

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 8

München, August 1963

18. Jahrgang

Hydrocortison Salben »EHRL«

zur
rationellen
lokalen
Corticoid-
Therapie

nicht fettende
antibakterielle Hydro-
cortison-Salben

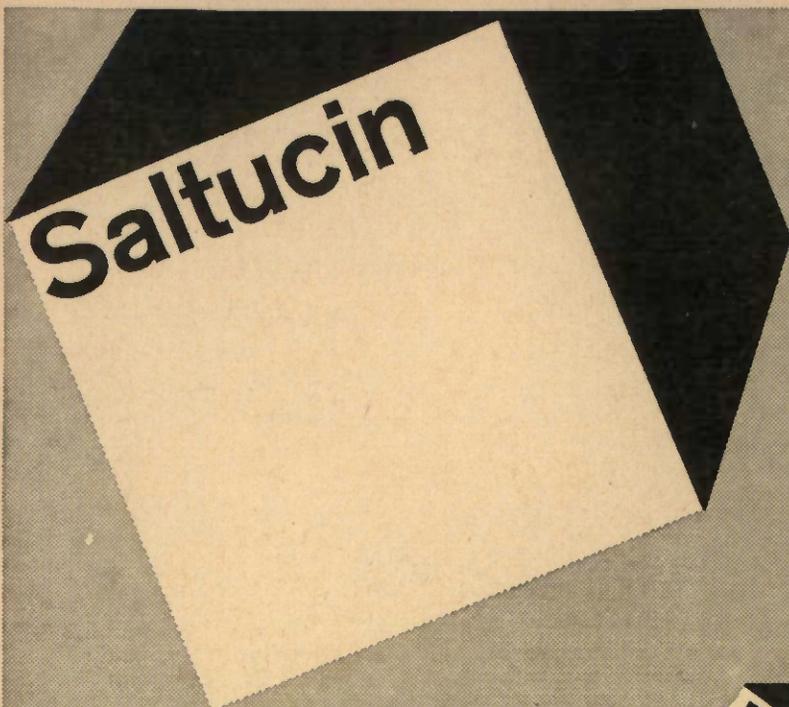
1 ‰: Tuben zu 5 g u. 20 g
1/4 ‰: Tuben zu 5 g u. 20 g

Hydrocortison 1‰
EHRL Salbe 1/4 ‰

fette, antibakterielle
Hydrocortison-Salbe
speziell
für trockene Haut

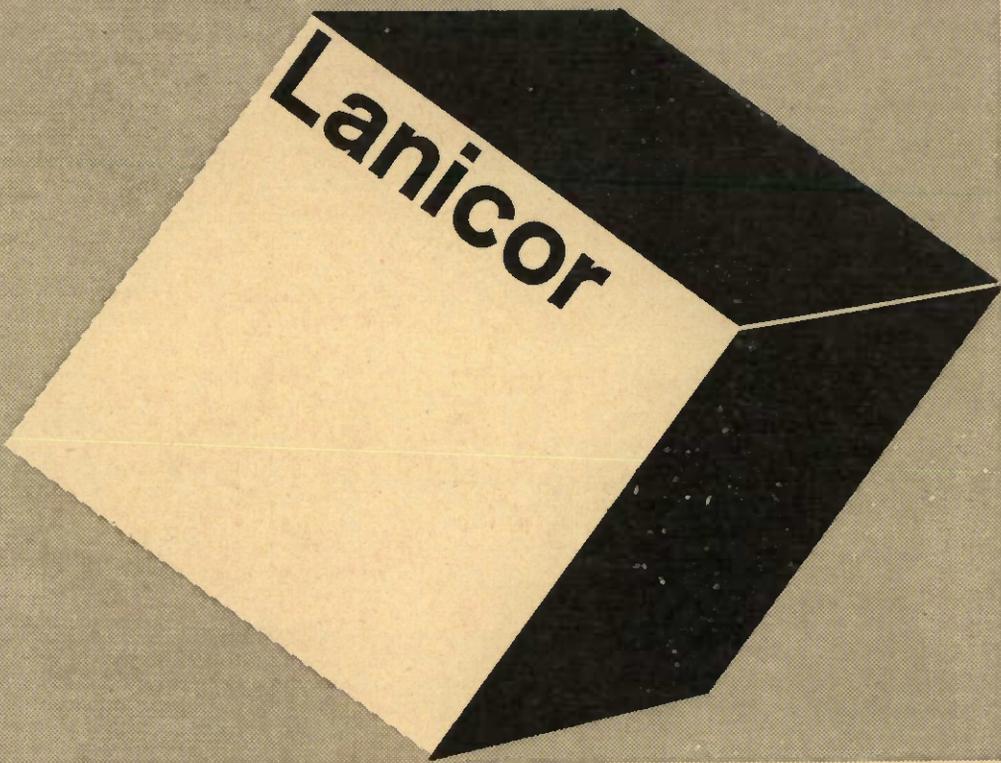
1/2 ‰: Tuben zu 10 g u. 50 g

Corti-EHRL-fett
EHRL Salbe



Saltucin

was zuerst?



Lanicor

**auf
die Reihenfolge
kommt es an**

1. Lanicor

denn Digitalis ist das beste „Diuretikum“ bei cardialer Dekompensation. Besonders gut geeignet ist Lanicor mit seiner niedrigen mittleren Erhaltungsdosis von $3 \times \frac{1}{2}$ Tablette bzw. 3×8 Tropfen täglich.

2. Saltucin

denn die zusätzliche Gabe eines Saluretikums ist nur in Fällen nicht ausreichender Digitalis-Diurese erforderlich.

Besonders geeignet ist Saltucin mit seiner schonenden Entwässerung; intermittierende Therapie mit je 2-3 Tabletten an 2 Tagen der Woche.

Altersherz
nervöses Herz
für das erschöpfte Herz
zur Intervalltherapie



Bevor der Riß tiefer geht

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

CARD-OMPIN[®]

das synergistische Cardiacum
mit potenziierter Wirkung

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

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

Handelsformen:

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

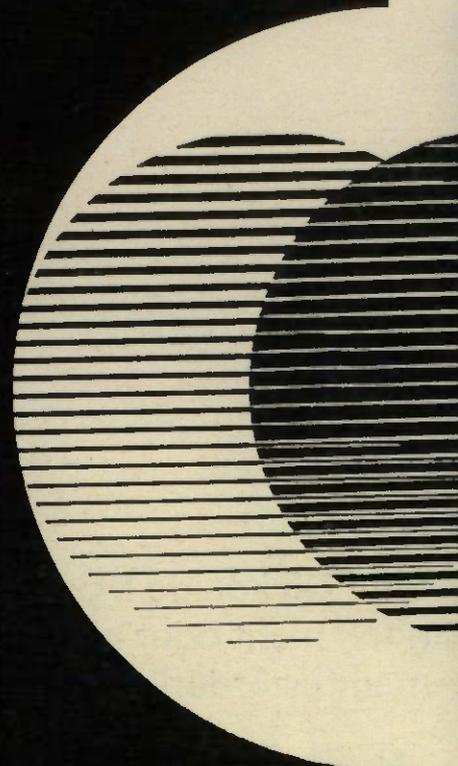
Pckg. mit 50 Drag. DM 2.- o. U.



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

**Intensive Spasmolyse und
nachhaltige Analgesie durch**

AVAFORTAN®



**bei Gallenkoliken, Nierenkoliken,
Pankreatitis, Tenesmen;
Angina pectoris, Herzinfarkt,
sowie in der Geburtshilfe**

2 Ampullen	DM 3,35 o. U. It. AT.
5 Ampullen	DM 6,00 o. U. It. AT.
6 Suppositorien	DM 2,80 o. U. It. AT.
20 Dragees	DM 3,80 o. U. It. AT.

Ärzttemuster auf Anforderung



ASTA-WERKE AG · CHEMISCHE FABRIK



AVAFORTAN

Spasmoanalgetikum

4812 BRACKWEDE (WESTF.)

Inhaltsverzeichnis

Schmitt: Der Arzt und das neue Sozialhilferecht	565
Merté: Sozialhilfe für Sehbehinderte	589
Herrligkoffer: Vitamin C am Nanga Parbat	591
AUS DEM STANDESLEBEN	593
Bericht über die 30. Tagung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung in Regensburg — Anregungen der Bundesärztekammer zum Heilmittel-Werbegesetz	
PERSONALIA UND FAKULTÄT	614
J. F. Volrad Deneke in den Bundestag nachgerückt — München: Habilitationen Sommersemester 1963 (Nachtrag)	
AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN	615
Koerting: Bayerns historische Verdienste um die Pockenbekämpfung (V)	
AUS DER LANDESPOLITIK	622
Maßnahmen zur Sicherung des Hebammennachwuchses — Ziviler Bevölkerungsschutz in Bayern — Reinhaltung der Gewässer — 55 000 bildungsschwache Kinder — Förderungsmaßnahme „Junge Familie“	
FEUILLETON	625
Bücherl: Gesundheitliche Probleme in Brasilien	
GESETZES- UND RECHTSFRAGEN	627
Medér: Nochmals: Dürfen Ärzte, die Ruhegeld beziehen, die RVO-Praxis weiterführen? — Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtshofs.	
STEUERFRAGEN	633
Baehring: Sparen und Anlegen: Renten im Wertpapierdepot — Steuerbescheide sind dem Bevollmächtigten zuzustellen — Schuldhaft verspätete Abgabe einer Steuererklärung durch den Bevollmächtigten — Einkünfte aus Gutachten freiberuflich tätiger Fachärzte — Der Rat des Steuerbevollmächtigten war falsch	
MITTEILUNGEN	636
Neueinstellung von Arzthelferin-Anlernlingen — Südd. Ges. f. Tuberkulose u. Lungenkrcht. — Krankenkassen gg. Umsatzsteuer a/Sozialversl.-Leistungen — Reform d. gesetzl. Krankenversicherung — Mißbrauch ärztlichen Vertrauens	
Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Juni 1963	638
RUNDSCHAU	639
Industrielle Ballungsgebiete weisen höhere Krankenziffern auf — Privatpraxis in Polen — Ein Ausgleich, der keiner mehr ist	
BUCHBESPRECHUNGEN	640
Praktische Fragen an die Kardiologie — Zur Lebenssituation der Körperbehinderten — Wo sitzt denn das Wehrwehchen?	
KONGRESSE UND FORTBILDUNG	641
Klinische Fortbildung in Bayern 1963 — Berufsverband Gynäkologie — Fortbildungskurs für praktische Medizin in Langeoog — Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin — 11. Fortbildungskurs für praktische Medizin am Tegernsee — Ausbildungslehrgang für Desinfektoren	
Kongresskalender	643

Für die gesunde Familie...



Das Vertrauen vieler gesunder und glücklicher Familien in Kalzan ist eine Empfehlung wert – **Ihre Empfehlung!**

Kalzan bei allen Erscheinungen von Kalkmangel. Kalzan sorgt für Gesundheit und geistige Frische.



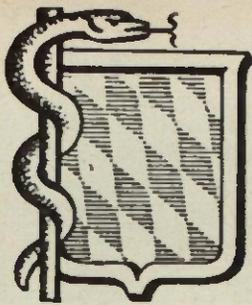
Kalzan mit dem neuen Schokoladengeschmack!

50 + 100 Tabl. Kalzan
50 + 100 gr. Kalzan-Pulver

50 + 100 Tabl. Kalzan-D
50 + 100 gr. Kalzan-D-Pulver

50 + 100 Tabl. Kalzan-Vit.

J O H A N N A . W Ü L F I N G · D Ü S S E L D O R F



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 8

München, August 1963

18. Jahrgang

Der Arzt und das neue Sozialhilferecht

Von Dr. jur. Karl Schmitt, Regierungsdirektor im Bayer. Staatsministerium des Innern, München

I.

Einleitung

Wie im Sozialversicherungs- und Versorgungsrecht wirkt der Arzt kraft seiner besonderen Vorbildung und seines Berufes auch im Fürsorgerecht in bedeutendem Umfang mit. Das Bundessozialhilfegesetz (BSHG) vom 30. Juni 1961 (Bundesgesetzblatt I S. 815), das am 1. Juni 1962 in Kraft getreten ist, faßt nicht nur das bisher so zersplitterte Fürsorgerecht, und zwar sowohl das materielle als auch das Verfahrensrecht, in einem Gesetzeswerk zusammen, sondern bringt in vielen Punkten Neuerungen gegenüber dem bisherigen Recht der öffentlichen Fürsorge. Auch die Beteiligung des Arztes, des Gesundheitsamts und des Landesarztes wurde umfassender als bisher. Jeder Arzt sollte nicht nur die Vorschriften über die Aufgaben des Gesundheitsamts und des Landesarztes und die für ihn selbst einschlägigen Bestimmungen, die in der Abhandlung verständlicher Weise eingehender behandelt werden sollen, kennen; vielmehr sollte jeder Arzt auch mit den Grundzügen des neuen Sozialhilferechts vertraut sein, das weite Teile der Bevölkerung erfaßt und dem sozialen Fortschritt weitgehend Rechnung trägt.

Es erscheint zweckmäßig, auch auf Verordnungen des Bundes zum BSHG, auf Vorschriften des bayerischen Gesetzes zur Ausführung des Bundessozialhilfegesetzes (AGBSHG) vom 26. Oktober 1962 (Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt S. 272) und auf sonstige Ausführungsbestimmungen einzugehen, soweit sie von besonderem Interesse sein können.

II.

Geschichtlicher Rückblick

Um die Bedeutung des neuen Sozialhilferechts erfassen zu können, sollen kurz die Anfänge der Fürsorgetätigkeit betrachtet werden: Ansätze fürsorgerischen Handelns finden sich in Deutschland im 15. und 16. Jahrhundert. Zunächst waren es die Kirchen und Klöster, die freiwillig arme und hilflose Menschen unterstützten; auch die Gilden, Handwerkerzünfte und Bruderschaften betreuten ihre verarmten Mitglieder. Daneben waren die Gemeinden, aber auch Landes- und Grundherren fürsorgepflichtig. Nach den Armenordnungen der reichsfreien Städte kamen allerdings nur Einheimische in den Genuß der Armenpflege, während Ortsfremde ausgewiesen werden mußten. Diese Armenordnungen stellten den Beginn obrigkeitlicher Wohlfahrtspflege dar.

Die öffentliche Armenpflege bzw. öffentliche Fürsorge hat im Laufe der Zeit an Bedeutung immer mehr zuge-

nommen. Die Industrialisierung bedingte eine Umformung des gesamten angestammten Lebens- und Berufsbildes und erforderte einen Übergang von der wesentlich caritativ und philanthropisch ausgerichteten Armenpflege zur Fürsorge, die von sozialer Einsicht für die notleidenden Menschen erfüllt ist. Ehedem wurde die Armenpflege nur aus polizeilichen Gründen (zur Erhaltung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung), nicht aber um des Bedürftigen selbst willen gewährt; er war daher nicht Subjekt und Träger von Rechten, sondern Objekt des behördlichen Handelns und Gegenstand der Pflicht, die der Armenbehörde dem Staat gegenüber oblag (vgl. Urteil des Bundesamts für das Heimatwesen vom 22. 6. 1901, Bd. 33 S. 39). Der erwähnte Grundsatz wurde, obwohl dann die Rechtsprechung schon längst die Wohlfahrtspflege von den polizeilichen Aufgaben geschieden hatte und obwohl sich die wirtschaftlichen und sozialen Verhältnisse und die sozialetischen Wertungen gewandelt hatten, noch nicht aufgegeben, selbst dann nicht, als der „Arme“ durch die Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht (RFV) vom 13. Februar 1924 (Reichsgesetzblatt I S. 100), ihre Änderungen und Ergänzungen eine verbesserte Rechtsstellung erhalten hatte. Mit der RFV wurde ein neuer Abschnitt der öffentlichen Fürsorge eingeleitet. An die Stelle des Unterstützungswohnsitzprinzips trat der Grundsatz des gewöhnlichen Aufenthalts. Das materielle Fürsorgerecht wurde noch im gleichen Jahre in den Reichsgrundsätzen über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge (RGr.) vom 4. Dezember 1924 (Reichsgesetzblatt I S. 765) kodifiziert. Aber auch die im Zeitpunkt ihres Erlasses als fortschrittlich anzusehenden Bestimmungen der RFV und der RGr., die im Laufe der Jahre mehrfach geändert wurden, entsprachen nicht mehr den heutigen sozialen Verhältnissen und dem Streben nach sozialer Sicherheit. Die Bundesrepublik als sozialer Rechtsstaat (s. Art. 20 des Grundgesetzes) hat die Aufgabe, sicherzustellen, daß in Not befindlichen Menschen vorübergehend oder dauernd geholfen wird. Unser Sozialstaat besitzt ein vielgliedriges System der sozialen Sicherung, das dem einzelnen helfen soll, die Daseinsrisiken zu tragen. Als Grundformen der genannten sozialen Leistungen kennen wir in der Bundesrepublik die Sozialversicherung, die Versorgung und die Fürsorge, jetzt Sozialhilfe genannt. Der Sozialversicherung gehören — von Ausnahmen abgesehen — Menschen in einem abhängigen Arbeitsverhältnis an; sie entrichten Beiträge und erhalten Leistungen erst bei Eintritt des sog. Versicherungsfalles. Die soziale Versicherung will damit den sog. gängigen Risiken, dem Verdienstaufschlag infolge Krankheit, Ar-

beitslosigkeit, Berufsunfähigkeit und Alter begegnen oder die Versorgung der Angehörigen nach dem Tode des Ernährers sicherstellen. Im Gegensatz zur Versicherung soll die Versorgung einen Ausgleich darstellen für Schäden und Opfer, die für die Allgemeinheit gebracht wurden. Hierbei darf z. B. an die Grund- und Ausgleichsrenten von Kriegsbeschädigten und Kriegshinterbliebenen nach dem Bundesversorgungsgesetz erinnert werden. Leistungen der Sozialversicherung und der Versorgung knüpfen an einen fest umrissenen Tatbestand an, ihre Leistungen bemessen sich im Prinzip nach von vornherein bestimmten, feststehenden Sätzen ohne Rücksicht auf die finanzielle Lage des Leistungsempfängers.

Die dritte Gruppe im System der sozialen Sicherung ist die bisherige Fürsorge, jetzt Sozialhilfe, die von drei Grundsätzen beherrscht wird, dem des Nachrangs, dem der Individualisierung und dem des Rechtsanspruchs. Diese Grundsätze werden unter Abschnitt III näher behandelt.

Bisher wurde als Fürsorge hauptsächlich die Unterstützung Hilfsbedürftiger für den laufenden notwendigen Lebensunterhalt angesehen. Infolge der Schaffung besonderer Sozialleistungsgesetze und in Anbetracht der Besserung der allgemeinen wirtschaftlichen Lage muß nunmehr die Fürsorge hauptsächlich auch individuellen Notständen abhelfen, die nicht allein den notwendigen Lebensunterhalt betreffen. Hierfür reichten die bisher geltenden fürsorgerechtlichen Vorschriften nicht mehr aus. Für die neue Gesetzgebung wirkte bahnbrechend der Erlaß des Gesetzes über die Fürsorge für Körperbehinderte und von einer Körperbehinderung bedrohte Personen (Körperbehindertengesetz — KBG) vom 27. Februar 1957 (Bundesgesetzblatt I S. 147) und das Gesetz über die Tuberkulosehilfe (THG) vom 23. Juli 1959 (Bundesgesetzblatt I S. 513).

III.

Allgemeines und Grundsätzliches

Die bisherige Ausdrucksweise „öffentliche Fürsorge“ wurde im BSHG durch den Begriff „Sozialhilfe“ ersetzt, weil in weiten Kreisen der Bevölkerung der erstgenannte Begriff noch mit der Vorstellung der Armenfürsorge früherer Zeiten verbunden ist. Die Leistungen, die in der Sozialhilfe gewährt werden, sind wie bisher als Hilfen bezeichnet. Von Sozialhilfe spricht man, wie aus der Begründung des Gesetzentwurfs hervorgeht, deshalb, weil die Hilfe durch die Allgemeinheit für den einzelnen gewährt wird. Die Bezeichnung „Hilfsbedürftiger“ wird deshalb nicht mehr verwendet, weil man bisher darunter meist nur Empfänger von laufender Unterstützung für den Lebensunterhalt verstand. Das BSHG bezeichnet denjenigen, dessen Bedarf zu prüfen ist, als Hilfesuchenden und den, der Leistungen nach diesem Gesetz erhält, als Hilfeempfänger.

Das BSHG hat vor allem die beiden wesentlichen Merkmale der *Subsidiarität* (§ 2) und der *Individualität* (§ 3) verwirklicht. Der Grundsatz der Subsidiarität oder des Nachrangs der öffentlichen Fürsorge, der auch schon im bisherigen Fürsorgerecht verankert war, besagt, daß Hilfe nur dann gewährt wird, wenn der Hilfesuchende nicht selbst in der Lage ist, sich zu helfen, oder wenn er die Hilfe nicht von anderen Personen oder Stellen erhält.

Der Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe gilt auch gegenüber dem allgemeinen Gesundheitsrecht, in welches das BSHG nicht eingreift. Wie bisher bleibt die

Regelung aller Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes, die allen Personen ohne Rücksicht auf bestehende Versicherungs- oder Versorgungsansprüche und ohne Rücksicht auf Einkommen und Vermögen zugute kommen sollen, auch weiterhin Aufgabe des Gesundheitsrechts.

Auch das Prinzip der individuellen Gestaltung der Hilfe bestand schon im bisherigen Fürsorgerecht. Die zu gewährende Hilfe soll nach den Besonderheiten des Einzelfalles, vor allem nach der Person des Hilfeempfängers, der Art seines Bedarfs und den örtlichen Verhältnissen, bemessen werden. Der genannte Grundsatz wird auch in zahlreichen Einzelvorschriften des BSHG zum Ausdruck gebracht.

Ein Anspruch auf Sozialhilfe ist nunmehr gesetzlich (§ 4) festgelegt, nachdem die Verwaltungsrechtsprechung einen Rechtsanspruch auf Fürsorge aus dem Grundgesetz hergeleitet hatte (vgl. Grundsatzurteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 24. 6. 1954 in „Fürsorgerechtliche Entscheidungen der Verwaltungsgerichte“ Bd. 1 S. 55). Als erstes Oberverwaltungsgericht der Länder hatte der Bayer. Verwaltungsgerichtshof bereits in einem Urteil vom 8. 3. 1949 (a. a. O. S. 1) ein Recht des Hilfsbedürftigen auf Gewährung öffentlicher Fürsorge bejaht.

Es handelt sich bei dem Anspruch auf Sozialhilfe allerdings nur um einen Anspruch dem Grunde nach (§ 4 Abs. 1), während über Form und Maß der Hilfe der Sozialhilfeträger nach pflichtmäßigem Ermessen entscheidet, soweit im Gesetz selbst das Ermessen nicht ausgeschlossen ist (§ 4 Abs. 2). Einen Rechtsanspruch auf Sozialhilfe (*Mußleistungen*) billigt das BSHG im allgemeinen nur für solche Hilfen zu, auf die auch bisher als Pflichtleistungen der Fürsorge ein Anspruch bestand. Die übrigen Hilfen sind entweder Soll- oder Kannleistungen. Die *Sollbestimmungen* verpflichten den Sozialhilfeträger unter Belassung eines eng begrenzten Ermessensspielraumes ebenfalls zur Leistung. Das muß aus einem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 2. 12. 1959 (in „Deutsches Verwaltungsblatt“ 1960 S. 252) gefolgert werden; in ihm ist festgestellt, daß Sollvorschriften für die Verwaltung ebenso verbindlich sind wie Istvorschriften, solange die Verwaltung nicht besondere Umstände dartun und beweisen kann, die ausnahmsweise ein Abweichen von der Regel zulassen. Damit nähert sich die Sollvorschrift der *Mußvorschrift*. Lediglich bei den *Kannleistungen* ist die Gewährung der Hilfe ausschließlich in das pflichtgemäße Ermessen des Trägers der Sozialhilfe gestellt. Leistungen dürfen allerdings nicht etwa grundsätzlich von vornherein oder aus unsachlichen Beweggründen abgelehnt werden; auch der Gleichheitsgrundsatz muß beachtet, d. h., gleiche Fälle müssen gleich behandelt werden. Da auf Soll- und Kannleistungen kein Rechtsanspruch besteht, kann ein Widerspruch bzw. eine Anfechtungsklage nur auf einen Ermessensfehler oder Ermessensmißbrauch gestützt werden.

Nach Behandlung der drei Grundsätze, von denen die frühere Fürsorge und jetzige Sozialhilfe beherrscht wird, soll von den Grundbestimmungen des BSHG zunächst die genannt werden, die in besonderer Weise das Wesen und das Niveau des neuen Leistungsrechts bestimmt: § 1; er bezeichnet es als Aufgabe der Sozialhilfe, dem Hilfeempfänger die Führung eines Lebens zu ermöglichen, das der *Würde des Menschen* entspricht. Diese Vorschrift stützt sich auf Bestimmungen des Grundgesetzes,

nach denen jeder das Recht auf Leben hat (Art. 2) und wonach die Würde des Menschen zu achten und zu schützen ist (Art. 1). Die erste Bestimmung des BSHG macht die wesentliche Weiterentwicklung des bisher geltenden Fürsorgerechts deutlich, das der Fürsorge die Aufgabe zuwies, dem Hilfsbedürftigen den notwendigen Lebensbedarf zu gewähren (§ 1 RGr.). Die Sozialhilfe soll den Empfänger der Hilfe soweit wie möglich befähigen, unabhängig von ihr zu leben; hierbei muß er nach seinen Kräften *mitwirken* (§ 1 Abs. 2 Satz 2). Dem Rechtsanspruch auf Sozialhilfe entsprechen weitere Verpflichtungen des Hilfeberechtigten, z. B. die Pflicht zur Beschaffung des Lebensunterhalts durch eigene Arbeitsleistung, bevor öffentliche Hilfe gewährt wird (§ 18) oder die Pflicht, bei der Feststellung seines Bedarfs mitzuwirken (§ 115 Abs. 1). Der Hilfeberechtigte kann sich also auf seinen Rechtsanspruch nur dann berufen, wenn er auch die ihm nach dem Gesetz obliegenden Pflichten erfüllt.

Die Bestimmung über die Berücksichtigung von Wünschen des Hilfesuchenden bei der individuellen Gestaltung der Hilfe (§ 3) unterstreicht den persönlichen Charakter der Sozialhilfe. Diese Regelung hat im Rahmen des bisherigen Rechts einen Vorläufer nur im THG (Wünsche des Kranken zur Einweisung in eine Heilstätte). Die Regelung des BSHG bezieht sich nunmehr umfassend auf die Gestaltung jeder Art der Sozialhilfe. Die Begründung des Regierungsentwurfs nennt als Beispiele hierfür Wünsche auf ein Verbleiben im gewohnten Lebenskreis, auf die Betreuung durch eine bestimmte Einrichtung der Familien- und Hauspflege oder bei der Unterbringung in einem Heim auf die Berücksichtigung der Trägerschaft. Auch die Wahl des Arztes durch den Hilfeberechtigten gehört dazu. In § 3 Abs. 3 ist festgelegt, daß der Hilfeempfänger auf seinen Wunsch in einer solchen Einrichtung untergebracht werden soll, in der er durch Geistliche seines Bekenntnisses betreut werden kann. Einem etwaigen Mißbrauch des Wahlrechts hat der Gesetzgeber dadurch vorgebeugt, daß die Wünsche nur erfüllt werden sollen, wenn sie angemessen sind und keine unvermeidbaren Mehrkosten erfordern (§ 3 Abs. 2).

Die Sozialhilfe setzt ein, sobald dem Träger der Sozialhilfe oder den von ihm beauftragten Stellen bekannt wird, daß die Voraussetzungen für die Gewährung vorliegen (§ 5). Eine Antragstellung ist — wie im bisherigen Fürsorgerecht — also nicht erforderlich. Der bayerische Landesgesetzgeber hat zusätzlich hierzu (in Art. 11 AGBSHG) bestimmt, daß eine kreisangehörige Gemeinde, in der ein Hilfesuchender sich tatsächlich aufhält, und örtliche Träger der Sozialhilfe verpflichtet sind, nicht nur etwaige Anträge auf Sozialhilfe dem zuständigen Träger unverzüglich zuzuleiten; vielmehr haben diese Stellen auch das Bekanntwerden der Notwendigkeit der Gewährung von Sozialhilfe unverzüglich dem zuständigen Träger mitzuteilen. So ist sichergestellt, daß auch solche Personen Hilfe erhalten, die sich scheuen, von sich aus einen Antrag zu stellen („verschämte Arme“).

Das BSHG mißt der vorbeugenden und der nachgehenden Hilfe (§ 6) besondere Bedeutung bei, was aus den Sollbestimmungen im allgemeinen Teil des Gesetzes hervorgeht. Kann eine Notlage durch vorbeugende Hilfe ganz oder wenigstens teilweise abgewendet werden, so soll der Eintritt der Notlage nicht abgewartet, sondern bereits zum frühen Zeitpunkt Hilfe gewährt werden. Je eher einer dem einzelnen drohenden Notlage abgeholfen wird, um so besser ist das sowohl für den Hilfeempfänger

als auch für die Allgemeinheit, welche die Mittel der Sozialhilfe aufzubringen hat. Auch nach Beseitigung der Notlage soll Sozialhilfe gewährt werden, wenn das geboten ist, um die Wirksamkeit der zuvor gewährten Hilfe zu sichern (nachgehende Hilfe, § 6 Abs. 2).

Eine Bestimmung über *familiengerechte Hilfe* (§ 7) gab es im bisherigen Fürsorgerecht nicht. Die neue Vorschrift legt fest, daß bei Gewährung der Sozialhilfe die besonderen Verhältnisse in der Familie des Hilfesuchenden berücksichtigt werden sollen. Die Sozialhilfe soll die Kräfte der Familie zur Selbsthilfe anregen und den Zusammenhalt der Familie festigen. Diese besondere Hervorhebung des Familiengedankens war erforderlich, weil das BSHG im Gegensatz zum früheren Recht auf den einzelnen und nicht auf die Familie abstellt. Es wird Aufgabe der in der Sozialhilfe tätigen Fachkräfte sein, dieser Vorschrift dadurch zu genügen, daß sie sich als Leitmotiv das Ziel setzen, die Kräfte der Familie zu einer natürlichen und ihr gemäßen Lebensweise anzuregen, den Familiensinn zu pflegen und zu festigen, damit die Familie den ihr zukommenden Aufgaben gerecht werden kann.

Nach dem BSHG kommt dem persönlichen Charakter der Hilfe besondere Bedeutung zu. Unter den Formen der Sozialhilfe ist (in § 8 Abs. 1) die *persönliche Hilfe* noch vor der Geld- oder Sachleistung als Form der Sozialhilfe aufgeführt. Daraus muß gefolgert werden, daß es in vielen Fällen mit der Gewährung von Geld- oder Sachleistungen nicht getan ist, sondern daß sich der Träger um den Menschen kümmern und für seine Betreuung sorgen muß. Als Fall der persönlichen Hilfe ist (in § 6 Abs. 2) ausdrücklich die Beratung in Fragen der Sozialhilfe sowie die Beratung in sonstigen sozialen Angelegenheiten (soweit letztere nicht von anderen Stellen oder Personen wahrzunehmen ist) aufgeführt.

Die soziale Fürsorge für Kriegsbeschädigte und Kriegshinterbliebene war ursprünglich in den §§ 19—32 RGr. geregelt. Im Rahmen der Neuordnung der Versorgung der Kriegsoffer wurden die genannten fürsorgerechtlichen Bestimmungen durch das Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Kriegsofferrechts (Erstes Neuordnungsgesetz) vom 27. Juni 1960 (Bundesgesetzblatt I S. 453) aufgehoben. Sie wurden in den Abschnitt „Kriegsofferfürsorge“ des Bundesversorgungsgesetzes (§§ 25—27 e) übernommen. Der bayerische Landesgesetzgeber wird sich in Kürze mit dem Entwurf eines Kriegsofferfürsorgegesetzes zu befassen haben.

IV.

Träger der Sozialhilfe

Die Sozialhilfe wird nach dem Willen des Gesetzgebers von örtlichen und überörtlichen Trägern gewährt (§ 9). Diese Regelung entspricht der bisherigen Gewährung durch Bezirks- und Landesfürsorgeverbände. Als *örtliche Träger* sind im BSHG (§ 96 Abs. 1) und im AGBSHG (Art. 1 Abs. 1) die kreisfreien Gemeinden (Städte) und Landkreise bestimmt, welche die Aufgaben der Sozialhilfe als solche des eigenen Wirkungsbereiches (Selbstverwaltungsangelegenheiten) durchführen. Die *überörtlichen Träger* waren in den Ausführungsgesetzen der Länder zu bestimmen (§ 96 Abs. 2 Satz 1 BSHG). In Bayern wurden — der bisherigen Regelung folgend — die Bezirke zu überörtlichen Trägern der Sozialhilfe bestimmt (Art. 5 Abs. 1 Satz 1 AGBSHG); sie führen die Sozialhilfe als Aufgabe des eigenen Wirkungsbereiches durch.

Nach dem bayerischen AGBSHG sind die kreisangehörigen Gemeinden verpflichtet, „auf Anfordern“ des Landkreises bei der Feststellung und Prüfung der für die Gewährung von Sozialhilfe erforderlichen Voraussetzungen, insbesondere der persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse von Hilfesuchenden und Hilfeempfängern, und bei der Auszahlung von Sozialhilfeleistungen mitzuwirken (Art. 9 Abs. 1 AGBSHG). Eine ähnliche Verpflichtung der örtlichen Träger besteht „auf Anfordern“ des überörtlichen Trägers (Art. 10 Abs. 1 AGBSHG). Ferner ist vorgesehen, daß die Landkreise kreisangehörige Gemeinden mit mehr als 2 500 Einwohnern (auf Antrag der Gemeinden) zur Durchführung von Aufgaben der örtlichen Träger (einschließlich der Entscheidungsbezugnis) heranziehen, für die Durchführung der Aufgaben Richtlinien erlassen und den kreisangehörigen Gemeinden in gewissen Fällen Einzelweisungen erteilen können (Art. 9 Abs. 2 AGBSHG). In ähnlicher Weise ist die Heranziehung örtlicher Träger durch die überörtlichen Träger zur Durchführung bestimmter Aufgaben, die ortsnahe erledigt werden müssen, vorgesehen. Zu dieser Heranziehung, die aus verfassungsrechtlichen Gründen in Form einer Verordnung erfolgen muß, ist die Zustimmung des Staatsministeriums des Innern erforderlich.

In Bayern wurden die Aufgaben des Bezirksfürsorgeverbands von einem „Fürsorgeausschuß“ wahrgenommen, dem als Gutachter und Sachverständiger der Leiter des Gesundheitsamts oder der von ihm bestellte Vertreter angehörte. Auch beim Landesfürsorgeverband bestand ein „Fürsorgeausschuß“, der allerdings anders zusammengesetzt war, als der beim Bezirksfürsorgeverband. An die Stelle der genannten Ausschüsse traten nun die „Sozialhilfeausschüsse“ beim örtlichen und überörtlichen Träger (Art. 2—4 und Art. 6 AGBSHG). Sie nehmen die grundsätzlichen, allgemeinen Angelegenheiten der Sozialhilfe wahr, während die übrigen Geschäfte im Büroweg erledigt werden. Der Sozialhilfeausschuß beim örtlichen Träger beschließt z. B. über die Festsetzung der Regelsätze (bisher „Richtsätze“), über allgemeine Richtlinien, allgemeine Beihilfen (z. B. Weihnachts- oder Winterbeihilfen) usw. Die Entscheidung über die Gewährung von Sozialhilfe im Einzelfall wird aber im Büroweg getroffen. Die Zusammensetzung der genannten Ausschüsse und die Berufung ihrer Mitglieder bleiben im wesentlichen unverändert. Jedoch wurde die Regelung für den Sozialhilfeausschuß beim örtlichen Träger, dem als Sachverständiger der Leiter des Gesundheitsamts oder der von ihm bestellte Vertreter angehört, auch für den überörtlichen Träger übernommen. Dem Sozialhilfeausschuß beim überörtlichen Träger gehört als Sachverständiger ein von der Regierung bestimmter Arzt des öffentlichen Gesundheitsdienstes an (Art. 6 Abs. 2 Satz 2 AGBSHG).

Eine wichtige Neuerung gegenüber dem bisherigen Rechtszustand in Bayern ist es, daß es *künftig* keine „Spruchausschüsse“ mehr gibt, die vor Erlass eines Bescheides über einen Widerspruch gegen die Ablehnung der Sozialhilfe oder gegen die Festsetzung ihrer Art und Höhe mitwirken. Die Einschaltung dieser Ausschüsse hatte in der Praxis zu Schwierigkeiten geführt. Ihre Mitwirkung verzögerte die Sachbehandlung zuungunsten der Hilfeberechtigten oft wesentlich, da die Ausschüsse nicht ununterbrochen tagen konnten; im übrigen wäre es nicht zu vertreten, die Ausschüsse in der bisherigen Zusammensetzung etwa schon wegen der Behandlung nur weniger Fälle einzuberufen. Der zwingen-

den bundesrechtlichen Vorschrift des § 114 Abs. 2 BSHG wird in Bayern dadurch Rechnung getragen, daß sozial erfahrene Personen vom Sozialhilfeausschuß des örtlichen oder überörtlichen Trägers bestimmt und daß vor Erlass des Widerspruchsbescheides mindestens zwei dieser Personen beratend beteiligt werden (Art. 23 AGBSHG).

Die *örtliche Zuständigkeit* für die Gewährung von Sozialhilfe bestimmt sich — mit Ausnahme der Sonderregelung für die Ausbildungshilfe nach § 98 BSHG — nach dem tatsächlichen Aufenthalt des Hilfesuchenden (§ 97 BSHG).

Die *sachliche Zuständigkeit* ist dahin gehend geregelt, daß grundsätzlich der örtliche Träger der Sozialhilfe zuständig ist, soweit nicht die Zuständigkeit des überörtlichen Trägers nach den sieben Nummern des § 100 Abs. 1 oder nach Landesrecht gegeben ist (§ 99 BSHG). Der überörtliche Träger ist nach der genannten bundesrechtlichen Vorschrift sachlich zuständig

1. für die Hilfe in besonderen Lebenslagen für Körperbehinderte oder von einer Körperbehinderung bedrohte Personen, Blinde, von Blindheit bedrohte oder nicht nur vorübergehend hochgradig sehgeschwachte Personen, Personen, die durch eine Beeinträchtigung der Hörfähigkeit nicht nur vorübergehend wesentlich behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, Personen, die durch eine Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit nicht nur vorübergehend wesentlich behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind, Personen, deren geistige Kräfte schwach entwickelt sind,
- für Geistesranke, Personen mit einer sonstigen geistigen oder seelischen Behinderung oder Störung, Epileptiker und Suchtkranke, wenn die Behinderung, der Zustand oder das Leiden all dieser Personen den Aufenthalt in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung erfordert.
2. für die Versorgung Behinderter mit Körperersatzstücken, größeren orthopädischen und größeren anderen Hilfsmitteln i. S. des § 81 Abs. 1 Nr. 3,
3. für die Tuberkulosehilfe,
4. für die Blindenhilfe nach § 67,
5. für die Hilfe für Gefährdete, wenn die Gefährdung den Aufenthalt in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung erfordert,
6. für die Hilfe zum Lebensunterhalt oder in besonderen Lebenslagen in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung, wenn die Hilfe dazu bestimmt ist, Nichtseßhafte seßhaft zu machen, und
7. für die Ausbildungshilfe zum Besuch einer Hochschule.

Über diese Aufgaben hinaus hat der bayerische Landesgesetzgeber die überörtlichen Träger nach Art. 7 Abs. 1 AGBSHG auch sachlich für zuständig erklärt zur Gewährung von

a) Sozialhilfe

1. für Ausländer und Staatenlose,
2. für Zuwanderer aus der sowjetischen Besatzungszone oder dem Sowjetsektor von Berlin in staatlichen Lagern oder lagerähnlichen Wohnheimen bis zur dauernden Unterbringung in einer Wohnung,
3. für unheilbar, abschreckend oder ansteckend kranke Sieche, wenn ihr Zustand oder Leiden den Aufenthalt in einer Anstalt, einem Heim oder gleichartigen Einrichtung erfordert,

b) vorbeugender Gesundheitshilfe (§ 36 BSHG), Krankenhilfe (§ 37 BSHG) und Hilfe zur Pflege (§ 68 BSHG), soweit diese Hilfen Krebskranken in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung gewährt werden.

Zu Buchst. a Nr. 3 darf bemerkt werden, daß in Bayern für diese Aufgabe bisher schon der Landesfürsorgeverband zuständig war (Art. 4 Abs. I Ziff. 1 des Fürsorgegesetzes). Nach dem Schrifttum und der Rechtsprechung ist das *Siechtum* „ein chronischer, den Gesamtorganismus ergreifender Krankheitszustand, welcher Schwinden der Körperkräfte und Hinfälligkeit zur Folge hat, der nicht unheilbar zu sein braucht, wenn nur seine Heilung der Zeit nach sich nicht absehen läßt.“ Um die sachliche Zuständigkeit des überörtlichen Trägers zu begründen, muß der Sieche *unheilbar* sein. Diese Voraussetzung liegt vor, wenn die Heilwissenschaft kein Mittel zur Hilfe kennt und ihre Erfahrung die „Unheilbarkeit“ anerkennt und bestätigt (so Jehle, Fürsorgerecht 1958 S. 723). Außerdem muß aber die Erkrankung *zugleich abschreckend oder ansteckend* sein. Während der Begriff „ansteckend“ geläufig ist (soweit ein Leiden nicht ohnehin als ansteckend gilt, entscheidet das ärztliche Urteil), ist das Tatbestandsmerkmal „abschreckend“ schwieriger festzustellen. In der Rechtsprechung ist „abschreckend“ gleichbedeutend mit „Abscheu erregend“ (vgl. im übrigen Jehle a. a. O.).

V.

Verhältnis zwischen Sozialhilfe und freier Wohlfahrts- pflege

In § 10 Abs. 1 wird zunächst festgelegt, daß die Stellung der Kirchen und Religionsgesellschaften des öffentlichen Rechts sowie der Verbände der freien Wohlfahrtspflege als Träger eigener sozialer Aufgaben und ihre Tätigkeit zur Erfüllung dieser Aufgaben durch das BSHG nicht berührt werden. Die Träger der Sozialhilfe sollen bei der Durchführung des BSHG mit den genannten Stellen *zusammenarbeiten* und dabei deren Selbständigkeit in Zielsetzung und Durchführung ihrer Aufgaben achten (§ 10 Abs. 2). Die Zusammenarbeit soll darauf gerichtet sein, daß sich die Sozialhilfe und die Tätigkeit der freien Wohlfahrtspflege zum Wohle des Hilfesuchenden wirksam ergänzen (§ 10 Abs. 3 Satz 1). Die Sozialhilfeträger sollen die Verbände der freien Wohlfahrtspflege in ihrer Tätigkeit auf dem Gebiet der Sozialhilfe angemessen unterstützen (§ 10 Abs. 3 Satz 2).

Die letztgenannte Bestimmung und § 93 BSHG waren im Laufe der Gesetzgebungsverhandlungen am meisten umstritten. Von der Opposition wurde vorgebracht, die Vorschrift über die angemessene Unterstützung der freien Wohlfahrtspflege durch die Sozialhilfeträger greife in das Selbstverwaltungsrecht und in die Finanzhoheit der Kommunen ein und sei insoweit mit Art. 28 Abs. 2 des Grundgesetzes nicht vereinbar. Auch § 93 BSHG verletze das kommunale Selbstverwaltungsrecht. Nach dieser Bestimmung sollen die Träger der Sozialhilfe eigene Einrichtungen nicht neu schaffen, soweit geeignete Einrichtungen der Träger der freien Wohlfahrtspflege vorhanden sind, ausgebaut oder geschaffen werden können. Die Bundesregierung stellte hierzu fest, daß mit der Neuregelung eine Konkurrenz zwischen den Trägern der Sozialhilfe und den freien Verbänden vermieden werden solle. In der Praxis werde es vom Leistungsvermögen (vgl. Fassung „angemessen unterstützen“) abhängen, ob und in welchem Umfang der Träger

der Sozialhilfe finanzielle Hilfe gewähren werde; es entspreche dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, daß die Sozialhilfeträger keine Einrichtungen zu schaffen brauchen, wenn solche bereits vorhanden seien oder auch von anderer Seite geschaffen werden könnten.

§ 10 Abs. 4 bestimmt, daß die Sozialhilfeträger von der Durchführung eigener Maßnahmen absehen sollen, wenn die Hilfe im Einzelfalle durch die freie Wohlfahrtspflege gewährleistet ist; dies gilt nicht für die Gewährung von Geldleistungen. Sinn dieser Bestimmung ist es, die freie Liebestätigkeit nicht einzuschränken. Die Verantwortung behält im Einzelfall der Träger der Sozialhilfe. Die Sozialhilfeträger können nach § 10 Abs. 5 die Verbände der freien Wohlfahrtspflege allgemein an der Durchführung ihrer Aufgaben nach dem BSHG beteiligen oder ihnen deren Durchführung übertragen, wenn die Verbände hiermit einverstanden sind. Hierfür kommt z. B. die Übertragung der Hauspflege oder die Betreuung Nichtseßhafter in Frage.

Bekanntlich hat die Stadt Dortmund am 21. 2. 1962 eine Verfassungsbeschwerde zum Bundesverfassungsgericht erhoben (der sich eine Anzahl weiterer Städte angeschlossen hat), mit der die Verfassungswidrigkeit und Nichtigkeit der genannten Bestimmungen des BSHG geltend gemacht wird. Ferner hat das Land Hessen beim Bundesverfassungsgericht am 10. 7. 1962 den Antrag gestellt, diese und andere Bestimmungen des BSHG wegen Verstoßes gegen das Grundgesetz für nichtig zu erklären. Die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts steht noch aus.

Für Bayern darf ich feststellen, daß hier die Zusammenarbeit zwischen öffentlicher und freier Wohlfahrtspflege bisher denkbar gut war. Es ist nicht zu befürchten, daß dieses gute Verhältnis durch die erwähnten Bestimmungen gestört werden könnte. Der Vollzug des neuen Sozialhilferechts bringt beiden Partnern, der öffentlichen Sozialhilfe und der freien Wohlfahrtspflege, soviel zusätzliche Arbeit, daß eine enge Zusammenarbeit mehr denn je allseits gewünscht wird. Im bayerischen AGBSHG (Art. 14) wird an den bisherigen *Arbeitsgemeinschaften* (bisher Art. 10 des Fürsorgegesetzes) festgehalten, die der Zusammenarbeit zwischen öffentlicher und freier Wohlfahrtspflege dienen und sich bewährt haben. Auf Grund des Art. 14 AGBSHG sollen eine Landesarbeitsgemeinschaft, Bezirks- und Kreisarbeitsgemeinschaften gebildet werden; diese Bestimmung stützt sich auf § 10 Abs. 2 und Abs. 3 Satz 1 BSHG. Den einzelnen Arbeitsgemeinschaften können außer Vertretern der Kirchen und sonstigen Religionsgemeinschaften, der kommunalen Spitzenverbände bzw. der Sozialhilfeausschüsse und der Verbände der freien Wohlfahrtspflege auch weitere Mitglieder angehören. Diese Regelung erfolgte, damit die Arbeitsgemeinschaften bei Beteiligung von Vertretern gesetzlicher Krankenkassen, Arbeitsämtern usw. als Arbeitsgemeinschaften nach § 95 angesehen werden können.

VI.

Hilfe zum Lebensunterhalt

Der Hauptteil des BSHG wird durch die grundsätzliche Unterscheidung zwischen der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Hilfe in besonderen Lebenslagen und durch die deutliche Herausstellung der letzteren gewissermaßen als Schwerpunkt des neuen Sozialhilferechts geprägt. Das BSHG entspricht damit der Entwicklung, in deren Verlauf sich das Hauptaufgabengebiet der Für-

sorge allmählich immer mehr auf Notstände verlagert, die nicht allein im Wirtschaftlichen ihre Ursache haben und daher weniger Hilfe in Form einer schematischen Hilfeleistung als vielmehr individuelle Betreuung des Hilfeberechtigten erfordern.

Die Hilfe zum Lebensunterhalt entspricht im wesentlichen der bisherigen sog. wirtschaftlichen Fürsorge, die der Sicherung des notwendigen Lebensbedarfs i. S. des § 6 RGr. diene. Die Hilfe zum Lebensunterhalt umfaßt die Leistungen, die jemand zur Sicherung der Existenz erhält. Dazu gehören Ernährung, Unterkunft, Heizung, Hausrat, Körperpflege und die sonstigen kleineren Bedürfnisse des täglichen Lebens, wozu — und das ist eine sehr wichtige Neuerung — in vertretbarem Umfang auch Beziehungen zur Umwelt und die Teilnahme am kulturellen Leben gehören (§ 12 Abs. 1). § 12 Abs. 2 bestimmt, daß bei Kindern und Jugendlichen der notwendige Lebensunterhalt auch den besonderen, vor allem den durch das Wachstum bedingten Bedarf (höherer Bedarf an Kleidung und Ernährung) umfaßt.

Der laufende Lebensunterhalt außerhalb von Anstalten usw. wird — wie bisher — nach Regelsätzen (bis jetzt „Richtsätze“ genannt) bemessen (§ 22 Abs. 1). Die in § 22 Abs. 2 genannte Rechtsverordnung des Bundesministers des Innern zur Durchführung des § 22 des BSHG (Regelsatzverordnung) ist bereits unter dem 20. Juli 1962 (Bundesgesetzblatt I S. 515) ergangen. Sie enthält Vorschriften über Inhalt und Aufbau der Regelsätze sowie über das Verhältnis der Regelsätze zum Arbeitseinkommen. Sie berücksichtigt nicht nur das neue Sozialhilferecht, sondern auch das Ergebnis der Untersuchungen, die der Deutsche Verein für öffentliche und private Fürsorge im Jahre 1961 zur Überprüfung der im Jahre 1955 erarbeiteten Unterlagen zur Frage der Richtsätze durchgeführt hatte. Nach dem bayerischen AGBSHG (Art. 16) setzen — wie bisher — die örtlichen Träger der Sozialhilfe die Regelsätze fest, während das Staatsministerium des Innern Mindestbeträge bestimmt, die bei der Festsetzung der Regelsätze nicht unterschritten werden dürfen. In Bayern wurden zuletzt mit Bekanntmachung vom 17. August 1962 (Ministerialamtsblatt der bayerischen inneren Verwaltung S. 509, Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 35 S. 1) neue Mindestbeträge (für den Haushaltsvorstand 97.— DM) bestimmt, die im Durchschnitt rund 25 v. H. höher liegen als die bisherigen Mindestrichtsätze. Die neuen Mindestbeträge und Regelsätze gelten seit 1. Oktober 1962.

Einen Anspruch auf Hilfe zum Lebensunterhalt hat nur, wer seinen notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln beschaffen kann. Bei nicht getrennt lebenden Ehegatten sind das Einkommen und das Vermögen beider Ehegatten zu berücksichtigen; soweit minderjährige unverheiratete Kinder, die dem Haushalt ihrer Eltern oder eines Elternteiles angehören, den notwendigen Lebensunterhalt aus ihrem Einkommen und Vermögen nicht beschaffen können, sind auch das Einkommen und Vermögen der Eltern oder des Elternteiles zu berücksichtigen. Im Gegensatz zu § 5 RGr., der nur einen Anspruch des Haushaltsvorstandes „für sich und seine unterhaltsberechtigten Angehörigen“ kannte, hat nunmehr jede Einzelperson unmittelbar einen Rechtsanspruch auf Hilfe.

Nach § 11 Abs. 2 kann Hilfe zum Lebensunterhalt auch der erhalten, der ein für den notwendigen Lebensunterhalt ausreichendes Einkommen oder Vermögen hat, je-

doch einzelne für seinen Lebensunterhalt erforderliche Tätigkeiten (Personen, die nicht mehr selbst einkaufen, ihre Mahlzeiten zubereiten oder die notwendige Körperpflege treiben können) nicht verrichten kann; in diesen Fällen kann vom Hilfeempfänger ein angemessener Kostenbeitrag verlangt werden.

Im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt ist auch die Übernahme von Krankenversicherungsbeiträgen für Rentenantragsteller, die nach § 315 a der Reichsversicherungsordnung krankenversicherungspflichtig sind (§ 13), der Kosten für eine angemessene Alterssicherung oder für ein angemessenes Sterbegeld (§ 14) und der erforderlichen Bestattungskosten (§ 15) vorgesehen.

Schließlich wird die Verpflichtung der Familienangehörigen zur gegenseitigen Hilfe in gewissem Umfang aufrechterhalten (Familiennotgemeinschaft); in § 16 wird eine den allgemeinen Lebenserfahrungen entsprechende Rechtsvermutung aufgestellt, nach der in Haushaltsgemeinschaft lebende Verwandte oder Verschwägerter, also auch nicht unterhaltspflichtige Angehörige (w. z. B. Geschwister), in zumutbarem Rahmen den Lebensunterhalt gegenseitig gewähren. Soweit sich allerdings im Einzelfall aus den Feststellungen das Gegenteil ergibt, besteht auch in diesen Fällen eine Verpflichtung zur Gewährung von Hilfe zum Lebensunterhalt (sog. Umkehrung der Beweislast). In diesem Zusammenhang darf auch erwähnt werden, daß im BSHG (§ 122) der in der Verwaltungsrechtsprechung für die sog. „Onkelehen“ entwickelte Leitsatz Aufnahme fand, wonach Personen, die in ehelicher Gemeinschaft leben, hinsichtlich der Voraussetzungen sowie des Umfangs der Sozialhilfe nicht besser gestellt werden dürfen als Ehegatten.

Die Hilfe zur Arbeit (§§ 18—20) ist auch in Abschnitt 2 (Hilfe zum Lebensunterhalt) geregelt. Da der Hilfesuchende seine Arbeitskraft einsetzen muß, bevor er Hilfe zum Lebensunterhalt beanspruchen kann, soll ihm geholfen werden, Arbeit zu finden. Dem Hilfesuchenden darf allerdings eine Arbeit nicht zugemutet werden, wenn er körperlich oder geistig hierzu nicht in der Lage ist oder wenn ihm die künftige Ausübung seiner bisherigen überwiegenden Tätigkeit wesentlich erschwert würde. Im Interesse der Familie erfahren die Hausfrauen und Mütter einen besonderen Schutz (§ 18 Abs. 3).

Im Gegensatz zum bisherigen Recht, in dem der Einsatz der Arbeitskraft (§ 7 RGr.) und die Arbeitspflicht (§ 19 RFV) getrennt geregelt waren, sind in Unterabschnitt 2 „Hilfe zur Arbeit“ alle Bestimmungen zusammengefaßt, die sich auf die Arbeitsleistung des Hilfesuchenden beziehen. Dagegen sind die Folgen mangelnder Arbeitsbereitschaft aus systematischen Gründen in Unterabschnitt 4 „Folgen bei Arbeitsscheu und unwirtschaftlichem Verhalten“ behandelt. Wie nach bisherigem Recht (§ 20 RFV, § 13 RGr.), sind ein Ausschluß und eine Einschränkung der Hilfe möglich, wenn sich jemand weigert, zumutbare Arbeit zu leisten. Wie bisher (§ 20 RFV) ist auch die Unterbringung in einer Arbeitseinrichtung (§ 26) möglich, allerdings nur nach beharrlicher Weigerung und wiederholter Aufforderung, zumutbare Arbeit zu leisten, und nur dann, wenn es deshalb notwendig ist, dem Arbeitsverweigerer oder einem Unterhaltsberechtigten laufende Hilfe zum Lebensunterhalt zu gewähren. Die Bestimmungen des Freiheitsentziehungsgesetzes sind hier für anwendbar erklärt, so daß

die Unterbringung in einer solchen Einrichtung nur durch gerichtliche Entscheidung erfolgen kann.

In Unterabschnitt 3 „Form und Maß der Leistungen“ sind außer dem bereits behandelten Regelbedarf nach § 22 laufende und einmalige Leistungen, Taschengeld und der Mehrbedarf behandelt. Nach § 21 Abs. 3 umfaßt die Hilfe zum Lebensunterhalt in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung grundsätzlich auch ein angemessenes Taschengeld. Das Bayer. Staatsministerium des Innern hat, da nach den bisherigen Erfahrungen an Sozialhilfeempfänger recht unterschiedliche Beträge als Taschengeld gezahlt wurden, mit Entschluß vom 24. 1. 1963 (Ministerialamtsblatt der bayerischen inneren Verwaltung S. 77) feste Beträge für die verschiedenen Gruppen von Hilfeempfängern in Anstalten empfohlen.

Die Mehrbedarfsbestimmungen des Unterabschnittes 3 entsprechen weitgehend dem bisherigen Recht. In § 23 Abs. 1 ist festgelegt, daß ein Mehrbedarf von 20 v. H. des maßgebenden Regelsatzes anzuerkennen ist

1. für Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben,
 2. für Personen unter 65 Jahren, die erwerbsunfähig i. S. der gesetzlichen Rentenversicherung sind,
 3. für werdende Mütter,
- soweit nicht im Einzelfall ein höherer Bedarf besteht.

Nach § 23 Abs. 2 haben Personen, die mit 2 oder 3 Kindern unter 16 Jahren zusammenleben und allein für deren Pflege und Erziehung sorgen, einen Anspruch auf Zuerkennung eines Mehrbedarfs von 20 v. H. des maßgebenden Regelsatzes, soweit nicht im Einzelfall ein höherer Bedarf besteht; bei 4 oder mehr Kindern erhöht sich der Mehrbedarf auf 40 v. H. des maßgebenden Regelsatzes.

Der Höhe nach nicht festgesetzt ist der Mehrbedarf für Erwerbstätige. Für sie und vor allem für Personen, die trotz beschränkten Leistungsvermögens einem Erwerb nachgehen, ist nach § 23 Abs. 3 ein Mehrbedarf in angemessener Höhe anzuerkennen. Die Bemessung überläßt das Gesetz also dem Beurteilungsspielraum des Sozialhilfeträgers.

Den Mehrbedarf für Blinde regelt § 24. Den Blinden, die von Geburt auf blind sind oder ihr Augenlicht später verloren haben, stellt das Gesetz (§ 24 Abs. 3) die praktisch Blinden gleich. Das sind die Personen, die eine so geringe Sehschärfe haben, daß sie sich in einer ihnen nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe nicht zurechtfinden können. § 24 Abs. 1 gilt für Blinde außerhalb von Anstalts- oder Heimpflege und bestimmt, daß der Mehrbedarf nach § 23 Abs. 3 für erwerbstätige Blinde in Höhe des Erwerbseinkommens anzuerkennen ist, wenn es 50.— DM monatlich nicht übersteigt; übersteigt es diesen Betrag, so beträgt der Mehrbedarf 50.— DM zuzüglich 25 v. H. des 50.— DM übersteigenden Erwerbseinkommens. Nach § 24 Abs. 2 beträgt bei Blinden in Anstalts- oder Heimpflege das Taschengeld das Zweifache des Betrages, der im allgemeinen bei Anstalts- oder Heimaufenthalt als Taschengeld gewährt wird.

VII.

Hilfe in besonderen Lebenslagen

A. Allgemeines

Abschnitt 3 des BSHG faßt alle Arten der Hilfe, die nicht zum notwendigen Lebensunterhalt (Abschnitt 2) gehören, unter der Bezeichnung „Hilfe in besonderen

Lebenslagen“ zusammen. Sie bilden das Kernstück des BSHG und haben nicht allein die wirtschaftliche Sicherung zum Inhalt, sondern erfassen darüber hinaus besonders geartete soziale Tatbestände. Diese Hilfen sollen dem einzelnen helfen, die Risiken des Daseins zu tragen. Die fortschrittliche Bedeutung der Hilfe in besonderen Lebenslagen liegt vor allem darin, daß nunmehr für alle Arten der Hilfe in besonderen Lebenslagen besondere, großzügige wirtschaftliche Voraussetzungen gelten, wie sie vor dem Inkrafttreten des BSHG nur für den Bereich des Körperbehindertengesetzes und des Tuberkulosehilfegesetzes, im Rahmen der Wochenfürsorge, bei der Ausbildungshilfe sowie bei Erholungsmaßnahmen für Kinder, Jugendliche und Mütter galten. Während bei der Hilfe zum Lebensunterhalt — wie bereits erwähnt — grundsätzlich das gesamte verwertbare Einkommen und Vermögen einzusetzen ist, bevor Hilfe gewährt wird, werden die Hilfen in besonderen Lebenslagen — von einigen Ausnahmen (§ 56 Abs. 1 Satz 2, § 72 Abs. 3, § 75 Abs. 3) abgesehen — gewährt, soweit dem Hilfesuchenden, seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten und, wenn der Hilfesuchende minderjährig und unverheiratet ist, auch seinen Eltern die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nicht zuzumuten ist. Ob und in welchem Umfang das im einzelnen der Fall ist, soll sich nach § 28 insbesondere aus den Vorschriften des Abschnitts 4 ergeben. Die Grundsatzbestimmung des § 28 erfährt noch eine wichtige Ergänzung durch § 29: Der Sozialhilfeträger kann danach in begründeten Fällen Hilfe in besonderen Lebenslagen zunächst auch insoweit gewähren, als den in § 28 genannten Personen die Tragung der erforderlichen Kosten an sich ganz oder teilweise zuzumuten ist. Ein „begründeter Fall“ kann vorliegen, wenn eine Hilfestellung unverzüglich erfolgen muß, eine abschließende Prüfung der Zumutbarkeit nicht rasch genug möglich ist. Mit der erweiterten Hilfe nach § 29 leistet der Sozialhilfeträger gewissermaßen nur vor. In dem Umfang, in dem die Aufbringung der Mittel zuzumuten ist, haben die in § 28 genannten Personen dem Träger seine Aufwendungen zu ersetzen. Die Vorschrift entspricht den Erfahrungen und Bedürfnissen der Praxis.

Der Abschnitt „Hilfe in besonderen Lebenslagen“ stellt eine wesentliche Weiterentwicklung des Fürsorgerechts dar, wobei zum Teil bewährte Regelungen des bisherigen Rechts übernommen und erweitert wurden, wobei aber auch Hilfearten, die außerhalb des Gesetzes von der Praxis entwickelt wurden, nunmehr ausdrücklich gesetzlich fixiert wurden.

B. Arten der Hilfe in besonderen Lebenslagen

Die Hilfe in besonderen Lebenslagen umfaßt nach § 27 Abs. 1 zwölf verschiedene Arten der Hilfe und zwar:

1. Hilfe zum Aufbau oder zur Sicherung der Lebensgrundlage (§ 30)

Diese Hilfe kann Personen gewährt werden, denen eine ausreichende wirtschaftliche Lebensgrundlage fehlt oder bei denen sie gefährdet ist. Die Bestimmung stellt eine Neuerung dar, sieht man von der nicht materiell-rechtlichen Bestimmung des § 11 Abs. 2 Nr. 1 RGr. ab, die bei der Aufzählung der Fälle, wann Hilfe nur in Form eines Darlehens gewährt werden durfte, auch die Möglichkeit vorsah, durch eine einmalige größere Aufwendung die wirtschaftliche Selbständigkeit des Hilfsbedürftigen alsbald herzustellen oder zu sichern. Bei

der Hilfe zum Aufbau oder zur Sicherung der Lebensgrundlage handelt es sich um eine *Kannleistung*. Die Gewährung der Hilfe ist also in das pflichtgemäße Ermessen des Sozialhilfeträgers gestellt, der im Einzelfall die vielfältigen Voraussetzungen für die Gewährung prüft, z. B. ob ein Hilfesuchender fachlich und persönlich geeignet ist, ob ein Vorhaben hinreichend Aussicht auf Erfolg hat, ob Mittel anderer Stellen zur Verfügung stehen usw. Es handelt sich hier um eine Art vorbeugende Hilfe, die dem in § 1 Abs. 2 Satz 2 niedergelegten Grundsatz entspricht, daß die Hilfe soweit wie möglich den Hilfesuchenden befähigen soll, unabhängig von ihr zu leben. Die Hilfe bezweckt im wesentlichen die Schaffung oder Sicherung einer selbständigen Tätigkeit. Die Hilfe soll in der Regel gewährt werden, wenn die Existenz ohne fremde Mittel nicht gesichert wäre und der Hilfesuchende sonst Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten müßte. In welcher Form eine Geldleistung gewährt wird, ob als Beihilfe oder Darlehen, ist auch in das pflichtgemäße Ermessen des Sozialhilfeträgers gestellt. Auch die Form der persönlichen Hilfe oder der Sachleistung wird nicht ausgeschlossen; so könnte die Hilfe z. B. auch im Nachweis oder im Überlassen eines Geschäftsraums bestehen.

2. Ausbildungshilfe (§§ 31—35)

Die Ausbildungshilfe war bisher Teil des notwendigen Lebensbedarfs. Die Gewährung von Ausbildungshilfe für einen angemessenen Beruf oder für eine sonstige angemessene Tätigkeit und zum Schulbesuch war schon nach dem bisherigen Fürsorgerecht möglich. Neu gegenüber dem alten Recht ist aber, daß die Begabtenförderung in gewissem Umfang zu den Aufgaben der Sozialhilfe gehört und daß die Gewährung von Ausbildungshilfe — abgesehen von den Fällen des § 32 Abs. 4 — nicht mehr an bestimmte Altersgrenzen gebunden ist.

Grundsätzlich besteht auf die Ausbildungshilfe ein *Rechtsanspruch* mit Ausnahme des Besuchs einer Hochschule und einer Einrichtung des sog. zweiten Bildungsweges; in diesen Fällen soll die Ausbildungshilfe gewährt werden. Die Entscheidung obliegt also dem gebundenen Ermessen des Sozialhilfeträgers. Für die Gewährung von Ausbildungshilfe zum Besuch einer Hochschule ist — wie bereits unter Abschnitt IV erwähnt — der überörtliche Träger der Sozialhilfe sachlich zuständig, weil hier mit besonders hohen Aufwendungen zu rechnen ist und weil nur so eine gleichmäßige Handhabung der Bestimmungen gewährleistet ist.

Voraussetzung für die Hilfe zum Besuch einer höheren Schule, einer Hochschule oder einer Einrichtung des zweiten Bildungsweges ist grundsätzlich, daß die Fähigkeiten und Leistungen des Auszubildenden erheblich über dem Durchschnitt liegen; für den Fachschulbesuch genügt es, daß sie über dem Durchschnitt liegen und für den Besuch einer Mittelschule ist es ausreichend, wenn die Leistungen die Gewährung der Hilfe rechtfertigen.

Von Bedeutung ist, daß der Auszubildende im Gegensatz zu den Empfängern anderer Hilfen in besonderen Lebenslagen sein eigenes Einkommen in voller Höhe einzusetzen hat (s. § 66 Abs. 1). Das gilt — mit Ausnahme des Lebensunterhalts — nicht für seine Eltern und seinen nicht getrennt lebenden Ehegatten; sie haben im Rahmen des Zumutbaren einen Beitrag zu leisten.

3. Vorbeugende Gesundheitshilfe (§ 36)

Nach dem bisherigen Fürsorgerecht war die vorbeugende Fürsorge eine *Kannleistung* (§ 3 RGr.). Es besteht

zwar auch jetzt grundsätzlich kein Rechtsanspruch, weil die Voraussetzungen dieser Hilfe vielfältig und nicht genügend bestimmbar sind; vielmehr soll Personen, bei denen nach ärztlichem Urteil eine Erkrankung oder ein sonstiger Gesundheitsschaden einzutreten droht, vorbeugende Gesundheitshilfe gewährt werden. Die Bestimmung ist so weit gefaßt, daß jede gebotene vorbeugende Hilfe gewährt werden kann. Das Gesetz schreibt nur allgemein ein *ärztliches* Urteil für die Feststellung vor, ob eine Erkrankung oder ein sonstiger Gesundheitsschaden einzutreten droht. Es liegt somit im pflichtgemäßen Ermessen des Sozialhilfeträgers, wessen Gutachten er als maßgebend erachtet, das des behandelnden Arztes, das eines Facharztes, das des Amtsarztes oder gegebenenfalls die Gutachten mehrerer Ärzte. Die Kosten der vorbeugenden Hilfe umfassen auch die für das ärztliche Gutachten, das vom Träger der Sozialhilfe veranlaßt worden ist. Hat dagegen ein Hilfesuchender ohne Einschaltung des Sozialhilfeträgers das Gutachten eingeholt, so steht es im Ermessen der Behörde, ob sie die Kosten hierfür übernimmt.

Nach § 36 Abs. 1 Satz 2 kann der Sozialhilfeträger zur Früherkennung von Krankheiten Vorsorgeuntersuchungen gewähren, weil die Früherkennung von Krankheiten, insbesondere von Krebs- und Tuberkuloseerkrankungen, Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist. Die Hilfe, die nicht voraussetzt, daß etwa ein besonders begründeter Verdacht auf eine bestehende oder drohende Krankheit vorliegen muß, sichert also ein rechtzeitiges Eingreifen des Trägers der Sozialhilfe und dient sowohl dem Hilfesuchenden als auch einer wirtschaftlichen Verwendung öffentlicher Mittel; denn nach bereits eingetretener Gesundheitsschädigung würden wohl meist höhere Kosten zur Wiederherstellung der Gesundheit aufzuwenden sein. Als Beispiele der vorbeugenden Gesundheitshilfe werden im Gesetz aufgezählt die nach ärztlichem Gutachten im Einzelfall erforderlichen Maßnahmen der Erholung, besonders für Kinder, Jugendliche und alte Menschen sowie für Mütter in geeigneten Müttergenesungsheimen. Da die Aufzählung nicht erschöpfend ist (vgl. Fassung „vor allem“), können Erholungsmaßnahmen für Mütter auch außerhalb der besonders genannten Müttergenesungsheime in Frage kommen.

§ 36 Abs. 3 weist darauf hin, daß die gesetzlichen Aufgaben der Gesundheitsämter unberührt bleiben und dient damit der Abgrenzung des Leistungsrechts der Sozialhilfe von den gesetzlichen Aufgaben der Gesundheitsämter, für die insbesondere das Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934 (Reichsgesetzblatt I S. 531, 794) und die Durchführungsverordnungen hierzu einschlägig sind.

Was das Verhältnis des § 36 zu den Leistungen der *gesetzlichen Krankenversicherung* betrifft, gilt die allgemeine Bestimmung des § 2 Abs. 2 über den Nachrang der Sozialhilfe: Sind Leistungen vorbeugender Gesundheits- oder Krankenhilfe nach der Reichsversicherungsordnung in das Ermessen der Krankenkassen gestellt, so dürfen sie von diesen nicht abgelehnt werden mit dem Hinweis, daß sie nach dem BSHG auf Grund einer Sollbestimmung zu gewähren sind.

In diesem Zusammenhang ist auch § 94 Abs. 1 von Bedeutung, der eine Verpflichtung der Träger der Sozialhilfe zur Zusammenarbeit mit den Trägern anderer Sozialleistungen vorsieht, wenn die Leistungen

gleichartig sind und wenn gleichmäßige Gewährung oder im Einzelfall gegenseitige Ergänzung geboten ist. Diese Voraussetzungen können gerade bei der vorbeugenden Gesundheitshilfe z. B. für Erholungsmaßnahmen für gesundheitlich gefährdete Kinder gegeben sein und deshalb die Abstimmung und Zusammenarbeit der Leistungsträger erforderlich machen.

4. Krankenhilfe (§ 37)

Die Krankenhilfe war auch nach bisherigem Recht eine Pflichtleistung der öffentlichen Fürsorge. Auf diese Hilfe besteht ein *Rechtsanspruch*. Er umfaßt ärztliche und zahnärztliche Behandlung, Versorgung mit Arzneimitteln, Verbandmitteln und Zahnersatz, Krankenhausbehandlung sowie sonstige zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung der Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen. Aus dieser allgemeinen Fassung (am Schluß) ergibt sich, daß Krankenhilfe auch dann zu gewähren ist, wenn eine Genesung nicht mehr erwartet werden kann, aber eine Besserung des Zustandes möglich ist oder geeignete Maßnahmen eine Erleichterung der Krankheitsfolgen versprechen. Als Leistungen können hier in Frage kommen die Gewährung von Bruchbändern, Brillen, Diätkost usw. Über Form und Maß der Leistung entscheidet der Träger der Sozialhilfe nach pflichtmäßigem Ermessen (§ 4 Abs. 2). Auch hier wird er — wie bei der vorbeugenden Gesundheitshilfe — für seine Leistung stets das Urteil des Arztes zugrunde legen.

