

# BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN  
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 4

München, April 1966

21. Jahrgang

Aus dem Strahleninstitut (Leiter: Prof. Dr. med. J. Ries), der I. Universitäts-Frauenklinik  
und Hebammenschule (Direktor: Prof. Dr. W. Bickenbach) München

## Die Begutachtung von Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nach behandelten Genitalkarzinomen der Frau\*)

Von J. Ries

Alle ärztlichen Bemühungen, dem Menschen seine altersgemäße adäquate körperliche und geistige Leistungsfähigkeit zu erhalten oder wiederzugeben, gehören in das Gebiet der Rehabilitation. Der Rehabilitation kommen also sowohl prophylaktische wie auch eigentlich wiederherstellende Aufgaben zu. Zur Rehabilitation gehört nicht die Behandlung der leistungsmindernden oder zur Leistungsunfähigkeit führenden Grundkrankheit. Die behandelte und mehr oder minder abgeheilte Grundkrankheit ist die Voraussetzung für die Rehabilitation, die sich sowohl mit den reparablen wie auch den irreparablen Folgen der Grundkrankheit zu befassen hat.

Über diesen Fragenkomplex sind in der Literatur des In- und Auslandes reiche Erfahrungen niedergelegt, die verlässliche Prozentangaben über die Leistungsfähigkeit der rehabilitativen Methoden erlauben, gemäß dem Hundertsatz der Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß. Das trifft praktisch für alle Krankheiten zu, mit Ausnahme der Krebskrankheit, über die das Material noch gering ist, da sie einen viel zu unheillichen Krankheitskomplex darstellt, als daß jetzt schon allgemeingültige Richtlinien hätten erarbeitet werden können. Krebs ist ja nicht gleich Krebs und was für einen Hautkrebs gilt, kann nicht in gleichem Maße für einen Mastdarmkrebs zutreffen. Die Ausgangssituation, nämlich die Heilungschance, zugleich ein Maß für die Malignität, ist zu verschieden. Aber auch die globale absolute Heilungsziffer, welche die frühen Stadien, ebenso wie die inkurablen Fälle umfaßt, besagt nicht viel. Primärsitz der Geschwulst, Ausdehnung, Folgen für die Nachbarorgane und anderes mehr, spielen noch eine Rolle, vor allem aber die grundlegende Frage, was wir unter Heilung zu verstehen haben. Heilung bedeutet nicht Freisein von jeder Karzinomzelle, selbst wenn es auf Jahre hinaus klinisch so scheinen kann. Dies mag eine eigene Beobachtung aus der Zeit meiner früheren Tätigkeit im Path. Institut der Krankenanstalten Solingen illustrieren: In der Leber einer im 64. Lebensjahr verstorbenen Frau ergab sich als Zufallsbefund eine solitäre kastaniengroße, von einer ca. 3 mm dicken Bindegewebsschicht umhüllte Mamma-

Ca.-Metastase. Der Primärtumor war 14 Jahre zuvor in Form der Mammaamputation mit Ausräumung der axillaren Lymphregionen entfernt worden. Der Chirurg hatte nie daran gezweifelt, daß die Patientin geheilt war. Sie war es klinisch auch tatsächlich, denn die vorhandenen durch die bindegewebige Hülle aus dem Organismus eliminierten Krebszellen machten der Kranken weder Beschwerden, noch führten sie den Tod herbei.

Daraus geht hervor: Der Begriff Karzinomheilung ist rein konventionell und er besagt nur, daß der betreffende Patient 5 Jahre nach der Behandlung subjektiv und klinisch krankheitsfrei ist. Es geht aber auch daraus hervor, und das belegen unsere Erfahrungen mit dem Tumorzellnachweis im strömenden Blut und den späten Fernmetastasen, daß es Abwehrkräfte im Blut und den Organen geben muß, welche die Tumorzellen zu vernichten bzw. über längere Zeit hinaus zu inaktivieren vermögen. Wäre dies nicht so, so müßte eine viel größere Zahl von Patienten an Metastasen erkranken und zugrunde gehen, als tatsächlich beobachtet wird.

Mit gutem Grund hat man deshalb versucht, und man läßt in dieser Bemühung nicht nach, diese nur unbestimmte zu definierenden Abwehrkräfte durch unspezifische therapeutische Maßnahmen zu steigern. Diese Versuche (zusätzliche Therapie, Hilfsmethoden) fallen definitionsgemäß in das Gebiet der Rehabilitation, und zwar unmittelbar nach der Behandlung in ihren eigentlichen Wiederherstellungsbereich, später in den prophylaktischen Bereich der Rehabilitation.

Unabhängig davon, welchen Erfolg man diesen Bemühungen beimessen will, wird man einen operierten oder bestrahlten Krebskranken nach Wiedererlangung der alten Leistungsfähigkeit keineswegs reell, sondern nur potentiell gesund nennen können. Dies gilt auch unter den günstigeren Voraussetzungen der nicht fortgeschrittenen Stadien, unbeschadet dessen, daß wir uns daran gewöhnt haben, einen an Krebs behandelten, der sich wohl fühlt und bei dem kein Rezidiv nachweisbar ist, als geheilt bzw. als gesund anzusehen.

Wie ist nun angesichts dieser Situation die Frage zu entscheiden, wann ein an Krebs behandelter Mensch nach völliger oder teilweiser Wiedererlangung seiner

\*) Nach einem Referat auf der Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am 3. Mai 1964 in Bad Wiessee/Tegernsee.

Leistungsfähigkeit als berufs- oder erwerbsfähig betrachtet werden kann?

Früher sah man darin kein großes Problem. Da ein Karzinompatient definitionsgemäß 5 Jahre nach der Behandlung als geheilt betrachtet wurde, entschied man sich für die einheitliche Regelung einer Berentung für die Dauer der 5jährigen Beobachtungszeit. Aber die Erfahrungen aus der Zeit, in der man nach diesem Modus verfuhr, schrecken. Abgesehen davon, daß eine große Zahl von Frauen nicht daran dachte, sich der Untätigkeit zu überlassen, wurden viele Frauen durch die 5jährige Erwerbsunfähigkeit erst auf die Schwere ihrer Erkrankung aufmerksam gemacht und erlitten einen psychischen Schock, der den Lebensmut lähmte und zur Folge hatte, daß die Patientinnen in kleinen Unpäßlichkeiten und Begleiterscheinungen der Abheilungsvorgänge schon den gefürchteten Rückfall und das endgültige Siechtum sahen. Der Ausschuß von der Arbeit, das Fehlen der Lebensaufgabe, lenkte viel zu stark auf eine Beschäftigung mit sich selbst. Die wohl-tätige Ablenkung durch die Arbeit und das tägliche Einerlei fehlten. Diese Situation wurde oft durch übertrieben besorgte Angehörige noch verstärkt, die in den therapiebedingten, vorzeitigen klimakterischen Beschwerden ein schlechtes Zeichen sahen. Andere Frauen fanden sich mit dem Rentnerdasein glänzend ab. Sie taten ihre Arbeit in der Familie wie eh und je und besannen sich auf Krankheitssymptome erst wieder, als die Zeit der Berentung endete. Dann begann nicht nur der kostspielige diagnostische Nachweis eines nicht vorhandenen Rezidivs, sondern der noch kostspieligere durch alle Instanzen der Sozialgerichte geführte Kampf um die Rettung der einmal anerkannten Rente. Von da bis zur echten Renten-Neurose waren alle Abstufungen möglich. Die Mehrzahl der Patientinnen lernte jedoch unter ärztlicher Führung maßvoll und progressiv die wiedererlangten Kräfte einzusetzen. Dies ist aber nur möglich, wenn ein echtes Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patienten bestehenbleibt und der Arzt den Belastungsgrad des Arbeitspensums richtig einschätzt.

Diese nur ausgewählten Gesichtspunkte deuten an, daß der gesamte Fragenkomplex das Somatische ebenso wie das Psychologische und Soziologische berücksichtigen muß, was die Schwierigkeiten, zu einheitlichen Richtlinien der Beurteilung zu gelangen, verständlich macht.

Wenn ich nun im folgenden unser eigenes Vorgehen bei der Berentung krebskranker Frauen, wie wir es seit dem Jahre 1949 praktizieren, darstelle, so weniger in der Absicht, es als exemplarisches Muster anzupreisen, sondern um es zur Diskussion zu stellen. Mir scheint dies um so mehr nötig, als beabsichtigt ist, bestimmte Grundsätze durch die Sozialgesetzgebung festlegen zu lassen.

Beginnen wir mit dem Gebärmutterhalskrebs, dem häufigsten Karzinom der Frau, das durch seine relativ zuverlässige Stadieneinteilung die beste Voraussetzung für eine einheitliche Beurteilung zu bieten scheint. Hier gilt es gleich zu bemerken, daß das sogenannte Carcinoma in situ oder Stadium 0 des Collums gar nicht so selten einer Fehlbeurteilung unterliegt. Dadurch verständlich, wenn man es für ein echtes Karzinom hält. Das ist es aber nicht, sondern nur der potentielle Mutterboden für ein Karzinom. Dies ist der Grund, warum wir an unserer Klinik von gesteigert atypischem

Epithel sprechen. Wurde eine solche Veränderung durch Elektrokonisation oder Totalexstirpation des Uterus entfernt, so liegt nicht der geringste Anlaß vor, eine Frau deswegen zu berenten.

Anders ist die Situation schon bei dem Stadium Ia, d. h. beim präklinischen Kollum-Karzinom, das schon beginnende Invasion zeigt, bei dem aber ebenso, wie beim Mikrokarzinom, welches auch ein echtes Karzinom darstellt, die Zahl der Lymphknotenmetastasen außerordentlich gering ist. Wurde im Operationspräparat und in den Lymphdrüsen bei sorgfältiger Untersuchung an Stufenschnitten kein Karzinom nachgewiesen, so erübrigt sich folgerichtig die Nachbestrahlung, besonders, wenn bei jüngeren Frauen die Ovarien vorsorglich zurückgelassen wurden. Eine Berentung ist nicht nötig. Es genügt, wenn die Patientin in 6wöchentlichen Abständen ein halbes Jahr lang kontrolliert wird. Die Kontrolle wird später in den üblichen Abständen fortgeführt. Wurde dagegen die Patientin primär bestrahlt, liegen keine Angaben über die Beschaffenheit des Paragewebes und der Beckenwand-Lymphknoten vor, so kann man in gleicher Weise verfahren, es sei denn, es bestehe das Mikrokarzinom aus kleinzelligem, bindegewebsarmem, sogenanntem anaplastischem Karzinomgewebe, dem eine höhere Metastasierungs-potenz innewohnt. E. MAYR hat an unserer Klinik bei diesem histologischen Typ, allerdings beim echten Stadium I, nur eine relative Heilungsziffer von 8,3% gefunden. Liegt ein derartiger Befund vor, so kann man der Patientin eine Zeitrente auf 1 Jahr empfehlen, die je nach dem Befund eventuell zu verlängern wäre.

Wie verhalten wir uns bei den klinisch und histologisch eindeutigen Kollum-Karzinomen der Stadien I—IV? Nach dem Annual Report Vol. XII liegt der internationale Leistungsstandard der Therapie in den Jahren 1950—1954 bei 46% (49 235 Behandelte : 22 653 Geheilte), an unserer Klinik für den gleichen Zeitraum 55,2% (2473 Beobachtete). Die Differenz zu Hundert starb nach dem Annual Report in 48% an Karzinom, 2,6% interkurrent, 2% sind verschollen und 1,3% überlebten die 5-Jahres-Grenze mit ihrem Karzinom. Diesem Ergebnis geht ein starker Abfall der Rezidivhäufigkeit in der Beobachtungszeit voraus, wie aus der Abb. 1 zu entnehmen ist. Schon am Ende des 2. Beobachtungsjahres ist das Schicksal der meisten Kranken entschieden.

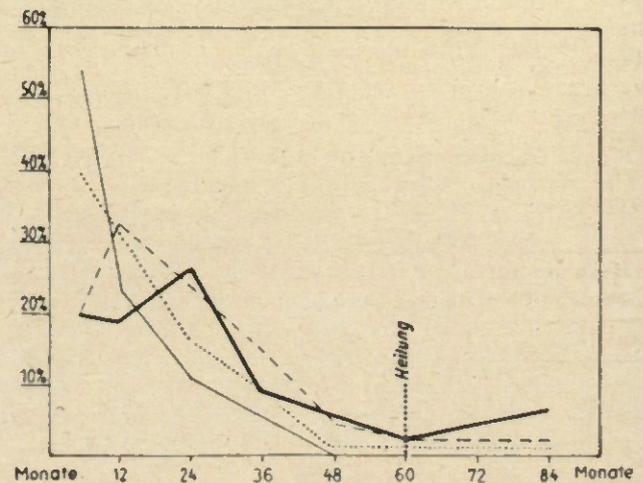


Abb. 1: Zeitpunkt des Eintritts der Rezidive Kollum-Karzinom, Stad. I—IV

Das stimmt mit Zahlen neueren Datums von SOER-GEL überein, nach welchem die Kollum-Karzinome zu 77,5% innerhalb der ersten 18 Monate und zu 85,8% innerhalb der ersten 2 Jahre rezidivieren.

SCHRIMPF (Universitäts-Frauenklinik, Rostock) gibt an, daß von 251 Rezidiven im

1. Jahr 74,1%
2. Jahr 12,7%
3. Jahr 6,7%
4. Jahr 5,6% auftreten.

In diesen Zahlen sind aber offenbar auch die unvollkommen rückgebildeten Karzinome mitenthalten.

Berechtigten diese globalen Anhaltspunkte zu allgemeinen Richtlinien oder sollte man differenzieren? Nun, wir sind für letzteres und glauben, mit folgenden Anhaltspunkten auszukommen.

Zunächst einmal sollte man nach den einzelnen Gruppen unterscheiden, denn die Unterschiede der Heilungsziffern sind beträchtlich und die Prognose ist um so schlechter, je weiter die Tumorausbreitung. Sie sehen dies aus der folgenden Tabelle (Abb. 2).

In gewissem Umfange ist es auch erlaubt, die Histologie als Teilfaktor innerhalb der Gesamtbeurteilung heranzuziehen. Wie vorhin schon erwähnt, haben die, allerdings nicht besonders häufigen, kleinzelligen, bindegewebsarmen Formen eine sehr schlechte Prognose. Die sonstigen histologischen Klassifizierungen sind nicht sehr ergiebig, und vor allem nicht sehr zuverlässig. Immerhin haben wir in Übereinstimmung mit E. Mayr am Kollum-Karzinommaterial unserer Klinik feststellen können, daß beim Vorhandensein zellulärer Dissoziation und geringer Entzündung und Hyalinisierung und Schrumpfung des Bindegewebes beim Stadium I und II 92,6% (E. Mayr) und 93,5% (Ries-Mehring) der Fälle nicht geheilt wurden. Ähnlich liegen die Verhältnisse, wenn im histologischen Bild nur Hyalinisierung und Schrumpfung des Bindegewebes ohne Entzündung besteht. Hier ist der Prozentsatz der Nicht-Geheilten 90,3% (E. Mayr) bzw. 88% (Ries-Mehring). Eine besondere Bewertung erfordern die Adeno-Karzinome des Kollums. Ihre Heilungsergebnisse liegen sowohl bei der primär operativen wie auch bei der primären Strahlentherapie eindeutig niedriger als die Heilungsergebnisse der Plattenepithelkarzinome. Nach der zuletzt erhobenen Statistik unseres Hauses betrug die Heilungsziffer der Stadien I—IV nur 43,9% gegenüber 48,6% absoluter Heilungsziffer des gleichen Zeitraumes. Im Stadium I wurden 67,2% Heilungen erzielt gegenüber 73,8%, im Stadium II 46,5% gegenüber 58,6%, im Stadium III nur 24,5% gegenüber 36,6%. Es ist also durchaus angebracht, wenn man die Eigenart des Adenokarzinoms bei der Prognose des Kollums berücksichtigt. Wenn auch die

histologischen Befunde für sich allein kein entscheidendes Gewicht für die Beurteilung haben, so vermögen sie doch mit anderen Faktoren zusammen den Ausschlag zu geben.

Seit kurzem messen wir anamnestischen Angaben eine große Bedeutung zu, welche uns erlauben, die sogenannte „Symptomzeit“, d. h. die Zeit vom ersten Auftreten der Symptome bis zur Diagnosestellung, festzulegen. H. J. SOOST hat nämlich am Krankengut unserer Klinik statistisch sicher gefunden, daß, je kürzer die Symptomzeit ist, unabhängig von der Stadieneinteilung, um so schlechter die Prognose ist. Die sogenannte 5-Jahres-Heilungsrate betrug bei Kollumkarzinomen mit Symptomzeiten bis zu drei Monaten 51%, mit Symptomzeiten von mehr als einem Jahr dagegen 63%. Der Unterschied von 12% ist statistisch hochsignifikant.

Wir halten es deshalb für berechtigt, bei kurzer Symptomzeit ohne Rücksicht auf die Stadieneinteilung und eventuell gutem örtlichen Befund, die Berentungszeit von vornherein etwas großzügiger zu bemessen.

Aber auch innerhalb der Stadieneinteilung als einem wichtigen Faktor für die primäre Ausgangssituation ist eine genaue Differenzierung zur besseren Einschätzung der Prognose von Nutzen. So wissen wir, daß beim Kollum-Karzinom, Stadium II, mit Übergriff auf das Scheidengewölbe die Heilungsziffer (Stadium IIa) bis zu 30% unter dem Durchschnitt liegt und daß man selbst bei primärer Abheilung der Tumorfiltate häufiger mit einem Rezidiv rechnen muß. Soviel zu den Faktoren, die schon vor der Behandlung gegeben sind.

Von größter Bedeutung für die Beurteilung ist natürlich der gynäkologische Untersuchungsbefund nach der Behandlung und bei den ersten Kontrollen.

Ist bei einer Patientin im Stadium I, 4 Monate nach der Behandlung, eine vollkommene örtliche Rückbildung des Tumors eingetreten, sind die Parametrien und die Beckenwand frei, die Blase cystoskopisch o. B., die Blauausscheidung bzw. das i. v. Pyelogramm in Ordnung, das Rektum ohne radiologischen Reizzustand, das Allgemeinbefinden gut, und gibt die Patientin auf Befragen an, daß sie bereits ihre gewohnte Arbeit aufgenommen hat (Hausfrau, Bäuerin), so sehen wir von einer Rente auf Zeit ab. Wir raten den Frauen jedoch, Arbeiten, die mit schwerem Heben und vielem Bücken einhergehen, zu unterlassen. Auch rentenversicherte Angestellte und Arbeiterinnen nützen relativ selten die Möglichkeit einer Zeitrente aus, allenfalls das Krankengeld, da sie ihren Verdienst nicht herabgemindert wissen wollen, zumal bei jüngeren Frauen die Rente ja nicht hoch ist. Wir halten es psychologisch nicht für gerechtfertigt, diese Frauen nur um der Rente und des daraus zu erwartenden Vorteiles willen auf die mögliche Rezidivgefahr aufmerksam zu machen. Gelingt es, einer Frau klarzumachen, daß eine Zeitrente, zumeist also die Berufsunfähigkeitsrente, für sie vorteilhaft ist, so empfehlen wir eine solche für ein Jahr, vor allem bei Frauen in reduziertem Allgemeinzustand. Kommt es im Laufe der Beobachtungszeit zu Schrumpfungen im Paragewebe, zu Strahlenspätreaktionen oder zu Strahlenfolgezuständen an Blase, Darm oder Ureteren oder sekundär entzündlichen Veränderungen, so ist die Berufsunfähigkeitsrente zu verlängern bis zur endgültigen Abheilung. Im übrigen ist die Gefahr eines Re-

**Heilungsergebnisse des Kollum-Karzinoms an der I. Frauenklinik der Universität München (1955—1958)**

Stadium	Beobachtete	Geheilt	%
I	226	184	81,0
II	795	565	71,0
III	786	363	46,0
IV	76	4	5,0
	1883	1116	59,0

Abb. 2

zidivs bei solchen Veränderungen besonders gering. Entwickelt sich in der Beobachtungszeit ein Rezidiv, so sollte die Patientin eine Erwerbsunfähigkeitsrente bekommen, die, falls Heilung eintritt (etwa in 5% der Fälle), wenigstens eine Laufzeit von drei Jahren, vom Rezidiv an gerechnet, haben sollte. Kommt es zu dem Zustand des stationären Rezidivs, der über fünf Jahre andauern kann, so ist die Erwerbsunfähigkeitsrente auf die Dauer zu fordern.

Bei Patienten im Stadium II verhalten wir uns wie bei Stadium I, nur legen wir den Frauen regelmäßig nahe, sich für 12 bis 18 Monate berenten zu lassen, bei ausgesprochen schlechtem Allgemeinzustand sogar für 24 Monate. Erfahrungsgemäß machen aber nur wenige davon Gebrauch. Da nach unseren Erfahrungen im Stadium II bereits 4,8% der Karzinome sich nur teilweise zurückbilden bzw. primär unbeeinflusst bleiben, tut man gut, derartige Fälle sobald wie möglich mit einer Dauererwerbsunfähigkeitsrente auszustatten. Bei Beteiligung der Vagina ist, wie oben schon erwähnt, besondere Vorsicht angezeigt.

Im Stadium III glaubt man gemeinhin am wenigsten differenzieren zu müssen. Und doch sollte man dies tun. Die schönsten Rückbildungen und die wenigsten Rezidive sieht man im Stadium III mit dünnen, fächerförmigen Infiltraten. Sind vier Monate nach der Primärbehandlung die örtlichen und parametranen Infiltrate verschwunden und allenfalls weiche Narben zurückgeblieben, die Frauen in gutem Zustand, auch bezüglich der übrigen Beckenorgane, so kann man ihnen auf Wunsch sogar leichte Arbeit, besonders im Sitzen, gestatten. Wir wagen dies, da wir beobachtet haben, daß viele Frauen, die ohne unsere Zustimmung die Arbeit wieder aufnehmen, keinen Schaden erlitten. In der Regel drängen wir jedoch darauf, daß die Frauen im Stadium III für mindestens 24 Monate eine Rente erhalten. Das ist schon deswegen wünschenswert, weil bei vielen Frauen starke Vernarbungen und eventuell Gewebssklerosierungen auftreten, die mit Mißtrauen zu betrachten sind, da sich immer wieder einmal aus eingeschlossenen, zunächst ruhenden Karzinomresten aktiv progrediente Rezidive entwickeln oder Ureterkomplikationen mit allen Folgen für den gesamten uropoetischen Apparat. Auch Frauen im Stadium III (Vagina) sollte man mindestens zwei Jahre die Rente gewähren, da sie häufiger an Rezidiven erkranken.

Der Prozentsatz der primär unbeeinflussten oder nur teilweise zurückgebildeten Tumorfibrate beträgt in unserem Krankengut 13,2%. Fälle dieser Art sollten sobald wie möglich für die Dauer invalidisiert werden.

Bei Stadium IV sollte man grundsätzlich für drei Jahre die Rente fordern. Bis dahin ist praktisch entschieden, welche Patientin überlebt und geheilt ist. Die 5-Jahres-Heilungsziffer beträgt nur 5%. Frauen im Stadium IV (Vesica-Rektum) werden nur extrem selten geheilt. Zu den wenigen Geheilten gehören gewöhnlich nur die Kranken, bei denen Lymphknotenmetastasen auf der Beckenschaukel oder in der Leiste vorgefunden wurden. Handelt es sich um ältere Frauen, so sollte man die Dauerrente fordern.

Beim K o r p u s - K a r z i n o m liegt nach dem Annual Report (Vol. XII) der internationale Standard der Heilungsziffer bei 58,1% (Behandelte 16 665 : Geheilte 9679). Unsere eigenen Ergebnisse — leider handelt es sich um eine negative Auslese — betragen nach

der letzten Statistik der Jahre 1955/1958 56%. Auch beim Korpus-Karzinom sind am Ende des zweiten Jahres schon über 80% der Rezidive aufgetreten, so daß eine grundsätzliche Rentengewährung über zwei Jahre hinaus nicht vertretbar wäre, es sei denn, sie ergäbe sich aus einem zweifelhaften oder rezidiv-verdächtigen Befund. Beim auf die Schleimhaut beschränkten Korpus-Karzinom benötigt man je nach Alter und Allgemeinzustand (Diabetes, Hochdruck, Herzkrankheiten), wie beim Kollum-Karzinom, Stadium I, entweder überhaupt keine Rente oder nur für ein Jahr. Bei älteren Frauen ist eine Dauerrente gerechtfertigt, wenn zusätzlich interne Leiden bestehen, die alleine eine Rente nicht bedingen würden.

Beim Vaginal-Karzinom liegen die Heilungsziffern durchschnittlich bei 20 bis 25%. In unserem Hause betragen sie 40%. Auch bei diesem Krebs sind die Rezidive nach zwei Jahren zu über 80% aufgetreten. Es genügt also in der Regel eine Zeitrente für zwei Jahre. Nur das im hinteren Scheidengewölbe etablierte Vaginal-Karzinom, Stadium I, hat eine Prognose, die der Heilungsziffer des Kollum-Karzinoms, Stadium II, nahekommt, und infolgedessen günstiger beurteilt werden kann. Im übrigen wird man den Verlauf entscheiden lassen, wie lange die Berentung andauern soll bzw. kann. Da das durchschnittliche Erkrankungsalter beim Vaginal-Karzinom und übrigens auch Korpus-Karzinom näher am gesetzlichen Rentenalter der Frau liegt als beim Kollum-Karzinom, fällt die Entscheidung Zeitrente—Dauerrente nicht selten zugunsten letzterer aus.

