates Bayern hat das folgende Gesetz beschlossen, das nach Anhörung des Senats hiermit bekanntgegeben wird:

#### Art. 1

Wer in Bayern wohnt, ist verpflichtet, auf öffentliche Aufforderung hin sich einer Röntgenreihen- oder Röntgenuntersuchung auf Tuberkulose zu unterziehen.

#### Art. 2

Von der Röntgenreihenuntersuchung sind befreit:

1. Kinder bis zum vollendeten 10. Lebensjahr,
2. Personen, die im letzten Vierteljahr nachweislich in Beobachtung einer Tuberkulose-Fürsorgestelle, standen, sowie Personen, die ein im letzten Vierteljahr erstelltes ärztliches Zeugnis und eine Röntgenaufnahme aus der gleichen Zeit vorlegen,
3. Schwerkranke oder Gebrechliche, die ein ärztliches Zeugnis vorlegen.

#### Art. 3

(1) Die Röntgenreihenuntersuchungen sind staatliche Aufgabe und werden nach Weisung des Staatsministeriums des Innern durch die Organe der Gesundheitsverwaltung durchgeführt.

(2) Die anfallenden Kosten trägt der Staat.

#### Art. 4

Gemeinden haben bei der Durchführung der Röntgenreihenuntersuchungen Amtshilfe zu leisten.

#### Art. 5

Für etwaigen Ausfall an Arbeitsverdienst oder Einkommen aus Anlaß der Röntgenreihenuntersuchung besteht gegen den Staat kein Anspruch auf Entschädigung. Im übrigen findet § 616 BGB sinngemäß Anwendung.

#### Art. 6

Zuwiderhandlungen gegen die Bestimmungen dieses Gesetzes werden auf Antrag mit Geldstrafe bis zu 150.— DM bestraft. Antragsberechtigt sind die Gesundheitsbehörden.

#### Art. 7

Das Staatsministerium des Innern erläßt im Einvernehmen mit dem Staatsministerium der Finanzen die zur Durchführung des Gesetzes erforderlichen Bestimmungen.

#### Art. 8

(1) Das Gesetz tritt am 1. April 1953 in Kraft.  
(2) Vorschriften, die diesem Gesetz widersprechen, treten außer Kraft.

München, den 6. Juli 1953

Der Bayerische Ministerpräsident

I. V.

Dr. Wilhelm Hoegner,  
Stellvertreter des Ministerpräsidenten  
und Staatsminister des Innern

zu  
S  
ge  
Se

de  
S.  
1.

2.

3.

4.

# Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt

Nr. 22

München, den 28. Dezember

1961

| Datum        | Inhalt:   | Seite |
|--------------|---|-------|
| 21. 12. 1961 | Gesetz über eine öffentliche Schutzimpfung gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis) in Bayern . . . . .  | 259   |
| 21. 12. 1961 | Gesetz zur Ausführung des Bundesgesetzes über Maßnahmen zur Verbesserung der Agrarstruktur und zur Sicherung land- und forstwirtschaftlicher Betriebe (Gesetz zur Ausführung des Grundstücksverkehrsgesetzes — AGGrdstVG) . . . . .       | 259   |
| 21. 12. 1961 | Verordnung zur Durchführung des Gesetzes über Maßnahmen zur Verbesserung der Agrarstruktur und zur Sicherung land- und forstwirtschaftlicher Betriebe (Verordnung zur Durchführung des Grundstücksverkehrsgesetzes — DVGrdstVG) . . . . . | 260   |
| 21. 12. 1961 | Verordnung zur Ausführung des Gesetzes über Maßnahmen zur Verbesserung der Agrarstruktur und zur Sicherung land- und forstwirtschaftlicher Betriebe (Verordnung zur Ausführung des Grundstücksverkehrsgesetzes — AVGrdstVG) . . . . .     | 260   |
| 21. 12. 1961 | Verordnung zur Ausführung der Bundesärzteordnung (AVBÄO) . . . . .  | 260   |
| 21. 12. 1961 | Verordnung über die Festsetzung des Wertes der Sachbezüge in der Sozialversicherung für das Kalenderjahr 1962 . . . . .   | 261   |
| 21. 12. 1961 | Verordnung über die Festsetzung des Wertes der freien Unterkunft für die Polizeivollzugsbeamten für das Kalenderjahr 1962 . . . . .   | 263   |
| 28. 11. 1961 | Zweite Verordnung zur Änderung der Verordnung zur Durchführung des Sehaftmachungsgesetzes . . . . .   | 263   |
| 11. 12. 1961 | Verordnung über die rechtsgeschäftliche Vertretung des Freistaates Bayern bei der Leistung von Sicherheiten gemäß den §§ 117 ff. der Strafprozessordnung . . . . .  | 263   |
| 19. 12. 1961 | Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Zuständigkeit für die Festsetzung des Besoldungsdienstalters, der Dienstbezüge und der Beihilfen im Geschäftsbereich des Staatsministeriums des Innern . . . . .                          | 264   |
| 19. 12. 1961 | Landesverordnung zur Änderung der Abgabeverordnung . . . . .  | 264   |
| 19. 12. 1961 | Verordnung zur Änderung der Zweiten Verordnung über die Tierseuchenkasse . . . . .  | 265   |
| 19. 12. 1961 | Verordnung über die Errichtung des Finanzamts München für Grundbesitz und Verkehrsteuern . . . . .  | 269   |
| 20. 12. 1961 | Verordnung zur Änderung der Verordnung über die Führung kleiner Motorboote auf dem Bodensee . . . . .   | 269   |
| 21. 12. 1961 | Verordnung über die Staatliche Chemische Untersuchungsanstalt Augsburg . . . . .  | 269   |
| 22. 12. 1961 | Landesverordnung über die Fischerei (Landesfischereiverordnung) . . . . .   | 270   |
| 3. 12. 1961  | Bekanntmachung über die Bayerische Schlachtviehversicherung . . . . .   | 272   |

## Gesetz über eine öffentliche Schutzimpfung gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis) in Bayern

Vom 21. Dezember 1961

Der Landtag des Freistaates Bayern hat das folgende Gesetz beschlossen, das nach Anhörung des Senats hiermit bekanntgemacht wird:

### Art. 1

(1) In Bayern werden öffentliche Schutzimpfungen mit Lebendvaccine gegen die Kinderlähmung (Poliomyelitis) durchgeführt.

(2) Die öffentliche Schutzimpfung ist freiwillig und kostenlos.

### Art. 2

Das Staatsministerium des Innern wird ermächtigt, zur Durchführung der Schutzimpfung durch Rechtsverordnung den Umfang und die Zeit der Impfung, die Art des Impfstoffes und die für die Impfung zuständigen Stellen zu bestimmen.

### Art. 3

Durch dieses Gesetz wird das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes für die Bundesrepublik Deutschland) eingeschränkt.

### Art. 4

Dieses Gesetz ist dringlich. Es tritt am 1. Januar 1962 in Kraft.

München, den 21. Dezember 1961

Der Bayerische Ministerpräsident  
Dr. Hans Ehard

2120-1-I

## Gesetz über die Gesundheits- und Veterinärfachverwaltung in Bayern (Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst – GDG)

Vom 12. Juli 1986

Der Landtag des Freistaates Bayern hat das folgende Gesetz beschlossen, das nach Anhörung des Senats hiermit bekanntgemacht wird:

### Inhaltsübersicht

#### Abschnitt I

##### Allgemeine Vorschriften

- Art. 1 Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes  
 Art. 2 Allgemeine staatliche Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes  
 Art. 3 Besondere staatliche Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes  
 Art. 4 Kommunale Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes  
 Art. 5 Gutachten, Zeugnisse, Bescheinigungen  
 Art. 6 Geheimhaltungspflichten  
 Art. 7 Zusammenwirken

#### Abschnitt II

##### Gesundheitsämter

- Art. 8 Überwachung von Einrichtungen  
 Art. 9 Befugnisse  
 Art. 10 Berufsaufsicht; Anzeigepflichten  
 Art. 11 Gesundheitliche Aufklärung und Beratung  
 Art. 12 Gerichtsärztliche Aufgaben; vollzugsärztlicher Dienst