Voraussetzung für die Gewährung der Krankenhilfe ist das Vorliegen einer Krankheit. Das BSHG enthält hierfür wie die Reichsversicherungsordnung für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung keine Begriffsbestimmung. Nach der Rechtsprechung des Reichsversicherungsamtes, der sich auch das Bundessozialgericht angeschlossen hat (s. Urteil vom 28. 10. 1960 in „Die Sozialgerichtsbarkeit“ 1961 S. 118) ist eine Krankheit i. S. der gesetzlichen Krankenversicherung jeder regelwidrige Körper- oder Geisteszustand, der eine Heilbehandlung erfordert oder Arbeitsunfähigkeit zur Folge hat. Im gleichen Sinne, mit Ausnahme allerdings der Voraussetzung der Arbeitsunfähigkeit, wird auch § 37 auszulegen sein (s. Gottschick „Das Bundessozialhilfegesetz“ 1962 S. 155, Anm. 4 zu § 37). Dabei kann die Heilbehandlung der Genesung, der Besserung oder einer Linderung der Krankheitsfolgen zu dienen bestimmt sein. Nach dem Sozialhilferecht kommt die Gewährung von Krankenhilfe wegen Arbeitsunfähigkeit nicht in Betracht; vielmehr können hier andere Hilfearten in Erwägung gezogen werden, z. B. Hilfe zum Lebensunterhalt oder Eingliederungshilfe.

Bei der Krankenhilfe kommt der Grundsatzbestimmung des § 3 Abs. 2 besondere Bedeutung zu, nach der Wünschen des Hilfeempfängers auf Gestaltung der Hilfe entsprochen werden soll, soweit sie angemessen sind und keine unvermeidbaren Mehrkosten erfordern. Das ist besonders wichtig bei der Bemessung von Zahnersatz und auch für die konservierende Zahnbehandlung. Der Hilfeempfänger kann z. B. nicht verlangen, daß der Sozialhilfeträger für die Anfertigung von Brücken und Kronen aus Gold aufkommt, wenn der gleiche Erfolg ohne gesundheitlichen Schaden durch die Fertigung weniger aufwendigen Zahnersatzes erzielt werden kann. Die Sozialhilfeträger handeln in solchen Fällen durchaus im Rahmen ihres pflichtmäßigen Ermessens, wenn sie — außer in besonders dringlichen Fällen — einen Vorschlag des Zahnarztes verlangen.

Der Kranke hat nach § 37 Abs. 3 BSHG das Recht der freien Wahl unter den niedergelassenen Ärzten, die sich zur ärztlichen Behandlung im Rahmen der Krankenhilfe zu den Mindestsätzen der amtlichen Gebührenordnung oder zu den nach § 368 n Abs. 1 Satz 4 der Reichsversicherungsordnung von den Kassenärztlichen Vereinigungen oder zu den nach landesrechtlichen Vorschriften von den Ärztekammern mit den Trägern der Sozialhilfe vereinbarten Bedingungen bereit erklären. Damit wurde das Recht der freien Arztwahl (das bereits bisher trotz fehlender ausdrücklicher Bestimmung anerkannt war, vgl. Jehle, Fürsorgerecht 3. Aufl. 1958 S. 147, Anm. 4 Buchst. b) noch einmal ausdrücklich verankert, obwohl es sich bereits aus der Grundsatzbestimmung des § 3 Abs. 2 BSHG ergibt. Hiernach ist ein Träger in der Regel nicht verpflichtet, die durch Inanspruchnahme eines weit entfernt wohnenden Arztes entstehenden Mehrkosten zu übernehmen, wenn es ausreichend und möglich gewesen wäre, einen Arzt in der Nähe aufzusuchen oder hinzuzuziehen.

Die Tatsache, daß § 37 keine dem § 38 Abs. 2 entsprechende Vorschrift (wonach die Leistungen in der Regel denen der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen sollen) enthält, bedeutet nicht, daß die Hilfe nach § 37 grundsätzlich hinter den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung zurückbleiben müsse und auch nicht, daß sie im Einzelfall nicht darüber hinausgehen dürfe. Vielmehr ist aus der Mußvorschrift des Abs. 2 und aus der allgemeinen Bestimmung des § 1 Abs. 2 zu folgern, daß der Sozialhilfeträger von seinem Ermessen in einer dem Zweck des Gesetzes entsprechenden Weise nur dann Gebrauch macht, wenn er durch seine Hilfe Leistungen ermöglicht, die den Erkenntnissen und dem Stande der ärztlichen Wissenschaft entsprechen (so Gottschick a. a. O. S. 157, Anm. 6 Abs. 2 zu § 37). Das schließt die Beachtung des Grundsatzes einer wirtschaftlichen Verwaltung öffentlicher Mittel nicht aus. Bei der Wahl zwischen zwei gleichwertigen Mitteln sollte das weniger kostspielige gewählt werden, im übrigen aber das, von dem man den besten Erfolg erwarten kann.

Verträge zwischen Trägern der Sozialhilfe und ärztlichen Vereinigungen oder Vertretungen über die ärztliche Behandlung von Hilfeempfängern können nach wie vor abgeschlossen werden. Allerdings darf durch sie das Recht auf freie Arztwahl nicht ausgeschlossen werden. Wenn ein Hilfesuchender mit der ärztlichen Behandlung des ihm vom Träger der Sozialhilfe empfohlenen Arztes oder Krankenhauses einverstanden ist, dann widerspricht das ja nicht dem Grundsatz der freien Arztwahl.

Die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, welche die Maßnahmen zur Verhütung, Feststellung, Erkennung und Heilung der Erkrankung und die vorbeugende und nachgehende Gesundheitsfürsorge umfaßt, bemißt sich nach dem Gesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten vom 23. Juli 1953 (Bundesgesetzblatt I S. 700).

5. Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen (§ 38)

Werdende Mütter und Wöchnerinnen haben einen Rechtsanspruch auf diese Hilfe (§ 38 Abs. 1). Der Umfang der Hilfe (Abs. 2) entspricht im wesentlichen dem bisherigen Fürsorgerecht (§ 12 RGr.). Die Leistungen, die als Hebammenhilfe, ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln, Entbindungskostenbeitrag und Stillgeld gewährt werden, sollen hinsichtlich des Maßes und der Form in der Regel den gleichartigen

Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung für die Familienangehörigen eines Versicherten entsprechen. Die Bestimmung ist dem geltenden Krankenversicherungsrecht angepaßt und ermöglicht gleichzeitig die Berücksichtigung von künftigen Verbesserungen durch die bevorstehende Krankenversicherungsreform. Nach Abs. 2 Satz 2 umfaßt die Hilfe auch Vorsorgeuntersuchungen, soweit diese nach den Vorschriften über die gesetzliche Krankenversicherung den Familienangehörigen eines Versicherten zu gewähren sind. Damit wird die Übernahme künftiger Verbesserungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch hinsichtlich der Vorsorgeuntersuchungen rechtzeitig für den Bereich der Sozialhilfe sichergestellt. Bis jetzt sind im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung Vorsorgeuntersuchungen für werdende Mütter nicht zu gewähren. Eine Vorschrift über Vorsorgeuntersuchungen gab es im bisherigen Fürsorgerecht nicht.

Aus der Verweisung auf die Vorschriften der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt sich auch, daß Hebammenhilfe und — falls notwendig — ärztliche Behandlung, Arznei- und kleinere Heilmittel nicht nur bei der Entbindung, sondern auch schon vorher bei auftretenden Schwangerschaftsbeschwerden zu gewähren sind.

Im Gegensatz zum bisherigen Fürsorgerecht (§ 12 Satz 1 RGr.) wird werdenden Müttern und Wöchnerinnen kein Wochengeld gewährt. An seine Stelle ist die Gewährung von *Ernährungszulagen* nach Abs. 2 Satz 3 getreten. Auch auf sie besteht ein *Anspruch*, jedoch nur für Frauen, die nicht in einer Anstalt oder einem Heim ihrer Niederkunft entgegensehen oder bereits geboren haben. Die Ernährungszulagen werden für je 8 zusammenhängende Wochen vor und nach der Entbindung gewährt. Diese Zulagen müssen *angemessen*, d. h. dem besonderen Bedarf der Schwangeren oder Wöchnerin angepaßt sein.

In Abs. 2 Satz 4 ist das Verhältnis der Vorschrift über die Ernährungszulage zu der Bestimmung über die Anerkennung eines Mehrbedarfs für werdende Mütter im Rahmen der Hilfe zum Lebensunterhalt (§ 23 Abs. 1 Nr. 3) geregelt, und zwar in dem Sinn, daß die beiden Vorschriften nebeneinander anzuwenden sind.

Die Leistungen schließen sich deshalb nicht aus, weil der Mehrbedarf nach § 23 Abs. 1 Nr. 3 für die Gesamtdauer der Schwangerschaft und für alle damit zusammenhängenden Sonderbedürfnisse (z. B. Kalk- und Vitaminpräparate, erhöhter Wäschebedarf) gedacht ist, während die Ernährungszulagen nach § 38 Abs. 2 Satz 3 dem besonders erhöhten *Ernährungsbedarf* für kurze Zeit vor und nach der Entbindung (zusammen 12 Wochen) Rechnung tragen sollen.

§ 38 soll während der Schwangerschaft die Leistungen sicherstellen, die bei normalem Verlauf in Betracht kommen. Bei gesundheitlichen Störungen, die zwar durch die Schwangerschaft hervorgerufen, aber keine eigentlichen Schwangerschaftsbeschwerden sind, wird nicht Hilfe nach § 38, sondern ggf. vorbeugende Gesundheitshilfe (§ 36) oder Krankenhilfe (§ 37) gewährt. Das gilt auch (vgl. Gottschick a. a. O. S. 162, Anm. 6 zu § 38) für Fehlgeburten und die mit ihnen verbundenen Beschwerden (für das bisherige Recht vgl. Jehle a. a. O. S. 148, Anm. 5).

Neu ist auch die Bestimmung des § 38 Abs. 3, wonach zur Entbindung in einer Anstalt oder einem Heim Hilfe gewährt werden soll, wenn die Aufnahme in eine An-

stalt oder ein Heim aus gesundheitlichen oder sonstigen Gründen geboten ist. Die Hausentbindung ist seit langer Zeit in der Stadt und nunmehr auch auf dem flachen Land immer seltener geworden. Dieser soziologischen Veränderung trägt die Bestimmung Rechnung. Ob eine stationäre Entbindung aus gesundheitlichen Gründen geboten ist, muß der Arzt oder die Hebamme begutachten. Auch mangelnde hygienische Verhältnisse in der Wohnung können die Entbindung in einer Anstalt oder einem Heim geboten erscheinen lassen, ebenso besondere Familienverhältnisse (minderjährige Kinder, mangelnde Pflege zuhause). Auch Gründe höchstpersönlicher Art können eine Heimentbindung erfordern, z. B. wenn eine werdende Mutter ihr uneheliches Kind in einem Heim außerhalb ihres Heimatortes zur Welt bringen möchte (s. Oestreicher, Komm. zum BSHG 1962 Anm. 2 Buchst. b zu § 38).

6. Eingliederungshilfe für Behinderte (§§ 39—47)

a) Vorhermerkung: Unterabschnitt 7 übernimmt die Leistungsbestimmungen des Körperbehindertengesetzes (KBG) und dehnt sie auf weitere Behindertengruppen aus. Die gesundheitsrechtlichen Bestimmungen des KBG wurden ebenfalls erweitert und sind in einem eigenen Abschnitt 12 zusammengefaßt (s. Abschnitt X). Die Eingliederungshilfe umfaßt auch den Lebensunterhalt für Behinderte, in bestimmten Fällen zugleich den für Angehörige. Es wird manchmal schwierig sein, die Eingliederungshilfe von der Krankenhilfe abzugrenzen. Dabei ist davon auszugehen, daß Behinderung weniger eine Krankheit, sondern ein Leiden ist. Erst wenn alle Mittel und Möglichkeiten der Eingliederungshilfe erschöpft sind oder nicht zum Ziel führen, treten andere Hilfen nach diesem Gesetz an ihre Stelle.

Die Eingliederungshilfe geht meist über die Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit hinaus. Sie ist eine vielfältige Hilfe medizinischer, arbeits- und berufsfördernder sowie sozialer Art für körperlich, geistig und seelisch Behinderte. Mit dem Begriff „Rehabilitation“ ist sie eigentlich nur teilweise bezeichnet, und zwar deshalb, weil sie nicht nur die Wiedereingliederung von Personen, die vorher einmal berufstätig waren, bezweckt, sondern auch die Eingliederung noch nicht Berufsfähiger und überhaupt nicht oder kaum berufsfähiger Werdender. Nach Prof. Dr. Muthesius wird sie daher treffender als „Integration“ bezeichnet.

Mit Eingliederungsmaßnahmen befassen sich viele Gesetze (vor allem die Reichsversicherungsordnung, das Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung, das Bundesversorgungsgesetz). Ihnen gegenüber ist die Sozialhilfe stets nachrangig, auch wenn es sich nach den anderen Gesetzen nur um Kannleistungen handelt (§ 2 Abs. 2). Auch Krankenkassen können nicht unter Hinweis auf die Sozialhilfe Krankenhauspflege für Behinderte generell ablehnen.

Die Eingliederungshilfe für Behinderte stellt nicht nur einen Schwerpunkt im Rahmen der Sozialhilfe, sondern auch im Bereich der Sozialleistungen überhaupt dar.

b) Personenkreis und Aufgabe (§ 39): In dieser Bestimmung wird der Personenkreis bestimmt, dem Eingliederungshilfe gewährt werden muß (Abs. 1) bzw. werden kann (Abs. 2); ferner wird die Aufgabe der Eingliederungshilfe für Behinderte festgelegt (Abs. 3).

Der in Abs. 1 festgelegte *Anspruch* besteht für die in Satz 1 Nr. 1—5 genannten Personen. Zunächst sollen die 5 Behindertengruppen betrachtet werden:

Der Begriff des Körperbehinderten wird im BSHG definiert, wie es auch das KBG getan hatte. Nach Abs. 1 Satz 2 stimmen die medizinischen Begriffsmerkmale (Beeinträchtigung — nach dem KBG: Fehlform oder Fehlfunktion — des Stütz- oder Bewegungssystems, Spaltbildung des Gesichts oder des Rumpfes) mit dem bisherigen Recht überein. Der wesentliche Unterschied liegt darin, daß nach dem Körperbehindertengesetz als Folge der genannten medizinischen Voraussetzungen eine dauernde wesentliche Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit verlangt war, während nach dem BSHG als Folge der Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems eine nicht nur vorübergehende wesentliche Behinderung der Bewegungsfähigkeit genügt. Hinsichtlich der Spaltbildungen des Gesichts ist nur erforderlich, daß sie *wesentlich* sein müssen. Der Personenkreis der Körperbehinderten ist also wesentlich umfassender geregelt als bisher. Vor allem können jetzt auch alte Menschen hierzu gehören, weil es nicht mehr erforderlich ist, daß sie in ihrer Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt sein müssen.

Wie bisher schon werden den Körperbehinderten die von einer Körperbehinderung bedrohten Personen gleichgestellt. Im Gegensatz zum bisherigen Recht ist im Gesetz nicht mehr festgelegt, wer von einer Körperbehinderung bedroht ist. Zur Beurteilung dieser Frage ist allein der Arzt fähig, der sich auch darüber zu äußern hat, ob die Behinderung etwa nicht nur vorübergehend und ob sie oder die Spaltbildung wesentlich ist. Auf die Entstehungsursache der Körperbehinderung (angeborene, erworbene, nach Krankheit zurückgebliebene) kommt es nicht an. Bisheriges Schrifttum und einschlägige Rechtsprechung zum Körperbehindertengesetz hinsichtlich der Frage, ob eine Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems oder eine Spaltbildung des Gesichts oder Rumpfes vorliegt, kann weiterhin verwendet werden.

Krankheiten des Stütz- und Bewegungssystems sind z. B.:

Angeborene Fehlbildungen, z. B. Schiefhals, Hüftverrenkungen oder Klumpfuß;

Unfallfolgen an Rumpf oder Gliedmaßen, wie Glied- oder Teilgliedverlust durch Amputation, Knochenverformungen, Gelenkversteifungen oder Lähmungen;

Erkrankungen des Nervensystems und der Muskulatur und deren Folgezustände an Rumpf und Gliedmaßen, z. B. Kinderlähmung, multiple Sklerose, spastische Lähmungen; Wachstumsstörungen durch Systemerkrankungen des Stützsystems, wie fortschreitende Rückgratverkrümmungen und schwere Beinverkürzungen angeborener und erworbener Art; Erkrankungen der Knochen und Gelenke, insbesondere chronischen Verlaufs, ausgenommen Knochen- und Gelenktuberkulose, soweit hier den Betroffenen Tuberkulosehilfe gewährt wird.

Blinde i. S. des BSHG sind wie nach bisherigem Recht Personen, die ohne Augenlicht geboren oder dieses später auf irgendeine Weise verloren haben. Wie bereits unter Abschnitt VI erwähnt, gilt als blind auch, wer eine so geringe Sehschärfe hat, daß er sich in einer ihm nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe nicht zurechtfinden kann. Den Blinden sind die von Blindheit Bedrohten gleichgestellt.

Anspruch auf Eingliederungshilfe haben auch die nicht nur vorübergehend *hochgradig Sehschwachen*. In der Rechtsverordnung der Bundesregierung nach § 47 BSHG dürfte voraussichtlich hierzu bestimmt werden, daß hochgradig sehschwach Personen sind, die sich zwar in einer ihnen nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe noch zurechtfinden, ihr Sehvermögen aber auf einem angemessenen Platz im Arbeitsleben nicht oder für eine sonstige Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft nur geringfügig verwerten können. Diese Voraussetzung dürfte stets erfüllt sein, wenn das bessere Auge eine Sehschärfe von weniger als $\frac{1}{20}$ oder krankhafte Veränderungen von entsprechendem Schweregrad aufweist.

Zu den Behinderten gehören nach § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 auch Personen, die durch eine Beeinträchtigung der *Hörfähigkeit* oder der *Sprachfähigkeit* nicht nur vorübergehend wesentlich behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind. Wie bei den Körperbehinderten muß auch hier die Behinderung nicht nur vorübergehend und wesentlich sein. Allerdings können auch nicht wesentlich Behinderte dann Eingliederungshilfe erhalten, wenn die Gefahr besteht, daß sich die unwesentliche Behinderung bald in eine wesentliche verschlechtert. Das ergibt sich aus der Fassung „oder von einer solchen Behinderung bedroht sind“. Auch diese Fragen können wohl nur durch fachärztliche Gutachten entschieden werden. Für Hör- und Sprachgeschädigte wird in der bereits erwähnten Verordnung nach § 47 BSHG voraussichtlich zu bestimmen sein, daß solche Personen die Voraussetzungen des Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 und 4 erfüllen, die gehörlos bzw. ohne Sprachfähigkeit sind oder die ihre Hör- bzw. Sprachfähigkeit auf einem angemessenen Platz im Arbeitsleben oder für eine sonstige Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft nur geringfügig verwerten können. Personen, die wegen ihrer Gehörlosigkeit die Sprache nicht auf natürliche Weise erlernen können (Taubstumme), gehören zur Personen-Gruppe der Hörgeschädigten; denn bei ihnen ist das mangelnde Sprachvermögen eine Folge der fehlenden Hörfähigkeit. Seelentaube und Hörstumme sollten wie bisher zu den Sprachgeschädigten gerechnet werden. Sie haben zwar ein funktionsfähiges Hörorgan, können aber durch Störungen des Nervensystems das Gehörte nicht verwerten. Dabei kann der Seelentaube das durch das Ohr Aufgenommene nicht verstehen und mit begrifflichen Vorstellungen verbinden, während der Hörstumme diese Fähigkeit zwar hat, aber das Gehörte für die Sprache nicht verwerten kann (so die Begründung zum Regierungsentwurf des KBG).

Es ist möglich, daß in der Verordnung nach § 47 BSHG auch bestimmt wird, wer von einer Behinderung i. S. des § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bis 4 bedroht ist. Hier wird vorauszusetzen sein, daß der Eintritt der Behinderung nach allgemeiner ärztlicher Erkenntnis mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist.

Als letzte Gruppe der Behinderten sind die Personen aufgeführt, deren *geistige Kräfte schwach entwickelt* sind. Bei ihnen muß also eine geminderte Intelligenz vorliegen, wobei es auf den Grad des Zurückbleibens der geistigen Kräfte nicht ankommt. Nach dem schriftlichen Bericht des Ausschusses für Kommunalpolitik und öffentliche Fürsorge des Deutschen Bundestags vom 25. 4. 1961 (Drucks. 2673) erfaßt Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 auch Fälle von Mongoloismus. Zu dem Personenkreis, dem Eingliederungshilfe gewährt werden muß, gehören nicht nur Personen, deren geistige Kräfte von Geburt an

schwach sind, sondern auch solche, bei denen die Entwicklung ihrer geistigen Kräfte erst später zurückgeblieben ist. In der künftigen Verordnung der Bundesregierung nach § 47 BSHG dürfte wohl bestimmt werden, daß geistig behindert Personen sind, bei denen eine Hemmung der Entwicklung oder eine Rückentwicklung ihrer geistigen Kräfte vorliegt und bei denen trotz dieser Behinderung der Versuch von Eingliederungsmaßnahmen noch sinnvoll ist. Zu dem genannten Personenkreis gehören nicht die Geisteskranken und Geistesschwachen i. S. des bürgerlichen Rechts. Für diese Personen wäre eine Eingliederungshilfe nutzlos; hier kann im Rahmen der Eingliederungshilfe der noch zu besprechende Abs. 2 in Frage kommen.

Personen mit einer körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung, die nicht unter die letztgenannten 5 Gruppen fallen und deshalb keinen Anspruch auf Eingliederungshilfe haben, kann nach Abs. 2 Eingliederungshilfe gewährt werden. Durch diese Bestimmung ist sichergestellt, daß keine Art der Behinderung ohne die erforderliche Hilfe zu bleiben braucht. Der Träger der Sozialhilfe hat hier einen weiten Ermessensspielraum. Auch bei Körperbehinderten kann Abs. 2 einschlägig sein, wenn die Behinderung nicht wesentlich im Sinne des Abs. 1 ist, besonders aber dann, wenn eine wesentliche körperliche Behinderung zwar besteht, aber nicht auf eine Beeinträchtigung des Stütz- oder Bewegungssystems zurückzuführen ist (z. B. Folgezustände nach Krankheiten wie schwerer Herzschaden, nach rheumatischer Erkrankung usw.).

Aufgabe der Eingliederungshilfe ist in erster Linie die Eingliederung in das Arbeits- („angemessener Beruf“) und Gemeinschaftsleben („sonstige angemessene Tätigkeit“). Die Hilfe beschränkt sich aber nicht hierauf; soweit möglich, soll sie den Behinderten zumindest unabhängig von Pflege machen. Beispiele für Aufgaben der Eingliederungshilfe sind: Erhaltung eines beschränkten Sehvermögens oder einer beschränkten Hörfähigkeit, selbst wenn die Fähigkeit zur Ausübung des Berufs nicht mehr zu erhalten ist; Erhalten oder Erreichen der Gehfähigkeit eines Schwerbehinderten durch geeignete Behandlung und Mittel, Ermöglichung einfacher Beschäftigungen bei geistig Behinderten. Die Eingliederungshilfe kann nicht gewährt werden, wenn die in Abs. 3 gestellte Aufgabe im Einzelfall nicht erreichbar ist. Bei der Beurteilung kommt es auf die Umstände des Einzelfalles an.

Eine Abgrenzung zwischen Eingliederungshilfe und Krankenhilfe ist in Fällen drohender Behinderung von Bedeutung. Die Voraussetzungen für die Gewährung von Eingliederungshilfe sind dann gegeben, wenn der Verlauf oder die Schwere der Erkrankung nach ärztlichem Urteil erwarten läßt, daß eine Behinderung im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1—4 eintreten wird. Erweist sich z. B. eine Erkrankung der Sehorgane als so schwer, daß Blindheit einzutreten droht, sind für die zu gewährende Hilfe nicht die Bestimmungen über Krankenhilfe und die sich auf sie beziehenden Vorschriften über die Einkommensgrenze, sondern die Bestimmungen der §§ 39 ff. BSHG, die sich auf sie beziehenden Vorschriften über die Einkommensgrenze und über die sachliche Zuständigkeit des überörtlichen Trägers anzuwenden.

e) Maßnahmen der Eingliederungshilfe (§ 40):

§ 40 zählt nur die wichtigsten Maßnahmen der Hilfe auf (vgl. Fassung „vor allem“), wobei entsprechende

Vorschriften aus dem KBG weitgehend übernommen werden. Besondere Maßnahmen zugunsten bestimmter Gruppen sowie nähere Bestimmungen über Art und Umfang sind der bereits wiederholt erwähnten Rechtsverordnung nach § 47 vorbehalten.

Abs. 1 führt als Maßnahme der Eingliederungshilfe an erster Stelle (Nr. 1) die ambulante oder stationäre Behandlung oder sonstige ärztliche oder ärztlich verordnete Maßnahmen zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung der Behinderung auf. Als „sonstige ärztliche Maßnahmen“ sind z. B. fachärztliche oder röntgenologische Untersuchungen anzusehen. Ärztlich verordnete Maßnahmen braucht der Arzt nicht selbst durchzuführen; dazu gehören z. B. orthopädisches Einzelturnen, orthopädisches Gruppenturnen unter fachkundiger Leitung, Bestrahlungen, Massagen und Bäder. Auch Kuren können zu den Maßnahmen der Eingliederungshilfe nach Abs. 1 Nr. 1 gehören, wenn andere Maßnahmen nicht ausreichen und die Kur im Einzelfall nach ärztlichem Gutachten zur Verhütung, Beseitigung oder Milderung der Behinderung oder ihrer Folgen erforderlich ist.

Nach Abs. 1 Nr. 2 kommt die Versorgung mit Körperersatzstücken und allen (auch kleineren) orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln in Betracht, die erforderlich und geeignet sind, die in § 39 Abs. 3 bezeichnete Aufgabe zu erfüllen. Zu den Hilfsmitteln zählen z. B. Krankenfahrzeuge, Führungshunde, Kleinschreibmaschinen und Tonbandgeräte für Blinde, Blindenuhren, Blindenschrift-Bogenmaschinen, Brillen für hochgradig Sehgeschwache, Hörgeräte für Schwerhörige, besondere Bedienungseinrichtungen und Zusatzgeräte für Kraftfahrzeuge, u. U. auch Zahnersatz, sofern er zur Verhütung oder Beseitigung einer körperlichen Behinderung erforderlich ist. Zur Versorgung gehört auch die notwendige Änderung oder Instandsetzung von Körperersatzstücken und orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln. Für die Versorgung Behinderter mit Körperersatzstücken, größeren orthopädischen und größeren anderen Hilfsmitteln ist nach § 100 Abs. 1 Nr. 2 der überörtliche Träger der Sozialhilfe zuständig. Welche Hilfsmittel diese Voraussetzungen erfüllen, wird in Kürze durch eine Verordnung der Bundesregierung zur Durchführung des § 81 Abs. 1 Nr. 3 BSHG (auf Grund des § 81 Abs. 5 Satz 2) bestimmt werden. Voraussichtlich werden dazu gehören Stützapparate für Rumpf und Gliedmaßen, orthopädisches Schuhwerk in Verbindung mit Stützapparaten, Krankenfahrzeuge (Selbstfahrer, Krankenschiebewagen und Zimmerfahrstühle), besondere Bedienungseinrichtungen und Zusatzgeräte für Kraftfahrzeuge, ferner orthopädische und andere Hilfsmittel, deren Preis mehr als DM 200.— beträgt. Bisher war für die letztgenannten Hilfsmittel für Körperbehinderte in einer bis jetzt noch geltenden Verordnung zur Durchführung des § 7 Abs. 2 des Körperbehindertengesetzes vom 10. Juli 1958 (Bundesgesetzblatt I S. 449) eine Grenze von DM 150.— festgelegt.

Als weitere Maßnahme der Eingliederungshilfe ist in § 40 Abs. 1 Nr. 3 die Hilfe zu einer angemessenen Schulbildung, mindestens im Rahmen der allgemeinen Schulpflicht, falls erforderlich auch darüber hinaus, festgelegt. Die letztgenannte Maßnahme kommt z. B. in Betracht, wenn ein Jugendlicher wegen einer schweren Erkrankung an Kinderlähmung bei Vollendung des schulpflichtigen Alters den Abschluß nicht erreicht hat. Es sind aber auch Fälle denkbar, in denen Maßnahmen einer angemessenen Schulbildung schon vor Beginn der

allgemeinen Schulpflicht durchzuführen sind, z. B. bei blinden oder gehörlosen Kindern oder auch bei geistig behinderten Kindern, bei denen eine Bildungshilfe nur dann Erfolg verspricht, wenn sie frühzeitig eingeleitet wird (s. Gottschick a. a. O. S. 172 Anm. 4). In der Verordnung nach § 47 dürfte wohl auch festgelegt werden, daß auch Hilfe zum Besuch einer mittleren oder höheren Schule oder einer Einrichtung, deren Ausbildungsabschluß dem der mittleren oder höheren Schule gleichgestellt ist, zu gewährt ist. Allerdings wird eine Hilfestellung nur in Betracht kommen, wenn nach den körperlichen und geistigen Fähigkeiten und Leistungen des Behinderten zu erwarten ist, daß er das Ziel der Schule erreichen wird. Bei geistig zurückgebliebenen Kindern wird der Begriff der angemessenen Schulbildung sehr weit auszulegen sein. Bei ihnen kann Hilfe auch dann noch in Frage kommen, wenn die Unterrichtung nur zu einem Bildungsgrad führt, der hinter dem bei normal begabten Kindern zu erzielenden Erfolg erheblich zurückbleibt.

Bei der Hilfe zur Ausbildung für einen angemessenen Beruf oder eine sonstige angemessene Tätigkeit (§ 40 Abs. 1 Nr. 4) sind nicht etwa die strengen Voraussetzungen für die Ausbildungshilfe maßgebend; vielmehr ist die Hilfe schon dann zu gewähren, wenn nach den körperlichen und geistigen Fähigkeiten und Leistungen des Behinderten zu erwarten steht, daß er das Ziel der Ausbildung erreichen wird, daß der beabsichtigte Ausbildungsweg erforderlich ist und daß der Beruf oder die Tätigkeit voraussichtlich eine ausreichende Lebensgrundlage bietet; falls das wegen Art und Schwere der Behinderung nicht möglich wäre, soll die Hilfe wenigstens in angemessenem Umfang zur Lebensgrundlage beitragen.

§ 40 Abs. 1 Nr. 5 sieht als Eingliederungsmaßnahme die Hilfe zur Fortbildung im früheren oder einem diesem verwandten Beruf oder zur Umschulung für einen angemessenen Beruf oder eine sonstige angemessene Tätigkeit vor. Wer z. B. nach abgeschlossener Ausbildung längere Zeit stationär behandelt worden ist, bedarf oft der Fortbildung, um die verlorengegangenen Kenntnisse zurückzugewinnen und mit Veränderungen vertraut gemacht zu werden. Wer wegen seines Leidens den erlernten Beruf nicht mehr ausüben kann, wird für einen geeigneten Beruf umgeschult. Aus der Fassung „angemessen“ ist zu folgern, daß dem Behinderten ein sozialer Abstieg nicht zugemutet wird. Der allgemeine Anspruch des Behinderten auf Arbeits- und Berufsförderung umfaßt nicht auch Hilfe zum Aufstieg im Berufsleben; sie kann aber gewährt werden, wenn die Besonderheit des Einzelfalles das rechtfertigt. Diese Voraussetzungen können vorliegen, wenn der Behinderte seine bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben kann, aber fähig ist, auf Grund seiner Kenntnisse eine Tätigkeit zu erlernen, die gegenüber der früheren einen Aufstieg im Berufsleben darstellt.

Zu den Maßnahmen der Eingliederungshilfe gehört nach § 40 Abs. 1 Nr. 6 auch die Hilfe zur Erlangung eines geeigneten Platzes im Arbeitsleben. Es kommt nur ein solcher Arbeitsplatz in Betracht, für den der Behinderte geeignet ist. Der Träger der Sozialhilfe muß sich auch im Benehmen mit dem Arbeitsamt und dem Arbeitgeber bemühen, die Arbeitseinrichtungen den Fähigkeiten des Behinderten und den gesundheitlichen Erfordernissen anzupassen. Schließlich ist auch Hilfe zur Beschaffung

von Gegenständen zu leisten, die zur Aufnahme oder Fortsetzung einer Erwerbstätigkeit unentbehrlich sind.

Als letzte Maßnahme der Eingliederungshilfe ist in § 40 Abs. 1 Nr. 7 die nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit der ärztlichen oder ärztlich verordneten Maßnahmen und zur Sicherung der Eingliederung des Behinderten in das Arbeitsleben genannt. Die Bestimmung bezieht sich also sowohl auf die Sicherung der ärztlich und ärztlich verordneten Maßnahmen nach Abs. 1 Nr. 1 (z. B. nachgehende ärztliche Betreuung nach Entlassung aus stationärer Behandlung, Nachuntersuchungen) als auch auf die Sicherung der Eingliederung in das Arbeitsleben (z. B. Betriebsbesuche, Sicherung der Möglichkeit der Eingewöhnung und Bewährung des Behinderten auf dem neuen Arbeitsplatz).

Diese nachgehende Hilfe kann oft für den Erfolg der vorher durchgeführten medizinischen und beruflichen Maßnahmen von entscheidender Bedeutung sein. Vor allem soll auch das Selbstvertrauen des Behinderten gestärkt werden.

Maßnahmen für *Schwerstbehinderte* sieht § 40 Abs. 2 vor. Behinderten, bei denen wegen der Schwere ihrer Behinderung arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen nach Abs. 1 nicht möglich sind, soll nach Möglichkeit Gelegenheit zur Ausübung einer der Behinderung entsprechenden Tätigkeit gegeben werden. Die hier in Betracht kommende Hilfe muß sich nach Art und Grad der Behinderung und der Möglichkeit richten, Gelegenheit zur Tätigkeit zu geben. Bei nicht stationärem Aufenthalt kann z. B. möglicherweise Heimarbeit verrichtet werden. Auch Schwerstbehinderte können oft noch durchaus werteschöpfende Arbeiten leisten, während die Beschäftigung geistig stark Behinderter oft mehr von therapeutischer Bedeutung ist.

Die Gewährung von *Besuchsbeihilfen* während der Durchführung von stationären Maßnahmen der Eingliederungshilfe regelt § 40 Abs. 3. Hier handelt es sich allerdings nur um eine *Kannbestimmung*; der Sozialhilfeträger entscheidet also im Rahmen seines nicht gebundenen Ermessens. Die Gewährung der Beihilfe kommt insbesondere bei längerdauernden Maßnahmen in Anstalten oder Heimen in Betracht. Die Möglichkeit der Beihilfegewährung besteht sowohl für den Behinderten zum Besuch seiner Angehörigen als auch für Fahrten der Angehörigen an den Unterbringungsort des Behinderten.

d) Lebensunterhalt für Behinderte (§ 41):

Wie bei der Ausbildungshilfe (§ 33) wird der Lebensunterhalt auch in die Eingliederungshilfe einbezogen; allerdings ist diese Regelung auf die Fälle einer Hilfe zur Schulausbildung, Berufsausbildung, beruflichen Fortbildung, Umschulung oder zum Aufstieg im Berufsleben beschränkt, einerlei ob der Behinderte in einem Heim untergebracht ist oder nicht.

Für den Lebensunterhalt gelten die Bestimmungen des Abschnitts 2 mit der Maßgabe, daß für den laufenden Lebensunterhalt für Personen über 14 Jahre (Überschreitung des volksschulpflichtigen Alters) außerhalb von Anstalten und Heimen ein *Mehrbedarf* von mindestens 50 v. H. des maßgebenden Regelsatzes anzuerkennen ist. Dieser Prozentsatz ist angemessen zu erhöhen, wenn es nach der Schwere der Behinderung und zur Stärkung des Selbsthilfewillens des Behinderten geboten ist. Aus Abs. 2 Satz 2 ergibt sich, daß bei einem Behinderten, für den Maßnahmen der offenen Eingliederungshilfe nach § 40 Abs. 1 Nr. 3—5 in Betracht kommen

und der zugleich erwerbsunfähig i. S. des § 23 Abs. 1 Nr. 2 ist, für dessen laufenden Lebensunterhalt ein Mehrbedarf von mindestens 70 v. H. (mindestens 50 v. H. nach § 41 Abs. 2 Satz 2 und 20 v. H. nach § 23 Abs. 1 Nr. 2) anzuerkennen ist.

Abs. 3 gibt die Möglichkeit der nachgehenden Hilfe bezüglich des Lebensunterhaltes bei den Eingliederungsmaßnahmen des § 40 Nr. 3—5 für eine angemessene Übergangszeit, vor allem für eine Einarbeitungszeit. Das wird besonders dann von Bedeutung sein, wenn der Behinderte nach Abschluß der arbeits- und berufsfördernden Maßnahmen zunächst noch nicht voll leistungsfähig ist und sich deshalb zunächst mit einem geminderteren Einkommen begnügen muß.

e) Lebensunterhalt für andere Personen (§ 42):

Während es sich bei § 41 (Hilfe zum Lebensunterhalt des Behinderten) außer der Regelung in Abs. 3 um zwingende Vorschriften handelt, sollen, wenn die Behinderung stationäre Behandlung oder arbeits- und berufsfördernde Maßnahmen erfordert, nach § 42 Abs. 1 die Leistungen, die für die von dem Behinderten bisher auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht überwiegend unterhaltenen Personen nach Regelsätzen zu gewähren sind, angemessen erhöht werden. Zweck dieser Bestimmung ist es, die Bereitschaft des Behinderten zu stärken, sich den genannten Eingliederungsmaßnahmen zu unterziehen. Die vom Behinderten in der Zeit vor Eintritt des Bedarfsfalls überwiegend unterhaltenen Angehörigen sollen hinsichtlich ihres Lebensstandards bessergestellt werden. Das Gesetz deutet im zweiten Halbsatz des Abs. 1 das Maß der Erhöhung dieser Lebensunterhaltsleistungen nur an, wenn es sagt, sie sollten so bemessen werden, daß der Wille des Behinderten zur Selbsthilfe gestärkt und eine nicht zumutbare Beeinträchtigung der Lebenshaltung des Behinderten und der obengenannten überwiegend unterhaltenen Personen vermieden wird.

Die erhöhten Leistungen zum Lebensunterhalt können auch den Angehörigen für eine Übergangszeit gewährt werden, solange sie der Eingegliederte nach § 41 Abs. 3 erhält (§ 42 Abs. 3).

f) Erweiterte Hilfe (§ 43):

§ 43 verpflichtet den Träger der Sozialhilfe in Fällen, in denen die Behinderung die Gewährung der Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung oder ambulante Behandlung erfordert, die Eingliederungshilfe auch dann in vollem Umfang zu gewähren, wenn den in § 28 genannten Personen (das sind der Hilfesuchende, sein nicht getrennt lebender Ehegatte und, wenn er minderjährig und unverheiratet ist, seine Eltern) nach Abschnitt 4 die Aufbringung der Mittel zu einem Teil zuzumuten ist. Insofern wird die allgemeine *Kannbestimmung* des § 29 für die in § 43 genannten Maßnahmen der Eingliederungshilfe zu einer *Mußvorschrift*. Der Behinderte hat einen Anspruch auf volle Übernahme der Hilfe, wenn nicht der Behinderte oder seine in § 28 genannten Angehörigen offensichtlich die vollen Kosten selbst aufbringen können. Die hier festgelegte Vorleistungspflicht, die ihr Vorbild in § 9 des KBG hat, soll die rasche Einleitung stationärer Maßnahmen oder ambulanter Behandlung sicherstellen.

Der nach § 28 in Verbindung mit Abschnitt 4 zumutbare Beitrag des Behinderten oder seiner Angehörigen ist in Bayern durch Leistungsbescheld i. S. des Art. 23

des Bayerischen Verwaltungszustellungs- und Vollstreckungsgesetzes (Art. 15 AGBSHG) geltend zu machen.

g) Vorläufige Hilfeleistung (§ 44):

§ 44 bezweckt, eine sofort erforderliche Hilfe für den Behinderten nicht an Zuständigkeitsfragen scheitern zu lassen, und verpflichtet den Träger, die notwendigen Maßnahmen unverzüglich durchzuführen, wenn zu befürchten ist, daß sie sonst nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt werden. Die Verpflichtung des Trägers der Sozialhilfe zur vorläufigen Hilfeleistung entfällt erst dann, wenn die Verpflichtung eines anderen zur Hilfe endgültig feststeht.

h) Versagung der Hilfe (§ 45):

Ähnlich wie in anderen Sozialleistungsgesetzen bestimmt § 45, daß die Weitergewährung der Hilfe ganz oder teilweise versagt werden kann, wenn der Erfolg der Hilfe durch den Behinderten oder durch den, der nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches für die Person des Behinderten zu sorgen hat, schuldhaft gefährdet wird. Die Gefährdung des Erfolges kann zu bejahen sein, wenn der Behinderte ärztliche Anordnungen nicht befolgt oder wenn der Personensorgeberechtigte den Behinderten davon abhält, an vorgesehenen beruflichen Förderungsmaßnahmen teilzunehmen (vgl. Gottschick a. a. O. S. 182, Anm. 4 zu § 45). Bei Versagung der Hilfe muß eine *schuldhaft* Gefährdung des Erfolges der Hilfe zu bejahen sein, d. h. die in Frage kommenden Personen müssen vorsätzlich oder fahrlässig gehandelt haben.

Bevor die Hilfe versagt wird, *müssen* der Behinderte, der Sorgepflichtige und der behandelnde Arzt gehört werden.

i) Gesamtplan (§ 46):

Der Träger der Sozialhilfe hat nach § 46 Abs. 1 so frühzeitig wie möglich einen *Gesamtplan* zur Durchführung der einzelnen Maßnahmen, die vielgestaltig sind und von denen § 40 nur beispielsweise mehrere Gruppen aufzählt, aufzustellen. Solche Gesamtpläne sind nichts völlig Neues: Bereits § 5 Abs. 2 Buchst. e KGB sah die Aufstellung eines „Heil- und Eingliederungsplanes“ vor, die allerdings nicht dem Fürsorgeverband, sondern dem Gesundheitsamt oblag. Auch § 1237 Abs. 5 der Reichsversicherungsordnung, der im Zuge der Neuregelung der Rentenversicherung eingefügt wurde, legt die Aufstellung eines Gesamtplanes in Zusammenarbeit mit allen an der Durchführung der Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit des Versicherten beteiligten Stellen fest. In diesem Zusammenhang darf auch auf § 16 der Verordnung zur Kriegsofferfürsorge vom 30. Mai 1961 (Bundesgesetzblatt I S. 653) und schließlich für die Tuberkulosehilfe auf § 50 Abs. 2 Satz 2 BSHG verwiesen werden.

Der Gesamtplan zeigt auf, welche Maßnahmen im Einzelfall durchzuführen sind und legt die Zeiten hierfür fest. Er betrifft also den einzelnen Behinderten und nicht etwa eine Behindertengruppe. Kommt im Rahmen der Eingliederungshilfe nur eine Maßnahme in Betracht, entfällt auch die Verpflichtung zur Aufstellung eines Gesamtplanes, was sich aus dessen Begriff ergibt. Der Plan soll sicherstellen, daß die einzelnen Abschnitte der Eingliederungsmaßnahmen sinnvoll ineinandergreifen und rechtzeitig eingeleitet werden.

Der für die Aufstellung des Gesamtplanes örtlich und sachlich zuständige Sozialhilfeträger muß bei Körperbehinderten oder von einer Körperbehinderung bedrohten Person den Plan „im Benehmen mit dem Gesundheitsamt“ aufstellen. Es ist also eine rechtzeitige Beteiligung dieser Behörde, aber kein unbedingtes Einvernehmen erforderlich; allerdings wird der Träger in der Praxis doch eine Einigung über die hier einschlägigen ärztlichen Fragen mit dem zu deren Beurteilung allein geeigneten Gesundheitsamt anstreben.

§ 46 Abs. 2 BSHG schreibt vor, daß der Träger der Sozialhilfe bei Aufstellung des Gesamtplanes und der Durchführung der Maßnahmen mit dem Behinderten und den sonst im Einzelfalle Beteiligten zusammenwirken soll. Wer im Einzelfall Beteiligter ist, entscheidet sich nach Art der Maßnahme. Das Gesetz führt hierfür vor allem den behandelnden Arzt, das Gesundheitsamt, den Landesarzt (der unter Abschnitt X behandelt werden wird) und die Dienststellen der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung auf. Im Einzelfall können z. B. auch nahe Angehörige des Behinderten, Schulen oder andere Sozialleistungsträger beteiligt sein. Von dem guten Zusammenwirken aller Beteiligten hängt oft der Erfolg der Eingliederung ab. Auch der Zusammenarbeit mit anderen Sozialleistungsträgern, die in § 94 BSHG ausdrücklich angesprochen ist, kommt gerade auf dem Gebiet der Integration besondere Bedeutung zu.

k) Bestimmungen über die Durchführung der Hilfe (§ 47):

Da das BSHG außer der Begriffsbestimmung des Körperbehinderten nur allgemeine Vorschriften über den Personenkreis der Behinderten (§ 39) enthält und nur die wichtigsten in Betracht kommenden Maßnahmen der Eingliederungshilfe allgemein bezeichnet (§ 40), hat der Gesetzgeber in § 47 die Möglichkeit vorgesehen, durch Rechtsverordnung der Bundesregierung, die der Zustimmung des Bundesrates bedarf, Bestimmungen über die Abgrenzung des Personenkreises der Behinderten, über Art und Umfang der Maßnahmen der Eingliederungshilfe sowie über das Zusammenwirken mit anderen Stellen, die der Eingliederungshilfe entsprechende Maßnahmen durchführen, zu erlassen. Diese Verordnung der Bundesregierung ist zwar noch nicht erlassen; jedoch wird derzeit ein erster Entwurf erörtert.

7. Tuberkulosehilfe (§§ 48–66)

a) Die Tuberkulosehilfe war bisher keine Leistung der öffentlichen Fürsorge, sie ist aber jetzt Sozialhilfe. Das Tuberkulosehilfegesetz (THG) vom 23. Juli 1959 (Bundesgesetzblatt I S. 513) wurde durch § 153 Abs. 2 Nr. 5 BSHG aufgehoben und, soweit es sich auf die Träger der Sozialhilfe bezieht, in Unterabschnitt 8 und, soweit es sich um Tuberkulosebekämpfung außerhalb der Sozialhilfe handelt, in Abschnitt 13 eingearbeitet. Sachlich wurde gegenüber dem bisherigen Recht kaum etwas geändert; sprachlich sind wesentliche Umformulierungen und Zusammenfassungen erfolgt. Häufig kann auf andere Bestimmungen des BSHG verwiesen werden.

b) Aufgabe der Tuberkulosehilfe ist nach § 48 Abs. 1 die Förderung und Sicherung der Heilung Tuberkulosekranker und der Schutz der Umgebung der Kranken gegen Ansteckung.

Der Leistungskatalog (Abs. 2) umfaßt Heilbehandlung, Hilfe zur Eingliederung in das Arbeitsleben,

Hilfe zum Lebensunterhalt, Sonderleistungen und vorbeugende Hilfe.

Im THG war vom Schutz der Allgemeinheit die Rede.

Die Änderung dient der Abgrenzung zum öffentlichen Gesundheitsdienst und der Betonung des individuellen Charakters der Hilfe. Der unmittelbare Schutz der Allgemeinheit ist in erster Linie Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes (s. Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung übertragbarer Krankheiten beim Menschen — Bundes-Seuchengesetz — vom 18. Juli 1961 — Bundesgesetzblatt I S. 1012 — und § 4 Abs. 8 der Ersten Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 6. Februar 1935 — Reichsgesetzblatt I S. 177 —).

Hilfe wird bei allen Formen der Krankheit (z. B. Lungen-, Kehlkopf-, Knochen- und Gelenktuberkulose) gewährt.

§ 48 Abs. 3 bestimmt, daß Tuberkulosehilfe gegenüber der vorbeugenden Gesundheitshilfe (§ 36) und der Krankenhilfe (§ 37) vorrangig ist, um eine Überschneidung gleichartiger Leistungen zu vermeiden. In § 48 Abs. 3 Satz 2 ist der schon bisher im THG bestehende Grundsatz festgelegt, daß die Tuberkulosehilfe den Leistungen anderer (vor allem der Sozialversicherungsträger) dann vorgeht, wenn der andere auf entsprechende Leistungen der anderen keinen Anspruch hat. Es haben also Mußleistungen nach Unterabschnitt 8 den Vorrang vor Kannleistungen anderer.

Die in § 48 Abs. 2 aufgeführten 5 Maßnahmen sind in den folgenden Vorschriften (§§ 49 ff.) näher geregelt. Da sie dem bisherigen Tuberkulosehilferecht entsprechen, das als bekannt vorausgesetzt werden darf, dürfte ein kurzer Überblick genügen.

c) Die in § 49 geregelte Heilbehandlung, auf die ein Rechtsanspruch besteht, stellt die wichtigste Maßnahme zur Heilung eines Kranken und zur Sicherung gegen Krankheitsübertragung dar. § 49 Abs. 2 regelt den Umfang und besagt, daß die Heilbehandlung je nach den Erfordernissen des Einzelfalles umfaßt:

1. stationäre Behandlung einschließlich der Dauerbehandlung,
2. stationäre Beobachtung, auch zur Klärung diagnostischer Fragen,
3. ambulante Behandlung einschließlich der hierzu erforderlichen Kontrolluntersuchungen,
4. Versorgung mit Arznei-, Heil- und Verbandmitteln,
5. Behandlung in Kur- und Badeorten,
6. häusliche Wartung und Pflege,
7. Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen und anderen Hilfsmitteln im Zusammenhang mit den übrigen Maßnahmen der Heilbehandlung,
8. nachgehende Hilfe zur Sicherung der Wirksamkeit ärztlicher Maßnahmen.

Die stationäre Behandlung schließt nach § 49 Abs. 3 wie bisher auch die gleichzeitige Behandlung anderer Krankheiten (interkurrenter Krankheiten) ein; sie schließt auch die zahnärztliche Behandlung und die Versorgung mit Zahnersatz ein, soweit diese für die Vorbereitung oder Durchführung der stationären Behandlung erforderlich sind.

d) Der Kranke oder Genesene hat auch einen Anspruch auf Hilfe zur Eingliederung in das Arbeitsleben (§ 50 Abs. 1), soweit die Krankheit oder ihre Auswirkungen besondere Maßnahmen

erfordern. Die Hilfe muß den Kräften und der Eignung des Kranken oder Genesenen entsprechen; sie soll dazu beitragen, daß er die Auswirkungen der Krankheit soweit wie möglich überwindet. Die Hilfe umfaßt die für die Behinderten in § 40 Abs. 1 Nr. 3—6 genannten Maßnahmen, die im Zusammenhang mit ihnen erforderliche Versorgung mit Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln sowie nachgehende Hilfe zur Sicherung der Eingliederung in das Arbeitsleben. Im Rahmen des § 50 ist auch ein *Gesamtplan* entsprechend § 46 für alle berufs- und arbeitsfördernde Maßnahmen aufzustellen.

Schon während der stationären Behandlung soll der Kranke nach Möglichkeit Gelegenheit erhalten, seine beruflichen Kenntnisse zu erhalten und zu erweitern (§ 50 Abs. 3). § 50 Abs. 4 bestimmt, daß arbeitswilligen Kranken, die in absehbarer Zeit in das Arbeitsleben nicht eingegliedert werden können, Gelegenheit gegeben werden soll, eine geeignete Tätigkeit auszuüben, soweit ihr Gesundheitszustand das zuläßt. In Betracht kommen hier die Errichtung von Werkstätten im Anschluß an eine Heilstätte oder die Beschäftigung mit Heimarbeit für einen an seine Wohnung gebundenen Kranken.

e) In § 52 ist zunächst der Personenkreis geregelt, dem Hilfe zum Lebensunterhalt über die Bestimmungen des Abschnitts 2 hinaus zu gewähren ist. Hierzu gehören

1. der Kranke,
2. der Genesene für die Dauer der Maßnahme zur Eingliederung in das Arbeitsleben,
3. die Personen, zu deren Unterhalt der Kranke oder Genesene verpflichtet ist, wenn sie bis zur Erkrankung mit ihm in häuslicher Gemeinschaft gelebt haben oder wenn seine Unterhaltungspflicht nach diesem Zeitpunkt entstanden ist, und
4. die Personen, denen der Kranke oder Genesene oder sein nicht getrennt lebender Ehegatte bis zur Erkrankung auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht regelmäßig Unterhalt gewährt hat.

In § 52 Satz 2 wird sodann bestimmt, daß anderen Personen Hilfe zum Lebensunterhalt gewährt werden soll, wenn sie in Wohngemeinschaft mit einem Kranken leben, der an einer ansteckungsfähigen Tuberkulose leidet. Diese Vorschrift dient besonders auch der Seuchenbekämpfung; denn bei gemeinsamer Benutzung von Küche, Bad und Toilette ist bereits eine Gefährdung gegeben, so daß eine gewisse Gleichstellung mit Familienangehörigen des Kranken gerechtfertigt erscheint.

f) *Form und Maß der Hilfe zum Lebensunterhalt* müssen den durch die Krankheit verursachten besonderen Bedürfnissen des Kranken oder Genesenen sowie der anderen in § 52 genannten Personen entsprechen (§ 53 Abs. 1). Soweit der Lebensunterhalt nach Regelsätzen zu bemessen ist, ist ein Mehrbedarf von 50 v. H. des maßgebenden Regelsatzes anzuerkennen. Ferner sind dem Kranken oder Genesenen und den anderen in § 52 genannten Personen, die tuberkulosegefährdet oder -bedroht sind, nach dem Bedürfnis des Einzelfalles besondere Ernährungszulagen zu gewähren (§ 53 Abs. 2 Satz 1 und 2). *Tuberkulosegefährdet* ist, wer noch nicht infiziert, aber einer Ansteckungsgefahr ausgesetzt ist; als *tuberkulosebedroht* gilt, wer bereits infiziert ist und wessen latente oder inaktive Tuberkulose durch eine Reinfektion oder durch ungünstige Lebensbedingungen reaktiviert werden könnte (amtliche Begründung zu § 50). Ob die genannten Voraussetzungen vorliegen, hat der Arzt zu beurteilen.

§ 53 Abs. 3 regelt das Verhältnis des Abs. 2 zu den Mehrbedarfsbestimmungen des § 23. Aus der Anwendung des § 23 neben § 53 Abs. 2 ergibt sich z. B., daß für einen Tuberkulosekranken über 65 Jahre ein Mehrbedarf von 70 v. H. des Regelsatzes anzuerkennen ist (20 v. H. nach § 23 Abs. 1 Nr. 1; 50 v. H. nach § 53 Abs. 2 Satz 1); außerdem erhält er nach dem Bedürfnis des Einzelfalles eine besondere Ernährungszulage (Abs. 2 Satz 2).

Ein Mehrbedarf wegen Erwerbsunfähigkeit nach § 23 Abs. 1 Nr. 2 kommt aber nur in Betracht, wenn die Erwerbsunfähigkeit auf anderen Umständen (als Tuberkulose) beruht, also z. B. auf einer schweren Körperbehinderung.

Die Sollvorschrift des § 53 Abs. 4 will sicherstellen, daß die Hilfe zum Lebensunterhalt für die in § 52 Satz 1 genannten Personen, die nicht mit dem Kranken oder Genesenen in häuslicher Gemeinschaft leben oder bis zur Erkrankung gelebt haben, nicht höher sein soll als die Leistungen, die der Kranke oder Genesene oder sein nicht getrennt lebender Ehegatte ihnen vor der Erkrankung durchschnittlich gewährt hat. Es kann schließlich nicht Aufgabe der Tuberkulosehilfe sein, die Unterhaltsleistungen des Kranken oder seines nicht getrennt lebenden Ehegatten zu verbessern.

g) § 55 bestimmt, daß *Hilfe zum Lebensunterhalt*, soweit angemessen, auch *während einer Übergangszeit* gewährt werden soll, besonders während einer *Einarbeitungszeit*, bei *Teilzeit- oder Leichtarbeit* oder beim *Bezüge von Arbeitslosengeld* oder *Unterstützung aus der Arbeitslosenhilfe*. Die Hilfe soll jedoch in der Regel nicht länger als zwei Jahre nach *Beendigung der Heilbehandlung* oder der *Maßnahme zur Eingliederung in das Arbeitsleben* gewährt werden.

b) Als *Sonderleistungen* sollen nach § 56 Abs. 1, soweit im Einzelfall geboten, *Beihilfen zur Haltung von Ersatzkräften im Haushalt* oder *Kleinbetrieb* gewährt werden; ferner soll eine *Mitwirkung bei der Wohnungsbeschaffung* erfolgen. *Beihilfen zum Halten von Ersatzkräften im Haushalt* kommen z. B. bei Erkrankung der Hausfrau und Mutter vor allem dann in Frage, wenn sie wegen ihrer Erkrankung abwesend ist.

Die *Mitwirkung bei der Wohnungsbeschaffung* für Tuberkulosekranke wird ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen und Vermögen gewährt (§ 56 Abs. 1 Satz 2). Der Sozialhilfeträger sollte im Zusammenwirken mit dem Wohnungsamt und anderen beteiligten Stellen besonders darauf bedacht sein, daß eine für den Tuberkulosekranken und seine Familie wirklich geeignete Wohnung beschafft oder gebaut wird.

Als *Sonderleistungen können*, soweit dies im Einzelfall gerechtfertigt ist, *Beihilfen oder Darlehen zur Verbesserung der Wohnverhältnisse* und *Beihilfen an den Kranken oder seine Angehörigen zum Besuch während der stationären Behandlung* und der stationären Maßnahmen zur Eingliederung in das Arbeitsleben gewährt werden (§ 56 Abs. 2).

i) *Minderjährigen und ihren Müttern ist vorbeugende Hilfe* zu gewähren, wenn sie in *Wohngemeinschaft mit einem Kranken* leben, der an einer ansteckungsfähigen Tuberkulose leidet. Sie kann auch anderen Personen aus der Umgebung eines Tuberkulosekranken gewährt werden. Zweck der Bestimmung ist es, die Ansteckungsgefahr für Personen, die in nächster Umgebung mit dem Kranken leben, durch geeignete vorbeugende Maßnahmen zu mindern. Hierzu gehören z. B. Verbesserung der



Dämpfung
innerer Unrast
durch

Reginerton[®]

Das wirkungsstarke
Umstimmungstherapeutikum
bei vegetativ-dystonisch-
dyshormonalen
Krankheitszuständen

25, 60 und 250 Dragées



DOLORGIET
Bad Godesberg

Wohnverhältnisse, Ernährungszulagen, Erholungskuren, Vorsorgeuntersuchungen der genannten Personen.

k) Ähnlich wie § 43 für die Eingliederungshilfe regelt § 58 die sogenannte erweiterte Hilfe und bestimmt, daß Heilbehandlung und Hilfe zur Eingliederung in das Arbeitsleben auch dann in vollem Umfange zu gewähren sind, wenn den in § 28 genannten Personen die Aufbringung der Mittel zu einem Teil zuzumuten ist. Es wird also auch hier dem Träger der Sozialhilfe eine Vorleistungspflicht auferlegt, wenn der Kranke oder die genannten Personen die Mittel für eine Heilbehandlung oder Hilfe zur Eingliederung in das Arbeitsleben offensichtlich nicht in vollem Umfang aufbringen können. Der nach § 28 in Verbindung mit Abschnitt 4 zumutbare Beitrag wird in Bayern — wie bei der Eingliederungshilfe für Behinderte — durch einen bereits erwähnten Leistungsbescheid (Art. 15 AGBSHG) geltend gemacht.

l) Wie bei der Eingliederungshilfe für Behinderte (§ 44) wird eine *vorläufige Hilfeleistungsverpflichtung* des Trägers der Sozialhilfe für Fälle festgelegt, in denen nicht feststeht, ob ein anderer als der Träger der Sozialhilfe oder welcher andere zur Hilfe verpflichtet ist (§ 59 Abs. 1); ferner muß zu befürchten sein, daß die notwendigen Maßnahmen sonst nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt werden. Auch in anderen Fällen hat der Sozialhilfeträger unaufschiebbare Maßnahmen der Heilbehandlung einzuleiten.

m) Tuberkulosehilfe kann nach § 63 Abs. 1 bei dem Gesundheitsamt oder bei der Gemeinde, in welcher der Hilfesuchende sich tatsächlich aufhält, beantragt werden. Die Gemeinde hat den Antrag unverzüglich an das zuständige Gesundheitsamt weiterzuleiten, das ihn mit seiner Stellungnahme unverzüglich dem Sozialhilfeträger zuleitet. Nach Abs. 2 kann das Gesundheitsamt, wenn kein Antrag nach Abs. 1 gestellt wird, Tuberkulosehilfe bei dem Träger der Sozialhilfe beantragen. Es wird also der Stelle, die nach § 3 des Gesetzes über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens die ärztlichen Aufgaben auf dem Gebiet der Tuberkulosebekämpfung wahrzunehmen hat, ein eigenes Antragsrecht zugebilligt.

n) Besonders wesentlich ist auch noch § 64. Nach dessen Abs. 1 haben der Träger der Sozialhilfe und das Gesundheitsamt den Kranken oder Genesenen, die Personen, die mit ihm in häuslicher Gemeinschaft leben oder bis zur Erkrankung gelebt haben, sowie die sonstigen Hilfeempfänger zu beraten und in geeigneter Weise *aufzuklären*, wie die Heilung gefördert und gesichert, die Pflege durchgeführt und die Ansteckung vermieden werden kann. Falls erforderlich, kann der Träger der Sozialhilfe oder das Gesundheitsamt den in Satz 1 genannten Personen *Weisungen* erteilen; der Kranke darf jedoch nicht verpflichtet werden, sich einer Behandlung, die mit einer erheblichen Gefahr für Leben und Gesundheit verbunden ist, oder einer Operation, die einen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeutet, zu unterziehen. Die obengenannten Personen werden durch § 64 Abs. 2 grundsätzlich verpflichtet, dem Sozialhilfeträger und dem Gesundheitsamt die zur Bekämpfung der Tuberkulose erforderlichen Auskünfte zu geben und ihren Weisungen zu folgen. Verstößt der Kranke, der Genesene oder ein sonstiger Hilfeempfänger in grober Weise oder beharrlich gegen eine Weisung des Trägers der Sozialhilfe (nicht des Gesundheitsamtes) oder gefährdet er vorsätzlich oder grobfahrlässig andere Personen, den Erfolg der Heilbehandlung oder

einer Maßnahme zur Eingliederung in das Arbeitsleben, so können die Hilfe für seinen Lebensunterhalt bis auf das Unerläßliche eingeschränkt und die Sonderleistungen ganz oder teilweise versagt werden, so lange er trotz schriftlichen Hinweises auf diese Folgen sein Verhalten fortsetzt.

o) In § 65 ist vorgesehen, daß die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates nähere Vorschriften über Inhalt und Umfang der Leistungen nach §§ 49—58 und daß der Bundesminister des Innern mit Zustimmung des Bundesrates allgemeine Verwaltungsvorschriften zur Durchführung der Bestimmungen über die Tuberkulosehilfe erlassen kann. *Bundesrechtliche Durchführungsvorschriften* sind bisher noch nicht ergangen.

p) Wie bisher trägt der Bund die Hälfte der *Aufwendungen*, die dem Träger der Sozialhilfe durch Leistungen in den Fällen der stationären Dauerbehandlung nach § 49 Abs. 2 Nr. 1 und durch den Vollzug der Eingliederungshilfe (§ 50), durch Gewährung von besonderen Ernährungszulagen (§ 53 Abs. 2 Satz 2), durch Sonderleistungen (§ 56) und durch vorbeugende Hilfe (§ 57) entstanden sind. Persönliche und sächliche Verwaltungskosten werden zur Errechnung des Hälftanteils nicht berücksichtigt (§ 66 Abs. 1 Satz 1 und 2). Der Begriff der stationären Dauerbehandlung wird in Abs. 2 erläutert. Hiervon kann erst vom Beginn des zweiten Jahres der stationären Behandlung an gesprochen werden, und zwar so lange, als während dieser stationären Behandlung Tuberkulosebakterien nachweisbar sind. Unterbrechungen des stationären Aufenthalts werden nur dann nicht berücksichtigt (§ 66 Abs. 2 Satz 2), wenn der Zeitraum der stationären Behandlung nicht länger als 6 Monate betragen hat; dabei ist es unbeachtlich, ob der Kranke ordnungsgemäß aus der früheren stationären Behandlung entlassen worden ist oder eigenmächtig die Anstalt verlassen hat. Die Hälftbeteiligung des Bundes wird durch § 66 Abs. 3 für Leistungen an einen bestimmten Personenkreis ausgeschlossen.

8. Blindenhilfe (§ 67)

Abweichend von der bisherigen Regelung in § 11 f RGr. legt das BSHG einen festen Betrag für die Blindenhilfe fest (§ 67).

Wie bereits unter Abschnitt VI und VII B Nr. 6 Buchst. 6 dargelegt, sind blinde Personen, die ohne Augenlicht geboren oder dieses später auf irgendeine Weise verloren haben. Der Blindenbegriff des § 24 Abs. 3, wonach als blind auch der gilt, der eine so geringe Sehschärfe hat, daß er sich in einer ihm nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe nicht zurechtfinden kann, gilt auch für § 67. In diesem Zusammenhang darf auch auf das bayerische Gesetz über die Gewährung von Pflegegeld an Zivilblinde i. d. F. vom 22. Mai 1958 (Bayerisches Gesetz- und Verordnungsblatt S. 74) hingewiesen werden, wonach als blind Personen gelten,

- a) deren Sehkraft bei freiem Gesichtsfeld weniger als 1/60 beträgt oder
- b) deren Sehkraft bis zu 1/25 beträgt, falls ihr Gesichtsfeld bis auf 15 Grad beschränkt ist.

Nach fachärztlicher Auffassung decken sich die verschiedenen Blindheitsbegriffe nach dem BSHG und dem letztgenannten Gesetz.

Auf die Blindenhilfe, die zum Ausgleich der durch die Blindheit bedingten Mehraufwendungen gewährt wird, besteht ein *Rechtsanspruch*. Die Blindenhilfe wird also

für die pflegerische Betreuung infolge Blindheit gewährt. Die Pflichtleistung wird nur durch die Gewährung gleichartiger Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften ausgeschlossen. Die Blindenhilfe wird also nicht Blinden gewährt, die Leistungen gleicher Art nach Vorschriften des Bundes oder der Länder erhalten, z. B. nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes, nach § 558 e der Reichsversicherungsordnung, nach § 269 Abs. 1 des Lastenausgleichsgesetzes oder nach dem bereits erwähnten bayerischen Gesetz über die Gewährung von Pflegegeld an Zivilblinde, dessen Art. 1 Abs. 1 durch Art. 31 AGBSHG folgende Fassung erhalten hat:

„(1) Zivilblinde erhalten auf Antrag, soweit sie ihren dauernden Wohnsitz in Bayern haben, nach Vollendung des achtzehnten Lebensjahres ein Pflegegeld von monatlich 200.— Deutsche Mark.“

Vor Erlaß des AGBSHG betrug dieses Pflegegeld monatlich DM 120.—. Es wird von den Landesversicherungsanstalten im Auftrage des Staates ausgezahlt. Die Leistungen nach dem bayerischen Gesetz werden ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen gewährt und stellen eine Art Versorgungsleistung dar. Wäre das bayerische Zivilblindenpflegegeld nicht erhöht worden, hätte der jeweilige Unterschiedsbetrag von dem zuständigen überörtlichen Träger der Sozialhilfe aufgestockt werden müssen (vgl. Fassung „soweit sie keine gleichartigen Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhalten“). Die überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die nach § 100 Abs. 1 Nr. 4 für die Blindenhilfe sachlich zuständig sind, werden durch die bayerische Sonderregelung finanziell wesentlich entlastet. Im übrigen ist die Erhöhung des Zivilblindenpflegegeldes, vor allem auch im Interesse der rund 7360 bayerischen Zivilblinden zu begrüßen, weil sie den Betrag von DM 200.— nicht von zwei verschiedenen Dienststellen (Landesversicherungsanstalt und überörtlicher Träger der Sozialhilfe) zu beanspruchen haben. Allerdings bleiben die überörtlichen Sozialhilfeträger in Bayern zuständig für die Gewährung von Blindenhilfe für Blinde, die das sechste Lebensjahr vollendet haben, aber noch nicht achtzehn Jahre alt sind, weil sie keinen Anspruch auf das bayerische Zivilblindengeld haben. Ferner bleiben diese Träger zuständig für die Gewährung von Blindenhilfe für Blinde, welche die erforderliche Pflege in Anstalten oder Heimen nicht in vollem Umfang erhalten.

Keine Blindenhilfe erhalten also Blinde,

- a) die das sechste Lebensjahr noch nicht vollendet haben (§ 67 Abs. 1 Satz 1); für sie kommt ggf. Hilfe zur Pflege nach §§ 68, 69 in Betracht;
- b) welche die Anstalts- und Heimhilfe, die unter Berücksichtigung ihrer Blindheit erforderlich sind, in vollem Umfang erhalten (§ 67 Abs. 1 Satz 2). Ob diese Voraussetzungen vorliegen, muß in Zweifelsfällen genau geprüft werden. So dürfte z. B. in den eigentlichen Blindenpflegeheimen wohl sicherlich die erforderliche Pflege meist in vollem Umfang gewährt werden, während umgekehrt der Aufenthalt in einem Blindenwohnheim in der Regel den Anspruch auf Blindenhilfe nicht entfallen lassen dürfte, weil dort nicht die volle Pflege gewährleistet sein wird.

Der Regierungsentwurf des BSHG sah ursprünglich Sätze von 150.— bzw. 75.— DM monatlich vor. Auf Vorschlag des federführenden Ausschusses wurde die Blindenhilfe jedoch in ihrer Höhe an die Sätze des Pflegegeldes für Kriegsblinde nach § 35 Abs. 1 des Bundes-

versorgungsgesetzes angeglichen. Die festen Sätze betragen nunmehr 200.— DM nach Vollendung des achtzehnten Lebensjahres und 100.— DM für die Altersgruppe zwischen 6 und 18 Jahren (§ 67 Abs. 2). Die Grenze von 18 Jahren ist gewählt worden, weil in diesem Zeitpunkt die Berufsausbildung im allgemeinen abgeschlossen wird.

Für die Blindenhilfe gilt die besondere Einkommensgrenze des § 81 Abs. 2. An die Stelle des Grundbetrages und des Betrages für die Kosten der Unterkunft nach § 79 tritt hier ein Grundbetrag von 1000.— DM. Der Familienzuschlag beträgt nach § 81 Abs. 3 80.— DM. Er erhöht sich für den nicht getrennt lebenden Ehegatten auf monatlich 250.— DM, wenn beide Eheleute blind sind (§ 81 Abs. 3 Satz 2). Liegt das Einkommen des Blinden über der errechneten Einkommensgrenze, so gilt § 84 Abs. 1 Satz 1, wonach die Aufbringung der Mittel aus dem übersteigenden Einkommensteil in angemessenem Umfang zuzumuten ist. Damit wird erreicht, daß auch die Blindenhilfe — wie das Pflegegeld nach § 69 Abs. 3 — auslaufend zu gewähren ist und daß die Heranziehung des übersteigenden Einkommensteiles nicht automatisch in voller Höhe erfolgen muß, sondern daß auch hierbei noch die Besonderheiten des Einzelfalles berücksichtigt werden können (z. B. bei Erwerbstätigkeit des nicht blinden Ehegatten).

Keinen Anspruch auf Blindenhilfe hat nach Abs. 3 der Blinde, der sich weigert, eine ihm zumutbare Arbeit zu leisten oder sich zu einem angemessenen Beruf oder zu einer sonstigen angemessenen Tätigkeit ausbilden, fortbilden oder umschulen zu lassen.

Keine Blindenhilfe erhalten hochgradig Sehschwache; für sie kommt Hilfe und Pflege nach §§ 68, 69 in Betracht; denn die Blindenhilfe erhalten nur wirklich Blinde und die nach § 24 Abs. 3 als blind geltenden Personen.