Bei den malignen Ovarial-Tumoren sind die Bewertungsfaktoren äußerst different, da es sich um eine Tumorgruppe von sehr unterschiedlichem Malignitätsgrad handelt, über welchen die Pathologen keineswegs immer einer Meinung sind.

Die zum Teil semimaligen Granulosazell-Tumoren, die ja auch nicht nachbestrahlt werden, geben zu einer Berentung keine Veranlassung. Da sich das Schicksal der Granulosazell-Karzinome und -Sarkome und auch der Disgerminome praktisch immer in den ersten zwei bis drei Jahren — die Rezidivhäufigkeit ist ja sehr groß — entscheidet, sollte man bei Frauen mit diesen Tumoren ebenso wie beim primären Ovarial-Karzinom eine dreijährige Rente fordern.

Anders ist es bei den sekundär malignen Ovarial-Tumoren, den verkrebsten Kystomen, die eine sehr unterschiedliche Prognose haben.

Von den Karzinomen, die sich in serös papillären Kystomen entwickeln, werden nur 35,8% geheilt, während die von den pseudomucinösen, multilokulären Kystoadenomen ausgehenden Karzinome eine Heilungschance von 60% haben. Das ist eine Heilung, wie sie etwa dem Stadium II des Kollum-Karzinoms entspricht. Lag die karzinomatöse Wucherung ausschließlich innerhalb des Kystoms und wurde bei der Operation auch das zweite Ovar mitentfernt, so ist nicht einzusehen, warum die Rente für länger als ein Jahr gefordert werden soll. Beim serös-papillären Kysto-Karzinom sollte man mindestens 1½ Jahre berenten, vorausgesetzt, daß die vollständige Operation ohne Verletzung des Tumors möglich war. Sind oberflächliche Bezirke der Kystome oder die Oberfläche selbst oder das Peritoneum von Karzinom befallen, so ist die dreijährige Rente angebracht. Ergänzend sei noch erwähnt, daß man auch bei dem

pathologisch-anatomisch nicht bösartigen, in der klinischen Verhaltensweise aber oft malignen Pseudomyxoma peritonei eine Rente beantragen soll, deren Dauer sich nach dem klinischen Verlauf richten muß, gewöhnlich jedoch ein bis zwei Jahre betragen sollte.

Beim Eileiterkrebs richtet sich die Beurteilung nach der Größe und Ausdehnung des Tumors, der Operabilität und der Beteiligung des Peritoneums. Ist letzteres befallen, so empfehlen wir das gleiche Vorgehen wie beim Ovarial-Karzinom, nämlich eine Rente für drei Jahre. Handelt es sich um ein kleines, gut abgegrenztes Karzinom, zumeist einen Zufallsbefund, so kann man mit einer Zeltrente für ein Jahr auskommen.

Zum Schluß einiges zum Vulva-Karzinom. Die Prognose ist sehr abhängig von der Zusammensetzung des Krankengutes. Die Heilungsziffern liegen zwischen 30 und 50%. Sind die Lymphknoten befallen, so verlangen wir eine Rente von drei Jahren, die eventuell bei stationärem oder nur mäßig fortschreitendem Rezidiv verlängert wird, handelt es sich um einen örtlichen Prozeß, so genügen 12 bis 18 Monate, je nach Allgemeinzustand. Zu berücksichtigen sind beim Vulva-Karzinom therapiebedingte Folgezustände, wie z. B. extreme Lymphstauungen in den unteren Extremitäten, die eventuell sogar eine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bedingen können, zumindest aber eine Teilberücksichtigung bei der Gesamtsituation verdienen.

Soviel zum Speziellen. Zum allgemeinen wäre noch folgendes zu sagen: Vor dem Auslaufen der Rente sollte eine besonders sorgfältige und eingehende Untersuchung vorgenommen werden. Diese hat nicht nur den Lokalbefund zu berücksichtigen, sondern auch die Nachbarorgane des Genitales, Harnsystem und Darm, eventuell sogar mit i. v. Pyelogramm und Röntgen-Kontrasteinlauf. Die Allgemeinuntersuchung hat neben Gewicht, Blutsenkung, Blutstatus, eventuell auch noch die Elektrophorese und die Serumlabilitätsproben einzubeziehen. Die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß muß nach Art und Umfang der Leistungsfähigkeit der Frauen angepaßt sein, besonders wenn z. B. Gewebssklerosierungen im kleinen Becken bestehen, und soll schrittweise erfolgen. Während dieser Zeit ist die ärztliche Betreuung besonders wichtig, um gegebenenfalls die getroffenen Empfehlungen und Maßnahmen korrigieren zu können.

Wie Sie sehen, hat sich im Laufe der Jahre bei aller Wertschätzung individuellen Vorgehens doch eine Art Systematik der Verfahrensweise entwickelt, die sich im übrigen von der Praxis anderer Therapeuten, ich erinnere an HEISS, KIRCHHOFF, MÖBIUS, nur unwesent-

lich unterscheidet. So sehr ich mit den genannten Autoren, vor allem mit KIRCHHOFF, der Meinung bin, daß die geschilderten Maßnahmen sich in der Praxis bewährt haben, so sind sie doch keineswegs unangefochten. Dies gilt sowohl für die theoretisch-wissenschaftliche wie auch für die praktische Seite. Was erstere betrifft, so nimmt K. H. BAUER in Deutschland wohl den extremsten Standpunkt ein, wie seine Ausführungen auf dem Deutschen Chirurgenkongreß 1960 belegen. Er sagte wörtlich: „Wenn einer nach fünf Jahren geheilt ist, so ist er ja schon von allem Anfang an geheilt. Ein Geheilte braucht jedoch nicht invalidisiert zu werden, und bei einem ersten Anfang eines Rezidivs ist es ja immer noch Zeit genug, ihn zu invalidisieren. Mit der Invalidisierung selber wird ja die individuelle Heilchance nicht um 1% verbessert.“ In der 2. Auflage seines Buches „Das Krebsproblem“, 1963, sagt K. H. Bauer: „Mit der Invalidisierung selber wird unseres Erachtens die individuelle Heilchance nicht um ein 1/2% verbessert.“ Er folgert daraus, daß man zwar selbstverständlich einem Krebsoperierten alle nur erdenkliche Nachsorge angedeihen lassen sollte, zu invalidisieren sei er jedoch nur, wenn wirkliche Invalidität, d. h. also Erwerbsunfähigkeit, vorliege. Im Zusammenhang mit dieser Auffassung hat sich ein Mitarbeiter von K. H. Bauer, E. GÖGLER (1961), in einer Arbeit über die Messung der Minderung der Erwerbsunfähigkeit bei bösartigen Geschwülsten gegen die grundsätzliche Rentengewährung und gegen einen längeren Sanatoriumsaufenthalt nach Krebsoperationen ausgesprochen. Arbeitsruhe im Rentnerstand vermöge Rezidive und Metastasen weder zu vermeiden noch in ihrem zeitlichen Ablauf zu verzögern, dagegen werde das Selbstwertgefühl des Menschen und der Glaube an die Gesundheit untergraben. Nach K. H. Bauer liegt die Rente auch psychologisch im allgemeinen nicht im Interesse des Kranken. Der erfolgreich Behandelte werde bürokratisch als „krebskrank“ abgestempelt, ohne es zu sein. Für den Krebsoperierten sei es wohl immer das Beste, sobald wie möglich in die Familie, an die Arbeit und in den Beruf zurückzukehren. Im übrigen komme eine Art „umgekehrte Privilegisierung“ zustande, wenn man einen Teil der Behandelten berente, während ein anderer längst wieder in der Arbeit stehe (freiberuflich Tätige).

Von der „Krebsabwehr“, die durch äußere Hilfe gestützt werden kann, hält K. H. BAUER nichts. Er steht damit im Widerspruch zu vielen Gynäkologen, unter ihnen KIRCHHOFF, der auf der Tagung des Deutschen Zentrallausschusses für Krebsbekämpfung in Mainz 1963 in seinem großen Referat bei aller Elastizität gegenüber individuellen Gegebenheiten eine abgestufte Genesungsrente forderte.

Es ist nun keineswegs so, daß sich die Gegner K. H. BAUERs nur auf einen unbestimmten klinischen Eindruck verlassen, wenn sie „Abwehrmechanismen“ annehmen. Es gibt eine Menge von tierexperimentellen Untersuchungen, welche das Vorhandensein einer „Krebsabwehr“ in den Geweben und Organen belegen. So haben z. B. B. und E. R. FISHER unter Verwendung des Walker-256-Karzinoms nachgewiesen, daß nach Intraportaler Injektion von weniger als 50 Tumorzellen nur dann Metastasen in der Leber der Ratten entstanden, wenn zwischen der 12. und 20. Woche nach der Injektion die Laparotomie wiederholt wurde. Die in der Leber inaktiv gehaltenen Zellen mußten also erst wie-

Kollum-Karzinom — Rente  
319 Befragte unter 60 Jahren

Stadium	Zahl der Versich.	Zahl d. Rententräger	Wieder in Arbeit
I	50	34	26
II	38	16	27
III	45	32	18
IV	2	1	1
I—IV	135	83	72
	42,3% der Befragten	61% der Versicherten	88% d. Rententräger

Abb. 3

In der Stiftsklinik Augustinum, München, Gondrellplatz 1, findet unter der Leitung von Chefarzt Professor Dr. Michel am

29. und 30. April 1966, Beginn jeweils 9 Uhr, ein Fortbildungslehrgang in der Phonokardiographie statt.

Anfragen und Anmeldungen nur an die Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königstraße 85/III.

der stimuliert werden, was im Zusammenhang mit dem chirurgischen Trauma offenbar geschah.

Ohne auf die fraglos noch nicht zu Ende diskutierten Gründe, die KIRCHHOFF in seinem Referat beibringt, einzugehen, möchte ich meinen, daß in den gegensätzlichen Auffassungen zu diesem Problem die unterschiedlichen Erfahrungen der Chirurgen und Strahlentherapeuten mitspielen. Der Chirurg sieht nicht so viele „quasi-Heilungen“, wie sie besonders im Stadium III des Kollum-Karzinoms auftreten, und durch das bindegewebig eingehüllte Restinfiltrat charakterisiert sind, aus denen immer wieder Spätrezidive entstehen können, aber nicht müssen, Spätrezidive, die auch K. H. BAUER für „krebstheoretisch wichtig“ hält.

Freilich, man kann behaupten, das Auftreten von Spätmetastasen (nach K. H. BAUER in 2 bis 3% beobachtet) sei schicksalhaft und unbeeinflussbar. Warum erleben wir aber immer wieder, daß das Rezidiv nach schweren körperlichen und psychischen Belastungen auftritt.

Von der praktischen Erfahrung her wendet man gegen die Bedeutung äußerer Faktoren für die Krebsheilung gelegentlich ein, daß die Heilungsziffern der großen Therapiezentren innerhalb der statistischen Fehlergrenzen annähernd gleich seien, gleichgültig, ob die Behandelten aus dem Arbeitsprozeß herausgenommen werden oder nicht. Das mag für die absolute Heilungsziffer zutreffen, für die relative Heilungsziffer des Stadiums III beim Kollum-Karzinom jedoch nicht mehr ganz. Das Stadium III könnte also das Kriterium werden für den statistischen Beweis des Nutzens zusätzlicher Maßnahmen. Vielleicht kann auch der Tumorzellennachweis im Blut einmal Argumente liefern. Nach den bisherigen Beobachtungen von SOOST haben die Patienten mit tumorverdächtigen Zellen im strömenden Blut eine schlechtere Prognose. (Von 22 Kollum-Karzinomen mit positivem Befund waren 2 $\frac{1}{2}$  bis 4 $\frac{1}{2}$  Jahre später 9 rezidivfrei, 6 hatten ein Rezidiv, 7 waren verstorben.) Von 48 Kollum-Karzinomen mit negativem Blutbefund lebten nach 2 $\frac{1}{2}$  bis 4 $\frac{1}{2}$  Jahren 32 rezidivfrei, 6 hatten ein Rezidiv, 10 waren verstorben. Gelingen es, einen höheren Prozentsatz der positiven Fälle zu heilen, so spräche dies für die Wirksamkeit der zusätzlichen Behandlungsmaßnahmen.

In dem Für und Wider zu diesen Fragen haben die Angaben über die größeren Heilungschancen der sozial Bessergestellten immer eine Rolle gespielt. 1923 hat WINTZ in Erlangen und später F. VOLTZ an unserer Klinik auf diesen Sachverhalt aufmerksam gemacht. KIRCHHOFF fand in seinen zuerst publizierten Zahlen gleich nach dem Kriege Heilungsdifferenzen bis zu 20% (neuerdings in Übereinstimmung mit HELBING), während er in Göttingen in den Jahren 1952 bis 1955 bei

860 Kollum-Karzinomen bei den sozial Gutgestellten 52,2% Heilungen gegenüber 45,8% bei den sozial Schlechteregestellten feststellte. Mag man die ersten Ergebnisse noch so sehr kritisieren, die Angleichung der Heilungsziffern der beiden sozialen Schichten in den letzten Jahren scheint uns mit KIRCHHOFF kein schlechter Hinweis für einen Zusammenhang zwischen den äußeren Lebensverhältnissen und der Heilungschance zu sein.

Das Vorgewiesene konnte neben der Darstellung unserer praktischen Verfahrensweise bei der Berentung krebshandelnder Frauen die Problematik des gesamten Fragenkomplexes nur andeuten. Sie werden mit mir den Eindruck haben, daß die entscheidenden wissenschaftlichen Grundlagen, welche eine Genesungsrente rechtfertigen, noch geschaffen werden müssen, sofern man sie bei der gegenwärtigen Situation der Sozialgesetzgebung überhaupt für nötig und möglich hält. Alle erfahrenen Krebstherapeuten werden mir aber wohl zustimmen, daß eine Nachbehandlung, innerhalb welcher die Herausnahme aus dem Arbeitsprozeß eine wichtige Rolle spielen kann, für die an Krebs behandelten Frauen vorteilhaft ist. Dies gilt auch für die Sanatoriumsbehandlung. Weniger, weil man schon sicher wüßte, wie und in welchem Umfang Abwehrkräfte des Organismus gesteigert werden können, sondern weil die allgemeine Erholung schonender und schneller vonstatten geht und man dabei die Gelegenheit hat, die Frauen zielbewußt an eine vernünftige Lebensweise zu gewöhnen. Letzteres scheint mir der entscheidende Grund zu sein für die unterschiedlichen Heilungsziffern in den einzelnen sozialen Schichten. Wir haben alles in allem keine Ursache, von unserer bisherigen Verfahrensweise abzugehen.

Wenn man nun nach dem oben Vorgewiesenen fragt, wie oft wir in die Situation kommen, die vorgetragenen Überlegungen praktisch anzuwenden, so sind wir in einiger Verlegenheit, da wir von der LVA Oberbayern keine genauen Zahlen für unsere unterleibskrebskranken Frauen bekommen konnten. Wir können uns lediglich auf eine frühere Umfrage bei unseren Patientinnen und auf die Auswertung unserer Krankenblätter stützen.

Das Ergebnis der Umfrage gibt die Abb. 3 wieder. Aus unseren Krankenblättern konnten wir entnehmen, daß in den Jahren 1961/1962 von 1840 behandelten Krebskranken nur 21,4% eine Rente bezogen.

Sieht man das Ganze nur vom Quantitativen her, so scheint der Aufwand recht hoch. Das Menschliche, im besonderen das Ärztlich-Ethische, ist jedoch keine Frage der Quantität. Selbst wenn bei all unseren Bemühungen nichts anderes herauskäme, als daß sich die Rezidive nur hinausschieben ließen und krebsschwere Mütter ihren heranwachsenden Kindern ein paar Jahre länger erhalten blieben, so wäre dies schon ein Gewinn.

#### Literatur:

- GOGLER, E.: Der medizinische Sachverständige.  
 HEISS, H.: Der Krebsarzt, 15/1960: 283.  
 KIRCHHOFF, H.: Geburtshilfe u. Frauenheilkde. 1959, 7,78 (1947)  
 MAYR, E.: Strahlentherapie, 82 (1953): 67.  
 MÖBIUS, W.: In: Rehabilitation, Leipzig 1959.  
 RIES, J. — W. MEHRING: Strahlentherapie 123 (1964): 167.  
 SCHRIMPF: Zbl.Gyn. 1953, S. 500.  
 SOERGEL, W.: Geburtsh. u. Frauenheilkunde 1/1961 (21. 3.).  
 SOOST, H. J.: Habilitationsschrift 1964.  
 VOLTZ, F.: Mschr. Geburtsb. 62, 187 (1923).  
 Anchr. d. Verf.: Prof. Dr. med. J. K. Ries, I. Universitäts-Frauenklinik, 8 München 15, Maistraße 11

# Daluwal®

Extr. Rhei comp. 0,14

Extr. Aloes 0,03

Extr. Cascar. sagrad. 0,03

Ol. menth. pip. q. s.

sacch. obduct.

zuverlässiges Laxans vegetabile

20 Stück DM 1,30 o. U.

50 Stück DM 2,60 o. U.

# Daluwal® forte

verstärkt dickdarmanregend

durch Zusatz von

10 mg Diacetyl-bis-oxyphenyl-isatin

bei hartnäckiger Stuhlträgheit

1-2 Compretten

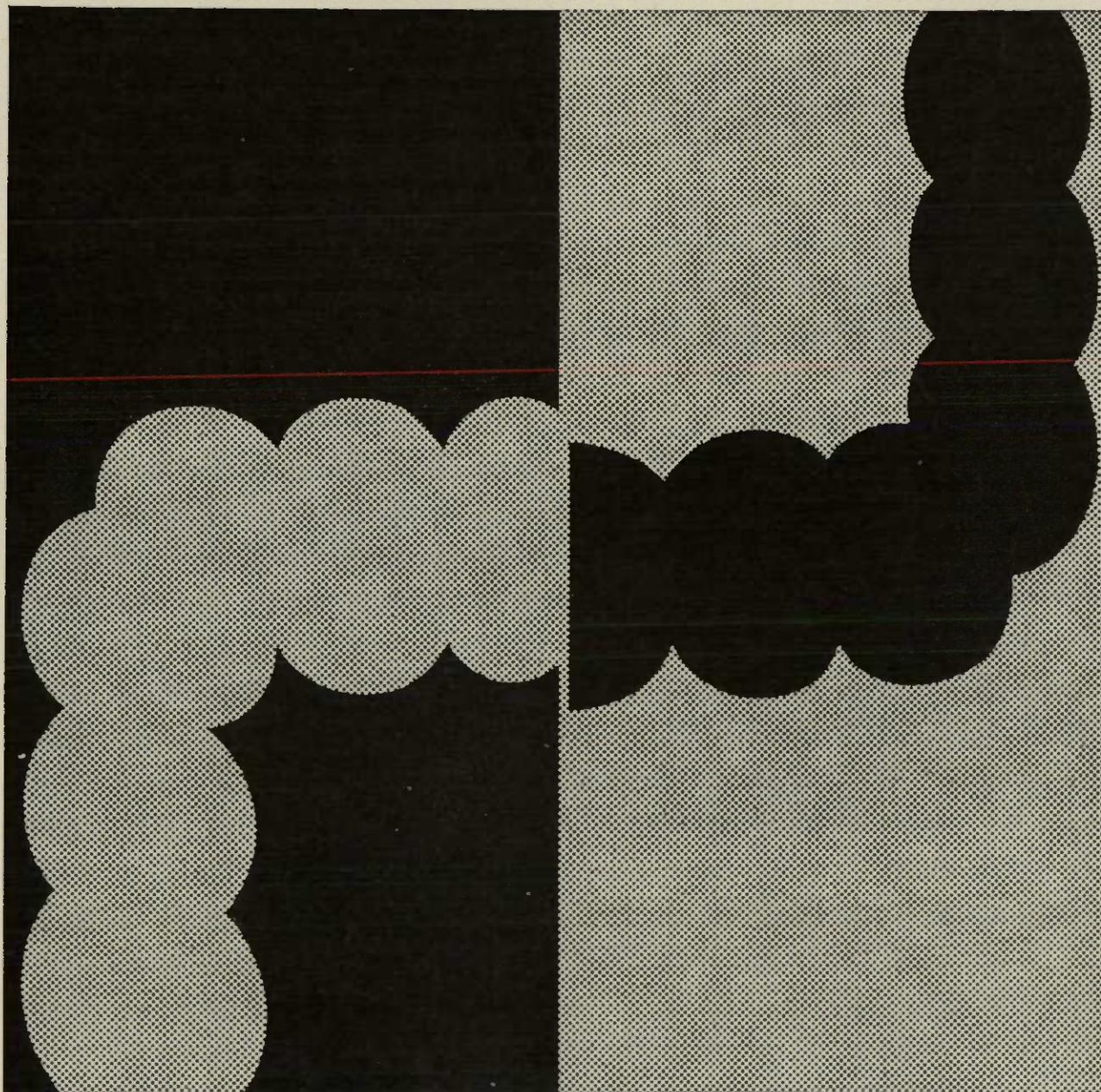
vor dem Schlafengehen

20 Stück DM 1,65 o. U.

50 Stück DM 3,25 o. U.



Merck · Boehringer · Knoll



Ärztlicher Dienst der Landesversicherungsanstalt Oberfranken und Mittelfranken  
(Leiter: Medizinalkurator Dr. G. Stüwe)

## Versicherungsrechtliche Beurteilung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit nach behandelten Genitalkarzinomen der Frau\*)

Von L. Diemer

Die ärztliche Mitwirkung ist in der Durchführung der Kranken- und Rentenversicherungsgesetze für die Verwaltung der Versicherungsanstalten und in der Rechtsprechung der Sozialgerichte unerlässlich. Vom Bundessozialgericht und von den Landessozialgerichten wurde die Notwendigkeit der Mitwirkung immer wieder betont, und auch die berufsständischen Organisationen beurteilen die ärztliche Mitwirkung in der Durchführung der Sozialversicherungsgesetze als berufliche Pflicht.

Die Art und der Umfang der Mitwirkung ergibt sich aus den jeweiligen Sozialversicherungsgesetzen, wobei die höchstrichterliche Rechtsprechung eine weitere Ausdeutung und Abgrenzung der rechtlichen Begriffe vorgenommen hat. Die Gesetze, die die Betreuung und Versorgung der erkrankten und erwerbsgeschädigten Arbeitnehmer regeln, haben sich in den vergangenen 80 Jahren ihres Bestehens, den gesellschaftlichen, wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Fortschritten folgend, weiterentwickelt. 1949 erfolgte die Gleichstellung von Arbeitern und Angestellten mit der Anerkennung der Invalidität bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von über 50% gegenüber bisher 66<sup>2</sup>/<sub>3</sub>%. Der Begriff der Invalidität wurde zunächst noch beibehalten. 1957 traten dann die Neuregelungsgesetze für die Rentenversicherung der Arbeiter und der Angestellten in Kraft. Die Maßnahmen zur Erhaltung, Besserung und Wiederherstellung der Erwerbsfähigkeit wurden an die erste Stelle gerückt und an die Stelle des alten Invaliditätsbegriffes traten die Begriffe der Berufsunfähigkeit (§ 1246 n. F.) und Erwerbsunfähigkeit (§ 1247 n. F.). Dem Begriff der Invalidisierung haftet der Gedanke des Ausschlusses aus der Gemeinschaft der Schaffenden mit allen sozialen, wirtschaftlichen und psychologischen Konsequenzen an. Von nun an sollte in der Begutachtung wie in der Rechtsprechung der Leitgedanke die Rehabilitation, die Wiedereingliederung in den Beruf sein.

In der Betreuung der versicherten Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen wurde die Teilung der Aufgabe beibehalten, indem die gesetzliche Krankenversicherung die Betreuung der erkrankten Versicherten mit der Leistung von Krankenhilfe und Krankengeld übernimmt und der gesetzlichen Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten die Aufgabe der Versorgung und Betreuung der erwerbsgeschädigten Arbeitnehmer und Angestellten zufällt (RVO § 1226).

Vor der Erörterung spezieller Fragen in der versicherungsrechtlichen Beurteilung der geschwulsterkrankten Frau sind zunächst die für alle Versicherten gleichermaßen gültigen Rechtsbegriffe zu erörtern,

um dann auf die besonderen Probleme der Karzinom-Beurteilung einzugehen.

Der versicherungsrechtliche Grundbegriff ist der Begriff der Krankheit im Sinne der RVO. Immer wieder wird versucht, diesen Begriff aus verschiedener Sicht umfassend festzulegen, ohne aber bisher zu einem befriedigenden Ergebnis zu kommen. (1) Im Versicherungsrecht ist der Begriff der Krankheit zweckbestimmt. Vom Reichsversicherungsamt wurde bereits 1915 Krankheit im sozialrechtlichen Sinne als ein anormaler körperlicher und geistiger Zustand, dessen Eintritt entweder lediglich die Notwendigkeit der Heilbehandlung des Menschen, oder zugleich, oder gar ausschließlich seine Arbeitsunfähigkeit zufolge hat, definiert.

Von versicherungsrechtlicher Bedeutung ist damit nicht die Krankheit an sich, sondern die sich aus ihr ergebende Behandlungsbedürftigkeit und die durch die Erkrankung ausgelöste Arbeitsunfähigkeit.

Die Erkrankung im Sinne der Krankenversicherung ist außerdem als eine akute vorübergehende Gesundheitsstörung aufzufassen, die in absehbarer Zeit die Wiederaufnahme der früheren Tätigkeit erwarten läßt.

Arbeitsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung liegt nach der am häufigsten gebrauchten Definition vor, wenn die Betreffende nicht mehr oder doch nur unter der Gefahr, den Zustand zu verschlimmern, in der Lage ist, ihrer bisherigen Erwerbstätigkeit nachzugehen. Für die Dauer der Erkrankung hat die Versicherte Anspruch auf Krankenhilfe in gesetzlichem und satzungsmäßigem Umfang, sowie auf Krankengeld bis längstens 78 Wochen. Während früher nach 26 Wochen die krankenversicherte, an einem Ca. leidende Frau ausgesteuert wurde und häufig die Fürsorge in Anspruch nehmen mußte, ist ihr jetzt in dem für den Heilverlauf so wichtigen Zeitabschnitt eine nicht zu unterschätzende wirtschaftliche Sorge genommen.

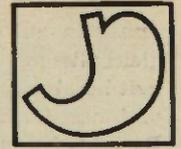
Ist die Krankenversicherte jedoch gleichzeitig auch rentenversichert, und nimmt der Vertrauensarzt Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Rentenversicherung an, so fordert die Krankenkasse die Rentenversicherte auf, Rentenanspruch im Laufe von vier Wochen zu stellen. Im Weigerungsfalle ist die Kasse berechtigt, die Krankengeldzahlung einzustellen.

Die für alle Rentenversicherten grundlegenden Rechtsbegriffe sind die Berufsunfähigkeit (§ 1246 n. F.) und die Erwerbsunfähigkeit (§ 1247 n. F.) im Sinne der RVO. Diese Begriffe sind umfassend im Gesetz definiert und durch die Rechtsprechung weiter erläutert.

Berufsunfähigkeit im Rechtssinne bewirkt, bei entsprechendem medizinischem Substrat, Gewährung einer Berufsunfähigkeitsrente an die Versicherte. Ein rentenbegründender Anspruch liegt vor, wenn das Leistungsvermögen infolge Krankheit unter Berücksichtigung der bisherigen beruflichen Tätigkeit der Ver-

\*) Nach einem Referat auf der Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Frauenheilkunde und Geburtshilfe am 3. Mai 1964 in Bad Wiessee/Tegernsee.

# Gelusil<sup>®</sup>-Lac



GÖDECKE

eine  
Schutzschicht  
für die  
Magenschleimhaut

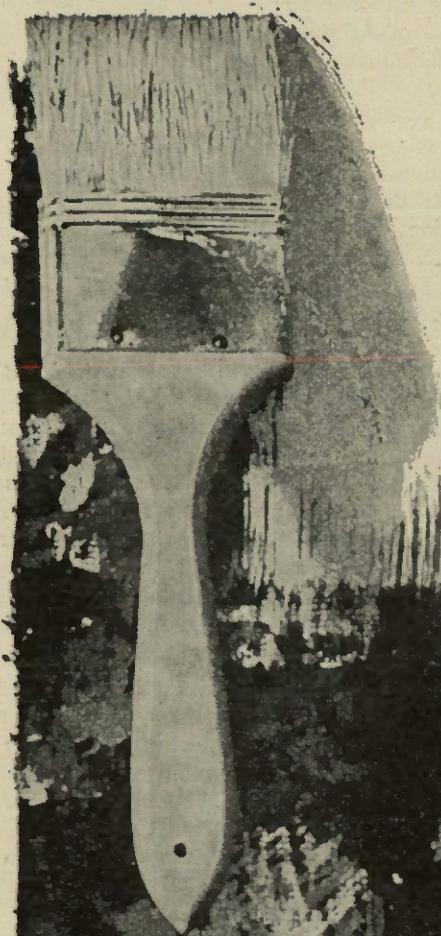
100 JAHRE  
GÖDECKE  
1866-1966

bei Ulkus, Gastritis und Säurebeschwerden

Gelusil-Lac: OP 5 und 10 Beutel zu 6,5 g Pulver  
Dose mit 150 g Pulver

**Gelusil<sup>®</sup>-Lac**  
**TABLETTEN**  
zum Lutschen  
und Kauen

OP 40 Tabletten (Magnesiumaluminium-Silikathydrat  
500 mg, fettfreies Milchpulver 300 mg pro Tablette)



sicherten auf weniger als die Hälfte im Vergleich zu gleichaltrigen Personen mit berufsverwandter Tätigkeit herabgesunken ist. In der Praxis der Begutachtung und der Rechtsprechung führte diese Forderung der Berücksichtigung der beruflichen Tätigkeit zu einer Einengung der Verweisbarkeit der Versicherten in allen Fach- und Lehrberufen, während, wie bisher, die Hilfsarbeitertätigkeiten eine Verweisung auf alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes ermöglichen. — Berufstätige Frauen sind im überwiegenden Ausmaß mit einfachen Arbeiten beschäftigt (18). — Bei angelernten Tätigkeiten ist die Verweisbarkeit, der im Laufe der Jahre erworbenen Erfahrung entsprechend, teilweise eingeschränkt. Hat eine Frau mehrere Tätigkeiten im Laufe ihres Berufslebens ausgeübt, so ist derjenige Beruf zugrunde zu legen, der auf der Höhe des Lebens der Versicherten überwiegend ausgeübt wurde. Hat aber die Versicherte aus persönlichen Gründen und nicht krankheitshalber ihren Lehr- oder Fachberuf aufgegeben, so kann dieser bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit nicht mehr berücksichtigt werden.

Die Berufsarbeit der Frau stellt eine versicherungspflichtige Tätigkeit dar, soweit sie als Arbeit gegen Lohn in abhängiger Tätigkeit geleistet wird. Die Arbeitsleistung für die Familie ist Folge persönlicher und rechtlicher Bindung an die Familie, für die ein Versicherungszwang (nach § 1228 RVO) nicht besteht. Durch ihre Berufsarbeit gehört die Frau zur Versicherten-gemeinschaft der Arbeitnehmer. Ihre Arbeit in der Familie leistet sie als Angehörige dieser Familiengemeinschaft. Gegenstand der Berücksichtigung bei der Beurteilung der Berufs- und Erwerbsfähigkeit der Frau kann deshalb ebenso wie beim Mann nur die versicherungspflichtige Tätigkeit sein. Nach GERCKE (2) sind Doppeltätigkeiten, wie sie bei Frauen häufig vorkommen, keine Vergleichsgrundlagen. Nach STÖTZNER (3) bleibt die Einschränkung aus familiären Gegebenheiten außer Betracht. Diese Stellungnahmen folgen der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 13. 3. 1958 (4 RJ 200/56), nach der als bisheriger Beruf nur die versicherungspflichtige Beschäftigung oder Tätigkeit zugrunde zu legen ist, nicht dagegen eine solche vor Eintritt in die Pflichtversicherung oder nach Ausscheiden aus ihr, selbst wenn während dieser Zeit freiwillige Weiterversicherung bestand.

J. SCHLEICHER (4) schlägt als sozialpolitische Maßnahme steuerpolitische Erleichterung für die berufstätige Frau vor und fordert insbesondere eine den jetzigen sozialen Verhältnissen entsprechende Mitarbeit des Ehemannes in der Familie. Forderungen ähnlicher Art und insbesondere die Möglichkeit der Teilzeitarbeit werden immer wieder diskutiert, um auf diese Weise eine Entlastung der Frau ohne wirtschaftliche Einbuße zu erreichen.

Um die Arbeitsbelastung der Frau in Grenzen zu halten und die Erfüllung der familiären Aufgaben zu sichern, hat der Gesetzgeber im § 76 d. AVAVG eine Arbeitsvermittlung durch das Arbeitsamt für Personen ausgeschlossen, die durch gesetzliche und rechtliche Bindung gehindert sind, unter den am Arbeitsmarkt herrschenden Bedingungen zu arbeiten.

Eine Berufs- oder Erwerbsfähigkeit wird begründet durch einen Dauerzustand einer Gesundheitsstörung, einen Gesundheitsschaden, der zu einer rentenbegründenden Minderung

des Leistungsvermögens geführt hat. Wie in der Krankenversicherung nicht die Krankheit an sich die Leistung der Krankenversicherung begründet, so lösen auch in der Rentenversicherung nicht einzelne oder mehrere Gesundheitsschäden den Eintritt des Versicherungsfalles aus, sondern erst die krankheitsbedingte Minderung des Leistungsvermögens mit einer daraus sich ergebenden Minderung des Erwerbs. Der Versicherungsträger bzw. das Sozialgericht erwarten vom Gutachter die Feststellung der Art und des Umfangs der Gesundheitsschäden in bezug auf das Leistungsvermögen. Solange eine Krankheit zu keiner objektiverbaren Minderung des Leistungsvermögens in anspruchsbegründendem Ausmaß geführt hat, ist der versicherungsrechtliche Tatbestand des Vorliegens einer Berufsunfähigkeit nicht gegeben, es sei denn, daß durch eine an sich mögliche Arbeitsleistung eine wesentliche Verschlimmerung nach allgemeingültiger Lehrmeinung zu erwarten wäre.

Bei allen Gesundheitsstörungen, die länger als sechs Monate andauern und mit einer rentenbegründenden Minderung des Leistungsvermögens verbunden sind, kann die Rentengewährung in Betracht gezogen werden.

Ist das Leistungsvermögen eines Versicherten, sei es, daß er vorher Berufsunfähigkeitsrentner war und einer leichten Beschäftigung nachging, sei es, daß er bis zum Antrag voll berufstätig war, so weit abgesunken, daß er nicht größere als nur geringfügige Einkünfte erzielen kann, so ist Erwerbsunfähigkeit anzunehmen. Das Bundessozialgericht (5) hat die Einkünfte dann als geringfügig bezeichnet, wenn sie unter 20% der bisherigen Einkünfte liegen und dabei betont, daß die von ihm gezogene Grenze von 20% des Einkommens eines Gesunden dem Willen des Gesetzgebers am besten entspreche. Im Gegensatz zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit fällt bei der Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit die Berücksichtigung der beruflichen Tätigkeit weg, und es ist Verweisbarkeit für alle Tätigkeiten, auch für solche, die für den Rentenbewerber einen sozialen Abstieg mit sich bringen, gegeben. Eine weitere Voraussetzung für die Gewährung der Erwerbsunfähigkeitsrente ist, daß die rentenbegründenden Gesundheitsschäden eine Besserung „in absehbarer Zeit“ nicht erwarten lassen und daß Arbeiten in „gewisser Regelmäßigkeit“, d. h. für eine Dauer von täglich zwei bis drei Stunden zusammenhängend oder bei Heimarbeiten auch unter Berücksichtigung von Arbeitspausen, nicht mehr möglich sind.

Liegt Erwerbsunfähigkeit vor, so besteht automatisch auch Arbeitsunfähigkeit; ein Anspruch auf Krankengeld besteht aber nicht (§ 183 RVO).

Rente wird als Dauerrente oder als Zeitrente gewährt. Die Gewährung der Dauerrente erfolgt entweder vom ersten Tag des Monats, in dem der Antrag gestellt wird, an oder wird rückwirkend bis zu drei Monaten gewährt, wenn der Antrag in den ersten drei Monaten nach Erkrankung gestellt wird. Die Zeitrente ist vorgesehen, wenn begründete Aussicht besteht, daß die Berufsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit in absehbarer Zeit behoben sein wird, und zwar wird die Zeitrente von der 27. Woche an, jedoch nur für längstens zwei Jahre von der Bewilligung ab, gewährt. Verlängerung bis zu einem Gesamtzeitraum von

höchstens vier Jahren ist möglich. Die Zeitrente fällt mit Ablauf des im Rentenfeststellungsbescheid zu bestimmenden Zeitraumes weg, ohne daß es eines Entziehungsbescheides oder auch einer Nachuntersuchung bedarf.

Die Entscheidung, ob Dauer- oder Zeitrente angezeigt ist, ist demnach eine rein ärztliche Entscheidung und richtet sich nach der Prognose des der Rente zugrunde liegenden Leidens. Der Gesetzgeber wollte den für voraussichtlich kürzere Zeit berufs- oder erwerbsunfähigen Versicherten vom Beginn der Rentengewährung an auf die Wiedereingliederung in das Berufsleben hinweisen und so einer Fixierung des Leidensbewußtseins entgegenwirken. Durch die Festlegung der zeitlichen Begrenzung erübrigt sich die bei Dauerrente erforderliche Nachuntersuchung mit dem Nachweis wesentlicher Befundänderung im Sinne einer Besserung (nach § 1286 RVO), schließt aber im Falle tatsächlicher Verzögerung des Heilverlaufes die wiederholte Verlängerung der Zeitrente nicht aus. Bezieht die Versicherte bereits Rente wegen Berufsunfähigkeit, so kann bei Eintreten von Erwerbsunfähigkeit, wenn begründete Aussicht besteht, daß diese in absehbarer Zeit behoben sein wird, Rente auf Zeit wegen Erwerbsunfähigkeit bei dauernder Berufsunfähigkeit gewährt werden.

Die Entziehung einer Dauerrente kann nur nach § 1286 RVO bei Vorliegen nachgewiesener Änderung des Befundes mit Besserung des Leistungsvermögens, nicht der Diagnose, erfolgen. Jeder gutachtlich tätige Arzt muß sich dessen bei der Erstellung des Erstgutachtens im Rentenverfahren bewußt sein. Unzulänglich dargestellte Befunde im Gewährungsgutachten verhindern nicht selten einen Rentenentzug.

Zur Verlängerung der Zeitrente ist ein Neuantrag erforderlich, auch kann die Umwandlung der Zeitrente in eine Dauerrente nach Neuantrag vorgenommen werden. Mit dem Neuantrag wird ein neues Rentenfeststellungsverfahren eingeleitet, für das der neu zu ermittelnde Krankheitszustand als Beurteilungsgrundlage gilt. Dem Versicherten erwächst daraus kein Nachteil, es ermöglicht aber andererseits dem Versicherungsträger eine Berücksichtigung des in der Zwischenzeit beobachteten Krankheitsverlaufes, sei es, daß eine Besserung oder Verschlechterung, sei es, daß eine Klärung der Diagnose erfolgte. Die weitere Rentengewährung ist dann der veränderten gesundheitlichen Situation angepaßt.

Die Mitwirkung des Arztes in der Sozialversicherung ist gekennzeichnet durch sein Verhältnis zum Patienten, sei es als behandelnder Arzt oder als sachverständiger Gutachter. Jede Mitwirkung in der Rentenversicherung setzt analog zur Forderung von PROBST (6) für die Unfallversicherung auch für den in der Rentenbegutachtung tätigen Arzt eine Vertrautheit mit den einschlägigen Rechtsgrundlagen und der höchstrichterlichen Rechtsprechung neben einer selbstverständlichen Eignung auf dem Fachgebiet voraus. Der Grundgedanke der Rehabilitation, der Wiedereingliederung in den Beruf, muß auch der Leitgedanke bei der Beurteilung der Minderung des Leistungsvermögens infolge von Gesundheitsschäden der Versicherten sein.

Die Abstufung der Erwerbsbehinderung mit Unterscheidung einer Berufsunfähigkeit und einer Erwerbsunfähigkeit im Sinne der RVO verlangt außerdem eine

hinreichende berufskundliche Kenntnis, um nach Feststellung des Gesundheitsschadens in der Beurteilung in rechtlich zutreffender Weise überzeugend das restliche Leistungsvermögen unter Berücksichtigung des jeweiligen Berufsbildes darstellen zu können. Die berufskundlichen Ermittlungen werden im allgemeinen von der Verwaltung vor Gutachtauftrag durchgeführt. Die Berücksichtigung der im Gesetz festgelegten und in der Rechtsprechung gefestigten Rechtsbegriffe ist in der Beurteilung der Gesundheitsschäden der Frau ebenso wichtig wie in der Beurteilung der Gesundheitsschäden des Mannes.

GERCKE (7) hat vom Standpunkt des Sozialmediziners aus den Hausarzt und behandelnden Arzt als Anwalt des Patienten bezeichnet, hält aber seine Mitwirkung in entsprechendem Rahmen für dringend erforderlich. Seine Aufgabe sieht er in der Mitteilung des Krankheitsbildes als Beweisunterlage an das Gericht bzw. an den vom Gericht oder von den Versicherungsanstalten bestellten Gutachter. HAUFFE (8) hat die Stellung des behandelnden Arztes aus der Sicht des im Sozialgerichtswesen tätigen Juristen ausführlich erörtert und betont wie Gercke die mögliche Konfliktsituation, die sich aus der Stellung als Arzt des Vertrauens und aus der Berufung zum unparteiischen Gutachter ergeben kann. Das Bundessozialgericht habe in verschiedenen Entscheidungen (BSG vom 28. 11. 1962 und 23. 8. 1960) in gleichem Sinne entschieden. Äußert sich der Arzt zur Sache, so übernehme er die Pflichten des sachverständigen Zeugen bzw. des unparteiischen Sachverständigen (§ 118 SGG in Verbindung mit § 414 ZPO). Das gleiche gelte, wenn der Arzt auf Wunsch der Patientin gemäß § 109 SGG als Sachverständiger tätig werde. Eine Wahrheits- und Rechtsfindung sei nur in verständnisvollem Zusammenwirken zwischen behandelndem Arzt, gerichtlich bestelltem Gutachter und Richter möglich (vgl. KLINK, 20).

Kernpunkt des Rentengutachtens bei der wegen Genital-Ca. behandelten Frau ist, wie in jedem anderen Gutachten, die umfassende Darstellung des Befundes, insbesondere seines Ausmaßes mit evtl. Übergreifen auf Nachbarorgane, wie Blase, Mastdarm und Becken, die Mitteilung der klinisch-chemischen und vor allem der histologischen Befunde. In die Beurteilung ist eine Erörterung der Diagnose und Prognose und evtl. Unsicherheit in Diagnose und Prognose einzubeziehen. Die Entscheidung, ob Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit im Rechtssinne vorliegt, ist dann eine rechtliche Entscheidung der Verwaltung oder der Sozialgerichte. Der Arzt beurteilt, Verwaltung und die Sozialgerichte urteilen (6). Erfüllt ein Rentengutachten diese Voraussetzungen, so besitzt es eine überzeugende Beweiskraft. Gutachten sind aber von vornherein wertlos, wenn ihnen eine medizinische Ansicht zugrunde liegt, die mit der durch das Gesetz geschaffenen Rechtslage nicht übereinstimmt (LSG Baden-Württemberg vom 14. 10. 1959) (9). Die Verwaltung der Versicherungsanstalten, wie auch die Sozialgerichte, sind an die ärztliche Beurteilung des Leistungsvermögens nicht streng gebunden, überschreiten aber die Grenzen der freien Beweiswürdigung, wenn sie ohne wohierwogene und stichhaltige Gründe und ohne eingehende Darstellung dieser Gründe von der Beurteilung des ärztlichen Sachverständigen abgehen und eigene Auffassungen an deren Stelle setzen (BSG vom 7. 10. 1958) (10).

Medizinisch schwierige Fachfragen sollen nicht ohne ausführliches und wissenschaftlich begründetes Fachgutachten erfolgen, dabei sind jedoch nur solche Erkenntnisse zu berücksichtigen, die in den medizinischen Fachkreisen allgemeine Anerkennung gefunden haben (BSG v. 10. 6. 1958).

In der Beurteilung der Genitalkarzinome der Frau empfiehlt häufig der Arzt als der Anwalt seiner Patientin dieser, den Rentenanspruch zu stellen. Eine sachlich und rechtlich zutreffende Beratung dürfte für die Patientin von großem Nutzen sein und erspart ihr manche Enttäuschung. Für den Arzt ist es ratsam, sich der Patientin gegenüber und im Attest eines Urteils zu enthalten, weil immer wieder aus einem anderen als medizinischen Grund die Rente versagt werden muß oder die eingehende Untersuchung und die rechtliche Beurteilung durch den Rentengutachter anders ausfällt.

Die Beurteilung der Mehrzahl der an Genital-Ca. erkrankten Frauen ist nicht umstritten.

Liegt bei einem fortgeschrittenen Genitalkarzinom mit Beteiligung der Parametrien und Lymphknoten oder der Nachbarorgane ein reduzierter Allgemeinzustand vor, so handelt es sich meist um eine rentenbegründende Minderung des Leistungsvermögens, die eine Berentung rechtfertigt.

In allen Fällen ist entsprechend der gesetzlich festgelegten Differenzierung in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit eingehend zu erörtern, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, die noch leichtere Arbeit, ca. drei Stunden täglich, zuläßt, oder ob eine wesentliche Arbeitsleistung nicht mehr möglich, also eine Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes anzunehmen ist. Die Unterscheidung wurde bisher wenig beachtet, obwohl sie gerade bei Frauen, die in einfacher Arbeit tätig waren, von erheblicher versicherungsrechtlicher Bedeutung ist. M. E. würde eine Beurteilung der Minderung des Leistungsvermögens als Berufsunfähigkeit öfter den Gesamtbefunden eher entsprechen als die Beurteilung mit der Annahme einer Erwerbsunfähigkeit.

Die Dauer der Berentung richtet sich ebenfalls nach dem objektiven Befund und dem daraus sich ergebenden Leistungsvermögen. Bei fortgeschrittenen inkurablen Erkrankungsfällen mit schlechter Prognose ist Dauerberentung angezeigt. In allen prognostisch günstigeren Fällen ist die Berentung auf Zeit Methode der Wahl, da, wie früher gezeigt, mit Ablauf der Berentungszeit eine Nachuntersuchung nicht erforderlich ist und der oft schwierige Nachweis wesentlicher Änderung in den Verhältnissen entfällt (nach § 1286 RVO bzw. § 1276 RVO).

Erkrankungsfälle von Präkanzerosen, Collum-Ca. der Gruppe I, II und günstige Fälle der Gruppe III sowie semimaligne Ovarialtumoren und günstige Fälle von Corpus-Ca. bedingen meist keine Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit aufgrund des Gesamtbefundes. Ist aber durch eine an sich mögliche Arbeitsleistung eine unmittelbare und entscheidende Gefahr der Verschlimmerung des Leidens zu erwarten, so ist eine Berentung begründet. Mit dieser Entscheidung des Bundessozialgerichtes (4. Senat vom 15. 2. 1962) (12) wurde dem begutachtenden Arzt die Aufgabe übertragen, festzustellen, ob bei entsprechendem Befund und entsprechendem Behandlungsergebnis nach der Erfahrung, wie sie

die allgemein gültige Lehrmeinung darstellt und aufgrund entsprechender statistischer Unterlagen eine wesentliche Gefahr (im Rechtssinne) durch Arbeitsleistung zu erwarten ist. Die bloße Möglichkeit, so wurde ausdrücklich betont, genügt nicht. Schließlich wurde festgestellt, daß nach Gewährung einer Dauerrente ohne hinreichenden Grund für die Berentung wegen Verdacht auf Progredienz des Leidens eine Rentenziehung nicht mehr möglich sei, weil eine objektive Änderung in den Verhältnissen (§ 1286 RVO) dann nicht nachzuweisen sei.

Mit diesem Problem eng verknüpft ist die versicherungsrechtliche Beurteilung der Arbeitsleistung bei einer geschwulsterkrankten Frau. In einer Entscheidung des Bundessozialgerichtes vom 28. 11. 1957 (13) war die Anwartschaft der Versicherten als erfüllt beurteilt worden, weil eine Verschlimmerung des bestehenden Krebsleidens durch Arbeitsleistung nicht anzunehmen war. Das Bundessozialgericht kam nach Einholen mehrerer Gutachten bekannter Frauenärzte zu dem Schluß, daß die Versicherte noch in der Lage gewesen sei, angemessene Frauenarbeit zu verrichten, mit welcher sie die für sie maßgebliche Lohnhälfte (nach altem Recht!) auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt hätte verdienen können, ohne daß dadurch eine wesentliche Verschlimmerung des Leidens (eines Mamma-Karzinoms) zu befürchten war. K. H. BAUER äußerte in einem anderen Fall (von GLATZEL zit.), daß durch die tatsächliche Arbeitsleistung der Nachweis der Erwerbsfähigkeit erbracht sei und betonte, daß durch die angemessene Arbeitsleistung die Krebsentwicklung nicht wesentlich beeinflusst werde. Aufgrund dieser Beurteilung der Arbeitsleistung wurde in beiden Fällen die Erfüllung der Anwartschaft angenommen und Rente zuerkannt. Die für die rückschauende Beurteilung maßgeblichen Gründe sind ebenso für die vorausschauende Beurteilung rechtmäßig.

Aus neuerem Schrifttum ist auf die Arbeit von Glatzel (14) zu verweisen, der am Schluß seines umfassenden Referates über Arbeitsbelastung und Krebswachstum feststellte: Es gibt keine Beobachtungen, aus denen auf einen karzinombegünstigenden Effekt muskulärer Arbeit geschlossen werden könnte. Die Ursachen der Verlaufsunterschiede vermutet er nicht nur in der Individualität des Organismus, sondern auch (wie K. H. Bauer u. a.) in der Individualität des Krebses. SCHMÄHL hat in seiner letzten Veröffentlichung (15) über die Bildung von Metastasen festgestellt: Wir wissen bis heute aber leider nichts, was therapeutische Konsequenzen haben könnte. Wir wissen noch nicht einmal genau, ob wir wirklich spezifische Abwehrfunktionen annehmen dürfen oder ob es zufällige Dinge sind, die das Angehen der Metastase verhindern. Aus diesen bisherigen medizinischen Ergebnissen zur Frage der Arbeitsleistung ergibt sich die versicherungsrechtliche Schlußfolgerung: Der Nachweis einer Gesundheitsschädigung durch angemessene Arbeitsleistung einer geschwulsterkrankten Frau bei sonst gutem Befund ist nicht erbracht und eine wesentliche Schädigung ist nicht zu erwarten.