#### Abschnitt III

##### Veterinärämter

- Art. 13 Allgemeine Aufgaben  
 Art. 14 Überwachung; Berufsaufsicht; Anzeigepflichten

#### Abschnitt IV

##### Schlußvorschriften

- Art. 15 Benutzungsgebühren; Kostentragung in besonderen Fällen  
 Art. 16 Ordnungswidrigkeiten  
 Art. 17 Ermächtigungen  
 Art. 18 Änderungen von Rechtsvorschriften  
 Art. 19 Inkrafttreten; Aufhebung von Rechtsvorschriften

### Abschnitt I

#### Allgemeine Vorschriften

##### Art. 1

Aufgaben des öffentlichen Gesundheitsdienstes

(1) Der öffentliche Gesundheitsdienst

1. schützt und fördert die Gesundheit von Menschen und Tieren,
2. beobachtet und bewertet die gesundheitlichen Verhältnisse von Menschen und Tieren einschließlich der Auswirkungen von Umwelteinflüssen auf die Gesundheit,

3. wacht darüber, daß die Anforderungen der Hygiene eingehalten werden mit dem Ziel, gesundheitliche Beeinträchtigungen oder Schädigungen von Menschen und Tieren zu vermeiden oder zu beseitigen.

4. wirkt darauf hin, daß übertragbare Krankheiten bei Menschen und Tieren verhütet und bekämpft werden,

5. wirkt dabei mit, daß die Anforderungen des Verbraucherschutzes im Verkehr mit Lebensmitteln, Tabakerzeugnissen, kosmetischen Mitteln und sonstigen Bedarfsgegenständen beachtet werden und die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln, Betäubungsmitteln und Giften gewährleistet ist.

(2) Der öffentliche Gesundheitsdienst berät andere Behörden in allen humanmedizinischen, tiermedizinischen, pharmazeutischen oder chemischen Fachfragen, soweit nicht besondere Dienste der öffentlichen Verwaltung zuständig sind.

(3) Aufgaben nach anderen Rechtsvorschriften werden, soweit dort nichts Besonderes bestimmt ist, nach den Vorschriften dieses Gesetzes erfüllt.

(4) Die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes werden als Vollzugsbehörden nur tätig, wenn dies durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes besonders bestimmt ist.

#### Art. 2

##### Allgemeine staatliche Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes

(1) Allgemeine staatliche Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes sind:

1. die staatlichen Gesundheitsämter,
2. die staatlichen Veterinärämter,
3. die Regierungen,
4. die Staatsministerien des Innern und für Arbeit und Sozialordnung als oberste Landesgesundheitsbehörden je für ihren Geschäftsbereich und das Staatsministerium des Innern als oberste Landesveterinärbehörde.

(2) <sup>1</sup>Ist in Rechts- oder Verwaltungsvorschriften die Zuständigkeit von Amtsärzten oder von beamteten Ärzten begründet, so sind die Gesundheitsämter zuständig; ist in Rechts- oder Verwaltungsvorschriften die Zuständigkeit von beamteten Tierärzten oder von Tierärzten der Veterinärämter begründet, so sind die Veterinärämter zuständig. <sup>2</sup>Das gleiche gilt, wenn die Erstellung amtsärztlicher oder amtstierärztlicher Gutachten, Zeugnisse oder Bescheinigungen vorgeschrieben ist.

(3) Die Leiter der staatlichen Gesundheitsämter und ihre Vertreter müssen die Prüfung für den höheren öffentlichen Gesundheitsdienst, die Leiter

[...]

juris - Wissen was zählt.

recherchiert von: **in der Datenbank Bayern-Recht** am 24.04.2008

**Amtliche Abkürzung:** GDVG

**Ausfertigungsdatum:** 24.07.2003

**Gültig ab:** 01.08.2003

**Dokumenttyp:** Gesetz

**Quelle:**



**Fundstelle:** GVBI 2003, 452

**Gliederungs-  
Nr:** 2120-1-UG

**Gesetz über den öffentlichen Gesundheits- und  
Veterinärdienst,  
die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die  
Lebensmittelüberwachung  
(Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetz - GDVG)  
Vom 24. Juli 2003**