Nach § 67 Abs. 4 werden neben der Blindenhilfe Hilfe zur Pflege wegen Blindheit (§§ 68 und 69) und Taschengeld (§ 21 Abs. 3, § 24 Abs. 2) nicht gewährt. Der Anspruch auf Pflege gilt insoweit durch die Gewährung der Blindenhilfe als abgegolten. Soweit die Pflegebedürftigkeit nicht auf Blindheit, sondern z. B. auf einer Körperbehinderung beruht, hat der Blinde neben dem Anspruch auf Blindenhilfe auch Anspruch auf Hilfe zur Pflege nach §§ 68, 69, u. U. einschließlich des festen Pflegegeldes nach § 69 Abs. 3, falls wegen der anderen Behinderung die in § 69 Abs. 3 genannten strengen Voraussetzungen erfüllt sind.

Hinsichtlich der Taschengeldgewährung ist festzustellen, daß das Taschengeld nur für Blinde in Anstalten und Heimen gewährt wird, weil die Blindenhilfe nach § 67 grundsätzlich nur außerhalb von Heimen und Anstalten in Frage kommt. Während also ein Blinder in einem Alters- oder Pflegeheim keine Blindenhilfe außer dem doppelten Taschengeld nach § 24 Abs. 3 erhält, steht ihm die Blindenhilfe zu, wenn er als Erwerbstätiger gegen Entgelt in einem Blindenwohnheim untergekommen ist, sich selbst zu verköstigen hat oder neben der Unterkunft auch die Verköstigung an die Heimleitung zu bezahlen hat.

Nach § 67 Abs. 4 Satz 2 wird der Mehrbedarf von 20 v. H. für erwerbsunfähige Personen unter 65 Jahren nach § 23 Abs. 1 Nr. 2 nur dann neben der Blindenhilfe gewährt, wenn der Blinde auch aus anderen Ursachen als wegen Blindheit erwerbsunfähig i. S. der gesetzlichen Rentenversicherung ist.

9. Hilfe zur Pflege (§§ 68—69)

Nach dem bisherigen Fürsorgerecht gehörte die Pflege zum Lebensunterhalt. Nach dem BSHG ist nur noch die Körperpflege Teil des notwendigen Lebensunterhalts (§ 12 Abs. 1 Satz 1), während die Wartung und Pflege infolge Krankheit oder Behinderung hilfloser Menschen eine eigene Hilfeart des Abschnitts 3 über die Hilfe in besonderen Lebenslagen ist. Diese Hilfe, auf die ein *Rechtsanspruch* besteht, umfaßt sowohl die anstaltsmäßige als auch die häusliche Pflege. Der Sozialhilfeträger hat jeweils zu prüfen, ob im konkreten Fall häusliche Wartung und Pflege ausreicht oder ob anstaltsmäßige Pflege geboten ist. Dem Pflegebedürftigen sollen auch die Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, die zur Erleichterung seiner Beschwerden wirksam beitragen; ferner sollen ihm nach Möglichkeit angemessene Bildung und Anregungen kultureller oder sonstiger Art vermittelt werden (§ 68 Abs. 2 Satz 1 und 2). Die Pflege soll in erster Linie durch die Angehörigen und die Nachbarschaft sichergestellt werden. In diesen Fällen sind dem Pflegebedürftigen die angemessenen Aufwendungen der Pflegeperson zu erstatten; auch angemessene Beihilfen können gewährt werden (§ 69 Abs. 2 Satz 1 und 2).

Nach § 69 Abs. 3 ist einem Pflegebedürftigen, der das dritte Lebensjahr vollendet hat und der so hilflos ist, daß er für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in *erheblichem Umfang* der Wartung und Pflege dauernd bedarf, ein Pflegegeld von 100.— DM monatlich zu gewähren, wenn die notwendige Wartung und Pflege durch nahestehende Personen oder im Wege der Nachbarschaftshilfe voll oder im wesentlichen Umfang übernommen werden. Auch in diesen Fällen wird es notwendig sein, daß der Sozialhilfeträger ein ärztliches Gutachten einholt. In Fällen außergewöhnlicher Pflege ist der Betrag des Pflegegeldes angemessen zu erhöhen. Pflegegeld wird nicht gewährt, soweit der Pflegebedürftige gleichartige Leistungen nach anderen Rechtsvorschriften erhält (z. B. nach § 35 des Bundesversorgungsgesetzes, nach § 558 e der Reichsversicherungsordnung und nach § 269 Abs. 2 des Lastenausgleichsgesetzes). Die Einführung des festen Pflegegeldes stellt eine besondere Neuerung dar.

Soweit die notwendige Wartung und Pflege nicht durch nahestehende Personen oder im Wege der Nachbarschaftshilfe übernommen werden, ist die Hilfe durch Übernahme der angemessenen Kosten für eine geeignete Pflegekraft oder, wenn dies möglich ist, durch Beauftragung einer Pflegekraft zu gewähren (§ 69 Abs. 5).

10. Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§§ 70, 71)

Diese Hilfe wird durch § 70 erstmalig bundesgesetzlich geregelt. Die „Hauspflege“ hatte sich in der Praxis entwickelt. Manche Länder hatten ihre Durchführung in Erlassen und Entschlüssen geregelt. Voraussetzung dieser Hilfe ist, daß keiner der Haushaltsangehörigen den Haushalt führen kann und die Weiterführung des Haushalts geboten ist (§ 70 Abs. 1). Auf diese Hilfe besteht kein Rechtsanspruch; die Sollvorschrift wurde gewählt, weil nach der erstmaligen gesetzlichen Normierung zunächst noch Erfahrungen bei der Durchführung gesammelt werden sollen. Die Hilfe umfaßt die persönliche Betreuung von Haushaltsangehörigen sowie die sonstige zur Weiterführung des Haushalts erforderliche Tätigkeit (§ 70 Abs. 2). Wie bei der häuslichen Pflege nach § 89 Abs. 2 soll auch bei der Hilfe zur Weiterfüh-

rung des Haushalts zunächst angestrebt werden, die hierzu erforderliche Tätigkeit durch Angehörige, Nachbarn oder sonstige nahestehende Personen ausführen zu lassen (§ 70 Abs. 3).

Der Träger der Sozialhilfe kann die Hilfe auch durch Übernahme der angemessenen Kosten für eine vorübergehende anderweitige Unterbringung von Haushaltsangehörigen gewähren, wenn diese Unterbringung in besonderen Fällen neben oder statt der Weiterführung des Haushalts geboten ist (§ 71).

11. Hilfe für Gefährdete (§§ 72—74)

Auch diese Hilfe wird durch das BSHG erstmalig bundesgesetzlich geregelt. Es hatten sich allerdings auch bisher schon die öffentliche Fürsorge (insbesondere in Großstädten), vor allem aber die freie Wohlfahrtspflege der Gefährdeten in besonderem Maße angenommen. Die Erfahrungen und Einrichtungen der freien Wohlfahrtspflege auf diesem Gebiet sind unentbehrlich. Der ihr in den §§ 10 und 93 eingeräumte Vorrang ist hier zu beachten. Sozialhilfe und freie Wohlfahrtspflege müssen gerade bei dieser Hilfe in echter Partnerschaft zusammenwirken.

Hilfe für Gefährdete sollen über 20 Jahre alte Personen (das Wort „achtzehnte“ wurde mit Wirkung vom 1. 7. 1962 nach Art. XII Nr. 2 des Gesetzes zur Änderung und Ergänzung des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes vom 11. August 1961 — Bundesgesetzblatt I S. 1193 — durch das Wort „zwanzigste“ ersetzt) erhalten, die dadurch gefährdet sind, daß sie aus Mangel an innerer Festigkeit ein geordnetes Leben in der Gemeinschaft nicht führen können. Auch hier wird eine ärztliche Begutachtung des Ausmaßes mangelnder innerer Festigkeit erforderlich. Es kommen vor allem Süchtige der verschiedenen Kategorien, Asoziale, Prostituierte und Nichtseßhafte in Betracht. Ziel der Gefährdetenhilfe ist die Hinführung des Gefährdeten zu einem geordneten Leben, vor allem die Gewöhnung an regelmäßige Arbeit, also die Wiedereingliederung in die Gemeinschaft (§ 72 Abs. 2). Bei einem nichtseßhaften Gefährdeten ist außerdem anzustreben, daß er auf die Dauer seßhaft wird. Die Gefährdetenhilfe wird ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen gewährt.

Vorrang hat die offene Hilfe gegenüber der Hilfe in einer Anstalt oder in einem Heim. Ist die Betreuung außerhalb einer Anstalt oder eines Heimes nicht möglich, soll dem Gefährdeten zunächst geraten werden, sich freiwillig in die Obhut einer Anstalt zu begeben (§ 73 Abs. 1). Bei sehr schwer Gefährdeten wird in der Regel ein solch freiwilliger Anstaltseintritt nicht zu erreichen sein. Es ist deshalb vorgesehen, daß das Gericht bei einem Gefährdeten, der den Rat, sich freiwillig in eine Anstalt zu begeben, nicht befolgt, eine zwangsweise Unterbringung anordnen kann, wenn

- a) der Gefährdete besonders willensschwach oder in seinem Triebleben besonders hemmungslos ist (auch das wird nur ein Arzt begutachten können) und
- b) der Gefährdete verwahrlost oder der Gefahr der Verwahrlosung ausgesetzt ist und
- c) die Hilfe nur in einer Anstalt, in einem Heim oder in einer gleichartigen Einrichtung wirksam gewährt werden kann (§ 73 Abs. 2).

Für die Anstaltshilfe ist der überörtliche Träger der Sozialhilfe sachlich zuständig (§ 100 Abs. 1 Nr. 5). Der Gefährdete hat bei Anstaltsunterbringung oder bei Unterbringung in einer Familie aus seinem Einkommen

und Vermögen zu den Kosten des Lebensunterhalts in angemessenem Umfang beizutragen (§ 74).

12. Altenhilfe (§ 75)

Wenn auch in der Praxis (z. T. in unterschiedlicher Weise) schon bisher entsprechende Leistungen gewährt wurden, wird doch die Altenhilfe durch das BSHG erstmalig gesetzlich fixiert. Nur durch § 11 b RGr., der 1953 eingefügt wurde, war alten Personen, die trotz wirtschaftlicher Lebensführung hilfsbedürftig geworden waren, ein Mehrbedarf von 20 v. H. zugebilligt worden. In den letzten Jahren ist das Problem der Altenbetreuung immer mehr in den Vordergrund der öffentlichen Diskussion getreten. Das hängt damit zusammen, daß der Anteil der alten Menschen an der Gesamtbevölkerung ständig wächst, und daß viele alte Menschen auf sich allein gestellt sind, weil es die frühere Großfamilie, in der mehrere Generationen zusammenlebten, heute kaum mehr gibt. Es ist eine besondere Aufgabe, sich der alten, hilflosen und gebrechlich gewordenen Menschen anzunehmen und ihnen nach besten Kräften zu helfen, die durch das Alter entstandenen Schwierigkeiten zu überwinden. Durch die Altenhilfe, die neben der Hilfe nach den übrigen Bestimmungen des BSHG gewährt werden soll, soll auch die Vereinsamung im Alter verhütet werden (§ 75 Abs. 1). Als Maßnahmen der Hilfe kommen nach § 75 Abs. 2 „vor allem“ in Betracht

- Hilfe zu einer Tätigkeit des alten Menschen, wenn sie von ihm erstrebt wird und in seinem Interesse liegt,
- Hilfe bei der Beschaffung von Wohnungen, die den Bedürfnissen alter Menschen entsprechen,
- Hilfe zum Besuch von Veranstaltungen oder Einrichtungen, die der Geselligkeit, der Unterhaltung oder den kulturellen Bedürfnissen alter Menschen dienen, und
- Hilfe, die alten Menschen die Verbindung mit nahestehenden Personen ermöglicht.

Altenhilfe tritt nur ein, wenn nach anderen Bestimmungen nicht ausreichend geholfen werden kann; so sind z. B. Altersbeschwerden häufig nicht als Krankheit i. S. der §§ 36 und 37 anzusehen.

Die Altenhilfe ist oft ganz oder überwiegend persönliche Hilfe; deshalb kann sie ohne Rücksicht auf vorhandenes Einkommen oder Vermögen gewährt werden (§ 75 Abs. 3).

Die Aufzählung der zwölf Hilfen in § 27 Abs. 1 soll keine ausschließliche sein. Es können auch andere Fälle einer sozialen Notlage auftreten, die eine Hilfe der Allgemeinheit erfordern. Abs. 2 gibt deshalb den Trägern der Sozialhilfe die Möglichkeit, neue Hilfearten zu entwickeln, die sich als wünschenswert oder erforderlich erweisen können.

VIII.

Einsatz des Einkommens und Vermögens, Verpflichtungen anderer

a) Abschnitt 4 mit den Bestimmungen über den Einsatz des Einkommens und des Vermögens schließt unmittelbar an das Leistungsrecht an. Während bei der Hilfe zum Lebensunterhalt der Hilfesuchende, sein nicht getrennt lebender Ehegatte und, wenn der Hilfesuchende minderjährig und unverheiratet ist, auch seine Eltern, nach § 11 Abs. 1 — wie bereits erwähnt — grundsätzlich das gesamte verwertbare Einkommen und Vermögen einzusetzen haben, bevor Hilfe gewährt wird, werden die Hilfen in besonderen Lebenslagen grundsätzlich (Ausnahmen: § 56 Abs. 1 Satz 2, § 72 Abs. 3, § 75 Abs. 3) ge-

währt, soweit den genannten Personen die Aufbringung der Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nicht zuzumuten ist. Ob und inwieweit das im Einzelfall in Frage kommt, richtet sich nach § 28 insbesondere nach Bestimmungen des Abschnitts 4. Für die einzelnen Hilfen bestehen unterschiedliche Einkommensgrenzen.

b) Die *allgemeine Einkommensgrenze* nach § 79, welche die Regel darstellt, soweit sich aus den folgenden Bestimmungen nichts anderes ergibt, geht aus von einem Grundbetrag in Höhe des Doppelten des Regelsatzes eines Haushaltsvorstands zuzüglich der Kosten der Unterkunft und eines Familienzuschlags von 60 DM für den nicht getrennt lebenden Ehegatten und für jede Person, die vom Hilfesuchenden oder seinem nicht getrennt lebenden Ehegatten bisher überwiegend unterhalten worden ist oder der sie nach der Entscheidung über die Gewährung der Sozialhilfe unterhaltspflichtig werden.

Hierfür ein Beispiel:

Das einzige 13jährige Kind eines Ehepaares braucht Krankenhilfe. Sie wird gewährt, soweit das Einkommen der Familie folgenden Betrag nicht übersteigt:

Regelsatz in München $107 \text{ DM} \times 2 =$	214 DM
angenommene Miete =	80 DM
Zuschlag für einen Elternteil und	
das 13jährige Kind $2 \times 60 \text{ DM} =$	120 DM
zusammen:	414 DM.

Übersteigt das Einkommen diesen Betrag, so ist davon auszugehen, daß der Familie grundsätzlich in Höhe dieses Betrages die Beteiligung an den Krankenkosten zuzumuten ist. § 84 Abs. 1 sieht allerdings die Möglichkeit vor, daß nicht der gesamte übersteigende Betrag aufgebracht werden muß. Darüber, welcher Umfang angemessen ist, entscheidet der Träger der Sozialhilfe nach dem ihm zustehenden Beurteilungsspielraum; es bestehen hier alle Möglichkeiten, angefangen von der vollen Berücksichtigung des Einkommensteils, der die Einkommensgrenze übersteigt, bis zu seiner vollen Freilassung.

c) Von der allgemeinen unterscheidet sich die *erhöhte Einkommensgrenze* (§ 80) nur durch den erhöhten Familienzuschlag von 80 DM für Familienangehörige gegenüber 60 DM bei der allgemeinen Einkommensgrenze. Diese Erhöhung der allgemeinen Einkommensgrenze gilt bei der Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen (§ 38), bei der Hilfe zur Pflege (§§ 68, 69), bei der Hilfe zur Weiterführung des Haushalts (§§ 70, 71), bei der Eingliederungshilfe für Behinderte, soweit nicht die besondere Einkommensgrenze nach § 81 anzuwenden ist, und bei der Tuberkulosehilfe, soweit nicht § 81 einschlägig ist.

d) Für die *besondere Einkommensgrenze* (§ 81) ist ein Grundbetrag von 500 DM festgesetzt, der zugleich die Kosten für die Miete abdeckt, und ein Familienzuschlag von je 80 DM. Diese Einkommensgrenze ist anzuwenden bei der Eingliederungshilfe für Behinderte nach § 39 Abs. 1, jedoch nur dann, wenn die Hilfe in einer Anstalt, einem Heim oder einer gleichartigen Einrichtung gewährt wird oder wenn sie der in einer solchen Einrichtung gewährten Hilfe nach Art und Umfang vergleichbar ist, bei der ambulanten Behandlung dieser Behinderten, bei der Versorgung dieser Behinderten mit Körperersatzstücken sowie mit größeren orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, ferner bei der Heilbehandlung und der Hilfe zur Eingliederung in das Arbeitsleben

für Tuberkulosekranke oder Genesene. Hierfür ein weiteres Beispiel:

Ein lediger Behinderter (kein Arbeitsunfall) benötigt eine Prothese, die 800 DM kostet. Er hat ein monatliches Nettoeinkommen von 1000 DM. Diesem Behinderter ist die Aufbringung von höchstens 500 DM zu dem Anschaffungspreis der Prothese zuzumuten; den restlichen Betrag übernimmt der überörtliche Träger der Sozialhilfe.

Die Sonderregelung für die Blindenhilfe wurde bereits unter Abschnitt VII B Nr. 8 behandelt.

Die Bundesregierung hat auf Grund des § 81 Abs. 5 Satz 1 bereits die Verordnung zur Durchführung des § 81 Abs. 1 Nr. 1 des BSHG vom 20. Juli 1962 (Bundesgesetzblatt I S. 513) erlassen und bestimmt, in welchen Fällen die Eingliederungshilfe für Behinderte nach § 39 Abs. 1 im Falle des § 81 Abs. 1 Nr. 1 der in einer Anstalt gewährten Hilfe nach Art und Umfang vergleichbar ist.

e) Als *Einkommen* gilt das Nettoeinkommen, d. h. es sind abzusetzen Steuern, Pflichtbeiträge zur Sozialversicherung einschließlich der Arbeitslosenversicherung, Beiträge zu öffentlichen oder privaten Versicherungen oder ähnlichen Einrichtungen, soweit diese Beiträge gesetzlich vorgeschrieben oder nach Grund und Höhe angemessen sind, und die sog. Werbungskosten (§ 78 Abs. 1 und 2).

Die Bundesregierung hat auch bereits die Verordnung zur Durchführung des § 76 (s. § 76 Abs. 3) vom 28. November 1962 (Bundesgesetzblatt I S. 692) erlassen, worin Näheres über die Berechnung des Einkommens, besonders der Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft, aus Gewerbebetrieb und aus selbständiger Arbeit bestimmt wird.

Erwähnt werden darf noch, daß die Bundesregierung z. Zt. beabsichtigt, durch eine Rechtsverordnung auf Grund des § 82 die Familienzuschläge von 60 auf 80 DM und von 80 auf 100 DM monatlich zu erhöhen, um sie der Entwicklung der Regelsätze für Haushaltsangehörige anzupassen.

f) *Vermögen* hat der Hilfesuchende, soweit es verwertbar ist, grundsätzlich einzusetzen, bevor Sozialhilfe gewährt wird. In § 88 ist ein Katalog der Vermögensbestandteile enthalten, deren vorherige Verwertung nicht verlangt werden kann. Dazu gehören z. B. Familien- und Erbstücke, deren Veräußerung für den Hilfesuchenden oder seine Familie eine besondere Härte bedeuten würde, angemessener Hausrat, Gegenstände, die zur Aufnahme oder Fortsetzung der Berufsausbildung oder der Erwerbstätigkeit unentbehrlich sind, ein kleines Hausgrundstück, kleinere Barbeträge oder sonstige Geldwerte. Zum letztgenannten Punkt ist eine Verordnung des Bundesministers des Innern auf Grund des § 88 Abs. 4 zur Durchführung des § 88 Abs. 2 Nr. 8 vom 20. Juli 1962 (Bundesgesetzblatt I S. 514) ergangen, in der die Freibeträge nach dem früheren Recht (500 DM für den Hilfsbedürftigen zuzüglich 100 DM für jeden Angehörigen) in Anbetracht der Entwicklung der wirtschaftlichen Verhältnisse in den vergangenen Jahren und der allgemeinen Tendenz des BSHG wesentlich erhöht wurden.

g) Abschnitt 15 des BSHG, der die Überschrift trägt „*Verpflichtungen anderer*“ und zu dem § 90 („Übergang von Ansprüchen“) und § 91 („Ansprüche gegen einen nach bürgerlichem Recht Unterhaltspflichtigen“) gehören, entspricht in seinen Grundzügen und zielen dem bisherigen § 21 a RFV. Die Änderungen gehen

über dem bisherigen Rechtszustand, die rechtlich etwas kompliziert sind, sollen hier nicht behandelt werden. Mit dem Übergang von Ansprüchen, die der Hilfeempfänger für die Zeit, während der er Sozialhilfe bekommt, gegen andere hat, auf die Träger der Sozialhilfe soll nachträglich der vermögensrechtliche Zustand hergestellt werden, der bestanden hätte, wenn die Ansprüche des Hilfeempfängers rechtzeitig befriedigt worden wären und die Sozialhilfe nicht oder nur teilweise hätte eintreten müssen. Diese Vorschriften stellen also eine Reflexwirkung des Grundsatzes der Subsidiarität der Sozialhilfe (§ 2) dar.

IX.

Kostenersatz und Kostenerstattung

Der *Kostenersatz* des Fürsorgeempfängers für den Fall, daß er wieder zu Vermögen oder Einkommen gelangt, war in der Praxis seit Jahren umstritten. Die Meinung der einen ging dahin, daß gerade der Kostenersatz diejenigen Hilfsbedürftigen, die auf öffentliche Hilfe dringend angewiesen sind, vor allem ältere verschämte Arme, abhalte, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Kostenersatz diskriminiere die öffentliche Fürsorge in den Augen der Allgemeinheit und verursache einen Verwaltungsaufwand, der in keinem Verhältnis zu dem Ergebnis stehe. Andere gaben der Auffassung Ausdruck, die Kostenersatzpflicht des Fürsorgeempfängers für den Fall, daß er wieder zu Vermögen oder Einkommen gelange, habe im Gefüge der Sozialleistungen eine erhebliche sozialethische und sozialpädagogische Bedeutung. Dieses Rechtsinstitut müsse schon deshalb beibehalten werden, weil die Mittel, aus denen die Sozialhilfe gewährt werde, von der Allgemeinheit aufgebracht werden müßten. Auch im Laufe der Gesetzgebungsverhandlungen traten die gegensätzlichen Meinungen über die Abschaffung und die Aufrechterhaltung des Kostenersatzes deutlich hervor. Die nunmehrige gesetzliche Regelung in § 92 stellt eine Kompromißlösung dar. Grundsätzlich hat für alle Arten von Sozialhilfe, also für die Hilfe zum Lebensunterhalt und für die Hilfe in besonderen Lebenslagen, derjenige Hilfeempfänger Kostenersatz zu leisten, der nach Vollendung des 18. Lebensjahres die Voraussetzungen für die Gewährung der Hilfe an sich selbst oder seine unterhaltsberechtigten Angehörigen durch *vorsätzliches oder grobfahrlässiges Verhalten* herbeigeführt hat (§ 92 Abs. 2). Ein solcher Fall liegt z. B. vor, wenn ein Familienvater seine Angehörigen im Stich läßt und ihnen den Unterhalt verweigert oder wenn jemand grobfahrlässig einen Verkehrsunfall verschuldet und im Zusammenhang damit ihm Krankenhilfe und seinen Angehörigen Hilfe zum Lebensunterhalt gewährt werden muß. Allerdings kann in Härtefällen oder wenn der Erfolg der Hilfe gefährdet würde, von der Heranziehung zum Kostenersatz abgesehen werden (§ 92 Abs. 2 Satz 2).

Im übrigen ist ein Kostenersatz nurmehr vorgesehen, wenn der Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt, sein Ehegatte und, wenn der Hilfeempfänger zu der Zeit, für die ihm Hilfe zum Lebensunterhalt gewährt worden ist, das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, seine Eltern später zu einem Einkommen oder Vermögen gelangen, das eine bestimmte Höhe übersteigt (§ 92 Abs. 3). Beim *Einkommen* ist ein monatlicher Nettobetrag eines alleinstehenden ehemaligen Hilfeempfängers von 500 DM als Grenze festgelegt; dieser Betrag erhöht sich, wenn Familienmitglieder zu berücksichtigen sind, um einen Familienzuschlag von je 80 DM. Bei einer vier-

köpfigen Familie könnte also Kostenersatz in diesen Fällen nur verlangt werden, wenn das neue Einkommen monatlich 740 DM (netto) übersteigen würde und sein Einsatz insoweit nach § 84 zuzumuten wäre.

Erwerben der ehemalige Hilfeempfänger oder die obengenannten Personen Vermögen, tritt die Verpflichtung zum Kostenersatz dann ein, wenn dieses Vermögen, zu dem im übrigen nicht Vermögensbestandteile nach § 88 Abs. 2 und 3 gezählt werden dürfen, eine Freigrenze von 3 000 DM (= 6×500 DM) für den Ersatzpflichtigen selbst und weiterer 480 DM (= 6×80 DM) für jeden Angehörigen übersteigt.

Zu erwähnen ist noch, daß die Haftung des Erben für den Kostenersatz günstiger als bisher geregelt ist. Seine Ersatzpflicht tritt grundsätzlich nur in den Fällen des § 92 Abs. 2 und 3 ein. Im übrigen beschränkt sich die Ersatzpflicht des Erben auf den Nachlaß.

Zusammenfassend darf festgestellt werden, daß nur in seltenen Fällen noch eine Ersatzpflicht besteht, und zwar dann, wenn es im Interesse der Allgemeinheit ungerecht wäre, von einer Verpflichtung zum Rückersatz der Aufwendungen abzusehen. Die Frage des Kostenersatzes ist also gegenüber dem bisherigen Fürsorgerecht für den Hilfeempfänger sehr günstig geregelt worden.

Die *Kostenerstattung* zwischen den Sozialhilfeträgern, die in Abschnitt 9 des BSHG geregelt ist, braucht in diesem Zusammenhang nicht behandelt werden. Nur soviel ist zu bemerken, daß die bewährte Regelung der Fürsorgerechtsvereinbarung in das BSHG übernommen wurde. Damit beschränkt das Gesetz die Kostenerstattung in der Hauptsache auf die Fälle der Hilfe in Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen, der Unterbringung in anderen Familien und auf die Fälle pflichtwidriger Handlungen. Sie sind als Ausnahmen von dem Grundsatz anzusehen, daß der örtlich und sachlich zuständige Träger der Sozialhilfe endgültig zur Kostenübernahme verpflichtet ist.

X.

Sonderbestimmungen für Personen mit körperlicher Behinderung

Wie bereits unter Abschnitt III erwähnt, bleiben die Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitsdienstes weiterhin Aufgabe der Gesundheitsbehörden. Einige Bestimmungen gesundheitsrechtlicher Art wurden aus dem Körperbehindertengesetz in das BSHG übernommen. Da sie ihrer Natur nach in ein *allgemeines Gesundheitsrecht* einzuordnen sind, bilden sie bis zu dessen Neuregelung gewissermaßen als vorläufige Bestimmungen den Sonderabschnitt 12. Für die Aufnahme in einem Sonderabschnitt war auch maßgebend, daß die hier vorgesehenen Maßnahmen, wie sich aus § 123 ergibt, nicht nur zugunsten von Personen durchzuführen sind, die Leistungen nach dem BSHG erhalten, sondern auch zugunsten anderer Behinderter, soweit sie nicht ausdrücklich ausgeschlossen werden. Die Bestimmungen des Sonderabschnitts gelten nicht für Personen, die wegen ihrer Behinderung als Unfallverletzte nach den Bestimmungen der gesetzlichen Unfallversicherung oder als Beschädigte nach dem Bundesversorgungsgesetz oder nach Gesetzen, die das Bundesversorgungsgesetz für anwendbar erklären, Entschädigungsleistungen erhalten. Zu den letztgenannten Gesetzen gehören das Soldatenversorgungsgesetz l. d. F. vom 8. September 1961 (Bundesgesetzblatt I S. 1686), das Häftlingshilfegesetz l. d. F. vom 25. Juli 1960 (Bundesgesetzblatt I S. 579) und das Gesetz

über den zivilen Ersatzdienst vom 13. Januar 1960 (Bundesgesetzblatt I S. 10). Der Gesetzgeber geht davon aus, daß bei Gewährung von Entschädigungsleistungen in den genannten Fällen Maßnahmen des Abschnitts 12 zur Sicherung der notwendigen ärztlichen Betreuung nicht mehr notwendig sind.

Abschnitt 12 beeinträchtigt nicht etwa die Maßnahmen des behandelnden Arztes, sondern ergänzt dessen Tätigkeit, besonders auch in Fragen nicht medizinischer Art, und trägt zur Sicherung einer rechtzeitigen und umfassenden Integration des Behinderten bei.

Die Einleitung ärztlicher Maßnahmen nach § 124 entspricht weitgehend der bisherigen Regelung im KBG. Unterschiede bestehen jedoch insoweit, als

- a) der Kreis der Behinderten gegenüber dem KBG um die Personen erweitert wird, die blind oder von Blindheit bedroht, durch eine Beeinträchtigung der Hörfähigkeit nicht nur vorübergehend wesentlich behindert oder durch eine Beeinträchtigung der Sprachfähigkeit nicht nur vorübergehend wesentlich behindert sind,
- b) eine Verpflichtung wie in § 3 Abs. 1 KBG, wonach Eltern, Vormünder und Pfleger verpflichtet wurden, die ihrer Sorge anvertrauten Behinderten einem Arzt vorzustellen, in das BSHG nicht übernommen wurde und
- c) Ärzte nicht mehr wie nach § 3 Abs. 3 Satz 2 KBG verpflichtet sind, die Personen mit körperlichen Behinderungen anzuhalten, die Beratungsstelle des Gesundheitsamtes aufzusuchen oder mit ihrem Einverständnis das Gesundheitsamt zu benachrichtigen.

Der in § 124 Abs. 1 genannte Personenkreis stimmt weitgehend mit dem der Behinderten oder von Behinderung Bedrohten überein, die nach § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1—4 bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen einen Rechtsanspruch auf Eingliederungshilfe haben. Es sind dies außer den bereits unter Buchst. a genannten Gruppen Personen, die in ihrer Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung ihres Stütz- oder Bewegungssystems nicht nur vorübergehend wesentlich behindert oder von einer solchen Behinderung bedroht sind und Personen, bei denen Spaltbildungen des Gesichts oder des Rumpfes bestehen, die nicht wesentlich zu sein brauchen. Der Gesetzgeber wollte die Verpflichtungen nach § 124 nur auf Personen erstrecken, deren Behinderung auch dem Außenstehenden erkennbar ist (s. Gottschick a. a. O. S. 359 Anm. 2 Buchst. d zu § 124).

§ 124 Abs. 2 zählt zwei Verpflichtungen auf:

- a) Hebammen und andere Medizinalpersonen, Lehrer, Sozialarbeiter (Wohlfahrtspfleger), Kindergärtnerinnen und Hortnerinnen, die bei Ausübung ihres Berufs eine Behinderung oder eine drohende Behinderung nach Abs. 1 wahrnehmen, haben den Personensorgeberechtigten unter Hinweis auf seine Pflichten *anzuhalten*, den Behinderten oder von Behinderung Bedrohten *inem Arzt vorzustellen*, wenn der Behinderte oder von Behinderung Bedrohte geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt ist.
- b) Nur wenn der Personensorgeberechtigte das ablehnt, haben die genannten Personen das *Gesundheitsamt zu benachrichtigen*; im Gegensatz zum bisherigen Recht (§ 3 Abs. 2 KBG) müssen sie also nicht nachprüfen, ob der Personensorgeberechtigte ihrer Aufforderung bzw. seiner Verpflichtung

tatsächlich nachkommt. Personensorgeberechtigt sind die Eltern, Vormünder und — je nach Inhalt der Bestellung — auch die Pfleger.

Nach § 124 Abs. 3 haben Ärzte die Aufgabe, die in Abs. 1 genannten Personen über die Notwendigkeit oder Möglichkeit einer ärztlichen Behandlung aufzuklären und sie durch Aushändigung eines amtlichen Merkblattes über die gesetzlichen Hilfemöglichkeiten zu unterrichten. Diese Bestimmung bezieht sich auf alle Ärzte, nicht etwa nur auf Fachärzte auf dem Gebiet der Behandlung Behinderter. Die Herstellung des Merkblattes und seine Verteilung wird in Bayern nicht durch die Träger der Sozialhilfe, sondern durch das Staatsministerium des Innern veranlaßt werden.

Bei Behinderten oder von Behinderung Bedrohten, die geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt sind, obliegt den Ärzten die Aufgabe der Aufklärung und Aushändigung des Merkblattes gegenüber den Personensorgeberechtigten (§ 124 Abs. 4 Satz 1). Lehnt dieser es ab, den Behinderten oder von Behinderung Bedrohten einer notwendigen Behandlung zuzuführen oder vernachlässigt er die Behandlung, so haben die Ärzte nach § 124 Abs. 4 Satz 2 auch ohne sein Einverständnis das Recht, das Gesundheitsamt zu benachrichtigen. Bisher war in § 3 Abs. 3 Satz 3 KBG eine Pflicht der Ärzte zur Benachrichtigung des Gesundheitsamtes festgelegt.

In jedem Land ist nach § 125 Abs. 1 mindestens ein Landesarzt zu bestellen, der über besondere Erfahrungen in der Hilfe für Personen mit körperlicher Behinderung verfügt. Nach Art. 25 AGBSHG wird in Bayern der Landesarzt von dem Staatsministerium des Innern oder der von ihm bestimmten Behörde bestellt. Bisher hat das Staatsministerium des Innern mit Bekanntmachung vom 2. Januar 1963 (Bayerischer Staatsanzeiger Nr. 2 S. 2) sieben Landesärzte für Körperbehinderte, drei Landesärzte für Sebehinderte und drei Landesärzte für Hör- und Sprachbehinderte bestellt.

§ 125 Abs. 2 bestimmt, daß dem Landesarzt vor allem (die Aufzählung ist also nicht erschöpfend) folgende Aufgaben obliegen:

- a) Einrichtung von Sprechtagen zur ärztlichen Beratung Behinderter oder von Behinderung Bedrohter und Beteiligung an den Sprechtagen,
- b) Erstattung von Gutachten für die Landesbehörden, die für das Gesundheitswesen und die Sozialhilfe zuständig sind, sowie für die Träger der Sozialhilfe,
- c) regelmäßige Unterrichtung der für das Gesundheitswesen zuständigen Landesbehörde über den Erfolg der Erfassungs-, Vorbeugungs- und Bekämpfungsmaßnahmen in der Hilfe für Behinderte.

Die Aufgaben des Gesundheitsamtes (§ 126) sind gegenüber dem bisherigen Recht (§ 5 Abs. 2 KBG) eingeschränkt worden. Während nach § 5 Abs. 2 Buchst. e und f des KBG der Heil- und Eingliederungsplan durch das Gesundheitsamt aufzustellen und in seiner Durchführung zu überwachen war, ist nunmehr der Träger der Sozialhilfe nach § 46 zur Aufstellung eines Gesamtplans zur Durchführung der einzelnen Maßnahmen verpflichtet. Dem Gesundheitsamt obliegen nach § 126 folgende Aufgaben:

- a) Ärztliche Beratung von Personen mit körperlicher Behinderung oder drohender körperlicher Behinderung, auch während und nach der Durchführung von Heil- und Eingliederungsmaßnahmen; hierfür sind die erforderlichen Sprechtage durchzuführen;

- b) Benachrichtigung des Trägers der Sozialhilfe oder des Trägers anderer Sozialleistungen zur Einleitung der erforderlichen Maßnahmen;
- c) Einleitung unaufschiebbarer ambulanter oder stationärer ärztlicher Maßnahmen im Benehmen mit dem Träger der Sozialhilfe oder einem anderen zuständigen Träger, bei schon in ärztlicher Behandlung stehenden Personen auch im Zusammenwirken mit dem behandelnden Arzt;
- d) Führung einer Kartei der betreuten Personen zur wissenschaftlichen Auswertung.

XI.

Tuberkulosebekämpfung außerhalb der Sozialhilfe

Bekanntlich wurde das THG in das BSHG übernommen. Dabei sind die Bestimmungen des bisherigen Rechts, die sich nicht auf die von den Landesfürsorgeverbänden gewährte Tuberkulosehilfe beziehen, getrennt vom Leistungsrecht der Sozialhilfe in einem eigenen Abschnitt zusammengefaßt. Abschnitt 13 enthält zwei Unterabschnitte. Unterabschnitt 1 enthält Sonderbestimmungen für die Träger der Tuberkulosehilfe, die nicht Träger der Sozialhilfe sind (öffentlicher Dienst, sonstige Kostenträger bei Anstaltspflege, Vollzugsbehörde des allgemeinen Strafrechts), deren Leistungen sich aber nach dem Leistungsrecht des Abschnitts 3 (Unterabschnitt 8) richten.

Unterabschnitt 2 übernimmt Vorschriften des 4. und 5. Abschnitts des THG, soweit sie für sonstige zur Bekämpfung von Tuberkulose verpflichtete Stellen (also nicht für die Träger der Sozialhilfe und die in Unterabschnitt 1 genannten Träger der Tuberkulosehilfe) galten. Nach der amtlichen Begründung zu Unterabschnitt 2 des Abschnitts 13 sollen die Vorschriften des Unterabschnitts 2 später in die Gesetze eingearbeitet werden, die für die in § 132 genannten Stellen gelten, z. B. in die Rentenversicherungsgesetze. Das ergibt sich auch aus den Worten in § 132 „bis zu einer anderweitigen gesetzlichen Regelung“.

XII.

Schlußbemerkung

Wie sich aus den vorstehenden Ausführungen ergibt, wirkt der Arzt an vielen Stellen beim Vollzug des neuen Sozialhilferechts mit. Neben dem Gesundheitsamt und dem Landesarzt sind der frei praktizierende Arzt und Fachärzte der verschiedensten Sparten (Orthopädie, Augen, Hals, Nasen und Ohren, Psychiatrie, innere Medizin, Chirurgie) berufen, durch Diagnose, Behandlung, Beratung und Begutachtung beim Vollzug des neuen Rechts mitzuwirken. Ein gutes Zusammenwirken von Ärzteschaft und Sozialhilfeträgern ist Voraussetzung für den ordnungsgemäßen Vollzug vieler Bestimmungen des neuen Rechts. Aufgabe des Arztes ist es, nach bestem Wissen und Gewissen die medizinischen Fragen zu beurteilen und die erforderlich erscheinenden Hilfen vorzuschlagen. Der Sozialhilfeträger muß sich zwar nicht bedingungslos dem ärztlichen Vorschlag anschließen; bisweilen wird es notwendig sein, einen Facharzt einzuschalten oder ein Obergutachten zu erholen. Es dürfte aber wohl kaum einen Sozialhilfeträger geben, der sich selbst für geeignet hält, medizinische Fragen zu beurteilen. Durch das schon erwähnte gute Zusammenwirken muß sichergestellt werden, daß in jedem Einzelfall dem Hilfeberechtigten, der als Mensch im Mittelpunkt aller Maßnahmen stehen muß und dem durch das Grundgesetz und das BSHG ein menschenwürdiges Leben garantiert wird, die Hilfe gewährt wird, die den gesundheitlichen Notwendigkeiten, aber auch der sozialen Gerechtigkeit entspricht.

Sozialhilfe für Sehbehinderte^{*)}

Das Bundessozialhilfegesetz in der Sicht des Augenarztes in Bayern.

Von Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Merté, Landesarzt für Sehbehinderte

Im BSHG sind spezielle Hilfeleistungen für Sehbehinderte vorgesehen, mit deren wesentlichen medizinischen Voraussetzungen wir uns befassen wollen. Die für den Augenarzt wichtigsten Bestimmungen sind in den §§ 24, 39, 67 und 124 niedergelegt. Erwähnen will ich noch, daß in § 125 die Bestellung von Landesärzten vorgesehen ist. Diese sind unter anderem für die Abgabe von gutachtlichen Stellungnahmen an die Träger der Sozialhilfe, insbesondere auch in Grenz- oder Zweifelsfällen, zuständig.

In meiner Eigenschaft als Landesarzt für Sehbehinderte habe ich seit der praktischen Anwendung des Gesetzes anhand von vorgelegten Zeugnissen und Beurteilungen der Sehbehinderung, besonders hinsichtlich der graduellen Einstufung, bemerkt, daß in der Kollegenschaft offenbar noch nicht immer eine ausreichende Kenntnis der gesetzlichen Bestimmungen besteht. Dadurch wurden gelegentlich auch Rückfragen und erneute Untersuchungen notwendig, die mit vermeidbarem Zeit-, Geld- und Kräfteaufwand verbunden sind. Die gemachten Beobachtungen ließen es mir wünschenswert erscheinen, einige Bestimmungen des Gesetzes vor der praktizierenden Augenärzteschaft Bayerns zu behandeln.

Für uns stehen neben der Anerkennung eines Mehrbedarfs bei der Hilfe zum Lebensunterhalt und der Hilfe zur Pflege von Sehbehinderten zwei Arten der speziellen Hilfeleistung im Vordergrund, Blindenhilfe und Eingliederungshilfe. Für die medizinischen Belange sind wie bei allen anderen Hilfeleistungen nach dem BSHG so auch hier die Gesundheitsämter, ggf. im Zusammenwirken mit dem behandelnden Arzt, zuständig. Sowohl die Amtsärzte das Vorliegen von medizinischen Voraussetzungen nicht selbst ausreichend klären können, werden sie in der Regel eine fachärztliche Beurteilung anfordern. Für die richtige Eingruppierung von Sehbehinderten dürfte das wegen der besonderen Schwierigkeiten häufig der Fall sein. Im Interesse möglichst einheitlicher und sachkundiger Entscheidungen wäre es daher zu wünschen, daß eine augenfachärztliche Untersuchung und Beurteilung noch ausdrücklich vorgeschrieben wird.

Der Augenarzt kann also als behandelnder Arzt eines Patienten oder auf Veranlassung des Gesundheitsamtes in die Lage kommen, eine gutachtliche Stellungnahme über einen Hilfesuchenden abgeben zu sollen.

Blindenhilfe nach § 67 erhalten, wie die Bezeichnung besagt, Blinde. Unter Fachgenossen brauche ich nicht zu betonen, daß in diesem Zusammenhang unter Blinden natürlich nicht nur Vollblinde, sondern auch Personen mit geringen Funktionsresten zu verstehen sind. Die Abgrenzung dieser gegenüber den nicht mitzuer-

fassenden hochgradig Sehschwachen ist das erste Problem, bei dem wir etwas verweilen wollen.

§ 24 Abs. 3 des Gesetzes lautet: „Als blind im Sinne dieses Gesetzes gilt auch, wer eine so geringe Sehschärfe hat, daß er sich in einer ihm nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe nicht zurechtfinden kann.“ Diese Definition stammt mit der im Schwerbeschädigtengesetz enthaltenen überein. Ziehen wir zum Vergleich die derzeit gültige Fassung des bayerischen „Gesetzes über die Gewährung von Pflegegeld an Zivilblinde“ heran, das uns bayerischen Augenärzten schon seit vielen Jahren geläufig ist und im Erstentwurf vom Jahre 1949 übrigens eine fast gleichlautende Begriffsbestimmung der Blindheit enthalten hatte. Dessen Art. 1 Abs. 2 lautet heute: „Als Blinde gelten Personen, a) deren Sehkraft bei freiem Gesichtsfeld weniger als $\frac{1}{100}$ beträgt oder b) deren Sehkraft bis zu $\frac{1}{200}$ beträgt, falls ihr Gesichtsfeld bis auf 15 Grad beschränkt ist.“ Diese Gegenüberstellung hat nicht nur eine medizinische, sondern auch eine rechtliche Seite.

In Bayern, das im Gegensatz zu manchen anderen Bundesländern seit langem das genannte Blindenpflegegeldgesetz besitzt, hat dieses nämlich den Vorrang gegenüber dem BSHG. Da die Formulierung im bayerischen Gesetz prägnanter ist, wäre es theoretisch möglich, daß ein Antragsteller nach diesem kein Pflegegeld wohl aber Blindenhilfe nach dem BSHG aufgrund dessen etwas elastischer erscheinenden Abfassung erhalten könnte. Ein Sehschwacher mit einem Funktionsrest von mehr als $\frac{1}{100}$ bei nicht auf 15 Grad eingeschränktem Gesichtsfeld oder von mehr als $\frac{1}{200}$ könnte ja nach dem Ermessen des Zeugnisgebers bescheinigt erhalten, daß er sich „in einer ihm nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe nicht zurechtfinden kann“. Zur richtigen Handhabung der Bestimmungen ist es daher notwendig, den Willen des Gesetzgebers zu kennen.

Nach Auskunft unseres Fachkollegen Dr. Soenning, der als Landtagsabgeordneter auf dem Gebiete des Gesundheitswesens in mannigfacher Weise aktivierend gewirkt hat und zu den Vätern auch des bayerischen Blindenpflegegeldgesetzes gehört, sowie des zuständigen Ministerialreferenten soll der Gehalt der Begriffsbestimmungen beider Gesetze miteinander identisch sein. Zur Entlastung der überörtlichen Träger der Sozialhilfe erhalten nach dem bayerischen Ausführungsgesetz zum BSHG über 18 Jahre alte Zivilblinde anstelle der im BSHG vorgesehenen Blindenhilfe das vom Freistaat Bayern aufzubringende Pflegegeld. Dieses ist ausdrücklich im Hinblick darauf auf den im BSHG für die Blindenhilfe festgelegten Betrag von 200.— DM erhöht worden. Es ist ja auch weder prinzipiell noch praktisch erträglich, den Blindheitsbegriff von Gesetz zu Gesetz, zumindest soweit diese sich auf dieselben Personen beziehen können, sich ändern zu lassen. Hier sei angemerkt, daß in Bayern also nur Jugendliche im Alter von 6 bis 18 Jahren Blindenhilfe nach dem BSHG erhalten, und zwar in

^{*)} Aus einem Referat auf der Tagung der Vereinigung Bayerischer Augenärzte am 29. und 30. Juni 1963 in Erlangen.

Höhe von 100.— DM, da das Blindengeldgesetz des Landes für diese Personengruppe keine Leistungen vorsieht. Kinder unter 6 Jahren können ggf. Hilfe zur Pflege nach §§ 68 und 69 des BSHG erhalten.

Es ist nach dem Gesagten grundsätzlich anzunehmen, daß ein über 18 Jahre alter Antragsteller nach Ablehnung des Pflegegeldes auf Blindenhilfe ebenfalls keinen Anspruch hat. Eine andere Handhabung würde u. U. zu einer unnötigen Mehrbelastung des Behördenapparates führen, ohne daß der gewünschte Erfolg — nämlich die Gewährung von Blindenhilfe — eintreten könnte. Sollten in einzelnen Fällen offensichtliche Härten auftreten, so wären sie durch beide Gesetze in gleicher Weise bedingt und müßten im Rahmen des vorrangig eintretenden bayerischen Blindenpflegegeldgesetzes individuell behandelt werden. Wir haben also festzuhalten, daß die medizinischen Voraussetzungen für Blindenhilfe und Blindenpflegegeld die gleichen sind.

Nach § 39 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 des BSHG ist eine Eingliederungshilfe zu gewähren. „Blinden, von Blindheit bedrohten und nicht nur vorübergehend hochgradig sehgeschwachen Personen.“ Zur Eingliederungshilfe gehören vielfältige individuell anzupassende Maßnahmen, neben ärztlicher Behandlung, z. B. schulische und berufliche Ausbildung und Umschulung einschließlich Eingliederung in das Arbeitsleben sowie Gewährung von Hilfsmitteln zur Milderung der Behinderung, also bei dem von uns zu beurteilenden Personenkreis beispielsweise von Spezialschreibmaschinen verschiedener Art, Blindenuhren, Tonbandgeräten, Führhunden usw. Ich will Ihnen nur andeuten, was unter Eingliederungshilfe zu verstehen ist und brauche hier auf Einzelheiten nicht weiter einzugehen. Wenden wir uns der Abgrenzung der Empfangsberechtigung dieser Form der Hilfe zu. Wer als „Blinder“ gilt, ist nach dem bei der Besprechung der Blindenhilfe Gesagten klar; die Begriffsbestimmung ist hier die gleiche wie dort. „Von Blindheit bedrohte Personen“ sind solche, bei denen ein Leiden, das die Sehfunktion beeinträchtigt, progredient verläuft. Bei welchen krankhaften Prozessen dies der Fall sein kann, in diesem Kreise in kursorischer Form zu erörtern, ist wohl nicht angebracht. Nicht allzuseiten wird hier eine individuelle Abstimmung der Vorschläge für Hilfsmaßnahmen erforderlich sein. Bleibt noch die dritte Gruppe, die der „nicht nur vorübergehend hochgradig sehgeschwachen Personen“. Der Passus „nicht nur vorübergehend“ ist aus juristischen und formalen Gründen eingeschaltet, um Ansprüche zeitweilig Sehbehinderter zu unterbinden und eine Abgrenzung gegenüber der Krankenversorgung vorzunehmen. Es ist ja selbstverständlich, daß beispielsweise ein in Behandlung befindlicher Augenkranker, der einer mehr oder weniger vollständigen Wiederherstellung seines Sehvermögens entgegengeht, keiner „Eingliederungshilfe“ bedarf.

Wie aber ist die „hochgradige Sehschwäche“ abzugrenzen? Eine verbindliche Festlegung ist im BSHG selbst nicht erfolgt. Nach dem soeben erschienenen Entwurf einer Rechtsverordnung zum BSHG soll eine Definition in folgender Weise vorgenommen werden: „Hochgradig sehgeschwacht im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz Nr. 2 des Gesetzes sind Personen, die sich zwar in einer ihnen nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe

noch zurechtfinden, ihr Sehvermögen aber auf einem angemessenen Platz im Arbeitsleben nicht oder für eine sonstige Teilnahme im Leben in der Gemeinschaft nur geringfügig verwerten können. Die Voraussetzung des Satzes 1 ist stets erfüllt, wenn das bessere Auge eine Sehschärfe von weniger als $\frac{1}{20}$ oder krankhafte Veränderungen von entsprechendem Schweregrad aufweist.“ Demnach kann im Einzelfall hochgradige Sehschwäche auch bei einer Sehschärfe von mehr als $\frac{1}{20}$ als gegeben angesehen werden, wenn nach Meinung des Gutachters die Voraussetzung des Satzes 1 anderweitig erfüllt ist. Hierbei kann meines Erachtens vor allem auch eine angemessene Berücksichtigung des Nahsehvermögens von entscheidendem Einfluß sein. Die zitierte Bestimmung gibt also keinen exakt definierenden Zahlenwert als Grenze an; das scheint mir aber nur gut zu sein, zumal ja auch die Untersuchungsgenauigkeit nicht extrem hoch ist und die Ergebnisse der Funktionsprüfung etwas wechseln können.

Eine genaue Festlegung ist wohl gar nicht notwendig. Nach meiner Auffassung sollte nämlich die Gewährung von Hilfsmaßnahmen zur Eingliederung nicht nur vom isoliert betrachteten Rest der Sehfunktion abhängig sein, sondern auch von allen sonstigen Nebenumständen, wie körperlicher und geistiger Verfassung und der Vorbildung der betreffenden Personen selbst, deren Lebens- und Familienverhältnissen, den lokalen Bedingungen usw. Diese Auffassung scheint mir auch dem Geiste des Gesetzes gut zu entsprechen. Man kann daher wohl nur ungefähre, allgemeine Richtmaßstäbe anlegen und muß in jedem Einzelfall individuell entscheiden. Nach meiner Meinung sollte man bei einem Sehbehinderten — wie übrigens auch bei einem von Blindheit Bedrohten —, besonders wenn er den Wunsch nach einer Förderung hat, lieber etwas großzügiger verfahren als zu engherzig. Bei Versagung von zeitigen Ausbildungsmaßnahmen können z. B. später wenn eine Berufsförderung nicht mehr möglich ist, u. U. größere Sozialleistungen nötig werden, weil dann der Betroffene zu keiner eigenen Erwerbstätigkeit fähig ist. Diese Auffassung wird nach meinen Erfahrungen von den Sozialhilfeträgern offenbar geteilt, so daß Schwierigkeiten bei einsichtsvoller Begutachtung von Anträgen wohl nicht zu erwarten sind.

Schließlich möchte ich Sie noch auf eine weitere Bestimmung des BSHG aufmerksam machen. Nach § 124 Abs. 3 „haben Ärzte die Aufgabe, 1. die in Absatz 1 genannten Personen“ — dort sind unter Punkt 3 Personen, die blind oder von Blindheit bedroht sind, angeführt — „über die Notwendigkeit oder Möglichkeit einer ärztlichen Behandlung aufzuklären, 2. sie durch Aushändigung eines amtlichen Merkblatts über die gesetzlichen Hilfsmöglichkeiten zu unterrichten“. Dieses Merkblatt liegt vorerst nur im Entwurf vor und kann daher im Augenblick noch nicht bezogen werden. § 124 Abs. 4 lautet: „Ist der Behinderte oder von Behinderung Bedrohte geschäftsunfähig oder in der Geschäftsfähigkeit beschränkt, haben die Ärzte die Aufgabe nach Absatz 3 gegenüber dem Personensorgeberechtigten. Lehnt dieser ab, den Behinderten oder von Behinderung Bedrohten einer notwendigen Behandlung zuzuführen, oder vernachlässigt er die Behandlung, haben die Ärzte auch ohne sein Einverständnis das Recht, das Gesundheitsamt zu benachrichtigen.“ Dazu ist wohl nichts Ergänzendes binzuzufügen.

Begriffsbestimmungen von Sehbehinderungen im Rahmen des Bundessozialhilfegesetzes

Grad	offizielle Definition	praktische Abgrenzung
Blindheit	Als blind im Sinne des Gesetzes gilt auch, wer eine so geringe Sehschärfe hat, daß er sich in einer ihm nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe nicht zurechtfinden kann.	Visus < 1/60 (bei Beschränkung des Gesichtsfeldes bis auf 15 Grad 1/25) bis Amaurose
hochgradige Sehschwäche	Hochgradig sehschwach im Sinne des § 39, Satz 1, Nr. 2 des Gesetzes sind Personen, die sich zwar in einer ihnen nicht vertrauten Umgebung ohne fremde Hilfe noch zurechtfinden, ihr Sehvermögen aber auf einem angemessenen Platz im Arbeitsleben nicht oder für eine sonstige Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft nur geringfügig verwerten können. Die Voraussetzung des Satzes 1 ist stets erfüllt, wenn das bessere Auge eine Sehschärfe von weniger als 1/20 oder krankhafte Veränderungen von entsprechendem Schweregrad aufweist.	Visus < 1/20, ggf. höher, bis 1/60

Lassen Sie mich zusammenfassend folgendes sagen:

1. Die medizinischen Voraussetzungen für Blindenhilfe nach dem BSHG und Blindenpflegegeld nach dem speziellen bayerischen Gesetz sind als identisch anzusehen, wobei nach § 2 BSHG die Gewährung des Pflegegeldes vorrangig ist; die Frage nach der Einleitung von Maßnahmen einer Eingliederungshilfe ist individuell und nicht zu engherzig zu beurteilen. 2. Die augenärztliche Untersuchung, aufgrund deren die Stellungnahme abgegeben werden soll, muß umfassend, das heißt, so vollständig wie möglich und so exakt wie möglich sein; die Ergebnisse der Befunderhebung müs-

sen verfügbar bleiben. Die Stellungnahme selbst muß so klar wie möglich sein und den gesetzlichen Bestimmungen entsprechen. Die Befundberichte sollen so abgefaßt sein, daß der Landesarzt oder andere ärztliche Stellen unter deren Zugrundelegung ohne Rückfragen und neuerliche Untersuchungen unmittelbar zu einer Beurteilung kommen können. 3. Personen, die unter das Gesetz fallen bzw. deren Vertreter, sind über die Hilfemöglichkeit aufzuklären.

Anschrift d. Verf.: Prof. Dr. H.-J. Merté, Chefarzt der Augenabteilung am Städt. Krankenhaus rechts der Isar, 8 München 8, Ismaninger Straße 22.

Vitamin C am Nanga Parbat

Von Karl M. Herrligkoffer

Schon im 16. Jahrhundert wurde die Heilkraft der frischen Kiefernadelextrakte im Kampf gegen die gefürchtete Seefahrerkrankheit Skorbut entdeckt. Dennoch gelang es erst 1913 den beiden Wissenschaftlern HOLST und FRÖHLICH bei Meerschweinchen durch Entzug der Grünfütterung Skorbut experimentell zu erzeugen. Damit war die Avitaminosenatur der Skorbutkrankheit bewiesen. 1920 schlug DEUMMOND den Namen Vitamin C für den fehlenden Stoff dieser Vitaminmangelkrankheit vor. 1927/28 gewann SZENT-GYÖRGYI aus Organen und Nebennieren erstmals eine kristallinische Substanz mit der Bruttoformel $C_6H_8O_6$, die er als Hexursäure erkannte und später auch synthetisch darstellte. Ihrer wichtigen biologischen Eigenschaften wegen bezeichnete er sie Ascorbinsäure.

Während der Deutschen Daimir-Expedition 1962 hatten wir eine größere Menge CEBION-Brausetabletten von der Firma E. Merck-Darmstadt freundlicherweise für Versuchszwecke erhalten. Jede Brausetablette CEBION enthält 1 g L-Ascorbinsäure, das in seiner chemischen Struktur und in seinen physiologischen Eigenschaften dem natürlichen Vitamin C völlig gleichkommt. Vitamin C wird von jeder lebenden Zelle benötigt. Im Zellstoffwechsel spielt das Vitamin eine wichtige Rolle, indem es den Ablauf der Oxydoreduk-

tionsprozesse reguliert. Vitamin C greift durch sein hohes Redoxpotential als Zwischenakzeptor wahrscheinlich auch als Katalysator tief in die Oxydationsvorgänge und Dehydrierungsprozesse im Stoffwechsel ein, vor allem bei den Kohlehydraten. Es ist bekannt, daß durch Vitamine C Fermente und Hormone aktiviert werden, daß Arzneimittelwirkungen gesteigert und entgiftet werden. Vitamin C ist daher für die Infektabwehr von großer Bedeutung, da es die Blutbakterizidie zu steigern vermag und sich auch an der Entwicklung von Antikörpern beteiligt. Als Angriffspunkt der Ascorbinsäure bei der Infektabwehr muß vor allem des retikuloendotheliale System angesehen werden. Auf das Blut, die blutbildenden Organe und die Blutgefäße übt die Ascorbinsäure einen vielseitigen Einfluß aus. Im Vordergrund steht die gefäßabdichtende Wirkung. Außerdem soll die Blutgerinnung (durch Aktivierung des Thrombins sowie Erhöhung des Albumin-Globulin-Quotienten) gefördert und die Tätigkeit des Knochenmarks angeregt werden: Thrombozyten-, Leukozyten- und Erythrozytenbildung.

Letzteres dürfte vor allem dann von besonderer Bedeutung sein, wenn Vitamin C mit anderen hämopoetischen Substanzen kombiniert wird, denn es vermag das resorbierbare zweiwertige Eisen vor Oxydation im Magen-Darmtrakt zu schützen. Außerdem ist das Vit-



Hochlager III in 6600 m Höhe

amin C an den Reifungsvorgängen der Erythrozyten und damit an der Aufrechterhaltung normaler Hämoglobinwerte beteiligt.

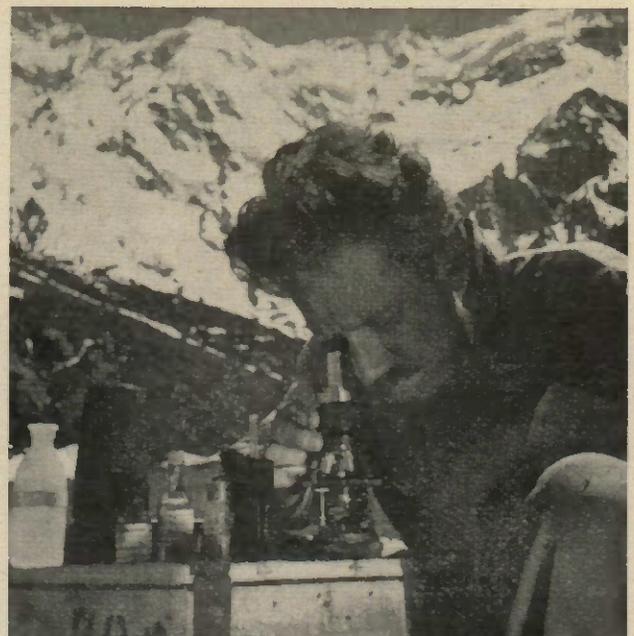
Während der Deutschen Diamir-Expedition 1961 und 1962 wurde Vitamin C in Form von CEBION-Brausetabletten appliziert. Es interessiert vor allem festzustellen, ob bei täglicher Zufuhr von 1 g Ascorbinsäure und mehr eine Leistungssteigerung erreicht wird und ob andererseits die Wirkung der zusätzlich verabreichten blutbildenden Stoffe eine Steigerung erfährt.

Die Wirkung von Vitamin C gegen Müdigkeit, Abgespanntheit und Schwächezustände, wie sie der plötzliche Aufenthalt in großen Höhen (5000 m) mit sich bringt, war uns bereits vom Vorjahr am Nanga Parbat bekannt. Diesmal sollte aber die CEBION-Wirkung genauen Beobachtungen unterzogen werden. Dabei stellte sich heraus, daß die Versuchspersonen den plötzlichen Höhenunterschied von 1000 m im Industal auf 5000 m im Lager I ohne die geringsten Symptome einer Höhenerkrankung überstanden. Schon während des Aufstiegs aus den Niederungen griff jeder der mit Vitamin C versorgten Bergsteiger mehrmals täglich zu einer Brausetablette, da das mit ihr bereitete Getränk nicht nur dem Gletscherwasser einen angenehmen Geschmack verlieh, sondern auch bereits nach kurzer Zeit das Empfinden der körperlichen und geistigen Erfrischung bewirkte. Die rasche geistige Belebung findet wohl ihre Begründung in der Beobachtung, daß die Ganglienzellen eine große Affinität zu Vitamin C besitzen und die Ascorbinsäure in den Zellen gespeichert wird. Vor allem die lipoidhaltige Pigmentgranula, die den Zellkern kappenartig umlagert, zeigt eine enge Beziehung zu Vitamin C. Da die Ascorbinsäure somit in die intrazellulären Oxydationsvorgänge eingreift, ist mit der Speicherung in der grauen Rindensubstanz des Großhirns auch eine Steigerung der Stoffwechselvorgänge verbunden. Diese Stoffwechselsteigerung wiederum bedingt eine Anregung der interzellulären Assoziationsvorgänge und somit eine Belebung der Gedankenabläufe. Damit läßt sich vielleicht die geistige Frische nach großem Vitamin C-Genuß erklären.

Wenngleich wir während mehrerer Himalaja-Expeditionen niemals mit skorbutähnlichen Krankheits-symptomen zu tun hatten — der Aufenthalt am Berg und die Zeitdauer der einseitigen, vitaminarmen Ernährung war dafür viel zu kurz —, so wurden doch in

der Höhe stets geringe Schleimhautblutungen in der Nase und am Zahnfleisch beobachtet. Selbstredend wurden Multivitamine während der Expeditionen in ausreichender Menge dem Körper zugeführt, so daß es sich bei den Blutungen keinesfalls um Vitamin-Mangelscheinungen handeln konnte. Die Ursache der hämorrhagischen Diathese war also vor allem in den verminderten atmosphärischen Druckverhältnissen zu suchen, Sonne und Kälte, sowie gewaltige Temperaturschwankungen taten das ihre dazu. Ich konnte feststellen, daß die beobachteten geringfügigen Blutungen der Schleimhäute in viel geringerem Maße auftraten, wenn täglich mehr als 1 Gramm Vitamin C dem Organismus zugeführt wurde. Somit wurde die kapillarabdichtende Wirkung des Vitamin C ex juvantibus erneut bewiesen.

Alle Bergsteiger nahmen gleichermaßen blutbildende Ferro-Verbindungen ein. (Wir verwendeten während der Expedition Ferro-Cytofol von Lappe, das unseren Erwartungen an die Wirksamkeit eines Haemopoetica vollauf gerecht wurde.) Auffallend war lediglich, daß die mit hohen Dosen Vitamin C versorgten Mitglieder der Expedition am Ende des Unternehmens ein besonders gutes Blutbild aufwiesen. Es ist ja bekannt, daß bei Vitamin C-Mangelzuständen oftmals Anaemien beobachtet werden. Eisen und Vitamin C sind Katalysatoren der Zellatmung; das Vitamin greift maßgebend in die Oxydations- und Reduktionsvorgänge der Zellen ein und beteiligt sich am Abbau jener Zwischenprodukte, die sich bei Ermüdungserscheinungen im Körper anhäufen. Vitamin C hat enge Beziehungen zu den Vitaminen B₁₂ und Folsäure, wodurch es in den Reifungsprozeß der roten Blutzellen eingreift und sich an der Aufrechterhaltung normaler Hämoglobinwerte beteiligt. Aber es beeinflußt die Hämopoese auch indirekt, indem es bei oraler Eisenzufuhr die zweiwertige Ferro-Verbindung vor Oxydationen im Magen und Darm schützt. Ein solcher Schutz ist für die Eisensubstitutionsbehandlung, wie man sie zur Förderung der Anpassung an große Höhen prophylaktisch betreibt, von großer Bedeutung.



Arzt und Expeditionsleiter Dr. Herrligkoffer im Hauptlager in 4150 m Höhe

Zusammenfassend läßt sich der Wert von hohen Vitamin-C-Gaben sehr positiv beurteilen. Einerseits werden durch das Eingreifen der Ascorbinsäure in die oxydativen Vorgänge im intermediären Stoffwechsel Müdigkeit, Abgespanntheit und Konzentrationsmangel wirksam gedämpft. Voraussetzung für ein maximales Leistungsvermögen ist allerdings eine dauernde Sättigung des Organismus mit Vitamin C. Möglicherweise spielt bei der beobachteten Wirkung der fördernde Einfluß der Ascorbinsäure auf die Glykogenspeicherung eine wesentliche Rolle. — Als weiteres ist die blutbildende Wirkung des Vitamin C für Himalaja-Expeditionen von großer Bedeutung. Vit-

amin C beeinflusst auf Grund seiner engen Beziehungen zu anderen blutbildenden Vitaminen die Haemopoese, schützt das zugeführte zweiwertige Eisen vor Oxydationsvorgängen im Verdauungstrakt, unterstützt auf diese Weise den komplexen Vorgang der Akklimatisation, d. h. der Anpassung an die Höhe, und wirkt somit vorbeugend gegen die so gefürchtete Höhenkrankheit. Vitamin C in hohen Dosen ist somit zu einem unentbehrlichen Begleiter aller Himalaja-Expeditionen und ähnlicher Unternehmungen geworden.

Anschrift des Verfassers: Dr. Karl M. Herrligkoffer, 8 München 25, Boshetsrieder Straße 13.

AUS DEM STANDESLEBEN

Bericht über die

30. Tagung des Kollegiums für ärztliche Fortbildung in Regensburg

Der 30. Fortbildungskurs in Regensburg, vom 23. bis 26. Mai 1963, unter der Leitung von Prof. Dr. D. Jahn, behandelte drei Hauptthemen, deren Bedeutung durch das starke Echo in der Ärzteschaft unterstrichen wurde.

Nachstehend folgen kurze Zusammenfassungen der von den genannten Referenten gehaltenen Vorträge.

I.

„Neue Beurteilung der Nierenkrankheiten“

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. E. Wolheim, Würzburg:

Neuklassifizierung der Nierenkrankheiten

Jede Behandlung dieses Themas wird mit einem dankbaren Gedenken an Franz Volhard verbunden sein. Die Begriffe ‚Nephrose‘, ‚Herdnephritis‘, ‚Glomerulonephritis‘ und ‚Nephroklerose‘ sind von ihm für die Klinik herausgearbeitet worden. — Beim Versuch einer Neugliederung soll kurz auf die physiologischen Grundtatsachen erinnert werden. Die Harnproduktion vollzieht sich in einem einheitlichen Nephron, dessen Partialfunktionen wir in zunehmendem Maße differenzieren können. An der Vorstellung von der Ultrafiltration im Bereich des Glomerulum halten wir zunächst fest, wiewohl die neuesten Befunde auch dies in Zweifel ziehen, weil im isolierten Glomerulum Fermente gefunden werden, die auf eine aktive Zelleistung hindeuten. Bei der bisher postulierten passiven Filtration werden zwischen 80 und 150 l pro Tag an Primärharn erzeugt. — Im weiteren Verlauf des Nephrons, den tubulären Abschnitten, wird durch Rückresorption und Sekretion, die quantitative und qualitative Zusammensetzung variiert. Dies ist sicher eine parenchymatöse Leistung; die Tubuluszellen arbeiten unter relativ hohem Sauerstoffverbrauch mit einem vielfältigen Fermentbestand u. a. unter hormonellen Einflüssen. Die Blutversorgung geht nach Abzweigung von den Arteriolen über ein hintereinander geschaltetes Kapillarsystem, wobei auf die Glomerulumschlingen ein paratubuläres Kapillarnetz folgt. Für den Vorgang der Harnkonzentration konnte man das sog. Haarnadelgegenstromprinzip sichern.

Aus den Erfahrungen der Würzburger Klinik hat sich die Einteilung der Nierenkrankheiten in primär-glomeruläre und primär-tubuläre Störungen als brauchbar und den pathophysiologischen wie pathologisch-anato-

mischen Verhältnissen in weiten Grenzen gerecht werdend erwiesen. Man muß aber bedenken, daß je nach Schwere der Erkrankung und nach zeitlichem Verlauf ein fließender Übergang in eine globale Insuffizienz eintritt. Die Bedeutung des Glomerulums wurde vor allem durch die Untersuchungen Randeraths' erhellt, der Veränderungen an der Basalmembran und am Deckepithel der Glomerulumschlingen für die Eiweißverluste des nephrotischen Syndroms verantwortlich machen konnte.

Pathogenetisch scheinen die von Herrn Dozenten Schäfer, Würzburg, in der Diskussion noch näher erläuterten immunopathologischen Befunde bei den meisten glomerulären Veränderungen eine Rolle zu spielen. Neben dem gefundenen Abfall des Komplementes im Serum weisen fluoreszenzoptische Untersuchungen auf eine allergische Schädigung von Basalmembran und Deckepithel hin. Derartige Vorstellungen werden nicht nur für die Glomerulonephritiden, sondern auch für die Lipoidnephrose, die Amyloidniere und die Kimmelstiel-Wilson'sche Erkrankung der Niere diskutiert. Die maligne Nephrosklerose schließlich wird man letztlich bei deutlicher Abgrenzung zur essentiellen Hypertonie auch als ein immunologisches Leiden in der Gruppe der Endangitiden einreihen müssen. Die Abgrenzung der glomerulären Nierenerkrankungen rechtfertigt sich auch pathologisch-anatomisch, weil es lediglich eine „reparatio“, Defektheilung in der Narbe gibt.