Die Untersuchungsergebnisse über die Heilerfolge bei geschwulsterkrankten Frauen aus sozial besser und sozial schlechter gestellten Bevölkerungsschichten zeigten bisher keine statistisch signifikanten Unter-

schiede, insbesondere sind versicherungsrechtliche Konsequenzen daraus nicht zu begründen. Verstärkte klimakterische Beschwerden bei vorzeitig strahlenbedingter Menopause sind im Gesamtbefund zu objektivieren und entsprechend bei der Beurteilung des Leistungsvermögens zu erörtern.

Die Auswertung zahlreicher Statistiken zeigt übereinstimmend, daß z. B. beim Collum-Ca. in den früheren Stadien die Rezidiv- und Metastasenhäufigkeit gering ist und die meisten Rezidive, mit ca. 75%, im ersten Jahr, bzw. bis 87% in den beiden ersten Jahren auftreten. Im zweiten Jahr beträgt auf die Erkrankungsfälle der Collum-Ca., Gruppe I, bezogen die Zahl der Rezidive ca. 3 bis 4% der Erkrankungsfälle. Man kann daher bei gutem Gesamtbefund höchstens von einer Möglichkeit der Verschlimmerung durch Arbeitsleistung sprechen.

Über die Möglichkeit der Berentung von Verdachtsfällen ist in einem Urteil des BSG vom 6. 9. 1962 (12) entschieden, daß eine Rente, die wegen Verdachts auf Vorliegen eines Leidens bewilligt sei, auch nach Wegfall des Verdachts entzogen werden könnte. Das Bundessozialgericht forderte zunächst, daß auch im Bewilligungsbescheid der Versicherten der Grund der Rentengewährung anzugeben sei, hielt es jedoch schließlich für ausreichend, wenn der Grund mit hinreichender Deutlichkeit sich aus dem rentenbegründenden Gutachten ergab. Gegen die Mitteilung der Verdachtsdiagnose bestehen ärztlicherseits erhebliche Bedenken, denen das Bundessozialgericht Rechnung getragen hat. Die Beurteilung der Fehldiagnose (BSG 3. 10. 1957) (2), wie auch die Beurteilung einer Befundänderung bei falscher Diagnose (BSG 8/244), zeigen die entscheidende Bedeutung des Befundes und der Diagnose für die Rentengewährung in der Verwaltungs- und Gerichtspraxis.

Die grundsätzliche Forderung eines umfassenden Befundes und einer schlüssigen und rentenrechtlich zutreffenden Beurteilung desselben und der Prognose ist nicht zuletzt in den Auswirkungen der höchstgerichtlichen Rechtsprechung begründet. Immer werden von ärztlicher Seite Bedenken und Unzufriedenheit geäußert, daß ein medizinischer Irrtum rentenrechtlich nicht mehr korrigiert werden kann, und Versicherte auf diese Weise völlig zu Unrecht lange Jahre im Genuß einer Rente bleiben (16).

Eine Differenz der Beurteilung des Leistungsvermögens geschwulsterkrankter Frauen ergibt sich aus der differentiellen Abgrenzung des Versicherungsbereiches. In der Beurteilung der Berufsarbeit besteht keine Differenz. Während K. H. Bauer die Arbeitsaufnahme „so bald es wieder geht“ (Chirurgen-Kongreß 1960) fordert, sagt KIRCHHOFF: „Wichtiger für die versicherungsrechtliche Beurteilung ist die Einschätzung der allgemeinen beruflichen Tätigkeit, die unter normalen Bedingungen keine körperlichen und seelischen Belastungen mit sich bringt“ (17). Die Forderung Kirchhoffs, den Bereich der vom Versicherungsschutz der Rentenversicherung erfaßten Tätigkeiten auf alle, wie er sagt, „in den Tageslauf eingefügten“ Arbeitsleistungen der doppelbelasteten Frau auszudehnen, ist rentenrechtlich nicht zu begründen. Die Versichertengemeinschaft der Arbeitnehmer bringt aus dem Lohn für ihre Arbeitnehmerleistung durch Beitragszahlung großenteils die Mittel für die Rentengewährung auf. Die Höhe der

Beiträge richtet sich nach der Höhe des in Arbeitnehmerleistung erzielten Einkommens. Für die übrige über die Berufsarbeit hinaus geleistete Arbeit wird kein entsprechender Beitrag entrichtet, so daß auch eine Ausdehnung der Versicherungsleistung nicht möglich und im Gesetz nicht vorgesehen ist. Die Beurteilung des Leistungsvermögens durch den medizinischen Gutachter kann „nur unter Berücksichtigung der einzelnen versicherungspflichtigen Tätigkeit erfolgen“.

Ebenso wie die früher, jetzt aber kaum noch anzutreffende Forderung nach 5jähriger Berentung, ist die neuerlich geforderte pauschale Berentung (17) aus versicherungsrechtlichen Gründen undurchführbar.

Gewisse Richtlinien sind brauchbar und notwendig, wenn sie im Rahmen der rentenrechtlichen Möglichkeit liegen. Die Berentung ist aber, wie sich aus den bisherigen Ausführungen ergeben sollte, nach der Differenzierung der Minderung der Erwerbsfähigkeit in eine Berufs- und eine Erwerbsunfähigkeit so weitgehend mit guten Gründen auf die Belange der Versicherten abgestimmt worden, daß jede Pauschalierung oder automatische Berentung a priori dem Sinne des Gesetzes widersprechen muß und einen Rückschritt in sozialmedizinischer und sozialrechtlicher Hinsicht bedeuten würde. K. H. Bauer warnt davor mit den Worten: „Keine automatische Invalidisierung von Krebsoperierten. Sie dient weder dem Interesse noch dem Wohl des Kranken.“

Die Heilmaßnahmen, die dem Leitgedanken der Rehabilitation entsprechen, haben eine frühzeitige Wiedereingliederung der erwerbsgeschädigten Versicherten zum Ziele. Dem Arzt ist aufgegeben, anlässlich jeder Begutachtung auch zu prüfen, ob durch geeignete Heilmaßnahmen die Wiedereingliederung erfolgversprechend gefördert werden kann. Die Heilmaßnahmen umfassen die Heilbehandlung mit allen erforderlichen medizinischen Maßnahmen, insbesondere Behandlung in Kur- und Badeorten und in Spezialanstalten sowie eine soziale Betreuung der Versicherten. In der nachgehenden Fürsorge werden ständig große Anstrengungen gemacht, um den Erfordernissen der Medizin durch Rehabilitationsmaßnahmen gerecht zu werden. Die Rentengewährung ist eine der Aufgaben, aber nicht die Hauptaufgabe in der Betreuung der geschwulsterkrankten Frau. Wichtiger ist die Förderung der prophylaktischen Medizin mit dem Ziel der Früherkennung der Krankheit und der Frühbehandlung, sowie die Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen, falls diese erfolgversprechend sind. Bei fortgeschrittenen und/oder prognostisch ungünstigen Fällen einer Erkrankung an Genital-Ca. ist aufgrund des Gesamtbefundes eine Berentung unbestritten. Für alle rechtzeitig behandelten, wenig fortgeschrittenen und/oder prognostisch günstigen Fälle hofft der Gesetzgeber durch Rehabilitationsmaßnahmen im Rahmen der nachgehenden Fürsorge eine frühzeitige Wiedereingliederung in das Berufsleben zu erreichen, da neben den positiven Auswirkungen der Rentengewährung die negativen Folgen psychologischer Art nicht übersehen werden dürfen. Die Versicherungsanstalten haben jeweils bestimmte Richtlinien zur Durchführung der Rehabilitationsmaßnahmen für geschwulsterkrankte Frauen aufgestellt. Sie gewähren meist für Rentnerinnen, versicherte Frauen und nichtversicherte weibliche Angehörige von Versicherten oder Rentnern im Anschluß

an stationäre Behandlung von Geschwulsterkrankungen Nachkuren in ärztlich geleiteten Heimen bis zu 6 Wochen, in besonderen Fällen bis zur Dauer von 13 Wochen. Die Einrichtung dieser Sonderheilverfahren für geschwulsterkrankte Frauen stellt eine erfolgversprechende Maßnahme der Versicherungsanstalten dar, die Genesung unter ärztlicher Leitung, nach modernen fachärztlichen Gesichtspunkten zu fördern. Gleichzeitig liegt die Absicht zugrunde, geschwulsterkrankte Frauen der Hausarbeit und den Familiensorgen fernzuhalten, da allzuhäufig die schonungsbedürftigen Frauen nach der Klinikentlassung die im Haushalt angestaute Arbeit auf Kosten ihrer Gesundheit zu bewältigen suchen. — Während alleinstehende Frauen gerne sich einem Heilverfahren unterziehen, folgen Mütter nur ungern den Vorschlägen des behandelnden Arztes und des Renten-gutachters.

In der Auswahl der Patientinnen für solche Heilverfahren sind diejenigen zu berücksichtigen, deren Prognose einen Erfolg erwarten läßt. Incurable und insbesondere zu Blutungen neigende Patientinnen bedürfen der Behandlung auf einer Pflegestation eines Krankenhauses und nicht eines Kuraufenthaltes in einem Kurheim für Genesende.

Die Heilmaßnahmen, die im Anschluß an eine klinische Behandlung durchgeführt werden sollen, sind von der Klinik, vom behandelnden Arzt oder von der Patientin selbst bei der Versicherungsanstalt oder über die Krankenkassen zu beantragen. Wiederholungen der Heilverfahren sind möglich. Die Versicherungsanstalten sind bemüht, der geschwulsterkrankten Versicherten und mitversicherten Frau großzügigerweise die Möglichkeit zu geben, mit dem Operations- und Bestrahlungstrauma fertig zu werden und verlorengegangene Kräfte wieder zu gewinnen (16). Die krankheitsbedingte wirtschaftliche Schädigung im Rahmen der versicherungsrechtlichen Möglichkeiten auszugleichen, sehen sie ebenfalls als vornehme Aufgabe an.

#### Literatur:

1. v. KRESS und PETERS: Deutsche Rentenversicherung, 1963/1, S. 67/68.
2. GERCKE, W.: Prävention, Rehabilitation, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, 1961, S. 76.
3. STÖTZNER, H.: Rechtsbegriffe der Sozialversicherung, aus D. med. Sachv. LIX, 1963/6, S. 125.
4. SCHLEICHER, J.: Berufstätigkeit der Frau unter soz. med. Aspekten, Referat am 28. 10. 63, Tagung der ärztl. Sachv.-Beir. d. BAM, ref. Ärztl. Praxis, XV/50.
5. BSG-Urteil: zit. nach Ärztl. Praxis, XV/45, S. 2526.
6. PROBST, J.: Praxis der Unfallbegutachtung im Handbuch d. Unfallbegutachtung von A. Lob, 1961, 1. Bd.
7. GERCKE, W.: Der Arzt im Feststellungsverfahren der Rentenversicherungsträger, D. med. Sachv., 1963, Nr. 3, S. 41—48.
8. HAUFFE, R.: Der behandelnde Arzt in der Sozialgerichtsbarkeit, D. med. Sachv. LX, 1964, Nr. 3, S. 49—56. S. 41—48.
10. ASANGER, R.: Handbuch der Begutachtung (s. Ziff. 6), S. 115.
11. GERCKE, W.: Wie 2., S. 263.
12. TANNEN, K. H.: Kommentar in der Deutschen Rentenversicherung, 1963, Heft I, S. 56—57.
13. BSG-Urteil: vom 28. 11. 57 (4 RJ 166/56), nach Luchterhand, B 200/1.
14. GLATZEL, H.: Arbeitsbelastung und Krebswachstum, Ärztl. Wochenschrift, 13. Jahrgang, Heft 35/36, 1958.
15. SCHMÄHL, D.: Die Metastasierung der Tumoren und ihre Beeinflussung: Die med. Welt, 11/64, S. 544 ff.
16. STÜWE, G.: Ref. vom 18. 8. 63 auf der Gutachtertagung d. LVA Ofr. u. Mfr.
17. KIRCHHOFF, H.: Invalidisierung Krebskranker. Ref. auf dem Deutschen Krebskongreß Mainz, Sept. 1963.
18. WITTGENS, H.: Handbuch d. ges. Arbeitsmedizin, Bd. V, S. 365 ff., 1961.
19. HEUER, K. H.: Die wesentlichen Begriffe des Sozialrechtes, Der med. Sachv., 1964/1, S. 2.
20. KLINK, K.: Das Gutachten der Rentenversicherungsträger im S.G.-Prozeß, Der med. Sachv. LIX, 1963/3.

Anschr. d. Verf.: OMR Dr. L. D i e m e r, 858 Bayreuth, Friedenstraße 11

## Die säkulare Beseitigung radioaktiver Rückstände

Von R. Wittenzellner

Die friedliche Nutzung der Kernenergie, d. h. der Bau von Leistungs- und Forschungsreaktoren, die Anwendung radioaktiver Isotope in Industrie, Technik, Landwirtschaft, Biologie und Medizin, stellt die Wissenschaft vor ein völlig neues Problem, nämlich die sichere, säkulare Beseitigung der in immer größerem Umfange anfallenden radioaktiven Rückstände.

Bei der Betrachtung der vorhandenen oder zu erwartenden radioaktiven Abfälle oder Rückstände von seiten der Kerntechnik ist es zunächst wichtig, die niedrig- bis mittelaktiven Abfälle, die beim Umgang mit radioaktiven Stoffen und beim Betrieb kerntechnischer Anlagen anfallen, von den hochaktiven Rückständen, z. B. ausgebrannte Kernbrennstoffe oder bei ihrer Wiederaufbereitung verbleibende radioaktive Stoffe, zu unterscheiden.

Die Gefährdungsmöglichkeiten durch niedrig- bzw. hochaktive radioaktive Abfälle sind derart verschieden, daß Handhabung und Beseitigung z. T. erheblich voneinander abweichende Techniken erfordern.

Zwar ist das Problem der Beseitigung radioaktiver Rückstände — vor allem hochaktiver Abfälle — im Augenblick für die Bundesrepublik noch nicht allzu akut, es gibt aber keinen Zweifel, daß schon in wenigen Jahren wissenschaftlich untermauerte Ergebnisse vorhanden sein müssen, die allen Forderungen der nächsten Zukunft, vor allem dem Sicherheitsbedürfnis der Menschen und seiner Umgebung, gerecht werden.

Es ist nicht nur der Schutz des Menschen selbst, sondern auch der Schutz der Umgebung des Menschen zu berücksichtigen, es darf also nicht nur die eventuelle direkte Strahlenbelastung durch die radioaktiven Rückstände in Betracht gezogen werden, es muß auch dafür gesorgt werden, daß der Mensch nicht über den Umweg Luft, Boden, Pflanzen und Tiere einer Gefahr ausgesetzt wird, deren Risiko heute noch nicht einmal in seiner ganzen Tragweite zu übersehen ist.

Selbstverständlich spielt bei der Betrachtung der Beseitigung radioaktiver Rückstände auch die Frage der Wirtschaftlichkeit der zur Diskussion stehenden Metho-

den eine nicht unbedeutende Rolle. Für die säkulare Lagerung radioaktiver Rückstände muß nicht nur eine sichere, sondern auch eine wirtschaftlich tragbare Lösung gefunden werden.

Grundsätzlich könnte man zunächst zweierlei Wege zur Beseitigung radioaktiver Rückstände beschreiten:

Entweder sichere Lagerung radioaktiver Rückstände auf unserer Erde, oder aber Verschickung radioaktiver Rückstände in den extraterrestrischen Raum, d. h. in den Weltraum.

Letzteres dürfte wegen der hohen Kosten und auch wegen der nicht geringen Gefahren (z. B. Fehlstart und Verstreuung radioaktiver Abfälle auf größere Gebiete) derzeit nicht in Frage kommen; nur in Ausnahmefällen wäre die Möglichkeit, mit Hilfe von Raketen radioaktive Rückstände in den Weltraum zu senden, diskutabel.

Für die säkulare Lagerung radioaktiver Stoffe auf unserer Erde kommen einerseits die Meere und andererseits die Kontinente, d. h. die feste Erdhülle, in Betracht.

Die Meerversenkung radioaktiver Stoffe, die ja teilweise — vor allem von Anliegerstaaten an große Ozeane — schon praktiziert wird und in gewissem Umfang und unter gewissen Voraussetzungen auch nicht abzulehnen ist, gibt uns doch eine Anzahl von Problemen auf, vor allem, wenn es sich um biologisch-aktive, langlebige Substanzen, die über Pflanzen und Tiere in die menschlichen Blozyklen Eingang finden können, handelt.

Selbstverständlich bieten die Meere mit ihrer relativ großen Oberfläche (ca.  $361 \times 10^6$  qkm) und ihrem großen Volumen (ca.  $1,37 \times 10^9$  qkm) einen gewissen Anreiz für die Versenkung radioaktiver Stoffe.

Für das Einleiten flüssiger radioaktiver Abfälle sind andere Sicherheitsbestimmungen zu erarbeiten, als etwa für die Versenkung in Stahl verpackter oder betonierter fester Rückstände. Während die flüssigen Abfälle vorwiegend in strandnahe Bezirke eingeleitet werden, kommen für die festen Rückstände die strandnahen Bereiche und die dem Festland vorgelagerten Schelfgebiete kaum in Frage, eher schon Tiefseeegräben.

Bevor eine Entscheidung darüber fällt, ob und inwieweit die Meerversenkung radioaktiver Rückstände generell oder auch im Einzelfall in Frage kommt, müssen ausgedehnte Studien über die Temperaturverhältnisse, über die Schichtungs- und Strömungsverhältnisse des Wassers, über den Chemismus des Meerwassers, über den Chemismus der Bodensedimente und vor allem über die Biologie des Meeres durchgeführt werden. Es sind Fragen zu untersuchen, die u. a. die Fischerei, die doch mit bis 2000 m reichenden Tiefseeschleppnetzen arbeitet, angehen, die insbesondere aber die Hersteller und Verarbeiter radioaktiver Abfälle betreffen; letztere müssen u. a. auch dafür sorgen, daß ihre Abfallbehälter den physikalischen und biologischen Gegebenheiten standhalten; so dürfen — um nur ein Beispiel zu bringen — die Fässer beim Absinken auf den Meeresboden nicht zugrunde gehen, damit die radioaktiven Abfallstoffe nicht aus den Behältern können. Je nach Art und Menge der radioaktiven Abfälle muß man vielleicht neben der Einbetonierung und dem Einbringen in Stahlfässer weitere Einbettungstechniken erproben, etwa das Einschmelzen der Rückstände in Glas

oder Keramik, gegebenenfalls kämen auch sich ergänzende und absichernde Kombinationsmethoden in Frage.

Beim Beseitigen radioaktiver Rückstände im Bereich der festen Erdhülle käme als erstes und wohl auch einfachstes die oberflächennahe Ablagerung, etwa durch Vergraben wenige Meter unter der Erdoberfläche, in Frage. Gerade diese sicherlich wirtschaftlich günstige Art der Beseitigung radioaktiver Rückstände bringt aber schwerwiegende Sicherheitsprobleme mit sich, da ein Kontakt mit Regen und damit auch mit Grundwasser — selbst wenn gewisse Sicherheitsmaßnahmen getroffen werden — möglich, wenn nicht sogar wahrscheinlich ist. Vielleicht kann man in einer Wüste noch ausreichend dafür sorgen, daß die radioaktiven Substanzen nicht in den Blozyklus des Menschen gelangen.

Für dichter besiedelte Gegenden, wie etwa Mitteleuropa, dürfte diese Art des oberflächennahen Vergrabens radioaktiver Abfallstoffe nicht in Frage kommen. Für besiedelte Gegenden dürfte sich als Methode der Wahl die Speicherung radioaktiver Rückstände im tiefen Untergrund anbieten.

Im tiefen Untergrund könnte man — analog zur Speicherung von Gas und Erdöl — an die sogenannte Aquiferspeicherung, d. h. die Speicherung im grundwassererfüllten, durchlässigen Gestein, denken; das Wasser wird durch flüssiges oder gasförmiges Speichergut, das durch eine Tiefbohrung eingebracht wird, verdrängt. Aus Sicherheitsgründen scheidet auch diese Methode für die säkulare Lagerung radioaktiver Rückstände aus.

Weiter käme noch die Speicherung in künstlich geschaffenen Hohlräumen im undurchlässigen Gestein, d. h. die Speicherung in Kavernen und Bergwerken, in Frage. Kavernenspeicher können unter gewissen Voraussetzungen im Tongestein, auch im Kalkgestein, im Granit usw., angelegt werden. Diese Gesteine sind aber normalerweise nicht als völlig undurchlässig anzusehen.

Für die Anlage von Kavernen, die der Forderung nach Undurchlässigkeit wirklich entsprechen, kommen praktisch in der Bundesrepublik nur Salzformationen in Frage. Unter allen Gesteinen nehmen nämlich die Salze insofern eine besondere Stellung ein, als sie unter Belastungen bestimmter Größen eine gewisse Plastizität zeigen; es existieren weder nennenswerte Poren noch Klüfte; Salze sind weit dichter als alle übrigen Gesteine, sie sind für Wasser und Gase praktisch undurchlässig. Tafelförmig gelagerte Salzformationen erscheinen vorwiegend aus bergtechnischen Gründen weniger geeignet und auch weniger sicher, in den Salzstöcken dagegen kann Grundwasser nur dann in die Hohlräume eindringen, wenn Anhydrit- oder Tonschichten angeschnitten wurden, deren Klüfte Zirkulationswege, die bis zum Salzspiegel reichen, darstellen.

Überlegungen, ob einer künstlich ausgesolten Kaverne oder einem stillgelegten Salzbergwerk für die Lagerung radioaktiver Rückstände der Vorzug zu geben ist, werden in erster Linie davon ausgehen müssen, ob man schwach- bis mittelaktive, oder aber hochaktive radioaktive Rückstände lagern will, ob man den „Lagerraum“ zu Kontroll- und Forschungszwecken betreten will, und gegebenenfalls sogar, ob man radioaktive Abfälle „rückgewinnen“ will.

Etwas vereinfacht läßt sich zugunsten der Kaverne sagen: Eine Kaverne kann heute in jeder gewünschten Form und Größe hergestellt werden; die Techniken sind von der Gas- und Flüssigkeitsspeicherung her ausreichend bekannt; wegen der geringfügigen Wartung ist eine große Wirtschaftlichkeit zu erwarten; jederzeit und ohne wesentlichen Aufwand ist ein sicherer Abschluß der Kavernenöffnung möglich.

Das Salzbergwerk im kompakten Salzgebirge dagegen erlaubt die Herstellung jeder Art und Form von Hohlräumen in nahezu allen Dimensionen; die Bergwerkshohlräume sind jederzeit begehbar; an Ort und Stelle kann man die radioaktiven Rückstände auf Beschaffenheit und Verhalten prüfen; gegebenenfalls kann man sogar radioaktive Rückstände wieder aus dem Bergwerk herausnehmen und einer Untersuchung oder Verwertung zuführen.

Ein Versaufen von Kavernen oder Grubenräumen ist mit hoher Sicherheit vermeidbar, wenn die Anlage der Hohlräume von vornherein den geologischen Gegebenheiten Rechnung trägt. Dringt aber entgegen allen Erwartungen Süßwasser in die Kaverne oder in das Salzbergwerk ein, oder läßt man aus technischen Erwägungen heraus Wasser in eine Kaverne oder in ein Bergwerk ein, so wird eine Auflösung von Salz stattfinden; die gesättigte Lauge nimmt dabei stets den tiefsten Teil des Flüssigkeitskörpers ein, d. h. die Lauge wird am tiefsten Punkt stagnieren und das Abfalldipot praktisch „versiegeln“; damit können kontaminierte Wässer nicht in den Bereich der Grundwasserzirkulation gelangen.

In der Bundesrepublik Deutschland werden derzeit von der Gesellschaft für Strahlenforschung, in Zusammenarbeit mit verschiedenen anderen Gesellschaften und Institutionen, vor allem in Zusammenarbeit mit der Gesellschaft für Kernforschung in Karlsruhe, der Bundesanstalt für Bodenforschung in Hannover und der Bergakademie Clausthal-Zellerfeld, erste umfangreiche wissenschaftliche Studien über die Tieflagerung radioaktiver Rückstände, vor allem in Salzformationen, durchgeführt:

In den nächsten Monaten und Jahren werden in Zusammenarbeit mit EURATOM verschiedene Probebohrungen an Salzstöcken vorgenommen, um eine Prototypkaverne für die Ablagerung radioaktiver Rückstände zu schaffen. An dieser Kaverne sollen dann sowohl

hinsichtlich Fördereinrichtung, Beschickungs- und Füllungsmechanismen usw. wissenschaftliche Studien getrieben werden, die auch den anderen Euratom-Ländern zur Verfügung stehen werden.

Die Gesellschaft für Strahlenforschung hat bereits ein stillgelegtes Steinsalzbergwerk gekauft und wird in den kommenden Jahren Studien hinsichtlich der Lagerung radioaktiver Rückstände in den Hohlräumen dieses Bergwerks durchführen. U. a. sind neben bergwissenschaftlichen Untersuchungen über Probleme der säkularen Sicherheit der Tieflagerung radioaktiver Rückstände, auch Studien über die Art und Menge der radioaktiven Rückstände in der Bundesrepublik, über ihre Verpackung, über geeignete Transportfahrzeuge, über die Standorte, an denen diese radioaktiven Rückstände auftreten, vorgesehen. Manipulatorgeräte unter und über Tage, „heiße Zellen“ usw., müssen entwickelt und erprobt werden, damit eine gefahrlose Handhabung der radioaktiven Rückstände vom „Erzeuger“ bis in die vorgesehenen Endlager möglich ist.