*Gesamtausgabe in der Gültigkeit zum 24.04.2008*

Der Landtag des Freistaates Bayern hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit bekannt gemacht wird:

Inhaltsübersicht

Erster Teil

**Allgemeine Vorschriften**

Art. 1 Ziele und Anwendungsbereich

Art. 2 Aufgabenträger

Art. 3 Allgemeine staatliche Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz

Art. 4 Kommunale Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz

Art. 5 Besondere staatliche Behörden für Gesundheit, Veterinärwesen, Ernährung und Verbraucherschutz

Art. 6 Zusammenwirken

Art. 7 Aufgabenübertragung und Beleihung, Qualitätssicherung

Zweiter Teil

**Aufgaben und Befugnisse**

I. Abschnitt

Allgemeine Aufgaben

Art. 8 Allgemeine Aufklärung und Information

Art. 9 Gesundheitsförderung und Prävention

Art. 10 Risikoanalyse, Risikokommunikation, Gesundheitsberichterstattung

Art. 11 Gutachten, Zeugnisse, Bescheinigungen

Art. 12 Maßnahmen im Rahmen der Berufsaufsicht, Anzeigepflichten

II. Abschnitt

Gesundheitsaufgaben

[...]

## **Chronologie der Meilensteine „200 Jahre Öffentlicher Gesundheitsdienst in Bayern“**

- 1801 Errichtung einer ersten Impfanstalt, später umbenannt in „Zentrale Impfanstalt im Königreich Bayern“. Diese lag am Auer Mühlbach am Neudeck in München. Sie diente der flächendeckenden Bereitstellung des Pockenimpfstoffes für alle Impfärzte in Bayern.
- 1803 Durch die „Generalinstruction für die Landgerichts-Aerzte“ erhält jedes Landgericht einen beamteten Landgerichtsarzt. Seine Aufgaben reichen von der Erstellung medizinischer Topographien über die Beschreibung der Epidemien bis zur Kontrolle der Heilanstalten und der Heilberufe.
- 1807 Einführung der gesetzlich geregelten Pockenschutzimpfung – mit Bayern wurde damit erstmals in einem großen Flächenstaat die Impfpflicht eingeführt.
- 1808 Organisches Edikt über das Medizinalwesen – Bayern schafft die organisatorischen Grundlagen für eine moderne Staatsverwaltung auch im Gesundheitswesen.
- 1858 Flächendeckende „Physikatsberichte“ bilden die Grundlage des Generalberichts über die Sanitäts-Verwaltung im Königreiche Bayern, der 1868 erscheint. Der Generalbericht wird auf der Grundlage medizinalstatistischer Materialien der Amtsärzte weitergeführt, zuletzt unter dem Titel „Bericht über das bayerische Gesundheitswesen“. Sie gehört zu den Wurzeln der modernen Gesundheitsberichterstattung, wie sie in Bayern seit 2003 im Gefolge des Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes aufgebaut wurde.
- 1862 Trennung von Verwaltung und Justiz und damit der formalen Zuständigkeit von Bezirks- und Landgerichtsärzten.
- 1865 Max von Pettenkofer wird in München erster deutscher Professor für das neue Fach Hygiene. 1879 wird das Münchner Hygieneinstitut fertig gestellt, ein Anziehungspunkt für Wissenschaftler aus der ganzen Welt und Vorbild für verschiedene ähnliche Institutionen weltweit, u. a. die renommierte US-amerikanische Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Weiterentwicklung der Hygiene unter den Nachfolgern Pettenkofers auch in Richtung einer neuzeitlichen Sozialhygiene.
- 1869 Gesetzliche Regelung der öffentlichen Armen- und Krankenpflege als Aufgabe der Gemeinden. Die beamteten Ärzte waren bereits seit 1803

zur unentgeltlichen Behandlung von Armen verpflichtet.  
Diese Verpflichtung galt bis 1912.