Dagegen ist bei den tubulären Schädigungen eine restitutio ad integrum denkbar, da die parenchymatösen Anteile der Niere einer regeneratio fähig sind. Bezüglich der Entstehung tubulärer Insuffizienzen ist eine doppelte Einteilung gegeben: Einerseits finden sich selten angeborene Funktionsstörungen, andererseits kann eine Funktionsbeeinträchtigung oder auch organische Laesion auf infektiös-toxischem, toxisch-allergischem oder zirkulatorischem Wege erworben werden. Die parainfektiösen Nierenschädigungen sind interstitielle Nephritiden und werden vorwiegend beim Typhus, Paratyphus, der Hepatitis, schweren Pneumonien, im Koreaflieber und als fließender Übergang einer Pyelonephritis beobachtet. Toxische und toxisch-allergische Einflüsse sind von Sulfonamiden, Phenacetin, Transfusionsfehlern, Crush-Zuständen u. ä. beschrieben worden. Eine wachsende Zahl von tubulären Insuffizienzen entsteht heute auf dem Weg einer schockbedingten, zirkulatorischen Nieren-



Prof. Dr. D. Jahn,
Nürnberg



Prof. Dr. E. Wollheim,
Würzburg



Prof. Dr. K. W.
Schneider, Würzburg

schädigung. — Die Diagnostik hat auf relativ einfache Kriterien zu achten: Oligurie oder Anurie im akuten Stadium, später Polyurie mit Elektrolytstörungen (Flammenphotometer und Ekg), Konzentrationsschwäche mit Isostenurie — auch bei Oligurie — diskrete Eiweißausscheidungen im Harn sowie Erythrocyten bzw. Zylinder im Sediment. Als Funktionsprobe bei diskreteren Störungen steht die Phenolrot-Ausscheidung zur Verfügung. Die Schweregrade des funktionellen Ausfalls können bis zur tubulären Urämie reichen. Den Begriff ‚akutes Nierenversagen‘ muß man in diesen Fällen vermeiden, da es auch glomerulär bedingt sein kann und dann einer gänzlich anderen therapeutischen Versorgung bedarf. Nicht zuletzt rechtfertigen die erwähnte therapeutische Konsequenz und die unterschiedliche prognostische Beurteilung die gezeigte Klassifizierung der Nierenkrankheiten.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. O. Spühler, Waid/Schweiz:

Möglichkeiten und Grenzen der modernen Nierendiagnostik

Die Nierendiagnostik basiert nach wie vor auf einer exakten Harnanalyse. Die Ursachen der Albuminurie reichen von der meist bedeutungslosen Lordose bis zu der Vielzahl der glomerulären Erkrankungen. Beachtenswert erscheint, daß ein Rückgang der Esbachwerte nicht stets einer Besserung der Nephropathie gleichzusetzen ist, da diese Tendenz auch bei zunehmender Verdünnung der Glomerula mit Blutdruckanstieg beobachtet wird. Paraproteinurien können mittels der Harnelktrophorese gut differenziert werden. Ein Erythrocytenbefund im Sediment soll stets weitere diagnostische Untersuchungen veranlassen. Entzündliche Affektionen, Tumoren und Konkreme der abweisenden Harnwege müssen mit speziellen Methoden abgegrenzt werden, wobei die diskrete Symptomatik der Geschwülste eine besondere Aufmerksamkeit fordert. Die Leukocyturie versucht man zunehmend wie die Erythrurie durch quantitative Auszählungen (nach Addis) diagnostisch auszuwerten. Außerdem ergibt sich die Möglichkeit, durch spezielle Färbemethoden (nach Sternheimer und Malbin) Rückschlüsse auf die Herkunft der Leukozyten zu ziehen.

Unter den Funktionsproben ist die einfache Feststellung des Konzentrationsvermögens eine wertvolle Orientierung; 1028 sollte als Minimum gefordert werden. Die Clearancemethoden scheinen globale Verhältnisse der Nierenfunktion abschätzen zu lassen, ohne klinisch differenzierte Einblicke in Durchblutung und Exkretionsleistung zu gewähren. Bewährt hat sich die Phe-

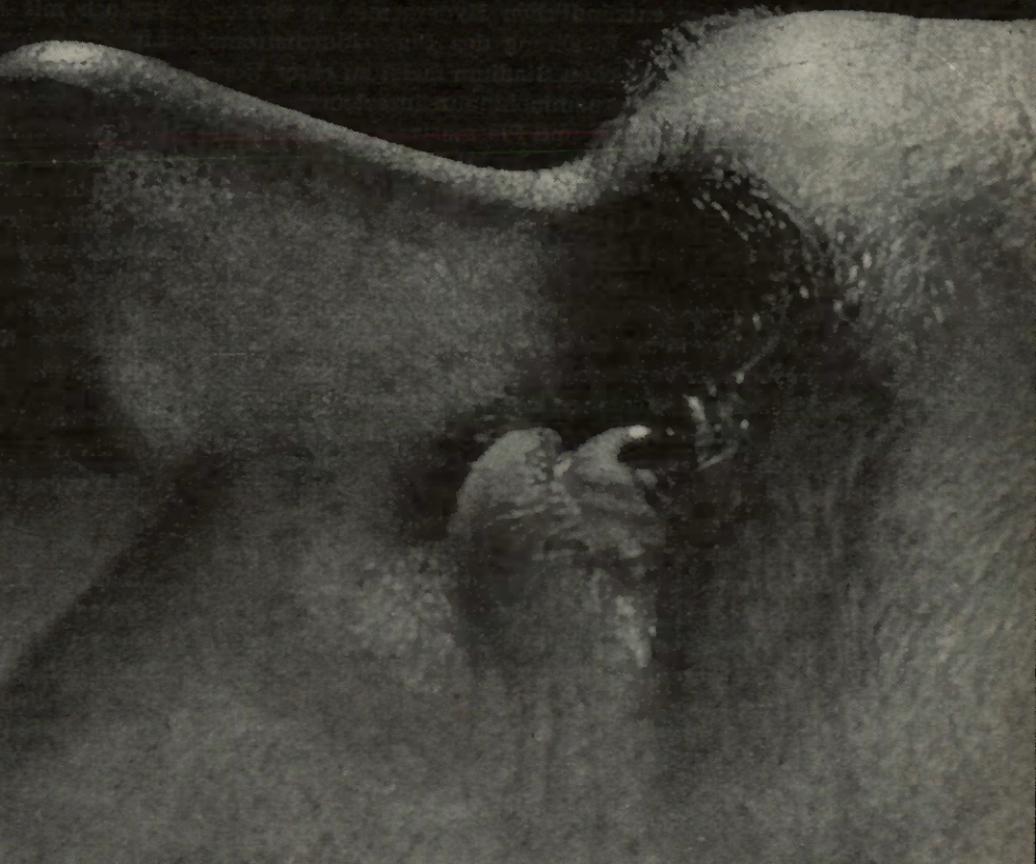
nolrot-Probe zur Beurteilung der tubulären Leistung. Das klinische Gesamtbild wird abgerundet durch exakte Blutdruckkontrollen. Die Abgrenzung gegenüber anderen Ursachen der Hypertonie — essentielle Hypertonie, diffuse Gefäßleiden, Kollagenosen etc. — ist mitunter schwierig. Eine Beeinträchtigung der Nierendurchblutung, sei es im Kapillarbereich oder im Sinne eines Goldblatt-Mechanismus, hat eine Hypertonie zur Folge. Mittels Angiographie sind die operativ anzugehenden Fälle einer mechanischen Beeinträchtigung der Durchblutung, speziell einseitig, herauszufinden. Das Verfahren der Nierenbiopsie ist transcutan durch gelegentliche Zwischenfälle belastet, so daß an der eigenen Klinik zur Biopsie nach operativer Freilegung übergegangen wurde. Bei einem eingearbeiteten Team ist dies kein eingreifendes Verfahren, dagegen sowohl technisch als auch bezüglich der Nebenwirkungen sicherer.

Die Pyelonephritiden sind nach den bei Sektionen erhobenen Statistiken wesentlich häufiger als sie diagnostiziert wurden. In 10% aller Autopsien findet sich ein solcher Befund. Disposition und Erregervirulenz variieren als Faktoren das klinische Bild, das vom chronischen über das akute Stadium bis zur Abszedierung reicht. In der Pathogenese steht der ascendierende Infekt der Harnwege neben der haematogenen interstitiellen Nephritis, die zu episodischen Pyelitiden mit Bakteriurie und Leukocyturie führt. Das Fehlen dieser Harnbefunde spricht nicht gegen einen weiterschwellenden Prozeß im Nierenparenchym. Interessanterweise wird ein pyelonephritischer Infekt gehäuft bei Phenacetinabusus gefunden und es ist sehr problematisch, ob die „Phenacetinurie“ eine eigene Erkrankung im Sinne einer Interstitiellen hyalinen Veränderung ist, oder ob der Phenacetinverbrauch primär oder sekundär mit dem pyelonephritischen Infekt im Zusammenhang steht.

Der Wunsch nach gezielter antibiotischer Therapie stellt das Problem einer entsprechend sterilen Harngewinnung. Grundsätzlich ist vor einem leichtfertigen Blasenkateterismus dringend zu warnen. In der Harnröhre befindliche Bakterien werden in die Blase verschleppt, mitunter werden Hospitalismuskeme eingebracht, die dann eine besondere Resistenz aufweisen. Die suprapubische Blasenpunktion vermeidet derartige Komplikationen und wird in der eigenen Klinik regelmäßig angewandt. Eine Entzündung der ableitenden Harnwege, der Blase und Prostata muß differentialdiagnostisch ausgeschlossen werden. Für die Beurteilung der Nierenfunktion bei Pyelonephritis gilt das bei den Funktionsproben Gesagte, insbesondere gestattet der Konzentrationsversuch eine Funktionseinbuße frühzeitig aufzudecken.

pro Nase
Pumilen[®]

Tosse
HAMBURG



Aus dem Vortrag von Prof. Dr. P. Cottier,
Interlaken-Bern.

Die glomerulären Erkrankungen in Genese, Differentialdiagnose und Therapie

In Übereinstimmung mit Reubl wird eine Einteilung in vorwiegend entzündliche und vorwiegend degenerative Glomerulopathien vorgenommen. Zu den entzündlichen Nephropathien ordnen sich die postinfektiösen Glomerulonephritiden, die nicht-streptokokkenbedingte Glomerulonephritis und die parainfektiose Herdnephritis als akute Erscheinungsformen; die sekundär- und primär-chronischen, diffusen oder herdförmigen Glomerulonephritiden, die Nephropathie bei subakuter bakterieller Endocarditis und die Nephropathie bei Lupus erythematodes zu den subakut oder chronischen Verlaufsformen. Demgegenüber wird die Schwangerschaftsnephropathie, die Lipoidnephrose und die lobuläre Glomerulonephritis, die diabetische Glomerulonephrose Kimmestiel-Wilson, die Amyloidose, die Proteinurie bei Carzinomen und die toxische Glomerulonephrose unter die degenerativen Erkrankungen gerechnet.

Die immunoallergische Pathogenese ist für die postinfektiösen Glomerulonephritiden, ob akut oder chronisch, gesichert. Der Wechsel in der Erscheinungsform von der exsudativen über die proliferative und hyalinisierende Glomerulonephritis scheint ein gradueller Unterschied zu sein. Parainfektiose Nephritiden beobachtet man vor allem bei Leptosprosen, Typhus und Paratyphus, Pfeiffer'schem Drüsenfieber u. a. m., sie sind wahrscheinlich nicht allergischer Natur. Die Herdnephritis dagegen ist offenbar nur eine Abstufung der allergischen Glomerulonephritis.

Bei den vielfältigen Ursachen ist auch die Symptomatologie bunt und bietet nicht unbedingt eine strenge Korrelation zum anatomischen Substrat (Biosple). Die Permeabilitätsänderungen der Glomerulumschlingen äußern sich in Proteinurie und Haematurie einerseits, sowie in einer Störung der Ultrafiltration. Dies kann am besten durch die Inulin- oder Thiosulfatclearance erfaßt werden. Sekundär kommt es zu Zirkulationsstörungen. Nach einer entzündlichen Hyperaemie im akuten Stadium mit einer Erhöhung des Plasmadurchstroms kommt es im chronischen Stadium meist zu einer Herabminderung der Paraaminohippursäureclearance. Die Relation von Filtration und Plasmastrom — die Filtrations-Fraktion, meßbar mit der Doppelclearance — gibt einen Hinweis auf Lokalisation und Schwere der Nephropathie. Keine klare Beziehung findet sich zwischen Blutdruckhöhe und Einschränkung der Nierendurchblutung.

Die Diagnose glomerulärer Erkrankungen bietet bei akuten Fällen keine Schwierigkeiten. Dagegen können die chronischen Verläufe über lange Zeit unerkannt bleiben, insbesondere solange keine Azotaemie besteht und im Urin Albuminurie oder Erythrurie fehlen. Müdigkeit, Lendenschmerzen, flüchtige Oedeme und die Nebenerscheinungen eines immer höher steigenden Blutdruckes sollen den Verdacht wachrufen. Bei fehlender Rest-N-Steigerung sind dann die Clearanceverfahren, insbesondere die Größe der Filtrationsfraktion, eine gute diagnostische Hilfe. Die Abgrenzung gegenüber einer chronischen Pyelonephritis kann in Zweifelsfällen nur durch die Nierenbiopsie geschehen. Bei unklaren Nephropathien möge man auch immer an eine Sepsis lenta denken und mittels einer Blutkultur danach suchen.

Unter den degenerativen Erkrankungen scheint die Diagnose einer Schwangerschaftsnephropathie zunächst einfach; beim Versuch einer Abgrenzung von primären zu sekundären Formen (mit vorbestehender Nephropathie = 50 % der Fälle) sollte man aber folgendes beachten: Die sekundäre Nephropathie wird meist schon in der ersten Schwangerschaftshälfte bemerkt. Die Blutdrucksteigerungen sind deutlicher ausgeprägt, bei folgenden Graviditäten rezidiviert sie, in den Funktionsproben erkennt man eine Reduktion der Paraaminohippursäureclearance. Im klinischen Erscheinungsbild unterscheidet Reubl graduell die Schwangerschaftsniere, die Praeeklampsie und die Eklampsie.

Differentialdiagnostisch problematisch, aber therapeutisch wichtig ist die Abgrenzung der Lipoidnephrose zur lobulären Glomerulonephritis. Beiden gemeinsam ist das nephrotische Syndrom, im letzteren Fall ist jedoch die Nierenfunktion, meßbar an den Clearancewerten, deutlich herabgemindert. In Frühfällen ergibt lediglich die Nierenbiopsie ein klares Bild. — 20—40 % der zur Autopsie gelangenden Diabetiker sollen eine Glomerulosklerose aufweisen. Jüngere Patienten neigen dabei zu einer progressiven Verschlechterung der Nierenfunktion, ältere Leute zeigen eher eine atypische oder oligosymptomatische Form. Bei unklaren Albuminurien sollte stets an eine Amyloidose, an eine Proteinurie bei Carcinomträgern und an eine toxische Schädigung der Glomerula gedacht werden. Quecksilber und Goldpräparate sind bei chronischer Applikation häufiger anzuschuldigen als dies vermutet wird.

Bei der Besprechung der Therapie sollen nur die in letzter Zeit veränderten Vorstellungen angeführt werden: An der Stelle des Durstens bei akuter Glomerulonephritis steht heute eine exakte Flüssigkeitsbilanz. Wenn die Patienten nicht vorher überwässert wurden, kann ihnen die Zufuhr von Ausscheidungsmenge + 400—600 ccm pro Tag erlaubt werden. Bei cerebralen Krämpfen haben sich neben dem Aderlaß Lumbalpunktion und lytische Mischungen bewährt. Das nephrotische Syndrom rechtfertigt zunächst den Behandlungsversuch mit ACTH bzw. Glucocorticoiden, wobei die Lipoidnephrose sehr gute Ergebnisse bringt, die lobuläre Glomerulonephritis aber doch nicht wesentlich verändert werden kann. Die Dosierung wird unterschiedlich gehandhabt, in Bern hat sich der Beginn mit einem ACTH-Stoß (80—100 E) und die Fortführung mit Corticoiden als Dauertherapie (40—60 mg) bewährt. Die Aussichten bei der dekompensierten Retention einer schweren Nierenparenchymschädigung sind nach wie vor recht ungünstig. Die von Scribner vorgeschlagene Methode einer rezidivierenden Langzeitbehandlung mit der Künstlichen Niere eignet sich noch nicht für eine breite Anwendung.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. K. W. Schneider,
Würzburg:

Pathogenese und Differentialdiagnose der tubulären Nierenerkrankungen

Das klinische Bild der tubulären Insuffizienz ist durch tubuläre Laesionen, die von Funktionsausfällen bis zu histologischen Zellalterationen reichen und variabel lokalisiert sein können, gekennzeichnet. Die Glomerula sind intakt oder nur wenig miteinbezogen. Bei toxischen Einflüssen finden wir die Veränderungen vorwiegend in den proximalen Abschnitten; interstitiell entzündliche



Prof. Dr. J. Moeller,
Hildesheim



Prof. Dr. H. Sarre,
Freiburg/Brsg.



Prof. Dr. F. Linneweh,
Marburg/L.



Priv.-Doz. Dr. E. Buchhorn,
I. Med. Klinik München

Prozesse machen diffuse, zirkulatorisch bedingte Schädigungen mehr disseminierte Zellalterationen. Vieles spricht dafür, daß bei der als Schockniere bezeichneten tubulären Insuffizienz eine zirkulatorisch bedingte Gewebshypoxie eine pathogenetische Rolle spielt. Die Befunde von Sektionspräparaten und die nach experimenteller Ischaemie erhobenen stimmen insofern recht gut überein, als man von der Schwere des Schocks abhängige, gleichartige Zellveränderungen findet. Die Schwellung der Tubuluszellen kann noch Ausdruck eines schwer geschädigten Stoffwechsels sein, häufig kommen aber auch herdförmig gruppierte Zellnekrosen zur Darstellung. Die Hypoxiehypothese wurde aber von den Physiologen zumindest angezweifelt, da beim hämorrhagischen Schock im Tierversuch arterio-venös keine auffallende Sauerstoffdifferenz nachweisbar war. Die PAH-Clearance scheint vor Absinken des Blutdrucks bereits deutlich zurückzugehen. Die Deutung dieses Phänomens i. S. einer absinkenden Plasmadurchströmung wurde durch direkte Durchblutungsmessungsverfahren nicht bestätigt. Dem Argument des Physiologen Cramer, daß die Theorie einer Hypoxie in der pathogenetischen Deutung schlechthin entbehrlich sei, wird entgegengehalten, daß die zugrundeliegenden Experimente nicht an langfristigen Beobachtungen gemacht wurden. Außerdem fehlen bislang histologische Belege. Der rein physiologische Gesichtspunkt „Auswaschung der Nierenmarkspools“ kann nicht für eine Schädigung des Parenchyms angeschuldigt werden. Die klinischen Beobachtungen bei Schockzuständen unterschiedlichen Grades zeigen, daß bei exakter Überwachung der Nierenfunktion doch stets eine Funktionsminderung des Nierenparenchyms erkennbar ist. Häufig ist dies nur in subtilen Verfahren nachweisbar, wozu neuerdings die Radiorenographie beiträgt. Die Größen der Durchblutung und der Konzentrationsfähigkeit können dabei nicht klar isoliert werden, aber die Auswertung der Kurven zeigt doch eine charakteristische Abweichung von der Norm. Die schockbedingte tubuläre Insuffizienz legt also doch bei der isolierten Parenchymschädigung innerhalb der Gesamtniere eine Versorgungsinsuffizienz der Zellen, bedingt durch Ischaemie oder kapillare Stase nahe.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. J. Moeller;
Hildesheim:

Pyelonephritische Erkrankungen in Pathogenese und Therapie

Leider wird die Pyelonephritis wegen ihrer armseligen Symptomatik bis heute vielfach verkannt. Manche Autoren fanden in ihrem Sektionsgut bis zu 20% Pyelonephritiden, zumindest als Nebenbefund. Zwei Drittel

von diesen Fällen wurden klinisch nicht diagnostiziert. Dabei ist die chronische Pyelonephritis die häufigste Ursache bei Urämie. Wenn wir zudem erkennen müssen, daß nur in 10% eine Dauerheilung erreicht wird, in allen anderen Fällen ein mehr oder weniger langer, schicksalsmäßiger Ablauf zur tödlichen Urämie führt, so müssen wir uns diagnostisch wie therapeutisch zu einer sorgfältigen Revision unserer Vorstellungen aufgefordert fühlen.

Der diagnostische Verdacht ist bei vielen unklaren Einweisungsdiagnosen — gastrointestinale Erscheinungen, Verdacht auf Tuberkulose, Cholecystitis, Endocarditis, Morbus Hodgkin etc. — der notwendige Anfang aller Bemühungen. Nicht selten führt die Anamnese bei Mädchen von unklarem Fieber in der Windelperiode über die Flitterwochenzystitis zur Schwangerschafts-pyelitis und nach rezidivierenden unklaren Schüben zur Urämie. Bei begleitenden Harnwegsinfekten sind Dysurie, Lendenschmerzen und Müdigkeit die häufigsten subjektiven Beschwerden. Die Objektivierung des Befundes sollte folgende Kriterien umfassen: Exakte, auch quantitative Sedimentuntersuchung mit Peroxydasefärbung zur Feststellung von Leukocytenzylindern, Methylene- oder Gramfärbung zur Übersicht der Bakteriurie und anschließende Auszählung derselben, da bei Überschreitung von 100 000/ccm sicher mit einer Infektion gerechnet werden kann. Bei der Bewertung der bakteriologischen Austestung möge man die Befunde vergleichender Untersuchungen von Urinkulturen und Nierenbiopsiematerial berücksichtigen, wo lediglich in 30% Übereinstimmung gefunden wurde. Die Nierenfunktion, besser gesagt ihre Einschränkung, auf Grund der Interstitiellen Entzündung läßt sich einfach durch die Phenoirtauscheidung erkennen. Die Röntgenuntersuchung dagegen läßt in vielen, besonders frischen und frühzeitigen Fällen im Stich. Sie ist aber dennoch zu fordern, weil disponierende Abflußhindernisse und komplizierende Konkrementen erkannt werden können. Zusammenfassend ist vor allem vor der Überbewertung einmaliger Untersuchungen zu warnen.

Die Pathogenese hat zunächst die disponierenden Faktoren für eine ascendierende Infektion zu besprechen. Jegliche Abflußstörung, aber auch Mißbildungen und organische Veränderungen der Nieren begünstigen die Erkrankung. Etwa im selben Sinne kann sich eine Schwangerschaft auswirken. Das Alter spielt eine Rolle — in Altersheimen ist die Erkrankung um vieles häufiger — und eine allgemeine Infektionsanfälligkeit, wie sie vorwiegend auch beim Diabetes mellitus, unabhängig vom Schweregrad des Leidens, gefunden wird, fördert die Disposition. Interessant ist, daß selbst Elektrolytstörungen

gen im Serum, z. B. die Hypokaliämie, in diese Richtung wirken können. Vermeidbar und deshalb einer besonderen Warnung würdig ist der falsch indizierte Katheterismus. Die routinemäßige Durchführung ist nicht mehr gerechtfertigt. Freilich gehört in diese Kategorie auch die instrumentelle Untersuchung, doch wird diese seltener ausgeführt und hat eine strengere Indikation. Das Katheterfieber dürfte heute als eine passagere Bakteriämie gedeutet werden. Eine Übereinstimmung von Blut- und Urinkultur war bei entsprechenden Untersuchungen immer gegeben. Die Abnahme mittels des sog. Mittelstromurins ist als Methode der Wahl zu empfehlen. — Andererseits besteht kein Zweifel, daß auch der haematogene Weg eine große pathogenetische Bedeutung hat. Tonsillitiden, Appendicitiden, Infekte der Luftwege, Cholezystitis und Zahnherde müssen ausgeschaltet werden. Der Phenacetinabusus scheint zu disponieren, da einer chronisch sklerosierenden, interstitiellen Nephritis Vorschub geleistet wird.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. H. Sarre,
Freiburg/Brsg.:

Therapeutische Möglichkeiten bei der chronischen Niereninsuffizienz

Vor Beginn der Therapie einer chronischen Niereninsuffizienz soll man die Diagnose ein letztesmal überprüfen. Der Ausschluß urologischer Affektionen und verschleierter Stoffwechselerkrankungen muß unbedingt geführt werden. Läßt sich der Befund einer chronischen Niereninsuffizienz erhärten, so ist die Prognose bei guter ärztlicher Führung der Patienten im großen und ganzen nicht trostlos.

Alle Ursachen der Niereninsuffizienz — chronische Glomerulonephritis, chronische Pyelonephritis, Cystenniere, maligne Hypertonie etc., lassen sich in verschiedenen Stadien verfolgen, deren Zuordnung wichtige therapeutische Konsequenzen bringt. Stadium I kennzeichnet eine Einschränkung der Nierenfunktionsbreite ohne Zeichen einer Retention, d. h. diagnostisch nur durch Clearanceverfahren erkennbar. Diesem folgt das Stadium II der kompensierten Retention. Leicht erhöhte Rest-N-Werte bleiben über längere Zeit konstant, weil die Niere an sich genügend stickstoffhaltige Substanzen ausscheidet, dazu aber bereits erhöhte Serumwerte benötigt. Freilich grenzt hier unmittelbar das Stadium III der dekompensierten Retention an. Die Ausscheidung ist unzureichend und man beobachtet ständig steigende Rest-N-Werte. In kürzerer oder längerer Zeit führt dieser Weg zur Urämie.

Bei voller Kompensation ist die Niere an sich allen Anforderungen gewachsen. Eine eiweißarme Schonkost ist nicht erforderlich, im Gegenteil erscheint eine Eiweißgabe nach tierexperimentellen Untersuchungen zu einer Hypertrophie der Nephrone beizutragen. Begleitende Hypertonien, Herzinsuffizienzen oder Oedeme werden zu einer Kochsalzeinschränkung Anlaß geben. Sobald eine kompensierte Retention zu beobachten ist, empfiehlt es sich, die Eiweißaufnahme zu reduzieren, doch hat sich gezeigt, daß man nicht unter 0,6–1,0 Gramm pro Kilogramm und Tag geben soll. Wird durch ein nephrotisches Syndrom täglich Eiweiß verloren, so muß dies zusätzlich ersetzt werden. Nach der biologischen Wertigkeit der Eiweiße müßte das tierische bevorzugt werden, zur günstigen qualitativen Zusammensetzung der gesamten Nahrung ist aber am ehesten eine

lactovegetabile Kost zu empfehlen. Die Patienten benutzen außerdem ein Diätbüchlein mit einer Eiweißäquivalenztabelle, wonach sie sich wie die Diabetiker ihre Kohlehydratträger hier die Eiweißträger aussuchen können. Kalorisch soll die Diät auf jeden Fall so ausreichend sein, daß ein endogener Eiweißabbau vermieden wird. Der Patient darf nicht abnehmen, es sei denn, er ist sehr übergewichtig oder verliert Oedemwasser. Bei jeder akuten Verschlechterung der Nierenfunktion ist natürlich eine stärkere Eiweißeinschränkung notwendig, z. B. ein Übergang auf reine Reis-, Obst- oder Kohlehydrat-Fett-Diät. Die Neigung zur Polyurie der Niereninsuffizienzen soll man bis zu Harnmengen von 1,5 bis 2 Ltr. pro Tag unterstützen, da dies die mangelnde Ausscheidungsfähigkeit der Hypostenurie teilweise kompensiert. Wenn trotz guter Flüssigkeitszufuhr die Harnproduktion aber rückläufig ist, muß man sich vor einer Wasserintoxikation mit Oedemen, Hydraämie und Hirndruck hüten. Nur bei distalen Tubulusschädigungen, wie sie im Gefolge chronischer Pyelonephritiden, Cystennieren und Hydronephrosen auftreten, kann der Versuch einer erhöhten Flüssigkeitszufuhr gemacht werden, um die Rest-N-Werte zu drücken, da hier das spezifische Gewicht des Harns häufig sogar unter 1010 liegt. Im übrigen aber sind Wasserstöße, Diuretika und Salzzufuhr ungeeignete Methoden zur Anregung des Harnflusses. Die Kochsalzgaben müssen bei beginnender Retention in den überwiegenden Fällen beschränkt werden, eine streng kochsalzarme Diät ist aber erst bei Hypertonie, eardialer Insuffizienz und Oedemneigung erforderlich. Gelegentliche Kontrollen der Serumelektrolytwerte lassen die seltenen Fälle einer Salt-Losing-Nephritis erkennen und die Behandlung entsprechend abstellen. Besondere Beachtung verdient auch der Serum-Kalium-Spiegel, der nicht nur bei zunehmender Niereninsuffizienz, sondern auch bei wiederholt angeregter Diurese mit Saluretika und bei chronischen Gebrauch von Kortisonderivaten absinken kann. Wenn die typischen Ekg-Veränderungen erkennbar werden, muß rasch substituiert werden, um eardialen Komplikationen durch eine neuerliche Verschlechterung der Nierensituation zu vermeiden. Der Calcium-Phosphor-Quotient im Plasma tendiert zu tetanischer Konstellation, weshalb mitunter Gaben von Calciumgluconat notwendig werden. Veränderungen der Alkalireserve bzw. des Blut-PH's nach der Acidose hin können in extremen Fällen durch Natriumbicarbonium etwas kompensiert werden. — Die mannigfachen Komplikationsmöglichkeiten, wie Infekte, Hypertonie, Herzinsuffizienz, Anaemie und apoplektiforme Bilder sind symptomatisch zu behandeln. Blutdrucksenkungen müssen sehr vorsichtig vorgenommen werden, meist erst wenn Erhöhungen über 170 mmHg systolisch vorliegen. Adelphan hat sich gut bewährt, neuerdings auch Alpha-Methyl-Dopa. Vor einer Digitalisierung sollte unbedingt ein Elektrolytstatus im Serum gemacht werden, um die gefährliche Hypokaliämie nicht zu übersehen. Die Anaemie ist toxisch bedingt und deshalb nur Transfusionen, am besten mit deplasmiertem Blut, zugänglich.

In urämischen Endstadien ist jede Behandlung nur noch symptomatischer Natur. Wenn die vorweg beschriebenen Versuche der Rückgewinnung eines kompensierten Stadiums nicht mehr zum Erfolg führten, bleibt nur noch Linderung für die quälenden Begleiterscheinungen. Übelkeit und Erbrechen können durch Decentan gelindert werden, die haemorrhagische Diathese spricht häu-

fig noch auf Adrenoxyl i. v., Topostasin lokal und Thrombocytenkonserven etwas an, bei den eklampthischen Zuständen kann man eine Lumbalpunktion und die Gabe von lytischen Gemischen versuchen. Die Anwendung der Dialyseverfahren ist sinnlos; es sei denn, daß man bei akuten Exazerpationen nach Traumen, Infekten oder Intoxikationen Hoffnung auf teilweise Erholung der Nierenfunktion haben darf.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. F. Linneweh, Marburg:

Erkrankungen der Nieren im Kindesalter

Untersucht man die nephrologischen Anliegen in der Pädiatrie, so erscheint die Pyelonephritis auch hier als ein besonderes diagnostisches Problem. Die Symptomatik ist uncharakteristisch, vor dem 4. Lebensjahr überhaupt nur von Fieber, Blässe, Nahrungsverweigerung, Erbrechen, Durchfall u. ä. gekennzeichnet, so daß an eine Harnwegentzündung selten gedacht wird. Dabei hat die Pyelonephritis ihren Häufigkeitsspitzen im Säuglingsalter. Die Harngewinnung ist in dieser Zeit schwierig, weshalb häufig auf eine Untersuchung verzichtet wird und damit bereits die Möglichkeiten einer Diagnose verlorengehen. Wird die Erkrankung 3 oder mehr Monate verschleppt, so mündet sie in ein chronisches Stadium, was den Kindern zum Lebensschicksal werden kann.

Die Glomerulonephritiden sind nach Anamnese und Befund wesentlich leichter abzugrenzen und gemeinhin diagnostisch gesichert. Wenn also regelmäßige Urinuntersuchungen gefordert werden, so soll gleichzeitig auf eine nützliche Modifikation hingewiesen sein. Zur Bewertung des Leukozyten- und Bakterienbefundes im Harn erscheint die Sedimentierung weniger sicher als die Auszählung im Zählkammer- bzw. Plattenausgußverfahren. 10 Leukozyten oder 1—10 000 Bakterien pro mltr. können als Grenzwert angenommen werden. Dieses Vorgehen bewährt sich auch in Therapiekontrollen, die unbedingt durchgeführt werden müssen. Entfieberung und Rückgang der Leukozyturie bedeuten noch keine Heilung, je nach quantitativer Harnanalyse muß die Medikation wochen-, monate- oder jahrelang fortgeführt werden.

Die reine, sog. genuine Lipoidnephrose scheint fast ausschließlich im Kindesalter vorzukommen. Die Therapie mit Cortisonen hat einen Abfall der Letalität auf ein Drittel gegenüber früheren Zahlen gebracht. Insbesondere die Kombination von Antibiotica und Corticoiden begünstigte diese Entwicklung. Intercurrente Infektionen spielen praktisch keine Rolle mehr, bei Fällen von Nephritis-Nephrose sind aber auch heute noch der Cortisontherapie Grenzen gesetzt. Meist reagieren diese Kinder beim ersten Therapieversuch bereits mit Hypertension und Azotaemie. Die Steroid- oder ACTH-Behandlung muß in der Wachstumsperiode als intermittierende Medikation gefordert werden und bedarf einer Vorbereitung mit zusätzlichen diuretischen Maßnahmen. Salzarme Kost, Blut- bzw. Plasmaersatzinfusionen und Diuretica ergänzen das Therapieschema. Je nach Kontrolle der Serumelektrolytwerte muß Kalium substituiert werden. Die von Sarré empfohlene Kombination mit anabolen Hormonen kann eine positive Stickstoffbilanz und eine günstige Calciumretention bei ausreichender Eiweißernährung schaffen. Bei der Glomerulonephritis des Kindes gilt ein besonderes Augenmerk

der cardialen Situation. Bei den Zeichen der Herzinsuffizienz ist strikte Bettruhe notwendig, ansonsten zeigt sich im Ausheilungsstadium kein Unterschied gegenüber einer großzügigeren Handhabung. Die Ausheilung einer Glomerulonephritis kann sicherer beurteilt werden, wenn die Harnkontrollen mit einem sog. Kipptisch-Versuch kombiniert werden, wobei der Körper in einem Winkel von 60° zur Horizontalen gestellt wird. Häufig läßt sich doch noch eine Erythrocyturie oder Proteinurie provozieren.

Eine große Rolle spielen die Mißbildungen der Niere und der ableitenden Harnwege. Sie sind fast mit 50 % an der Gesamtzahl der Anomalien beteiligt und begünstigen zusätzlich einen pyelonephritischen Infekt. Die erblichen Tubulusdefekte umfassen eine Vielzahl von Syndromen, die bei entsprechender Anamnese und klinischem Verdacht einer subtilen Diagnostik zugeführt werden müssen.

Aus dem Vortrag von Dozent Dr. E. Buchborn, München:

Beurteilung und Behandlung des akuten Nierenversagens unter besonderer Berücksichtigung der Schockniere

Von dem im Krieg als Crush-Syndrom wieder entdeckten 'akuten Nierenversagen' wissen wir heute, daß seine Häufigkeit unter den Umweltbedingungen von Technik und Verkehr, bei den immer weiter ausgebauten medizinischen Eingriffen, bei schwersten Vergiftungen, bei Stoffwechselkrisen und bei allen akut bedrohlichen Kreislaufsituationen stark zunimmt. Prinzipiell ist diese Niereninsuffizienz reversibel und kann sogar zu einer restitutum ad integrum kommen. Hierzu aber bedarf es überbrückender Maßnahmen, um die sonst tödlichen Veränderungen im Blut zu verhindern.

Das klinische Erscheinungsbild ist unabhängig von der mannigfachen Ätiologie einfach und monoton. Leitsymptom ist die Oligurie oder Anurie, die unabhängig von der Flüssigkeitsbilanz auftritt. Paradoxiertweise geht sie oft, wenn auch nicht immer, mit einer Herabsetzung des spezifischen Gewichtes einher. Die Retention der Rest-N-Substanzen nimmt rasch zu, außerdem beobachtet man krasse Elektrolytverschiebungen die die Situation besonders gefährden. Im Vollbild des akuten Nierenversagens finden sich alle Zeichen der Urämie, wie Anämie, gastrointestinale Erscheinungen und haemorrhagische Diathese. Die frühzeitige Diagnose ist wesentlich für die Behandlungschancen und kann eigentlich durch das einfache Verfahren einer täglichen Kontrolle der Harnvolumina gesichert werden. Selbstverständlich muß man versuchen, die Ursache zu ergründen, wenngleich sie häufig recht diskret abgelaufen sein mag. Wir unterscheiden zirkulatorische Faktoren vom Typ der Schockniere, nephrotoxische Ursachen vom Typ der Suplimentniere, mechanischen Steinverschluß und entzündliche Beeinträchtigung i. S. der akuten interstitiellen Nephritis. Weitau am häufigsten ist die Schockgenese, die ihrerseits auf Crush oder anderen Traumen, schweren Haemorrhagien, Haemolysen infolge von Fehltransfusionen, Allgemeininfektionen, Exsiccose, Mineralverlusten etc. beruhen kann. Die Kreislaufzentralisation auf Kosten der renalen Durchblutung ist eine Notmaßnahme des Organismus, die lange andauernd zu einer passageren Niereninsuffizienz führt. Histologisch finden sich

disseminierte Tubulusschädigungen, denen Fokalschädigungen zugrunde liegen mögen. Die Hypothese, daß nach Wiederingangkommen der glomerulären Filtration es zur Rückdiffusion des Primärharns durch die geschädigten Tubulusabschnitte kommt, ist noch nicht sicher erwiesen, aber es stimmt überein mit den Beobachtungen bei toxischen Veränderungen. In diesen Fällen ist lediglich die Lokalisation der Tubulusnekrosen anders angeordnet. Im Gegensatz zu solchen „tubulären Insuffizienzen“ gibt es zweifellos Fälle, die ganz unmittelbar durch die Beeinträchtigung der Nierendurchblutung bzw. der Glomerulumfiltration zum Nierenversagen führen. Man denke an die Nierenrindennekrose nach ausgedehnten Fibrinausfällungen, wie sie postpartal und im Rahmen des Sanarelli-Schwarzmann-Phänomens beobachtet werden, ferner an Nierenarterienverschlüsse und an schwere akute diffuse Glomerulonephritiden. Der von Zollinger geprägte Begriff des ‚Nierenglaukoms‘ würde eine zusätzliche genetische Möglichkeit im Rahmen interstitieller Nephritiden aufzeigen.

Die Behandlung des akuten Nierenversagens ist prinzipiell einheitlich. Es gilt, eine lebensbedrohliche Situation durch konservative Maßnahmen oder ‚Künstliche Niere‘ zu überwinden, um Zeit für Regeneration des Tubulusepithels bzw. bessere Voraussetzungen für operativ- oder medikamentös-ursächliche Behandlungen zu schaffen. Kausal müssen zur Kreislaufschocktherapie Antibiotica bei entzündlichen Zuständen, gefäßchirurgische Maßnahmen, Applikation von Antidotsubstanzen bei Schwermetallintoxikationen, Alkaligaben bei hämolytischen Krisen und Austauschtransfusionen bei Saponinaborten eingesetzt werden. Die eingetretene Oligo- oder Anurie kann allerdings weder durch Parathormon, noch durch gefäßerweiternde Pharmaca oder Nierendekapsulation, noch durch Wasserstöße oder andere übereilte Maßnahmen überwunden werden. Das Flüssigkeits- und Elektrolytgleichgewicht muß unbedingt erhalten werden und in diese Richtung oder zur Senkung der schnellsteigenden Rest-N-Substanzen zielt die überbrückende Behandlung, notfalls mit der extracorporalen Dialyse. Vielleicht ist es wichtig zu erwähnen, daß es keine Nierenarteriellösungen gibt. Die Gefahr der Elektrolytstörungen liegt vor allem bei der Hyperkaliämie und der Acidose. Flammenphotometrisch oder durch Ekg-Schreibung kann die Situation rechtzeitig erkannt werden, prophylaktisch sollten einerseits kaliumhaltige Getränke (Obstsäfte, Milch, Coea-Cola etc.) gemieden werden, andererseits Kationenaustauscher, wie Resonium A zur Anwendung kommen. Wenn der Ekg-Befund ein rasches Handeln erfordert, so bewähren sich 10 %ige NaCl-Lösungen oder 20 %ige Ca-Glukonatlösungen, i. v. Infusionen mit Glukose-Insulin sind weniger prompt wirksam. Die wirksamste und nachhaltigste Behandlung dieser Störungen, wie der der Acidose geschieht aber durch die ‚Künstliche Niere‘. Bei den konservativen Maßnahmen muß man eine völlige Eiweißkarrenz bei einer sonst ausreichenden Kalorienzufuhr anstreben. Dies ist u. a. auch durch Fettinfusionen möglich. Die Wirkung anaboler Hormone ist bislang schwer verifizierbar. Symptomatisch wird man die Infektionsgefahr mit vorsichtigen Antibioticagaben und die Anaemie mit Erythrozytenaufschwemmungen bekämpfen. Auch die sich anschließende polyurische Phase darf man noch nicht sich selbst überlassen, da schwere Elektrolytungleichungen, insbesondere Hypokaliämien, möglich sind.

Wenn bei den erwähnten Erkrankungen an das akute Nierenversagen gedacht wird, ist sicher noch häufiger als bisher eine Rettung aus scheinbar auswegloser Situation möglich.

II.

Früherkennung und Behandlung des Krebses

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. K. H. Bauer, Heideiberg:

Der heutige Stand der Krebsforschung

Der Krebs von heute nimmt sich aus wie eine Anklage gegen das Gestern und eine Herausforderung an die Zukunft. Wissenschaft und Technik haben so große Fortschritte gemacht, daß dieses Problem wenigstens im Prinzip lösbar erscheint, was unseren Optimismus und unseren Einsatz in dieser Richtung bestärken sollte.

Eine statistische Analyse der Krebserkrankungen zeigt 3 auffällige Tatsachen: 1. Der Krebs nimmt noch immer ständig zu, sowohl der prozentuale Anteil an der Gesamtsterbeziffer als auch die Erkrankungsgrade wachsen an, so daß bei einer Einwohnerzahl von 56,2 Millionen in der Bundesrepublik 12 Millionen von dieser Gefahr betroffen sind. Anders ausgedrückt bedeutet dies, daß jeder 5. Mensch der Krebserkrankung anheimfällt. 2. Der Anteil der Männer an dieser Entwicklung ist wesentlich stärker als jener der Frauen. 3. Die Rangfolge der zahlenmäßig am meisten befallenen Organe läßt den Bronchialkrebs absolut in Führung gehen. Bei aller Berücksichtigung der verschiedensten Fehlerquellen einer Statistik ist doch auffallend, daß innerhalb von 100 Jahren der prozentuale Anteil von 0,5 auf 30 % emporgeschwungen ist. Der Magenkrebs, der bisher an der Spitze stand, geht dagegen deutlich zurück, in den USA meint man festzustellen, daß dies bis auf 50 % der Fall sei. Diese drei Phänomene müssen Ursachen in sich bergen, denen wir objektiv nachgehen müssen. Vorweg darf dabei festgestellt werden, daß der Krebs nach allen bisher vorliegenden Untersuchungen nicht vererbbar ist. Selbst die Annahme, daß bei familiärer Belastung eine entsprechende Konstitution vorliege, ist nicht belegt. Eineiige Zwillinge zeigen dieselbe prozentuale Diskordanz wie die übrige Bevölkerung. Auf der Suche nach den wahren Ursachen können wir also feststellen, daß die Erkrankung von jedem einzelnen der Betroffenen immer wieder neu erworben wird. Die Kenntnis der Berufskrebse stärkt diese Meinung seit langem, man denke nur an die Bergarbeiter im Schneegebirge mit ihrem Lungenkrebs, an einen Scrotalkrebs bei Schornsteinfegern etc. Betrachten wir eine moderne Statistik der Arbeitsmedizin, so müssen wir erkennen, daß die Gaststättenberufe, die chemische Industrie und die in besonderem Maße dem Straßenverkehr ausgesetzten Berufszweige signifikant stärker betroffen sind als die sog. Geistig-Schaffenden. Interessant ist auch ein Beitrag bezüglich der geographischen Aufgliederung. Die Erkrankungsziffern liegen beispielsweise bei den Moselwinzern, welche mit Arsenenschutzmitteln umzugehen haben, deutlich höher.

Aus alledem wird die große Bedeutung eines exponierenden Faktors ersichtlich. Das Geschwulstwachstum beginnt oft erst Jahre nach der einwirkenden Noxe, sei es, daß diese sich in der Zeit summiert hat, oder auch bereits ausgeschaltet wurde. Die Latenzzeit verlagert den Gipfel der Erkrankungsfälle in das mittlere und



Prof. Dr. H. Bauer,
Heidelberg



Doz. Dr. P. Obrecht
Freiburg/Brsg.



Prof. Dr. L. Hellmeyer,
Freiburg/Brsg.



Prof. Dr. W. Dick,
Tübingen

höhere Lebensalter, aber man muß sich bewußt bleiben, daß die Ursachen hierzu oft schon in den jungen Jahren gesetzt wurden. Freilich ist mit der angehobenen Lebenserwartung auch die Aussicht auf das Erleben dieser Krankheit gestiegen, vor allem aber hat in unserer Zeit die Exposition mit den cancerogenen Stoffen erheblich zugenommen.

Die experimentelle Forschung kennt bereits eine Vielzahl von krebserzeugenden Agentien und konnte sowohl Unterschiede in der Intensität derselben als auch im Befall verschiedener Organe herausarbeiten. Anilin und Blasenkrebs, Azurfarbstoffe und hepatotrope Neoplasien, Benzolderivate, wie vor allem das 3-4-Benzpyrin als Endprodukt unvollkommener Verbrennungsvorgänge (Ruß, Abgase, Tabakrauch) wahrscheinlich im Zusammenhang mit dem Bronchialkrebs seien einige Beispiele hierzu. In der Großstadtluft, den Abwässern und dem zunehmenden Umgang mit Kunststoffprodukten ergeben sich ubiquitäre Expositionen. Nicht zu übersehen ist die Kurve, welche den Zigarettenverbrauch zur Zunahme des Bronchialkrebses bei Männern und Frauen in Vergleich setzt. Parallel dem Tabakkonsum steigt die Kurve und wir müssen uns eingestehen, daß in diesem Genuß eine große Gefahr steckt. Die täglichen Einzeldosen addieren sich irreversibel und es ist unlogisch, erst im „gefährlichen Alter“ das Rauchen einschränken zu wollen. — Die chirurgisch-plastische Medizin hat die von der organischen Chemie erarbeiteten Kunststoffprodukte zunächst dankbar zu vielen Rekonstruktionen angenommen, mußte aber erkennen, daß auch maligne Zellalterationen induziert werden können. Offensichtlich spielt auch die Form der eingebrachten Fremdkörper dabei eine Rolle. In dem Zwiespalt zwischen der Hilfe und der Gefahr, die in solchen Stoffen liegt, sollte man doch nur bei vitaler Indikation oder bei voraussichtlich über die Lebenserwartung hinausgehender Latenzzeit zu dieser Methode greifen. Sooft autoplastisches oder homöoplastisches Material zur Verfügung steht, ist kein Kunststoffersatz gerechtfertigt. Die Frage einer endogenen Entstehungsart des Geschwulstwachstums, etwa im Sinne einer permanenten hormonellen Aktivitätssteigerung ist noch nicht endgültig abgeschlossen. In vivo findet sich kein Anhalt dafür, in vitro dagegen waren entsprechende Experimente auslösbar. Biologisch gesehen möchte man es für einen Trugschluß halten. Der Einfluß von Strahlen ist durch das tragische Schicksal der Menschen in Hiroshima weltweit bewiesen. Die im Umkreis der betroffenen Stadt feststellbaren Leukämien gehen weit über das statistische Mittel hinaus. Wir dürfen nicht vergessen, daß wir bei den verschiedensten diagnostischen Verfahren radioaktive Substanzen verwenden, deren Auswirkungen zumindest warnend in

Erscheinung treten. 10 bis 12 Jahre nach Thorotrastdarstellungen kann man bei exakter Anamnese doch mitunter einen Zusammenhang zu Milz- und Leber- bzw. Gallengangs-Carcinomen finden. Dies nur als Beispiel für alle anderen, noch ständig steigenden radiologischen Untersuchungsmethoden. Weniger bedeutungsvoll scheint die Qualität der Strahlung — also ob weich oder hart — zu sein, als die Gesamtdosis, die offensichtlich einen kritischen Wert bei 2000 r hat. Auch Wellenlängen, die unterhalb des sichtbaren Lichtes liegen, etwa im Ultraviolettbereich, mögen cancerogene Eigenschaften besitzen.

Mitunter ist man versucht zu glauben, daß vor allem die Kräfte, die in der Natur primär nicht vorkommen, also vom Menschen weitgehend induziert werden, nicht nur einen technischen Fortschritt bringen, sondern auf diesem Gebiet der Medizin einen Tribut fordern.

Aus dem Vortrag von Dozent Dr. T. Obrecht,
Freiburg/Brsg.:

Die Möglichkeiten allgemeiner Frühdiagnostik der malignen Tumoren

Bislang ist die Heilungschance des Krebses an die Früherkennung gebunden. Leider aber ruft die Mehrzahl der Geschwülste, insbesondere der inneren Organe erst Symptome hervor, wenn durch zunehmende Ausdehnung Komplikationen auftreten.

Ein spezifisches Krebs symptom gibt es nicht, das Krankheitsbild ist polysymptomatisch und muß in der Zusammenschau der verschiedenen Einzelsymptome beurteilt werden. Eine sorgfältige Anamnese ist auch hier die Grundlage. Eine erbliche Veranlagung der Belastung ist unwahrscheinlich, wie durch Untersuchungen an eineitigen Zwillingen nachgewiesen wurde. Um so wichtiger ist die Eigenanamnese bezüglich der Lebensgewohnheiten und der beruflichen Exposition. Neben den bekannten Berufen der Anilinarbeiter, Schornsteinfeger, teer-, chromat-, asbest-, arsenverarbeitenden Betriebe sollen wir vor allem der Raucherbronchitis die nötige Beachtung schenken. Die ionisierenden Strahlen — Thorotrastinjektionen, Leuchtziffernmalerinnen, Leukämien in Hiroshima — haben einen gesicherten Einfluß. Chronische Geschwüre und chronisch entzündliche Prozesse sind nach entsprechender Latenzzeit in jedem Fall verdächtig. Die subjektiven Beschwerden werden als Abnahme der Leistungsfähigkeit, Appetitlosigkeit, unklare Schmerzen und Müdigkeit angegeben, die Gewichtsabnahme ist dann schon eine konkrete Warnung. Blut in den Exkrementen oder lokalisierte Schmerzen — in den Röhrenknochen bei Leukosen, ischialgiforme Schmerzen bei Plasmotom oder Prostatacarzinom, Reizhusten mit Brustschmerzen bei Bronchialcarzinom, Ge-

lenkschmerzen bei Ewing-Sarkom etc. — lenken den Verdacht in die spezielle Richtung.

Eine exakte klinische Durchuntersuchung ist selbstverständlich. Die Auffälligkeiten, die bei Inspektion und Palpation erkennbar werden, sind im großen und ganzen weithin bekannt, die derbe höckerige, wenig schmerzempfindliche Oberfläche der Tumoren ebenso wie die metastatischen Infiltrationen regionaler Lymphknoten der Leber, der Milz etc. Verdächtig ist eine hartnäckige Thrombophlebitis migrans, beachtenswert sind in jedem Falle unklare Fieberschübe, die sonst keine Ursache erkennen lassen. In diesem Zusammenhang sei vor allem das Hypernephrom und die Lymphogranulomatose (Pel-Epstein-Temperaturen) erwähnt.

Die Labordiagnostik kennt keinen sog. Krebstest, weder im Serum, noch im Urin. Auch scheinen die wesentlichen Voraussetzungen dafür zu fehlen, daß in absehbarer Zeit ein solches Verfahren verwirklicht werden kann. Wir bleiben derzeit angewiesen auf indirekte, unspezifische Serumreaktionen, können aber doch in Zusammenfügung aller anamnestisch-, klinisch- und labormäßig ermittelbaren Befunde ein krebsverdächtiges Spektrum erkennen. Die hypochrome Eisenmangelanämie infolge okkultur Blutverluste, die speziellen Blutbildkonstellationen bei den Leukosen, Reticulosen und Lymphogranulomatosen, die Blutsenkungsgeschwindigkeit beim Plasmocytom und Hypernephrom — ansonsten absolut uncharakteristisch —, die Elektrophorese mit Zunahme von Alpha-2- und Gamma-Globuline (entsprechend sog. Konstellationstypen nach W u h r m a n n und W u n d e r l i), der Eisen-Kupfer-Spiegel des Serums — Absinken der Eisenkonzentration mit Anstieg des Kupfers infolge Abwanderung des Eisens in das RES — die Serum-Enzymwerte, insbesondere die Phosphatasen (saure Phosphatase bei Prostatacarcinom, alkalische Phosphatase bei Leber- und Knochenmetastasen), mitunter recht charakteristisch auch eine angehobene Lactat-Dehydrogenase (LDH), wobei das Aktivitätsverhältnis vom Serum zu Pleura- oder Peritonealergüssen wichtig sein kann, und die mannigfachen Hinweise einer genaueren Harnanalyse vermögen zusammengenommen den grundsätzlichen Verdacht und auch eine spezifische Richtung maligner Prozesse aufzuzeigen. Zur Sicherung der Diagnose werden dann die Möglichkeiten der Röntgenuntersuchungen, der Endoskopie, der Lymphographie sowie eine histologische Diagnostik nach Probeexzision heranzuziehen sein.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. Dr. h. e. L. Heilmeyer, Freiburg/Brs., zum selben Thema:

Die Notwendigkeit einer Frühdiagnose und das Fehlen spezifischer Krebsreaktionen machen es notwendig, daß alle klinischen Möglichkeiten der Tumorsuche ausgeschöpft werden. Die Lymphographie, eine zuerst in Amerika versuchte, dann vor allem auch in Wien bearbeitete Methode, scheint diesen Weg zu bereichern und wurde deshalb in Freiburg weiter überprüft. Nach exakter Präparation von Lymphgefäßen an den Füßen können diese mit sehr feinen Kanülen punktiert und so einer Kontrastmitteldarstellung zugeführt werden. Mittels einer gleichmäßig arbeitenden, automatischen Injektionsvorrichtung, welche im Verlauf von Stunden ein Kontrastmittel appliziert, gelingt es, die Füllung der Inguinaldrüsen und später auch der paraaortalen Lymphgefäße sowie Lymphdrüsen darzustellen.

Entsprechend scheinen vor allem in diesem Bereich lokalisierte Malignome, bzw. deren Verdacht, dieses Vorgehen zu indizieren. Es gelang, abdominale Lymphogranulomatosen, Reticulosen und Melanosarkome auffindig zu machen und der Strahlentherapie zuzuführen. Möglicherweise bietet die Methode der Lymphographie bei der weiteren Ausarbeitung auch die Chance einer gezielten cytostatischen Behandlung.

Aus dem Vortrag von Dozent Dr. P. Lopes Cardoso, Leiden:

Die moderne klinische Cytologie in der Krebsdiagnostik

Die klinische Cytologie, deren lange Vergangenheit über Rudolf Virchow, Paul Ehrlich bis zu dem Londoner Pathologen D u d g e o n reicht, muß ihre Stellung relativ schwer erarbeiten, weil bisher in der medizinischen Welt die Antwort lautete: „Die Botschaft hör ich wohl, allein mir fehlt der Glaube.“ Die Färbemethoden sind die problematische Voraussetzung einer erfolgreichen Arbeit auf diesem Gebiet und es muß festgestellt werden, daß theoretisch die ideale Färbung für die klinische Cytologie noch immer nicht erfunden ist. Die Giemsa- oder die panoptische Färbung nach Papanheim sind bisher wohl die geeignetsten. Optimal wäre eine schnelle, wenig empfindliche, transparente, in größerem Umfang panoptische Färbemethode, die zugleich Dauerpräparate gewährleistet. Leider sind z. B. die Mitochondrien und die Golgiapparate bei der Giemsa-Darstellung praktisch nicht sichtbar. Ein zweiter kritischer Punkt für eine routinemäßige Anwendung der Cytologie ist die Technik der Materialgewinnung. In der Hämatologie hat man das Glück, die Ausstrichpräparate und die Sternalpunktion zur Verfügung zu haben. Papanikolaou bereicherte die Gynäkologie um das cytologische Verfahren des Vaginalausstriches; und zwar nicht allein wegen der Färbemethode — welche durch Giemsa vielleicht übertroffen wird —, sondern weil er die medizinische Welt zu überzeugen vermochte. Viele Gebiete müssen über den Weg einer günstigen Materialgewinnung noch hinzu erworben werden. Die einfache Punktion palpabler Tumoren muß mehr und mehr geübt werden. Lymphknoten, Parotis, Thyreoidea, Mamma, Hoden, palpable Cysten, Skelettanteile usw. können dadurch erschlossen werden. Von einer Einstichstelle aus können i. S. einer Sondierung des Tumors verschiedene Partien abpunktiert werden.

Der Vorteil der Cytologie liegt ganz besonders darin, daß zusätzlich auch der Differenzierungsgrad des malignen Gewebes beurteilt werden kann. Am Beispiel der Schilddrüsenpunktion fand man bei 35 Malignomen 17 gut differenzierte, 7 intermediäre und 11 anaplastische Typen. Einer Statistik mit keinem falsch-negativen Ergebnis darf man natürlich nicht 100%ig vertrauen, indem man falsch-positive Resultate völlig für ausgeschlossen hält. Die Gefahr der Metastasierung ist sicher bei der Probeexzision weitaus größer als bei der cytologisch notwendigen Punktion. Sowohl die Materialgewinnung als auch die Färbemethoden verlangen meist eine Klinik, wiewohl man in Zukunft einfache Techniken anstreben wird, die jederzeit auch in der Praxis ausgeführt werden können, weil dadurch die Frühdiagnose in wesentlich breitere Schichten vorangetrieben wird. Als Zwischenstelle käme der Poliklinik eine besondere Bedeutung zu, die ambulant und doch mit allen Einrichtungen einer Klinik arbeiten kann. Über die Rou-

tinefärbungen hinaus ist eine Verfeinerung der Diagnostik auf dem Wege der Cytochemie möglich. Als wichtigste Beispiele seien nur die Eisenfärbung, die Nilblausulfat-, die PAS- sowie die Phosphatasefärbung genannt. Spezielle Techniken, wie die Immunofluoreszenzmikroskopie, das Phasen-Kontrastverfahren und die Elektronenmikroskopie bieten weitere Differenzierungswege, sind aber einerseits ausgesprochenen Spezialkliniken, andererseits in weitem Umfang noch der medizinischen Forschung vorbehalten.

Zusammenfassend sollen die Vorteile der Cytologie noch einmal aufgezeigt werden, um ihr den für Patient und Arzt so viele Vorteile bringenden Platz einzuräumen. Man spart Zeit, größere diagnostische Eingriffe, meist eine Krankenhausaufnahme, kann durch Schnellorientierung gezielter vorgehen, hat meist eine sichere Diagnose und eine diagnostische Kontrollmöglichkeit, hat ein vermindertes Metastasenrisiko und eine minimale Belastung des Patienten in Kauf zu nehmen.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. W. Diek, Tübingen:

Die Frühdiagnostik und Behandlung maligner Tumoren des Magen-Darmtraktes

Als Kliniker kann man im Verlauf einer Krebserkrankung etwa folgende Zäsuren setzen: Vom eigentlichen Beginn des malignen Zellwachstums an vergeht eine gewisse Latenzzeit bis zum Auftreten erster Symptome. Von dann ab bleibt eine unterschiedliche Wegstrecke bis das Krebswachstum die Organgrenze, d. h. das Ausgangsorgan, überschreitet und entweder metastasierend oder penetrierend weiterwächst. Den symptomlosen Beginn der Geschwulstentstehung aufdecken zu wollen, erscheint derzeit utopisch. Um so mehr müssen wir uns auf die Zeitspanne, die zwischen erster Symptomatik und weiterer Ausbreitung liegt, konzentrieren. Hier besteht Gelegenheit zur Frühdiagnose, auch im Hinblick auf die therapeutische Konsequenz. Sicher hat der praktische Arzt hier eine Schlüsselstellung; denn im Kontakt mit ihm wird der Verdacht geweckt und kann evtl. einer Klinik zur weiteren Bestätigung zugeführt werden. Wie gesagt, solange keine Symptomatik nachweisbar ist, ist die Diagnose ausgeschlossen. Häufig aber ist der Patient über die Symptome zu wenig unterrichtet und versäumt es, sie richtig einzuschätzen. Eine seriöse Aufklärung der Laien ist in diesem Sinne ein heikles, aber doch wohl notwendiges Unternehmen. Leider müssen wir zugeben, daß nicht zu selten vom Kranken zwar frühzeitig Beschwerden beim Arzt beklagt, dort aber bagatellisiert oder mißdeutet werden.

Die groben Anhaltspunkte bei der Untersuchung sind Wanddefekte, infolge der Geschwulstbildung, Störungen des Speisetransportes (Obstipation, Diarrhoen), Wandinfiltrationen mit funktionellen Schwächen in gewissen Darmabschnitten, vermehrte Sekretionsleistungen bei entsprechenden Adenomen, Blutungen, Infekte bei Penetrationen, Allgemeinstörungen, wie Appetitlosigkeit, Müdigkeit usw. und evtl. Feststellung spezifischer Inkrete. Grundsätzlich neue Methoden oder gar Wunderreaktionen können nicht angegeben werden, dagegen ist der Einsatz aller bisherigen Methoden bei wachem Verdacht eine sehr gute Stütze.

Das Oesophagusearzinom beginnt mit diskreten Zeichen, die häufig durch Dissimulieren der Patienten verdeckt sind. Der zunehmende Wunsch nach flüssiger

Nahrung, leichte Schluckbeschwerden und ein Brennen hinter dem Brustbein sind bereits verdächtig, deutlichere Schluckstörungen bei festen Speisen oder zunehmender Speichelfluß sowie hochsitzendes Sodbrennen sind schon typisch. Vorübergehende Besserung der Symptomatik und eine begleitende Spastizität der Speiseröhre verleiten leider oft zu Fehldiagnosen. Wie allgemein, so muß man auch hier besonders betonen, daß wir, sobald uns eines der sonst unbewußt arbeitenden Organe bewußt wird, eine Behandlung nötig haben. Klinisch ist außer einer Röntgendiagnostik unbedingt eine Oesophagusoskopie mit Probeexcision zu fordern. Eine negative Oesophaguspassage beim Breischluck besagt nichts, der sog. Cardiospasmus muß weiter untersucht werden. Die therapeutischen Möglichkeiten sind beschränkt; denn operativ sind nur tiefsitzende Carzinome anzugehen, ansonsten muß eine Strahlenbehandlung versucht werden, die zumindest vorübergehende Besserung bringen kann.

Leider bietet das Magenearzinom überhaupt kein charakteristisches Frühsymptom, eher sind es Alltagsbeschwerden, wodurch die Anamnese in den meisten Fällen recht uncharakteristisch ausfällt. Eine ernsthafte Untersuchung bei gastritischen Beschwerden, Appetitverlust, Gewichtsabnahme usw. wird dennoch manches aufdecken können. Die gastroenterologischen und röntgenologischen Methoden sind verfeinert und bereichert worden, aber manchmal sollte man sich auch vor einer Probeparotomie zugunsten der diagnostischen Klarheit nicht scheuen. Die Cytologie ergänzt unsere diagnostischen Möglichkeiten sehr gut, ist aber noch keine Routinemethode. Wichtigste Voraussetzung bleibt der Verdacht bei chronischen Gastritiden, bei Magenresezierten und bei unklaren Magenstörungen, weil diese Personen besonders gefährdet sind. Auch hier muß nochmal auf den Cardiospasmus verwiesen werden, weil mitunter Cardiaeearzinome auslösend dahinterstecken. Die Therapie der Wahl ist die Radikaloperation, leider ist die Fünfjahreshellung nur bei knapp 25 %.

Die Dünndarmtumoren sind gekennzeichnet durch Blutungen, Koliken, wechselnde Beschwerdegrade, seltener einen Ileus. Bei einem Carzinoid werden meist die typischen Flush-Erscheinungen geklagt. Bei Dünndarmpolypen, welche klinisch durch die Möglichkeit einer Invagination maligne sind, finden wir häufig melanierte Flecken im Lippenbereich.

Das Colonearzinom ist entsprechend seiner Lokalisation von unterschiedlicher Symptomatik. Im Ascendensbereich beobachten wir Blutungen, mitunter Adszedierungen, seltener einen Ileus, bei Befall des Colon descendens sind es vor allem Wegstörungen mit Obstipation, der Kampf mit den Winden, sowie blutig-schleimige Abgänge. Der Wunsch nach einem Abführmittel oder dessen chronischer Gebrauch sowie das Verlangen der Patienten, einen Leistenbruch operiert zu bekommen, sollten verdächtig erscheinen, jedenfalls sollte vor einer entsprechenden Behandlung nach einem Colontumor gefahndet werden.

Die Rectumcarzinome stenosieren leider erst relativ spät. Beim sog. Zottenearzinom fällt der reichliche Schleimabgang auf. Der aasförmige Gestank der Winde, der vermehrte Stuhl drang und insbesondere ein Blutabgang sind dringend verdächtig. Man hüte sich vor einer voreiligen Diagnose von Haemorrhoiden. 50 % der Rectumearzinome werden leider als solche verkannt.

Die digitale Untersuchung ist einfach, muß nur — beinahe wie ein gebahnter Reflex — bei den geschilderten Beschwerden vorgenommen werden. Der Beginn einer Behandlung von Haemorrhoiden ohne diese Voruntersuchung muß heute als Kunstfehler angesehen werden. Rektoskopie und Kontrastlauf schließen sich an, insbesondere wenn bei der digitalen Austastung eine leere Ampulle vorgefunden wurde. — Dickdarmpolypen, eine multiple Polyposis oder auch eine Colitis ulcerosa sind ebenfalls einer radikalen chirurgischen Therapie zuzuführen, weil sie zumindest in ihrem Verlauf maligne werden können.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. K. G. Ober, Erlangen:

Die Früherkennung und moderne Therapie des Cervixkarzinoms

Das Cervixkarzinom bietet gute Behandlungschancen, seine Diagnose ist also besonders schicksalhaft. Die Dysplasie — ein fehlerhaft lokalisiertes Epithel —, das „Carcinoma in situ“ — Zellalterationen, welche nicht infiltrativ wachsen — und das sog. Mikrocarzinom mit „Zellabtropfung“ bezeichnen wir als Praecancerosen. Das echte Carzinom, in Analogie als Makrocarzinom zu bezeichnen, hat bereits in 30—40% Metastasen. Statistisch gesehen befällt das Cervixcarzinom relativ junge Frauen, insbesondere solche, die nach früherer Ehe schon viele Kinder gebären, oder andere, bei denen chronische Infekte (Gonorrhoe usw.) vorausgehen. Der relativ chronische Verlauf ist typisch, wir müssen eine Latenzzeit von ungefähr 8—10 Jahren annehmen. Die Pathogenese bevorzugt mehr und mehr die „Feldtheorie der Entstehung“, d. h., daß canceröse Zellfelder als Brut des daraus sich entwickelnden Carcinoms bestehen und nicht eine einzelne Zelle. 96% sind Plattenepithelkrebs, 4% Drüsenkrebs. Die Lokalisation der Praecancerosen bzw. des Malignoms selbst ist mit zunehmendem Alter tiefer im Cervikalkanal aufsteigend zu suchen. Dies erklärt sich aus dem mehrmaligen Wechsel des Epithelbesatzes im Verlauf der Entwicklung, so daß Plattenepithel- und Drüsenepithelreste in diesen einzelnen Phasen dislokalisiert werden können.

Die Frühdiagnose muß in der Latenzzeit gestellt werden. Cytologie und Kolposkopie haben große Fortschritte in dieser Richtung gebracht. Im Vergleich mit den Operationspräparaten hat dabei die Cytologie eine 90%ige Treffsicherheit gegenüber 55% der Kolposkopie. Dabei dürfen die beiden Verfahren aber nicht in Konkurrenz betrachtet werden; denn die Kolposkopie müßte als Mittel der Übersichtsdiagnostik gelten, die Cytologie dagegen als geeignetes Verfahren bei vorbestehendem Verdacht. Das beste und zugleich sicherste diagnostische, mitunter aber auch schon therapeutische Vorgehen ist heute die Konisation. Neben ihr kann die Probeexcision nicht mehr berechtigt erscheinen. Der vorweg diskutierte Alterslokalisierung im Bereich der Cervix entsprechend soll die Konisation bei jungen Leuten als stumpfwinkliger, bei älteren als spitzwinkliger Pyramide ausgeführt werden.

Trotz der Gefahr einer Nachblutung darf der Bezirk der Konisation nicht zu klein gehalten werden. Praeoperative Suprarenininjektionen verbessern die Operationstechnik. Bei einer gründlichen histologischen Aufarbeitung entscheidet sich das weitere Vorgehen. Ein Carcinoma in situ bedarf keiner Nachbehandlung, beim

Mikrocarzinom ist die Indikation problematischer. Da das Risiko einer Radikaloperation prozentual das der möglicherweise bestehenden Beckenwandmetastasen übersteigt, sollte man sich auch hier eher zu konservativem Verhalten entschließen. Alle echten, fortgeschrittenen Carzinome müssen kombiniert, operativ oder strahlentherapeutisch versorgt werden. Leider besteht vielerorts eine gewisse Konkurrenz zwischen Strahlentherapie und Chirurgie. Dies führte dazu, daß in manchen Ländern administrativ die Behandlung geregelt wurde, beispielsweise wird in Schweden zumelst bestrahlt, im Read-Hospital in Amerika fast alles operiert. Die eigene Ansicht neigt dazu, rechtzeitig erkannte Carzinome zu operieren, verschleppte einer Strahlentherapie zuzuführen. Die Risiken beider Verfahren sind an sich gleich, treten nur zeitlich unterschiedlich in Erscheinung, weil die Nebenwirkungen der Strahlentherapie erst später aufzutreten pflegen. In jedem Fall die Ovarien mit zu entfernen, ist keineswegs gerechtfertigt; im Gegenteil sollte man sich die vielen ungünstigen Nebenerscheinungen einer solch krassen endogenen Umstellung vor Augen führen. Bei der apparativen Verbesserung der Röntgentherapie scheint man heute wieder von der Radiumeinlage weg zur percutanen Bestrahlung überzugehen. — Cytostatica haben bisher wenig Erfolg gezeigt, offensichtlich weil der Tumor relativ ausgebreitet ist. —

Das Cervixcarzinom ist ein Gebiet der Krebsforschung, auf dem wir relativ viel wissen und auch manches tun können. Die therapeutischen Statistiken sind hoffnungsvoll wie selten bei einem anderen Organbezirk, um so mehr muß man den schon wiederholt ausgesprochenen Aufruf beifügen, daß alle Frauen in entsprechendem Alter Routineuntersuchungen vornehmen lassen, zumindest bei den geringsten Verdachtsymptomen.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. F. Linder, Heidelberg:

Das Bronchialcarzinom in Diagnostik und Therapie

Vor 30 Jahren wurde das Bronchialcarzinom erstmals erfolgreich durch eine Pneumonektomie angegangen. Diese Methode, die bis heute die einzige Heilungschance bei dieser Erkrankung bietet, fiel in ihrer zeitlichen Anwendung mit dem rapiden Anstieg des Bronchialkrebses zusammen. Im Alter von 40 bis 65 Jahren ist er die häufigste Krebstodesursache bei Männern geworden. Einen ganz entscheidenden Faktor in dieser Entwicklung spielt der Tabak. Bei 20 Zigaretten pro Tag werden über 20 Jahre etwa 3 Kilogramm Tabaktee einwirken können.