Das nukleare Risiko sämtlicher Vorhaben bedarf genauester Analyse, die geologischen und hydrologischen Risiken müssen bis in Einzelheiten erforscht, der maximal mögliche Unfall muß bedacht werden.

Entwicklungsarbeit muß geleistet werden, um Art, Form und Größe der zur Einlagerung kommenden radioaktiven Rückstände festzulegen.

Als unabdingliche Sicherheitsmaßnahme für die Umgebung der Lagerstätten ist die Entnahme und Untersuchung von Luft-, Boden- und Wasserproben vorgesehen.

Zusammenfassend läßt sich feststellen:

Sowohl die Salzkaverne als auch das Salzbergwerk gewährleisten wegen der geringen Permeabilität, der relativ guten Wärmeleitfähigkeit, der geringen Bruchfestigkeit, der guten Verformungs- und Fließeigenschaften des Gesteins zusammen mit den nur geringen horizontalen und vertikalen Bewegungstendenzen der spezifisch schweren und sich in den tiefsten Stellen der Hohlräume sammelnden natürlichen und künstlichen Laugen — sogar nach einem eventuellen Absaufen der Hohlräume — einen auf säkulare Zeiträume hinaus sicheren Verschuß der eingelagerten radioaktiven Rückstände.

Anschrift d. Verf.: Dr. med. R. Wittenzellner, 8042 Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstr. 1

sucht für Vertretungen, vor allem in den Monaten Mai, Juni, August und September,

### Praktische Ärzte und Fachärzte aller Fachrichtungen

Meldungen erbeten an die Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, Telefon 36 11 21.

Die Vertreterzentrale der Bayerischen Landesärztekammer

## AUS DEM STANDESLEBEN

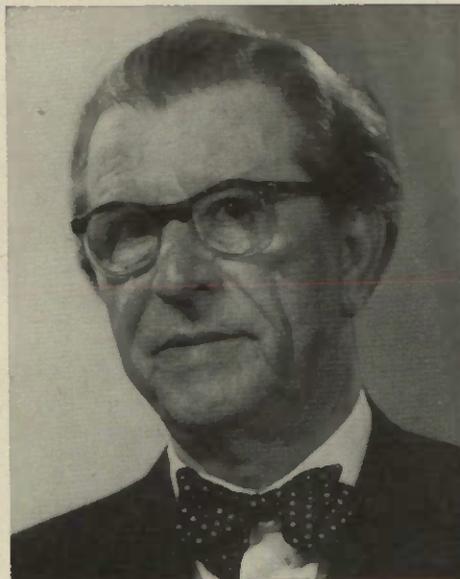
### Herrn Dr. med. Ferdinand von Velasco zum 80. Geburtstag

Wenn ein Arzt bis in das hohe Alter von 80 Jahren in voller geistiger und körperlicher Rüstigkeit an verantwortungsvoller Stelle in seiner Berufsorganisation steht und diese mit größtem Erfolg und Verantwortungsgefühl ausfüllt, dann bedarf dies einer ganz besonderen Würdigung.

Der 1. Vorsitzende des Ärztlichen Kreisverbandes Regensburg und Umgebung und des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberpfalz, Herr Dr. med. Ferdinand von VELASCO, der aus altem spanischen Adel stammt, wurde am 24. 4. 1886 im Schloßgut Geiselbullach bei München als Sohn des Premier-Leutnants und Gutsbesitzers Kanrad von Velasco geboren. Nach Absolvierung des Humanistischen Gymnasiums und nach einem medizinischen Studium in München, Erlangen und Heidelberg machte er den 1. Weltkrieg als Oberarzt der Reserve mit, wobei er am 26. 8. 1917 schwer verwundet wurde. Seine Approbation erhielt er in Karlsruhe am 15. 1. 1915. Nach dem 1. Weltkrieg widmete er sich der Ausbildung zum Kinderfacharzt bei Geheimrat Professor von PFAUNDLER in der Universitäts-Kinderklinik in München. Er promovierte zum Doktor der Medizin im Jahre 1922 und erhielt im November 1922 seine Facharztanerkennung. Am 1. 11. 1922 ließ er sich in Regensburg als Kinderfacharzt nieder, wo er am 1. 1. 1934 die Leitung des Säuglingsheimes der „8 lauen Schwestern“ übernahm. Obwohl er im 2. Weltkrieg im Range eines Oberfeldarztes als Standortarzt von Regensburg und Chefarzt verschiedener Lazarette viele Aufgaben zu erfüllen hatte, betreute er dieses Heim weiter. Daraus wurde 1953 die moderne Klinik „St. Hedwig“ mit 200 Kinderbetten, die er bis 1958 als Chefarzt leitete.

Dr. von Velasco hat in all diesen Aufgaben ein enormes Maß an Arbeit auf sich gehäuft und sich dabei in den Herzen der Regensburger als liebevoller Vater seiner kleinen Patienten einen festen Platz und ein großes Ansehen erworben.

Den berufspolitischen Aufgaben der Ärzteschaft stand er immer sehr aufgeschlossen gegenüber und wurde deshalb und wegen seiner Reife und Großherzigkeit 1952 zum Vorsitzenden des Ärztlichen Kreisverbandes Regensburg und Umgebung und des Ärztlichen Bezirksverbandes Oberpfalz gewählt. In dieser Eigenschaft gehört er dem Var-



stand der Bayerischen Landesärztekammer bis zum heutigen Tage an. Er ist in seinem fruchtbaren Wirken weit über die Grenzen der Oberpfalz und Bayern hinaus bekannt geworden, so daß es für das Präsidium des Deutschen Ärztetages kein schwerer Entschluß war, ihn für den 67. Deutschen Ärztetag in Augsburg 1964 zum Ehrenpräsidenten zu wählen. Seitdem gehört er dem Präsidium des Deutschen Ärztetages, der höchsten Repräsentation der deutschen Ärzteschaft, als Mitglied an.

Die Regensburger und Oberpfälzer Ärzte, denen Dr. von Velasco seit 1952 ein leuchtendes Vorbild vorgelebt hat, danken ihm an seinem 80. Geburtstag für sein Wirken, seine Güte und seine Väterlichkeit aus wärmstem Herzen.

Dr. Braun

## Ein Film zur Diabetes-Diät im Alltag

Im vergangenen Monat hatten die Münchener Internisten und Praktischen Ärzte Gelegenheit, einen Film über die Diabetes-Diät im Alltag zu sehen, der von den Farbwerken HOECHST hergestellt worden war. Die wissenschaftliche Beratung dieses für Laien bestimmten Filmes hatten Herr Dozent Hellmut MEHNERT, jetzt Chefarzt im Schwabinger Krankenhaus in München, und Herr Professor Karl OBERDISSE von der Medizinischen Akademie Düsseldorf, Präsident der Deutschen Diabetes-Gesellschaft.

Der Film zeigt unter Benutzung der ihm zur Verfügung stehenden Mittel an vier Beispielen die tägliche Diabetes-Diät: Ein Hafendarbeiter, der seine Arbeits- und Leistungsfähigkeit als Schwerarbeiter trotz seiner Diabetes-Diät erhalten muß; ein junges Mädchen, das wegen ihres Wachstums und eines besonderen körperlichen Trainings als Ballettschülerin einen erhöhten Kalorienbedarf hat; eine korpulente Geschäftsinhaberin, die ihr Gewicht vermindern muß; ein Vertreter,

der viel unterwegs ist und beim Tragen seiner Musterkoffer auch körperliche Arbeit leistet.

Die notwendigen Belehrungen werden dem Zuschauer durch die Darstellung eines Unterrichts von Schwesternschülerinnen zwanglos vermittelt.

Der Film kann und soll die Beratung des Diabetes-Kranken nicht ersetzen; er kann sie aber sehr gut ergänzen. Er wird im Mai 1966 in einem Münchener Lichtspieltheater ein- oder auch zweimal bei einer Vormittagsveranstaltung gezeigt werden. Zu dieser Veranstaltung werden die Diabetiker durch ihre behandelnden Ärzte eingeladen werden. Die Eintrittskarten zu diesen Filmveranstaltungen erhalten die Diabetiker kostenlos bei der Bayerischen Landesärztekammer. Bei der ersten Filmveranstaltung wurden die Teilnehmer vom Präsidenten der Bayerischen Landesärztekammer, Herrn Kollegen SEWERING, begrüßt, der der Firma Hoechst seinen besonderen Dank für die Herstellung dieses Films und Herrn Kollegen Mehnert für

den Gedanken und die wissenschaftliche Beratung bei der Regie aussprach. Herr Kollege Sewering wies bei seiner Ansprache auch eindringlich darauf hin, daß die Früherfassung der Diabetiker — noch immer komme ja auf jeden bekannten Diabetiker ein noch unerkannter — eine wichtige Aufgabe der praktizierenden Ärzte sei, der sie sich ohne Einschaltung von Ambulatorien mit besonderem Nachdruck widmen werden.

Es ist beabsichtigt, diesen Film später auch den einzelnen Kreisverbänden zur Verfügung zu stellen.

### Bayerische Landesärztekammer zum Vertrieb des Mittels „Chemierasur“

Das Bayerische Ärzteblatt hatte in Heft 8/1965, S. 584, vor der Anwendung des Mittels „Chemierasur“ dringend gewarnt. Dieses Mittel, das von einer Firma in Liechtenstein hergestellt wird, wurde von der Firma „Bau + Technik GmbH“ in München vertrieben und sollte zur Behandlung von Akne, Unfallnarben, Brandwunden, Pockennarben, Sommersprossen, großporiger Haut und anderen Hautschäden dienen. Die Bayerische Landesärztekammer hatte vor der Anwendung dieses

Mittels gewarnt, weil es sich dabei um ein karbolsäurehaltiges Präparat handelte und Ärzte derartige Mittel nicht über eine Baufirma beziehen sollten.

Die Staatsanwaltschaft in München war überdies um Prüfung ersucht worden, ob der Vertrieb dieses Mittels nicht einen Verstoß gegen arzneimittelrechtliche Vorschriften darstellt. Mit Schreiben vom 18. März 1966 hat nun die Staatsanwaltschaft bei dem Landgericht München I der Bayerischen Landesärztekammer u. a. folgendes mitgeteilt:

„Das auf Ihre Anzeige vom 29. Juli 1965 gegen... eingeleitete Ermittlungsverfahren habe ich gemäß § 170 Abs. 2 StPO eingestellt.

Dem Beschuldigten liegt zur Last, das Mittel ‚Chemierasur‘ vertrieben zu haben und dadurch einen Verstoß gegen arzneimittelrechtliche Vorschriften begangen zu haben. Nach der unwiderlegbaren Einlassung des Beschuldigten wurde ‚Chemierasur‘ von ihm in der Bundesrepublik Deutschland nicht vertrieben, da auf eine eingehende Werbung in Ärztekreisen keine einzige Bestellung einging (Sperrung durch die Redaktion). Die von dem Beschuldigten geführte ‚Bau + Technik‘ GmbH. habe daher den Vertrieb dieses Mittels abgelehnt.“

## Das Gespräch und die Psychotherapie

Vorschau auf die 16. Lindauer Psychotherapiewoche 1966

*Seit 1950 findet alljährlich Ende April/Anfang Mai im bayerischen Raum eine Veranstaltung statt, die sich in wachsendem Maße nicht nur des Zustroms von Ärzten aus der ganzen Bundesrepublik, sondern auch aus ganz Europa, ja sogar aus Übersee, erfreut, die Lindauer Psychotherapiewoche. Ihr Leiter, Kollege Stolze aus München, schreibt zum diesjährigen Programm:*

Wie kann bloßes Sprechen helfend oder heilend wirken? Diese Frage ist oft gestellt worden. Sie bildet häufig den Kern des Zweifels an der Psychotherapie als einer ärztlichen Methode der Krankenbehandlung. Wann sind die Worte, die zwischen Patient und Arzt gewechselt werden, ein „Gespräch“? Und wann wird ein Arzt-Patienten-Gespräch zur „Psychotherapie“? Bei solchen Überlegungen geht es nicht um nomenklatorische Spitzfindigkeiten, sondern vielmehr um Wesen und Berechtigung einer Behandlungsmethode, die sich vorwiegend eines der mächtigsten „Instrumente“ des Arztes bedient, des heilenden Wortes.

Die 16. Lindauer Psychotherapiewoche wird den Eigenarten des ärztlich-therapeutischen Gesprächs, das sich wesentlich von anderen Gesprächsformen des täglichen Lebens unterscheidet, in 15 Vorträgen nachspüren, die an fünf Vormittagen (25.—29. April 1966) zum **Hauptleitthema: „Das Gespräch und die Psychotherapie“** gehalten werden. Eine Reihe von Referaten dient der Abgrenzung: Der Philosoph (BOLLNOW, Tübingen), der Jurist (HAUSER, Winterthur), der Theologe (FLECKENSTEIN, Würzburg) und der Psychiater (STOLL, Rheinau-Zürich), legen ihre Auffassungen über die ihrer Disziplin jeweils eigene Gesprächsführung dar. Auf einer anderen Linie wird der Sprache und ihren gemeinschaftsbildenden Möglichkeiten nachgeforscht (SCHULTE, Tübingen; LINDEMANN, Stanford; WYATT, Boston). In diesem Rahmen bewegen sich die übrigen Vorträge, die sich mit den Besonderheiten der einzelnen Gesprächsformen befassen, dem Praxis-Gespräch (SCHLEGEL, Zürich), dem ersten Gespräch (LANGEN, Mainz), dem individualpsychologisch-

therapeutischen Gespräch (LOUIS, Zürich), dem analytischen Gespräch (FURGER, Winterthur, und W. SCHINDLER, London), dem Gruppengespräch (BATTEGAY, Basel) und den Gesprächen der Patienten untereinander (ENKE, Freiburg). Schließlich wird mit „Sprechen und Schwelgen“ (WIESENHÜTTER, Tübingen) kontrapunktisch auf eine wichtige Voraussetzung jedes psychotherapeutischen Gesprächs hingewiesen: seine Abhängigkeit vom rechten Zuhören-Können.

Diesem Hauptthema ist ein **Seitenthema** (am 30. 4. 1966) beigegeben: **„Die Pubertät als kritisches Stadium“**. Die Klinik (MEYER, Göttingen), die soziologischen und pädagogischen Aspekte (FLITNER, Tübingen), die Psychodynamik (SPIEL, Wien) und die Besonderheiten der Psychotherapie (HÜNNEKENS, Hamm) der Pubertätskrisen werden hier betrachtet.

Vielfach wird im Programm der 16. Lindauer Psychotherapiewoche das „Gespräch“ wieder aufgenommen. In den nachmittäglichen 16 thematisch ganz verschiedenen Arbeitsgruppen (mit je 8—10 Teilnehmern), in zwei Fallseminaren und in zwölf analytischen Selbsterfahrungsgruppen wird das therapeutische Gespräch selbst gepflegt, verfeinert und durch Einsichten bereichert. Diskussionskreise zu den Vormittagsvorträgen und Erörterungen der psychotherapeutischen „Neulinge“ unter der Führung erfahrener Praktiker lassen das Gespräch die ganze Woche über nicht abreißen.

Daß das Wort bei alledem nur ein Weg zum seelisch Kranken und seiner Heilung ist, wird deutlich an den Übungen, die sich in der zweiten Woche (2.—7. Mai 1966) anschließen. Musik (BRESGEN, Salzburg), Atmung

(FUCHS, Erlangen), Bewegung (GOLDBERG, Tel Aviv, und STOLZE, München) und Darstellung (HARLFINGER, Tübingen) sind die nicht-verbalen Psychotherapieformen, mit denen Anfänger und Fortgeschrittene vertraut gemacht werden. Autogenes Training und Hypnose als schon „klassische“ psychotherapeutische Behandlungswesen stehen in diesem Jahr zurück; es wird nur der Erfahrungsaustausch darüber in Kolloquien (BINDER, Bad Driburg, und SCHÄTZING, Berlin) gepflegt.

Zwei Vorlesungsreihen bzw. Seminare müssen noch Erwähnung finden: die Einführungen in die Psychologie C. G. JUNGs (ESCHENBACH, Stuttgart) während der ersten und in die Indikationen zur Psychotherapie des praktizierenden Arztes (HEIGL, Göttingen) während der zweiten Woche.

So verbindet auch die 16. Lindauer Psychotherapiewoche 1966 die Form des Fachkongresses, auf dem grundsätzliche Probleme diskutiert werden, mit der einer ärztlichen Fortbildungsveranstaltung; darüber hinaus trägt sie bei, ein psychotherapeutisches Grundwissen zu vermitteln, für das mangels ausreichender Information während des Medizinstudiums und der anschließenden klinischen Tätigkeit ein großer „Nachholbedarf“ besteht.

Nähere Auskünfte erteilt das Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, 8 München 27, Adalbert-Stifter-Straße 31.

#### Mitteilung des Berufsverbandes der Deutschen HNO-Ärzte e. V.

Die satzungsgemäßen Wahlen in Bayern wurden mit nachfolgendem Ergebnis abgeschlossen:

##### Landesgruppe Bayern

Bezirksobmann:

Stellvertreter:

##### Bezirksgruppe München

Dr. Gert BIENIAS

Dr. Franz-Joseph KRÜGER

##### Bezirksgruppe Oberbayern

Dr. Kurt THIEME

Dr. Guldo UMHAU

##### Bezirksgruppe Niederbayern

Dr. Oskar BANTLOW sen.

##### Bezirksgruppe Oberpfalz

Dr. Günther SADOWSKI

Dr. Herman BRANTL

##### Bezirksgruppe Mittelfranken

Dr. Ernst BAUER

Dr. Helmut WENDELSTEIN

##### Bezirksgruppe Unterfranken

Dr. Fritz-Heinz SPRENGER

##### Bezirksgruppe Oberfranken

Dr. Richard HUBER

Dr. Hans WAGEMANN

##### Landesgruppe Bayern

Landesobmann:

Dr. Gert BIENIAS

Stellvertreter:

Dr. Oskar BANTLOW sen.

#### Zum Gedenken von Professor Karl Matthes

Am 16. Januar 1965 wäre der ehemalige Heidelberger Ordinarius für Innere Medizin, Professor Dr. Karl MATTHES, 60 Jahre alt geworden. Aus diesem Anlaß veranstaltete die Medizinische Universitätsklinik Heidelberg in Verbindung mit der Bezirksärztekammer Nordbaden in Heidelberg eine Fortbildungstagung mit dem Thema „Fortschritte der Inneren Medizin“.

Professor Matthes, der am 8. November 1962 in Heidelberg einem tödlichen Leiden erlag, hat sich als Kliniker und als Physiologe — besonders auf dem Gebiet des Kreislaufes und der Atmung — weltweites Ansehen erworben. Er wirkte an den Universitäten in Leipzig, Erlangen und Heidelberg. Durch seine Forschungen auf dem Gebiet der Oxymetrie, d. h. der fortlaufenden Messung des Sauerstoffgehaltes im Blut, hat sich Matthes in der Geschichte der Medizin einen hervorragenden Platz gesichert. Diese Untersuchungen bilden die Grundlagen der modernen diagnostischen Methoden, die heute bei thoraxchirurgischen Eingriffen und in der Luftfahrtmedizin nicht mehr zu entbehren sind.

Hervorragende Schüler dieses in Forschung und Lehre gleichsam bedeutenden Mannes haben an jener Fortbildungstagung referiert. Nach den Worten von Professor SCHETTLER berichteten G. FRIESE, F. GROSS, H. HARTERT, A. LAUER, A. LINKE, K. MECHELKE, W. T. ULMER und D. WITTEKIND aus den verschiedensten Spezialgebieten der Inneren Medizin.

In diesen Tagen hat BOEHRINGER-Mannheim einen Gedenkband herausgegeben, in dem die in Heidelberg gehaltenen Vorträge zusammengestellt sind. Eingeleitet werden diese Vorträge durch eine Laudatio, die von Professor Dr. Freiherr von KRESS anlässlich der akademischen Gedenkfeier der Medizinischen Fakultät für Karl Matthes gehalten wurde.

Interessierte Ärzte können das Buch auf Wunsch von Boehringer-Mannheim erhalten.

# Revonal®

# Revonal® retard

## Einschlaf- und Wiedereinschlafmittel

Tabletten zu 0,2 g Methaqualon      Packungen mit 10 und 20 Tabletten

## Einschlaf- und Durchschlafmittel

Zweischichtentabletten zu 0,3 g Methaqualon  
Packungen mit 10 und 20 Tabletten

# Zwei »patente« Schlafmittel

*E. Merck*  
DARMSTADT

## FAKULTÄT

### München

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Rudolf ZENKER, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik München, und der Nobelpreisträger Prof. Dr. Dr. h. c. Feodor LYNEN wurden in Wien zu korrespondierenden Mitgliedern der Österreichischen Ärztesgesellschaft (van Swieten Gesellschaft) ernannt.

Der ordentliche Professor für Psychiatrie und Neurologie, Dr. Kurt KOLLE, wird mit Ablauf des Monats März 1966 von seinen amtlichen Verpflichtungen in der Medizinischen Fakultät der Universität München entbunden (emeritiert).

Dem a. o. Professor für Kinderchirurgie, Prof. Dr. Anton OBERNIEDERMAYR, wurde mit Wirkung vom 14. 1. 1966 die Bezeichnung sowie die akademischen Rechte und Pflichten eines ordentlichen Professors verliehen.

Der apl. Professor Dr. Heinrich WRBA wurde am 24. 2. 1965 zum Abteilungsvorsteher an der Universität Heidelberg ernannt. Er ist daher mit Ablauf des 23. 2. 1965 aus dem Beamtenverhältnis auf Widerruf als apl. Professor entlassen.

Zum „außerplanmäßigen Professor“ wurden ernannt:

Priv.-Doz. Dr. Axel GEORGII mit Wirkung vom 15. 3. 1966;

Priv.-Doz. Dr. Egbert SCHMIEDT mit Wirkung vom 28. 1. 1966.

Privatdozent Dr. Alfred SCHAUER wird mit Wirkung vom 1. 4. 1966 zum Universitätsdozenten ernannt.

Dr. Klaus DEVENS ist am 3. 2. 1966 die Lehrbefugnis für „Chirurgie des Kindesalters“ erteilt worden. Damit ist das Recht auf Führung der Bezeichnung „Privatdozent“ verbunden.

Dr. Alfred SCHAUDIG ist am 11. 2. 1966 die Lehrbefugnis für Chirurgie erteilt worden. Damit ist das Recht auf Führung der Bezeichnung „Privatdozent“ verbunden.

### Würzburg

Der o. Professor der Hygiene und Mikrobiologie in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, Dr. med. Heinz SEELIGER, ist von der Weltgesundheitsorganisation in Genf für die Dauer von fünf Jahren zum Mitglied des WHO-Expert Advisory Panel on Health Laboratories berufen worden.

Der o. Professor der inneren Medizin in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, Dr. med. Ernst WOLLHEIM, Direktor der Medizinischen Universitätsklinik und z. Z. auch Prorektor der Universität Würzburg, ist für das Jahr 1965/66 zum Vorsitzenden der Gesellschaft für Nephrologie gewählt worden.

Der apl. Professor der Chirurgie und Urologie in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, Dr. med. Wolfgang LUTZEYER, hat einen ehrenvollen Ruf auf den o. Lehrstuhl der Urologie in der Medizinischen Fakultät der Technischen Hochschule Aachen erhalten.

Der Universitätsdozent in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, Dr. med. Hans BAMMER, ist vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus zum „apl. Professor“ der Neurologie ernannt worden.

Der Privatdozentin der Psychiatrie und Neurologie in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, Dr. med. Erika GEISLER, wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus die Bezeichnung „apl. Professor“ verliehen.

Dem Privatdozenten der Chirurgie, insbesondere Neurochirurgie, in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, Dr. med. Hans-Peter JENSEN, wurde vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus die Bezeichnung „apl. Professor“ verliehen.

Dem wissenschaftlichen Assistenten bei der Medizinischen Klinik der Universität Würzburg, Dr. med. Georg BECKER, wurde die Lehrbefugnis für innere Medizin erteilt. Er ist damit Privatdozent in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg geworden.

Dem wissenschaftlichen Assistenten bei der Klinik und Poliklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Universität Würzburg, Dr. med. Werner BOHNDORF, wurde die Lehrbefugnis für Röntgenologie und Strahlenheilkunde erteilt. Er ist damit Privatdozent in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg geworden.

Dem wissenschaftlichen Assistenten beim Physiologisch-chemischen Institut der Universität Würzburg, Dr. med. Dr. rer. nat. Hugo FASOLD, wurde die Lehrbefugnis für physiologische Chemie erteilt. Er ist damit Privatdozent in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg geworden.

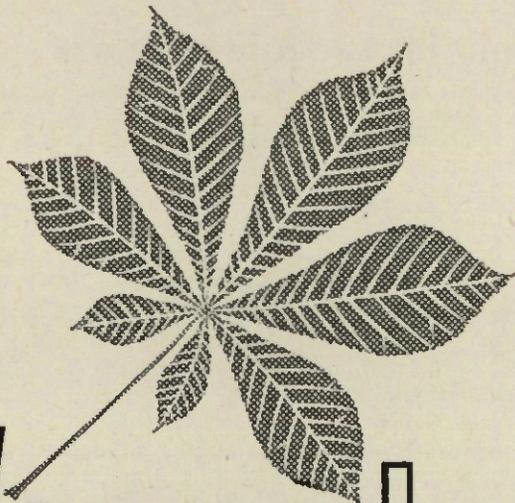
Dem wissenschaftlichen Assistenten bei der Medizinischen Poliklinik der Universität Würzburg, Dr. med. Wolff GROSS, wurde die Lehrbefugnis für innere Medizin erteilt. Er ist damit Privatdozent in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg geworden. Dem wissenschaftlichen Assistenten bei der Neurologischen Klinik und Poliklinik der Universität Würzburg, Dr. med. Hanns Christian HOPF, wurde die Lehrbefugnis für Neurologie erteilt. Er ist damit Privatdozent in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg geworden.