- 1874 Die Pockenschutzimpfung wird mit einem Impfgesetz für das Deutsche Reich landesweit geregelt. In der ein Jahr darauf folgenden Vollzugsverordnung werden die Amtsärzte als Impfärzte bestimmt.
- 1875 In den Gemeinden werden zur Verbesserung der sanitären Verhältnisse „Gesundheitskommissionen“ eingerichtet – vom Verfahren her frühe Vorläufer der heutigen kommunalen Gesundheitskonferenzen und psychosozialen Arbeitsgemeinschaften.
- 1933 Der Öffentliche Gesundheitsdienst wird für die rassenhygienischen Ziele des Nationalsozialismus instrumentalisiert und z. B. in die Umsetzung des „Gesetzes zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses“ eingebunden.
- 1933 In Bayern wird im Staatsministerium des Innern eine eigene Abteilung für das Gesundheitswesen errichtet, der ein Staatskommissar vorsteht. Zur Ausbildung der Amtsärzte im Geiste der nationalsozialistischen Ideologie wird auch in Bayern eine „Staatsmedizinische Akademie“ errichtet. Kurse der Akademie sind bis 1939 nachweisbar.
- 1934 Reichsweit werden staatliche Gesundheitsämter unter der Leitung eines Amtsarztes mit einer einheitlichen Aufgabenstellung, u. a. zur Durchsetzung der Rassenhygiene, eingerichtet.
- 1945 In der vom Joch der braunen Diktatur befreiten neuen Bundesrepublik stehen staatliche Institutionen einem besonderen Rechtfertigungsanspruch gegenüber. So leidet auch die Akzeptanz des ÖGD, zumal eine Aufarbeitung des dunklen Kapitels lange Zeit nicht erfolgt.
- 1953 Gesetz über Röntgenreihenuntersuchungen: Schirmbildbusse werden in jedem Regierungsbezirk eingesetzt. Die stetig abnehmenden Erkrankungszahlen an Tuberkulose führen dazu, dass die Pflichtuntersuchungen zu einem freiwilligen Untersuchungsangebot umgestaltet werden können. Die Schirmbildstellen in den Regierungsbezirken können schließlich aufgelöst werden, die letzte in der Oberpfalz im Jahr 1986.
- 1953 Per Gesetz wird ein Landesgesundheitsrat als überparteiliches gesundheitspolitisches Beratungsgremium für Landtag und Staatsregierung eingerichtet. Der Landesgesundheitsrat besteht bis heute.
- 1962 Bayern führt mit dem Gesetz über eine öffentliche Schutzimpfung gegen Kinderlähmung (Polio) die erste flächendeckende Schluckimpfung gegen Kinderlähmung in Deutschland ein.

- 1965** Der letzte Pockenausbruch in Bayern findet in Regensburg statt. Im Jahr 1980 wird von der Weltgesundheitsorganisation die weltweite Eradikation der Pocken verkündet.
- 1968** Errichtung einer Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen. Sie dient zur Aus-, Weiter- und Fortbildung des Personals des Öffentlichen Gesundheitsdienstes über die bayerischen Grenzen hinaus für den gesamten süddeutschen Raum. Die Akademie ist heute Teil des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.
- 1974** Gründung der Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V. (LZG) – ein Zusammenschluss von mehr als 50 Einrichtungen und Verbänden in Bayern auf den Gebieten Gesundheitsförderung und Prävention.
- 1976** Einrichtung der staatlichen Landesuntersuchungsämter für Nordbayern und Südbayern.
- 1983** Die Weiterbildungsordnung für einen Facharzt für das Öffentliche Gesundheitswesen wird eingeführt. Demnach gehört es zu den wesentlichen Aufgaben des Arztes für Öffentliches Gesundheitswesen, die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung zu beobachten, Träger öffentlicher Aufgaben zu beraten, Planungen im gesundheitlichen Interesse der Bevölkerung vorzunehmen und präventive bzw. rehabilitative Maßnahmen insbesondere zur Unterstützung besonders bedürftiger Gruppen einzuleiten. Ärztliche Gutachten werden „im Einzelfall“ erstellt.
- 1986** Das Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG) löst in Bayern die bis dahin (bundesweit) fort geltende Dritte Durchführungsverordnung zum Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1935 ab und wird zum Vorbild für weitere moderne ÖGD-Landesgesetze in Deutschland.
- 1993** Beginn der Kooperation zwischen der Akademie für das Öffentliche Gesundheitswesen im StMI und dem postgradualen Studiengang Öffentliche Gesundheit und Epidemiologie an der LMU München.
- 1993** Die Abteilung Gesundheitswesen des StMI wird in das StMAS umressortiert.
- 1994** Errichtung der Bayerischen Akademie für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin. Sie dient zur Aus- und Fortbildung wiederum über die bayerischen Grenzen hinaus. Die Akademie ist heute ebenfalls Teil des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