Interessanterweise wird der rechte Lungenflügel und dabei der Oberlappen bevorzugt betroffen, was ebenfalls entsprechend der Ventilationsgrößen für inhalatorische Faktoren spricht. Leider vergehen im Durchschnitt 7½ Monate von der ersten Symptomatik bis zur Klinikaufnahme, so daß dann nur etwa 20% operabel sind. Die vielfältigen Lokalisationsmöglichkeiten des Tumors führen zu wechselnden klinischen Erscheinungsbildern: Hilusvergrößerung, Rundherdbildungen, Abszedierungen, vor allem mit Segmentabbrüchen und Dys- oder Atelektasen, versteckt in Bronchiektasen, retrocardial gelegen in Atelektasen, pleuranahe mit Ergußbildungen, zerfallene Tumoren mit Drainage in das Bronchialsystem, Empyembildungen, supraclaviculäre Infiltrationen bei mediastinaler Welterwucherung, Peri-



Prof. Dr. K. G. Ober,
Erlangen



Prof. Dr. A. Linke,
Heidelberg



Prof. Dr. H. R. Schinz,
Zürich

carditis carcinomatosa und so weiter. Die typische Symptomatik reicht abgestuft nach ihrer Häufigkeit von Husten, Fieber, Hämoptoe, Gewichtsverlust, Abgeschlagenheit und Appetitlosigkeit über BKS-Beschleunigung, Brustschmerz, Dyspnoe, rheumatische Beschwerden infolge von Osteopathien und Trommelschlegelfinger. Auch Änderung der Stimme, insbesondere lange sich hinziehende Heiserkeit kann ein erster Hinweis sein. Die Diagnostik baut auf einem exakten physikalischen Befund, einer Röntgendiagnostik in 2 Ebenen, einer anschließenden Tomographie sowie den speziellen Methoden der Bronchographie und Bronchoskopie mit Probeexsion auf. Die cytologische Diagnostik kann bei weiterem Ausbau sicher noch vieles leisten. In besonders unklaren Fällen können auch noch Angiographie, Punktion (Cave Verschleppung maligner Zellen!) und Probethorakotomie erwogen werden. Das differentialdiagnostische Spektrum ist groß. Bei Rundherden in der Peripherie muß man an Tuberkulose, Hypernephrome, Mesotheliome denken, es besteht aber auch die Möglichkeit einer Sarkom-, Chondrom- oder Abszeßbildung. Ein Rundherd ist immer Suspicion und sollte einer entsprechenden Therapie zugeführt werden, weil die Statistik zeigt, daß 51 % Malignome sind, 42 % entzündlicher Natur und 7 % andere Geschwulstbildungen. Es ist gefährlich, in zu langen Beobachtungszeiten diagnostische Sicherheit gewinnen zu wollen und damit die Chance einer günstigen Behandlung zu verfehlen. Ein konstant nachweisbarer Tumorschaden schließt kein Malignom aus. Die Anamnese ist hier nicht zu überbewerten, in Zweifelsfällen muß das „Ca“ angenommen und die therapeutische Konsequenz gezogen werden. Sobald Metastasen nachgewiesen werden können, ist das Carzinom inoperabel geworden. Die lymphogene Aussaat scheint häufiger zu sein als der hämatogene Weg. Wir müssen versuchen, die Fernmetastasen durch Leberszintigramm, EEG, Knochenaufnahmen, Lymphexstirpationen, Recurrenzprüfung und Oesophaguspassage nachzuweisen. Bei einer Begleitpleuritis oder Pericarditis muß in der Exsudatflüssigkeit nach malignen Zellen gefahndet werden. Das „Cava-Syndrom“ mit Kollateralbildungen infolge Einflusstauung ist ebenfalls ein Zeichen der Inoperabilität. Wenn bronchoskopisch die Karina ergriffen ist, bietet sich operationstechnisch keine Möglichkeit mehr.

Für die Behandlung bleibt — wie gesagt — nur die Lobektomie oder die Pneumonektomie. Freilich ist letztere von einem größeren Operationsrisiko belastet, die Mortalität beträgt noch 15,2 %. Nur eine frühzeitige Diagnose kann dem Ziel einer primär möglichen Lobektomie näherbringen. Die Pneumonektomie hat kaum mehr als 10 % Fünfjahresheilung. Bei der Weiterbetreuung

der Patienten müssen Nebenerscheinungen, wie mediastinale Hernien, Verziehungen, ein Sero-Pneumothorax, ein zunehmendes Cor pulmonale und ähnliches beachtet werden.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. A. Linke, Heidelberg:

Grenzen und Möglichkeiten der modernen Chemotherapie maligner Tumoren

Der Grundstein dieser Therapie wurde durch Domagk u. a. gelegt, gefördert durch Kliniker, wie K. H. Bauer, Bock und Heilmeyer. Die Grenzen dieser Behandlung sind deutlich zu erkennen, es gibt keine Heilungen, sondern bislang nur palliative Therapieerfolge. Die mannigfachen Schädigungsmöglichkeiten bei ungünstiger Dosierung — Intoxikationen bei Überdosierung und Fortschreiten des Tumors bei Unterdosierung — müssen hier ebenfalls klar herausgestellt werden. Ein noch ungelöstes Problem ist die Frage der Resistenzentwicklung, wobei uns praeklinisch weder quantitativ noch qualitativ Testverfahren zur Verfügung stehen. Eines kann aber vorweg gesagt werden, daß — wenn überhaupt — eine Langzeit- bzw. Dauerbehandlung erforderlich ist. Es befindet sich bereits eine stattliche Menge von Cytostatica am Markt, wobei durchaus eine gewisse Organ- bzw. Tumorspezifität der einzelnen Präparate zu verfolgen ist. So sind beispielsweise beim Plasmocytom gute Resultate mit Aethyl-Uretan erzielt worden, beim Nebennierenrindencarcinom scheint eine selective Wirkung von Ortho-Para-DDD vorhanden zu sein, der Wilms-Tumor spricht offenbar auf Aktinomycin an, usw. Vom Trenimon nimmt man hypothetisch einen direkten Einfluß auf die Nucleinsäuresynthese und einen indirekten Mechanismus bezüglich einer Glykolysehemmung an. Bei Leukämien konnte intrazellulär ein Rückgang der DPN festgestellt werden.

Einige Anwendungsgebiete verdienen wegen der relativ guten therapeutischen Resultate spezielle Erwähnung. So finden wir bei der Polycytaemie in 100 % eine Remission, die zwischen 1/2 bis 4 Jahre erhalten werden kann. Bei 20 mg Trenimon oral (das sind 2—3 Dragées pro Woche) scheinen die Ergebnisse der Behandlung mit P 32, dem radioaktiven Phosphor, überlegen zu sein. Insbesondere die Nebenwirkungen der Phosphorthherapie bergen die Gefahr einer Myeloblastenleukämie in sich. — Bei der myeloischen Leukämie steigt interessanterweise die alkalische Leukocytenphosphatase während der Behandlung mit Trenimon wieder an, so daß man schließen kann, daß normale Leukocytenpopulationen zur Entwicklung kommen, die vordem durch das maligne Wachstum gehemmt waren. Es trifft also offenbar nicht zu, daß das Cytostaticum eine generelle Zellschädigung mit sich bringt, zumindest nicht in einem quantitativ

gleichartigen Ausmaß bezüglich der normalen und der malignen Zellen. Benigne Formen der lymphatischen Leukämie sollten so spät wie möglich mit Cytostatika behandelt werden, maligne Verlaufsformen dagegen möglichst bald. Eine Kapsel täglich in der 1. Woche, später 1 Kapsel wöchentlich erwies sich als brauchbares Dosierungsschema. Mitunter kann man am Anstieg der Thrombozytenzahlen eine gewisse Erholung des Knochenmarks von der malignen Überwucherung erkennen. — Die Sonderstellung der Lymphogranulomatose unter den malignen Tumoren zeigt sich auch in den Behandlungschancen. Entscheidend ist die Einhaltung einer Dauertherapie. Nach einer Einteilung der Ausbreitung des Morbus Hodgkin in lokalisierte, fortentwickelte und disseminierte Fälle kann folgende Therapie empfohlen werden: Im Stadium I: Chirurgisch radikale Entfernung des Tumors mit prae- und postoperativer Cytostatika-Anwendung. Im Stadium II: Radiotherapeutische Behandlung in Verbindung mit Trenimon bzw. Aktinomyein. Im III. Stadium schließlich empfiehlt sich die Kombination von Trenimon, Aktinomyein und Prednison.

Eine Kombination von Trenimon mit Prednison und anabolen Präparaten (wie Durabolin) ließ speziell beim Mamma-Carzinom und den Ovarialgeschwülsten in 50 % eine erstaunliche Besserung finden. Progrediente Ovarialcarzinome, die vergleichsweise bei der Strahlentherapie in 10 % noch anzusprechen scheinen, reagieren auf die kombinierte Behandlung in fast 70 % der Fälle. Die Dreierkombination setzt sich zusammen aus 1 Kapsel Trenimon pro Woche, 10 mg Prednison pro die und 50 mg Durabolin ebenfalls pro Woche.

Umstritten, weil in der Dosierung noch unsicher, ist vielerorts die prae- bzw. postoperative cytostatische Behandlungsunterstützung. In Heidelberg hat man von diesem eingeschlagenen Weg doch einen recht günstigen Eindruck. Man verwendet dort 8 Tage vor der Operation täglich 0,5 mg Trenimon, am Tag der Operation selbst 2 mg i. v. vor und nach dem Eingriff, 8 Tage anschließend ebenfalls 2 mg i. v. pro Tag und in den darauffolgenden 2 Monaten jeden 3. Tag 1 Kapsel per os.

Intraarterielle Injektionen hätten den Vorteil einer stark erhöhten Konzentration am gewünschten Ort, müssen aber über einen relativ breiten Zeitraum hinweg dosiert werden. Die Amerikaner scheinen zur Zeit etwas zu hohe Konzentrationen in zu kurzer Zeit zu applizieren. Dauerperfusionsen können über 10 Tage laufen, man möge dann etwa 20 gamma pro 60 mltr. pro Stunde infundieren. Die Dosierung ist in naher Zukunft das entscheidendste bei der cytostatischen Tumorbehandlung. Um eine bessere und nutzbringende Übersicht in diesem Problem zu erhalten, wäre eine kollegiale Zusammenarbeit, eine gemeinsame Planung mit vergleichenden Statistiken und vor allem natürlich eine breitere Anwendung der prae- und postoperativen sowie der lokalen und Dauerperfusionsmethoden zu wünschen.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. Dr. h. e. R. Schinz, Zürich:

Die Krebsbehandlung auf einer radiotherapeutischen Klinik

Das ernste Kapitel der Krebsforschung verlangt eine ungeschminkte und wahrhafte Darstellung der statistischen Tatsachen, insbesondere auch der therapeutischen Möglichkeiten.

Von allen Krebskranken, die wir zur Behandlung bekommen, können nur 20 % geheilt werden, 70 % der Patienten können wir nützen, etwa im Sinne einer Lebensverlängerung, und für 10 % bleibt nur noch die Morphiumspritze. Bei all der erschreckenden Zahlenstatistik muß man auch erwähnen, daß die Krebsgefahr insgesamt abgenommen hat, die Leute aber älter werden und deshalb die Tumorerkrankung erleben, die früher infolge vorausgehender anderer Todesursachen gar nicht zur Entwicklung kommen konnte.

Die günstigste, wenn auch den meisten so schwer verständlichzumachende Therapie ist die Propylaxe. Wir alle kennen die vergleichenden Erkrankungsziffern beim Penis- und Cervix-Carzinom zwischen Juden und Nicht-Juden. Die Circumeision ist insofern eine hygienische Maßnahme, als das cancerogen wirkende Smegma nicht zur Entwicklung gelangen kann. Eine andere breite Möglichkeit für Vorsorge wäre auf dem Gebiet des Rauchens denkbar. Leider sind die jungen Menschen noch nicht vernünftig genug, dies einzusehen, weil sie die Gefahr nicht akut vor Augen haben, die alten meinen dann, es sei bereits zu spät, mit dem Rauchen aufzuhören. Dabei kann nicht zu oft betont werden, daß die jugendlichen Raucher schon in diesen Jahren die ersten Voraussetzungen für eine Tumorerkrankung setzen und den älteren Personen sehr gut stände, den jüngeren ein segensreiches Beispiel zu geben.

Die Strahlentherapie ist eine Frage der Technik und der Dosierung. Durch die Mega-Volt-Geräte — das Betatron — gelingt es, Tiefeneffekte zu erreichen, ohne die bisher bekannten, schweren Hautveränderungen mit in Kauf nehmen zu müssen. Wenn bei der bisherigen Röntgenbestrahlung die Tumordosis mit 100 % angenommen wurde, so war die Haut mit 200 % betroffen, was sich nunmehr beim Betatron in so günstiger Weise verkehrt, als nur noch 20 % Hautwirkung in Erscheinung treten. Bei der Berechnung der Dosierung muß man streng die Methoden der Dosimetrie — die am Modell untersucht werden — und die der Radiometrie — die nur geometrisch errechnet sind — unterscheiden. Mit dem Betatron ist es auch möglich geworden, praeoperative Bestrahlungen auszuführen, bzw. in manchen Fällen, den Patienten durch eine solche Behandlung erst operabel zu machen.

Die Instillation von radioaktiven Substanzen kann bei carcinomatösen Ergußbildungen im Pleura- und Peritonealraum Erleichterung bringen. Mit Radiogold sind gute Erfahrungen gemacht worden, natürlich nur im Sinne einer palliativen Therapie. Die regionale Entfernung oder Bestrahlung von Mamma-Carzinomen wird durch die gegensätzliche Hormontherapie gut unterstützt. Die Anwendung von Oestrogenen bei Prostata-Carzinom ist bekannt. Bei den oberflächlichen Haut-, Lid-, Lippen-Carzinomen zeigt die Nahbestrahlung relativ gute Ergebnisse, in Zürich 74 %. Der Serotalkrebs sollte operiert werden. Die bösartigen Geschwülste der Schilddrüse müßten vorher cytologisch differenziert werden, weil die wuchernde Struma Langhans gut auf Strahlenbehandlung anspricht, die Struma maligna dagegen kaum. Bei den Mundhöhlen- und Zungenmalignomen, welche für die Radiumspickung in Frage kommen, sind 30—40 % Heilungsziffern zu erwarten. Das Bronchial-Carzinom hat insgesamt eine schlechte Statistik, dies aber auch deswegen, weil praktisch nur die inoperablen Carzinome zur Strahlentherapie gelangen und dann natürlich einen besonders schlechten Ausgangsstatus zeigen. Bei den Oesophagusneoplasmen



Prof. Dr. A. Jores,
Hamburg-Eppendorf



Prof. Dr. O. Hövels,
Erlangen



Prof. Dr. A. Sturn,
Wuppertal-Barmen



Prof. Dr. E. H. Bock,
Tübingen



Priv.-Doz. Dr. D. Mütting,
Homburg/Saar

kann man zumindest eine Besserung der Passage erreichen, tiefsitzende können operativ versucht werden. Der Analkrebs zeigt bessere Ergebnisse bei der Bestrahlung, dagegen sollte das Rectum-Carzinom in jedem Fall operativ angegangen werden. Das sehr quälende und schmerzhaft Blasen-Carzinom kann entweder mit dem Betatron oder durch Instillation von flüssigem, radioaktivem Kobalt therapiert werden.

Wenngleich also die Erfolge der Strahlentherapie recht unterschiedlich und durchaus unbefriedigend sind, so muß man doch sagen, daß die Chemotherapie bisher sehr enttäuscht hat, weil sie über einen palliativen Effekt nicht hinauskam und in den Nebenerscheinungen durchaus nicht besser abschneidet.

III.

Endokrinologie in der Praxis

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. A. Jores, Hamburg:

Hormontherapie, ihr Nutzen und ihr Schaden

In der Hormonbehandlung standen anfangs vorwiegend Gesamtdrüsenextrakte zur Verfügung. Nach analytischer Darstellung der chemischen Formeln fast aller bekannten Hormone — mit Ausnahme der Eiweißfraktionen des Hypophysenvorderlappens — gelang mehr und mehr die synthetische Herstellung derselben. Geringe chemische Varianten in der Struktur gestatten es, aus dem Wirkungsspektrum eines Hormons gewisse Effekte selektiv herauszugreifen und der Therapie nutzbar zu machen. Die Dosierung und die Erkennung von Nebenwirkungen wird bei dieser Entwicklung in zunehmendem Maße von Spezialkenntnissen abhängig.

Die hormonelle Aktivität ist in ein Reglersystem eingebaut, das sich dem schwankenden Bedarf anpassen soll. Alle innersekretorischen Krankheiten sind deshalb letzten Endes Regulationskrankheiten. Lediglich die Adenome, die aus hormonaktivem Drüsengewebe bestehen, tanzen aus der Reihe.

Bei unserem therapeutischen Vorgehen müssen wir uns bewußt bleiben, daß je nach der Höhe des applizierten Hormonpräparates die eigene Drüse gebremst bzw. stillgelegt wird. Nach einer Stoßbehandlung dagegen bleibt dem Organismus Gelegenheit zum anschließenden Wiederausgleich. Außerdem erscheint die Behandlung in dieser Art wirkungsvoller, weil das Medikament praktisch zusätzlich in den Organismus gelangt und nicht als Substitution der regulatorisch gehemmten Drüse aufgefaßt werden muß. Im selben Zusammenhang erklärt sich die Insuffizienz des Körpers nach abruptem Abbruch einer Dauerbehandlung, was man durch eine ausschleichende Therapie gut vermeiden kann. Dies ist

beispielsweise bei langer Cortisongabe sinnvoller als ein anschließender ACTH-Stoß, weil dieser gegenüber der Hypophyse ebenso nur eine Substitution darstellt. Die iatrogenen hormonellen Störungen sind überhaupt wegen der immer mehr zunehmenden pharmakologischen Anwendung solcher Präparate wesentlich häufiger, wogegen echte endokrine Erkrankungen zahlenmäßig zurücktreten.

Bislang ist es der pharmazeutischen Industrie nicht gelungen, Wachstumshormon und Gonadotropin in allgemein verwendbaren Mengen herzustellen, weil diese artspezifisch für den Menschen sind und deshalb nur aus menschlichen Extrakten gewonnen werden können. Bei vereinzelten Versuchen erwiesen sie sich als sehr gut wirksam. Von dieser Ausnahme abgesehen, sind die Fortschritte ganz hervorragend. Für die älteren Mediziner wirkt das Cortison, bzw. die neu entwickelten Cortisonderivate, wie eine Wunderdroge. Freilich ist die Behandlung nicht frei von Nebenwirkungen. 8 mg Prednisolon oder 2 mg Dexamethason scheinen aber Grenzdosen ohne besondere Gefahren zu sein. — Mit den männlichen Sexualhormonen ist bei Gonadeninsuffizienz bzw. Dysplasie nach 4—6 Wochen Substitution ein ausgezeichneter Erfolg zu erzielen. Bei richtiger Dosierung wird die normale Entwicklung gut aufgeholt, Zeugungsfähigkeit kann bei einer solch „peripheren Therapie“ natürlich nicht hergestellt werden. — In diesem Zusammenhang muß man immer wieder darauf hinweisen, daß Potenzstörungen bei Erwachsenen meist nicht auf hormoneller Insuffizienz basieren, wenngleich therapeutisch ein Versuch ex juvantibus berechtigt ist. Hier spielen psychische Alterationen und interne Leiden eine wesentliche Rolle. Die Verwendung der Sexualhormone bei der Tumorthherapie — z. B. beim Mamma-Carzinom — ist so hilfreich, daß Nebenwirkungen in Kauf genommen werden können. Durch chemische Umwandlung bzw. Abwandlung der Präparate gelang es, den robierenden, anabolen Effekt zu spezifizieren und bei Präparaten wie Nor-Testoviron eine drastische androgene Wirkung auszuschalten. Das Anwendungsgebiet ist breit, hervorgehoben werden sollten die Verwendung in Verbindung mit Cytostatica beim metastasierenden Mamma-Carzinom, jene bei der Osteoporose, bei Myopathien und die guten Erfahrungen bei der diabetischen Retinopathie. Eine falsche Dosierung oder eine Applikation zur unrichtigen Zeit bzw. in fehlender Kombination mit anderen Präparaten kann Nebenwirkungen, wie die Aktivierung maligner Tumoren, nach sich ziehen.

Je wirksamer ein Arzneimittel sich uns anbietet, desto genauer müssen unsere Kenntnisse über die Nebenwirkungen beachtet werden. Auf dem Gebiet der Hormontherapie ist es häufig dem praktizierenden Arzt nicht

möglich, all diese Spezialkenntnisse in sich aufzunehmen, weshalb die therapeutische Zusammenarbeit zwischen ihm und dem Spezialisten besonders notwendig und hilfreich erscheint. Der Einsatz solch hochwirksamer Präparate sollte in entsprechenden Fällen nicht unterlassen werden, die Indikation ist aber genau zu überprüfen, die Dosierung individuell festzulegen und in Fühlungnahme mit dem Spezialisten in gewissen Abständen zu überwachen.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. O. Hövels, Nürnberg:

Die Diagnose und Behandlung der Störungen von Wachstum und Entwicklung

Über die Größe der Abweichungen der Wachstumsmaße besteht regional und rassenbedingt keine einheitliche Vorstellung. Die Somatogramme bieten aber eine brauchbare Faustregel und sind nach der Formel: $6n + 80$ cm Größe ($n =$ Alter) aufgebaut. Eine anamnestisch oder im Verlauf festgehaltene Darstellung der Entwicklung ist sehr aufschlußreich; denn gegenüber einer normalen Wachstumsrate schließt beispielsweise das adrenogenitale Syndrom zunächst etwas voraus, um dann vorzeitig stehenzubleiben, währenddessen der hypophysäre Minderwuchs primär unter den Normmaßen zurückbleibt.

Zur diagnostischen Orientierung ist eine Trennung der dysproportionierten von den proportionierten Entwicklungsstörungen zweckmäßig. Solche Unterschiede werden am besten herausgefunden, indem Arm und Bein röntgenologisch mit erfaßt werden.

Die Chondrodystrophie zeigt Gelenkveränderungen mit kurzen Extremitäten und plumpem Kopf, die Osteogenesis imperfecta bietet die Neigung zu Spontanfrakturen und die auffallend blauen Skleren. Anabole Hormone sind wirkungslos, vor einem Vitamin-D-Stoß muß dringend gewarnt werden, weil es lediglich zu hypercalcämischen Ablagerungen in den Geweben kommt. Enchondrale Ossificationsstörungen sind selten epiphysär, meist metaphysär gelagert, dabei ist Calcium, Phosphor und Phosphatase im Serum normal, wenn es sich um eine enchondrale Dysostose handelt. Die Dysostosis multiplex von Pfaundler und Hurler ist verknüpft mit angelhakenförmigen Wirbelkörpern und einer Schwachsinnigkeit. Von ihr kann die Dysostosis metaphysaria Morkio abgegrenzt werden. Veränderungen des Calcium- und Phosphorwertes im Serum lassen differentialdiagnostisch an rachitische, meta-epiphysäre Entkalkungen, an die renale Osteopathie — im Gefolge einer renal bedingten Acidose und eines angehobenen Serum-Phosphorspiegels mit sekundären Hyperparathyreoidismus — und an die sog. genuine, Vitamin-D resistente Rachitis, als angeborenes Leiden, denken. Die Symptomatik der renalen Osteopathie umfaßt, außer den beschriebenen Serumwerten, erhöhten Durst, eine Polyurie und Isostenurie. Die Behandlung besteht in einer Kombination von Vitamin D ($1/4 - 2$ mg pro die) und Calcium (1 g pro die), doch muß man sich bewußt bleiben, daß die Ursache der Osteopathie, nämlich die Nierenerkrankung, meist unverändert fortbesteht. — Unter den proportionierten Formen des Minderwuchses ist vorweg die Gruppe mit gestörter intellektueller Leistung anzuführen. Das Moon-Biedl-Syndrom ist genetisch fixiert und insbesondere auch durch die Polydaktylie charakterisiert. Der Mongolismus ist für den geübten Päd-

later eine Diagnose des klinischen Blickes. Differentialdiagnostisch muß an die dritte mögliche Störung gedacht werden, an die Hypothyreose. Die Genese derselben ist insofern zunächst irrelevant, als die Therapie in jedem Fall substituieren muß. Dabei ist es erforderlich, daß an die Grenze der Erträglichkeit dosiert wird, um eine ausreichende intellektuelle Entwicklung sicherzustellen, die bei einer Ausrichtung nach dem körperlichen Wachstum nicht unbedingt parallel geht. Kinder mit normaler geistiger Entwicklung sind darauf hin zu untersuchen, ob ein Anhalt für sekundär bedingten Minderwuchs zu finden ist, oder bemerkenswerte Abweichungen der Körperform auffallen. Wenn dies nicht zutrifft, handelt es sich um einen hypophysären Zwergwuchs oder um einen primordialen Minderwuchs mit normaler Skelettreifung. Im ersten Falle wäre theoretisch eine Behandlung denkbar, da eine Substitution mit menschlichem somatotropem Hormon gute Ausheilung bringen könnte. Dieses artspezifische Hormon steht naturgemäß aber nur in äußerst geringen Mengen zur Verfügung.

Der kalorische Minderwuchs kann entweder alimentär bedingt sein und ist so praktisch ex juvantibus zu diagnostizieren, oder aber er beruht auf schlechten enteralen Resorptionsverhältnissen, wie sie bei Pankreasfibrose oder bei Coeliacie vorkommen. Ein Enzymmangel, wie bei der Glykogenspeicherkrankheit, oder eine latente Stoffwechselstörung, wie beim schlecht eingestellten Diabetes, sind endogene Faktoren eines kalorischen Minderwuchses. Natürlich können die verschiedensten internen Leiden — Nierenerkrankungen, chronische pulmonale oder cardiale Insuffizienzen, Anaemien usw. — ursächlich mit hereinspielen, was anamnestisch bzw. bei einer exakten Durchuntersuchung immer mit erfaßt werden kann. — Recht selten sind Formen proportionierten Minderwuchses mit einem charakteristischen Habitus, der durch mangelhaft ausgeprägte sekundäre Geschlechtsmerkmale gekennzeichnet ist. Wir finden dabei Kombinationen mit anderen Organmißbildungen, Viti etc., aber ein regelrechtes Geschlechtschromatin bei der Untersuchung der Mundepithelien. Die sekundären Geschlechtsmerkmale können therapeutisch angeglichen werden, die Sterilität und der Minderwuchs sind aber nicht zu beeinflussen. —

Beim Hochwuchs handelt es sich in den überwiegenden Fällen um einen sog. Adiposogigantismus. Dieser alimentär bedingte Fettansatz an Stamm und Extremitäten darf nicht verwechselt werden mit einer Cushing-Erkrankung oder mit einer Dystrophia adiposogenitalis. Beide sind nicht nur höchst selten, sondern gehen zwar mit Adipositas, aber mit Minderwuchs einher. Die Behandlung des Adiposogigantismus ergibt sich demnach von selbst, mitunter bewährt sich, daß man als Arzt durch etwa 14tägige Kontrollen des Gewichtes die erzieherische Umstellung überwacht.

Abschließend sind zwei Entwicklungsstörungen zu erwähnen, deren Erkennung und richtige Einschätzung für die Zukunft der Kinder recht bedeutsam sein kann. Der meist einseitige Hodenhochstand kann, wenn er diagnostiziert wird, im 9. bis 12. Lebensjahr durch eine Choriogonadotropinkur noch zu normalen Verhältnissen gebracht werden, bei Versagen dieses Therapieversuches ist eine operative Behandlung erforderlich, schon wegen der Gefahr einer malignen Entartung eines dislocierten Hodengewebes. — Im entsprechenden Alter kommt

14. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg

In diesem Jahr findet die 14. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg ausnahmsweise nicht im November, sondern vom 13. bis 15. Dezember statt. Die Hauptthemen der Veranstaltung sind:

- 13. 12.: Neue Gesichtspunkte zum Altern und Alter
- 14. 12.: Therapie der nicht renalen und renalen Hypertonie
- 15. 12.: Therapie der akuten Vergiftungen

Das genaue Programm dieser wissenschaftlichen Tagung wird in Kürze bekanntgegeben.

manchmal eine recht deutliche Pubertätsgynäkomastie zum Vorschein, welche nicht mit einem Tumor verwechselt werden sollte und deshalb auch keiner Probeexzision zugeführt zu werden braucht.

Aus dem Vortrag von Dozent Dr. Walser, Basel:

Hypothalamisch-hypophysäre Endokrinopathien in Diagnostik und Therapie

Die Erforschung der neurohumoralen Steuerungs- und Regulationsvorgänge rückt den Hypothalamus immer mehr ins Zentrum des Interesses. Eine Betrachtung der kapillären Durchblutungsverhältnisse unterstützt diese Auffassung, indem am Stiel des Hypothalamus das neurosekretorische Inkret von Kapillaren übernommen und dem Hypophysenvorderlappen zugeführt wird, welcher eine Art Speicherorgan für die tropen Hormone darstellt. Durch die Feststellung eines Tractus hypothalamushypophysarius zum Kapillarnetz des Hypophysenhinterlappens findet auch dieser Zusammenhang eine anatomische Aufklärung.

Hypothalamisch-hypophysär unterscheiden wir zwei Gruppen von Hormonen: 1. ACTH, FSH, LH-ITSH, TSH; Hormone, deren Sekretion einem Reglersystem eingebaut sind. 2. LTH, STH, MSH, Oxytocin und Vasopressin; Hormone ohne Reglermechanismus. Neu hinzu kommt möglicherweise ein adrenoglomulotropes Hormon, welches die Aldosteronproduktion reguliert. — Eine interessante Analyse der Sekrete des Hypothalamus läßt die variable Zusammensetzung aus Polypeptidsequenzen erkennen, welche ähnlich den Buchstaben des Alphabetes in verschiedener Zusammengruppierung verschiedene Worte ergeben, deren Bedeutung dann im Sinne einer „Hormonsprache“ an die Hypophyse bzw. die peripheren Hormondrüsen abgegeben wird. Dem Hypothalamus kommt die Funktion einer Schaltstelle in dieser neurohumoralen Aufgabe zu. —

Die hypophysären Erkrankungen sind entweder primäre Störungen oder sekundäre Funktionsalterationen. — So beruht der Diabetes insipidus auf einem Mangel an Adiuretin mit einer entsprechenden renalen Symptomatik. Durch Verhinderung der distal-tubulären Wasserrückresorption entstehen große Flüssigkeitsverluste mit entsprechendem Durstgefühl. Die differentialdiagnostische Abgrenzung gegenüber renalen Polyurien, dem Hyperparathyreoidismus und den psychoorganischen Polyurien läßt sich durch spezifische Tests klären. Nach hypertoner NaCl-Injektion reagiert der Gesunde mit einer Vasopressinausschüttung und damit einer Erhöhung des spezifischen Gewichts des Harns, wogegen die Harnmenge beim Diabetes insipidus unver-

ändert bleibt. Zur Klärung der Causa genügt keinesfalls die röntgenologische Darstellung der Sella, sondern mit einer eingehenden neurologischen Diagnostik — Liquorbefunde, Encephalogramm etc. — muß nach einem, wenn auch benachbarten, raumfordernden Prozeß gesucht werden. Nach diagnostischer Klärung ist die substituierende Behandlung recht günstig. — Andere Erscheinungsbilder einer hypothalamischen Störung reichen von gewissen Formen der Fettsucht über den Hypogonadismus, die Hypothyreose bis zur Nebennierenrindensuffizienz, müssen aber in ihrer zentralen Genese in speziellen Untersuchungsgängen geklärt werden. — Unter den hormonaktiven Tumoren besitzt das eosinophile Adenom die meiste Bedeutung und ist in seiner Symptomatik mit Akromegalie, Hypogonadismus und Diabetes mellitus klar umrissen. Die Strahlenbehandlung vermag einer solchen Entwicklung Einhalt zu gebieten. — Die pathogenetisch unterschiedlichen Erscheinungsformen eines Panhypopituitarismus — beispielsweise als postpartales Sheehansyndrom sind heute einer guten peripheren Substitutionsbehandlung zugänglich, d. h., daß nach Ausfall der tropen Hormone ein Ersatz der Schilddrüsen- und Nebennierenhormone möglich ist.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. H. Nowakowski, Hamburg:

Praktisch wichtige Erkrankungen von Nebennierenrinde und Nebennierenmark

Die Erkrankungsvarianten der Nebenniere erklären sich aus den in ihr entstehenden verschiedenen Hormonkomponenten. Die Nebennierenrinde produziert außer Cortisol das Aldosteron und das Androstenion, das Nebennierenmark scheint Adrenalin und Noradrenalin in gewissen quantitativen Relationen auszuschütten.

Die essentiellen Nebennierenrindenerkrankungen sind demnach das Cushing-Syndrom, das Conn-Syndrom und das adrenogenitale Syndrom. — Das adrenogenitale Syndrom ist rezessiv-erblich und zeigt familiäre Häufung, klinisch beobachtet man eine reaktiv erhöhte ACTH-Produktion wegen des peripheren Mißverhältnisses an Cortisol- und Androgensekretion. — In der Symptomatik finden wir eine Virilisierung, bei Mädchen eine primäre Amenorrhoe und einen sog. Sinus urogenitalis mit penisartig entwickelter Clitoris. Eine Dauerbehandlung mit Corticosteroiden zeigt recht schöne Erfolge, allerdings je nach Alter und Ausprägung der androgenen Symptome bei Behandlungsbeginn. Abzugrenzen ist differentialdiagnostisch das postpubertale adrenogenitale Syndrom, welchem die genitalen Mißbildungen fehlen und wobei die 17-Ketosteroide im Harn erhöht sind. Außerdem kommt ein androgenproduzierender Nebennierentumor in Frage, wo wir bei einem ge-

schlechtsentsprechenden genitalen Befund eine starke Virilisierung und evtl. einen Übergang zur Cushing-symptomatik vorfinden. Die perirenale Luftfüllung kann einen solchen Tumor lokalisieren und operativ zugänglich machen. Diese Therapie ist schon wegen der häufigen carcinomatösen Entartung wichtig. Der idiopathische Hirsutismus ist häufiger als alle anderen beschriebenen Erscheinungsbilder und ist leider therapeutisch weniger ermutigend. Die Cortisonbehandlung kann trotzdem versucht werden, Ovarialveränderungen müssen bedacht und ausgeschlossen sein.

Der Morbus Cushing ist in seinem Aspekt weithin bekannt, auch die speziellere Symptomatik, wie Osteoporose, Hypertonie, zumindest latenter Diabetes usw. ist bei voller Ausprägung leicht diagnostizierbar. In 80% der Fälle handelt es sich um bilaterale Hyperplasien, die röntgenologisch schlecht nachweisbar sind, auch bezüglich der hypophysären Veränderungen, da eine Verbreiterung der Sella durchaus nicht obligat ist. Bei einer kombinierten Behandlung mit einseitiger Operation und Hypophysenbestrahlung sind 75% gute Resultate in USA erzielt worden. — Das Conn-Syndrom schließlich ist gekennzeichnet durch eine erhöhte Aldosteronproduktion und dessen Nachweis im Urin. Es findet sich dreimal häufiger bei Frauen, speziell im Alter von 30—50 Jahren. Meist sind es Hyperplasien und keine Tumoren. Die typischen Serum-Elektrolytverschiebungen führen zu Muskelschwäche und tetanischen Erscheinungen, außerdem beobachtet man Polydipsie, Blutdruckerhöhung und Kopfschmerz als uncharakteristische Symptome. Die Operation ist therapeutisch als Mittel der Wahl, wenn gleich heute im Präparat Aldacton ein medikamentöser Antagonismus möglich ist.

Die Nebennierenrindeninsuffizienz ist als Morbus Addison bekannt und auch in ihrer Symptomatik klar definiert. Die graduelle Ausprägung der Insuffizienz reicht von einer noch bestehenden basalen Sekretionsleistung bis zum völligen Ausfall der Drüsen. Ein akutes Versagen führt zur sog. Addisonkrise, insbesondere infolge der Hypotonie und der Mineralverschiebungen. Chronische Verlaufsstadien münden eher im hypophysären Coma und sind dann diagnostisch oft schwerer zu erkennen. Das renale Natriumverlustsyndrom ist demgegenüber nicht so deutlich ausgeprägt. Die Therapie ist dankbar, wenn man weiß, daß nur Cortisone, die die Faktoren der Glukoneogenese und der Mineralwirkung verbinden, in Frage kommen. Eine sekundäre Nebennierenrindeninsuffizienz bei Versagen des Hypophysenvorderlappens kann durch die Ansprechbarkeit auf ACTH klar abgegrenzt werden.

Die Klinik der Nebennierenmarkstörungen ist durch die Untersuchungsmöglichkeit der Katecholamine im Harn (über 200 gamma beweisend) wesentlich besser gestützt als durch die bisherigen Funktionsproben, die nicht nur gefährlich, sondern auch unsicher waren. Eine konstante Hypertonie findet sich dreimal häufiger als die beschriebenen Blutdruckkrisen. Bei der Suche nach dem Nebennierentumor kann man sich nicht allein auf die röntgenologische Darstellung beziehen, da die Tumoren auch andernorts entlang der sympathischen Ganglien lokalisiert sein können. Die Operation ist die kausale Therapie. Wenn sie aus diagnostischen Gründen oder wegen des Allgemeinzustandes nicht möglich ist, kann eine Dauerbehandlung mit Regitin, vielleicht in Zukunft auch mit Presinol, versucht werden.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. A. Sturm,
Wuppertal-Barmen:

Beurteilung und Behandlung von Störungen der Schilddrüsenfunktion

Die Physiologie des Jod-Thyroxin-Stoffwechsels erklärt einerseits die pathogenetischen Möglichkeiten, andererseits die Angriffspunkte der unterschiedlichen Therapie. Das alimentär angebotene Jodid wird von der Schilddrüse unter dem Einfluß von TSH aufgenommen. In dieser ersten Phase vermögen die Perchloratpräparate hemmend einzugreifen. Die folgende Oxydation zum Jod kann durch die Thio-Harnstoff-Präparate gebremst werden, wodurch indirekt die Thyroxin-Synthese bzw. -Speicherung verhindert wird. Die letzte Phase, der Mobilisierung von Thyreoglobulin steht ebenfalls unter dem Einfluß von TSH, kann aber durch eine Anhebung des Jodidspiegels — im Sinne der Plummer-Methode — gehemmt werden. Die Kuppelung an den hypophysären Reglermechanismus geschieht in einer Wechselbeziehung zwischen TSH-Ausschüttung und peripherem Hormonspiegel. Am Boden des 3. Ventrikels läßt sich ein verstärkter Jodgehalt nachweisen, was offensichtlich die Bedeutung des Hypothalamus als Reglerrezeptor und Thyreotropinproduzent hervorhebt und in Beziehung zu dem hypophysären System bringt. Das in der Zelle wirksam werdende schilddrüsen-spezifische Substrat ist insofern fraglich, als man annehmen muß, daß Thyroxin und Trijodthyronin Vorstufen zu einem erst in der Zelle entstehenden Wirkstoff sind.

Störungen der Schilddrüsenfunktion sind also sowohl von seiten eines Jodmangels, eines Jodüberangebotes, eines gehinderten Jodeinbaues oder dessen Oxydation durch Thyreostatika, einer Follikelzellschädigung und einer Schädigung im hypothalamischen-hypophysären System denkbar. Der Radiojodtest ist, insbesondere in seiner Modifizierung, ein ausgezeichnetes Mittel zur Differenzierung. Die Reaktionen nach TSH-Belastung oder nach Gabe von Thyreoidin ergeben spezifische Ausfälle bzw. Hinweise, die den Ort der Störung lokalisieren und einordnen lassen. Beispielsweise ist das periphere Myxoedem mit einer herabgesetzten Speicherkapazität und einem verminderten Serumwert ohne Ansprechbarkeit auf TSH gekennzeichnet. Das diencephale Myxoedem dagegen ist sensibel auf TSH. Es empfiehlt sich dann nach cerebralen Prozessen, klimakterischen Störungen, oder Tumoren zu forschen. Die Struma entsteht meistens infolge eines Jodmangels und einer sekundär gesteigerten TSH-Produktion. Da die Schilddrüse trotz dieser Hormonstimulation nicht in der Lage ist, einen normalen Serumspiegel herzustellen, kommt es zu einer progredienten Hyperplasie. Davon abzugrenzen sind die primär zentralen Hyperplasien, wie wir sie bei der Akromegalie beobachten. Das Charakteristikum der Basedowkrankung ist die gestörte Selbstregulation des Hypophysenschilddrüsen-systems. Krasse psychische und hormonelle Umstellungssituationen lassen bei entsprechender Konstitution diese autonome Drüsenaktivität zum Ausbruch kommen. — Unter den Schilddrüsenadenomen unterscheiden wir kalte, also solche, welche weniger aktiv als normal sind, warme, die etwas mehr, und heiße Knoten, die toxische Auswirkungen zeigen.

Die gründliche diagnostische Differenzierung hat ihre therapeutische Konsequenz. Bei der peripheren Insuffizienz ist eine Langzeitsubstitution notwendig, bei einem manchmal auftretenden Wirkungsverlust muß das Prä-

parat gewechselt werden. Das zentrale Myxoedem kann durch TSH beeinflußt werden, doch sollte man besondere Sorgfalt auf eine drohende Nebennierenrindeninsuffizienz legen, da häufig auch die ACTH-Produktion gelitten hatte. Man möge Thyreoidin also mit Nebennierenrindenhormonen kombinieren, evtl. in Verbindung mit Anabolica, wegen des sonst zu stark gesteigerten Katabolismus. Die euthyreote Struma ist mit kleinsten Joddosen oder durch vorsichtige Gaben von Thyreoidin anzugehen, da damit gleichzeitig eine Hemmung der TSH-Produktion erreicht wird. Insbesondere aber nach der Operation ist die Gabe von Thyreoidin notwendig, um ein Rezidiv zu verhüten. Die Basedowkrankung ist dem Radiojod vorbehalten, mit Ausnahme von Frauen im gebärfähigen Alter. In schweren akuten Krisen müssen unbedingt Nebennierenrindenpräparate kombiniert werden, um die hormonell bedingte Stress-Situation aufzufangen. Manchmal beobachtet man unter der Therapie eine solche Situation, die durch das Einströmen großer Hormonmengen in die Blutbahn entsteht. Zur sofortigen Ruhlgstellung kann auch Dijodthyronin als Infusion angewandt werden. Die Hyperthyreose, welche nicht durch eine große Struma ausgezeichnet ist, vermag thyreostatisch gut beeinflußt zu werden, insbesondere haben sich die Perchlorat-Präparate gut bewährt. Zur Vermeidung einer strumigenen Nebenwirkung ist die Kombination mit Thyreoidin oder Thyron dringend notwendig. Eine zentrale Dämpfung der hypothalamischen Rezeptoren mit Reserpin kann günstig unterstützen. Die Adenome sollte man schon wegen der Gefahr der Entartung operieren. Malignome müssen radikal operiert werden, schon um die Jodaufnahmefähigkeit der Metastasen zu steigern und sie so einer Radiojodtherapie zugänglich zu machen. Grundsätzlich geht ja das Jodspeichervermögen der malignen Schilddrüsentumoren umgekehrt proportional ihrer Bösartigkeit.

Die Ophthalmopathien im Gefolge einer Schilddrüsenbehandlung oder als Begleitsymptom einer Schilddrüsenerkrankung selbst müssen kombiniert angegangen werden mit Röntgenbestrahlung, Radiojodtherapie und Prednison, insbesondere versucht man, dabei eine Ruhigstellung des Hypothalamus zu erreichen. Zusammenfassend darf gesagt werden, daß fast alle Schilddrüsenerkrankungen beim sinnvollen Einsatz der bestehenden therapeutischen Möglichkeiten erfreulich gut gebessert werden können.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. E. H. Boek, Tübingen:

Wirkungsdifferenzierung in der Therapie mit neuen Corticosteroiden

Neue Corticosterolide soll heißen, daß die Entwicklung uns über das Hydrocortison hinaus Präparate zur Verfügung stellte, deren spezifische Eigenschaften — beispielsweise die antiphlogistische Wirkung — bei gleichzeitiger Herabminderung der mineralocorticoiden Nebenwirkungen gesteigert werden konnte. Um die wichtigsten zu nennen, handelt es sich um die Methylprednisolone — Urbason, Decortilen —, das Triamcinolon und das Dexametason. — Ihr Wirkungsspektrum ist nicht identisch, weshalb auf spezielle Indikationen später noch eingegangen wird. Für den allgemeineren Einsatz der Corticosterolide soll man sich an eines der Prednisolone gewöhnen. Dabei mag uns bewußt bleiben, daß wir mit so hochwirksamen Präparaten nicht nur therapeutische

Effekte erzielen, sondern mesenchymale, immunologische und endokrine Umstellungen herbeiführen, die schaden, oder doch zumindest Nebenwirkungen nach sich ziehen. Ein Spektrum von Einzelreaktionen, wie Grenzflächenwirkung, Zellplasmaeinwirkung, Zellkernalterationen, Enzyminduktionen, führen zusammen mit den Einflüssen auf gewebliche Systeme — vor allem die Gefäße — und das innere Milieu der extrazellulären Flüssigkeit zu den Überbegriffen, die wir antiphlogistische Wirkung, Katabolismus usw. nennen. Die Pathogenese der Nebenwirkungen ist in vielen Fällen noch unklar, wir kennen die Symptome, wie Osteoporose, Myopathien, Hypertonie, diabetogene Stoffwechsellage, psychogene Veränderungen und Begünstigung von Magenulcera, ohne in allen Fällen deren Entstehungsweise zu kennen. Die Lokalisation der Magenulcera beispielsweise weicht völlig von den sonst bekannten Stellen an der kleinen Curvatur ab, so daß man eine in Zusammenhang mit der oralen Applikation stehende direkte, lokale Einwirkung diskutiert.

Bei der Behandlung der Leukämien, aber auch bei anderen Carzinomen, verlieren diese Gefahren angesichts der Grunderkrankung an Bedeutung. Freilich sollte die oft notwendige Dauertherapie so gering wie möglich dosiert werden, doch können gerade bei den Leukämien meist nur relativ hohe Dosen die symptomatische Hilfe bringen. Dexamethason und Triamcinolon sind für eine Langzeitbehandlung nicht geeignet, im übrigen fehlen ihnen auch die psychostimulierenden und appetitfördernden Eigenschaften. Sie eignen sich, um einen wirkungsvollen Start der Therapie zu erzielen, später ist der Übergang auf Methylprednisolone, welche weniger intestinale und diabetogene Nebenwirkungen haben, zu empfehlen. Die Erfahrung zeigt, daß besonders Patienten mit vorgeschädigter Leber zur Entwicklung eines Steroiddiabetes neigen. Es empfiehlt sich deshalb beim Auftreten eines solchen, entsprechende Leberfunktionsproben anzustellen.

Unter den mannigfachen Indikationsgebieten, die sich heute einer Steroidtherapie anbieten, seien nur einige wichtige herausgegriffen: Die Agranulocytose auf toxischer Grundlage, der akute Schub einer Lebereirrhose, die Dermatomyositis, das nephrotische Syndrom, der apoplektische Insult — bei welchem uns auch die psychische Stimulierung zugute kommt — und die primär chronische Polyarthrit. In vielen Fällen, so vor allem bei letzterem Leiden, wird jedoch die Krankheit lediglich suspendiert, nicht geheilt. Wir können ein reaktives Geschehen in der Gesamtpathogenese der Kollagenosen hemmen, benötigen hierzu aber sinngemäß eine Dauertherapie.

Die neuen Corticosterolide sind ein echter Fortschritt und ihre Anwendung ist nicht nur eine Frage der gefühlsmäßigen Auswahl unter anderen Präparaten. Man muß ihre spezifischen Wirkungen kennen, um sie gezielt einzusetzen, und man muß die Therapie genau überwachen, nicht zuletzt und gerade in Fällen einer Langzeitbehandlung.

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. J. Zander, Köln:

Diagnostik und Therapie der Amenorrhoe

Die Amenorrhoe ist nur ein Symptom und strenggenommen erst einer Behandlung zugänglich, wenn die Ursachen ausreichend geklärt sind. Die Abgrenzung der verschiedenen Erscheinungsformen dieses Symptoms

hat sich für eine gewisse Orientierung bewährt, weshalb deren Definitionen vorausgeschickt sein sollen:

1. Primäre Amenorrhoe — d. h. bis zum 18. Lebensjahr ist es überhaupt nicht oder höchstens 1—2mal zu einer schwachen Blutung gekommen.

2. Sekundäre Amenorrhoe — d. h. nach spontanen Blutungen in Abständen von weniger als 6 Monaten sistieren die Blutungen länger als 6 Monate.

3. Oligomenorrhoe — d. h. Blutungen treten in längeren Intervallen als 6 Wochen auf.

Die Diagnostik gründet sich dann auf einer präzisen Anamnese, einer Erkennung der Allgemeinentwicklung und der sekundären Geschlechtsmerkmale. Klinische Methoden, wie die Untersuchung des Cervikalschleims, die Vaginalcytologie und die biopsische Untersuchung des Endometriums ergänzen das Bild. Bei der diagnostischen Einordnung zu einer therapeutisch verwertbaren Klassifizierung hat sich folgende Übersicht bewährt:

1. Amenorrhoe durch mechanischen Verschuß im Bereich des Uterovaginaltraktes (congenitale und erworbene Atresien).
2. Zentral-hypophysär bedingte Amenorrhoeen.
3. Gonadal bedingte Amenorrhoeen
4. Adrenal bedingte Amenorrhoeen und
5. Thyreogen bedingte Amenorrhoeen.

Die Besprechung der einzelnen Formen läßt einige Hinweise besonders wichtig erscheinen. 8% eines großen diesbezüglichen Krankengutes waren durch Atresien oder Aplasien bedingt. Selbstverständlich sind es primäre Amenorrhoeen, häufig sonst unauffällige Patientinnen mit normalem Zyklus der Aufwachtemperaturen und einem negativen Oestrogentest. — Bei sekundären Amenorrhoeen spielen die zentralbedingten eine übertragende Rolle. — Als erstes sollten hypophysäre Gonadotropine quantitativ bestimmt werden. Congenitale Hypophyseninsuffizienzen sind selten, dagegen sollte vor allem nach traumatischen oder organischen Hirnprozessen geforscht werden. Außerdem muß an die postpartale Hypophyseninsuffizienz und an eine Anorexia nervosa gedacht werden. Wenn anamnestisch psychische Überlagerungen anzunehmen sind, fällt die Objektivierung der Diagnose oft schwer. Eine klare Differenzierung der Störungen, deren Ursache einerseits in der Adenohypophyse andererseits im Zwischenhirn liegt, ist derzeit schwierig und unbefriedigend. — Gonadendyskinesien fallen bei der primären Amenorrhoe stärker ins Gewicht; nach einer sekundären Hypergonadotropinproduktion sollte geforscht werden. — In der Regel sind sie genetisch bedingt (Hurler-Syndrom), der sog. Barr-Test hat in dieser Richtung große Bedeutung erlangt. Abzugrenzen bleibt die Gruppe mit polycystischen, häufig doppelseitig vergrößerten Ovarien. (Stein-Leventhal-Syndrom). In 50% wird dabei ein Hirsutismus unterschiedlichen Grades beobachtet. Der Vollständigkeit halber müssen sog. testiculäre Feminisierungen erwähnt werden, woran man bei primär amenorrhoeischen Frauen mit Leistenbruch oder Tumoren in der Leistengegend denken sollte. — Die kongenitale Nebennierenrindenhyperplasie bildet die Ursache des adrenogenitalen Syndroms. — Häufig findet man dabei eine postpubertale Ausprägung von Hirsutismus und sekundärer Amenorrhoe. Andere Nebennierenkrankungen, wie Cushing-Syndrom und Addison'sche Erkrankung können gleichfalls von einer Amenorrhoe begleitet werden und sind diagnostisch durch entsprechen-

de, spezielle Untersuchungen abzugrenzen. — Nicht zuletzt können Schilddrüsenüber- oder -unterfunktionen eine Rolle spielen. Eine spezielle internistische Ergänzungsuntersuchung wird bei einem solchen Verdacht behilflich sein.

Bei den meisten aufgezählten Fällen ergibt sich aus der speziellen Diagnose eine folgerichtige Behandlung. Man muß sich jedoch darüber im klaren sein, daß bei Atresien lediglich die Entwicklung eines weiblichen Habitus gefördert werden kann, wozu weibliche Sexualhormone geeignet sind. In vielen Fällen von hypergonadotropen Amenorrhoeen wird eine echte Wiederherstellung der Fortpflanzungsfunktionen nicht mehr zu erwarten sein, durch eine entsprechende Substitution von oestrogenen oder Oestrogengestagen-Kombinationen aber eine Besserung des subjektiven Befindens erreicht werden können. Die Bedeutung der Bestimmung von Gonadotropinen wird dadurch unterstrichen, daß meist die angonadotropen Amenorrhoeen der therapeutischen Anregung eines ovulatorischen Zyklus zugänglich sind. Die Verwendung von Sexualhormonen ist dabei recht unzuverlässig, besser, aber noch sehr teuer, ist das Vorgehen mit artspezifischen Gonadotropinen. Erfolgversprechend erscheint die Anwendung eines neuen Medikamentes (Clomethens) zu sein. Die Erfolgsquote in den bisherigen Beobachtungen ist sehr hoch. Möglicherweise bahnt sich hier ein einfaches Behandlungsprinzip an. Bei adrenal bedingten Zuständen kann eine Cortisontherapie versucht werden, da dadurch eine Hemmung der Androgenbildung möglich erscheint. Dies ist gegenüber allen anderen Fällen eine Dauerbehandlung. Im übrigen möge man den Versuch nach dreimonatiger Behandlung für 3—6 Monate unterbrechen. Diese Intervallbehandlung bzw. das Abwarten nach einer abgesetzten Therapie ist überhaupt häufig recht wertvoll. Operative Behandlungschancen ergeben sich bei allen Atresien, bei androgenbildenden Tumoren und schließlich bei polycystischen Ovarien in Form der Teilresektion.

Die Betrachtung von Diagnostik und Therapie der Amenorrhoe läßt erkennen, daß ohne Hilfe des Laboratoriums kein sicheres Vorgehen möglich ist. Ein Ausbau dieser Möglichkeiten ist Vorbedingung für eine bessere Differenzierung und Behandlung dieser Probleme.

Aus dem Vortrag von Dozent Dr. D. Müting, Homburg/Saar:

Indikationen und Therapie mit anabolen Substanzen

Anabol, also aufbauend — insbesondere bezüglich des Eiweißstoffwechsels — wirken das Insulin, das somatotrope Hormon der Hypophyse und die Geschlechtshormone. Etwas einengend werden dagegen häufig nur die Derivate des Testosterons als anabole Substanzen angesprochen. Die Krankheitsbilder einer pathologischen Testosteronproduktion sind das adrenogenitale Syndrom mit proteinanabolem und gonatropinhemmendem Effekt und als Gegenstück der Hypogonitalismus der echten Eunuchen. Pharmakologisch bemühte man sich, Derivate des Testosterons zu finden, bei denen der androgene Effekt möglichst abgeschwächt, die anabole Wirkung aber erhalten ist. Die Entwicklung ging dabei über das Testosteron-propionat, die Methyltestosterone und das Nortestosteron, welches bereits eine chemische Verwandtschaft zum Oestradiol aufweist. Als Kriterium des anabolen Effektes muß vor allem die Stickstoffbilanz herangezogen werden, deren Bestim-

mung relativ aufwendig ist. Bei dekompensierten Lebercirrhosen und generalisierten Oedemen versagt eine solche Bilanzuntersuchung insofern, als doch schwere Eiweißmangelzustände bestehen können, die wegen der Stickstoffretention in Ascites und Oedem nicht als negative Bilanz zusetzen.

Die eigentliche Wirkungsweise der anabolen Hormone ist nicht restlos geklärt, wenngleich man eine Zunahme der Proteinsynthese entsprechend der Zunahme von Körpergewicht und Muskelmasse annehmen muß. Ein Anstieg des Serumalbumins ist klinisch allerdings selten nachzuweisen. Offenbar überhaupt nicht untersucht wurden bis jetzt die hemmenden Einflüsse auf katabole Stoffwechselforgänge.

Hauptanwendungsgebiet der anabolen Stoffe sind die primär katabolen Zustände, wie Magersucht, Dystrophie, Sprue, Colitis ulcerosa, progressive Muskeldystrophie usw. geworden. In vielen Fällen ist nach 10–14-tägiger Behandlung eine positive Stickstoffbilanz beobachtet worden. Bei einem Krankengut von 36 Leberschäden unterschiedlicher Genese fand sich in 2 Drittel eine Verminderung des Völlegefühls der Übelkeit und eine Zunahme der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit. Das Serum-Eiweißbild normalisiert sich dagegen kaum. Eine ständige Überwachung der Leberfunktionsproben bot in der Mehrzahl eine Zunahme der Bromthaleinretention, interessanterweise aber keine Verschlechterung der Entgiftungsleistung, wie sie anhand der Ausscheidung von Glukuronsäure und Schwefelsäure, an die die zu entgiftenden körpereigenen und körperfremden Stoffe gekuppelt werden, sichtbar werden müßte. Nach unseren derzeitigen Kenntnissen ist die Behandlung Leberkranker also zu verantworten, sie muß lange genug und intensiv durchgeführt werden. — Die Behandlung chronischer Glomerulo- und Pyelonephritiden, die eine fortgeschrittene Niereninsuffizienz gemeinsam hatten, konnte in keinem Fall eine wesentliche Rückbildung der Retention von Rest-N-Substanzen gefunden werden. Sicher ist vor allem das Fortschreiten des Grundleidens nicht beeinflussbar. Günstig sind die Erfahrungen beim nephrotischen Syndrom, insbesondere bei Kombination mit Cortisonen. — Die echte senile

Osteoporose ist ein dankbares Anwendungsgebiet. Lediglich symptomatische Erfolge lassen sich bei anderen Grundleiden — z. B. akuten Leukämien — erreichen. Beim Morbus Cushing und auch bei Osteoporosen nach lange notwendiger Corticosteroidbehandlung ist die Anwendung erfolgversprechend. Bei chronischer Polyarthritits kann durch die Cortisontherapie die katabole Stoffwechsellage noch verstärkt werden, weshalb Anabolica indiziert sind. Der Diabetes mellitus ist letztlich ebenfalls eine katabole Stoffwechsellage, insbesondere seine Nebenerscheinungen, wie Netzhautblutungen, sind durch anabole Präparate gut zu beeinflussen. Es kommt außerdem zu einem insulin-sparenden Effekt, mitunter gelingt es, lediglich auf diätetische Maßnahmen überzugehen. Bei der Therapie maligner Geschwülste kommt vorwiegend das metastatische Mamma-Carzinom in Frage. Im übrigen ist eine wesentliche Beeinflussung des Tumorwachstums kaum zu erwarten. Die chronisch konsumierenden Erkrankungen, wie schwere Infektionen, notwendige Röntgen- und Radiumbehandlungen sind verständlicherweise besonders für eine anabole Beeinflussung geeignet. Absolute Contraindikationen sind das Prostatacarzinom, die Gravidität, eine ausgesprochene Leberinsuffizienz, sowie eine Überfunktion der Schilddrüse. Vorsicht ist bei Neigung zur Hypercalämie und einer Oedembildung gegeben. Als Nebenwirkungen sind die androgenen Effekte zu nennen, die sich bei Männern in Erektion und Priapismus, bei Frauen in vermehrter Behaarung, Akne, Tiefstimme und Menstruationsstörungen bemerkbar machen. Bei Methyltestosteronderivaten wurden außerdem cholestatische Ikterusformen beobachtet, bei den heute gebräuchlichen Präparaten ist dies kaum mehr zu finden. Der Anstieg der Serumtransaminasen und der Bromthaleinretentionswerte in manchen Fällen ist noch nicht endgültig gedeutet, es könnte sich auch um Aktivierung der Leberzellen handeln.

Die Dosierung ist derzeit lediglich bezüglich einer Erhaltungsdosis (zwischen 2 und 10 mg bei Erwachsenen) und einer Depotdosis (zwischen 25 und 100 mg) anzugeben. Die Verträglichkeit ist im allgemeinen gut.

W-r.

Anregungen der Bundesärztekammer zum Heilmittel-Werbe-gesetz

Am 3. Juli verabschiedete das Bundeskabinett den Entwurf eines „Gesetzes über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens“. Dieses Gesetz soll die 1941 erlassene Polizeiverordnung über die Heilmittelwerbung, die im September 1964 außer Kraft tritt, ablösen.

Einer der wichtigsten Paragraphen dieses im Gesundheitsministerium erarbeiteten Entwurfes verbietet jegliche Werbung für Arzneimittel durch Film, Rundfunk und Fernsehen. Außerhalb der Fachkreise darf außerdem in anderen Werbeträgern nicht mit der Angabe „gegen Schmerzen“ oder „gegen Schmerzen aller Art“ geworben werden. Ebenso wird bei der Laienwerbung die Wiedergabe von Krankengeschichten verboten. Auch eine Werbung durch sogenannte Hauszeitschriften oder mit Dank-, Anerkennungs- und Empfehlungsschreiben ist in Zukunft nicht mehr gestattet.

Der Vorstand der Bundesärztekammer hat die Absicht der Bundesregierung begrüßt, durch ein neues Heilmittelwerbegesetz Ordnung auf diesem für die

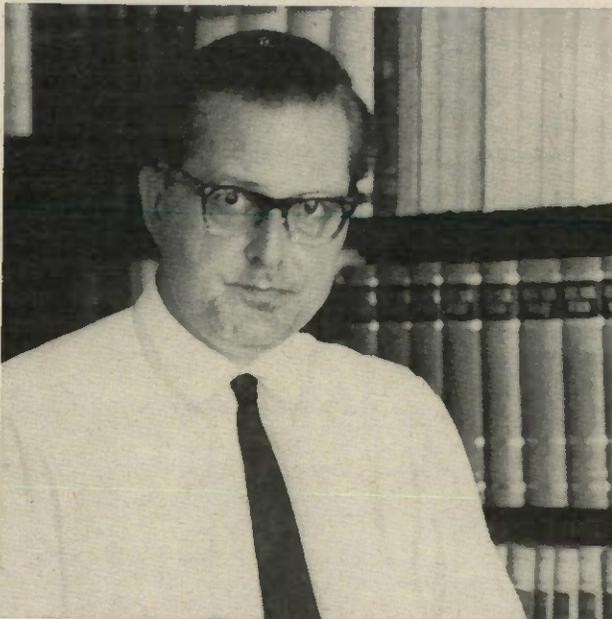
Volksgesundheit so wichtigen Gebiet zu schaffen. Der Vorstand hatte sich auf seiner Sitzung am 17. Mai mit der Gesetzesvorlage beschäftigt und bedauert, daß der Bundesärztekammer trotz wiederholt vorgetragener Wünsche keine Gelegenheit gegeben worden war, sich dazu zu äußern. Er will aber nichts unversucht lassen, daß bei der weiteren Bearbeitung des Gesetzes seine Anregungen noch berücksichtigt werden.

So fehlte nach Ansicht der Bundesärztekammer in dem vorliegenden Entwurf z. B. eine Vorschrift, durch die nicht nur die Arzneimittel für bestimmte Indikationsgebiete, sondern auch bestimmte Arzneimittelgruppen, Stoffe und Zubereitungen — hierbei ist insbesondere an Psychopharmaka, Stimulantien und Sedativa gedacht — von der Werbung außerhalb der Fachkreise ausgeschlossen werden. Darüber hinaus hält es die Bundesärztekammer für unerlässlich, daß bei der Werbung für Heilmittel der für die Werbung Verantwortliche genannt wird.

Eine solche Vorschrift sei erforderlich, weil oft ausländische Auftraggeber für die strafrechtliche Verfolgung nicht greifbar sind.

Bedauerlich sei, so stellte der Vorstand der Bundesärztekammer fest, daß das Verbot der Werbung durch Film, Rundfunk und Fernsehen sich nur auf Arzneimittel beschränke und nicht auch die Werbung für andere Heilmittel einschließe. Leider habe das Bundesgesundheitsministerium in dem vorliegenden Entwurf auch nicht die Anregung der Bundesärztekammer berücksichtigt, wonach eine Werbung mit Gutachten, Zeugnissen oder Hinweisen auf das Schrifttum nur in Fachkreisen erfolgen dürfe. Eine Laienwerbung durch solche Werbemaßnahmen müsse strikt abgelehnt werden, weil Laien diese Werbemittel nicht kritisch beurteilen können.

PERSONALIA



J. F. Volrad Deneke in den Bundestag nachgerückt

Im Juli 1963 ist der Hauptschriftleiter der „Ärztlichen Mitteilungen“ und Leiter der Pressestelle der Deutschen Ärzteschaft, Herr Volrad Deneke, 43 Jahre alt, aus Köln, in den Bundestag nachgerückt. Er gehört der Fraktion der FDP an. Seit 1955 ist Herr Deneke, der längere Zeit als freier Publizist und Dozent an der Evangelischen Bibliotheksschule in Göttingen tätig war, auch Hauptschriftleiter der Zeitschrift „Das geistige Kapital“ — Monatsblätter für die freien Berufe. Unter seinen Veröffentlichungen ist am bekanntesten sein 1956 erschienenes Buch „Die Freien Berufe“. Herr Deneke ist auch Mitarbeiter u. a. des Herderschen Staatslexikons, Religion in Geschichte und Gegenwart, und des Handwörterbuches der Betriebswirtschaften. Zahlreiche Zeitschriftenveröffentlichungen, insbesondere über freie Berufe, Sozialpolitik und Gesundheitspolitik. Vorträge über gleiche Themen außer in Deutschland auch in der Schweiz, in Österreich, Italien und Frankreich.

Seit 1958 Mitglied des Beirates beim Bundesaufsichtsamt für das Versicherungs- und Bausparwesen in Berlin und Mitglied des Kuratoriums und des Vorstandes der „Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen

Forschung über Wesen und Bedeutung der freien Berufe“ (Sitz Hannover), Mitglied des Kulturwirtschaftlichen Forschungsinstitutes in München, Mitglied der Deutschen Gesellschaft für Soziologie, der Agrarsozialen Gesellschaft und der Internationalen Gesellschaft für Agrarsoziologie.

FAKULTÄT

München: **Habilitationen Sommersemester 1963**

(Nachtrag)

- Dr. med. Günther Fruhmänn für Innere Medizin am 10. 1. 1963 (wiss. Assist. a. d. 11. Med. Klinik München),
- Dr. med. Werner Rudolph für Innere Medizin am 10. 1. 1963 (wiss. Assist. a. d. 11. Med. Klinik München),
- Dr. med. Dietrich Knorr für Kinderheilkunde am 28. 2. 1963 (wiss. Assist. a. d. Univ.-Kinderklinik München),
- Dr. med. Lorenz Schreiner für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde am 28. 2. 1963 (wiss. Assist. a. d. Hals-Nasen-Ohrenklinik München),
- Dr. med. Gerd Biermann für Psychosomatik des Kindes am 11. 6. 1963 (wiss. Assist. a. d. Kinder-Poliklinik München),
- Dr. med. Hermann Hager für Neurobiologie am 11. 6. 1963 (wiss. Assist. a. d. Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie),
- Dr. med. Hellmut Mehnert für Innere Medizin am 11. 6. 1963 (wiss. Assist. a. d. Med. Poliklinik München),
- Dr. med. Otto Creutzfeldt für Klinische Neuroheilkunde am 4. 7. 1963 (wiss. Assist. a. d. Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie),
- Dr. med. Hermann Kurz für Pharmakologie und Toxikologie am 4. 7. 1963 (wiss. Assist. a. Pharmakologischen Inst. München),
- Dr. med. Gerhard Lange für Pharmakologie und Toxikologie am 4. 7. 1963 (wiss. Assist. a. Pharmakologischen Inst. München),
- Dr. med. Robert Enzenbach für Anästhesie am 25. 7. 1963 (wiss. Assist. a. d. Chirurg. Univ.-Klinik München),
- Dr. med. Erich Mattousek für Urologie am 25. 7. 1963 (wiss. Assist. a. Urologischen Krankenhaus München),
- Dr. med. Alfred Schauer für Allg. Pathologie und Pathologische Anatomie am 25. 7. 1963 (wiss. Assist. am Pathologischen Institut München),
- Dr. med. Leo Schlicht für Chirurgie am 25. 7. 1963 (wiss. Assist. a. d. Chirurgischen Klinik München),
- Dr. med. Renate Schuhmachers für Dermatologie und Venerologie am 25. 7. 1963 (wiss. Assist. a. d. Dermatologischen Univ.-Klinik München),
- Dr. med. Dietmar Zühke für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde am 25. 7. 1963 (wiss. Assist. a. d. Hals-Nasen-Ohrenklinik München).

Aus der Geschichte der Medizin

Bayerns historische Verdienste um die Pockenbekämpfung (V)

Von Dr. Walther Koerting

(Fortsetzung zum Kapitel „Fürstentum Bayreuth“).

Im Jahre 1804 (BIZ, Nr. 49, vom 19. Juni 1804) wurde es wiederum notwendig, auf die schon erwähnten Bestimmungen bezüglich der Beerdigung der an Blattern verstorbenen Personen aufmerksam zu machen.

Die in der unter dem 17. März 1796 ergangenen Verordnung enthaltenen Vorschriften bei Beerdigung der an Blattern verstorbenen Personen werden hiermit auch auf diejenigen ausgedehnt, welche an Faul- und Fleckfieber, oder sonst ansteckenden Krankheiten verstorben sind, und die in bemerkter Verordnung vorgeschriebenen Vorsichts-Regeln zur Nachachtung hierdurch wiederholt bekannt gemacht:

1. Dürfen so wie die an Blattern also auch die an Faul- und Fleck-Fiebern dann andern ansteckenden Krankheiten verstorbenen von den Leichenfrauen nicht abgewaschen werden,
2. ist die Beerdigung nach Anordnung des Physikats möglichst schleunig zu veranstalten,
3. dürfen dergleichen Leichen nicht in die Kirche gesetzt, vielmehr müssen
4. sie sogleich zum Grabe gebracht, auch vor dem Grabe der Sarg durchaus nicht mehr geöffnet werden.
5. Wird dem Todengräber hiemit bei Vermeidung schwerer Strafe befohlen, jedes Grab, gros oder klein, 5 bis 6 Schuh tief zu machen. Auch die Polizeibedienten werden ausdrücklich angewiesen, hierauf ein wachsames Auge zu richten und die Gräber deshalb öfter zu besichtigen.
6. Wird dem Schreiner-Gewerk befohlen, die Deckel der Särge genau passend zu machen.

Die Polizei-Behörden werden zu genauer Beobachtung dieser Verordnung aufgefordert und angewiesen, die pünktliche Befolgung der vorgeschriebenen Vorsichts-Regeln den Leichenfrauen, Leichenbestellern, Todengräbern und Schreibern alles Ernstes anzubefehlen, und darauf, daß diesen die Folge geleistet werde, sorgfältige Aufmerksamkeit zu richten.

Baireuth, den 1. Juni 1804.

Königl. Preuß. Kriegs- und Domainen-Kammer.

Erfolgszahlen der Impfung

In den folgenden Jahren machten sich bereits die Auswirkungen der kriegerischen Ereignisse um das und später im Fürstentum Bayreuth selbst geltend. Weltreich hat für die Zeit der preussischen Regierung in diesem Fürstentum folgende aufschlußreiche Zahlen veröffentlicht:

„Nach den zur Medizinal-Deputation eingesandten Impftabellen wurden im Fürstentum geimpft

1801	1 333
1802	2 650
1803	4 909
1804	4 797
1805	6 450
1806	2 667
1807 bis Ende Juli	9 544
<hr/>	
	zusammen 32 350

*) Siehe „Bayer. Arzteblatt“ 1962, Heft 2, und 1963, Heft 4, 5, 7.

dazu die von Militair-Chirurgen geimpften mit 700	
jährlich auf 6 Jahre bis 1806	4 200
	<hr/>
	36 500

Sa. der in 6 1/2 Jahren im Fürstenthum Bayreuth geimpfen 36 500 Kinder, wovon **nicht eines** die wahren Pocken bekam, noch weniger starb.“

Aufruf zur Impfung

Vor Übergabe der Regierungsgeschäfte an den kaiserlich-französischen Staatsrat und Intendanten des Fürstentums Bayreuth, findet sich (abgesehen von der Aufstellung der zu unentgeltlicher Impfung veranlaßten Impf-Ärzte und Impf-Chirurgen in der BIZ, 1807 Nr. 66) in der BIZ, 1807 Nr. 41, nochmals ein Aufruf der „Kriegs, und Domainen-Kammer“, datiert: Baireuth, den 5. Mai 1807:

Die vielen ernstlichen Ermahnungen, die von den Landesbehörden zur Kuhpocken-Impfung an Eltern und Vormünder ungeimpfter Kinder auf mancherlei Wegen ergangen sind, und selbst die wohlthätige Veranstaltung, daß Dürftige für Rechnung der Landeseassen und also ohne allen Aufwand für sie geimpft werden könnten, haben den beabsichtigten menschenfreundlichen Zweck nicht vollkommen überall erreicht. Die natürlichen Blattern haben sich an mehreren Orten des Landes gezeigt, sie haben mehreren Kindern Gesundheit und Leben gekostet; selbst diese schrecklichen Beispiele sind nicht überall vermögend gewesen, durch thörichte Vorurtheile geblendete Eltern und Vormünder zu bewegen, ihr Gewissen durch schnelle Anstalt zur Kuhpocken-Impfung ihrer Kinder von den quälendsten Vorwürfen zu befreien.

Da auf keinen Fall durch solche gewissenlose Eltern und Vormünder, bei der grosen Gefahr weiterer Verbreitung der verheerenden Blatter-Seuche, die Kinder unschuldiger Eltern in Gefahr gesetzt werden dürfen; so hält sich die Kriegs- und Domainen Kammer verpflichtet, nachstehende Vorschriften, gemäß den vorliegenden höchsten Bestimmungen, hiermit zur genauesten Nachachtung zu ertheilen, und alle Beamten, geistlichen und weltlichen Standes für die Beobachtung derselben nach Ihrem Wirkungskreise verantwortlich zu machen.