Dem wissenschaftlichen Assistenten bei der Universitäts-Frauenklinik und Poliklinik Würzburg, Dr. med. Karl Heinz MOSLER, wurde die Lehrbefugnis für Geburtshilfe und Frauenheilkunde erteilt. Er ist damit Privatdozent in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg geworden.

Dem wissenschaftlichen Assistenten beim Pathologischen Institut der Universität Würzburg, Dr. med. Hans-Achim MÜLLER, wurde die Lehrbefugnis für Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie erteilt. Er ist damit Privatdozent in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg geworden.

Dem wissenschaftlichen Assistenten bei der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität Würzburg, Dr. med. Dr. med. dent. Norbert SCHWENZER, wurde die Lehrbefugnis für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, insbesondere Kieferchirurgie, erteilt. Er ist damit Privatdozent in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg geworden.

Dem wissenschaftlichen Assistenten beim Institut für Pharmakologie und Toxikologie der Universität Würzburg, Diplom-Chemiker Dr. med. Dr. rer. nat. Anton STIER, wurde die Lehrbefugnis für Pharmakologie und Toxikologie erteilt. Er ist damit Privatdozent in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg geworden.



# Venostasin

# NEU

und unbedingt  
versuchenswert

# forte

DRAGÉES

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

zur  
**Intensiv-  
Therapie**

---

**massiv dosiert**  
**geschmacksfrei**

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

**gut toleriert**  
**standardisiert**

---



München 23

*Rp.*

O.P. mit 40 u. 100 Dragées

## AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN

# Die Augsburger Anatomie im 18. Jahrhundert

Von Manfred Stürzbecher

Unser Wissen von der Ausbildung der Wundärzte im 17. und 18. Jahrhundert ist noch sehr lückenhaft. Uns ist bekannt, daß die Zeitgenossen teilweise über die mangelnden Kenntnisse der Barbierchirurgen klagten. Es ist ein Verdienst von E. Th. NAUCK, zahlreiche Daten über Lehranatomien und anatomisch-chirurgische Lehranstalten aus der verstreuten Literatur zusammengetragen zu haben. Auf Grund der gedruckten Literatur haben u. a. HERRLINGER und HOFMEIER über die Motive, die zu den Lehrsektionen für Barbierchirurgen führten, berichtet. Das Material über das Berliner Anatomische Theater hat ebenfalls Aufschlüsse über die Erwägung der absolutistischen Obrigkeit zur Ausbildung guter Wundärzte gegeben. Im Stadtarchiv Augsburg sind Quellen erhalten, die uns Einblick in die Organisation des Fortbildungsunterrichtes für Chirurgen geben, aber auch die gegen diese Bestrebungen aufgebotenen Widerstände aufzeigen.

Schon im 17. Jahrhundert hat in Augsburg anatomischer Unterricht für Wundärzte und Hebammen stattgefunden. Wir wissen, daß der Rat Ende Juli 1692 zur Belehrung der „Barbieren, Badern samt ihren Gesellen, wie auch der Hebammen, und sonst niemand anderer“ vom Körper der Hingerichteten Kanin den Uterus und ein Auge zur Verfügung gestellt hat. Während zu Beginn des 18. Jahrhunderts eine Sektion auf dem Anatomischen Theater in Berlin „allen Liebhabern“ angezeigt wurde und eine Art gesellschaftlichen Ereignisses war, wurde in Augsburg die Anatomie nur für „Fachleute“ gehalten. Es wurde ausdrücklich festgesetzt: „auch daraufhin der Körper ehrlich begraben werden solle“.

In den nächsten Jahren scheint in Augsburg keine Anatomie stattgefunden zu haben. Am 13. Januar 1717 bat Dr. Johann Mattheus SCHLIESSNER den geheimen Rat um die Leiche des am darauffolgenden Tage hingerichteten Antonius Bayer für eine Anatomie. Die kalte Jahreszeit und die Konstitution eines 30jährigen Mannes würden das Vorhaben begünstigen. Schließner wies darauf hin, daß ihm vor 25 Jahren die Leiche der hingerichteten Anna Barbara Kanin von Leutkirch zur Anatomie überlassen worden war, „... da dann der Todten Körper post exekutionem biß auf den Abend in der Richtstatt liegend gelassen, als dann von denen Gerichtsdienern in das Lazarett getragen, nach vollendeter Section aber zu Grab gebracht und begraben worden“. Der Arzt glaube, daß die Anatomie für die Chirurgen von größter Wichtigkeit sei. Er selbst wolle die Anatomie unentgeltlich verrichten. Unkosten entstünden dem Rat nur für den Transport der Leiche in das kleine Lazarett und für das Begräbnis.

Einzelheiten über die Anatomie erfahren wir aus den Akten leider nicht. Sie muß jedoch stattgefunden haben, denn im April 1717 wandten sich sämtliche Barbierer, Bader und Wundärzte an den Rat mit dem Hinweis, daß die anatomische Sektion von „der uns so hochnötigsten Anatomischen Wissenschaft“ Kenntnis gebracht habe. Es habe eine aus ca. 70 Personen „bestandene Anzahl Spectatorum et Auditorum der so-

wohl chirurgischer Magistrorum als auch dero Söhne, Gesellen und Jungen von Anfang bis Ende sich unverdrossen eingefunden“ und ihre Lust zur Repitierung oder Erlernung dieser Wissenschaft gezeigt. Die Petenten erklärten, daß viele von ihnen „in diesem ihrem doch so hochnothwendigen Studio gar sehr unerfahren seyn“. Dies sei nicht allein ihre Schuld, denn sie hätten weder in der Stadt noch auswärts Gelegenheit gehabt, eine öffentliche anatomische Sektion zu sehen und sich „in Anatomicis“ informieren zu lassen. Die „Beziehung der Universitäten“ sei für die Barbierchirurgen nicht üblich; daher seien ihre Kenntnisse gering. Daraus würde dem Publikum großer Schaden und Nachteil erwachsen. Bei vorgeschriebenen Besichtigungen könnten „in Abgang aber Anatomischer Wissenschaft gar leichtlich solche Fehler vorgehen“, die der Obrigkeit viel Ungelegenheiten bereiten, ja sogar dazu führen könnten, daß ein Unschuldiger zum Tode verurteilt wird, ein Schuldiger aber wegen „nicht genugsamer Erkantnus“ seiner Strafe entgeht. Den „Privatis“ sei die Unkenntnis nicht minder schädlich, da daraus falsche Kuren entstünden, die mehr schaden als nützten. Dadurch trete ein Schaden an der Gesundheit ein, der höher zu bewerten sei als Vermögensverluste. Da der menschliche Körper sehr kompliziert gebaut sei, sei es nicht möglich, alle Einzelheiten bei einer einmaligen Demonstration zu behalten. Es sei für die Chirurgen hochnotwendig, „durch Hochobrigkeitliche Verordnung und Erlaubnus ein beständige Exercitium Anatomicum durch expresse Anstellung eines Herrn Doctoris Anatomiae und von Ihme zu haltenden Lectionum Anatomicarum, wie auch bey jeder weiligen Gelegenheit durch würcklich Sectiones und Demonstrationes an einigen menschlichen Körpern einzuführen“. Die Barbier-Chirurgen betonten, daß die genaue Kenntnis der Anatomie des Menschen für ihre Kunst von größter Wichtigkeit sei, denn jeder Künstler und Handwerker müsse das Material kennen, womit er umgeht.

Es wurde angeregt, einen Doktor, der auf der Universität und auf Reisen das Studium der Anatomie getrieben und bei Sektionen selber mit Hand angelegt hat, gegen eine gewisse Pension anzustellen. Er sollte jährlich zu gewissen Zeiten anatomische Lektionen halten und bei Gelegenheiten „oftermahlige Sectiones an menschlichen Körpern selbst, nach allen dessen Theilen vornehmen, wo aber eine vollkommene Section nicht thunlich, wenigst die Untersuchung nur eines gewissen merkwürdigen Zustandes, woran etwa eine Persohn gestorben, öfters anstellen und denen Chyrurgis, deren Söhnen, Gesellen und Jungen die benöthigte Unterweisung nach allen erforderlichen Umständen geben“. Zu diesem Zwecke sollten die Leichen der auf dem „Nothhaus“ Verstorbenen, „welche ohne dem meistens Leuthe seyn, deren sich niemand besonders annimmt“, und der im Pilgerhaus „ihr Leben geendeten frembden Persohnen, um die sich gleichfalls niemand insonderheit bekümmert“, zur Verfügung gestellt werden. Durch die Pension würde ein Doktor angereizt, sich dem Studium der Anatomie besonders zu

widmen. Das Geld könnte von dem Stipendium genommen werden, das bisher zwei „Schneid-Ärzten“ gereicht wurde. Eine Stelle könnte vakant bleiben, da man an einem Operateur in der Stadt genug habe und dieser sich bei der Stelle kaum durchbringen könne. In Notfällen aber könnte man in den umliegenden Orten leicht solcher Leute habhaft werden. Der Doktor sollte gehalten sein, die anatomische und chirurgische Literatur zu verfolgen und sich mit den neu erfundenen anatomischen und chirurgischen Instrumenten zu beschäftigen.

Der vorgeschlagene Unterricht würde die Unkenntnis der Barbierchirurgen beseitigen „und endlich die Special Untersuchung einiger merkwürdigen Special Zustände die Chyrugos in stande setzen in folgenden Zeiten manche an dergleichen Gebrechen nothleidende Persohnen von dem frühzeitigen Tode vordrist unter götlichem Segen zu erretten und zu ihrem gesunden Leib wieder zu verheifen“. Solche Anatomien würden nach jeder Richtung hin Vorteil bringen. So würden u. a. auch mehr fremde Gesellen in die Stadt kommen und dadurch würde der Konsum (und damit die Steuereinkünfte) erhöht werden. Nicht zuletzt würde der Ruhm der Stadt Augsburg erhöht.

Von den Wundärzten wurde ein umfassendes Bildungs- und Fortbildungsprogramm entworfen. Ob alle Zunftgenossen hinter diesem Vorschlag standen, muß bezweifelt werden. Aber wir sehen, daß sich unter den Barbierchirurgen ein Interesse am Fortschritt der Wissenschaft zeigte. Die Begründung war geschickt formuliert und vergaß nicht hervorzuheben, daß ein Anatomisches Theater der Stadt auch unter merkantilistischen Gesichtspunkten zum Vorteil gereichen würde.

Der Rat erbat sich vom Collegium medicum — der Standesvertretung der Ärzte, die den Rat in Fragen der Gesundheitspolitik beriet —, ein Gutachten. Das Collegium medicum stellte zu der Eingabe fest, daß der vorgeschlagene Modus nicht praktikabel sei:

1. würde die Anstellung eines Doktors als Anatom „praeludlich“ sein und zu „Inconvenenzen“ führen;
2. könne man den einen Schnittarzt nicht abschaffen, da man sich auf diese Weise der Chance berauben würde, einen qualifizierten Operateur zu erhalten;

3. sei es auf deutschen Universitäten üblich, daß der Anatom von den Zuhörern ein Honorar fordert, was auch hier geschehen könnte;
4. könnten die Kadaver vom Nothaus zwar genommen werden, „waß aber die auf dem hiesigen Pilgerhauß verstorbenen frembde oder Bürger anbelangt, möchte es dem gemeinen Wesen nicht allerdings anständig seyn“, denn hier kommen die erkrankten armen Bürger und vor allem fremde Dienstboten in die Kur, die sich unter solchen Umständen aber schwer bewegen lassen würden, sich des wohlfundierten Krankenhauses zu bedienen, „sondern lieber crepiren und ihren Herrschaften und Bürgeren zu größter Beschwerneuß auf dem Halß liegen bleiben“.

Während die letzte Erwägung durchaus sachlich fundiert ist und auf eine schwierige Problematik hinweist, können die ersten drei Argumente nicht ganz überzeugen. Man hat den Eindruck, daß das Collegium medicum dem Chirurgenunterricht aus engen Standesinteressen Widerstand entgegengesetzt. Wie die Entscheidung des Rates ausfiel, ist aus den benutzten Akten nicht ersichtlich. Es ist auch nicht festzustellen, ob in den nächsten Jahren in Augsburg laufend ein Unterricht für die Wundärzte stattgefunden hat.

Die Aktenüberlieferung setzt erst mit dem Jahre 1745 wieder ein. Am 20. November 1745 war Johann Andreas Deisch, Doctor medicina, gestattet worden, im Pilgerhaus und im Incurablenhaus anatomisch-chirurgische Sektionen auszuüben. Anfang 1746 wendeten sich die Deputierten über das Pilger- und Incurablenhaus an den Rat und baten, dem Dr. Deisch die Genehmigung dahin zu erweitern, daß er in den sechs Wintermonaten drei bis vier Tage hindurch, in den sechs Sommermonaten aber drei bis vier Stunden, die Sektionen vornehmen darf. Sein Vorhaben sei sehr nützlich, denn die Wundärzte der Stadt setzten die notwendigen anatomischen Studien hinten an. Die Deputierten wollten dem Arzt „gantz gerne mit den hlezu benöthigten Zimmern und anderen Erfordernüssen an die Hand gehen“. Der Arzt wandte sich auch direkt mit einer Eingabe an den Rat. Er verwies auf eine im vorangegangenen Monat übergebene Beschwerde, betonte jetzt aber, er habe eingesehen, daß die Obduktion der Spitalpfündner auf Schwierigkeiten stoße, wenn sie nicht sogar ganz unpraktikabel sei.

Für  
Ihre  
Magen-Patienten

**ULCOLIND®**

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



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab

Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungs-  
trakt und hemmt übermäßige  
Sekretion

Dilsoprominhydrochlorid

stellt an der  
Magenschleimhaut  
physiologische  
Verhältnisse wieder her

Bismut. aluminicum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-  
zeitige Leberschutztherapie

Cholin orotat



**Wenn der Patient  
nur noch  
an seine Krankheit denkt,  
denkt der Arzt an  
Pasaden<sup>®</sup>**

Das Psychosedativum Pasaden reguliert Organneurosen



Chemiewerk HOMBURG Frankfurt/Main

Seine Bitte gehe nun dahin, ihm durch ein Dekret zu gestatten, im Pilger- und Incurablenhaus im Winter Sectiones anatomicas von drei bis vier Tagen, im Sommer aber Operationes chirurgicas von zwei bis drei Stunden an den dort Verstorbenen vorzunehmen. Außerdem wolle er die Theoria anatomica et chirurgica weiter vortragen. Er hoffe, daß es keine Schwierigkeiten geben wird. Unter dem 12. Februar 1746 wurden die Sektionen genehmigt.

In den benutzten Akten erfahren wir über die Lehrtätigkeit Deischs in den nächsten Jahren nichts. Im August 1756 richtete er ein Gesuch an den Rat, in dem er darauf verwies, daß er schon angezeigt habe, „wie sich angehende Bader und Barbieri gar wenig um die ihnen so nöthige Anatomie und Chirurgie bekümmern, dadurch aber in praxi clinica nicht geringer Schaden entsteht“. Daher sei von den Ärzten eine Prüfung der neuankommenden Wundärzte vorgeschlagen worden, „als ein Mittel, selbige zu eifriger Erlernung der Anatomie und Chirurgie anzutreiben“. Neben dieser Prüfung sei es nun aber auch notwendig, sowohl Anatomie als auch Chirurgie den jungen Leuten künftig von einem erfahrenen Arzt unentgeltlich vortragen zu lassen, wie es schon in anderen deutschen Städten üblich sei. Auf diese Weise würde das Publikum mit tüchtigen Wundärzten versorgt werden, „denen es sich benöthigten falls sicher anvertrauen möge“. Falls der Rat den Unterricht für notwendig erachten sollte, bitte er damit betraut zu werden. Seit 1746 habe er Bader und Barbiergesellen privatim Unterricht in Anatomie und Chirurgie erteilt, so daß er mit den notwendigen „praeparatis anatomicis und instrumentis chirurgicis hinlanglich versehen“ sei. Er bitte, diesen Unterricht übertragen zu bekommen, und erbiere sich, dreimal in der Woche — montags, dienstags und donnerstags zwischen drei und vier Uhr nachmittags — in einem Raum des inneren Lazarets, der vor 18 Jahren vom Bauamt zur Anatomie gewidmet und mit Stühlen versehen worden sei, „die Anatomie und Chirurgie pro bono publico öffentlich zu lehren, auch selbige an denen im Pilgerhaus verstorbenen oder hingerichteten Personen zu zeigen...“. Er versprach, daß von den Leichen nichts entwendet, sondern die Körper gehörig begraben werden. In einem Gutachten der Baumeister vom selben Jahr wurde darauf hingewiesen, daß 1755 die Prüfung der Wundärzte in Augsburg eingeführt worden sei. Die Baumeister setzten sich für die Fundierung eines Anatomischen Theaters ein, da solche Theater in den anderen großen Reichsstädten bereits vorhanden seien. Die Ärzte sollten wechselweise „an einem bequemen und gelegenen Orth und zu gesetzten Stunden“ die in Augsburg arbeitenden Barbiergesellen unterrichten. Nachdem sich Deisch angeboten habe, solle der Rat ihm zunächst die Lectionen übertragen. Die Entscheidung des Rates hat sich in den benutzten Akten nicht erhalten.

Im März 1757 bat Deisch den Rat, ihm die Leiche eines Hingerichteten für 10 oder 12 Tage „ohne den minderen Anspruch oder Waisung des Scharfrichters“ zu überlassen, damit er seinen Schülern im inneren Lazarett diejenigen Teile der Anatomie demonstrieren könne, „welche an denen im Pilgerhaus verstorbenen, wegen verschiedener Umstände nicht gezeigt werden können“.

Im folgenden Jahr machte Deisch einen erneuten

## 69. Deutscher Ärztetag in Essen

vom 13. bis 18. Mai 1966

Vorstoß wegen der Organisation eines öffentlichen Chirurgenunterrichtes in Augsburg. Er schlug vor, einem der Physici diese Lectionen zu übertragen, da dadurch die Besoldung für den Wundarztlehrer gespart werden könne. Gleichzeitig bat er um die nächste vakante werdende Physikatsstelle; bis dahin solle ihm der Rat für seinen Unterricht 100 Gulden jährlich verbren. Er legte dem Rat ein Verzeichnis der Einnahmen und Ausgaben für den von 1747 bis 1757 durchgeführten Unterricht vor:

Einnahmen:	
Ein Jahr in das andere gerechnet	50 fl
thun in 10 Jahren	500 fl
Ausgaben:	
Jährlich Zins vor die Stuben	
worinnen die Lectionen gehalten	30 fl
vor Holz	6 fl
thun in 10 Jahren	360 fl
Vor angeschaffte Anatomische und Chirurgische Bücher, Instrumente und Maschinen	470 fl
	<hr/>
	Summa 830 fl

Somit habe er in dieser Zeit 330 fl Verlust durch seine Lehrtätigkeit gehabt.

Unter dem 28. Februar 1758 lehnte der Rat Deischs Vorschläge ab, wegen der „ohnehin kostbaren Zeiten“, denn der siebenjährige Krieg zog mittelbar auch die Stadt Augsburg in Mitleidenschaft.

Die Beschwerde des Chirurgen Salomon Ambrosius Kephialides aus dem Jahre 1759 muß ebenfalls im Hinblick auf die „nahrlosen Zeiten“ während des Krieges gesehen werden. Der Wundarzt beschwerte sich, daß der Arzt eine Praxi chirurgica treibe und sogar „verschiedene einem Medico ganz und gar unanständige Verrichtungen“, wie z. B. „clystiren, verbinden aller Schäden“ vornehme.

Deisch ist offenbar ein sehr eigenwilliger Arzt gewesen. Er lebte mit Kollegen, Wundärzten und vielen seiner Mitbürger in Streit. In die medizinhistorische Literatur ist er auf Grund eines Urteils von Siebold in seiner Geschichte der Geburtshilfe als Prototyp des rohen, verantwortungslosen Geburtsbelfers eingegangen. Das negative Urteil, das vor allem auf den Aussagen seiner Gegner beruht, dürfte bei näherer Untersuchung seiner Leistungen in der ärztlichen Praxis der Stadt Augsburg nicht aufrechtzuerhalten sein. Bei den Bemühungen um die Fortbildung der Wundärzte in der Reichsstadt sehen wir ihn als einen mutigen Vorkämpfer der Einheit von Chirurgie und Medizin, als einen Arzt, der die Schranken der Standesurteile in Wort und Tat übersprang. Ein impulsives Temperament scheint ihm zuzueigen gewesen zu sein. Die Bearbeitung seiner Biographie auf Grund der Akten des Augsburger Stadtarchivs dürfte einen aufschlußreichen Beitrag zur medizinischen Praxis des 18. Jahrhunderts bieten. Schon von seinen Zeitgenossen muß

seine Tätigkeit nicht nur negativ beurteilt worden sein. Im November 1765 erhielt er die Anfrage, ob er eine Stelle als Professor in Altdorf annehmen würde, wo man einen Mann suche, der in der Praxis der Anatomie und Chirurgie versiert ist. Geboten wurden eine feste Besoldung von 300 fl und 100 fl Reisegeld, dazu Kollegelder und freie Praxis. Deisch lehnte das Angebot ab. Dem Augsburger Rat gegenüber begründete er diesen Schritt damit, daß er zur Fortsetzung seiner akademischen Studien verschiedene Augsburger Stipendien genossen habe, „in der Absicht den allhiesigen Kranken und Nothleidenden nach Möglichkeit zu dienen“. Gegen Mäzenaten und Kranke möchte er nicht unbarmherzig sein und habe deshalb den Ruf abgelehnt. Er bitte den Rat, ihm für seinen Wundarztunterricht 100 fl jährlich zu zahlen und ihm die Anwartschaft auf ein Physikat zu verleihen. Er wolle Wundärzten und Hebammen unentgeltlich Unterricht unter praktischen Gesichtspunkten erteilen. Am 7. Dezember bewilligte der Rat das Honorar von 100 fl für drei Jahre, in Hinsicht auf das Physikat und den Hebammenunterricht wurden ihm jedoch keine Zusagen gemacht.

1769 bat Deisch, ihm das Honorar für seinen Anatomie- und Chirurgie-Unterricht auch weiterhin zu bewilligen. Die verordneten Einnehmer der Stadt, die Finanzbehörde, sprachen sich für das Gesuch aus, weil die Gesellen bei Deisch viel lernen könnten, „da bekannter maßen diesem Manne öfters die schwersten operationes chirurgicae vorkommen, bei denen mancher nicht wüßte, wie er sie angreifen, geschweigt dann verbinden und heilen sollte“. Da die Gesellen außer dem Wochenlohn meist nichts haben, könnten sie den Dozenten für seine Mühen nicht honorieren. Wenn er seine Zeit und Mühe an diese Leute verliere, sei es billig, daß er dafür eine Entschädigung erhält. Gleichzeitig wurde in einer Nachschrift darauf aufmerksam gemacht, daß die Herren ihre Gesellen von den Informationsstunden fernzuhalten versuchen. Es wurde vorgeschlagen, die Meister anzuweisen, daß sie diesen Unterricht ferner nicht unziemlich hindern. Der Rat entsprach den Vorschlägen; solange Deisch lese, solle er 100 fl jährlich erhalten. Die Bader und Barbieri wurden angehalten, ihre Gesellen zur Information zu schicken. Aus dem Jahre 1774 besitzen wir eine Liste der Schüler von Deisch; 14 Personen sind darin aufgeführt. Die verordneten Einnehmer unterstützten auch 1774 die Bitte Deischs um Fortsetzung der Besoldung. In ihrer Begründung führten sie u. a. an:

„So eine bekante Sache es ist, daß dem gemeinen Wesen an geschickten Wund Ärzten vii gelegen seyn, ebenso bekant ist leider auch, daß diese Leuthe mehrentheils in ihrer Lehrzeit gar sehr versäumt und im Gesellenstand auch nicht allemal so angeführt werden, wie es seyn sollte, in dem ihre Herren gemeinlich zu frieden sind, wann die Barbier- und Aderlaß-kunden wohl bedient werden. Bey chirurgischen Operationen wird selten einer zugelassen, wenigstens nicht so, daß er dabey lernen könnte, wie gefährliche und langwierige Schäden zu behandeln und recht zu verbinden seyn. Kommen nun solche Gesellen zu einer Barbier- oder Baders-Gerechtigkeit, so müssen sie auf Gefahr und Kosten ihrer Patienten erst lernen, was sie schon wissen soliten.“

In den nächsten Jahren wurden Deisch 100 fl angewiesen.

Anfang 1782 bat Dr. C. L. Becker den Rat, ihm ein jährliches Entgelt für den Unterricht der Wundärzte zu geben, wie es der verstorbene Dr. Deisch erhalten habe. Der Rat beschloß unter dem 7. Februar 1782, dem Dr. Becker jährlich 50 fl zu zahlen. Jedoch mußte er sich verpflichten, alle Vierteljahre eine Liste der Hörer einzureichen.

Am 1. März 1782 reichte Dr. Becker eine Aufstellung seiner Hörer ein. 20 Barbiergesellen haben an den Vorlesungen regelmäßig teilgenommen, neun weitere haben sich zwar zur Anhörung der Unterweisungen eingeschrieben, „kommen aber selten oder gar nicht“.