- 1996 Im Zuge einer mehrstufigen Verwaltungsreform Eingliederung der staatlichen Gesundheitsämter in die Landratsämter.
- 2001 Das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit, Ernährung und Verbraucherschutz (StMGEV) wird gegründet. Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit wird als zentrales Kompetenzzentrum für den Öffentlichen Gesundheitsdienst sowie für die Veterinärverwaltung und den Verbraucherschutz errichtet. Die fachliche Ausstrahlung reicht über die bayerischen Grenzen hinaus.
- 2003 Mit dem Gesetz über den Öffentlichen Gesundheitsdienst- und Veterinärdienst, die Ernährung und den Verbraucherschutz sowie die Lebensmittelüberwachung (GDVG) wird die Rechtsgrundlage für den Öffentlichen Gesundheitsdienst in Bayern nochmals grundlegend reformiert. Aufgaben der Risikoanalyse und -kommunikation, der Gesundheitsberichterstattung und der Prävention werden gestärkt, ebenso die Lebensmittelüberwachung.
- 2004 Das StMGEV wird mit dem damaligen Umweltministerium zum Bayerischen Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (StMUGV) fusioniert.
- 2004 Einrichtung einer Task Force Infektiologie am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, auch in Beantwortung der internationalen Sicherheitslage, insbesondere Bioterrorismus.
- 2005 Einrichtung eines BSL3-Labors am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit zur raschen diagnostischen Abklärung hochinfektöser Erreger auf hoher Sicherheitsstufe.
- 2006 Einrichtung einer Landesarbeitsgemeinschaft Impfen (LAGI) am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit mit Beteiligung aller Ebenen des ÖGD und wichtiger gesellschaftlicher Partner. Erarbeitung eines Bayerischen Impfkongzeptes (2006), eines Influenzapandemie-Rahmenplanes (2007) und eines Masernaktionsplanes (2008)
- 2006 Internationales Symposium „Der Öffentliche Gesundheitsdienst im internationalen Vergleich“ der deutschsprachigen Länder Österreich, Schweiz sowie Baden-Württemberg und Bayern, in Lindau.
- 2007 Das Sonderheft „Das Gesundheitsamt im Nationalsozialismus – der Wahn vom ‚gesunden Volkskörper‘ und seine tödlichen Folgen“ erscheint mit finanzieller Unterstützung durch das Bayerische Staatsministerium für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz in „Das Gesundheitswesen“.

- 2007 Erfolg des Bayerischen Modell des Neugeborenen-Stoffwechsel-screenings mit 1 Million gescreenter Kinder. Dieses Modell der Public-Private-Partnerschaft mit Tracking auf Vollständigkeit findet internationale Beachtung.
- 2007 Einrichtung eines nationalen Referenzzentrums für Borrelien sowie zweier nationaler Konsiliarlabore am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.
- 2007 Kooperationsvereinbarung zwischen dem Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und der Ludwig-Maximilians-Universität München mit dem Ziel einer nachhaltigen Verbindung von Theorie und Praxis im Bereich Öffentliche Gesundheit/Public Health.
- 2007 Gemeinsamer bundesweiter Kongress „Medizin und Gesellschaft“ in Augsburg mehrerer wissenschaftlicher Verbände (GMDS, DGSM, DGEpi, ÖGD Bayern, MDK Bayern, DGMS, DGPH, LZG Bayern) mit tragender Beteiligung des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit und mit Unterstützung durch das StMUGV.
- 2004/8 Aufgabenkatalog für den ÖGD mit Arbeitsmaterialien unter Beteiligung aller Ebenen des ÖGD, welche erstmals in einem elektronischen Handbuch für den ÖGD in Bayern zusammengeführt werden.
- 2008 Einrichtung einer Landesarbeitsgemeinschaft hochkontagiöse Erkrankungen (LAHOK) am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit mit Beteiligung wichtiger gesellschaftlicher Partner.
- 2008/9 Einrichtung eines eigenen Studienganges Public Health/ Health Administration and Management mit dem Schwerpunkt Verwalten und Führen im Gesundheitswesen unter Integration des Amtsarzturses an der Ludwig-Maximilians-Universität München mit dem mittelfristigen Ziel der Gründung einer „Pettenkofer School of Public Health“. Diese Strukturen sind deutschlandweit einzigartig.
- 17.7.2008 Festveranstaltung „200 Jahre Bayerische Medizinalverfassung – 200 Jahre Öffentlicher Gesundheitsdienst in Bayern“ in der Residenz in München