1. Es soll jedermann verbunden sein, seine Kinder oder Pflegebefohlene in den Orten, wo Impfärzte sind, binnen Sechs Wochen nach der Geburt und an Orten, wo dergleichen nicht sind, und im Winter die Wege gesperrt sein könnten, innerhalb der ersten Sechs Monate impfen zu lassen. Wird nach Verlauf dieser Frist jemand durch die Unterlassung dieser Vorschrift mit den natürlichen Blattern befallen; so muß er während der Krankheit, so viel wie möglich in abgelegene Gebäude ausserhalb des Orts gebracht, das Haus gesperrt und mit einer Polizeiwache auf seine oder der Eltern Kosten versehen werden.

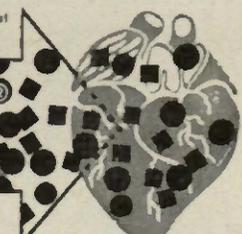
Wo es durchaus an solchen abgelegenen Häusern fehlt, muß der Kranke in seine Wohnung so viel

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

● Magnesumsparginat ◆ Kellumsparginat

TROMCARDIN®

zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz



H. TROMMSDORFF · AACHEN

möglich von aller Gemeinschaft mit andern Menschen abgesondert, und ihm zu dem Ende eine Polizeiwache auf seine Kosten beigegeben, auch eine Warnungs-Tafel an das Haus angeschlagen werden. Diese Polizeiwache dauert so lange, bis nach dem Urtheile des Arztes durch die Gemeinschaft mit dem gewesenen Blatterkranken keine Ansteckung zu befürchten ist, und bis das Krankenzimmer, so wie alle Kleidungsstücke, Wäsche, Geräthschaften, die von Kranken und dessen Wärterin Gebrauch gewesen sind, unter Aufsicht der Polizeiwache gewaschen und hinlänglich gereinigt sind, welche Reinigung auch im Todesfalle des Blatterkranken unter gleicher Aufsicht vorzunehmen ist, und bevor dies geschehen, keine Gemeinschaft mit Personen zu gestatten ist, die mit der Wartung des Kranken beschäftigt waren.

Medicinal-Personen, die mit den Kranken zu thun haben, werden erinnert, die ihnen bekannte Vorsichtsmaasregeln zu beobachten, damit nicht durch sie selbst die Ansteckung verbreitet werde.

2. Von der Bezahlung dieser Polizeiwache wird niemand befreiet, als derjenige, welcher durch ärztliches Attest nachweist, daß bis zu dem Zeitpunkte, wo er von den natürlichen Blättern befallen worden, die Kuhpocken-Impfung Kränklichkeit wegen nicht vorgenommen werden konnte. Es soll aber auch in diesem Falle die vorgeschriebene Absonderung statt haben, ohne daß jedoch dem Kranken dieserhalb die Kosten zur Last fallen.
3. Es versteht sich von selbst, daß alle Personen, die jetzt älter als Sechs Monate sind, und die Menschenpocken nicht gehabt haben, gleich zur Kuhpocken-Impfung gebracht werden müssen, und daß im Unterlassungs Fall die ad 1, vorgeschriebene Maasregel wenn sie die natürlichen Blättern bekommen, gegen sie statt hat, wenn nicht binnen drey Wochen Anstalten zur Impfung getroffen werden. Impflinge, bey welchen die Impfung nach dem Urtheil des revidirenden Impfarztes oder Impf-Chirurgen nicht gehaftet hat, oder unächt befunden worden ist, müssen in Sechs Wochen nach geschehener Revision die Impflinge wieder vornehmen lassen, widrigenfalls bei eintretender Blatter-Krankheit alle Unkosten der oben angeordneten Maasregeln dem Seinigen zur Last fallen, wenn nicht durch ärztliches Attest die Nothwendigkeit des längern Aufschubs gerechtfertigt ist.
4. Alle Impf-Ärzte haben sich aber auch dem Impfgeschäfte mit allen Eifer um so mehr zu unterziehen, als selbst von der gegenwärtigen Landes-Administration die Zusicherung gegeben worden ist, die Bezahlung dieser Kosten regelmäßig bewirken zu lassen, weshalb jeder Impfarzt alle Monat eine vorschriftsmäßig belegte Kostenberechnung bey der Medicinal-Deputation einzureichen hat.
5. Um den hierunter beabsichtigten wohlthätigen Zweck überall zu erreichen, haben alle geistliche und weltliche Beamte sich die Beförderung der allgemeinen Kuhpockenimpfung alles Ernstes angelegen seyn zu lassen, und vorzüglich zur Verhütung und jedesmaligen schnellen Unterdrückung der sich durch Fremde und Bettler etwa einschleichenden natürlichen Blättern die schon bestehenden allgemeinen Vorschriften genau zum Vollzug zu bringen, daß nemlich gegen angränzende auswärtige Ortschaften, wo die natürlichen Blättern grassiren, während der Seuche alle Gemeinschaft so viel nur möglich aufgehoben, durchreisende Fremde und Bettler aber nicht weiter gelassen, sondern in den Orten, wo ihre Krankheit sich zuerst entdeckt, angehalten, und bis zur völligen Genesung in der oben vorgeschriebenen Art bewacht werden.
6. Insbesondere wird hiermit die Vorschrift, daß der Blattertode weder zur Schau ausgestellt, noch mit einem förmlichen Leichen-Conductt beerdigt, noch der Sarg bey der Beerdigung geöffnet werde, bestimmt erneuert, und es sollen namentlich die Geistlichen, wo dies nicht beobachtet werden sollte, ohne alle Entschuldigung zur ernstlichsten Ahndung gezogen werden.

7. Die Schulzen haben, sobald ein Einwohner des Orts die natürlichen Blättern bekommt, bey ihrem vorgesetzten Amte die Anzeige davon zu machen, und dieses dem Krelß-Directorio und Physicat davon Kenntniß zu geben.
8. Absichtliche Verbreiter falscher Gerüchte von nachtheiligen Folgen der Kuhpocken-Impfung werden nach vorgängiger Untersuchung mit verhältnismäßiger Gefängniß-Strafe und Kosten-Zahlung belegt werden.

Gegenwärtige Verordnung soll in hinlänglicher Zahl abgedruckt, jeder Gemeinde ein Exemplar zugestellt werden, und der Schultheiß auf den Dörfern bei ohnfehlbarer Gefängniß-Strafe verbunden sein, dafür zu sorgen, daß deren Inhalt allen Gemeinde Gliedern bekannt werde. Den Kreis-Directorien, Magisträten, Kammer-Ämtern, Rendanten und allen Polizeibehörden in unmittelbaren und mittelbaren Orten liegt es ob, bei eigener Verantwortlichkeit und strenger Ahndung sich anzuweisen zu lassen, daß diese Vorschrift überall zur Kenntniß kommt.

Eine, auch an die Bewohner von Bayreuth ergangene Proklamation des Preuss. Königs Friedrich Wilhelm, gegeben zu Memel, den 24. Jul 1807, bedauert, daß unter den Mißerfolgen der Waffen der Abschluß des opfervollen Friedens notwendig wurde. (BIZ, 1807, Nr. 73):

„Melne und der Melnigen Bemühungen waren fruchtlos! Das Schicksal gebietet, der Vater scheidet von seinen Kindern! Ich entlasse euch aller Unterthanen-Pflicht gegen Mich und Mein haus. Unsere heissesten Wünsche für euer Wohl begleiten euch zu euerm neuen Landesherrn; seid Ihm, was Ihr Mir waret.“

Schon rein äußerlich war in dem Titel des bisherigen Amtorgans, der „Baureuther Intelligenz-Zeitung“, die Änderung sichtbar geworden. Dieses hieß nunmehr Amtorgans, der „Baureuther Intelligenz-Zeitung“, die und Gerichte“, (fernerhin hier „Anzeiger“ genannt). Dort wurde im Jahre 1808, Nr. 86 vom 25. Oktober, folgende Anordnung abgedruckt:

Fernerer Reglement wegen der Kuhpocken-Impfung.

Auf vorhergegangene Berathung und mit Genehmigung der Französischen Intendance dieser Provinz ist folgendes beschlossen worden:

1. Es hat bei dem Publeat der etc. Kammer vom 5. Mai 1807 sein durchgängiges Bewenden und sämtlichen geistlichen und weltlichen Ortsbehörden wird dessen genaue Handhabung wiederholt empfohlen.
2. Für bestimmte — aus mehreren Kirchspielen bestehende Bezirke des platten Landes wird überall ein eigener Impfungs-Arzt gewählt werden. Wo Stadt-Physici bestehen, da haben diese in ihren Wohnorten die öffentliche Impfung ausschließlich zu besorgen, können aber bei den allgemeinen Impfungs-Terminen practische Ärzte oder approbirte darinn erfahrene Chirurgen zu Hülfe nehmen.
3. Sobald diese Verordnung publicirt sein wird, und die Impf-Ärzte gewählt sind, haben diese die Impfung nach den folgenden Bestimmungen allgemein vorzunehmen.

Sie müssen sich, nachdem sie 8 Tage zuvor den Tag und die Stunde Ihrer Hinkunft angekündigt haben, in jedes ihnen zur Impfung angewiesene Kirchspiel begeben.

Der Prediger hat die Aeltern, oder Pflegeeltern, Vormünder etc. der zu impfenden Kinder aufzufordern, ihre Kinder zur Impfung zur Stelle zu bringen. In die eingepfarrten Orte kann er deshalb Gemeinde-Boten schicken. Er muß ihnen das Publicat vom 5. Mai 1807 bekannt machen und die Vortheile der Kuhpocken-Impfung belebrend entwickeln.

Der Schultheiß jedes eingepfarrten Orts muß mit den Aeltern und Klnndern in dem Pfarr-Sitze erscheinen.

Die Impfung der Kinder aus allen eingepfarrten Orten geschieht im Pfarr-Hause in Gegenwart des Predigers, Schullehrers und der Orts-Schulzen. In den Orten, wo ein Amt, oder eine Rendantur ihren Sitz hat, werden neben den Predigern die Beamten etc. der Impfung beiwohnen, und zur Vernichtung aller gegen die Kuhpocken Impfung herrschende Vorurtheile kräftig mitwirken.

In den eximirten Städten liegt dieß den Policei-Directoren ob. Der Magistrat besorgt daselbst die Vorladung der Aeltern etc. Die Impfung geschieht auf dem Rathause. Der Superintendent oder erste Stadt-Geistliche wohnt derselben bei.

4. Der Ortsgeistliche führt ein eigenes Register in Form eines Kirchenbuchs über alle zur Impfung gebracht werdende Kinder. Er, der Impfarzt, der Schullehrer und der Orts-Schulze unterzeichnen es und es bleibt in der Verwahrung des Predigers.

In den Städten führt der erste Stadtgeistliche dieses Register.

5. In der Regel wird künftighin die Impfung auf dem platten Lande und in kleinen Städten dreimal im Jahre nämlich zu Anfang Mai, Mitte Juli und Anfang Octobers, in den Hauptstädten aber viermal, nämlich Anfangs Februar, Mitte Aprils, Anfangs Juli und Mitte September vorgenommen werden.

Wer für die Impfung (wovon weiter unten) selbst bezahlen kann, der kann seine Kinder von jedem beliebigen practischen Arzt, oder dazu befähigten Chirurgen zu jeder Zeit impfen lassen; nur muß dies innerhalb der im Publicat vom 5. Mai 1807 bestimmten Zeit geschehen, und ein von 2 dabei gegenwärtig gewesenen Zeugen unterschriebenes Impf-Attest gelöst werden.

8. Zwischen dem 8. und 10. Tag nach der Impfung begiebt sich der Impf-Arzt von neuem in jedes der ihm angewiesenen Kirchspiele, wenn zuvor die geimpften Kinder auf die oben vorgeschriebene Art zusammen berufen sind, und untersucht, ob und bei welchen Impflingen die Impfung von Wirkung gewesen ist?

Sollten welche darunter erkrankt sein; so begiebt er sich in ihre Wohnungen.

7. Der Orts-Geistliche bemerkt in einer Kolonne des oben bemerkten Registers — in der Linie, wo der Name des Kindes steht, daß die Impfung gelungen ist, wobel der Impf-Arzt und die zwei Zeugen ihre Unterschrift zusetzen. Davon wird ein vom Geistlichen unterzeichneter Auszug dem Kreis-Directorio mitgetheilt, in eximirten Städten den Magistrat.

Die Kreis-Directorien und Magistrate senden diese Extracte jährlich am Ende Juli an die Medicinal-Deputation Behufs der allgemeinen Jahres-Impf-Tabelle ein.

8. Hierauf erhält jeder Vater etc. eines vaccinirten Kindes ein von dem Geistlichen, dem Impf-Arzt und 2 Zeugen (wozu die anwesenden Schulzen oder die Aeltern anderer Kinder gebraucht werden können) unterschriebenes Zeugniß über die vollzogene und gelungene Impfung — nach — folgendem Schema:

Schutzpocken-Impfungs-Schein:

Daß in dem N. N. Kreis des Fürstenthums Baireuth zu der Pfarrei

den des Monats und des Jahrs 18
mit Namen alt mit
Schutzpocken geimpft wurde, welche sich nach der
am Tage nach der Impfung erfolgten Unter-
suchung der Form und Verlaufs gemäs als ächt
erwiesen, und benanntes Individuum vor der Blat-
ter-Krankheit schützen, wird hierdurch bezeugt.

Gegeben zu den
im Jahr 18

Unterschrift des Arztes und Pfarrers.

Wenn in Zukunft von den Predigern Taufzeugnisse zu diesem oder jenem Zwecke ausgestellt werden; so muß darinn jedesmal auch der vollzogenen Impfung mit erwähnt werden.

9. In den Fällen, wo die Impfung nicht gehaftet hat, bleibt es bei der Bestimmung des Publikats vom 5. Mai v. J. Nro. 3.

10. Vom 1. Januar 1809 an darf in die niedern Schulen aller Confessionen kein Kind aufgenommen, noch ein darinn dermalen befindliches behalten werden, was nicht durch ein Zeugniß beweisen kann, daß es die Kinderpocken gehabt, oder daß ihm diese vor der Einführung der Schutzpocken-Impfung eingepfimpft- oder daß es mit den Kuhpocken geimpft worden sei. Eben dieses gilt bei der künftigen Aufnahme von Lehrlingen bei Handwerkern, Künstlern, Kaufleuten, Fabrikanten, und von Zöglingen bei höhern Lehr-Anstalten, Gymnasien etc., desgleichen bei der Annahme eines Kindes zum Religions-Unterricht vor der Confirmation.

Die dermalen schon in Schulen, Handwerkern etc. etc. Aufgenommenen müssen diese Zeugnisse bis zum 1. Januar 1809 beibringen, wenn sie in Ihrer Laufbahn verbleiben wollen. Für die solchergestalt bis zum 1. Januar 1809 nachzuholenden Zeugnisse früherer Impfung darf der Impf-Arzt, der sie ausstellt, 6 kr. rheinl. Gebühren erheben, für ganz Arme muß dieß unentgeltlich geschehen. Wessen Kinder die Kinderpocken ohne Zuziehung eines Arztes gehabt haben, bedürfen keines ärztlichen Zeugnisses darüber, sondern es genügt jedes Zeugniß von 2 andern glaubwürdigen Personen.

Wer schon bei der Aufnahme in die Schule ein solches Zeugniß erhielt, kann sich dessen bei seiner späteren Aufnahme zu einem Handwerk, Kunst, zur Confirmation etc. und in höhere Schulen etc. vollkommen gültig bedienen.

11. Wer bei der allgemeinen Impfung ein Armuths-Attest des Magistrats oder Kammeramts beibringt, dessen Kind, Pflegekind, oder Mündel, wird auf Kosten des Staats geimpft.

Dieses Armuths-Attest wird nach der Impfung vom Prediger mit dem Vidit bezeichnet, und dem Impf-Arzt zugestellt, der diese Atteste als Belege zu seiner Liquidation über die Armen-Impfung der Medicinal-Deputation zur Festsetzung elnsendet; worauf die etc. Kammer sofort die Zahlung verfügen wird.

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

TROMCARDIN®
zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz

● Magnesiumparaginat

◆ Kaliumparaginat

M. TROMMSDORFF · AACHEN

12. Wer hingegen kein solches Armuths-Zeugniß beibringen kann, muß dem Impf-Arzt am Tage der geschehenen Revision (§ 6 und 7) seine Bemühung bezahlen, welche der Orts-Schultheiß auf der Stelle einsammelt und dem Impf-Arzte zusteilt.
13. Die Stadt-Physici und besoldete Districts-Chirurgen dürfen für die an ihrem Wohnorte vorgenommene öffentliche Impfung armer Kinder nichts aus den Staatskassen fordern.
14. Die Geistlichen, Schullehrer, Schulzen und andere Impfungszeugen dürfen weder für die führenden Register, noch für die ausgestellten Zeugnisse irgend eine Gebühr fordern. Das dazu erforderliche Papier müssen in Städten die Kämmerereien und für die Geistlichen des platten Landes die Kammerämter abgeben.
15. Damit der Impfstoff niemals ausgehe, wird in Baireuth der Stadt-Chirurgus Schürer und in Neustadt an der Aisch der Chirurg Meng gegen eine von der etc. Kammer zu bestimmende jährliche Belohnung für Erhaltung desselben sorgen. Wer sich von diesen welchen kommen läßt, muß ihnen die Auslagen ersetzen.
16. Alle approbirte Aerzte und Chirurgen sind zwar zur Schutzpocken-Impfung berechtigt, doch wird den Physicis aufgegeben, von den letzteren nur diejenigen zu den öffentlichen Impfungen zu wählen, welche bisher sich Uebung und Erfahrung in diesem Geschäfte erworben haben und, unter gemeinschaftlicher Berathung mit den Kreis-Directorien, diejenigen Pfarreien zur öffentlichen Impfung ihnen anzuweisen, die ihnen am nächsten gelegen und zu allen Jahreszeiten am zugänglichsten sind.
17. Für eine bei allgemeinen Impfungen-Terminen vorgenommene und gelungene Impfung nebst Revision wird sowohl einem Chirurgen, als einem Arzte 30 kr. rheinl. nach §. 12 von den Aeltern und unter den Bedingungen nach §. 11 aus den Landes-Cassen bezahlt. Diäten und Reisekosten dürfen für öffentliche Impfung nicht liquidirt werden.
18. Für eine gelungene Impfung nebst Revision ausserden allgemeinen Impfungen-Terminen ist der Kostensatz 1 fl. 45 kr. rheinl. und ausserdem die Reisekosten oder das Weggeld, so viel als das Rittlohn betragen würde, von den Aeltern zu bezahlen.
19. Da diese Privat-Impfungen den dazu befugten Medicinal-Personen lediglich auf ihre Verantwortlichkeit überlassen und sie bei der geringsten erweislichen Nachlässigkeit strafbar werden; so haben sie dabei mit der strengsten Sorgfalt zu verfahren und jährlich, wie bisher, die vorgeschriebenen Tabellen einzureichen, welche über die öffentlich vorgenommenen Impfungen fernerhin nicht mehr nöthig sind.
20. Innerhalb 8 Tagen nach Bekanntmachung gegenwärtiger Verordnung haben sämtliche Physici der Medicinal-Deputation anzuzeigen, welche Med. Personen sie zu den öffentlichen Impfungen erwählt und welche Pfarreien sie gemeinschaftlich mit den Kreis-Directoren ihnen dazu angewiesen haben.
21. Die ersten 14 Tage des künftigen Monats November sind für diesmal zum Anfang der Impfung in Städten und auf dem Lande bestimmt.
22. Da jetzt in ganz Europa, ja selbst in anderen Welttheilen die Kuhpocken-Impfung als Schutz-Mittel gegen die natürlichen Kinderpocken anerkannt ist; so ist es eine der ersten Pflichten der geistlich-weltlich- und Sanitäts-Beamten, bei allen Gelegenheiten den Einwohnern und Untergebenen dasjenige Zutrauen zu dieser heilsamen Maasregel einzuflößen, welches der gebildete Theil des Publikums sich nunmehr schon längst selbst eigen gemacht hat. Diese Verordnung ist gleich der vom 5. Mai 1807 allgemein bekannt zu machen und jeder Gemeinde ein Exemplar zuzustellen. Baireuth, den 6. October 1808.

Die Baireuther Kammer I. und II. Senats dann Medicinal-Deputation.

Trotz der wiederholten amtlichen Anordnungen wurde es immer wieder nöthig, die Befolgung derselben eindringlich nahezu legen. Im „Anzeiger“ vom Jahre 1810, Nr. 46, vom 8. Juni, fand neuerlich ein „Publicandum“ Aufnahme:

Bei dem Eintritt des ersten und schicklichsten Impf-Termins für dieses Jahr und bei der fortdauernden Klage vieler Impfarzte, daß vorzüglich die Aeltern auf dem platten Lande die wohithätige Absicht des Impfers noch immer sehr erschweren, indem sie an den angesetzten Impf-Tagen mit ihren Kindern theils gar nicht, theils nur einzeln in dem Pfarr-Sitze erscheinen, sieht sich die Kriegs- und Domainen-Kammer veranlaßt, die sämtlichen Bewohner der Provinz sowohl, als besonders die Geistlichen, die Kreisdirectoren, Ortsbehörden und Vorsteher, dann auch die Impfarzte selbst, zur genauen Befolgung der öffentlich bekannt gemachten Verordnung vom 5. Mai 1807 und des fernern Reglements vom 6. October 1808 wiederholt aufzufordern. Da sich mit jedem Jahre auch die wohlthätigen Folgen der Kuhpocken-Impfung überall mehr bewähren, so ist auch mit Grund zu hoffen, daß das pflichtmäßige Bemühen der geistlichen, weltlichen und Sanitäts-Beamten, bei allen Gelegenheiten den Einwohnern und Untergebenen immer mehr Zutrauen zu dieser heilsamen Maasregel einzuflößen, von immer bessern Erfolg sein wird, und es haben sich daher jene die genaueste Befolgung der ihnen in dieser Beziehung auferlegten Pflichten vorzüglich angelegen sein zu lassen. Besonders bleiben die Prediger für die genaue Befolgung der in dem Reglement vom 6. October 1808 Nro. 3. 4. 7. 8. und 10 ertheilten Vorschriften zunächst verantwortlich, welches sich auch wegen der Bestimmungen sub Nro. 10 dieses Reglements auf die Stadtmagistrate und andern Ortsbehörden erstreckt. Baireuth, am 29. Mai 1810.

Die Kriegs- und Domainen-Kammer I. und II. Senats.

Im „Anzeiger“ vom 27. Juli 1810, Nr. 60, wurde bereits die Anschaffung der Regierungsblätter durch die „Königlich Bayerische Regierung des Fürstenthums Baireuth“ verfügt und in Nr. 62 vom 3. August 1810 darauf aufmerksam gemacht, daß die bayerischen Gesetze und Verordnungen in Kraft treten. Im „Anzeiger“ Nr. 102 desselben Jahres findet sich die nachstehende Anordnung, die sich mit dem segensreichen bayerischen Impfgesetz beschäftigt:

Verordnung des Königs von Bayern

Baireuth, den 10. December 1810.

Im Namen Seiner Königlichen Majestät
von Baiern.

Nachstehende allerhöchste Verordnung, die Bearbeitung der Schutzpocken-Impfung betreffend vom 26. August 1807 wird zur genauern Nachachtung und allgemeinem Kenntniß gegenwärtigem Blatte eingerückt.

Königl. General-Commissariat des Mainkreises

Graf von Thülheim

Wir Maximilian Joseph,

von Gottes Gnaden König von Baiern etc.

Wir haben bisher mit besonderem Wohlgefallen die ausgezeichneten Fortschritte der Schutzpocken-Impfung in Unseren Staaten, so wie die rühmliche Bereitwilligkeit eines großen Theiles Unserer Unterthanen zu der Annahme dieses durch die Erfahrung der Aerzte als unfehlbar erwiesenen Schutzmittels gegen die Verheerungen der Kindsblattern wahrgenommen.

Die aus den verschiedenen Provinzen Unseres Reichs darüber vorgelegten Berichte haben Uns aber auch in Kenntniß gesetzt, wie viele Menschen noch aus Vorurtheil oder Indolenz auf diese große Wohthat verzichten und dadurch sowohl sich, als andere in Gefahr setzen.

Es ist Unserer Aufmerksamkeit ferner nicht entgangen, daß durch die bisher zu weit ausgedehnte Befugniß

der Nichtärzte zum Impfungs-Geschäfte, welche mit den Kennzeichen der wahren Schuzpocken nicht immer gehörig vertraut, in der nöthigen Untersuchung des Erfolges der Impfung selten genau genug, überhaupt bei diesem wichtigen Geschäfte nicht in Pflichten, mithin auch nicht verantwortlich waren, sehr oft die sogenannten falschen Kuhpocken statt der wahren verbreitet, die damit geimpften Individuen vor der nachkommenden Kindsblattern-Krankheit nicht gesichert und auf diese Art häufige und schädliche Zweifel gegen die unfehlbare Schuzkraft der ächten Vaccine erregt wurden.

Wir finden Uns dadurch bewogen, die Kindsblattern-Seuche für die Zukunft durch eine allgemeine und gesetzliche Einführung der Schuzpocken-Impfung gänzlich aus Unseren Staaten zu verbannen und durch Beseitigung aller Anstände das Verfahren dabel, zur vollkommenen Sicherstellung Unserer Unterthanen, auf eine solche Art zu reguliren, daß hinführo über den Erfolg jeder einzeln gemachten Impfung kein Zweifel obwalten könne.

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

§ 1. Alle diejenigen Unserer Untertbanen, welche das dritte Jahr bereits zurückgelegt haben, weder die Kindsblattern gehabt, noch mit Schuzpocken geimpft wurden, müssen mit letzteren den ersten Tag des Monats Jull im künftigen Jahr 1808 geimpft sein.

§ 2. Eben so müssen in Zukunft alle Kinder, welche den ersten Jull eines jeden Jahrs das dritte Jahr vollzählig erreicht haben, mit den Schuzpocken geimpft sein.

§ 3. Zum genauen Vollzuge dieser Unserer allerhöchsten Verordnung muß das Alter der impfungsfähigen Kinder aus den pfarrlichen Taufbüchern erhoben, den betreffenden Gerichtsstellen und Physikern übergeben und durch die den letztern zur Führung eigener Geburtslisten nächstens zu ertheilenden Vorschriften und Tabellen controlirt werden.

§ 4. Um der gegenwärtigen Verordnung den gehörigen Nachdruck zu geben, finden wir nothwendig, die saumseligen und widerstzlichen mit angemessener Geldstrafe zu Annahme des Guten zu bestimmen und befehlen daher:

- a) daß von einem jeden Kinde, welches mit dem ersten Jull eines jeden Jahrs schon volle drei Jahre alt geworden, ohne bis dahin mit den Schuzpocken geimpft zu sein, eine den Vermögens-Umständen angemessene Geldstrafe von 1 bis 8 fl. erhoben werden soll.
- b) Daß nach Verlaufe eines Jahrs (d. i. wenn am ersten Jull des darauf folgenden Jahrs, an welchem das Kind vier volle Jahre zählt, die Schuzpocken-Impfung noch nicht vorgenommen sein sollte) die vorige Geldstrafe um die Hälfte erhöht und, wenn die Impfung immer unterlassen wird, jährlich damit bis zum sechsten, dann zweijährig bis zum achten, zehnten und zwölften Jahre fortgefahen werden müsse, wie nachfolgender Entwurf zelget:

Minimum	Maximum
der Strafe nach Verlauf des dritten Jahrs	
1 fl.	8 fl.
nach Verlauf des vierten Jahrs	
1 fl. 30 kr.	12 fl.

nach Verlauf des fünften Jahrs	
2 fl.	16 fl.
nach Verlauf des sechs- und siebenten Jahres	
2 fl. 30 kr.	20 fl.
nach Verlaufe des achten und neunten Jahrs	
3 fl.	24 fl.
nach Verlaufe des zehnten und eilften Jahrs	
3 fl. 30 kr.	28 fl.
nach Verlaufe des zwölften Jahres	
4 fl.	32 fl.

diese nach dem zwölften Jahre des Alters eines zu impfenden Subjects vestgesetzte Geldstrafe bleibt die alljährliche bis zur erfolgenden Impfung.

- c) Von denjenigen, welche nach § 1 strafbar werden, wird die Geldstrafe, rücksichtlich ihres Alters, nach gleicher Norm eingehelcht.
- d) Von jenen Subjecten, welche Allmosen beziehen, oder aus Gemeinde-Kassen ernährt werden, wird diese Geldstrafe, Falls sie in solche verfallen sollten, durch Abzug nach dem Minimum erhoben.
- e) Da für die in öffentlichen Findel-, Waisen- und Erziehungs-Häusern befindlichen Kinder, die Schuzpocken-Impfung schon gesetzlich eingeführt ist und, wo dies bisher noch nicht geschehen, hiemit verordnet wird; so treffen die eben bestimmten Geldstrafen, die säumigen und widerstzlichen Aeltern, oder Pflegältern und Vormünder bis nach Verflusse des achtzehnten Jahrs des zu Impfenden, von welchem Zeitpunkt die Strafen auf Rechnung des letzteren gehen, wenn derselbe die unter obrigkeitlichen Schutze ihm noch einmal angebotene Impfung ausschlagen sollte.
- f) Von dieser Geldstrafe sind ausgenommen diejenigen Subjecte, welche wenigstens dreimal in einem nach dem Gutbefinden des Arztes, mehrere Monate von einander abstehenden Zwischenraume mit Schuzpocken zu impfen versucht wurden, ohne daß doch die Impfung haftete, oder ächte Schuzpocken entstanden; desgleichen jene, an welchen die Impfung wegen besonderer Umstände, Kränklichkeit u. dgl. unterlassen werden mußte. Doch muß man sich über einen, wie den andern Fall jederzeit durch ein legales Zeugniß eines zur Schuzpocken-Impfung in Zukunft berechtigigten Arztes rechtfertigen.
- g) Die nach lit. a) von 1 fl. als Minimum bis zu 8 fl. als Maximum bestimmten Geldstrafen bleiben in ihrer individuellen Anwendung und Modification auf den Vermögens-Zustand eines Straffälligen, dem gewissenhaften Ermessen der betreffenden Obrigkeiten, welche in den Städten der gefreiten und städtischen Gerichtsbehörden, auf dem Lande aber, ohne Ausnahme, die Landrichter sind, auf solche Art anheimgestellt, daß nach schon abgeflossenem Termine, nach fehlenden authentischen Impfscheine, hergestellter Widerstzlichkeit und gemachter Taxation in eine oder die andere der stufenweisen Strafgebühren, die Einbringung derselben, ohne alle Weitläufigkeit und ohne Appellation, im Erforderungsfalle mit militairischer Execution sogleich vor sich gehen solle.
- h) Ueber diese eingebrachten Strafgeder hat jede der betreffenden Obrigkeiten eigene Rechnung zu führen, die Straffälligen namentlich zugleich mit den Impfung-Tabellen vierteljährig an die Landesdirection der Provinz einzusenden und übrigens Unsere nähere Bestimmung, zu welchen medicinisch-policeilichen Zwecken, zum Besten des nemlichen Gerichtsbezirkes, diese Gelder verwendet werden sollen, zu gewärtigen.

● Magnesiumspareginel ◆ Kaliumspareginel

TROMCARDIN®

zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz



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

H. TROMMSDORFF · AACHEN

§ 5. Vom Tage der Bekanntmachung des Gegenwärtigen ist jedem, der nicht ordentlich graduirter und von einer der Sanitäts-Sectionen Unserer Landesstellen geprüft und approbirter Arzt ist, ohne Ausnahme und bei Strafe verboten, Schutzpocken zu impfen; selbst denjenigen, welche bisher für ihren Eifer öffentlich belobt wurden. Das Schutzpocken-Impfungs-Geschäft liegt für die Zukunft in Hauptstädten, wo ein eigener Impfarzt aufgestellt ist, diesem, und wie in den Städten überhaupt, den Stadtphysikern, dann auf dem Lande Unseren Landgerichts-Aerzten gesetzlich ob; und diese müssen die allgemeine Schutzpocken-Impfung zu gewissen Zeiten, nach der weiter unten folgenden Vorschrift, vornehmen. Doch bleibt es, wie schon gesagt worden, jedem ordentlich approbirten Arzte unbenommen, in einzelnen Fällen nach der vorgeschriebenen Norm zu impfen, derselbe muß aber eine jede Impfung auf seine Verantwortlichkeit zur gehörigen Zeit controlliren, die benöthigten Impfungsscheine ausstellen, die vorgeschriebenen Tabellen darüber führen und diese vor Abflusse eines Quartals an den Stadt-Physicus oder Landgerichts Arzt des Bezirkes abgeben.

Nur die Stadtphysiker in großen und volkreichen Städten und die Landgerichts-Aerzte können, wenn sie es nöthig finden, sich einen der geschicktesten und zuverlässigsten Chirurgen aus ihrem Bezirke zum Gehülfen wählen, welcher aber in keinem Falle die Befugniß, für sich allein zu impfen, sondern nur, unter den Augen der Landgerichts-Aerzte und Stadtphysiker, bei den jährlich zweimal vorzunehmenden allgemeinen Impfungen im Impfungsgeschäfte beizuhelfen hat. Auch sind letztere für ihre Gehülfen darin verantwortlich.

§ 6. Durch diese Unsere Landgerichtsärzte und Stadtphysiker wird die öffentliche Schutzpocken-Impfung nachdem sie sich, der gelegensten und schicklichsten Zeit wegen, mit den Gerichtsobrigkeiten und den Pfarrern benommen haben, in jeder Stadt und in jedem Landgerichte zweimal in jedem Jahre durch alle Pfarreien vorgenommen. Den Bezirksobrigkeiten legen Wir hiermit die specielle Pflicht auf, zur Allgemeinmachung der Schutzpocken-Impfung und Ausrottung der Kindesblattern-Pest nach Kräften mitzuwirken, bei jeder öffentlichen Impfung ihres Bezirkes gegenwärtig zu sein, für die genaue Führung der Impftabelle zu wachen und für die Richtigkeit derselben sich jedesmal zu unterzeichnen; von den durch die Aerzte gefertigten und ihnen übergebenen Impftabellen Abschriften ad acta zu nehmen, die Tabelle selbst mit jedem Quartale an die betreffende Landesdirection einzuschicken und endlich dafür zu sorgen, daß die von den Aerzten als Beweise der vollzogenen Impfung ausgestellten Impfungsscheine bei der Aufnahme in die Schulen, bei der Annahme in eine Lehre, bei dem sogenannten Freisprechen, Meisterwerden und Heirathen, und so weiter in Zukunft jederzeit nachgewiesen werden.

Auch haben dieselben, wenn Impfungsscheine zu Verlust gegangen, aus der bei ihnen hinterlegten Tabelle eine beglaubigte Abschrift unentgeltlich auszufertigen.

Sollten in einem Orte Kindesblattern erscheinen, so haben dieselben nach gemachter Anzeige mit Benehmung des Landgerichts-Arztens oder Stadtphysikus, sogleich vorschriftsmäßig dagegen zu verfahren.

Die Pfarrer und Seelsorger haben dem geeigneten Arzte die Listen der impfungsfähigen Subjecte ihres Kirchenspiels jederzeit sogleich unverweigerlich zu übergeben; den zur Schutzpocken-Impfung vestgesetzten Tag, so wie den dazu bestimmten Ort mehrmalen von den Kirchen-Kanzeln und auf die sonst gewöhnlichen Arten zu verkünden, und, da Wir dieses Geschäft mit der einer so großen Wohltat für das Menschengeschlecht gebührenden Feierlichkeit behandelt wissen wollen, durch angemessene Reden und Vorträge ihre Gemeinden mit Unserer landesväterlichen Absicht bei der Allgemeinmachung der Schutzpocken-Impfung bekannt zu machen; bei den Impfungen in ihren Districten persönlich gegenwärtig zu sein und die Tabellen ebenfalls zu unterzeichnen.

§ 7. Damit die Stadtphysiker und Landgerichtsärzte zu jeder Zeit mit frischem und ächten Impfstoffe versehen sein können, befehlen Wir ferner: daß der in der

Hauptstadt einer jeden Unserer Provinzen bereits aufgestellte Impfarzt (für jede Provinz muß ein solcher bestehen) immer mit frischem und ächten Impfstoffe versehen sein soll, der den übrigen Aerzten bekannt gemacht werden muß und an welchen sich dieselben im Falle des Bedarfes zu wenden haben. Die Medicinal-Sectionen Unserer Landesdirectionen, welchen die Oberaufsicht und Leitung des ganzen Schutzpocken-Impfungsgeschäfts, wie bisher, obliegt, haben für die stete Erhaltung des Impfstoffes vorzüglich Sorge zu tragen, welche durch geeignetes Benehmen der Impfarzte mit den Stadtphysikern, den übrigen practischen Aerzten und im Nothfalle mit den nächstgelegenen Landgerichts-Aerzten keiner großen Schwierigkeit unterliegen wird.

Dieser Impfstoff wird auf Begehren jedesmal sogleich und unentgeltlich an die aufgestellten Stadt- und Landgerichts-Aerzte in der verlangten Form, wenn die unmittelbare Mittheilung von Arm zu Arm, welche aber immer vorgezogen werden soll, weniger thunlich ist, abgeliefert werden.

§ 8. Für die von den Landgerichtsärzten und Stadtphysikern jährlich zweimal öffentlich vorzunehmende Impfung ist Niemand zu bezahlen gehalten; sondern dieselbe wird durchaus unentgeltlich vorgenommen.

Doch werden diesen beiden Klassen der Aerzte und wo chirurgische Gehülfen nöthig sind, auch diesen die Diäten, wenn dieselben von der gehörigen Gerichtsstelle verificirt sind, die eine Hälfte aus Unserem Aerarium, die andere Hälfte aus den Gemeinde-Kassen bezahlt.

Den Aerzten wird an Diäten täglich 5 fl. und den Chirurgen 3 fl. in Rechnung zu bringen erlaubt. Den zur Fortsetzung der Impfung von einem Ort zum andern transportirten Kindern ist von Unseren Gerichtsstellen ein an Uns wieder zu verrechnendes verhältnißmäßiges Geschenk zu machen.

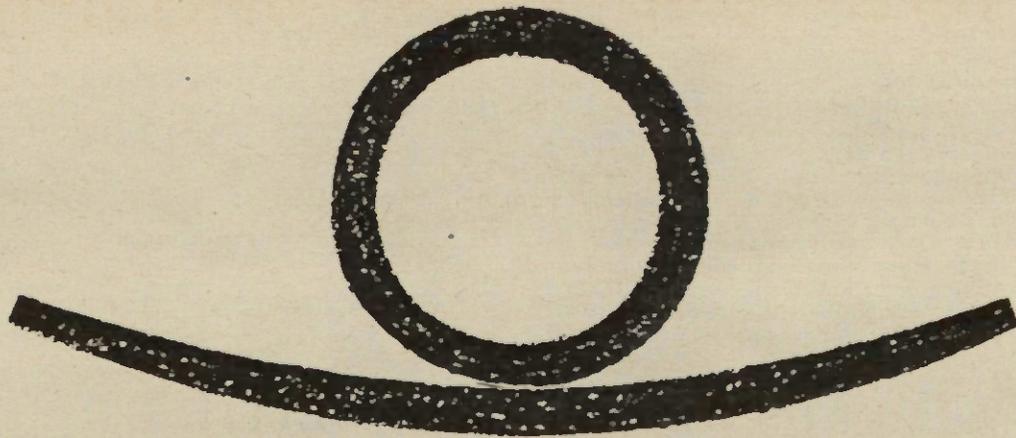
Sollte die Abordnung des Impfarztes aus einer Hauptstadt im Landgerichte oder Provincialstädte nothwendig sein, so wird derselbe immer aus Unserem Aerarium allein bezahlt; wie Wir ihm auch die bei Versendung des Schutzpocken-Impfstoffes nöthigen kleinen Auslagen vergüten werden.

§ 9. Wir gewärtigen zwar, daß Unsere Unterthanen von Unsern väterlichen Gesinnungen für ihr Wohl sich überzeugt halten, den nur aus dieser Ursache hiemit erlassenen Verordnungen genaueste Folge leisten und dadurch die im Gegentheile vestgesetzten Strafen vermeiden werden; — doch erachten Wir noch für nothwendig, die letzteren dahin zu schärfen, daß der Vater, Pflegvater oder Vormunder eines Kindes, welches von den Kindesblattern nach Verlaufe des zur Schutzpockenimpfung vestgesetzten Termins befallen wird, sogleich nach geschehener Anzeige, welche jedem davon Kenntniß habenden ärztlichen oder wundärztlichen Individuum hiermit zur besondern Pflicht gemacht wird und nach der von dem Physikus erhobenen Thatsache von seiner Gerichtsbehörde auf eigene Kosten auf 3 bis 6 Tage ins Gefängniß gesetzt und zur Warnung öffentlich bekannt gemacht werde.

Das Haus, worinn ein Blatter-Kranker liegt, soll, wenn derselbe nicht gleich im Anfang der Krankheit in eine dazu geeignete Anstalt gebracht und daselbst gehörig isolirt werden kann, jedesmal ohne Ausnahme, selbst, wenn es Fremde, oder durch Unsere Staaten Reisende betrifft, von der Orts-Policee als das Haus eines an der Pest Erkrankten behandelt, alle Gemeinschaft mit demselben möglichst aufgehoben, auch nach dem Verlaufe der Krankheit noch einer vier Wochen langen Quarantaine unterworfen und überhaupt alle jene Maasregeln getroffen werden, welche gegen die Verbreitung dieser pestartigen Krankheit erforderlich sind.

Uebrigens erinnern Wir noch, daß es in Unseren Staaten ohne alle Ausnahme und bei einer den Umständen angemessenen unvermeidlichen Criminalstrafe (vid. Cod. juris bav. erim. part. I. Cap. IX. § 7.) verboten bleibt, wie Kindesblattern zu impfen, oder zu ihrer Einführung und Verbreitung, auf welche Art es immer sei, thätig zu sein.

§ 10. Da es schließlich die Wichtigkeit des Gegenstandes erheischt, daß Unseren allerhöchsten Verordnungen durchaus so genau, als nur möglich ist, nachgekommen



Bei Magen-, Leber-, Gallebeschwerden

bedarf es der Ruhigstellung neurovegetativer Dysfunktionen. Dabei ist die Umstellung auf gedämpften coffeinfreien Kaffee Hag zu empfehlen.

Ein neuartiges Veredlungsverfahren erhöht die Bekömmlichkeit des Kaffee Hag, denn die Reizwirkung von Coffein und bestimmten Röstprodukten ist ausgeschaltet.

Literatur und Muster durch HAG AG, Bremen

KAFFEE HAG



SONDERTARIFE FÜR ÄRZTE

Krankentagegeld auch für hohe Ansprüche
Krankenhaustagegeld

Operationskosten bis DM 5 000. —

Auslandskrankenversicherung bis DM 10 000. —

VEREINIGTE
Krankenversicherung A.G.

Londesdirektion München 22, Königinstr. 19 · Tel. 22 76 25

Vertragsgesellschaft von ärztlichen Organisationen

ORIENT-TEPPICHE

seit 1925

Nichts ist so sehr *Sache des Vertrauens* als der Kauf eines Orient-Teppichs. Nur der autorisierte Fachmann kann Ihnen durch jahrzehntelange Erfahrung mit niedrigsten Preisen und besten Qualitäten den vollen Gegenwert Ihres Geldes gewährleisten.

Direkt-Importe aus dem ganzen Orient
Riesen-Auswahl in allen Größen

MAX STEINHAUSEN

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

SPARKASSE

gibt Sicherheit in allen Geldgeschäften

... auch beim Kauf von Auslandsgeld für die Urlaubsreise

werde; so ermahnen Wir die sämtlichen zur Impfung in Zukunft allein berechtigten Aerzte, sowohl, was das Impfung-Geschäft und die nach der Instruction am achten bis zehnten Tage nöthige Untersuchung des Erfolges der Impfung oder Controle, dann die Fertigung der Impftabellen und Ausstellung der Impfscheine betrifft, als auch in den zur Ausnahme von der Impfung auszustellenden Attesten möglichst genau und gewissenhaft zu verfahren; indem Wir einen jeden, der nach genauer Untersuchung einer Fahrlässigkeit oder Unkunde überwiesen würde, Falls ein bereits geimpftes, oder von der Impfung dispensirtes Kind später von den Kinds-

blättern überfallen werden sollte, unnachsichtlich an Geld, oder nach Maassgabe der Umstände durch Suspension, Amotion und öffentliche Rüge strafen werden.

München, den 26. August 1807.

Max Joseph

Freiherr von Montgelas.

Auf königlichen allerhöchsten Befehl
von Krempelhuber.

(Eine abschließende Ergänzung folgt.)

Anschr. d. Verf.: 8 München 27, Holbeinstraße 16.

AUS DER LANDESPOLITIK

Maßnahmen zur Sicherung des Hebammen-nachwuchses

Schriftliche Anfrage des Kollegen Dehler

Von seiten des Bayerischen Hebammen-Landesverbandes e. V. werden ernste Besorgnisse über die zukünftige Versorgung der Bevölkerung mit Hebammen vorgebracht. So wird dargetan, daß von den 1340 Mitgliedern des Bayerischen Hebammen-Landesverbandes

8% älter als 65 Jahre

14% zwischen 60 und 65 Jahren

15% zwischen 55 und 60 Jahren

und nur 4% jünger als 30 Jahre sind,
und daher eine gewisse Überalterung feststellbar ist.

Zudem entscheiden sich von den in den letzten Jahren in den bayerischen Hebammenschulen ausgebildeten Hebammen nur mehr Minderheiten für die freie Praxis. Einige Hebammensitze waren daher in letzter Zeit nicht mehr oder nur mehr schwer besetzbar.

Ich frage daher die Bayerische Staatsregierung, ob es zutrifft, daß

1. die bayerischen Hebammen die niedrigste Mindesteinkommensgarantie in allen Bundesländern haben,
2. die Ausbildungskosten in Bayern die höchsten im Bundesgebiet sind.

Ich frage weiter, ob die Bayerische Staatsregierung bereit ist

1. das Mindesteinkommen der Hebammen anzuheben,
2. die Ausbildungskosten zu senken bzw. wie in anderen Bundesländern ganz aufzuheben,
3. weitere Maßnahmen zu ergreifen, die einen ausreichenden Hebammennachwuchs sichern.

Die schriftliche Anfrage des Herrn Abgeordneten Dr. Dehler wurde im Einvernehmen mit dem Staatsministerium für Unterricht und Kultus wie folgt beantwortet:

1. Nach der V vom 27. Oktober 1959 (GVBl. S. 248) beträgt das Mindesteinkommen der Hebammen jetzt 2205 DM. Es soll mit Wirkung vom 1. Januar 1963 auf 3000 DM angehoben werden. Weder nach der bisherigen noch nach der neuen Regelung ist das in Bayern gewährte Mindesteinkommen das niedrigste in den Ländern der Bundesrepublik.
2. Nach der V vom 31. Oktober 1962 (GVBl. S. 327) wird für die Teilnahme an einem Berufsausbildungslehrgang an den staatlichen Hebammenschulen je Monat eine Gebühr von 60 DM (früher 140 DM) erhoben. Auslagen werden nicht erhoben. Mit der Gebühr sind die Kosten der Unterkunft, Verpflegung und der Teilnahme am Unterricht abgegolten. Die Ausbildungskosten sind nicht die höchsten im

Bundesgebiet, sondern bewegen sich in der Mitte der in den einzelnen Ländern der Bundesrepublik festgesetzten Beträge.

3. Das Staatsministerium des Innern verfolgt ständig und aufmerksam die berufliche Lage der Hebammen. Im Jahre 1961 gab es in Bayern 1681 Hebammen. Davon waren 1563 Hebammen freiberuflich tätig (niedergelassen), 118 in Krankenanstalten angestellt. Wohl ist die Zahl der niedergelassenen Hebammen in Bayern in den letzten Jahren zurückgegangen. Dagegen waren aber einige Gebiete mit Hebammen überbesetzt. Bayern hatte oft viel zu kleine Hebammenbezirke, die den Hebammen keine wirtschaftliche Lebensgrundlage bieten konnten. Die Bemühungen der Behörden waren daher darauf gerichtet, die Niederlassungsbezirke zu vergrößern.

In den bayerischen Hebammenschulen wurden in den letzten Jahren ziemlich gleichbleibend 90 bis 100 Schülerinnen jährlich zu Hebammen ausgebildet. Früher war diese Zahl niedriger. Nach der Altersgliederung werden in den nächsten 10 Jahren etwa 300 Hebammen aus ihrem Beruf ausscheiden. Die Zahl der jährlich ausgebildeten Schülerinnen müßte daher ausreichen, die ausscheidenden Hebammen zu ersetzen.

Ziviler Bevölkerungsschutz in Bayern

Das Bayerische Staatsministerium des Innern setzt den Aufbau des zivilen Bevölkerungsschutzes in Bayern fort. Für die Einheiten des überörtlichen Luftschutzhilfsdienstes sind insgesamt etwa 5000 Helfer erfaßt, von denen bereits über 3000 Helfer durch die Regierungen und die Kreisverwaltungsbehörden verpflichtet worden sind. Die meisten Helfer sind in den LS-Feuerwehrebereitschaften (über 600 Helfer), in den LS-Bergungsbereitschaften (über 1100 Helfer) und in den LS-Sanitätsbereitschaften (etwa 800 Helfer) tätig. Die Einheiten des Luftschutzhilfsdienstes in Bayern sind motorisiert. Sie verfügen zusammen über 455 Fahrzeuge. Weitere Fahrzeuge werden in Kürze ausgeliefert.

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat jetzt die monatlichen Aufwandsentschädigungen für die kommissarisch bestellten Führer und Unterführer des Luftschutzhilfsdienstes festgesetzt. Danach erhalten vom 1. Juli 1963 an

Bereitschaftsführer	50 DM
Zugführer	40 DM
Gruppenführer	25 DM
selbständige Trupp- und Staffelführer	15 DM
andere Truppführer	10 DM.

Reinhaltung der Gewässer

Auf dem Gebiete der Reinhaltung der Gewässer gilt es die Versäumnisse von Jahrzehnten aufzuholen. Nach dem zweiten Weltkrieg gab es in Bayern nur 24 kommunale Kläranlagen, von denen wiederum nur acht den damaligen technischen Anforderungen genügten. Aber auch diese acht hatten nur eine beschränkte Reinigungswirkung, da die für eine ausreichende Klärung unbedingt erforderliche biologische Nachreinigung fehlte. Seit 1949 wurde die Klärtechnik wesentlich verbessert und den Bedürfnissen des Gewässerschutzes entsprechend der Bau von biologisch wirkenden Abwasserreinigungsanlagen gefördert. Dabei beschränkte man sich in Bayern nicht nur auf die größeren Städte und die altbekannten Verfahren. Neben den konventionellen Kläranlagen werden heute durchflossene Erdfaulbecken, Oxidationsgräben (belüftete Kreislaufgräben) und Tauchtropfkörper zur Abwasserreinigung in kleineren Gemeinden angewendet. Neuerdings laufen auch Versuche mit einem Scheiben-Oberflächen-Belüfter.

Von den seit 1949 gebauten oder begonnenen 602 neuen Sammelkläranlagen sind neben den nur teilbiologisch wirkenden Kläranlagen für kleinere Gemeinden bereits 166 vollbiologische Anlagen errichtet worden. Der Bauaufwand für die 602 Anlagen betrug rd. 210 Mill. DM. Dazu gab das Land Bayern rd. 70 Mill. DM verlorene Zuschüsse. Der Bayerische Staatsminister des Innern, Dipl.-Ing. Heinrich Junker, hat für das Haushaltsjahr 1964 einen Mehrbedarf von 20 Mill. DM für Abwasserbeseitigungsanlagen angemeldet.

55 000 bildungsschwache Kinder

Der notwendige Ausbau des Hilfs- und Sonderschulwesens für leistungsbehinderte, bildungsschwache und erziehungsschwierige Schulpflichtige beschäftigte am 2. Juli ausführlich den Kulturpolitischen Ausschuss des Landtags. Grundlage waren der SPD-Initiativentwurf über die Errichtung und den Betrieb von Sonderschulen sowie ein CSU-Antrag, wonach nicht schul- oder hilfsschulfähige, aber motorisch und lebenspraktisch bildungsfähige Kinder in Sonderschulen unterrichtet werden sollen. Der Berichterstatter Hochleitner (SPD) ging davon aus, daß insgesamt 8 Prozent aller schulpflichtigen Kinder in Bayern sonderschulbedürftig sind, daß mit einem weiteren erheblichen Anwachsen dieser Zahl gerechnet werden müsse und daß in jedem Landkreis mindestens eine Sonderschule notwendig sei. Vom Mitberichterstatter Vöth (CSU) wurde angeführt, daß das Hilfsschulwesen in Bayern gegenwärtig 464 Hilfsschulklassen umfasse. Gerda Laufer (SPD) machte geltend, daß es in der Bundesrepublik rund 55 000 bildungsschwache Kinder gebe und daß auch ihnen besonders gut ausgebildete Lehrer zur Verfügung stehen müßten. Für das Kultusministerium wurde mitgeteilt,

daß es die Staatsregierung gebeten habe, über die hier einzuschlagenden Wege dem Ministerium Weisung zu erteilen. Die Zahl der Hilfsschulen in Bayern — zur Zeit 78 — habe in den letzten Jahren ständig zugenommen.

In die Beratung einbezogen wurde auch der FDP-Antrag, der u. a. die Errichtung eines Staatsinstituts zur Ausbildung von Hilfsschullehrern auf Hochschulebene und die Schaffung zentral gelegener Hilfs- und Sonderschulen auf dem Lande, möglichst in jedem Landkreis, wünscht. Zu dem weiteren SPD-Antrag, wonach für nach dem Schulpflichtgesetz nicht bildungsfähige Kinder an Sonderschulen (Hilfsschulen) Sonderschulkindergärten einzurichten sind, bemerkte der Mitberichterstatter Neundorfer (CSU), daß es etwa 12 000 Kinder gebe, für die der Staat bisher jede Beschulung und Hilfe beiseite geschoben habe. Von den 25 Prozent Kindern, die bisher in Hilfsschulen nicht erfaßt wurden, könnten noch 20 Prozent schulisch betreut werden. Es liege eine Ungerechtigkeit darin, sagte die Mit Antragstellerin Laufer, wenn diesen Kindern auf dem Lande draußen keine Bildungsmöglichkeit geschaffen werde.

Das Ende der Aussprache war die Festlegung, daß zur Einzelberatung des Gesetzentwurfes und der drei Anträge nach den Sommerferien die Sachverständigen der einzelnen Schultypen, ein Vertreter des Vereins Lebenshilfe und eine Schulrätin von der Sonderschule an der Klenzestraße in München gehört werden sollen.

Förderungsmaßnahme „Junge Familie“¹⁾

Nachstehend werden die Richtlinien des Bundesministeriums für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung vom 22. Mai 1963 über die Förderung von Eigentumsmaßnahmen im Wohnungsbau für die „Junge Familie“ bekanntgegeben:

„Zur Förderung der Eigentumbildung durch den Wohnungsbau gewährt der Bund für junge Familien Zinszuschüsse, um Darlehen, die sie am Kapitalmarkt aufnehmen, zu verbilligen. Für die Förderungsmaßnahme gelten ab sofort folgende Bestimmungen:

I.

Voraussetzung für die Gewährung von Zinszuschüssen

1. Art der Bauvorhaben

Gefördert wird:

a) der Bau von

- aa) Familienheimen in der Form des Eigenheims oder der Eigensiedlung (§ 7 in Verbindung mit § 9 Abs. 1 und § 10 Abs. 2 des Zweiten Wohnungsbaugesetzes²⁾;

¹⁾ Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 14. Juni 1963 Nr. IV C 5 — 9200 R/61

²⁾ Zweites Wohnungsbaugesetz (Wohnungsbau- und Familienheimgesetz) in der Fassung vom 1. August 1961 (BGBl. I S. 1122).

Cefasabal[®]

TROPFEN · TABL. · AMP.



CEFAK · KEMPTEN

Pyelitis Cystitis
Prostatitis
Prostatahypertrophie

- bb) eigengenutzten Eigentumswohnungen (§ 12 Abs. 1 Satz 2 des Zweiten Wohnungsbaugesetzes);
- b) der Erwerb von
 - aa) Familienheimen in der Form des Kaufelgenheims oder der Trägerkleinsiedlung (§ 7 in Verbindung mit § 9 Abs. 2 und § 10 Abs. 3 des Zweiten Wohnungsbaugesetzes);
 - bb) Kaufelgentumswohnungen (§ 12 Abs. 2 des Zweiten Wohnungsbaugesetzes);
- c) der Ausbau oder die Erweiterung eines bestehenden Familienheims, wenn eine zweite Wohnung für Angehörige (§ 8 Abs. 2 des Zweiten Wohnungsbaugesetzes) geschaffen wird, die zu dem begünstigten Personenkreis (Ziffer 2) gehören.

Die Wohnungen müssen entweder öffentlich gefördert sein (§ 5 Abs. 1 des Zweiten Wohnungsbaugesetzes) oder die Voraussetzungen für die Anerkennung als steuerbegünstigte Wohnung erfüllen (§ 82 des Zweiten Wohnungsbaugesetzes).

2. Begünstigter Personenkreis

Zinszuschüsse können auf Antrag gewährt werden:

- a) Ehepaaren (mit oder ohne Kinder), wenn kein Partner im Zeitpunkt der Antragstellung älter als 40 Jahre ist,
- b) einzelnen Ehepartnern, deren Ehe durch Tod oder Scheidung aufgelöst ist, wenn der Antragsteller nicht älter als 40 Jahre ist und zu seinem Haushalt ein Kind oder mehrere Kinder gehören, für die ihm die Personensorge obliegt,
- c) Ehepaaren oder einzelnen Ehepartnern im Sinne von Buchstabe b) (ohne Rücksicht auf das Lebensalter), zu deren Haushalt ein Kind oder mehrere Kinder gehören und die in Wohnungen gemäß § 9 des Zweiten Bundesmietengesetzes (Keller-, Baracken-, Bunkerwohnungen oder ähnlichen Notwohnungen sowie sonstigen Wohnungen, die nach ihrer Beschaffenheit den allgemeinen Anforderungen an gesunde Wohnverhältnisse offensichtlich nicht genügen) untergebracht sind.

Die Zinszuschüsse werden nur gewährt, wenn das Jahreseinkommen des Haushaltsvorstandes die in § 25 des Zweiten Wohnungsbaugesetzes genannte Grenze mit den danach zugelassenen Erhöhungen nicht übersteigt.

Zinszuschüsse dürfen nicht gewährt werden, wenn der Antragsteller ein Darlehen auf Grund der Richtlinien für den Einsatz von Bundeshaushaltsmitteln zur Förderung der Wohnungsbeschaffung für junge Ehepaare erhält.

3. Verbilligungsfähige Darlehen

Durch Zinszuschüsse verbilligungsfähig sind längstens in 10 Jahren tilgbare Abzahlungsdarlehen von Kreditinstituten (Abschn. III Abs. 1 Satz 1) bis zum Betrage von 4000 DM, im Falle des Ausbaues oder der Erweiterung eines Familienheimes bis zum Betrage von 2500 DM.

Die Gewährung von Zinszuschüssen ist auf solche Darlehen beschränkt, die der Gewinnung zusätzlicher Mittel für die nachstellende Finanzierung oder

die Restfinanzierung dienen und nicht als Realkredite gewährt werden können. Nicht verbilligungsfähig sind hiernach insbesondere Darlehen im erststelligen Beleihungsraum, Bauspardarlehen, öffentlich verbürgte oder gewährleistete Darlehen sowie Darlehen, die aus öffentlichen Haushalten finanziert sind.

4. Baubeginn

Für bereits begonnene Bauvorhaben dürfen Zinszuschüsse nicht bewilligt werden.

Bei Kaufelgenheimen, Trägerkleinsiedlungen und Kaufelgentumswohnungen dürfen Zinszuschüsse bis zum Abschluß des Vertrages bewilligt werden, der den Bauherrn unmittelbar verpflichtet, das Eigentum (Erbbaurecht) an den Bewerber zu übertragen.

II.

Art und Ausmaß der Zinszuschüsse

Die als Zinszuschüsse gewährten Mittel gelten nicht als öffentliche Mittel im Sinne des Zweiten Wohnungsbaugesetzes.

Die Zuschüsse werden in Höhe der für das verbilligungsfähige Darlehen zu leistenden Zinsen, höchstens jedoch in Höhe von jährlich 6 v. H. der jeweiligen Restschuld sowie längstens auf die Dauer von 7 Jahren gewährt.

Sinkt der Zinssatz für Spareinlagen mit gesetzlicher Kündigungsfrist um mindestens 0,5 v. H. unter 3 v. H., ermäßigt sich der Höchstsatz für den Zinszuschuß entsprechend; das gilt sowohl für neue als auch für bereits laufende Zinszuschußfälle.

III.

Verfahren

Die Förderungsmaßnahme wird durch die Sparkassen, Kreditgenossenschaften, Kreditbanken und Bausparkassen durchgeführt. Anträge mit den von den Instituten zu bestimmenden Unterlagen sind an eines dieser Institute zu richten; die Institute entscheiden über die Anträge in eigener Verantwortung.

Die darlehensgewährenden Institute erhalten die Zinszuschüsse über zentrale Kreditinstitute und verrechnen sie mit den Darlehensnehmern.

IV.

Prüfung und Rückforderungsrecht

Die Institute sind verpflichtet zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die Gewährung der Zinszuschüsse erfüllt sind. Ein entsprechendes Prüfungsrecht ist für den Bundesminister für Wohnungswesen, Städtebau und Raumordnung und den Bundesrechnungshof vorzubehalten. Sind die Voraussetzungen für die Gewährung der Zinszuschüsse nicht erfüllt, so sind sie unverzüglich in voller Höhe zurückzuzahlen. Außerdem sind die Zinszuschußmittel vom Tage der Verausgabung zu Lasten des Bundeshaushalts bis zu ihrer Rückzahlung mit 2 v. H. über dem für Kassenkredite des Bundes geltenden Zinsfuß der Deutschen Bundesbank zu verzinsen, etwaige Mehrerträge sind abzuführen.“

Die Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 27. Juni 1960 (StAnz. Nr. 28, MABl. S. 522) i. d. F. vom 23. Januar 1961 (StAnz. Nr. 5, MABl. S. 119) wird hiermit aufgehoben.

Feuilleton:**Gesundheitliche Probleme in Brasilien**

Von Dr. Wolfgang B ü c h e r l

Um die gesundheitlichen Probleme BRASILIENS einigermaßen verstehen zu können, muß der interessierte europäische Leser eine Landkarte dieses über großen Subkontinentes betrachten und Lage sowie Größen der 21 Bundesstaaten festhalten.

Brasilien zählt heute rund 75 Millionen Einwohner. Seine Bevölkerungsdichte ist keineswegs gleichmäßig. Weite Landstrecken von Amazonas, Maranhao, Piaul, Bahia, Mato Grosso und von dem Norden Minas Gerais sind noch fast völlig unbesiedelt. Es gibt da kaum eine Bahn noch einen per Auto befahrbaren Weg. Die wenigen Ortschaften und die oft mehr als 50 km auseinanderliegenden „fazendas“ müssen sich selbst überlassen bleiben, welt- und landabgeschnitten und seit Jahrzehnten vereinsamt.

Selbst der Brasilianer des 20. Jahrhunderts bevorzugt in seiner Bevölkerungsdichte einen etwa 200 km breiten Gürtel entlang dem Atlantischen Ozean, vom Äquator bis zum 33. südlichen Breitengrad. Hier trifft man die Haupt- und Großstädte, welche vom Norden nach Süden Belém, Sao Luiz, Terezina, Fortaleza, Natal, Paraíba, Recife, Maceio, Aracaju, Sao Salvador (Bahia), Vitoria, Niteroi, Rio de Janeiro, Santos, Sao Paulo, Curitiba, Florianopolis, Porto Alegre und Pelotas heißen. Nur Manaus, Cuiaba, Belo Horizonte und die neue Bundeshauptstadt Brasilia liegen im Innern des Landes. Dazwischen nur mehr kleine Städte, Ortschaften, Einzelhöfe.

Am ganzen unermeßlichen Amazonas, im Norden von Mato Grosso sowie einem Teile von Goias und in Maranhao wiegt ausgesprochen tropisches, heißes, sehr feuchtes, lebensfeindliches Klima vor, mit unvorstellbaren Mengen an Stechmücken und Feuerameisen. Im sogenannten „Dreieck der Trockenheit“ im Nordosten, das die Bundesstaaten Piaul, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe, den Nordwesten von Bahia einschließt und wo rund 20 Millionen Menschen leben, regnet es oft monatelang nicht, so daß Flüsse und Stauseen verdunsten, die Vegetation bis auf die Kakteen verschwindet, brodeinde Winde den Boden aufreißen, Haustiere und Menschen vor Durst sterben. Nur dem Ozean entlang, auf vereinzelt Hochplateaus im tropischen Innern, den wasserreicheren Gegenden von Mato Grosso und vor allem den Südstaaten, Guanabara, Sao Paulo, Parana, Santa Catarina und Rio Grande do Sul, fühlt sich der brasilianische Mensch wohler und beginnt das Innere zu erschließen. Gerade auf diesen Gebieten erfährt die bodenständige Bevölkerung einen ansehnlichen Zustrom von *Einwanderern* aus Portugal, Spanien, Italien, aus den östlichen Mittelmeerländern, weniger aus Zentraleuropa und eine Verschiebung durch die nicht minder große *Binnenwanderung* aus dem „Dreieck der Trockenheit“.

Wie steht es nun mit den sanitären, hygienischen und gesundheitlichen Problemen dieses Landes? In den Millionenstädten Sao Paulo und Rio de Janeiro kommt 1 Arzt auf rund 700 Menschen, in den übrigen Haupt- und Großstädten nur mehr 1 Arzt auf je 2500 Einwohner und in den übrigen Munizipien Brasiliens 1 Arzt

auf 7000 Menschen. Hunderte von Munizipien haben überhaupt keinen Arzt. Geschultes *Krankenpflegepersonal* mag heute ungefähr die Hälfte der Ärztezahl ausmachen und ist genau so schlecht verteilt, wie erstere, das heißt, fast alles in den Millionen- und Großstädten und fast nichts, mit Ausnahme der wenigen katholischen und evangelischen Krankenschwestern, im Innern.

Die durchschnittliche *Lebenserwartung* beträgt rund 33 Jahre für die Männer, 36 Jahre für die Frauen, ist jedoch in den einzelnen Munizipien und Staaten des Bundes sehr unterschiedlich: in Esperanca (Paraiba) 31,2 Jahre, in Natal (Rio Grande do Norte) 34,4 Jahre, in Aparecida (S. Paulo) 36,8 Jahre, in Juazeiro und Pesqueira (Bahia) 38 Jahre, in Porto Velho (Rondonia) 47 Jahre, in Porto Alegre (Rio Grande do Sul) 52 Jahre, in Colatina (Espírito Santo) 56,1 Jahre, in Araraquara (S. Paulo) 59,2 Jahre, in der Stadt Sao Paulo 63 Jahre.

Nicht minder entmutigend sind die Ziffern der *Kindensterblichkeit* im ersten Lebensjahr auf je 1000 Kinder berechnet:

421 in Natal, 371 in Esperanca, 263 in Aparecida, 242 in Gameleira (Pernambuco), 192 in Palmares (Pernambuco), 183 in Vitoria (Espírito Santo), 182 in Ribeirao (Pernambuco), 145 in Itabuna (Bahia), 122 in Porto Velho, 139 in Sorocaba (S. Paulo) und Porto Alegre (Rio Grande do Sul), 105 in Rio de Janeiro, rund 100 in den Munizipien des Innern von Sao Paulo und 74 in der Stadt Sao Paulo. Bakterielle Infekte (Gastroenteritis) besonders während der heißen Sommermonate bilden die hauptsächlichste Ursache.

Die vollständig unzulänglichen sanitären, hygienischen Probleme des Landes sind besonders ersichtlich aus dem Fehlen von *kanalisiertem Trinkwasser* und der Abwesenheit von *Abwasserkanalisation*. Rund 34% aller Munizipien Brasiliens haben kein kanalisiertes Trinkwasser und 60% keine Abwasseranlagen. Selbst im Staate Sao Paulo machen diese Prozentsätze noch 40, respektive 58 aus. In Para 91 und 98%, in Piaul 98,3 und 100%, in Maranhao 95,7 und 99,3%, in Ceara 98 und 99,5%, in Pernambuco 87,8 und 99,7%, in Bahia 95,8 und 97,8%, in Goias 91,1 und 99,4%, in Parana 84,7 und 95,4%, in Santa Catarina 91,3 und 98,3% und in Mato Grosso 89,2 und 99,2%. Selbst in den Großstädten, von denen man sagt, sie wären gut mit beiden lebenswichtigen Einrichtungen versorgt, haben rund 30% der Peripheriebevölkerung keinen Anteil daran. Im selben Verhältnis fehlt es an hygienischen Aborten im weiten Inneren des Landes und die Notdurft wird allzuoft an natürlichen Gewässern und Flüssen verrichtet. Die meisten Kinder und viele Erwachsene im Innern laufen jahraus, jahrein barfuß. Somit ist die unheilvolle Kette der endemischen Infektionen und Reinfektionen in sich geschlossen.

Von 2732 Munizipien Brasiliens hatten 1954 immer noch 1051 kein einziges größeres *Krankenhaus*. Ja, selbst im fortschrittlichsten Staate Sao Paulo gab es 1957 noch 58% aller Munizipien ohne Krankenhaus. Malaria, Schistosomose, Leishmaniose, Chagas-Krank-

heit, Tuberkulose, Ancylostomiase und Lepra sind, außer den verantwortlichen bakteriellen Kinderendemieen, sind die großen Geiseln der Landbevölkerung Brasiliens. Gültige Statistiken des ganzen Landes stehen noch aus oder sind unzuverlässig. Der großangelegte hygienischprophylaktische Kampf, den das Gesundheitssekretariat des Staates Sao Paulo in den letzten Jahren ins Treffen geführt hat, gibt uns endlich einen trostreichen Ausblick für die nächsten Jahre:

Im Staate Sao Paulo wurden 1302 Gesundheitszentren mit Ärzten und Pflegepersonal in Betrieb genommen (allgemeine Gesundheitsposten, Kinderbehandlungsstationen, Tuberkulosenhelme, Trachom- und Visualhygieneanstalten, 6 Leprasanatorien mit 5200 Betten, 1 großes Sanatorium für Geisteskranke mit 10 300 Betten, 24 Regierungshospitäler mit 20 938 Betten) und mit rund 250 privaten Krankenhäusern Abkommen getroffen, wodurch über 5 Millionen Tagesbetten auf Regierungskosten eingerichtet wurden, wofür der Staat 1960 288 Millionen Cruzeiros bezahlte.

In den staatlichen Anstalten wurden 1961 kostenlos 8 Millionen Menschen untersucht, rund 4 Millionen gegen Pocken geimpft, rund eine halbe Million gegen Kinderlähmung mit Salk- und später Sabin-Vakzine geimpft, rund 200 000 gegen Diphtherie und 20 000 gegen Tollwut (nur in der Stadt Sao Paulo gibt es ungefähr 600 000 Hunde!) geimpft. Der Kampf gegen die Tuberkulose zeitigte 52 Dispensatorien. 854 000 Abreugraflees wurden gemacht und 780 000 BCG-Schutzvakzinen verbraucht.

Malaria gibt es noch in 197 Munizipien des Staates Sao Paulo, was ungefähr 44% der Area des Staates ausmacht. Die Chagaskrankheit (Ursache: *Trypanosoma cruzi*, Überträger: die Blattwanze, *Triatoma infestans*) herrscht noch in 400 Munizipien mit 680 000 Häusern und 3 1/2 Mill. potentiell gefährdeten Menschen. Um gegen die Überträger beider Endemieen (bei der Malaria die Stekmücken, *Anopheles darlingi*, *A. cruzii* und *A. aquasalis*) gleichzeitig vorzugehen, wurde der Staat in 8 Zonen aufgeteilt, die von 214 Mikroomnibussen 1 bis 2 mal jährlich durchgekämmt werden. 96 Desinfizierungseinheiten zu je 7 Mann besprengten 1961 900 000 Häuser mit 422 t DDT in Staubform zu 75% und 20 t DDT zu 100%. 23 Sanitäreinheiten zu je 3 Mann verabreichten 147 000 Anti-Malariapillen. 1904 Benachrichtigungsposten wurden errichtet. Wo neben der Malaria auch die Chagas-Krankheit vorkommt, besprengten dieselben Mannschaften (neben dem DDT gegen Stekmücken) 153 943 Wohnhäuser mit rund 30 t BHC zu 50%. In den Zonen des Staates, wo es keine Malaria mehr gibt, wurden mit 18 t BHC zu 30% 67 606 Wohnungen von 12 anderen Mannschaften innen und außen desinfiziert, um den Überträger der Chagas-Krankheit zu vernichten.