Mit dieser Liste endet die Überlieferung des anatomischen Unterrichts in Augsburg, wie sie an Hand der benutzten Akten zu rekonstruieren ist.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß bis zum Beginn des 18. Jahrhunderts die Wundärzte in Augsburg gelegentlich anatomisch-chirurgische Unterweisungen erhielten. Der Versuch, einen geregelten anatomisch-chirurgischen Unterricht zu organisieren, scheiterte 1717 am Widerspruch des Collegium medicum. Zu diesem Zeitpunkt waren es vor allem die Wundärzte, die die Anatomien forderten. Es ist anzunehmen, daß auch in der ersten Hälfte des 18. Jahrhunderts gelegentlich Unterricht erteilt wurde, denn Ende der dreißiger Jahre scheint im inneren Lazarett ein Anatomisches Theater errichtet worden zu sein. Seit 1745 hielt Dr. Johann Andreas Deisch Vorlesungen und Demonstrationen. Dieser Unterricht entsprang der Initiative des Arztes und wurde fast 20 Jahre von ihm auf eigene Rechnung betrieben. Erst nachdem er 1765 einen Ruf nach Altdorf abgelehnt hatte, wurde ihm ein Honorar zugestanden, und der Wundarztunterricht dadurch eine öffentliche Einrichtung. Seit 1755 war ein besonderes Examen für die Wundärzte eingeführt. Bis zu seinem Tode hat Deisch den Unterricht gehalten. Als seinen Nachfolger lernen wir einen Dr. C. L. Becker kennen. Die benutzten Akten haben uns gezeigt, daß der Aus- und Fortbildung der Wundärzte in Augsburg des 18. Jahrhunderts die verschiedensten Interessen entgegenstanden.

#### Quellen und Literatur

- Stadtarchiv Augsburg: Deputation ad Collegium medicum Tom I Varia.
- Collegium medicum. Doctores medicinae in genere betr. 1548—1795. Fasc. 6.
- E. Th. NAUCK, Zur Chronologie und Topographie der Lehranatomien in Mitteleuropa bis zum Jahre 1700, *Anatomischer Anzeiger*, 106, 1959, 409—429.
- E. Th. NAUCK, Über die anatomischen, chirurgischen und geburtshilflichen Lehranstalten vornehmlich außerhalb der Universitäten im 16.—19. Jahrhundert, *Anatomischer Anzeiger*, 113, 1963, 193—218.
- R. HERRLINGER, Methoden des anatomischen Unterrichts der Wundärzte im XVI. Jahrhundert, *Verhandlungen der anatomischen Gesellschaft auf der 50. Versammlung in Marburg*, Jena 1952, 273—276.
- H. HOFMEIER, Zu einem Sinnbild des Unterbauches in Johann von Muralt's „Anatomisches Collegium“ (1687), *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung*, 50, 1961, 458—459.
- M. STÜRZBECHER, Aus der Frühgeschichte der Berliner Anatomie, *Deutsches Medizinisches Journal*, 14, 1963, 803—819.
- Anschr. d. Verf.: Dr. med. et phil. M. Stürzbecher, 1 Berlin 21, Klopstockstraße 25

## AUS DER BUNDESPOLITIK

# Aus der Arbeit des Deutschen Bundestages

Der Deutsche Bundestag behandelte in der letzten Zeit u. a.:

### I. Entwurf eines Nettoumsatzsteuergesetzes

Der Bundestagsausschuß für Gesundheitswesen behandelte in seiner Sitzung vom 10. März 1966 unter anderem den von den Koalitionsparteien im Bundestag eingebrachten Entwurf eines Nettoumsatzsteuergesetzes (Mehrwertsteuergesetz). Der Ausschuß kam dabei einstimmig zu dem Ergebnis, daß eine Mehrwertsteuer bzw. Umsatzsteuer für die freien Heilberufe nicht vertretbar sei. Es wurde darauf hingewiesen, daß die bisherige Umsatzsteuer nicht als Präjudiz für die geplante Regelung des Umsatzsteuerrechts gelten könne, sondern daß die grundsätzliche Reform des Steuerrechts Veranlassung sein sollte, die bisher schon als unbefriedigend empfundene Umsatzsteuer für die Heilberufe gänzlich abzuschaffen. Der Ausschuß hielt diese Freistellung deshalb für gerechtfertigt, weil die von den Heilberufen erbrachte Leistung anders als die Leistung anderer freier Berufe angesehen werden muß, wobei berücksichtigt werden müsse, daß der Patient als „Verbraucher“ schicksalhaft auf die Leistung der Heilberufe angewiesen sei. Darüber hinaus lehnte der Ausschuß für Gesundheitswesen die Belastung der Heilberufe durch die geplante Nettoumsatzsteuer ab, weil sie zwangsläufig eine Mehrbelastung der Sozialversicherungsträger und damit der Versicherungsgemeinschaft mit sich bringen müßte. In einer Freistellung nur der Sozialversicherungsträger von der geplanten Nettoumsatzsteuer sieht der Ausschuß nicht nur eine arbeitstechnische Mehrbelastung der Heilberufe, sondern auch eine nicht vertretbare, steuerliche Diskriminierung des nicht pflichtversicherten Personenkreises.

### II. Bundespflegesatzverordnung

In der Plenarsitzung am 9. März 1966 behandelte der Deutsche Bundestag in eingehender Diskussion die hierzu von der SPD-Fraktion und von den CDU/CSU- und FDP-Fraktionen gestellten Anträge und Anfragen über die Neuregelung der Krankenhauspflegesätze. Nach Begründung des SPD-Antrages durch den Abgeordneten ROHDE beteiligten sich an der Aussprache auch Bundesministerin Frau Dr. SCHWARZHAUPT und Vertreter der Regierungskoalition.

Einleitend bezeichnete Abg. Rohde die Regelung der Pflegesätze von Krankenhäusern und eine Normalisierung ihrer finanziellen Situation als eine große Gemeinschaftsaufgabe mit dem Ziel, eine zeitgerechte Krankenhausversorgung sicherzustellen. Das Begehren seiner Fraktion nach Klarheit und Offenheit befand sich in der Nachbarschaft jener kritischen und sorgenvollen Anmerkungen, die von Abgeordneten aller Fraktionen in den öffentlichen Diskussionen der letzten Wochen zu den Absichten der Bundesregierung gemacht worden seien. Es entspreche sowohl dem Range der Krankenhausfrage als auch der Verantwortung des Parlaments, wenn es seinen Anspruch anmelde, bei der Regelung dieser Angelegenheit sein Wort mit zur Geltung zu bringen. Es müßte nicht nur vom Parlament

selbst, sondern auch von der Öffentlichkeit als unbefriedigend empfunden werden, bei besonderen Gelegenheiten von dem Gewicht und der Bedeutung der Sozialinvestitionen zwar zu reden, ohne aber im Bundestag gleichzeitig in einem konkreten Fall wie diesem, die Konsequenzen zu behandeln.

Jeder, der eine parlamentarische Verantwortung trage, habe sich mit dem Problem auseinanderzusetzen, wie die Krankenhäuser in die Lage versetzt werden könnten, die erweiterten Aufgaben, die sich aus der medizinischen Entwicklung und aus der tiefgreifenden Wandlung der Sozialstruktur ergäben, auf die Dauer zu erfüllen. Hier gehe es nicht nur darum, einen vorübergehenden sichtbaren Engpaß zu beseitigen, sondern eine langfristige, sinnvolle Lösung anzustreben. Praxis und Wissenschaft hätten deutlich gemacht, wie Art und Umfang der Krankenhausversorgung durch die heutigen Behandlungsmöglichkeiten, durch die Veränderung der Lebensverhältnisse und die damit verbundene Inanspruchnahme der Krankenhäuser und eine Reihe anderer Faktoren sich gewandelt hätten.

Die daraus resultierenden Aufgaben seien nicht überraschend auf die Verantwortlichen zugekommen. Die Sorgen der Krankenhäuser um ihre finanzielle Grundlage sowie um genügend Personal für die Behandlung und Pflege der Kranken und ihr Bemühen, mit der technisch-medizinischen Entwicklung Schritt zu halten, bewegte seit langem die öffentliche Diskussion.

Unter Anspielung auf die zahlreichen Zusagen, Ankündigungen und Versicherungen der Bundesregierung stellte Abg. Rohde die Frage, ob in der Bundesrepublik der Stil und die Methoden dafür gefunden worden seien, wie solche auch von der Bundesregierung als Gemeinschaftsaufgaben bezeichneten Probleme gelöst werden könnten und müßten. Die Bundesregierung hätte dem Parlament bereits zu einem früheren Zeitpunkt im Zusammenhang darstellen müssen, auf welche Weise eine langfristige Ordnung des Krankenhauswesens erreicht werden könne; insbesondere, wie von der Öffentlichen Hand für die Errichtung, die Investitionen, die Modernisierung und den Unterhalt von Krankenhäusern Mittel aufgebracht werden könnten und mit welchen Verpflichtungen auf der anderen Seite die Versicherten als Benutzer der Krankenhäuser zu rechnen hätten. Dieser Anspruch mit dem ganzen Umfang der Sache und nicht nur mit einem kurzfristig angelegten Teilaspekt konfrontiert zu werden, sei völlig legitim und der Aufgabe gemäß. Das Bundesgesundheitsministerium habe sich allerdings nur damit begnügt, eine neue Bundespflegesatzverordnung anzukündigen, mit der die Leistungsverpflichtungen der Versicherten wesentlich verändert werden sollen. Das bedeute praktisch, daß neue und erhebliche finanzielle Belastungen auf die Sozialversicherten zukommen. Die Höhe dieser finanziellen Belastungen sei in der öffentlichen Diskussion umstritten. Auf der einen Seite werde ein Betrag genannt, der unter einer Milliarde DM liegt; auf der anderen Seite werde von finanziellen Belastungen der Sozialversicherten gesprochen, die über 1,5 Milliarden DM hinausgingen. Eine endgültige Klärung

werde aber sicher erst dann erfolgen, wenn die Bundesregierung einen Bericht über die Berechnungsgrundlagen einer beabsichtigten Änderung der Pflegesatzverordnung vorgelegt habe.

In der öffentlichen Diskussion über die Absichten der Bundesregierung im Zusammenhang mit der Bundespflegesatzverordnung sei wiederholt die Frage aufgeworfen worden, ob sie die rechtliche Legitimation besitze, auf dem Verordnungswege finanzielle Änderungen in einem solchen Umfange vorzunehmen, die Preisverordnung also auf eine solche Bandbreite auszudehnen. Abgesehen von diesem Einwand erscheine es jedoch notwendig, daß das Parlament aus politischer Verantwortung versucht, Klarstellungen in der Sache zu erhalten.

Von der öffentlichen Aufgabe „Krankenhausversorgung“ zu sprechen, bedeute gleichzeitig auch das Mißverständnis auszuräumen, daß in erster Linie, oder sogar in der Hauptsache, die Gemeinden die finanziellen Verpflichtungen zu tragen hätten. Soweit es die Gemeinden und die Träger freier gemeinnütziger Krankenanstalten angehe, hätten sie in der Vergangenheit, vor allem in den Jahren des Aufbaus, große Anstrengungen gemacht und im Krankenhauswesen erhebliche finanzielle Investitionen vorgenommen. Ihre Tatkraft verdiene Respekt und Anerkennung, die auch in dem politischen Willen des Gesetzgebers ihren Ausdruck finden sollte.

Im Vordergrund der politischen Überlegungen in den letzten Wochen zur Wirtschafts- und Finanzpolitik habe man eine bewegende Auseinandersetzung über die Notwendigkeiten und Möglichkeiten einer längerfristigen Haushalts- und Wirtschaftspolitik feststellen können. Auch die Bewältigung solcher Gemeinschaftsaufgaben, wie die Sanierung des Krankenhauswesens, müßten in eine solche Entwicklung eingeordnet werden. Längerfristige Wirtschafts- und Haushaltspolitik sei ohne eine entsprechende Sozialpolitik nicht denkbar. Deshalb sollte man in der Sozialpolitik immer mehr von dem Geist des Novellierens wegkommen und zu einem Konzipieren auf längere Sicht gelangen.

Zu dem Antrag der SPD-Fraktion erklärte der Sprecher der CDU/CSU, Bundesminister a. D. BLANK, es sei das legitime Recht eines Parlaments, Auskunft über die Gegebenheiten und die Folgen gesetzgeberischer Vorhaben und Maßnahmen zu erbitten. Welche Entscheidung die Bundesregierung in dieser Sache treffe, d. h. ob sie ihre Pflegesatzverordnung dennoch erlassen oder sie im Hinblick auf die Tatsache, daß das Parlament diese Auskünfte wünsche, vorläufig zurückzustellen, bleibe ihr überlassen. Der Antrag der SPD-Fraktion zur Pflegesatzverordnung sei nach Auffassung seiner Fraktion nicht ausreichend, und zwar deshalb, weil in der öffentlichen Diskussion häufig dargetan werde, daß die Krankenanstalten bestimmter Träger

sich in einer wesentlich schlechteren finanziellen Situation befänden als die Krankenanstalten der Kommunen oder sonstiger öffentlicher Gebietskörperschaften. Es werde in der öffentlichen Diskussion auch oft darüber geklagt, daß in dem einen Lande die Verhältnisse günstiger für die Krankenanstalten seien als in einem anderen Lande. Aus diesem Grunde hätten sich die Koalitionsfraktionen entschlossen, einen eigenen Antrag einzubringen, durch den die Bundesregierung aufgefordert werden soll, dem Parlament Vorschläge zu machen, welche rechtlichen, organisatorischen und finanziellen Voraussetzungen geschaffen werden könnten, damit die Krankenhäuser in die Lage versetzt werden, ihre Aufgabe zu erfüllen. Abschließend beantragte Abg. Blank die Überweisung dieser Anträge an den Ausschuß für Wirtschaft und Mittelstandsfragen und wegen ihrer großen sozialpolitischen und gesundheitspolitischen Bedeutung mitberatend an den Ausschuß für Sozialpolitik und den Ausschuß für Gesundheitswesen mit dem Hinweis, daß die Pflegesatzverordnung unzweifelhaft auf § 2 des Preisgesetzes von 1948 beruhe und in ihrer rechtlichen Fundierung wirtschaftsrechtlich sei.

Für die FDP-Fraktion nahm Abg. Dr. HAMM zu dem SPD-Antrag Stellung. Er wies darauf hin, die FDP vertrete die Auffassung, daß bei der derzeitigen Situation der deutschen Krankenhäuser die bisherige Bundespflegesatzverordnung nicht aufrechterhalten und verantwortet werden könne; sie müßte in ihrem System grundlegend geändert werden. Allerdings müsse zunächst eine Übergangslösung dergestalt gefunden werden, daß die Krankenhäuser auch einen Teil der Vorhaltekosten in den Pflegesatz einbeziehen könnten. Der SPD-Antrag sei von der Sache her durchaus berechtigt. Die SPD verlange aber vom Bundestag einen Beschluß, wonach die Bundesregierung verpflichtet werden solle, vor Erlass der Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung einen Bericht zu erstatten. Dies sei jedoch ein äußerst schwieriges, verfassungsrechtliches Problem, und zwar deshalb, weil die Bundesregierung auf Grund Gesetzes berechtigt sei, Verordnungen zu erlassen, auch ohne vorher den gesetzgebenden Körperschaften einen Bericht vorzulegen. Um diesen Schwierigkeiten zu entgehen und den sachlichen Inhalt beider Anträge sinnvoll zusammenzufassen, sowie einen Beschluß des Bundestages möglichst bald herbeizuführen, befürwortete auch die FDP die Überweisung der beiden Anträge an die genannten Ausschüsse.

In Erwiderung auf die Ausführung des SPD-Abgeordneten Rohde erklärte Bundesministerin Frau Dr. Schwarzhaupt, eine Annahme der Anträge der Opposition habe zur Folge, daß die Arbeiten an der z. Z. in Vorbereitung befindlichen Bundespflegesatzverordnung einzustellen sind, bis dieser Bericht dem Parlament er-

# Cefadysbasin<sup>®</sup>

TROPFEN

TABLETTEN

AMPULLEN

CEFAK  
KEMPTEN

PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

stattet worden sei. Dieses aber sei auf Grund der schwierigen Situation der Krankenhäuser nicht zu verantworten. Sie sei ebenfalls, wie die Opposition, der Meinung, daß die Frage des Krankenhauswesens und der Krankenhausfinanzierung langfristig behandelt und erörtert sowie eine Gesamtregelung gefunden werden müßte. Die Zuständigkeit für die Krankenhäuser und die Krankenhausfinanzierung liege allerdings im Prinzip bei den Ländern. Die Aufforderungen der SPD, hier zu langfristigen, grundsätzlichen Regelungen zu kommen, könnten sich in erster Linie nur an die Länder richten. Diese hätten eine Kommission zur Erörterung der Grundfinanzierung der Krankenhäuser gebildet, die mehrere Sitzungen, an denen auch die Bundesregierung beteiligt gewesen sei, durchgeführt habe. Diese Kommission habe vor kurzem den Beschluß gefaßt, von der Bundesregierung zunächst einmal eine Überprüfung und Neuregelung der Pflegesatzbestimmungen zu verlangen. Die zuständigen beteiligten Ministerien seien inzwischen dieser Aufforderung nachgekommen, indem sie einen Entwurf erstellt und ihn den Ressorts der Bundesregierung zur Beratung zugeleitet hätten.

In der abschließenden Diskussion stellte der SPD-Abgeordnete Dr. BARDENS fest, in der Aussprache über das Problem der Pflegesatzverordnung seien in den letzten Wochen in der Öffentlichkeit, nunmehr aber auch im Parlament, im wesentlichen nur finanzielle Überlegungen angestellt worden. Selbstverständlich handle es sich hierbei um ein finanzielles Problem ganz erheblichen Umfangs. Es gehe hier aber auch um ein eminent wichtiges gesundheitspolitisches Problem. Der Deutsche Ärztetag habe im Jahre 1961 eine Resolution verabschiedet, nach der die Errichtung und die Bereithaltung von Krankenhäusern eine öffentliche Aufgabe sei. Zumindest vor der Wahl hätten sich alle Parteien ebenfalls zu diesem Grundsatz bekannt. Wenn man diesen anerkenne, dann müsse mehr getan werden als mit der beabsichtigten Änderung der Pflegesatzverordnung vorgesehen sei.

Ein weiteres gesundheitspolitisches Problem stehe im Zusammenhang mit der Struktur des Krankenhauswesens, und zwar das der Verweildauer in den Krankenhäusern. Fachleute seien sich inzwischen darüber einig, daß dieses Problem mit finanziellen Manipulationen — sei es über bestimmte Veränderungen des Pflegesatzes oder über degressive Pflegesätze oder gar Kostenbeteiligung — gesundheitspolitisch nicht befriedigend gelöst werden könne.

Bei der Neugestaltung des Krankenhauswesens müßten einige Gesichtspunkte berücksichtigt werden, die durch die Pflegesatzverordnung allein nicht in Ordnung gebracht werden könnten. Das Krankenhauswesen müsse in Zukunft sinnvoller gegliedert werden. Darüber hinaus müßte endlich eine funktionelle und quantitative Verteilung der Krankenhäuser durchgesetzt werden.

Eine ordentliche Verteilung zwischen dem kleinen Allgemein-Krankenhaus und dem großen, hochqualifizierten Schwerpunkt-Krankenhaus sei eine unbedingte Notwendigkeit. Sie müsse regional richtig sein, um dabei auch ökonomisch günstige Ergebnisse zu erzielen. In der Abstimmung über den SPD-Antrag und den Antrag der Koalition beschloß das Plenum aufgrund einer Interfraktionellen Übereinkunft die Überweisung an den Ausschuß für Wirtschaft und Mittelstandsfragen — federführend — und an den Ausschuß für Gesundheitswesen und den Ausschuß für Sozialpolitik zur Mitberatung.

### III. Fragestunden

In den Fragestunden des Deutschen Bundestages wurden in der letzten Zeit die folgenden Angelegenheiten behandelt:

#### Sehtest für Führerscheininhaber

Nach Angaben des Abgeordneten FELDER (FDP) haben im Jahre 1965 2,5 Millionen Kraftfahrer ihr Fahrzeug mit schlechten Augen und ohne Brille gesteuert. Der Berufsverband der Augenärzte Deutschlands habe deshalb einen Sehtest für Führerscheininhaber in siebenjährigem Abstand gefordert.

Dr. SEIERMANN, Staatssekretär im Bundesverkehrsministerium, stellte hierzu fest, er halte dieses Problem nicht so vordringlich, wie es in der Presse bezeichnet worden sei. Auch sei die Stellungnahme des Verbandes der Augenärzte dem Bundesverkehrsministerium noch nicht zugeleitet worden. Bevor diese Frage gesetzlich geregelt werden könne, müßten die Zusammenhänge zwischen Sehleistung und Unfallereignis wissenschaftlich geklärt sein. Das vorhandene statistische Material gäbe keine beweiskräftigen Unterlagen für den ursächlichen Zusammenhang zwischen der Unfallhäufigkeit und der Fehlfunktion des menschlichen Auges. Eine im Zusammenwirken mit dem Bundesgesundheitsministerium gebildete Sachverständigenkommission beim Bundesgesundheitsamt sei gegenwärtig damit befaßt, diese noch unerforschten Zusammenhänge zu prüfen. Abschließend erklärte er, eventuelle ähnliche Vorschläge anderer Fachgruppen, z. B. die der Internisten und der Psychiater, würden genauso sorgfältig geprüft, wie die der Augenärzte.

#### Berufsstand der Hebamme: Besoldung und Nachwuchsfrage

Die Zahl der freiberuflichen Hebammen soll nach dem Inhalt einer Frage des Abgeordneten Dr. Hamm (FDP) seit 1952 um rund 40 v. H. abgenommen haben, und zwar allein im Jahre 1965 um 500, also um mehr als 8 v. H. Die Zahl der Anstaltshebammen habe dagegen bei einer Ausgangszahl von 10 000 nur um 1800 zugenommen. Die Bundesregierung — so erklärte die Bundesgesundheitsministerin zu dieser Feststellung —

# Strophoperm

zur perliagonalen Herztherapie

# Salistoperm

zur percutanea Heilanaesthesia

beobachte zwar mit größter Aufmerksamkeit die Abnahme der Zahl der freiberuflich tätigen Hebammen, halte aber die Versorgung der Bevölkerung mit Hebammenhilfe für ausreichend, da nach Angaben der Landesgesundheitsbehörden die Abnahme der Zahl der freiberuflich tätigen Hebammen durch die Zunahme der Anstaltsentbindungen ausgeglichen werde. Sie versicherte in diesem Zusammenhang, daß die Bundesregierung sich für eine Verbesserung der Arbeits- und Bezahlungsbedingungen der Hebammen einsetze, insbesondere, da die Änderung der Reichsversicherungsordnung durch den Rechtsanspruch auf Hilfe während der Schwangerschaft neue Aufgaben für die Hebamme gebracht habe. Gerade im finanziellen Bereich falle jedoch den Ländern eine große Verantwortung zu. Zwar — so erklärte die Ministerin auf einen entsprechenden Hinweis des SPD-Abgeordneten Dr. SCHMIDT (Offenbach) — werde auch der Bund zur Besserung des Berufsstandes etwas beitragen müssen. Die Ministerin sprach von einer Änderung der Gebührenordnung im Laufe dieses Jahres.

Im Laufe der weiteren Diskussion schlug Dr. Hamm vor, die Vorbildungsvoraussetzungen zu verbessern und für die Hebammen die mittlere Reife zu verlangen, so, wie dies für die Vollschwester eingeführt worden sei. Die Ministerin hielt diesen Vorschlag für bedenklich. Sie wies darauf hin, daß beim Schwesternberuf die Einführung der mittleren Reife möglich war, da zugleich der Beruf der Pflegehelferin geschaffen worden sei, zu dem die Volksschülerinnen Zugang haben.

#### Entgiftung der Autoabgase

Der Technische Überwachungsverein in Essen, erklärte Staatssekretär Dr. Seiermann vom Bundesverkehrsministerium, überprüfe laufend Geräte, die geeignet seien, die Luft von Autoabgasen rein zu halten. Angaben über ein in der Öffentlichkeit bereits propagiertes neues Entgiftungsgerät könnten erst dann gemacht werden, wenn das Gerät dem Überwachungsverein zur Begutachtung vorgelegt und überprüft worden sei.