## Impressum

|                       |  |
|-----------------------|--|
| Herausgeber           | Bayerisches Staatsministerium für<br>Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz (StMUGV)<br>Rosenkavalierplatz 2, 81925 München<br>und<br>Landeszentrale für Gesundheit in Bayern e.V.<br>Pfarrstraße 3, 80538 München |
| Internet              | <a href="http://www.stmugv.bayern.de">www.stmugv.bayern.de</a><br><a href="http://www.lzg-bayern.de">www.lzg-bayern.de</a>   |
| E-Mail                | <a href="mailto:poststelle@stmugv.bayern.de">poststelle@stmugv.bayern.de</a>   |
| Redaktion             | Manfred Wildner, Wolfgang G. Locher, Joseph Kuhn,<br>Andreas Zapf, Günther F. Kerscher   |
| Gestaltung<br>+ Druck | StMUGV   |
| Titelfoto             | Dr. Maria-Sabine Ludwig  |
| Stand                 | Juli 2008  |

© StMUGV, alle Rechte vorbehalten

Gedruckt auf Papier aus 100 % Altpapier

ISBN 978-3-933725-26-4

Diese Druckschrift wird kostenlos im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit der Bayerischen Staatsregierung herausgegeben. Sie darf weder von den Parteien noch von Wahlwerbenden oder Wahlhelfern im Zeitraum von fünf Monaten vor einer Wahl zum Zweck der Wahlwerbung verwendet werden. Dies gilt für Landtags-, Bundestags-, Kommunal- und Europawahlen. Missbräuchlich ist während dieser Zeit insbesondere die Verteilung auf Wahlveranstaltungen, an Informationsständen der Parteien sowie das Einlegen, Aufdrucken und Aufkleben parteipolitischer Informationen oder Werbemittel. Untersagt ist gleichfalls die Weitergabe an Dritte zum Zweck der Wahlwerbung.

Auch ohne zeitlichen Bezug zu einer bevorstehenden Wahl darf die Druckschrift nicht in einer Weise verwendet werden, die als Parteinahme der Staatsregierung zugunsten einzelner politischer Gruppen verstanden werden könnte. Den Parteien ist es gestattet, die Druckschrift zur Unterrichtung ihrer eigenen Mitglieder zu verwenden. Bei publizistischer Verwertung - auch von Teilen - Angabe der Quelle und Übersendung eines Belegexemplars erbeten.

Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Alle Rechte sind vorbehalten. Die Broschüre wird kostenlos abgegeben, jede entgeltliche Weitergabe ist untersagt.

Diese Broschüre wurde mit großer Sorgfalt zusammengestellt. Eine Gewähr für die Richtigkeit und Vollständigkeit kann dennoch nicht übernommen werden. Für die Inhalte fremder Internetangebote sind wir nicht verantwortlich.

Wollen Sie mehr über die Arbeit der Bayerischen Staatsregierung wissen?



BAYERN DIREKT ist Ihr direkter Draht zur Bayerischen Staatsregierung. Unter Tel. 01801-20 10 10 (3,9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz; abweichende Preise aus Mobilfunknetzen) oder per E-Mail unter [direkt@bayern.de](mailto:direkt@bayern.de) erhalten Sie Informationsmaterial und Broschüren, Auskunft zu aktuellen Themen und Internetquellen sowie Hinweise zu Behörden, zuständigen Stellen und Ansprechpartnern bei der Bayerischen Staatsregierung.