Eine der schlimmsten Endemieen des heutigen Brasiliens ist die Schistosomose (Erreger: *Schistosoma mansoni*; Überträger: die Süßwassermuschel *Australorbis tenagophilus* und der Mensch, besonders wenn er seine Notdurft ins Wasser ablegt. Im „Dreieck der Trockenheit“ des Nordostens Brasiliens dürften fast 20% der Bevölkerung verseucht sein. Wegen der vielen Zuwanderer von dort nach Sao Paulo entstanden in den letzten Jahren verschiedene neue Herde in Santos, im Paraibatale und bei Campinas. Gegen die Schistosomose gibt es bis jetzt noch keine befriedigenden präventiven noch kurativen Heilmittel. Um die Mollusken auszumerzen, werden chemische Produkte und Flammenwerfer benutzt, ungefähr 50 000 Muscheln wurden gesammelt und in Laboratorien untersucht. Volksaufklärung in bezug auf körperliche Hygiene, transportierbare Aborte, usw., sind Mittel, um gegen diese furchtbare Krankheit anzugehen.

Dasselbe gilt in bezug auf die häufigste Infektion Brasiliens, die Ancylostomiase. 70% der Bevölkerung des Innern des Staates Sao Paulo und noch mehr in den anderen Bundesstaaten leiden daran. Hygienische Erziehung, Erbauen von Aborten in allen Häusern und auf den fazendas, bewegliche Aborte für größere Truppen von Land- und Straßenarbeitern zur Vorbeugung vor Reinfektionen, bilden die Mittel der Wahl.

Die Staatsregierung von Sao Paulo unterhält verschiedene Institute, welche der Universität mehr oder minder angegliedert sind und deren Aufgabe es ist, die öffentliche Gesundheit zu fördern, Schutz- und Heilmittel gegen die Endemieen herzustellen. Neben den schon genannten Tuberkulose-, Aussätzigen-, Pemphigus-Geisteskrankenasylen verdienen das Bakteriologische, das Hygiene-, das Herzkranken-, das Pasteur- und besonders das Butantan-Institut besondere Erwähnung.

Butantan wurde um die Jahrhundertwende von VITAL BRAZIL gegründet. Seine großen Forschungslinien liegen auf den Gebieten der Bakteriologie, der Virologie, der giftigen Schlangen, Spinnen und Skorpione und besonderer chemischer Präparate. Rund 50 Millionen Spritzen und Drogen gegen Lepra (Sulphonderivate) wurden von 1951 bis 1958 hergestellt, rund 85 Millionen Pockenvakzinen (von 1902 bis 1962), 30 Millionen B.C.G., fast je 1 Million gegen Diphtherie, gegen Starrkrampf und ebenso viele Seren gegen giftige Tiere, um nur einige Produkte des Institutes zu nennen, kamen dem Volke zu Gute (kostenlos).

Anschrift des Verf.: Prof. Dr. Wolfgang Bücherl, Chefe da Seccao Artrópodos Pecenhentos e do Museu Instituto Butantan, Caixa Postal 65, Sao Paulo/Brasil.

RECORSAN®

die älteste **Herzsalbe**
aber allen neuzeitlichen Forderungen entsprechend
schnelle Penetration und Resorption, hierdurch sichere Wirkung
fettfrei – wasserlöslich – nicht schmutzend

O. P. 20 g It. A. T. DM 1,90 o. U.

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

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Nochmals: Dürfen Ärzte, die Ruhegeld beziehen, die RVO-Praxis weiterführen?

von Dr. Theodor Meder

Die Antwort auf diese Frage gibt der § 23 Abs. II der Bayer. Ärzteversorgung.¹⁾ Daß er mit den Vorschriften der Bayer. Verfassung (= BV) zu vereinbaren ist, hat der Bayer. Verfassungsgerichtshof in seiner Entscheidung vom 16. 7. 1962 dargelegt. Hierüber ist in Heft 10/1962 des Bayer. Ärzteblattes berichtet worden. Ein bei der Bayer. Ärzteversorgung versicherter Arzt hat sich neuerdings gegen den § 23 Abs II der Satzung gewandt und beim Bayer. Verfassungsgerichtshof wiederum beantragt, die Vorschrift für nichtig zu erklären. Der Gerichtshof hat den Antrag abgewiesen und dabei auch in bemerkenswerten Ausführungen die Verfassungsmäßigkeit der Organisation der Bayer. Ärzteversorgung behandelt. Er hat dargelegt:

I.

1. Der Antragsteller bestreitet, daß der Landesausschuß der Bayer. Ärzteversorgung, der sich nur aus einigen wenigen Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten zusammensetzt, legitimiert sei, mit Wirkung für Tausende von Mitgliedern über Änderungen der Satzung zu beschließen; der Landesausschuß treffe seine Entscheidungen demokratischen Grundsätzen zuwider in diktatorischer, an nationalsozialistische Grundsätze erinnernder Weise.

a) Zunächst ist richtigzustellen: Die Satzung kann nach Art. 9 Abs. 2, Art. 5 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen (VersG) vom 7. 12. 1933 (BayBS I S. 242) i. d. F. des Gesetzes vom 29. 5. 1957 (GVBl. S. 105) durch den Präsidenten der Versicherungskammer nach Anhörung des Landesausschusses und mit Genehmigung der Aufsichtsbehörde (d. i. des Bayer. Staatsministeriums des Inneren, s. Art. 8 Abs. 1 VersG) geändert werden. Der Landesausschuß besteht aus 15 Ärzten, davon mindestens vier angestellten Ärzten und einer Ärztin, ferner acht Zahnärzten, davon zwei angestellten Zahnärzten, und drei Tierärzten. Die Mitglieder des Landesausschusses werden „aus den Mitgliedern der Anstalt nach Anhören der beteiligten Kreise“ vom Bayer. Staatsministerium des Innern berufen (Art. 48 VersG). Der Ausschuß ist beschlußfähig,

¹⁾ § 23 Abs. I und II der Satzung der Bayer. Ärzteversorgung vom 15. 12. 1956 (BayBS I S. 283) in der Fassung vom 16. 2. 1957 (GVBl. S. 47) und vom 11. 4. 1958 (GVBl. S. 53) lauten:

I. Mitglieder, welche Infolge eines körperlichen Gebrechens oder wegen Schwäche ihrer körperlichen oder geistigen Kräfte zur Ausübung des Berufes unfähig sind, erhalten für die Dauer der Berufsunfähigkeit auf Antrag Ruhegeld:

1. bei vorübergehender Berufsunfähigkeit, wenn sie länger als 26 Wochen gedauert hat, vom Beginn der 27. Woche an; bei angestellten Mitgliedern der Anstalt von dem Zeitpunkt an, zu dem die Gehaltszahlung eingestellt wurde, frühestens nach dem 4. Monat vom Beginn der Berufsunfähigkeit an;
2. bei dauernder Berufsunfähigkeit von deren Beginn, frühestens aber vom Tage der Abmeldung der beruflichen Tätigkeit an.

II. Während des Bezugs des Ruhegeldes ist jede berufliche Tätigkeit untersagt. Dies gilt nicht für Mitglieder, die erst nach Vollendung des 67. Lebensjahres das Ruhegeld in Anspruch nehmen, wenn sie die RVO-Kassenpraxis aufgeben. Bezieher von Ruhegeld, die beim Beginn des Ruhegeldbezuges auf Grund der bis zum 31. Dezember 1954 geltenden Fassung des § 23 Abs. II ihre berufliche Tätigkeit aufgeben haben, können, wenn sie älter als 68 Jahre sind, eine solche Tätigkeit mit Ausnahme der RVO-Kassenpraxis wieder aufnehmen.

wenn alle Ausschußmitglieder oder ihre Stellvertreter eingeladen und mindestens achtzehn anwesend sind. Satzungsänderungen „bedürfen der Zustimmung von mindestens achtzehn Stimmberechtigten“ (§ 7 Abs. III der Satzung).

b) Der Antragsteller scheint der Meinung zu sein, daß die Bestimmungen über die Zusammensetzung, die Zuständigkeit und den Geschäftsgang des Landesausschusses mit dem Volksstaatsgrundsatz des Art. 2 BV²⁾ nicht vereinbar seien. Diese Norm enthält nicht nur Programmsätze, sondern unmittelbar verbindliche — wenn auch keine Grundrechte verbürgende — Vorschriften. Sie greift aber hier nicht ein. Sie befaßt sich, wie der Verfassungsgerichtshof unter Hinweis auf ihre Stellung im 1. Abschnitt („Die Grundlagen des Bayerischen Staates“) des Ersten Hauptteils („Aufbau und Aufgaben des Staates“) der Verfassung wiederholt dargelegt hat, mit der Staatsform, mit der Ausübung der Staatsgewalt und der Wahl der wichtigsten Organe der Demokratie, die als Beauftragte des Volkes wirken. Zu diesen Organen kann der Landesausschuß der Bayer. Ärzteversorgung nicht gezählt werden (vgl. VerfGH 2,181 Leitsatz 13; 12,37/42 f.; 13,153/159,165,169).

Auch das Bundesverfassungsgericht hat zu den einschlägigen Vorschriften des Grundgesetzes — Art. 20 Abs. 1 und 28 Abs. 1 — in der Entscheidung BVerfGE 11,310/321 zutreffend ausgesprochen, daß sich aus dem ihnen zugrunde liegenden Bekenntnis zur Demokratie nicht allgemein Forderungen nach einer bestimmten organisatorischen Gestaltung juristischer Personen des öffentlichen Rechts — es handelte sich um Versicherungsträger der Sozialversicherung — herleiten lassen.

Zudem kann von einer diktatorischen Befugnis des Landesausschusses, die Satzung zu gestalten, keine Rede sein. Dies ergibt sich aus der — noch des näheren zu erörternden (s. 2) — Funktion der Bayer. Versicherungskammer und aus dem Erfordernis der Genehmigung des — dem Bayer. Landtag gegenüber verantwortlichen (s. Art. 51 Abs. 1 BV) — Bayer. Staatsministeriums des Innern. Der Geschäftsgang des Landesausschusses entspricht demokratischen Grundsätzen (s. § 7 Abs. III der Satzung). Der Ausschuß wird allerdings, wie schon ausgeführt, durch das Bayer. Staatsministerium des Innern berufen, also nicht von den Mitgliedern der Bayer. Ärztekammer gewählt, wie es, wenn sie als Körperschaft des öffentlichen Rechts errichtet wäre, moderner demokratischer Auffassung entspräche. Der Verfassungsgerichtshof hat aber bereits in seiner Entscheidung VerfGH 4,219/239 ff. dargelegt, daß die Bayer. Ärzteversorgung keine Körperschaft, sondern eine Anstalt des öffentlichen Rechts ist. Die Entscheidung läßt erkennen, daß er die organisatorische Gestaltung des Landesausschusses nicht beanstanden wollte. Er hat vielmehr gerade darin, daß den Versicherten (den „Destinatären“) kein Einfluß auf die Geschäftsabwicklung zukommt, einen besonders deutlichen Hinweis auf den Anstaltscharakter der Bayer.

²⁾ Art. 2 der Bayer. Verfassung (= BV) lautet: Bayern ist ein Volksstaat, Träger der Staatsgewalt ist das Volk. Das Volk tut seinen Willen durch Wahlen und Abstimmungskund. Mehrheit entscheidet.

Ärzteversorgung gesehen. Dieser Auffassung ist auch das Bundesverfassungsgericht gefolgt (BVerfGE 10,354/362). Es betont, daß die Ärzte durch die Bayer. Ärzteversorgung nicht zu einem echten Personenverband zusammengeschlossen seien; ihre „Mitgliedschaft“ erschöpfe sich vielmehr darin, daß sie Beiträge zur Erreichung des Anstaltszwecks, d. i. zur Ansammlung von Geldmitteln für die Gewährung der Versicherungsleistungen zu entrichten hätten.

Daß die Vorschriften über den Landesausschuß entgegen der Meinung des Antragstellers mit nationalsozialistischen Grundsätzen nicht das geringste zu tun haben, ergibt sich schon daraus, daß bereits die Satzung vom 24. 8. 1923 (s. Bayer. Ärtzl. Corresp. Blatt 1923 Nr. 35,36) ähnliche Vorschriften enthalten hatte (s. § 1 Abs. IV, 30); die vom Antragsteller besonders bemängelte geringe Zahl der Ausschußmitglieder war damals sogar noch erbeblich niedriger (s. § 30 Abs. I).

2. Dem Präsidenten der Bayer. Versicherungskammer kommt, wie bereits bemerkt, bei der Festsetzung der Satzung eine entscheidende Rolle zu. Die Versicherungskammer ist eine Behörde des Bayerischen Staates. Es fragt sich daher, ob die Satzung der Bayer. Ärzteversorgung wirklich zu den Satzungen im Rechtsinne zu rechnen ist. Nur für diese, nicht aber auch für die von staatlichen Behörden erlassenen Rechtsverordnungen sind gesetzliche Ermächtigungen entbehrlich, die nach Inhalt, Zweck und Ausmaß festgelegt sind (VerfGH 15,22/25; BVerfGE 12,319/325).

Unter einer Satzung ist eine Vorschrift zu verstehen, die von einer dem Staat eingeordneten juristischen Person des öffentlichen Rechts im Rahmen einer gesetzlich verliehenen Autonomie mit Wirksamkeit für die ihr angehörigen und unterworfenen Personen erlassen wird; ein wesentliches Unterscheidungsmerkmal der Anstaltsatzung gegenüber der Rechtsverordnung liegt also darin, daß die Satzungen nicht durch die staatliche Exekutive, sondern durch die Organe der Anstalt erlassen werden (BVerfGE 10,20/49 f.).

a) Zunächst ist zu bemerken, daß die Satzungsänderungen nur unter Mitwirkung des Landesausschusses zustande kommen können. Dieser ist keine staatliche Behörde, sondern ein aus Mitgliedern der Anstalt zusammengesetztes Anstaltsorgan. Er muß, wie bereits ausgeführt, nach Art. 5 Abs. 1 Nr. 1 VersG gebürt werden. Ein weitergehendes Mitwirkungsrecht steht ihm allerdings nicht zu. Die einschlägigen Vorschriften der Satzung (§ 6 Abs. I: „Der Landesausschuß beschließt über Änderungen der Satzung...“; § 4 Abs. I: „Die Satzung kann von der Bayer. Versicherungskammer entsprechend den Beschlüssen des Landesausschusses... geändert werden“) scheinen dem Landesausschuß eine umfassendere Aufgabe im Sinne einer „rechtsschöpfenden Gestaltungsfunktion“ (vgl. MENGER, Verw. Arch. 1961,410/417) zuzubilligen. Sie müssen aber gesetzeskonform gemäß dem Art. 5 Abs. 1 Nr. 1 VersG ausgelegt werden.

b) Entscheidend ist, daß die Bayer. Versicherungskammer, für die ihr Präsident tätig wird, nicht als Stelle der staatlichen Exekutive, sondern als Selbstverwaltungsorgan der Bayer. Ärzteversorgung handelt, wenn sie von der Befugnis Gebrauch macht, deren Satzung zu ändern. Die Versicherungskammer hat eine Dop-

peinstellung inne. Sie ist eine Landeszentralbehörde, zugleich aber auch ein Organ der mit dem Recht der Selbstverwaltung ausgestatteten bei ihr bestehenden Anstalten, zu denen die Bayer. Ärzteversorgung gehört (VerfGH 4, 219/249, 13, 109/119, SCHMITT-LERMANN, Die Bayer. Versicherungskammer in Vergangenheit und Gegenwart — 1952 — S. 44 ff.; MANG-MAUNZ-MAYER-OBERMAYER, Staats- und Verwaltungsrecht in Bayern — 1962 — S. 469). Die einzelnen ihr durch das Gesetz und die Satzung übertragenen Aufgaben kennzeichnen sie als Organ der Anstalt. Diese Eigenschaft ergibt sich, wie SCHMITT-LERMANN (a. a. O. S. 47) des näheren darlegt, auch aus der Entstehungsgeschichte der Bayer. Ärzteversorgung. Ihre Gründung vollzog sich in der Art, daß der Staat von der Ärzteschaft gebeten wurde, die Bayer. Versicherungskammer als Selbstverwaltungsorgan der neu zu gründenden Selbstverwaltungseinrichtung zur Verfügung zu stellen (vgl. STAUDER, MedWSchr. 1925, 33). Soweit die Versicherungskammer als Selbstverwaltungsorgan der Anstalt tätig wird, unterliegt sie nicht der allgemeinen Befehlsgewalt des ihr als Behörde vorgesetzten Bayer. Staatsministeriums des Innern, sondern nur der sich aus Art. 8 VersG ergebenden Staatsaufsicht.

Der Entscheidung BVerfGE 10, 354/355 f. ist zu entnehmen, daß die Satzung der Bayer. Ärzteversorgung auch nach der Auffassung des Bundesverfassungsgerichts ordnungsgemäß „von der Versicherungskammer unter Mitwirkung des Landesausschusses“ als den hierzu berufenen Organen erlassen worden ist.

II.

1. Daß die Bestimmungen der Satzung über das Ruhegeld nicht gegen das Grundrecht des Eigentums (Art. 103 BV) verstoßen, hat der Verfassungsgerichtshof bereits in seiner Entscheidung vom 16. 7. 1962 ausgeführt.

Der Antragsteller glaubt dennoch, daß die angefochtene Vorschrift verfassungswidrig sei, weil die Bayer. Ärzteversorgung nicht nur als Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenen-, sondern auch als Altersversorgungsanstalt errichtet worden sei; der Anspruch auf Altersversorgung sei den Mitgliedern erst im sog. Dritten Reich widerrechtlich entzogen und dieses nationalsozialistische Unrecht bis heute nicht beseitigt worden.

Auch hier geht der Antragsteller von Voraussetzungen aus, die nicht zutreffen.

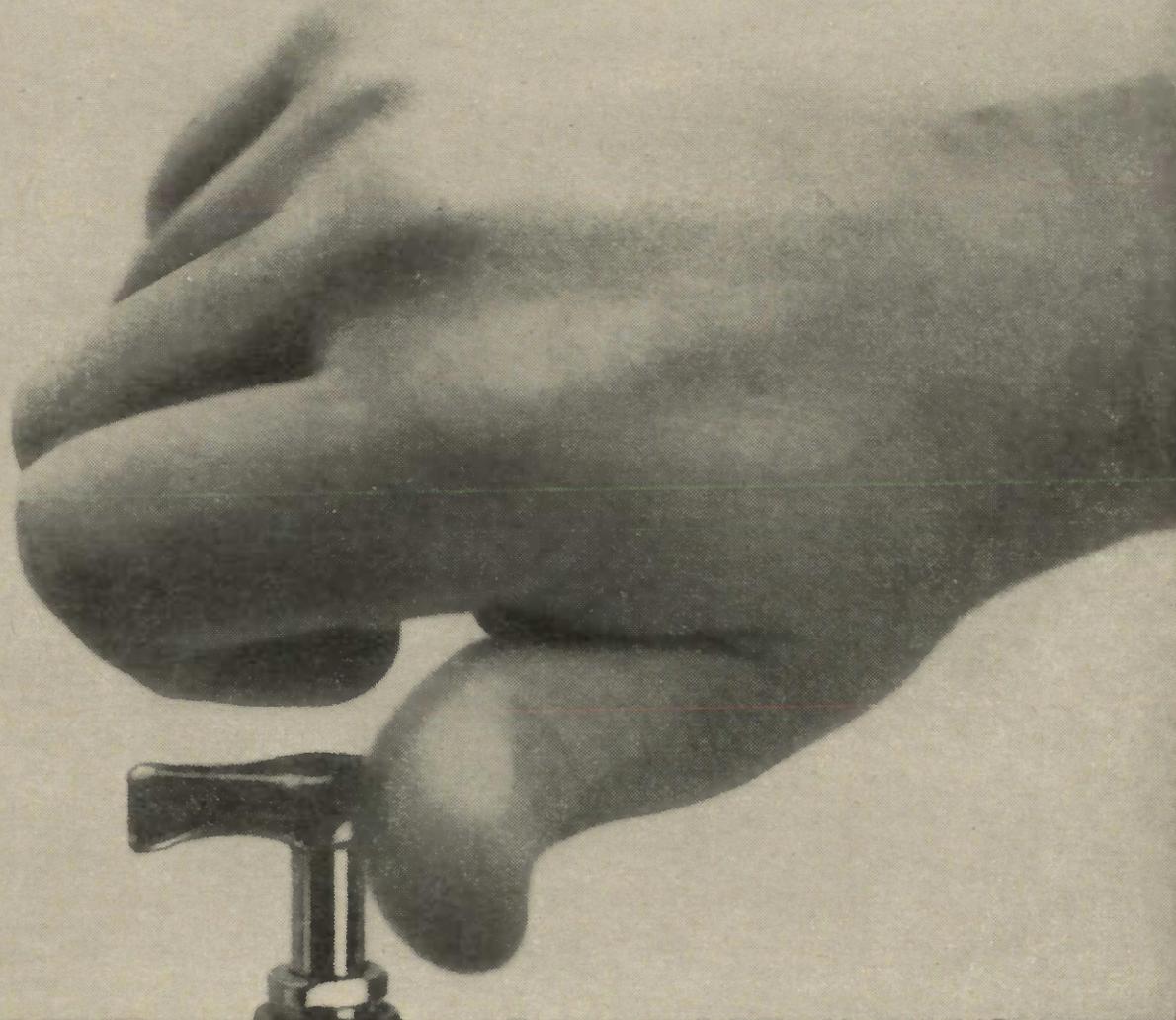
Die Bayer. Ärzteversorgung ist ihrem Wesen nach eine Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung. Hierauf war, wie die Entstehungsgeschichte der Anstalt beweist, von Anfang an die Absicht der bayerischen Ärzteschaft und des Gesetzgebers gerichtet. Dies zeigt bereits der am 22. 12. 1922 von einigen Abgeordneten des Bayer. Landtags gestellte Antrag (s. Drucks. des Bayer. Landtags, Tagung 1922/23 Beil. 3029):

Der Landtag wolle beschließen: Die Staatsregierung sei zu ersuchen, durch eine Vorlage an den Landtag die gesetzliche Grundlage zu schaffen, die der Ärzteschaft die Errichtung einer Versorgungsanstalt für dienstunfähige Ärzte und Hinterbliebene mit Zwangsbeitritt und Zwangsbeiträgen ermöglicht.

Demgemäß bob auch der Berichtstatter bei der Beratung des Antrags im Landtag hervor (Verh. des Bayer. Landtags 1922/23 Bd. 7 S. 519);

Machen Sie aus Leitungswasser Kraft. Reinigungskraft!

... durch entspanntes Wasser



Im reinen Leitungswasser ruht starke, aber ungenutzte Energie. PRIL macht daraus Kraft!

Warum? Weil PRIL das Wasser entspannt! PRIL-entspanntes Wasser ist nasser und kraftvoller, gründlicher und fleißiger.

Was bedeutet das für Sie?

1. Arbeitserleichterung.

2. Einsparung von Arbeitszeit und Kosten.
3. Sauberkeit und Hygiene in der ganzen Praxis.

Eine blitzsaubere Praxis durch wenig PRIL.

Ein Eßlöffel PRIL-Pulver gibt einen Eimer entspanntes Wasser. Damit kann Ihr Reinigungspersonal schon allherhand säubern. Den Fußboden des Wartezimmers oder des Behandlungsraumes. Oder die Fenster, Türen und Kacheln. (Natürlich auch die Instrumente). Alles, was Wasser verträgt, braucht PRIL-entspanntes Wasser. Es dringt in Fugen und Rillen. Es löst Schmutz und Fett gründlich und schwemmt müheles alles weg.

PRIL-Pulver im 2 kg-Fäßchen, PRIL-flüssig und PRIL-Spezial (schaumarm - für Geschirrspülmaschinen) in 5 kg- und 30 kg-Behältern.

Pril

entspannt das Wasser -
darauf kommt es an!

An der Versorgung aus Anstaltsmitteln sollen lediglich die dienstunfähigen Ärzte teilnehmen. Im Ausschuß wurde der Begriff der Dienstunfähigkeit eingehend bezeichnet... Neben den Ärzten sollen auch ihre Hinterbliebenen an den Wohltaten der Anstalt teilnehmen.

Der Bayer. Landtag stimmte am 23. 1. 1923 dem — inzwischen auf die Versorgung der Zahnärzte und der Tierärzte ausgedehnten (s. LTBeil. 3218) — Antrag zu (s. Verh. des Bayer. Landtags a. a. O.).

Am 16. 8. 1923 wurde das Gesetz über die Bayer. Ärzteversorgung (GVBl. S. 255) beschlossen, auf Grund dessen alsdann die Anstalt durch Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 22. 8. 1923 (MABl. S. 69) errichtet wurde. Auch in der Amtlichen Begründung des Gesetzes (Drucks. des Bayer. Landtags Tagung 1922/23 Bell. 3637) wurde betont, daß eine gesetzliche Grundlage geschaffen werden müsse, die der Ärzteschaft die Errichtung einer Versorgungsanstalt für dienstunfähige Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte und ihre Hinterbliebenen mit Zwangsbeitritt und Zwangsbeiträgen ermöglicht.

Demgemäß ist die Bayer. Ärzteversorgung auch im Schrifttum von Anfang an als Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgungsanstalt gewürdigt worden (vgl. z. B. STAUDER a. a. O. S. 33; SCHMITT, Das bayer. Versicherungswesen, Vorbem. vor Art. 46 VersG S. 75; SCHMITT-LERMANN a. a. O. S. 215, 217 f.; ders. Die Verfassungsmäßigkeit der Pflichtmitgliedschaft bei der Bayer. Ärzteversorgung — ebenda S. 69 f.). Desgleichen bezeichnet sie das Bundesverfassungsgericht als „Berufsunfähigkeitsversicherung“ und sieht ihren Zweck gerade in der Sicherung „der wirtschaftlichen Lage des Arztes und seiner Familie nach Beendigung der Berufsausübung“ (BVerfGE 10, 354/356, 362; s. ferner die Ausführungen über den Zweck der Bayer. Ärzteversorgung in den Entscheidungen des Bayer. Verfassungsgerichtshofs vom 7. 12. 1951 — VerfGH 4, 219/237, vom 30. 9. 1960 — VerfGH 13, 109 —, vom 19. 3. 1959 — VerfGH 12, 14/19 — und vom 16. 7. 1962 Vf. 101-VII-60).

Auch die Anstalt selbst erblickte daher ihre eigentliche Aufgabe in der Gewährung der Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenversorgung. Sie sah allerdings in ihrer Satzung i. d. F. vom 24. 8. 1923 außer dem Ruhegeld für berufsunfähige Ärzte und der Hinterbliebenenversorgung — dem Kern der Anstaltsleistungen — eine sog. Altersrente vor. Nach § 16 erhielten die Mitglieder vom ersten Tag des der Vollendung des 65. Lebensjahres folgenden Kalendermonats an „den halben Zuschlag“ als Altersrente, sofern sie nicht Ruhegeld bezogen; ihre Pflicht, Beiträge zu leisten, blieb bestehen. Der Zuschlag, der sich nach Maßgabe des § 15 der Satzung errechnete, war indes so niedrig, daß er nur als geringfügige Nebenleistung, keinesfalls aber als Altersversorgung zu werten war. Es wurde denn auch nicht als solche, sondern nur als „eine gewisse Entschädigung für Zinsverlust“, als Versichertendividende oder als Beitragsrückgewähr aufgefaßt, wie sie in privaten Lebensversicherungen üblich ist (vgl. KERSCHENSTEINER, Bayer. Ärztezeitung 1929 Nr. 38; HILGER, ebenda Nr. 40/41). Die Regelung wurde schon wenige Jahre nach ihrer Einführung als so unbefriedigend empfunden (s. KERSCHENSTEINER und HILGER a. a. O.),

daß sie in die neue Fassung der Satzung vom 11. 8. 1930 nicht wieder aufgenommen wurde. Gleichzeitig wurde damals bestimmt, daß die Beitragspflicht für alle Mitglieder erlosch, sobald sie das 65. Lebensjahr vollendet hatten (§ 9 Abs. VI, s. nunmehr § 18 Abs. VI der Satzung).

Hieraus folgt, daß die Streichung des § 16 a. F. die Grundstruktur der Bayer. Ärzteversorgung nicht berührte. Es kann keine Rede davon sein, daß die Anstalt, wie der Antragsteller annimmt, nach der Bayer. Verfassung verpflichtet wäre, die im Jahre 1930 erlassene Vorschrift wieder aufzuheben. Sie ist längst vor dem Inkrafttreten der heute geltenden Verfassung — entgegen der Meinung des Antragstellers auch schon vor dem Beginn der nationalsozialistischen Herrschaft — beschlossen worden. Gegenüber einer damals vollzogenen Enteignung könnte der Schutz des heute geltenden Verfassungsrechts nicht beansprucht werden, auch nicht etwa auf dem Wege über die vom Antragsteller angeführte Übergangsvorschrift des Art. 186 Abs. 2 BV (vgl. VerfGH 8, 25/28 f.; BVerfGE 2, 237/246; 4, 219/237; BVerwGE 2, 35; BayObLGZ 1960 16/25). Vor allem aber war die Regelung des Jahres 1930, soweit sie die Anwartschaft auf die bisher als Nebenleistung vorgesehene sog. Altersrente beseitigte, keine Enteignungsnorm, und zwar weder nach damaligem Recht (s. Art. 153 WRV) noch nach den Grundsätzen des heute geltenden Verfassungsrechts. Denn selbst wenn die Anwartschaften auf Leistungen der Bayer. Ärzteversorgung des verfassungsrechtlichen Eigentumsschutzes teilhaft wären, so wäre es der Anstalt doch vorbehalten, ihre Leistungen im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften zu mindern, und zwar dergestalt, daß Neuordnungen auch die Anwartschaften ergreifen (s. VerfGH 15, 59/65; BVerfGE 11, 221/226 f.).

2. Auch der Gleichheitssatz (Art. 118 Abs. 1 BV) wird, wie ebenfalls schon in der Entscheidung vom 16. 7. 1962 dargelegt, durch die angefochtene Regelung nicht verletzt.

a) Der Antragsteller trägt vor, es sei mit dieser Norm nicht zu vereinbaren, daß die Tierärzte nach Vollendung des 65. Lebensjahres Ruhegeld auch dann erhielten, wenn sie weiterhin ihre gesamte berufliche Tätigkeit ausübten, während die Ärzte und Zahnärzte ihre Kassenpraxis aufgeben müßten.

Zunächst ist hervorzuheben, daß auch die Tierärzte nach der Grundregel des § 23 Abs. II Satz 1 der Satzung Ruhegeld nur dann erhalten, wenn sie jegliche berufliche Tätigkeit aufgeben. Denn diese das Berufsunfähigkeitsprinzip normierende Vorschrift (vgl. VerfGH 15, 59/69) gilt für alle Mitglieder.

Wie in der angeführten Entscheidung des Verfassungsgerichtshofs (S. 64) des näheren dargelegt, hat der im Jahre 1955 in die Satzung eingefügte § 23 Abs. II Satz 2 das Berufsunfähigkeitsprinzip gelockert. Er sieht unter bestimmten Voraussetzungen die Gewährung von Ruhegeld auch für ältere Mitglieder vor, die noch in der Lage und willens sind, einen Teil ihrer beruflichen Arbeit zu verrichten, und zwar „für Mitglieder, die erst nach Vollendung des 67. Lebensjahres das Ruhegeld in Anspruch nehmen, wenn sie die RVO-Kassenpraxis aufgeben“. Der den § 23 Abs. II Satz 2 abschließende Bedingungssatz kann sich, da er von der Aufgabe der RVO-Kassenpraxis spricht, nur auf Ärzte und Zahnärzte,

nicht aber auf Tierärzte beziehen. Die Bayer. Ärzteversorgung legt den § 23 Abs. II Satz 2 so aus, daß die Lockerung des Invaliditätsprinzips auch den Tierärzten zugute kommt: Sie läßt den Hauptsatz nebst dem Relativsatz für alle Mitglieder gelten; nur der von der Aufgabe der RVO-Kassenpraxis handeiende Bedingungssatz soll sich nach ihrer Auffassung allein auf Ärzte und Zahnärzte beziehen. Gegen diese Auslegung der nicht eben glücklich gefaßten Vorschrift lassen sich zwar an sich im Hinblick auf ihren Wortlaut Bedenken erheben. Dennoch soll hier von ihr ausgegangen werden. Sie verdient den Vorzug, weil ihr Ergebnis befriedigender ist; würde sie abgelehnt, so blieben die Tierärzte ganz von den Vorteilen ausgeschlossen, die den Mitgliedern durch die Lockerung des Invaliditätsprinzips zuteil werden sollten — eine Folge, die als ungerecht empfunden werden müßte. Der die Tierärzte mit einbeziehenden Auslegung folgt die Bayer. Versicherungskammer seit jeher. Sie ist nicht nur zur Verwaltung und Vertretung der Anstalt berufen (s. Art. 1 Abs. 1, 2 VersG, § 2 Abs. 1, 11 der Satzung), sondern hat auch, wie oben dargelegt, bei der Gestaltung der Satzung entscheidend mitzuwirken. Der Landesauschuß und das Bayer. Staatsministerium des Innern billigen diese ständige Übung. Es könnte also jederzeit, wenn — bisher noch von keiner Seite geäußerte — Zweifel an ihrer Berechtigung laut werden sollten, eine „authentische Interpretation“, eine Klarstellung des § 23 Abs. II Satz 2 der Satzung vollzogen werden, die mit Sicherheit im Sinne der schon immer üblichen Auslegung ausfiele. Diese wird auch in der Popularklage zugrunde gelegt.

Dem Antragsteller ist zuzugeben, daß die Vorschrift, so aufgefaßt, eine gewisse Ungleichheit zum Vorteil der Tierärzte bewirkt. (Sie besteht allerdings nicht in dem von ihm irrtümlich angenommenen Umfang; denn die Bayer. Ärzteversorgung gewährt den noch beruflich tätigen Tierärzten das Ruhegeld nicht schon mit Vollendung des 65., sondern erst des 67. Lebensjahres.)

„Gleichheit“ für die beiden Gruppen herzustellen, ließe sich auf verschiedenen Wegen versuchen. Es könnte erwogen werden, den Bedingungssatz am Ende des § 23 Abs. II Satz 2 zu streichen. Dann wäre das Ruhegeld auf jeden Fall allen Mitgliedern nach Vollendung des 67. Lebensjahres zu gewähren, also auch den Ärzten und Zahnärzten, die ihre gesamte Praxis einschließlich der RVO-Kassenpraxis weiterführen. Daß sich diese Lösung aus gewichtigen finanziellen Gründen nicht durchführen läßt, ist bereits in der Entscheidung vom 18. 7. 1962 dargelegt worden. Es könnte ferner an eine Regelung gedacht werden, nach der umgekehrt alle Mitglieder ihre berufliche Tätigkeit einschränken müssen, wenn sie nach Vollendung des 67. Lebensjahres Ruhegeld beziehen wollen: die Ärzte und Zahnärzte durch Aufgabe der RVO-Kassenpraxis, die Tierärzte

durch eine entsprechende Einschränkung ihrer Tätigkeit, so daß sich ihr Arbeitseinkommen in dem Maß verringern würde, wie, im Durchschnitt betrachtet, das Arbeitseinkommen der Ärzte und Zahnärzte, die ihre Kassenpraxis aufgeben. Eine solche Begrenzung zuverlässig zu errechnen und durchzuführen, wäre indes praktisch kaum möglich. Es bliebe ein dritter Weg: die Rückkehr zu der Regelung, die vor der Novelle vom 1. 1. 1955 galt. Er ließe sich zwar ohne besondere rechtliche Schwierigkeiten beschreiten. Er wäre aber mit dem Willen der meisten Mitglieder — sicherlich auch mit dem des Antragstellers — nicht zu vereinbaren. Denn die Lockerung des Invaliditätsprinzips durch den § 23 Abs. II Satz 2 entsprach, wie in der Entscheidung vom 16. 7. 1962 ausgeführt, einem im Kreis der bayerischen Ärzte weitverbreiteten Wunsch.

Die Ärzteversorgung war durch den Gleichheitssatz des Art. 118 Abs. 1 BV nicht gehindert, diese Regelung zu treffen. Es ist ihr nicht schlechterdings untersagt, ihre Leistungen je nach den besonderen Verhältnissen der Mitglieder zu differenzieren (vgl. VerfGH 5, 287/296). Sie braucht daher auf eine für eine Mitgliedergruppe sachgerechte Lösung nicht deshalb zu verzichten, weil sich diese ihrer Art nach auf eine andere Gruppe nicht anwenden läßt. Sie darf allerdings keine Gruppe in unsachlicher Weise benachteiligen. § 23 Abs. II Satz 2 der Satzung bringt so, wie er von der Bayer. Ärzteversorgung angewendet wird, den Ärzten und Zahnärzten keine derartige Benachteiligung. Die Anstalt konnte, wie von ihr des näheren dargelegt worden ist, von der Erfahrungstatsache ausgehen, daß Tierärzte ihren Beruf, dessen Ausübung regelmäßig in hohem Maß auch körperlichen Einsatz erfordert, zumeist über das 67. Lebensjahr hinaus nicht oder doch nur mit erheblichen Einschränkungen auszuüben vermögen, so daß sie durch die bestehende Regelung gegenüber den Ärzten und Zahnärzten nicht in willkürlicher Weise bevorzugt werden.

b) Der Antragsteller meint ferner, ein Verstoß gegen Art. 118 Abs. 1 BV liege darin, daß dem Arzt keine Altersrente gewährt werde, während sie allen Beamten, Angestellten und Arbeitern zustehe.

Der Gleichheitssatz bindet den Gesetzgeber nur für den ihm zukommenden Bereich (VerfGH 9, 141/145; 12, 131/37; 14, 4/15; BVerfGE 10, 354/71). Die Bayer. Ärzteversorgung ist daher nicht verpflichtet, ihre Versorgungsvorschriften den Normen des Bundes und der Länder über die Sozialversicherung der Angestellten und Arbeiter und über die beamtenrechtliche Versorgung anzupassen. Zudem ist auch der Gleichheitssatz nicht schon dann verletzt, wenn wirtschaftlich gleiche Lagen rechtlich verschieden behandelt werden; denn es muß auch die Zugehörigkeit zu verschiedenartigen Ordnungssystemen berücksichtigt werden (BVerfGE 11, 283).

**Wenn Haut
zu heilen -**

Lyssia Salbe

Im Bereich des Versicherungs- und Versorgungswesens darf und muß jede Einrichtung ihre Leistungen aus ihren eigenen Verhältnissen und Grundlagen heraus festsetzen (VerfGH 4, 219 Leitsatz 11; VerfGH 5, 287 Leitsatz 6). Die Bayer. Ärzteversorgung unterscheidet sich nach ihrer organisatorischen Struktur und nach ihrem Zweck wesentlich von der bundesrechtlichen Sozialversicherung und von der Versorgung der Beamten des öffentlichen Dienstes. Ihr Charakter als Zwangsversorgung eines freien Berufsstandes und das von ihr verfolgte Ziel rechtfertigen es, daß sie sich auf die in der Satzung vorgesehenen Leistungen beschränkt. Das ist in der Entscheidung vom 16. 7. 1962 mit ausführlicher Begründung dargetan worden.

c) Der Antragsteller weist schließlich darauf hin, daß die beamteten und angestellten Ärzte mit 65 Jahren ihr Ruhegehalt oder ihre Angestelltenrente erhielten. Zugleich gewähre ihnen die Bayer. Ärzteversorgung Ruhegeld. Auf eine RVO-Kassenpraxis bräuchten sie nicht zu verzichten, da sie keine gehabt hätten. Sie könnten sich dann zusätzlich zu diesen Bezügen noch eine Praxis aufbauen. Auch deshalb verstoße § 23 Abs. II der Satzung gegen den Gleichheitssatz.

Es trifft zu, daß beamtete Ärzte nach Vollendung des 65. Lebensjahres in den Ruhestand treten und sodann Ruhegehalt beziehen (Art. 55, 120 BayBG). Desgleichen erhalten angestellte Ärzte nach Maßgabe des § 25 AVG Altersruhegeld, wenn sie das 65. Lebensjahr vollendet haben. Den Beamten stehen diese Bezüge auf Grund des Beamtenverhältnisses zu, den Angestellten auf Grund des Versicherungsverhältnisses. Daß die Bayer. Ärzteversorgung beamteten oder angestellten Ärzten ein ihnen nach § 23 der Satzung gebührendes Ruhegeld nicht deshalb verweigern darf, weil sie noch anderes Einkommen haben, ist selbstverständlich. Sie haben ihrerseits Beiträge gemäß §§ 17 ff. der Satzung geleistet und können daher auch Anspruch auf das satzungsmäßige Ruhegeld erheben (s. §§ 21 ff. der Satzung). Sie erhalten es nach Vollendung des 65. Lebensjahres, wenn sie keine berufliche Tätigkeit mehr ausüben. Denn dann unterstellt die Anstalt — wie bei allen anderen Ärzten — den Eintritt des Versicherungsfalles (s. VerfGHE vom 5. 11. 1962 Vf. 77-VII-62 S. 6; SCHMITT-LERMANN, Die Bayer. Versicherungskammer in Vergangenheit und Gegenwart S. 227). Dagegen bleibt ihnen das Ruhegeld nach § 23 Abs. II Satz 1 der Satzung, wie allen anderen Ärzten auch, versagt, wenn sie noch irgendeine berufliche Tätigkeit ausüben. Nach Vollendung des 67. Lebensjahres steht dem Bezug des Ruhegeldes — wiederum wie bei anderen Ärzten — eine außerhalb einer RVO-Kassenpraxis ausgeübte berufliche Tätigkeit nicht mehr entgegen. Durch die angefochtene Vorschrift werden also die beamteten und angestellten Ärzte nicht verfassungswidrig bevorzugt. Vielmehr gilt das — verfassungsrechtlich nicht zu beanstandende — Invaliditätsprinzip in seiner schärferen (§ 23 Abs. II Satz 1) und in der gelockerten Form (§ 23 Abs. II Satz 2) gleichmäßig für alle Ärzte. Daß die Versagung des Ruhegeldes wegen Ausübung einer beruflichen Tätigkeit Ärzten, die kein Vermögen und kein sonstiges Einkommen, besonders keine versicherungs- oder versorgungsrechtlichen Ansprüche, haben, wirtschaftlich härter treffen kann als die übrigen Ärzte, ist richtig. Es kann aber keine Rede davon sein, daß die Anstalt ihre Leistungen nach

diesem Gesichtspunkt zu differenzieren hätte (vgl. VerfGH 15, 59/68).

Im übrigen ist die Zahl der angestellten Ärzte, denen zugleich Altersruhegeld von der Bundesanstalt für Angestellte und Ruhegeld von der Bayer. Ärzteversorgung zukommt, nur sehr gering, da sich die meisten angestellten Ärzte nach § 7 Abs. 2 AVG von der Versicherungspflicht befreien lassen. Beamtete Ärzte sind umgekehrt nach § 11 Nr. 2 der Satzung von der Pflichtmitgliedschaft bei der Bayer. Ärzteversorgung ausgenommen; sie können allerdings nach Maßgabe des § 13 der Satzung als freiwillige Mitglieder zugelassen werden (vgl. auch die Übergangsvorschrift des § 44 der Satzung).

3. Inwiefern die angefochtene Vorschrift gegen die vom Antragsteller sonst noch angeführten Bestimmungen verstoßen sollte, ist nicht ersichtlich. Art. 98 BV gewährt für sich allein kein Grundrecht, sondern setzt für seine Anwendung das Bestehen eines solchen Rechts auf Grund anderer Verfassungsnormen voraus (VerfGH 5, 266/302; 8, 52/57). Art. 116 BV schlägt nicht ein, weil der Arzt kein öffentliches Amt im Sinne dieser Norm innehat (vgl. VerfGH 4, 30/48; 7, 40/44; 14, 77/86).

Daß die Art. 3, 101 und 171 BV nicht verletzt sind, ist bereits in der Entscheidung VerfGH 15, 59/65, 66 f., 68 eingehend dargelegt worden.

Der Antrag war daher abzuweisen.

Ansch. d. Verf.: Dr. jur. Theodor Meder, 8 München 22, Ottingenstraße 64.

Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichtshofs

In dem bekannten Rechtsstreit von Prof. Dr. Maurer, Chefchirurg und Ärztlicher Direktor am Krankenhaus rechts der Isar in München, hatte bekanntlich der Bayerische Verwaltungsgerichtshof durch Urteil vom 26. 10. 1962 die Revision zum Bundesverwaltungsgericht nicht zugelassen. Prof. Dr. Maurer hatte gegen diese Entscheidung durch seinen Karlsruher Rechtsanwalt, Dr. Robert Schmelcher, Justitiar des Deutschen Chefarztverbandes, Beschwerde erhoben. Das Bundesverwaltungsgericht hat nunmehr durch Beschluß vom 16. 7. 1963 (BVerwGO VII B 35.63) dieser Beschwerde stattgegeben und die Entscheidung des Bayer. Verwaltungsgerichtshofes über die Nichtzulassung der Revision gegen sein Urteil vom 26. 10. 1962 aufgehoben mit der Begründung, daß die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung habe.

Zum Spätherbst ist die Anreise der ersten deutschen wissenschaftlich-bergsteigerischen ANTARKTIS-EXPEDITION nach dem Kriege geplant. Ziel des Unternehmens ist die Erschließung des sogenannten Mühlig-Hefmann-Gebirges auf „Neuschwabenland“. Die private Finanzierung der Expedition ist äußerst schwierig und muß daher viele Wege gehen; einer davon ist unsere GRUSSKARTENAKTION.

Gegen DM 12.— erhält jeder Einzahler auf das „Herrligkoffer-Antarktiskonto“ Postscheckkonto München Nr. 35070 oder

„Herrligkoffer-Antarktiskonto“ Deutsche Bank München Nr. 37625

eine philatelistisch wertvolle Ansichtskarte aus dem Expeditionsgebiet zugesandt; sie trägt die Unterschriften sämtlicher 20 Teilnehmer, sowie Stempel und Vignette der Expedition.

Jeder Beitrag ist für uns wertvoll und jede Grußkarte wird dem Empfänger Freude bereiten. Bitte unterstützen auch Sie die

Deutsche Antarktis-Expedition 1963/64

STEUERFRAGEN

Sparen und Anlegen

Renten im Wertpapierdepot

Wir haben also ein Wertpapierdepot bei einer Bank oder einer Sparkasse. Weil wir umsichtige Leute sind, enthält dieses Depot verschiedene Arten von Wertpapieren. Es besteht z. B. aus Pfandbriefen bzw. Anleihen (etwa 40 Prozent), Investmentzertifikaten (gleichfalls etwa 40 Prozent) und zum Rest aus zwei oder drei guten Standard-Aktien, wie Rheinisch-Westfälisches Elektrizitätswerk (RWE), Farben-Bayer oder Siemens & Halske. Das ist ein Anlagevorschlag beispielsweise für den, der 10 000 bis 15 000 DM anzulegen, also über seinen mehr oder weniger laufenden Geldbedarf hinaus zur Verfügung hat.

1. Pfandbriefe und Anleihen lassen weder nennenswerte Kursgewinne noch -verluste erwarten und garantieren einen guten Zins von derzeit etwas über sechs Prozent im Jahr. Investmentzertifikate von Wertpapierfonds folgen hinsichtlich der Preisentwicklung der Börsentendenz und erbringen einen recht guten jährlichen Durchschnittsertrag, der in der Regel an den Sparer ausgeschüttet wird, bei uns in Deutschland aber zum Teil Geld enthält, das eigentlich in den Fonds weiterarbeiten sollte. Die Aktie schließlich ist eine Anlage von täglich schwankendem Wert und mit von Jahr zu Jahr veränderlicher Verzinsung.

Je größer die anlagefähigen Mittel sind, um so mehr sollte man sich auf Rentenwerte und Aktien konzentrieren, denn das Investmentzertifikat ist im Grunde nur für denjenigen da, dessen Mittel zu klein für die Zusammenstellung eines ganzen Aktien-Buketts sind (oder der keine Lust hat, seinen Aktienbesitz selbst gut zu mischen); das ist bekanntlich die Arbeit, die eine Investmentgesellschaft für die Eigentümer der Zertifikate ihrer Fonds tut. Also Renten und Aktien bei größeren Depots. Geld, das auf wenige Jahre hinaus angelegt werden soll, investiert man am besten in Rentenwerten, denn bei einigermaßen stabilen Geldwertverhältnissen bringt die hohe Verzinsung dieser Papiere dem Sparer im Durchschnitt mehr Freude und Ertrag als der Besitz von Aktien, die heute nicht nur, von wenigen Ausnahmen abgesehen, eine niedrigere Rendite als Renten haben, sondern bei denen auf mittlere Fristen auch keineswegs sicher ist, daß sie im Wert über den von uns entrichteten Kaufpreis hinausgelangen. Der Teil des Geldes dagegen, der für eine lange Zeit — also etwa zur Sicherung des Alters — Rücklage sein soll, dient besser der Anlage eines aus guten Standard-Aktien breit gemischten Depots. Abgesehen davon, daß die gute Verzinsung von Rentenwerten auf Grund des Rechts zur Kündigung oder zur vermehrten Auslosung ungeachtet der offiziellen Laufzeiten dieser Papiere nur ein mittelfristiges Versprechen ist, eignet sich die Aktie als langfristiges Anlagepapier aus zwei Gründen besser als der Rentenwert: Die jährliche Geldwertverdünnung wird langfristig im Aktienkursniveau kompensiert und zweitens ist das in normalen Zeiten selbstverständliche Wachstum von Welthandel und Volkswohlstand die Grundlage für steigende Aktienkurse; man braucht nur etwas Zeit, mehr als nur einige Jahre, für diese Beobachtung. Über die Zusammensetzung des Aktien-Depots sollte man von Zeit zu

Zeit mit seiner Bank sprechen. Die Aussichten einzelner Industriezweige können sich im Zuge der technischen Entwicklung zum Guten oder Schlechten verändern; dem sollte dadurch Rechnung getragen werden, daß man zeitig Umschichtungen im Depot vornimmt. Aber merke: Banken möchten Effektenprovisionen verdienen. Lassen Sie sich daher jedesmal sorgfältig überzeugen, bevor Sie einem Vorschlag zur Veränderung der Struktur Ihres Depots folgen.

Heute aber vor allem ein paar Worte über die Renten. Früher hieß der, der Renten hatte, Rentier, und das ist nach der Definition eines alten Lexikons ein „Privater, welcher hauptsächlich von Zinsen und Staatsrenten lebt, ohne darum andere Erwerbszweige des geschäftlichen Lebens zu verschmähen“. Ein Blick auf die Kapitalmarkt-Statistik des abgelaufenen Jahres könnte fast zu der Meinung veranlassen, daß wir uns diesem von Balzac so unermüdlich gezeichneten soziologischen Bilde wieder nähern: 1962 ist der Rekordbetrag von fast 12 Milliarden DM in Renten angelegt worden, und gut ein Viertel davon haben die Sparer direkt gekauft. Rechnet man den noch ganz erheblichen Betrag dazu, der von Kapitalsammelstellen, wie Lebensversicherungsgesellschaften usw., mit dem Geld von Sparern gekauft worden ist, so ergibt sich ein eindrucksvolles Bild von der Rolle, die der Privatmann heute — unmittelbar oder über von ihm alimentierte Institutionen — am Markt der festverzinslichen Wertpapiere wieder spielt.

Festverzinsliche Wertpapiere sind: 1. Pfandbriefe und Kommunalobligationen. Sie werden von Hypothekenbanken ausgegeben und sind zur Anlage von Mündelgeld geeignet. Pfandbriefe müssen in voller Höhe durch Hypotheken (oder Grundschulden) gedeckt sein — für die Sicherheit von Kommunalobligationen bürgt die Finanzkraft von Gemeinden und anderen öffentlichen Körperschaften. Das Geschäft der Hypothekenbanken bewegt sich innerhalb der Grenzen, die von einem zum Schutz der Besitzer von Pfandbriefen und Kommunalobligationen erlassenen Gesetz gezogen sind.

2. Industrieobligationen. Auch sie sind in der Regel hypothekarisch gesichert. Sie dienen der Beschaffung von Leihkapital für Investitionszwecke der Privatwirtschaft und werden von großen — sogenannten emissionsfähigen — Unternehmungen herausgegeben, die nicht unbedingt Industriegesellschaften, sondern auch z. B. Kaufhausunternehmungen sein können und bei denen es sich auch nicht unbedingt um Aktiengesellschaften zu handeln braucht (ein erstklassiger Anleiheemittent ist z. B. die Robert Bosch GmbH, Stuttgart).

3. Schuldverschreibungen von Spezialkreditinstituten. Das sind Anleihen, mit denen sich folgende Banken Geld für die Ausleihungen verschaffen (wobei der Anleihezweck im allgemeinen die Festigung bzw. Verbesserung der bestehenden wirtschaftlichen und soziologischen Struktur ist): Deutsche Genossenschaftskasse, Deutsche Landesrentenbank, Industriekreditbank AG, Kreditanstalt für Wiederaufbau, Landwirtschaftliche Rentenbank, Lastenausgleichsbank; von diesen Instituten emittieren die Industriekreditbank und die Kreditanstalt für Wiederaufbau am häufigsten.

Mitteilung an alle Ärzte betr. Jugendarbeitsschutzgesetz

Ab 1. April 1963 werden für die ärztlichen Untersuchungen DM 27.— bezahlt werden. Eine entsprechende Rechtsverordnung ist noch im August 1963 zu erwarten. Die weiteren Honorarabrechnungen werden daher erst nach deren Bekanntgabe erfolgen.

Die Industriekreditbank versorgt die nicht emissionsfähige, also die mittlere und kleinere Industrie, mit Investitionskredit zu Konditionen, die im ganzen nicht schlechter sind als die Bedingungen von Industriebankobligationen, mit denen sich die Großunternehmungen finanzieren. Die Kreditanstalt für Wiederaufbau stellt der Wirtschaft ebenfalls Investitionskapital zur Verfügung; sie finanziert außerdem einen Teil der deutschen Entwicklungshilfeverpflichtungen. Die Anleihen dieses Instituts sind von den Anlegern regelmäßig besonders gesucht, weil kein Emittent eine so erstklassige Kurspflege betreibt wie die Kreditanstalt für Wiederaufbau.

4. *Anleihen der öffentlichen Hand.* Das sind Anleihen des Bundes, der Bundesländer, der Großstädte, der Bundesbahn und der Bundespost. Sie dienen der Ergänzung der laufenden Einnahmen aus Steuern und Gebühren bzw. Preisen; mit ihnen finanziert die öffentliche Hand Investitionen, die einen nachhaltigen, im Interesse des Volksganzen liegenden Ertrag bringen sollen, wie Straßen, Schulen, Krankenhäuser, wasserwirtschaftliche Anlagen, aber auch die Modernisierung und den Ausbau der Einrichtungen (Bahn und Post).

5. *Auslandsanleihen.* Wenn einem ausländischen Unternehmen oder einer ausländischen öffentlichen Körperschaft das deutsche Kapitalzinsniveau interessant genug erscheint und deutscherseits gegen einen Kapitalexport im Wege der Anleihezeichnung nichts einzuwenden ist, dann kann diese ausländische Stelle zur Deckung ihres Kapitalbedarfs an deutsche Sparer herantreten, sofern sich ein deutsches Bankenconsortium bereit findet, diese Anleihe zu empfehlen und zu verkaufen. Diese Bereitschaft wird immer dann gegeben sein, wenn der potentielle Schuldner ein Unternehmen bzw. ein Staat oder eine Gemeinde von gutem wirtschaftlichem Ruf ist und wenn Garantien dafür gegeben werden, daß die Zahlung von Zinsen und Tilgungsbeträgen an die deutschen Gläubiger auch nicht durch Maßnahmen der Devisenbewirtschaftung usw. gefährdet sein werden. Da im übrigen ein gewisses Devisenkurs-Risiko immer besteht und außerdem ein ausländischer Schuldner stets weniger bekannt als ein inländischer ist, ist es üblich, daß ausländische Anleihen um ein bis zwei Prozent höher verzinst werden als Anleihen von inländischen Schuldnern. Das bekannteste Beispiel einer Auslandsanleihe der letzten Zeit sind die 100-Millionen-DM-Emissionen der Stadt und Provinz Osaka (Japan) vom Februar vorigen Jahres und vom März dieses Jahres.

6. *Wandelobligationen.* Das sind Industriebankanleihen, die von ihren Eigentümern nach einigen Jahren in

Aktien des emittierenden Unternehmens umgetauscht werden können. Ihre Ausstattung ist recht unterschiedlich, ihre Verbreitung in der Bundesrepublik nicht sehr groß. Die Wandelobligation verbindet den Vorteil einer festen, guten Verzinsung mit dem Vorteil, der darin liegen kann, daß der Tausch in ein Sachwertpapier (Aktie) möglich ist. Diese Verbindung zur Aktie führt dazu, daß die Wandelschuldverschreibungen im Kurs stärker als Obligationen schwanken. Der Kurs einer Wandelobligation folgt — abgeschwächt — dem Kurs der Aktien des Unternehmens, das die Wandelobligation ausgegeben hat.

Soviel für heute. Beim nächsten Male werden wir uns wieder über das Rentenpapier unterhalten und dabei etwas über den Unterschied von Zins und Rendite, über Kurspflege, Auslösung, Kündigung usw. hören.

Anschrift des Verfassers:

Bernd Baehring, München 25, Krünerstraße 51.

Steuerbescheide sind dem Bevollmächtigten des Steuerpflichtigen zuzustellen

(C) Wenn ein Steuerpflichtiger einen Bevollmächtigten bestellt und ihn zugleich zur Entgegennahme von Zustellungen ermächtigt hat, ist das Finanzamt, wenn es Kenntnis von dieser Ermächtigung erlangt hat, grundsätzlich gehalten, sämtliche Schreiben und alle Steuerbescheide über den Bevollmächtigten zu leiten. Nur wenn das Finanzamt aus in der Sache liegenden Gründen, die dann regelmäßig aktenkundig zu machen sind, zu der Überzeugung gelangt, daß eine Zustellung an den Steuerpflichtigen unmittelbar erforderlich ist, kann es davon absehen, an den Bevollmächtigten zuzustellen. Aber auch in diesem Falle wird das Finanzamt grundsätzlich den Bevollmächtigten von der Zustellung unterrichten müssen, zweckmäßigerweise durch Übersendung einer Durchschrift des zugestellten Schriftstücks (Urteil des Bundesfinanzhofs vom 11. 7. 1962 — II 127/60).

Schuldhaft verspätete Abgabe einer Steuererklärung durch den Bevollmächtigten

(C) Nach § 168 Abs. 2 Abgabenordnung (AO) kann das Finanzamt dem Steuerpflichtigen einen Zuschlag bis zu 10 v. H. der endgültig festgesetzten Steuer auferlegen, wenn er die Frist zur Abgabe der Steuererklärungen nicht wahr und die Fristversäumnis nicht entschuldbar erscheint.

Nach dem im Steuerrecht allgemeingeltenden, in § 86 Satz 2 AO verankerten Rechtsgedanken ist das Verschulden des Bevollmächtigten des Steuerpflichtigen dem eigenen Verschulden gleichzusetzen. Wenn der Steuerberater des Beschwerdeführers keinen begründeten Einzelverlängerungsantrag gestellt hat, so hat der Beschwerdeführer dies zu vertreten. Grundsätzlich kommen für die Frage der Entschuldbarkeit nur Gründe in Betracht, die unmittelbar in der Person des Beschwerdeführers gegeben sind. Der bei der Veranlagung zur Einkommensteuer vom Finanzamt festgesetzte Verspätungszuschlag hält sich unter Berücksichtigung der vorstehenden Ausführungen im vorliegenden Falle, sowohl dem Grunde als auch der Höhe nach, in den Grenzen von Recht und Billigkeit (Urteil des Bundesfinanzhofs vom 24. 8. 1961 — IV 83/60).

Einkünfte aus Gutachten freiberuflich tätiger Fachärzte

(C) Der Direktor einer Nervenklinik, als solcher nicht selbständig, übte daneben freiberuflich eine Praxis als Facharzt für Nervenkrankheiten aus. Außerhalb seiner nichtselbständigen ärztlichen Tätigkeit erstattete er noch auf seinem Fachgebiet Obergutachten für Oberlandesgerichte und Landessozialgerichte. Für die Einkünfte aus der gutachtlichen Tätigkeit beanspruchte er Tarifbegünstigung, gemäß § 34 des Einkommensteuergesetzes (EStG).

Der Bundesfinanzhof, dem der Fall zur Entscheidung vorlag, hat die Tarifbegünstigung des Berufungsführers (Bf.) abgelehnt und dazu im wesentlichen folgende Begründung gegeben:

Auch Steuerpflichtige mit Einkünften aus nichtselbständiger Arbeit und Einkünften aus selbständiger Arbeit auf Grund einer freien Berufstätigkeit können für Nebeneinkünfte aus wissenschaftlicher, künstlerischer oder schriftstellerischer Tätigkeit die ermäßigten Steuersätze nach § 34 EStG beantragen, wenn ihre Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit und der freien Berufstätigkeit die übrigen Einkünfte überwiegen und die Einkünfte aus wissenschaftlicher, künstlerischer oder schriftstellerischer Tätigkeit von den Einkünften aus der freien Berufstätigkeit abgrenzbar sind.

Es unterliegt keinem Zweifel, daß die medizinischen wissenschaftlichen Gutachten des Bf., z. B. zu der Frage, ob ein bestimmter Unfall eine bestimmte Krankheit zur Folge haben kann, oder zu der Frage, ob die Invalidität eines Menschen auf einen ärztlichen Kunstfehler anlässlich einer Operation oder einer anderen Heilbehandlung zurückzuführen ist, zum weiten Kreis der ärztlichen Tätigkeit gehören. Das geht schon daraus hervor, daß Anlaß und Ausgangspunkt solcher generell bedeutsamer wissenschaftlicher Gutachten immer das Krankheitsbild eines einzelnen Menschen oder doch ein ganz bestimmter Krankheitsfall ist, dessen Ursachen und Wirkungen nur von einem Arzt richtig beurteilt werden können.

Das gleiche gilt für die in Straf-, Vormundschafts- und Nachlasssachen den Oberlandesgerichten erstatteten Gutachten. Der beigezogene ärztliche Gutachter hat in allen diesen Fällen nicht die Aufgabe, etwa über vermögensrechtliche Ansprüche oder den Strafanspruch des Staates zu entscheiden. Er hat sich im wesentlichen auf die Feststellung von Ursache und Wirkung eines bestimmten Krankheitsbildes zu beschränken und bleibt damit im Rahmen einer typisch ärztlichen Entscheidung, wie sie häufig auch bei einer Heilbehandlung getroffen werden muß. Auch die Tatsache, daß nur besonders qualifizierte Ärzte diese Aufgaben wahrnehmen können, schließt solche Arbeiten nicht aus dem Kreis der ärztlichen Tätigkeit aus. Entscheidend ist

Bitte beachten Sie die

Klinische Fortbildung in Bayern 1963

(siehe Seite 641)

schließlich, daß nur ein Arzt zu solchen Gutachten, wie sie der Bf. erstellt, herangezogen wird.

Nach dieser Auffassung ist somit die gesamte Gutachterleistung des Bf. Teil seiner freien Berufstätigkeit als Facharzt für Nervenkrankheiten, weil sie einerseits dem Bf. und jedem anderen in gleichgelagerten Fällen tätigen Facharzt nur übertragen wird, weil er ein anerkannter Spezialist auf diesem Gebiet ist, andererseits der Bf. nur auf Grund seiner besonderen Kenntnisse und Erfahrungen als Facharzt für Nervenkrankheiten, zu denen allerdings noch Spezialstudien und -kenntnisse hinzukommen müssen, zur Erstellung derartiger Gutachten in der Lage ist. Die freie Berufstätigkeit des Bf. als Facharzt umfaßt demnach zwei Tätigkeitsbereiche, die eigentliche Facharztpraxis und die medizinisch-wissenschaftliche Gutachterleistung für Gerichte. Es ist deshalb nicht möglich, die Einkünfte aus dieser Gutachtertätigkeit als Nebeneinkünfte nach § 34 EStG zu behandeln. Die beiden Einkünfte entstehen aus der selbständigen Arbeit des Bf. als freiberuflicher Facharzt. Sie sind hinsichtlich der Berufstätigkeit, aus der sie bezogen werden, nicht voneinander abgrenzbar (Urteil des BFH vom 20. 7. 1962 — IV 205/61).

Der Rat des Steuerbevollmächtigten war falsch

(c) Ein Steuerpflichtiger hatte seinen Steuerbevollmächtigten um Raterteilung gebeten. Es handelte sich in diesem Falle nicht um die Beurteilung eines unstrittigen Steuersachverhalts. Vielmehr hatte der Steuerpflichtige einen Rat erbeten, ob und gegebenenfalls wie gewisse Steuervergünstigungen für ihn in Betracht kommen könnten. Bei dem von ihm erteilten Rat hatte der Steuerbevollmächtigte es unterlassen, den Mandanten darauf hinzuweisen, daß es sich bei seinem Rat um eine umstrittene Auffassung handelte. Erst dann hätte der Auftraggeber eine Vorstellung von dem Wagnis erhalten, über das er unterrichtet werden wollte.

Mit Rücksicht auf die Raterteilung traf der Steuerpflichtige gewisse finanzielle Dispositionen, die für ihn später nicht tragbar waren, da die beantragten Steuervergünstigungen vom Finanzamt abgelehnt wurden. Der Klage des Geschädigten gegen den Steuerbevollmächtigten auf Schadensersatz hat der Bundesgerichtshof stattgegeben (Urteil vom 29. 5. 1962 — VI ZR 264/61).

Cor-Vel®

Herzsalbe

bei Herzneurose, Angina pectoris vasomot. und im Klimakterium

„NEOS“-DONNER K.G., 1 BERLIN 36

MITTEILUNGEN

Neueinstellung von ArzthelferIn-Anlernlingen (Anmeldung zum Berufsschulbesuch — Erziehungsbeihilfen)

Dem Wunsch der Direktionen von Berufsschulen mit Fachklassen für ArzthelferIn-Anlernlinge entsprechend bittet die Kämmer diejenigen Kolleginnen und Kollegen, welche beabsichtigen, ArzthelferIn-Anlernlinge in diesem Jahr einzustellen, die Anlernverträge noch vor dem 1. 9. 1963 abzuschließen und die Mädchen spätestens in der zweiten Hälfte des Monats August bei der zuständigen Berufsschule zur Aufnahme in die Fachklasse für Arzthelferinnen anzumelden.

Es wird bei dieser Gelegenheit nochmals auf die vom Kammervorstand empfohlenen Erziehungsbeihilfen für ArzthelferIn-Anlernlinge*) hingewiesen. Sie betragen: Im 1. Halbjahr DM 75,—, im 2. Halbjahr DM 85,—, im 3. Halbjahr DM 100,—, im 4. Halbjahr DM 120,—, im 5. Halbjahr DM 135,—, im 6. Halbjahr DM 150,—.

Bei einem zweijährigen Anlernverhältnis beginnt die Erziehungsbeihilfe im 1. Halbjahr mit der Vergütung für das 3. Halbjahr der vorstehend empfohlenen Beihilfen.

*) s. Bayer. Ärzteblatt (Nr. 3 1963, S. 161 ff.).

Süddeutsche Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenkrankheiten

Auf der Mitgliederversammlung der Süddeutschen Tuberkulose-Gesellschaft am 15. 6. 1963 in Salzburg, wo eine gemeinsame Tagung mit der Österreichischen Tuberkulose-Gesellschaft abgehalten wurde, wurde beschlossen, den Namen der Gesellschaft zu erweitern in:

Süddeutsche Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenkrankheiten.

1. Vorsitzender ist Reg.-Med.-Rat Dr. B r e u, Ludwigsburg, Tuberkulose-Fürsorgestelle;

ab 1. 1. 1964 Prof. Dr. G a u b a t z, Heidelberg-Rohrbach, Tuberkulose-Krankenhaus.

Krankenkassen

gegen Umsatzsteuer auf Sozialversicherungsleistungen

In einer gemeinsamen Stellungnahme haben die Verbände der Krankenkassen in der gesetzlichen Krankenversicherung die Bundesminister für Arbeit und Finanzen gebeten, die bisherige Befreiung der Leistungen der Sozialversicherung von der Umsatzsteuer beizubehalten.

Die im Entwurf des Bundesfinanzministeriums vorgesehene Einbeziehung der Sozialversicherung in die neu geplante Mehrwert-Umsatzsteuer würde die Krankenversicherung jährlich zusätzlich mit rund 350 Millionen DM belasten. Es erscheine, so heißt es in der

Stellungnahme, sozialpolitisch nicht sinnvoll, gerade zu einem Zeitpunkt eine solche Belastung einzuführen, in dem „durch eine Reform des Krankenversicherungsrechts versucht werden soll, die ständig steigenden Ausgaben und wachsenden Beiträge einzudämmen“. Die Umsatzbesteuerung der Sozialversicherungsleistungen würde mit Sicherheit Beitragserhöhungen zur Folge haben.

Die Krankenversicherungsträger sind in dieser Frage mit der Ärzteschaft einig. Der 66. Deutsche Ärztetag in Mannheim hat sich in einer Entscheidung auf das entschiedenste gegen die Einbeziehung der kassenärztlichen Leistungen in die Umsatzsteuer gewandt und die Belastung der ärztlichen Leistung mit einer „Waren-Steuer“ als sittenwidrig bezeichnet. Auch der Länderausschuß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hatte sich Mitte Juni gegen die Vorschläge des Bundesfinanzministeriums gewandt. ÄPI

Reform der gesetzlichen Krankenversicherung Sonderbeitrag und Verwaltungsaufwand

Die Einführung des „Sonderbeitrages“, die Abrechnung der 25prozentigen Selbstbeteiligung über diesen Sonderbeitrag und die Rückzahlung der nicht beanspruchten Teile des Sonderbeitrages, die im Regierungsentwurf zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind, würden einen unverhältnismäßigen Verwaltungsaufwand mit sich bringen. Dies haben die Verbände der Angestellten- und der Arbeiterersatzkassen nach einem Test mitgeteilt, den zwei der größten Ersatzkassen auf Bitte des Bundesarbeitsministeriums durchgeführt haben.

Die beiden Kassen, die zusammen etwa 4,7 Millionen Mitglieder haben, müßten, so heißt es in dieser Mitteilung, mindestens 1700 neue Mitarbeiter einstellen, um die Mehrarbeit, die der Regierungsentwurf mit sich bringt, durchführen zu können. Ein derartiger Personalbedarf könnte im gegenwärtigen Zeitpunkt gar nicht befriedigt werden. ÄPI

Mißbrauch des ärztlichen Vertrauens

(-tel) Nach Staubsaugern, Kühlschränken, Zahncremes, Kleinautos und Strümpfen fühlte sich die sogenannte „Zeitschrift mit Warentests“ — die „DM“ — berufen, nunmehr auch Ärzte unter die Lupe zu nehmen. Ein Reporter zog aus und konsultierte acht Ärzte in sechs westdeutschen Städten, um die Güte der ärztlichen Behandlung und die Höhe der Honorarforderung zu ermitteln sowie festzustellen, ob Privatpatienten bevorzugt behandelt werden.

Triumphierend verkündete „DM“ in Nr. 26 das Ergebnis:

„Privatpatienten werden von den Ärzten meist bevorzugt abgefertigt. Sie brauchen nur selten in überfüllten Wartezimmern zu hocken.“

(Fortsetzung S. 639)



Bad Wildungen für Niere u. Blase

das Heilbad mit seinen einzigartigen natürlichen Heilkräften

Zur Heilung
der Nieren-, Blasen- und Stoff-
wechselleiden

Helenenquelle

Wildunger Heilwässer sind zur kassenärztlichen Verordnung zugelassen.

Bedeutung
sowie Angabe von Bezugs-
quellen für das Mineralwasser
durch die Kurverwaltung

Heilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

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

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

Bad Dürrehelm (700—800m). 27%ige Solquelle, Atemwege — Rheuma — Kreislauf — chronisch entzündliche Augenleiden.

Bad Mergentheim (210 m).

Sanatorium Dr. Hoerstke, klinisch-fachärztlich geleitet, zur Behandlung von Leber-, Gallen-, Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten. Klin. Laboratorium, med. Bäderabteilungen, Röntgeneinrichtung, elektrophysikalische Therapie, Diätküche. Ganzjährig geöffnet, 30 Betten. Telefon 357.

Neustadt/Saale Hellbad (240 m). Erdigsulfatische Kochsalzsäuerlinge für Trink-, Bade- und Inhalationskuren, Moorbäder. Heilanzeigen: Magen, Darm, Galle, Leber, Kreislauf, Gicht, Zucker und Rheuma.

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

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

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



BAD BERTRICH

MOSEL

Kultivierte Atmosphäre — märchenhaft schöne Waldlandschaft — idyllische Ruhe — Freischwimmbad-70 km markierte Spazierwege
Das gepflegte und bewährte Heilbad gegen

MAGEN-DARM-LEBER-GALLE- und STOFFWECHSELKRANKHEITEN

Pensionspreise 13,- bis 25,- DM. Prospekte durch Stoolf, Kurdirektion und Reisebüros

Ein kostbarer Wassertropfen



KARLSBADER MUHLBRUNN

und
**NATURL KARLSBADER
SPRUDELSALZ**

bei Galle, Leber, Magen,
Darm, Stoffwechsel

Verlangen Sie stets echtes
Karlsbader Salz.

Zu beziehen durch
Apotheken u. Drogerien

A alleinimporteur

Fa. Rudolf Mohr, Hersbruck/Mfr.

Privatnervenklinik Gauting bei München

mit Sanatoriumcharakter

Heilschlaf
Anoxie und
Elektrobehandlung
Bäderabteilung
Röntgen

Telefon München 86 12 26

Phyto- Balneologie

Salus

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

Salus Baby-Bad

Salus Bronchial-Asthma-Bad

Salus Kreislauf-Bad

Salus Nerven-Bad

Salus Rheuma-Bad

Salus Venen-Bad

Gute Dispergierung und nachweisliche Resorption
der Wirkstoffe.

Schonende Hautreinigung im hauteigenen pH-Be-
reich.

Als therapeutisch wirksame Bodezusätze sind Salus
medizinische Bodekonzentrate zur kassenärztlichen
Verordnung geeignet.

Bitte verlangen Sie Literatur und Muster.



Salus-Haus

8 München 9 · Schönstr. 10

Die meldepflichtigen, übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Juni 1963

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen des Bayer. Statistischen Landesamts)

Erkrankungen an Scharlach wurden im Juni zwar etwas weniger als im Vormonat, aber häufiger als zur gleichen Zeit im vorigen Jahr gemeldet. Ähnlich ist es auch bei den Fällen von übertragbarer Hirnhautentzündung (Meningokokken-Meningitis), deren Zahl allerdings wesentlich niedriger ist. Zwei Personen erkrankten an übertragbarer Kinderlähmung mit Lähmungserscheinungen. Seit Beginn des Jahres sind da-

mit sieben Kinderlähmungsfälle (1962: 40, 1961 149), darunter sechs paralytische, bekanntgeworden. An Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) erkrankte im Berichtsmonat eine geringere Zahl von Personen als im Mai. Auch die Erkrankungen an Salmonellose (übertragbare Dünndarmentzündung) nahmen deutlich ab. An Typhus abdominalis (Bauchtyphus) erkrankten dagegen mehr Personen als im Vormonat.

Die meldepflichtigen, übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 2. bis 29. Juni 1963 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10			
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Tuberkulose ¹⁾ der						Typhus abdominalis					
					Kinderlähmung der. paral. Fälle		Hirnhautentzündung		Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen		Ochir-entzündung		Atmungs-ergane (aktive Form)		Haut		Übrigen Organe			
	E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	4	—	148	—	1	1	—	12	1	2	—	—	1	171	18	2	—	25	4	7	—	
Niederbayern	—	—	17	—	—	—	—	4	1	1	—	—	—	83	22	—	—	13	1	3	—	
Oberpfalz	—	—	25	—	—	—	—	5	1	—	—	—	—	69	9	3	—	8	—	—	—	
Oberfranken	1	—	52	—	—	—	—	8	1	3	—	—	—	64	16	2	—	11	—	5	—	
Mittelfranken	—	—	65	—	—	—	—	5	1	—	—	1	—	84	17	3	—	17	—	2	—	
Unterfranken	—	—	17	—	—	—	—	1	—	1	—	2	—	91	12	—	—	6	1	1	—	
Schwaben	2	—	69	—	1	1	—	2	2	1	1	3	—	88	17	2	—	18	2	3	—	
Bayern	7	—	393	—	2	2	—	37	7	8	1	6	1	650	111	12	—	98	8	21	—	
München	—	—	80	—	—	—	—	3	1	1	—	—	—	68	10	—	—	10	3	3	—	
Nürnberg	—	—	31	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	32	9	—	—	6	—	—	—	
Augsburg	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	19	3	—	—	1	1	—	—	
Regensburg	—	—	5	—	—	—	—	3	1	—	—	—	—	11	3	1	—	3	—	—	—	
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	7	—	—	—	—	—	—	—	

Gebiet	11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		
	Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbearuhr)		Enteritis infectiosa				Setu-lismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose (Übrige Formen)		Ver-dachts-fälle von Tollwut ⁴⁾		Brucellose				Kindbett-fieber ⁵⁾		Toxoplas-mose		Wundstarr-krampf		
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	
Oberbayern	2	—	6	—	13	—	—	—	—	—	38	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—
Niederbayern	—	—	7	—	3	—	1	—	—	—	11	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Oberpfalz	5	—	1	—	5	—	—	—	2	1	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	18	—	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	8	—	—	—	—	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	6	—	8	—	1	—	—	—	57	—	—	10	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—	15	—	1	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	9	—	21	—	35	—	2	—	2	1	152	—	1	1	15	—	5	—	1	—	5	—	—	2	—	3	—
München	1	—	3	—	9	—	—	—	—	—	21	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

1) E = Erkrankungen (inschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle 2) ST = Sterbefälle
 3) Nur Neuzugänge, keine Zugänge aus anderen Tbc-Gruppen 4) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers
 5) Kindbettfieber bei oder noch (standesamtlich meldepflichtiger) Geburt

Patienten ohne Krankenschein haben auch nicht die Gewißheit einer sicheren Diagnose.

Mediziner können für private Behandlung von Kranken fordern was sie wollen.“

Wie dieses „sensationelle“ Ergebnis zustande kam, verriet der Tester seinen Lesern selbst: Er fühlte sich nach seinen eigenen Angaben „pudelwohl“, simulierte aber den Ärzten vor:

„Ich bin auf der Durchreise. Heute nacht im Hotel hatte ich Atemnot, Schwindelgefühl, Kopfschmerzen. Einen Druck auf der Brust. Leichte Schmerzen in der linken Schulter.“

Alles Symptome, die aus der Skala der Herzerkrankungen, angefangen von der spastischen Stenokardie bis zum erfolgten Myokardinfarkt, entnommen sind, und jeden Arzt hellhörig machen. Bei so bedrohlichen Symptomen war es für jeden Arzt selbstverständlich, den „Patienten“ so schnell wie möglich zu empfangen und nicht etwa — wie „DM“ vermutete — deswegen, weil er als Privatpatient kam.

Mit einer Tabelle, in der die „Diagnosen“ der einzelnen Ärzte gegenübergestellt wurden, wird nun der Eindruck erweckt, als sei jeder Arzt zu einer völlig anderen Beurteilung des „Patienten“ gekommen. Tatsache ist jedoch, daß bis auf eine Ausnahme alle Untersuchungen auf Herz- und Kreislaufstörungen hinwiesen. Wo Abweichungen vorhanden sind, ergeben sie sich aus den unterschiedlichen klimatischen und zeitlichen Bedingungen, unter denen die Untersuchungen erfolgten. Im übrigen wurden mit verschiedenen medizinischen Fachworten lediglich die angegebenen Symptome und Verdachtsmomente ausgesprochen. Daß eine exakte Diagnose nach einer Erstuntersuchung — noch dazu bei einem Durchreisenden, den der Arzt nie zuvor gesehen hat und der mit simulierten Beschwerden das Sprechzimmer betritt — kaum möglich sein dürfte, ist Medizinern klar — dem Laien vielleicht nicht immer.

Eine Ärztin, deren Feststellung (Polio-Virus-Infektion) von dem Resultat der übrigen Untersuchungen abwich, teilte uns auf Anfrage mit, daß sie über den Besuch des „Patienten“ so lange nichts mitteilen könne, bis er sie von der ärztlichen Schweigepflicht entbunden habe. Dies sei jedoch — obwohl sie sich sofort nach Erscheinen von „DM“ deswegen an den Verlag gewandt habe — bisher nicht geschehen. Warum, ist nicht bekannt...

Noch ein Wort zu den unterschiedlichen Honoraren, die die „DM“ wohl nicht ganz absichtslos in ihrer Liste einander gegenüberstellte. Seit eh und je richtet sich das Honorar des Arztes nach der Schwierigkeit des Falles, dem Ruf des Arztes und den wirtschaftlichen Verhältnissen des Patienten. Darum sehen die ärztlichen Gebührenordnungen Mindest- und Höchstsätze vor. Diese Regelung ist keineswegs einmalig: Rechtsanwälte, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Architekten und Journalisten, um nur einige Berufe zu nennen, die freie geistige Leistungen erbringen, haben der Tradition und der Eigenart ihrer Tätigkeit entsprechend ähnliche Gebührenregelungen. „DM“ sollte ruhig mal etwas intensiver darüber nachdenken, was der Begriff „Honorar“ ausdrücken will.

Die Honorarforderungen ergeben bei näherer Prüfung, daß keiner von ihnen die Sätze der Adgo überschritten hat. Die vorgenommenen Untersuchungen und die aufgewendete Zeit des Arztes hierfür standen in

durchaus vernünftiger Relation zueinander, besonders wenn man die einzelnen Fachdisziplinen berücksichtigt.

Eines sei hier noch erwähnt, und zwar etwas, das der „Tester“ in seiner Reportage nicht angab: Die Ärzte sagten unabhängig voneinander über ihn aus, daß er einen recht kränklichen Eindruck machte („olivenfarbiges Gesicht“, „ungesunder gelblicher Teint“, usw.), und daß er nach seinen Angaben ein außergewöhnlich starker Raucher sei (60 Zigaretten pro Tag!).

Der sich so „pudelwohl“ föhlende Patient sollte es darum nicht allzu leicht nehmen, was ihm über seine erschwundenen Herzbeschwerden hinaus noch mit auf den Weg gegeben wurde.

Was bleibt letztlich von der groß aufgemachten Reportage „Arzt am Scheideweg“ übrig?

Ein Reporter auf Schleichwegen, der mit erschwundenen Symptomen in ärztliche Sprechzimmer eindrang.

Aus billiger Sensationsmache ein Mißbrauch des Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient.

Acht Ärzte wurden bewußt irregeführt und möglicherweise einer Schädigung ihres beruflichen Ansehens ausgesetzt.

Ob das alles Pluspunkte für die Bewertung einer Zeitschrift sind, die den Dienst an der Öffentlichkeit in besonderem Maße zu ihrem Motto erhoben hat — diese Frage muß „DM“ selbst beantworten. Die Reaktion ihrer Leser wird ihr zweifellos die entsprechenden Hinweise geben.

API

RUNDSCHAU

Industrielle Ballungsgebiete weisen höhere Krankenziffern auf. („Frankfurter Rundschau“, 22. 6. 63): Der Krankenstand bei den Landkrankenstellen sei um 50 v. H. geringer als bei den Orts- und Betriebskrankenstellen, teilte Staatssekretär Westrick am 20. 6. in der Fragestunde des Bundestages mit. Westrick führte diesen erstaunlichen Unterschied auf die stärkere körperliche und nervliche Belastung der Arbeitnehmer in den industriellen Ballungszentren zurück. Das Bundeswirtschaftsministerium wolle jetzt prüfen, ob durch die Beschäftigung ausländischer Arbeitskräfte die Ballung von Betrieben in bestimmten Gebieten gefördert werden sei.

Ortskrankenstellen senken Beiträge. „Eine ganze Reihe von Krankenstellen der Bundesrepublik hat in den letzten Wochen die Beiträge herabgesetzt. Darunter sind die Ortskrankenstellen Kiel, Hamm, Emden und Wilhelmshaven. Andere gingen ihnen voraus oder folgen noch, darunter auch Landkrankenstellen.“

In vielen Fällen verbessern die Kassen auch gleichzeitig ihre Leistungen, indem sie mehr für Zahnersatz oder Heilkuren aufwenden. Sie entschließen sich dazu, weil ihre Rücklagen wieder genügend aufgefüllt sind.

Von einer akuten Finanznot der gesetzlichen Krankenversicherung spricht zur Zeit niemand mehr. In der Regel werden allerdings nur die ausgesprochen überhöhten Beiträge herabgesetzt. Als im August 1961 das Zweite Lohnfortzahlungsgesetz in Kraft trat, das die Krankenbezüge für Arbeiter während der ersten sechs Wochen auf hundert Prozent des Nettolohnes erhöhte und die Karenztage praktisch beseitigte, war allgemein mit einem spürbaren Ansteigen des Krankenstandes gerechnet worden. Der durchschnittliche Krankenstand von 1962 war entgegen diesen Erwartungen jedoch niedriger, als der des Vorjahres. Auf der immer noch beachtlichen Höhe von sechs Prozent pendelte er sich ein.

Während des ganzen letzten Jahres haben die Krankenstellen diese Entwicklung aufmerksam beobachtet. Die meisten hatten ihre Beiträge vorbeugend erheblich erhöht. Der durchschnittliche Beitragsatz aller Kassen war 1961

von 8,55 im April auf 9,36 Prozent des beitragspflichtigen Einkommens im Oktober gestiegen. Jetzt besserte sich die Finanzlage der Kassen unerwartet. Die Ortskrankenkasse Kiel hat 1962 rund fünf Millionen DM weniger, als im Jahr zuvor für Barleistungen aufgewendet. Andere Kassen wurden ähnlich angenehm enttäuscht...“

(„Die Welt“, 11. 6. 1963)

Privatpraxis in Polen. („Kieler Nachr.“, 15. 6. 63): Warschau.

„Etwa 30 bis 40 Prozent der Ärzte in Polen üben eine private ärztliche Praxis aus, wobei sich die systematische Entwicklung der sozialen ärztlichen Fürsorge nur in einem unverhältnismäßig kleinen Maß auf eine Verminderung der privaten Praxis auswirkt“, heißt es im Organ des polnischen Gesundheitsministeriums „Sluzba Zdrowia“.

Das Blatt erblickt die Gründe für diesen Umstand vor allem in den folgenden Erscheinungen: Der Patient wünscht, daß der Arzt Zeit für ihn hat, auch seine persönlichen Sorgen anzuhören. Der Arzt im Gesundheitszentrum, auf den oft mehr als zehn Patienten warten, kann es nicht. Der Patient will sich seinen Arzt selbst wählen. Im Gesundheitszentrum hat er meist keine Wahl.

Auf dem Lande herrscht außerdem die tief verwurzelte Überzeugung, daß nur jene ärztliche Hilfe gut und wirksam ist, die Geld kostet. In den staatlichen Gesundheitszentren muß man lange auf die Visite warten, es mangelt an guten Internisten, und die jungen Ärzte fürchten sich, Entscheidungen zu fällen und schicken den Kranken von einem Facharzt zum anderen, was wiederum viel Zeit kostet. Das Blatt stellt abschließend fest, daß die Privatpraxis eine Luxusergänzung des sozialen Gesundheitsdienstes sein könnte, daß aber der vergesellschaftete Gesundheitsdienst die Hauptbedürfnisse des Patienten befriedigen müsse. Die Privatordination dürfe kein Zwangsausweg sein. Daher wird die Forderung nach organisatorischen Verbesserungen erhoben, die „die Krankenfürsorge in bedeutendem Maß vervollkommen könnten“.

Ein Ausgleich, der keiner mehr ist. — Die Problematik des Kostenausgleichs in der Lohnfortzahlung. („Industrie-kurier“, v. 22. 6. 63):

... Was soll eigentlich ausgeglichen werden? Doch offenbar dasjenige unkalkulierbare Risiko, die unberechenbare Belastung, die sich für lohnintensive Betriebe (jeder Größe) ergibt, wenn sie ihren Arbeitnehmern den Lohn im Krankheitsfall bis zu sechs Wochen weiterzahlen sollen. Der Ausgleich wäre um so vollständiger, je mehr Arbeitnehmer einbezogen würden. — Der Regierungsentwurf spricht von Arbeitnehmern, nimmt aber beim Ausgleich die Angestellten aus. Ferner die Arbeiter mit Einkommen über der prospektiven Versicherungspflichtgrenze von 750 DM. Weiter auch die Betriebe, in denen Betriebskrankenkassen bestehen; er nimmt auch den öffentlichen Dienst aus. — Frage: Ist das noch Ausgleich, und was und für wen wird ausgeglichen?

Weil da offenbar schon Zweifel entstanden sind, haben die Parteien des Bundestages Änderungsvorschläge konzipiert. Man ist sich einig, daß alle Arbeiter in den Kostenausgleich einbezogen werden sollen. Frage: Warum nicht die Angestellten, die doch mit ihrem angeblich viel niedrigeren Krankenstand erheblich zu einem tatsächlichen Ausgleich beitragen könnten?

Die CDU will — nach den Vorschlägen der Schmücker-Kommission — dagegen den Ausgleich auf Betriebe bis zu 350 Beschäftigten beschränkt sehen. Warum? Sollen sich die Hauptbetroffenen, Handwerk und Kleinbetriebe, nur unter sich ausgleichen, und was soll da noch ausgeglichen werden? Und gibt es keine lohnintensiven kapitalschwachen Betriebe mit mehr als 350 Beschäftigten? Müßte es nicht eigentlich ein Ausgleich zwischen lohn- und kapitalintensiven Betrieben sein?

Fragen über Fragen, wenn man das Ziel im Auge hat und den Begriff „Ausgleich“ wörtlich nimmt. — Aber selbst wenn man alle Arbeiter aller Betriebe in das Ausgleichskassensystem einbeziehen würde: Stellt die zufallsgegliederte KrV (zumal ohne die Ersatzkassen der Angestellten) überhaupt eine echte Ausgleichsmöglichkeit dar? Man bedenke: Ortskrankenkassen — regional strukturiert, bei unterschiedlicher Größe; davon ausgenommen im jeweiligen Gebiet, aber nicht gleichmäßig verteilt: Betriebs-, Land- und Innungskrankenkassen, Arbeitersersatz-

kassen. Bei den weiland Familienausgleichskassen, deren Organisationsstruktur die der Berufsgenossenschaften war, gab es wenigstens einen Ausgleich in der Spitze. In der Unfallversicherung konstruierte man eine Gemeinlast — wenn auch nicht aus grundsätzlichen Erwägungen. — Auch in dieser Beziehung die Frage: Was ist eigentlich Ausgleich, was soll ausgeglichen werden?

Natürlich gibt es auf die verschiedenen Fragen einzelne mehr oder weniger befriedigende Antworten. Sie kommen aus dem Gedanken der Rücksichtnahme auf einzelne Wirtschaftszweige, etwa solche mit hohen Belastungen und niedrigem Krankenstand; Sorgen um zu starke Eingriffe in den natürlichen Wirtschaftsablauf, z. B. der im Gange befindlichen Umstrukturierung des Handwerks. — Eine Frage bleibt offen: Hat man die Problematik überhaupt gesehen, hat man gesehen, was man tun muß und kann, um einen wirksamen Ausgleich — so man ihn wirklich will — herbeizuführen? Es sieht nicht so aus.

BUCHBESPRECHUNGEN

„Praktische Fragen an die Kardiologie“. Als Untertitel wurde gewählt: „Ein Lesebuch zur ärztlichen Fortbildung.“ Von Günther/Halhuber/Kirchmair. Verlag Urban & Schwarzenberg München. 466 S., Kunststoff-Einband, DM 33.—

Die Autoren haben das Büchlein von immerhin 486 Seiten quasi als Repetitorium und Leitfaden für einen relativ großen Kreis — praktische Ärzte — praktizierende Internisten — auch werdende Ärzte gedacht. Sie haben versucht, den weiten Rahmen der Herzerkrankungen — organischer und rein regulatorischer Art — zu umspannen. Sie haben dabei besonderen Wert auf die Therapie gelegt, die sowohl als medikamentöse Therapie (hier mit ausführlichen Glykosidäquivalenten), wie auch als physikalische Therapie aller Art beschrieben wird.

In der Diagnostik erscheint mir die fundamentale Wertigkeit einer gut aufgenommenen Anamnese gegenüber den anscheinend objektivierenden, aber nicht zuverlässigen und sehr zeitraubenden Funktionsprüfungen, die in der Praxis ausführbar wären, nicht genügend herausgestellt. Vielleicht hätte man die einseitige Nierenarterienstenose ausdrücklich bei der Besprechung der Hypertonien zitieren können, weil sie so gern übersehen wird.

Erfreulich ist die Ablehnung der Verwertung des immer vieldeutigen EKG-Befundes ohne klinische Daten und Untersuchung. Daß die medikamentöse Therapie elektrisch ist und manche Vorschläge nicht der Ansicht des Referenten entsprechen (sehr hohe Corticoiddosen, Penicillintherapie mit Allergisierungsgefahr, Diätetik), ist wohl in einem Buch dieser Art unvermeidlich.

Wichtig ist der erfolgreiche Versuch, soweit es didaktisch möglich ist, den schwierigen und oft unsicheren Pfad zwischen rein regulatorischen und organischen Herzerkrankungen zu weisen. Man wird das Buch wirklich, wie es verspricht, als Lesebuch und zur Fortbildung verwenden können, und man wird wohl immer auch einmal zur Ergänzung seines Wissens darin nachschlagen. Das letztere gilt besonders für den ausgezeichnet zusammengestellten differentialdiagnostischen Teil, als „Fallgruppen“ bezeichnet.

Das Buch erfüllt, was es verspricht und will auch nicht mehr sein, als es ankündigt.

Dr. med. habil. Heinz Frank

Zur Lebenssituation von Körperbehinderten. Von Dr. med. P. V. Lund. Abhandlungen aus dem Bundesgesundheitsamt, Heft 5, Springer-Verlag, Berlin-Wilmersdorf. 87 S., 35 Abb., kart. DM 16.80.

Das Buch ist allen in der Gesundheitspflege Tätigen und dem Personenkreis, der sich amtlich mit der sozialen Betreuung Körperbehinderter zu befassen hat, zu empfehlen. Der Autor stellt sehr differenzierte Erhebungen über die Lebenssituation Körperbehinderter aller Kategorien an und hat als Grundlage seiner Untersuchungen 50 körperbehinderte Frauen aus verschiedenen Kreisen Berlins herangezogen.

Der Untersucher will in seinen Ergebnissen nicht repräsentativ sein, sondern zunächst verständliche Reaktionen und Verhaltensweisen der Körperbehinderten auf ihre

Umwelt feststellen. Die verschiedenen Phasen der Anpassung an die neue Lebenssituation in Familie und Umwelt, die Eingliederung an den alten Arbeitsplatz oder die Umschulung in einen neuen Beruf sind besonders berücksichtigt. Das Endziel soll die seelische und die berufliche Rehabilitation des Körperbehinderten sein. Der Autor zeigt hierfür eine Reihe von Möglichkeiten und Hilfsmaßnahmen auf.

Göb, München

Wo sitzt denn das Wehwechen? Von Zaubereyen und Wunderkuren aus Dr. Eisenbarts Rezeptsammlung. Von Chris Stadtländer, 89 Seiten, mit zahlreichen Abbildungen aus der mittelalterlichen „Krankenpflege“.

Bücherei Tintenfish, Band VI, cellophanierter Einband, DM 5.80. Lama Verlag, München.

Nicht nur die Technik hat in den letzten Jahrzehnten einen Aufschwung sondergleichen erlebt, auch die Medizin hat uns mit ihren Errungenschaften eine völlig neue Welt geschaffen; so grundlegend neu — in der Sache und auch in der Sprache —, daß es für interessierte Leute schon ein fesselndes und vergnügliches Erlebnis geworden ist, in alten Medizinbüchern zu schmökern.

Wer je durch Zufall darauf gestoßen ist, mit welchen Medizinern die Menschen des Barocks oder des Rokokos kuriert worden sind, dem wird es sicher ein Vergnügen bereiten, Chris Stadtländers amüsante Sammlung kennenzulernen.

Kongresse und Fortbildung

Klinische Fortbildung in Bayern 1963

Kurseinteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

21. bis 26. Oktober 1963

München, I. Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Schwegk.

München, Städtisches Krankenhaus r. d. Isar

Chefarzt: Doz. Dr. Blömer.

11. bis 15. November 1963

Würzburg, Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Wollhelm.

2. KINDERKRANKHEITEN

4. bis 9. November 1963

Erlangen, Univ.-Kinderklinik

Direktor: Prof. Dr. Windorfer.

4. bis 9. November 1963

München,

Städt. Kinderkrankenhaus München-Schwabing

Chefarzt: Prof. Dr. Hilber.

3. CHIRURGIE

4. bis 9. November 1963

München, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Zenker.

4. bis 9. November 1963

München, Städtisches Krankenhaus r. d. Isar

Direktor: Prof. Dr. Maurer.

4. bis 9. November 1963

Erlangen, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Hegemann.

4. bis 9. November 1963

Würzburg, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Wachsmuth.

4. FRAUENHEILKUNDE

21. bis 26. Oktober 1963

München, I. Univ.-Frauenklinik

Direktor: Prof. Dr. Bickenbach.

4. bis 9. November 1963

Würzburg, Univ.-Frauenklinik

Direktor: Prof. Dr. Schwalm.

Unterkunft und Verpflegung in der Klinik möglich.

5. NERVEN- UND GEMÜTSKRANKHEITEN

2. und 3. November 1963

Haar b. München, Nervenkrankenhaus

Direktor: MDir. Dr. Nadler.

Klinisches Wochenende. Thema: „Psychopharmaka“
Verpflegung im Nervenkrankenhaus möglich.

Alle Kolleginnen und Kollegen, welche an einem der vorstehend angekündigten Kurse teilnehmen wollen, werden gebeten, sich wegen Auskunft nur an die Bayerische Landesärztekammer zu wenden und auch nur dort anzumelden. Außer der Teilnahme an den vorstehend aufgeführten Kursen besteht auch die Möglichkeit, als Gastarzt an den genannten Kliniken und darüber hinaus fast an allen Fachabteilungen der Städtischen Krankenanstalten in Augsburg, München und Nürnberg tätig zu sein. Sofern kein persönlicher Kontakt dorthin besteht, vermittelt die Bayerische Landesärztekammer auf Wunsch gerne eine solche Gastarztstätigkeit.

Berufsverband Gynäkologie

In den Tagen vom 26.—29. September 1963 finden die ersten Sitzungen der UPIGO (Union Professionnelle Internationale des Gynécologues et Obstétriciens) und der UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) in der Bundesrepublik zusammen mit der „Nordwestdeutschen Gesellschaft für Gynäkologie“ in Hamburg unter Leitung von Prof. W. Schultz und Dr. F.-B. Rüder statt. Tagungsort: Kunsthalle (großer Saal) beim Hauptbahnhof. Programm wird noch bekanntgegeben.

Fortbildungskurs für praktische Medizin in Langeoog

Im Nordseeheilbad Langeoog findet vom 26. August bis 7. September 1963 ein Fortbildungskurs für praktische Medizin der Ärztekammer Niedersachsen statt.

Zugleich wird ein Sportärztekurs in der Zeit vom 26. bis 31. August 1963 veranstaltet.

Auskunft: Kurverwaltung des Nordseeheilbades Langeoog, 2941 Langeoog, Rathaus.

„Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“

32. Vortragsreihe am 27., 28., 29. September 1963 in Augsburg.

Thema: „Die Entwicklung der modernen Arzneimitteltherapie aus der Sicht der Praxis“.

Kursleiter: Professor Dr. Albert Schretzenmayr, Augsburg, Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung.

Tagungsort: Neuer Großbau der National-Registrier-Kassen, Augsburg, Ulmerstraße 160a, Eingang vom Parkplatz (Lippschützstraße).

Strophoperm

Das linguale Strophanthin

Vegegestigman

Das percutane Herz- und Gefäßregulans

Freitag, 27. September 1963

10.00—12.00 Uhr und 14.00—16.00 Uhr:

Registrierung und Informationen im Stadtbüro, Schaezlerstraße 19.

18.00 Uhr:

Klinische Visiten im Westkrankenhaus, Langemarckstraße, Straßenbahnlinie 2, Haltestelle Heimgarten.

20.00 Uhr:

Filmabend im Vortragssaal der National Registrier Kassen Augsburg, Ulmerstraße 160a.

„Das Gesicht der Psychose und sein Wandel durch die Therapie“ (Bayer).

„Ameisen im Dienst von Parasiten“ (Hoechst)

„Konjugierte Oestrogene bei Blutungen“ (Kali-Chemie)

„Radioaktive Isotope in der Arzneimittelforschung“ (Schering)

„Moderne Nierendiagnostik“ (Boehringer, Mannheim).

Samstag, 28. September 1963

8.00—8.30 Uhr:

Besuch der Industrieausstellung.

8.30—9.50 Uhr:

Prof. Dr. med. et phil. W. Wirth, Vorstand des Pharmakologischen Laboratoriums der Farbenfabriken Bayer, Wuppertal-Elberfeld:

„Arzneimittel auf dem Prüfstand der Forschung“

Prof. Dr. J. Kühnau, Direktor des Physiologisch-Chemischen Instituts der Universität Hamburg:

„Vom biologischem Wirkstoff zum Pharmakon“.

9.50—10.20 Uhr:

Pause (Besuch der Industrieausstellung).

10.20—12.40 Uhr:

Dr. Jürgen Schmidt-Voigt, Chefarzt am Krankenhaus Eppstein, Taunus: „Die differenzierte Glykosidbehandlung — Fragen und Hinweise für die Praxis“.

Prof. Dr. H. P. Wolff, Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik, Homburg/Saar:

„Moderne Oedemtherapie“.

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

„Alte und neue Antihypertonica“.

Priv.-Doz. Dr. H. Oehmig, Chirurgische Universitäts- und Poliklinik Marburg/Lahn:

„Moderne Anaesthetica“.

12.40—14.00 Uhr:

Mittagspause (Besuch der Industrieausstellung).

14.00—15.00 Uhr:

Round-table-Gespräch: Licht und Schatten der Arzneimitteltherapie:

Gesprächsleiter: Prof. Dr. A. Schretzenmayr,

Gesprächsteilnehmer: Prof. Dr. Wirth, Dr. Jürgen Schmidt-Voigt, Prof. Dr. Wolff, Prof. Dr. Wollheim, Priv.-Doz. Dr. Oehmig, Dr. Meyer-Uhl, Prof. Dr. Landes, Priv.-Doz. Dr. Trummert.

15.30—16.00 Uhr:

Klinische Visiten und Demonstrationen in den Augs-

burger Krankenhäusern und in der Kinderklinik St. Elisabeth in Neuburg/Donau.

Sonntag, 29. September 1963

8.00—9.00 Uhr: (Besuch der Industrieausstellung).

9.00—10.20 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. K. Schwarz,

II. Medizinische Universitätsklinik München:

„Substitutive und pharmakodynamische Hormontherapie“.

Priv.-Doz. Dr. D. Buttenberg,

Universitäts-Frauenklinik Heidelberg:

„Hormonbehandlung in der Gynäkologie“.

10.20—10.50 Uhr:

Pause (Besuch der Industrieausstellung)

10.50—12.00 Uhr:

Prof. Dr. P. Kielholz, Direktor der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel/Schweiz:

„Psychopharmakologische Therapie der Depressionen in der Praxis“.

Prof. Dr. K. Fellingner, Vorstand der II. Medizinischen Universitätsklinik Wien:

„Wege und Ziele der antirheumatischen Therapie“.

Dozent Dr. W. Marget, Universitäts-Kinderklinik Tübingen:

„Fortschritte der praktischen Antibiotika-Therapie“.

12.00—14.00 Uhr Mittagspause (Besuch der Industrieausstellung).

14.00—16.00 Uhr:

Dr. A. Bänder, Pharmakologisches Laboratorium der Farbwerke Hoechst, Frankfurt:

„Die histologischen Grundlagen einer antidiabetischen Therapie“.

Prof. Dr. E. F. Pfeiffer, I. Medizinische Universitätsklinik Frankfurt/M.:

„Die orale Diabetestherapie unter dem Aspekt ihres Wirkungsmechanismus“.

Prof. Dr. A. Linke, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg:

„Stand und Ausblick der Chemotherapie maligner Tumoren“.

Klinische Visiten und Demonstrationen**Freitag, 27. September 1963**

16.00 Uhr:

West-Krankenhaus, Langemarckstraße 11.

I. und II. Medizinische Klinik und Nervenklinik, Chefarzt Prof. Dr. Stötter und Chefarzt Dr. Kaiser.

Samstag, 28. September 1963

15.30 Uhr:

West-Krankenhaus: I. und II. Medizinische Klinik und Nervenklinik:

Fall- und Krankendemonstration zum Tagungsthema (Herz-, Hochdruck-, Diurese-, Insulin-, Hormon- und Tumorbehandlung), Chefarzt Prof. Dr. Stötter, Chefarzt Dr. Kaiser.

**Teppich-Haus BREHM**Größtes Teppichlager
Oberfrankens mit eigenen Importen

Aus dem ganzen Orient, einschließlich Kaukasus, bieten wir Ihnen zu günstigen Preisen:

Belautsch	129×95	160,—	Bidjar	221×135	880,—	Kirman, feine Knüpf.	419×296	4800,—
Mahal	195×130	260,—	Kaltak Bidjar	198×129	980,—	Sherkat, fein	354×241	4550,—
Massul	203×138	350,—	Serap	322×82	695,—	Kirman Laver, antik	375×263	9500,—
Khamsee	198×135	480,—	Karabagh, alt	410×180	3900,—	Djoshagan	322×223	1280,—
Melas, alt	189×133	850,—	Kasak, alt	468×123	2320,—	Gaszwia,		
Kayserie Bild	180×120	350,—	Meshghin, alt	352×102	980,—	sehr feine Knüpfung	479×310	10 400,—
Kirman	116×57	220,—	Täbris	280×198	1980,—	Sinneh Täbris, antik		
Tarki, alt	192×161	680,—	Heris	250×350	1950,—	sehr feine Knüpfung,		
Istahan	225×147	980,—	Heris	198×312	980,—	ohne Fehler	759×446	36 000,—
Araun Käschan	210×130	980,—	Sabsewar	273×209	1980,—	Kasak, alt	220×110	2200,—

Ca. 1100 weitere Teppiche, Brücken und Läufer aus allen Gebieten des Orients, in allen Preislagen, haben wir für unsere Kunden stets zur Verfügung.

Unverbindliche Beratung und Verlagen frei Haus in allen Gebieten durch Ihren Fachmann

H. U. H. BREHM - BAYREUTH LUDWIGSTRASSE 1
TELEFON 5916

West-Krankenhaus: Dermatologische Klinik
Klinische Demonstrationen, Prof. Dr. Nikolowski.

Hauptkrankenhaus: Chirurgische Klinik, Krankenhausstraße 1.

Klinische Demonstrationen:
Modernes Narkoseverfahren eventuell mit praktischen Demonstrationen; Dr. Geßner, Dr. Meyer.

Hauptkrankenhaus: Prosektur, Krankenhausstraße 1, Eingang gegenüber dem Vinzentinum.

Demonstrationen zum Thema Hypertonie, Gynäkologie und Hormone; Chefarzt Dr. med. habil. E. Emminger.

Städtische Kinderklinik: Zollernstraße 85:

Klinische Visiten und klinische Demonstrationen unter Berücksichtigung des Tagungsthemas durchgeführt von Chefarzt Dr. Wunderwald, Oberarzt Dr. Haggenmüller und Assistenten der Klinik.

15.30—16.30 Uhr:

Kinderkrankenhaus Josefinum: Kapellenstraße 30.

Klinische Visite mit besonderer Besprechung der antibiotischen Therapie im Kindesalter, Chefarzt Dr. Freisiederer, Oberarzt Dr. Schloßmacher, Oberarzt Dr. Apak, Dr. Guckeisen, Dr. Lingnau, Dr. Funck, Dr. Tenderich.

16.30—18.00 Uhr:

Diskussion am Kaffeetisch über die Anwendung von katabolen (Cortisonabkömmlinge) und anabolen Steroiden in der Kinderheilkunde, Chefarzt Dr. Freisiederer, Oberarzt Schloßmacher, Oberarzt Dr. Apak.

Krankenhaus St. Albert — Haunstetten:

Die Rolle der Bronchoskopographie und Mediastenskopie im Rahmen der Hilusdiagnostik und Demonstration.

Die Ärzte der Klinik.

Tuberkulosefürsorgestelle Augsburg Stadt, Karmeliten-gasse 11:

Die Entwicklung der modernen medikamentösen Tuberkulose-Therapie mit Demonstration, OMR Dr. Liebknecht, Dr. Sirch, Dr. Fabian.

Auskunft: Ärztlicher Kreisverband Augsburg, Augsburg, Schaezlerstraße 19, Telefon 27 77.

15.00—17.00 Uhr:

11. Fortbildungslehrgang für praktische Medizin am Tegernsee

Veranstaltet vom Ärztlichen Kreisverband Miesbach, vom 28.—29. September 1963 in Bad Wiessee.

Prof. Dr. W. Lührs, Rottach:

Heutige Möglichkeiten und Grenzen einer Chemotherapie bei malignem Wachstum.

Dr. W. Maier, München:

Rehabilitation von Kindern mit angeborenen Mißbildungen.

Prof. Dr. A. Jores, Hamburg:

Der jatrogene Kranke.

Prof. Dr. Begemann, München:

Zur Differentialdiagnose der Lymphknotenschwellung.

Priv.-Doz. Dr. W. Schoop, Freiburg:

Klinische Bedeutung, Diagnostik und Therapie arterieller Verschlusskrankheiten.

Dr. Schaetzing, Berlin:

Psychologie und Geburtenregelung.

Priv.-Doz. Dr. Schliack, Berlin:

Segmenttherapie.

Prof. Jesserer, Wien:

Klinische Bedeutung, Differentialdiagnose und Therapie der Tetanie.

Prof. Dr. Schliephake, Gießen:

Neuere Erkenntnisse über die Funktion der Milz.

Auskunft: Dr. Nereshelmer, Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.

Ausbildungslehrgang für Desinfektoren

Das Max-v.-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Universität, München 15, Pettenkoferstraße 9a, beabsichtigt bei genügender Beteiligung in der Zeit vom 14. Oktober bis zum 25. Oktober 1963 einen Ausbildungslehrgang für Desinfektoren abzuhalten. Die Anträge mit Unterlagen (Lebenslauf, polizeiliches Führungszeugnis und amtsärztliches Eignungszeugnis) sind bis spätestens 20. September 1963 der Regierung von Oberbayern in München vorzulegen.

Kursbeginn: 14. Oktober 1963, 9.00 Uhr vormittags im Max-v.-Pettenkofer-Institut München.

Kursgebühr: 40.—DM (Barzahlung zu Kursbeginn oder Überweisung auf Postscheckkonto Prof. EYER, München 1523 00 mit Vermerk „Desinfektorenkurs“).

Für Unterkunft und Verpflegung müssen die Teilnehmer selbst Sorge tragen. Die Bundesbahn gewährt keine Fahrpreisermäßigungen mehr.

KONGRESSKALENDER

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir auf jeden Fall, vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

August 1963

19.—31. 8. Meran: XI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin — Thema: „Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die Senche unseres Jahrhunderts.“ Auskunft und Prospekte ab Mal 1963 durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

20.—23. 8. in Prag: 2. Internationaler Pharmakologen-Kongreß. Auskunft: Prof. Z. Votava, Albertov 4, Prag 2. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

Bei allen
neurovegetativen
Störungen

NEO NERVISAL

PAUL LAPPE · CHEM. PHARM. FABRIK · BENSBERG-KÖLN



HORNING gegr. 1919

Tragbare Sauerstoff-Inhalationsgeräte

zur Verwendung

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

ohne und mit CO₂- (Kohlensäure-) Zusatzrichtung, im stabilen, dauerhaften Stahlblechkoffer. Erstklassige Funktion, genaue Dosierung.
Anschluß an die Stahlflasche ohne Schlüssel mittels pat. Handverschraubung!

**Autogen-Apparate- und Maschinenfabrik
Ferdinand Horning
Frankfurt am Main-Höchst, Königsteiner Str. 48
Telefon 3130 39**

Deutschland, Städte und Landschaften

Dieses farbenprächtige Monumentalwerk über die Schönheit unserer deutschen Heimat in Ost und West mit seinen einhundert Aquarellen von Gustav Lüttgens ist ein repräsentatives Geschenk für alle Geschäftsfreunde und Jubilare, eine bleibende Erinnerung für Freunde und Verwandte sowie eine wertvolle Auszeichnung für Ehrengäste und verdiente Mitarbeiter.

Einleitung und Bildunterschriften sind in Deutsch, Englisch und Französisch wiedergegeben.

Herausgegeben vom Verlag Schneidersche Buchdruckerei, Gebr. Schneider, Rothenburg ob der Tauber. Format des Buches 40×40 cm. Bildgröße 27×27 cm. in Ganzleinen gebunden mit Schutzkarton — als Buch oder auch als Kassetten mit losen Blättern — kostet die Ausgabe im Einzelverkauf 135 DM.

CARL GABLER GMBH, Fachbuchhandlung, 8 München 2, Jafastr. 24

NUCLEOTON®

standardisierter Orangenextrakt
mit energiereichen Adenasin-
phosphaten

Normalisierung der Durch-
blutung / Okanamisierung
der Herzarbeit / Akti-
vierung des interme-
diären Stoffwechsels



HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN

25.—29. 8. in Prag: 3. Internationaler Kongreß für Nephrologie. Auskunft: Dres. V. Fencel und J. Jirka, Institut für Kardiovaskulärforschung, Prag 4-Krc.

26.—31. 8. in Langeoog: Sportärztekurs. Auskunft: Kurverwaltung des Nordseeheilbades Langeoog, 2941 Langeoog, Rathaus.

26.—31. 8. in Lissabon: IX. Kongreß der Europäischen Gesellschaft für Hämatologie. Auskunft: Instituto de Medicina Tropical, Dpt. of Haematology, Lissabon. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

August/September 1963

26. 8.—7. 9. in Langeoog: Fortbildungskurs für praktische Medizin der Ärztekammer Niedersachsen. Auskunft: Kurverwaltung des Nordseeheilbades Langeoog, 2941 Langeoog, Rathaus.

30. 9.—7. 9. in Bad Aussee: 6. Weltkongreß für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene. Auskunft: Generalsekretariat Wien VIII, Piaristengasse 41.

31. 8.—14. 9. in Madonna di Campiglio: 3. Fortbildungslehrgang im Sommerbergsteigen. Auskunft: OMR Dr. Friedrich, München 23, Wilhelmstraße 16.

September 1963

1.—4. 9. in Hannover: Einführungslehrgang in die Chirotherapie = Diagnostik-Kurs. Auskunft: Sekretariat der FAC, 47 Hamm-W., Ostentallee 83, Ruf 2 59 54, in Klinik für manuelle Therapie.

1.—7. 9. in Wien: 9. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für orthopädische Chirurgie und Traumatologie. Auskunft: Medizinische Akademie, Wien IX, Alserstraße 4. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

1.—7. 9. in Karlsruhe: 15. Deutsche Therapie-Woche und 15. Deutsche Hellmittelausstellung. Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, Karlsruhe, Kaiserallee 30.

1.—12. 9. in Genf: 20. Konferenz des Internationalen Roten Kreuzes. Auskunft: Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge, Petit-Saconnex, Genf.

1.—14. 9. in Pörschach/Wörthersee: 10. Internationales Fortbildungsseminar für die tägliche Praxis der Ärzte und Zahnärzte. Auskunft: Prof. Dr. F. v. Bormann, Bad Nauheim, Burgallee 19.

2.—10. 9. in Den Haag: 11. Internationaler Kongreß für Genetik. Auskunft: Prof. S. J. Geerts, 14 de Monchyplein, Den Haag.

5.—7. 9. in München: 1. Tagung der Deutschen Gesellschaft für angewandte Zytologie. Auskunft: Dr. H.-J. Soost, L. Universitäts-Frauenklinik, München 15, Malstraße 11.

5.—8. 9. in Wiesbaden: Kongreß des Gesamtverbandes deutscher Nervenärzte. Auskunft: Prof. Dr. C. Kulenkampff, Univ.-Nervenklinik, Frankfurt a.M., Heinrich-Hoffmann-Straße 10.

7.—12. 9. in Basel: 19. Internationaler Kongreß für Geschichte der Medizin. Auskunft: Basel 4, Malengasse 63

8.—13. 9. in Freudenstadt: Atemtherapie-Seminar und Atemmassage-Lehrgang. Auskunft: Dr. V. Glaser, Freudenstadt, Straßburger Straße 25.

8.—14. 9. in Salzburg: 4. Internationaler Ärztekongreß — 22. Fortbildungslehrgang für Kneipptherapie. Auskunft: Kneippärztebund e. V., Bad Wörishofen, Postfach 180.

8.—14. 9. in Bad Wörishofen: 22. Fortbildungslehrgang für Kneipp-Therapie im Rahmen des 4. internationalen Ärztekongresses. Auskunft: Kneippärztebund e. V., Bad Wörishofen, Postfach 180.

9.—16. 9. in Westerland/Sylt: 19. Ärztliches Seminar für Meereshelkunde. Auskunft: Univ.-Institut für Bioklimatologie und Meereshelkunde der Univ. Kiel, Westerland-Sylt.

12.—14. 9. in Freiburg: Zentraleuropäischer Kongreß der österreichischen, deutschen und schweizerischen Anästhesiengesellschaften. Auskunft: Doz. Dr. K. Wieners, Freiburg/Br., Hugstetterstraße 55, Anästhesieabteilung der Chirurg. Univ.-Klinik.

- 14.—21. 9. in **Freudenstadt**: 25. Fortbildungstagung der Internationalen Gesellschaft für Neuraltherapie nach Huneke im Rahmen des 25. Kongresses für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. Hans V o s a, 792 Heidenheim, Friedrichstraße 10
- 14.—21. 9. in **Rom**: 20. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. P. Martin, 43 rue de Champs Elysées, Brüssel. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 14.—21. 9. in **Freudenstadt**: Diagnostik-Kurs der ärztlichen Forschungs- und Arbeitsgemeinschaft für Chiropraktik (FAC). Auskunft: Sekretariat der FAC, Hamm/Westf., Am Markt 1.
- 14.—22. 9. in **Freudenstadt/Schwarzwald**: 25. Kongreß für Naturheilverfahren des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Dr. H. Haferkamp, 65 Mainz, Adam-Karillon-Straße 13.
- 15.—21. 9. in **Madrid**: Internationaler Kongreß für Arbeitsmedizin. Auskunft: Prof. Dr. Symanski, Institut für Arbeitsmedizin, Saarbrücken 1, Malstatterstraße 17.
- 19.—19. 9. in **Köln**: 63. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. Bennholdt-Thomson, Köln-Lindenthal, Josef-Stelzmann-Straße 9.
- 19.—19. 9. in **Brüssel**: 2. Europäische Tagung für vergleichende Endokrinologie. Auskunft: Madame H. Herlant-Meeuwis, Professeur d'Histologie Comparée, Faculté des Sciences, Service de Zoologie, Université Libre, Brüssel 50, Avenue F.-D. Roosevelt.
- 19.—21. 9. in **Rom**: 6. Internationaler Kongreß der Internationalen Kardiovaskulargesellschaft. Auskunft: Dr. H. Halmovici, 982, Park Ave., New York 21, N. Y., USA.
- 19.—21. 9. in **Mailand**: 8. Konferenz der Internationalen Gesellschaft für geographische Pathologie. Auskunft: Sig.na R. Maga, Istituto di Patologia generale, Via Mangiagalli 31, Mailand.
- 19.—22. 9. in **Salzburg**: 5. Internationaler Kongreß für Allgemeinmedizin. Auskunft: Sekretariat der „Internationalen Gesellschaft f. prakt. angewandte Medizin“, Dr. med. K. Engelmeier, 4740 Oelde/Westf., Lange Straße 21a.
- 20.—25. 9. in **Bad Mergentheim**: 3. Lebertagung der Sozialmediziner. Auskunft: Dr. L. Wannagat, Stoffwechsellklinik, Bad Mergentheim.
- 21.—25. 9. in **Freudenstadt**: XX. Psychotherapie-Seminar. Auskunft: Seminarbüro der Arbeitsgemeinschaft „Psychotherapie-Seminare“, München 23, Königlstr. 101.
- 22.—29. 9. in **Heidelberg**: 95. Zusammenkunft der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. W. Jaeger, Universitäts-Augenklinik, Heidelberg.
- 22.—29. 9. in **Mexiko**: 17. Generalversammlung der World Medical Association. Auskunft: Dr. H. S. Gear, 10 Columbus Circle, New York 19, N. Y.
- 24.—28. 9. in **Rom**: 17. Internationale Tuberkulose-Konferenz. Auskunft: Prof. G. L'Eltore, Via Ezio 24, Rom. Kongreßreise: Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 29.—29. 9. in **Cambridge**: 4. Jahresversammlung der Deutsch-Englischen Ärztevereinigung. Auskunft: Dozent Dr. G. Gressler, Tübingen, Postfach 181.
- 29.—29. 9. in **Brüssel**: 8. Internationaler Therapie-Kongreß. Auskunft: Dr. Baudin, Faculté de Médecine, 15 Bd. de Waterloo, Brüssel.
- 29.—29. 9. in **Münster/Westf.**: 21. Deutscher Sportärztekongreß. Auskunft: Kongreßbüro des 21. Deutschen Sportärztekongresses, 44 Münster/Westf., Physiol. Institut, Westring 6.
- 26.—28. 9. in **Mainz**: 8. Wissenschaftliche Tagung des Deutschen Zentralkomitees für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e. V. (Deutscher Krebskongreß). Auskunft: Geschäftsstelle des DZA, Mainz, Pathologisches Institut der Universität, Langenbeckstr. 1.

Gegen Müdigkeit am Morgen

Depression nach dem Erwachen, Erschöpfung, Arbeitsunlust, Arteriosklerose, morgens 1 Kapsel

permorgen - vitamin

Rp.: Vitamin A, Vitamin D₂, Vitamin B₉, Vitamin B₁₂, Methionin, ungesättigte Fettsäuren, Calciumlevulinat, Magnesiumthiosulfat, Natriumsilicat

Pockung mit 30 Kapseln

permorgen-vitamin-schwarzaupt DM 5.90

Gegen Müdigkeit am Abend

vorzeitigen Leistungsabfall, Schwäche, Geiztheit, Kältegefühl, Rekonvaleszenz, Nachtblindheit, nachmittags oder abends 1 Kapsel

perabend - vitamin

Rp.: Vitamin B₁, Vitamin B₂, Vitamin K, Vitamin E, Folsäure, Nicotinsäureamid, Cholin, Inosit, Glycerin, Natriumglycerophosphat, Natriumfluorid

Pockung mit 30 Kapseln

perabend-vitamin-schwarzaupt DM 5.90

Gezielte Vitaminversorgung und spezifische Ergänzung der täglichen Nahrung!

Bitte hier abtrennen!



Bestellschein

Erbitte kostenloses Versuchsmuster von

permorgen-vitamin-schwarzaupt

perabend-vitamin-schwarzaupt

Persönliche Unterschrift und Stempel:

SCHWARZHAUPT • KÖLN

Boy. A.

- 27.—28. 9. in Marburg: 47. Versammlung der Vereinigung Südwestdeutscher HNO-Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. W. Becker, Universitäts-Hals-, Nasen-Ohrenklinik, Mainz, Langenbeckstraße 1.
- 27.—29. 9. in Augsburg: 32. Vortragsreihe der „Angsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“. Auskunft: Sekretariat der Angsburger Fortbildungstage für praktische Medizin, Augsburg, Schäzlerstraße 19.
- 27.—29. 9. in Bad Nauheim: 29. Fortbildungalehrgang der Vereinigung der Bad Nauheimer Ärzte. Auskunft: Wilhelm-G.-Kerckhoff-Institut, Bad Nauheim.
- 28.—29. 9. in Lindau/Bodensee: Herbsttagung der Bayerischen Röntgenvereinigung. Auskunft: Doz. Dr. F. Ekert, München 8, Ismaninger Straße 22.
- 28.—29. 9. in Bad Wiessee/Tegernsee: 11. Fortbildungskurs in praktischer Medizin. Auskunft: Dr. Neresheimer, Bad Wiessee, Adrian-Stoop-Straße.

September/Oktober 1963:

16. 9.—4. 10. in Neuberger bei München: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs) für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, Neuberger bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
29. 9.—2. 10. in Schaffhausen: 48. Jahresversammlung der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Medizin, Naturwissenschaft und Technik. Auskunft: Dr. H.-H. Eulner, Institut für Geschichte d. Medizin, Frankfurt a. M., Senckenberganlage 27.
30. 9.—2. 10. in Heidelberg: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e. V. Auskunft: Dr. Groaajohann, Institut f. gerichtl. Medizin, Mainz, Langenbeckstraße 1.

Oktober 1963

- 2.—4. 10. in Luzern: Gemeinsame Tagung der Bayer., Österreichischen und Schweizerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie. Auskunft: Dozent Dr. R. Kaiser, 1. Frauenklinik und Hebammenachule der Universität, München 15, Malstr. 11.
- 4.—6. 10. in Bad Homburg: 5. Ärztliche Fortbildungstagung des Arbeitskreises für neurovegetative Therapie. Auskunft: Dr. Dr. Gross, Frankfurt a. M., Biebergasse 1.
- 7.—10. 10. in München: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gerichtliche Medizin. Auskunft: Prof. Dr. W. Lavea, München 15, Frauenlobstraße 7.
- 9.—10. 11. in Würzburg: 3. Bayerische Internistentagung. Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für innere Medizin Bayerns, Herrsching vor München, Summerstraße 3.
- 10.—13. 10. in Regensburg: Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Sekretariat der ärztl. Fortbildungskurse, Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a.
- 13.—17. 10. in München: 35. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Prof. Dr. med. W. Bäckebach, 1. Univers.-Frauenklinik München 15, Malstraße 11.
- 14.—25. 10. in München: Ausbildungslehrgang für Desinfektoren. Auskunft: Prof. Dr. Eyer, Max von Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, 8 München 15, Pettenkoferstraße 9a.
- 17.—18. 10. in Bad Lippspringe: 9. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Allergieforschung. Auskunft: Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Allergieforschung, Bad Lippspringe, Arminiuspark.
- 21.—22. 10. in Tübingen: 9. Tagung der Gesellschaft für Konstitutionsforschung. Auskunft: Prof. Dr. J. Hirachmann, Universitäts-Nervenklinik, Tübingen, Oalanderstraße 22.
- 24.—26. 10. in Würzburg: 4. Fortbildungstagung der Vereinigung Deutscher Strahlenschutzärzte. Auskunft: Dozent Dr. H. Braun, Würzburg, Medizin. Universitätsklinik, Luitpoldkrankenhaus.

- 25.—27. 10. in Berlin: Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes e. V. Auskunft: Frau Dr. med. Leziua, Hamburg 19, Schwenckestraße 19.
- 25.—27. 10. in Erlangen: Fortbildungskurs in der Elektrokardiographie. Auskunft: Sekretariat der Med. Poliklinik Erlangen, Ostl. Stadtmauer 29.
- 28.—29. 10. in Frankfurt: Kongreß der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V. Auskunft: Dr. W. Beat, Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., Frankfurt am Main, Cronstettenstr. 25.

Oktober/Februar 1963/64

1. 10.—23. 2. 64 in Hamburg: 21. Staatsmedizinischer Lehrgang des amtsärztlichen Nachwuchses an der Akademie für Staatsmedizin. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Staatsmedizin, Hamburg 26, Gorch-Fock-Wall 15.

Oktober/November 1963

21. 10.—1. 11. in Schloßgut Neutrauchburg B. Isny/Allgäu: Einführungslehrgang in die Manualtherapie (WS und Extremitäten). Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.

November 1963

- 2.—3. 11. in Sportschule Kaiserau bei Kamen/Westf.: Wochenendkura für die Anerkennung als Sportarzt. Auskunft: OMR. Dr. Bernburg, Gesundheitsamt Gladbeck.
- 4.—15. 11. in Neuberger bei München: Strahlenschutzkurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, Neuberger bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 9.—10. 11. in Würzburg: 3. Bayerische Internistentagung. Auskunft: Vereinigung der Fachärzte für innere Medizin Bayerns, Herrsching vor München, Summerstraße 3.
- 14.—15. 11. in Köln: Unfallmedizinische Tagung des Landesverbandes der Berufsgenossenschaften. Auskunft: Landesverband der Berufsgenossenschaften Nordrhein-Westfalen, Essen, Hoffnungsstraße 2.

Oktober 1963:

- 13.—15. 12. in Nürnberg: 14. Wissenschaftliche Ärzttagung. Auskunft: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstr. 85.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:
 Klinge, München 23
 Dr. Schwab GmbH., München
 Dr. Sasse, Berlin
 Chemiewerk Homburg, Frankfurt
 sanol-Arzneimittel Dr. Schwarz, Monheim
 Concordia, Lebensversicherung A. G., Köln
 Verla-Pharm, Tutzing

„Bayerische Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85/III, Tel. 38 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis für Nichtmitglieder der Ärztlichen Kreisverbände in Bayern DM 2,40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellgebühr. Postcheckkonto Nr. 52 53 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse: Gablerpreß.

Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck: Richard Pfau Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Veröffentlichung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden. Alleingiger Inhaber der Verlagsrechte ist die Bayer. Landesärztekammer, München, Königinstraße 85.



Die Sulfonamid-Harnstoff Kombinationstherapie mit

Jacosulfon



Jacosulfon
pulvis



Jacosulfon
unguentum



Indikationen

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------------|
| Alle eitrigen Wunden und Verletzungen | Mundausschlag |
| Alle Pyodermien | Ulcus cruris |
| Impetigo contagiosa | Strophulus infantum |
| Ekzeme | Phlegmonen |
| Furunkel | Exantheme |
| Karbunkel | Abszesse |
| Infektionsprophylaxe bei Verletzungen | Balanitis erosiva |
| Brandwunden | Herpes |
| Fissuren und Rhagaden | Folliculitiden |
| Röntgenstrahlenschäden | Akne vulgaris, |
| Pemphigus | Akne necrotica |
| Intertrigo | Seborrhoisches Ekzem |
| Wundsein der Säuglinge | Neurodermitis |
| Schweißdrüsenabszesse | Sykasia non parasitaria |
| Mastoiditis | Congelationen |
| Mamillenhagaden | Scheiden-Dammsrisse |
| Operationswunden | Portioerosionen |
| | Unspez. Fluor (Vaginaltamponade) |

Pilzkrankungen der Haut

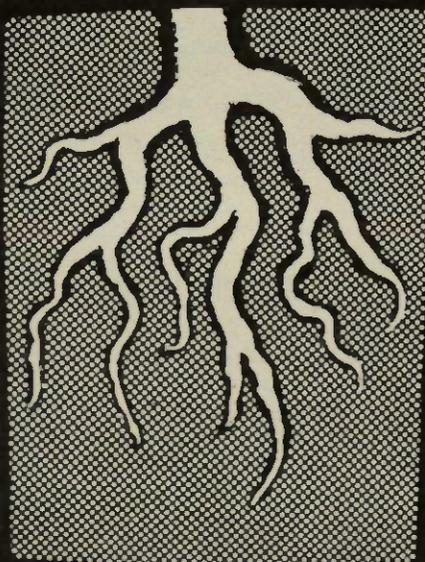
(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)



Jacosulfon

Unspez. Fluor *vaginale* diff. Kolpitis
Portioerosionen Vaginitis

sowie alle anderen entzündlichen und infektiösen Erkrankungen der Vaginolschleimhaut



bei venösen Leiden

Tropfen · Dragees · Salbe
mit Aesculus und Sulfur

Tropfen u. Dragees O.P. 1.90 DM

Aescosulf

APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD



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

Stellenangebote

Am Kreiskrankenhaus Vohenstrauß, Neubau mit 120 Betten (Ortsklasse A), sind ab 15. August 1963 folgende Stellen zu besetzen:

1 Assistenzarzt

möglichst mit 2- bis 3jähriger interner Vorbildung, Vergütung BAT II, Nebeneinnahmen (Bereitschaftsdienst, Assistenzgebühren).

1 Assistenzarzt bzw. chirurgischer Medizinalassistent

Vergütung BAT III mit Nebeneinnahmen. Für den Assistenzarzt besteht Vorrückungsmöglichkeit nach Verg.-Gruppe II BAT.

Je eine 3-Zimmer-Wohnung mit Küche und Bad — davon eine möbliert — ist vorhanden.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind beim Landratsamt Vohenstrauß/Opf. (8483) einzureichen.

Am Städt. Med. Krankenhaus in Freising ist am 1. Januar 1964 die Stelle des

1. Assistenzarztes (Oberarzt)

neu zu besetzen.

Das Krankenhaus hat 100 Betten einschließlich Isolierabteilung. Auf die Fachausbildung können bis zu 3 Jahre angerechnet werden. Bewerber sollen einige praktische Erfahrung in Innerer Medizin besitzen und nach entsprechender Einarbeitung den leitenden Arzt vertreten können.

Bezahlung erfolgt, je nach Vorbildung, nach BAT III oder II. Zusatzversicherung möglich. Bewerbungen sind mit Lebenslauf, Zeugnisabschriften und Lichtbild an die Stadt Freising zu richten.

Im Krankenhaus Sonthofen (Höhenluftkurort, wirtschaftlicher Mittelpunkt im Oberallgäu) ist möglichst bald die Stelle eines

Assistenzarztes der chirurg. Abteilung

zu besetzen. Chirurgische Vorbildung erwünscht. Vergütung nach BAT II, Ortsklasse A. Gesonderte Vergütung einer Überstundenpauschale und Rufbereitschaft. Der Krankenhausträger bemüht sich um die Wohnungsbeschaffung. Bewerbungen an die Stadt Sonthofen (Personalabteilung).

Anzeigenschluß jeweils am 25. des Monats

Stellengesuche

Facharzt für Chirurgie

34 J., kath., verh., sucht neues Tätigkeitsfeld in mod. Krankenhaus in München für Febr. 1964 oder auch später. Studium u. Ausbildung in München, z. Z. in ungek. Stellung in einem Unfallkrankenhaus tätig. Interesse an Weiterbildung in Hand- u. plast. Chirurgie. Angebote erbeten unt. 331/872 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlspl. 13

Arzthelferin (21)

Prüfung August 1963 (kl. Labor), möchte in Sanatorium mit Unterkunft und Verpflegung arbeiten. Angebote mit Gehaltsangabe u. 331/679 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Suche für meine Tochter 19 J. alt, ab 1. 10. oder später Anfangsstellung als

kaufm. prakt. Arzthelf.

(Dr.-Jungbecker-Schülerin). Bevorzugt München od. Oberbayern.

Dr. Woehl
Wuppertal-Elberfeld
Emil-Uellenberg-Platz 12
Telefon 42 28 81

Arzthelferin (Anlerning)

(Arzttochter). 1 Jahr bei Baderarzt wünscht Veränderung in Allgemeinpraxis (Land) mit Möglichkeit d. Erlernung d. Kassenabrechnung, Verbände u. Assistenz bei kleiner und Unfallchirurgie. Zuschriften erbeten unter 331/668 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13

Praxis

Arzthaus in München

für Facharzt besonders geeignet (Röntgen, Chirurg., Ophthal., Laryngol.), Stadtinnenrand, beste Lage, gr. Einzugsgebiet, Landhausstil, vollst. renoviert, 9 Zimmer, Tel., Ölzentralh., WW, 3 gef. WC, 225 qm Nutzfläche, Garage, Gartenanteil, Geräteschuppen gewerblich zu vermieten.

Sofort beziehbar. Besichtigung nach Vereinbarung.

Zuschriften erbeten unter Nr. 331/670 über CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Sonnenstraße 1
Ruf München 08 11 / 89 67 22

Vertreter für gute Allgemeinpraxis

ab 1. 10. 1963 für ca. vier Monate zu günstigen Bedingungen gesucht. Spätere Praxisübernahme möglich. Wohn- und Praxisräume im gleichen Hause.

Dr. med. A. Gropler, Schwarzenbach/Saale
Regierungsbezirk Bayreuth

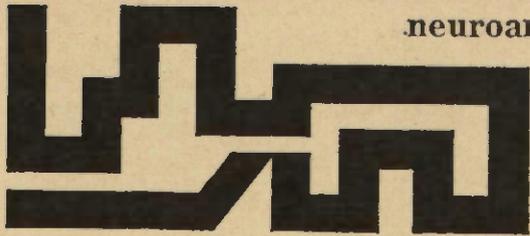


zur gezielten Therapie
der Dysmenorrhoe

durch Spasmolyse im Genitaltrakt
und zuverlässige Analgesie

Dismenol

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



neuroanaboles Regulans – bei Störungen der Vigilität

Helfergin®

Dragées - Ampullen - Suppositorien

Centrophenaxin „Helfenberg“



Landesversicherungsanstalt Württemberg

Beim Sanatorium Viktoria in Bad Nauheim mit 200 Betten für Männer und Frauen (Leitender Arzt Dr. med. Lingenberg) ist sofort die Stelle

eines Assistenzarztes zu besetzen.

Vergütung nach Vergütungsgruppe III BAT; bei Vorliegen der Facharztanerkennung für innere Krankheiten II BAT.

Das klinisch geführte Sanatorium für Herz- und Kreislaufkrankheiten ist mit modernen Einrichtungen für die Diagnostik und Therapie ausgestattet.

Für Verheiratete steht eine Werkdienstwohnung zur Verfügung. Ledige erhalten im Sanatorium Unterkunft und Verpflegung. Für die Dauer der getrennten Haushaltsführung wird Trennungsschädigung gewährt. Umzugskosten werden vergütet.

Bewerbungen, mit Angabe des möglichen Eintrittszeitpunktes und etwaigen Wohnbedarfs, unter Anschluß der üblichen Unterlagen (handgeschriebener Lebenslauf, Lichtbild, Abschriften der Approbations-, Promotions- und Facharzturkunden, Zeugnisabschriften u. ä.) werden erbeten an die

Landesversicherungsanstalt Württemberg, 7 Stuttgart-W, Ratebühlstraße 133

Heim-Orgeln

elektronisch

Lipp – Hammand – Baldwin
Einzigartige Auswahl nur im

Pianohaus Lang

München, Kaufingerstraße 28/1

Privatabteilung des Hospitals zum Hl. Geist

Klinik Prof. Dr. Heupke

Bad Homburg v. d. Höhe

Innere Krankheiten

orgfällige Diät

Telefon 33 77

Gegen Enuresis nocturna

hol sich HICOTON als Spezifikum seit Jahrzehnten bestens bewährt! In allen Apotheken erhältlich. Prospekt und Muster kostenlos durch den Allein-

Hersteller: „MEDIKA“ Pharm.

Präparate, 8 München 42

Praxis

Mittlere **HNO-Praxis** steigerungsfähig, in fränkischer Industriestadt mit reizv. Umgebung, zu günstigen Bedingungen abzugeben. Belegbetten 1. Krkhs. Geräumige Privatwohnung. Alle Schulen. Angebote erbeten unt. 331/674 über **CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH**, 8 München 2, Karlsplatz 13

Sehr gute Allgemeinpraxis

im Zentrum bayerischer Großstadt, mit Einrichtung, wegen Todesfalles baldmöglichst abzugeben. Langjährige erfahrene Sprechstundenhilfe vorhanden. Angebote erbeten unter 331/673 über **CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH**, 8 München 2, Karlsplatz 13

EINFAMILIENHAUS in Freilassing-Süd, 240 qm W., 800 qm Garten, mit allem Komfort. Konkurrenzlos für Arzt, zu verkaufen. Anzahlung 97 000 DM u. Hypothek, evtl. Rente. Angeb. u. 331/681 über **CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH**, 8 München 2, Sonnenstraße 1

Arzhelferin mit Diplom



Halbjährige Berufsfachlehrgänge für kaufm.-praktische **ARZTHELFERINNEN** Kursbeginn jeweils Oktober und April Med. Wohnheim • Ausbildungs-Beihilfen Fordern Sie Freiprosp. 9 M

Privates Lehrinstitut

Dr. med. Buchholz

Helv.-Stadt Freiburg, Schwarzwald, Starckenstraße 36

Dermatologe sucht Fachpraxis

zur Übernahme ab Sommer 64 in Bayern. Angebote erbeten unter 331/677 über **CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH**, 8 München 2, Karlsplatz 13

Arzt-Praxis-Räume in München

(Sendling), 3 Zimmer, Flur, Bad, I. Etage, Zentralhgz., kurzfristig zu vermieten. Johannes Hegewald, Immobilien, 8 München 23, Gedonstraße 4, Telefon 33 00 59

Beachten Sie unsere Beilagen

Ihre Kleinanzeige

wird auch entgegengenommen am Schalter der

CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT mbH.

8 München 2 • Sonnenstraße 1

Liquirit

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

Die bewährte, wohlusgewogene Kombination auf therapeut. Breite
Keine Nebenwirkungen

K.P. mit 30 Tobl. DM 2,85 o.U. / O.P. mit 60 Tobl. DM 4,80 o.U.
Klinikpackung

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

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



Herz-und Kreislauf-Aktivator
für Ihre Herzpatienten

Ipepharm®

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



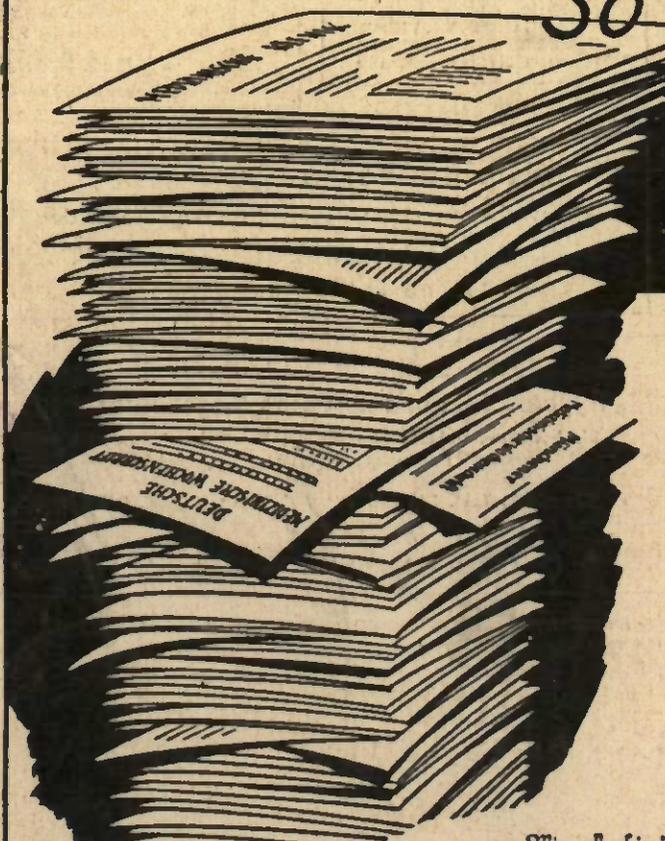
TEMMLER-WERKE MARBURG/LAHN

Dr. Erdt Arnulf
Baindkirch

1611

So umfangreiche Literatur über:

Causat...



Intravenös und lokal injizierbare
isotonische Lösung eines intermolekularen
Komplexes von Procain und
Phenylaethylborbitursäure, mit Zusätzen
von Atropin und Nikotinsäure.

Vegetative Dystonie · Asthma bronchiale
Allergie · Spasmen d. Verdauungstraktus
Ulcus ventriculi bzw. duodeni · Migräne
Ischias · Trigeminusneuralgie
Durchblutungsstörungen
Ozaena · Arthropathie.

Packung mit
5 Amp. zu je 5 ccm
DM 5,75
Flasche mit 10 ccm
DM 2,10
Preise lt. Arzneitaxe

Dr. RUDOLF REISS
CHEMISCHE WERKE

BERLIN WEST
HAMBURG · MÜNCHEN



Wir wollen sein ein einzig Volk von Brüdern...