Staatssekretär Dr. Seiermann teilte weiter mit, die Bundesregierung werde bei einer Änderung der Hubraumsteuer das Moment der Luftverunreinigung berücksichtigen, um dadurch den Anreiz zum Bau großvolumiger Motoren zu fördern. In Übereinstimmung mit dem Abgeordneten MÜLLER (SPD) hielt Staatssekretär Dr. Seiermann die Entwicklung eines Elektroautomobils für die beste Lösung zur Reinhaltung der Luft. Auf die Frage, ob die Bundesregierung — wie in den USA — 70 v. H. der Entwicklungskosten eines solchen Automobils übernehmen würde, erklärte er, daß die Arbeiten auf diesem Gebiet aufgenommen worden, weitere Angaben jedoch noch nicht möglich seien. Zur Begründung der in den Vereinigten Staaten eingeführten gesetzlichen Verpflichtung zum Einbau von Entgiftungsgeräten bei Kraftfahrzeugen gab Staatssekretär Dr. Seiermann einen kurzen geschichtlichen Überblick:

Im Jahre 1960 sei in Kalifornien erstmalig ein Gesetz erlassen worden, wonach Kraftfahrzeuge mit Abgasreinigungsgaräten ausgerüstet werden müssen. Dieses Gesetz hätte aber weiterhin gewährleistet, daß zunächst eine bestimmte Anzahl solcher Vorrichtungen entwickelt und im Handel sein müssen. Erst vier Jahre später,

nämlich im Jahre 1964, seien die ersten vier Geräte zugelassen worden. Daraufhin sei in den Vereinigten Staaten ein Bundesrahmengesetz verabschiedet worden. Der Gesetzentwurf sei am 7. Januar 1965 eingebracht worden; das Gesetz sei am 20. Oktober 1965 in Kraft getreten mit der Maßgabe zusätzlicher Verordnungen, die eine Ausstattungspflicht der Kraftfahrzeuge mit diesen Geräten für die Produktion ab 1968 vorsahen. In den Vereinigten Staaten werde aufgrund dieses Gesetzes gefordert, daß die Auspuffgase von Kraftfahrzeugen mit einem Motorhubraum bis 2,3 l höchstens 2 v. H. Kohlenmonoxyd und 375 ppm Kohlenwasserstoff enthalten dürfen; bei Fahrzeugen über 2,3 l seien die entsprechenden Sätze 1,5 v. H. Kohlenmonoxyd und 275 ppm Kohlenwasserstoff.

Diese Unterlagen lägen der Prüfstelle in Essen vor und würden bei den weiteren Vorarbeiten für die Rechtsverordnungen berücksichtigt werden.

#### Krebsforschung

SPD-Abgeordneter Dr. TAMBÉ richtete an die Bundesgesundheitsministerin die Frage, ob es zutrefte, daß in der Bundesrepublik für Zwecke der Krebsforschung jährlich lediglich 4,5 Millionen DM bereitgestellt würden, während in den USA ein einziges Krebsforschungsinstitut über einen Etat von 120 Millionen DM verfüge. Weiter wollte er erfahren, ob die Bundesregierung aus diesem auf dem Münchener Krebsforschungskongreß veröffentlichten Zahlenmaterial Schlußfolgerungen ziehen werde. Frau Dr. Schwarzhaupt bezeichnete die Mitteilungen des Abgeordneten zur Finanzierung der Krebsforschung in dieser Form als unzutreffend. Sie wies darauf hin, daß der Bund in den Jahren 1964 und 1965 insgesamt 6,5 Millionen DM für die Errichtung der ersten Betriebsstufe des Deutschen Krebsforschungszentrums in Heidelberg aufgewendet habe =  $\frac{2}{3}$  der gesamten Bausumme. Weiter empfehle der Wissenschaftsrat, in diesem Jahr 3,5 Millionen DM für den weiteren Bau des Zentrums aufzubringen; für die laufenden Betriebskosten seien im Jahre 1965 1 Million DM ausgegeben worden. Für 1966 wolle der Bund die Hälfte der Betriebskosten übernehmen, dafür seien 2 Millionen DM geplant.

Wieviel insgesamt an Mitteln für die Zwecke der Krebsforschung nötig seien — so stellte die Ministerin fest — könne nicht ohne weiteres mit Zahlen angegeben werden, da die Krebsforschung keine selbständige Wissenschaft mit einem abgegrenzten Forschungsgebiet sei. Hier seien beteiligt die Pathologie, die Forschung am Krankenbett, die Epidemiologie, die Immunologie, die Genetik, die Biologie, die Physik und die Chemie. Dazu käme, daß in der Bundesrepublik an mehreren Universitätsinstituten auch Krebsforschung betrieben werde.

#### Schädlingsbekämpfungsmittel

Frau Dr. Schwarzhaupt bestätigte, daß nur etwa 40 v. H. der für die Herstellung von Schädlingsbekämpfungsmitteln verwendeten Stoffe soweit untersucht seien, daß eine für den Menschen nach heutiger Kenntnis unschädliche Dosis angegeben werden könne. Sie fügte aber weiter hinzu, daß es etwa 200 wirksame Substanzen gäbe, die unter unzähligen — nach Schätzungen mehr als 1000 — Phantasiebezeichnungen gehandelt würden. Der Entwurf einer Verordnung über duldbare Höchstmengen ihrer Reste auf Lebensmitteln sei fertiggestellt.

# Indovert<sup>®</sup>

schmeckt gut

das Basistherapeuticum  
mit B<sub>12</sub>-Aktivität für das hypotensive Syndrom:  
Hypotonie, Anämie, Hypofermentie

fördert Hämodynamik,  
Hämatopoese und Fermentangebot

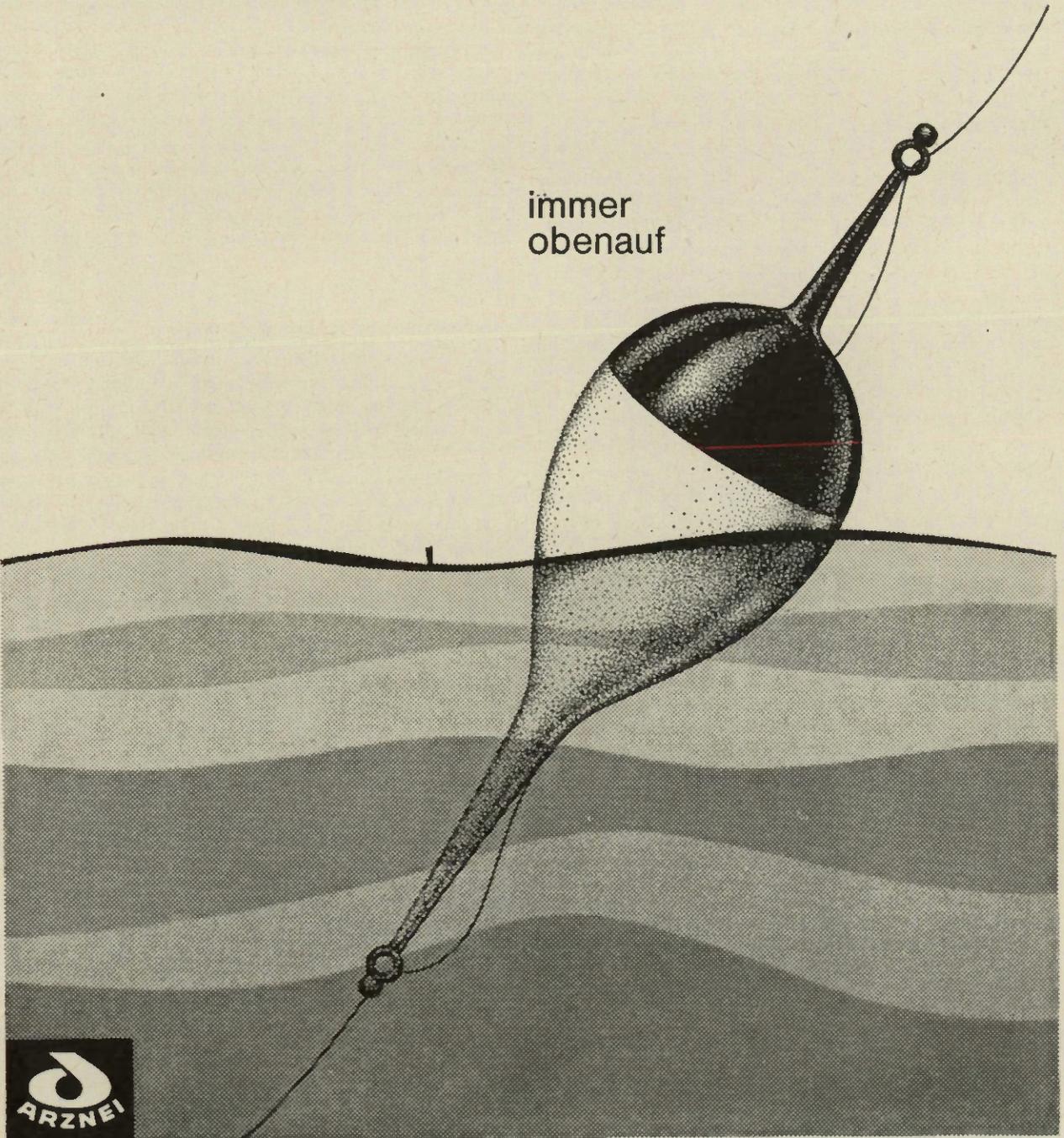
Indikationen: chronische Blutverluste, Gravidität,  
Wochenbett, Stillzeit, Stoffwechselunterbilanz,  
Schulmüdigkeit, Erschöpfung, Antriebsschwäche

Indovert-Saft 100, 200, 500 ml

Indovert-Saft für Kinder 100, 200, 500 ml

Indovert-Kaudragées 20, 40, 150 St.

immer  
obenauf



Dolorgiet Arzneimittelwerk Bad Godesberg

und werde bald an den Bundesrat weitergeleitet. Er enthalte für 73 dieser Substanzen die Festsetzung von sehr niedrigen Restmengen.

#### Angabe von Zusatzstoffen in Lebensmitteln

Die Abnahme der Kennzeichnung auf Lebensmittelpackungen über die Angabe von Zusatzstoffen sei durch den Rückgang der Verwendung kennzeichnungspflichtiger Stoffe begründet, nicht — wie Abgeordneter Dr. BECHERT (Gau-Algesheim) in einer entsprechenden Frage zum Ausdruck brachte — in einer mangelnden Einhaltung der Bestimmungen des Lebensmittelrechts, erklärte Bundesgesundheitsministerin Frau Dr. Schwarzhaupt. Zwar sei es nach wie vor notwendig, die Durchführung der Kennzeichnungsbestimmungen zu überwachen; dies sei aber nicht Sache des Bundes, sondern der Länderbehörden. Die Gesetze selbst, für die der Bund verantwortlich sei, enthielten ausreichende Bestimmungen, gegen entsprechende Verstöße vorzugehen.

#### Einkommensgrenze beim Familienausgleich

Nach Mitteilung des Bundesfamilienministers HECK besteht für die Bundesregierung kein Anlaß, beim Familienausgleich eine Einkommensgrenze einzuführen. Er beantwortete damit eine Frage des CDU-Abgeordneten Dr. WUERMELING, der wissen wollte, ob der bei den Ausbildungszulagen, beim Mutterschaftsgeld und bei den Schülertarifen begonnene Abbau des Familienausgleichs durch Einführung international allgemein abgelehnter Einkommensgrenzen im Kindergeld fortgesetzt werde.

#### Ausbildungszulage für Vollwaisen

Nach Mitteilung des Bundesfamilienministers Heck wird eine Novelle vorbereitet, die auch für Vollwaisen eine monatliche Ausbildungszulage von 30 DM einführen soll. Heck bestätigte in diesem Zusammenhang, daß die Ausbildungszulagen auch bei Besuch von genehmigten Ersatzschulen gezahlt würden. Die viel diskutierte Höchstaltersgrenze von 27 Jahren für die Gewährung von Ausbildungshilfen erkläre sich aus dem Charakter der Ausbildungszulage als Maßnahme des Familienlastenausgleichs. Personen, die diese Altersgrenze überschritten, stünden im allgemeinen außerhalb des engen Familienverbandes. Eine Ausnahme gelte nur für Kinder, die den Wehrdienst oder den zivilen Ersatzdienst geleistet hätten. In diesem Fall werde die Ausbildungszulage für dieses Kind auch für einen der Zeit des Dienstes entsprechenden Ausbildungszeitraum über das 27. Lebensjahr hinaus gewährt.

#### Nichtzahlung von Kindergeld

KATTENSTROTH, Staatssekretär im Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, erklärte auf eine Frage des SPD-Abgeordneten CRAMER, es sei

nicht Aufgabe der gesetzlichen Rentenversicherungen, das Risiko eines Kindergeldes für 100 v. H. erwerbsunfähige, geistig und körperlich behinderte Personen über 25 Jahre zu tragen. Es bestehe daher kein Anlaß für eine entsprechende Gesetzesänderung. Wenn der einzelne die Belastung, die die Unterhaltung eines Behinderten mit sich bringe, aus eigener Kraft nicht tragen könne, bestehe die Möglichkeit gezielter Hilfen durch das Bundessozialhilfegesetz.

#### Tierversuche

Das Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten hält Tierversuche nur im Rahmen der Vorschriften des Tierschutzgesetzes und nur im unbedingt notwendigen Ausmaß für angebracht. Mit dieser Erklärung, die Bundesminister HÖCHERL anläßlich einer entsprechenden Frage im Bundestag gab, nahm die Bundesregierung Stellung zu dem in der Illustrierten „Stern“ am 23. Januar 1966 erschienenen Artikel „Früh geforscht — viel gewonnen“, wonach Schülerinnen und Schüler ermuntert werden, über Tierversuche wissenschaftliche Kenntnisse zu gewinnen. Bundesminister Höcherl teilte in diesem Zusammenhang mit, den Vertretern der Bundesländer sei im Rahmen einer Sitzung des Veterinärausschusses empfohlen worden, ihre Vollzugsorgane auf die Einhaltung der Tierschutzbestimmungen bei Tierversuchen besonders hinzuweisen und das Notwendige zu veranlassen.

#### Kommission für Fragen des Fluglärms

Der Ausschuß für Fluglärm im Luftbeirat des Verkehrsministeriums hat sich nach Mitteilung der Bundesgesundheitsministerin neu konstituiert. Er soll die wissenschaftlich-technische Beratung der Bundesregierung gemäß dem Fluglärmgutachten vom Mai 1965 garantieren. Dem Ausschuß gehörten — so teilte die Ministerin mit — neben Vertretern der Luftfahrtmedizin, von Organisationen der Luftfahrttechnik und der Verkehrsflughäfen auch die Verfasser des Göttinger Fluglärmgutachtens an. Der Ausschuß werde sich vorrangig mit der Auswertung des Fluglärmgutachtens befassen und der Bundesregierung Vorschläge machen, welche Folgerungen gezogen und welche Maßnahmen nach diesem Gutachten zum Schutz der Bevölkerung getroffen werden sollten.

#### Gehalt der Luft und Nutzungspflanzen an Blei und krebserregenden Stoffen

Untersuchungen über den Gehalt an Blei und krebserregenden Stoffen, die Luft und Pflanzen in der Nähe verkehrsreicher Straßen aufweisen, werden z. Z. in Frankfurt, Berlin und Düsseldorf durchgeführt, erklärte Frau Dr. Schwarzhaupt auf eine Frage des SPD-Abgeordneten Dr. Bechert. Gleichzeitig kündigte sie gesetzliche Maßnahmen für eine ausreichende Entgiftung solcher Abgase von Verbrennungsmotoren an.

*Noricaven® entstaubt Venen*

BIONORICA KG.  
NÜRNBERG

## AUS DER LANDESPOLITIK

### Körperschaftsteuerpflicht für gesetzliche Versorgungseinrichtungen

#### Bundesfinanzminister antwortet Dr. DEHLER

Herr Kollege Dr. Klaus DEHLER, Fraktionsvorsitzender der FDP im Bayerischen Landtag, hatte sich in einem Brief vom 6. 12. 1965 wegen der Körperschaftsteuerpflicht für gesetzliche Versorgungseinrichtungen der freien Berufe an den Bundesfinanzminister gewandt. Dieser hat ihm nun in einem Brief vom 7. 3. 1966 folgendes geantwortet:

„Auf Grund der EntschlieÙung des Bundestags und des Bundesrats haben die Körperschaftsteuerreferenten der obersten Finanzbehörden des Bundes und der Länder eingehend die Frage erörtert, ob und in welcher Weise die durch das Steueränderungsgesetz 1965 geschaffene Regelung für die berufsständischen Pflichtversorgungseinrichtungen verbessert werden könnte. Sie sind dabei zu der Auffassung gelangt, daß diese Frage im Benehmen mit dem Herrn Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung erst dann entschieden werden kann, wenn feststeht, welche einschlägigen berufsständischen Pflichtversorgungseinrichtungen in den einzelnen Ländern bestehen, wie diese satzungsmäßig organisiert sind und nach welchen Grundsätzen sie Versicherungsschutz gewähren, insbesondere wie hoch die Beiträge und Versicherungsleistungen sind, welche Möglichkeiten zu einer freiwilligen Versicherung bestehen und nach welchem Finanzierungssystem die einzelnen Einrichtungen arbeiten. Die erforderlichen Unterlagen haben die einzelnen Bundesländer dem Bundesministerium für Finanzen nunmehr übersandt.

Bei der Entscheidung darüber, ob und in welcher Weise die eben erst geschaffene körperschaftsteuer- und gewerbesteuerrechtliche Regelung für die berufsständischen Pflichtversorgungseinrichtungen verbesserungsfähig ist, darf, worauf ich auch schon in meinem Schreiben vom 12. 4. 1965 hingewiesen habe, nicht außer acht gelassen werden, daß die steuerbefreiten Einrichtungen tatsächlich im Wettbewerb mit steuerpflichtigen Versicherungsunternehmen stehen. Zu diesen steuerpflichtigen Unternehmen gehören auch nicht etwa nur die großen Versicherungsgesellschaften, sondern auch viele Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, die sehr häufig ebenfalls als Selbsthilfeeinrichtungen zu werten sein werden, und deren Geschäftsumfang nicht selten geringer ist als der der steuerbefreiten Pflichtversicherungseinrichtungen.

Bevor eine Entscheidung getroffen wird, bedarf es deshalb einer sehr sorgfältigen Untersuchung aller Umstände, die für die Beurteilung der hier zu entscheiden-

### Bayerische Fortbildungsveranstaltungen Mai 1966

- 1.—21. 5. **Bad Wörishofen** — Ärztlicher Fortbildungslehrgang des Kneippärztebundes e. V.
- 2.— 6. 5. **Neuherberg** — Strahlenschutzkurs
- 4.— 8. 5. **Bad Kissingen** — Kongreß für Laboratoriumsmedizin
- 5.— 8. 5. **Coburg** — Kongreß der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Krankenhausapotheker
- 6.— 7. 5. **Würzburg** — Neurologischer Fortbildungskurs
- 9.—11. 5. **Neuherberg** — Strahlenschutz-Ergänzungskurs
- 11.—12. 5. **Regensburg** — Bayerische Gynäkologentagung
- 12.—13. 5. **Regensburg** — Fortbildungsveranstaltung für psychiatrisches Pflegepersonal
- 13.—15. 5. **München** — Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft Medizinisch-technischer Assistentinnen
- 19.—22. 5. **Regensburg** — 36. Fortbildungskurs des Regensburger Kollegiums
31. 5.—3. 6. **Würzburg** — 14. Vortragsreihe der Deutschen Gesellschaft für Arzneipflanzenforschung e. V.

Nähere Angaben entnehmen Sie bitte dem **Kongreßkalender** auf Seite 369.

den Frage von Bedeutung sein können. Die Untersuchung wird wegen der Schwierigkeit der Materie geraume Zeit beanspruchen und sie sollte auch nicht voreilig abgeschlossen werden; das um so mehr, als die Steuerpflicht der Pflichtversicherungseinrichtungen — von wenigen Ausnahmen abgesehen, in denen aber auch nur ganz geringe Gewinne versteuert wurden — kaum praktisch geworden war. Die Steuerreferenten der obersten Finanzbehörden der Länder haben sich zudem damit einverstanden erklärt, daß vorerst keine endgültigen Veranlagungen durchgeführt werden, bis die Untersuchungen abgeschlossen sind. Das Ergebnis dieser Untersuchung werde ich Ihnen mitteilen.“

# RECORSAN® -HERZSALBE

20 g DM 2.05 o. U.

- Gesellschaften Gräfelfing und Lüneburg



**Vertrauen  
in das  
Medikament**



**Vertrauen  
in den  
Arzt**



**Sicherheit  
für  
beide**

# Penbrock®

Therapeutische Sicherheit ist die erste Bedingung, die Klinik und Praxis an ein Antibiotikum stellen!

**Penbrock** (Ampicillin) – das erste Breitspektrum-Penicillin der Welt – wird dieser Forderung gerecht, weil es gleichzeitig gegen grampositive und gramnegative Erreger wirkt.

**...in der Forschung voraus**

Deutsche Beecham GmbH  
795 Biberach an der Riss



Mit hohen Blut-, Urin- und Gewebespiegeln bietet es sich besonders an zur Behandlung der chronischen Infekte!

**Penbrock** ist als Penicillin un-  
toxisch!

**beim Urogenital-Infekt  
bei chronischer  
Bronchitis**

**bei Infekten der  
Darm- und Gallenwege**

### 3. FORTBILDUNGSTAGUNG

der Salzburger Ärztesgesellschaft gemeinsam mit dem Verband für ärztliche Fortbildung  
im Chiemgau

7. und 8. Mai 1966 in Salzburg

**Thema:**

**Der medizinische Fortschritt in der täglichen  
Praxis**

**Samstag, den 7. Mai 1966, 9 Uhr (pünktlich)**

Vortragssaal im Wirtschaftsförderungsinstitut,  
Salzburg, Weiserstraße 1a

Eröffnung durch den Vorsitzenden  
Prof. Dr. F. LEIBETSEDER  
und Begrüßungsansprachen

**Wissenschaftliches Programm**

- H. FLEISCHHACKER, Wien  
Pathogenese der Anaemien (Festvortrag)
- F. LEIBETSEDER, Salzburg  
Der heutige Stand der Therapie der Leukosen
- K. GOLDBERG, Innsbruck  
Zur Therapie der malignen Lymphome
- H. VINAZZER, Linz  
Aus der Werkstatt eines Gerinnungslabors
- G. ZEDERBAUER und L. ÖHLER, Salzburg  
Anaemien im Säuglings- und Kindesalter
- Nach jedem Vortrag freie Diskussion
- Mittagspause
- G. BERGER, Salzburg  
Aktuelle Fragen zur Lungentuberkulose
- H. STEINER, Salzburg  
Chirurgische Probleme bei der Lungentuberkulose
- W. LANGER, Salzburg  
Die Tuberkulosemorbidität im Lande Salzburg
- R. SCHINDL, Linz  
Zur Aerosoltherapie
- N. HIBLER, Salzburg  
Fortschritte in der Diagnostik und Therapie  
des Kehlkopfes und Tracheobronchialbaumes

H. KUSKE, Bern  
Aktuelle Probleme der praktischen  
Dermatologie

Nach jedem Vortrag freie Diskussion

**Sonntag, den 8. Mai 1966, 9 Uhr (pünktlich)**

Vortragssaal im Wirtschaftsförderungsinstitut,  
Salzburg, Weiserstraße 1a

- H. HIPPIUS, Berlin  
Nutzen und Gefahren der Psychopharmaka
- W. BIRKMAYER, Wien  
Das vegetative Unbehagen
- O. THALHAMMER, Wien  
Die Früherfassung angeborener Stoffwechsel-  
anomalien mit Hirnschadenfolge
- G. HARRER, Salzburg  
Das psychiatrische Bild der Hirnverletzungen

Nach jedem Vortrag freie Diskussion

**Allgemeine Mitteilungen**

Anfragen sind zu richten an:  
Dr. H. Mösl, 5020 Salzburg, Landeskrankenhaus  
Unterkunft vermittelt:  
Stadtverkehrsbüro Salzburg, Makartplatz 9,  
Tel. 0 62 22 / 7 46 20, Fernschreiber 06/3486

Teilnehmerkarten:  
Die Teilnehmerkarten können im Tagungsbüro  
kostenlos bezogen werden

Tagungsort:  
Salzburg, Wirtschaftsförderungsinstitut, Weiser-  
straße 1a (nächst Hauptbahnhof. Parkmöglich-  
keiten vor dem Haus und in der Umgebung)

Tagungsbüro:  
Im Vorraum des Wirtschaftsförderungsinstitutes.  
Es ist jeweils eine halbe Stunde vor Beginn der  
Vorträge geöffnet. Tel. 0 62 22 / 7 15 71

Das Regensburger Kollegium für Ärztliche Fortbildung veranstaltet vom 19. bis 22. Mai 1966 im Auf-  
trage der Bayerischen Landesärztekammer den 36. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg

Anmeldung: Sekretariat für Ärztliche Fortbildung, 84 Regensburg, Altes Rathaus

**AMTLICHES****Der neue Vertrag mit der Bundeswehr**

Die Honorierung ambulanter ärztlicher Leistungen im Rahmen der freien Heilfürsorge der Bundeswehr ist mit der Abfassung des neuen Vertrages mit dem Bundesverteidigungsministerium neu geregelt worden. Der Vertrag hat folgenden Wortlaut:

**Vereinbarung über die ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr**

zwischen der Bundesrepublik Deutschland  
— vertreten durch den Bundesminister der Verteidigung in Bonn —  
und

1. dem Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund) e. V. Bad Godesberg
2. dem Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V. Köln
3. dem Verband der angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund) Köln

letztere im Einvernehmen mit der Bundesärztekammer — Arbeitsgemeinschaft der westdeutschen Ärztekammern —, Köln, handelnd, wird folgende Vereinbarung geschlossen:

§ 1

Diese Vereinbarung regelt die ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr im Rahmen der unentgeltlichen truppenärztlichen Versorgung, soweit diese zu Untersuchungen oder Behandlungen in die ärztliche Praxis überwiesen werden.

§ 2

- (1) Die Soldaten weisen sich vor Beginn der Behandlung durch die für die Bundeswehr vorgeschriebenen Formblätter aus; die Formblätter können in Ausnahmefällen innerhalb eines Monats nachgereicht werden.
- (2) Die Gültigkeit der Abrechnungsformblätter ist bis zum Ende des laufenden Kalendervierteljahres befristet. Erstreckt sich die ärztliche Behandlung über mehr als ein Kalendervierteljahr, so ist für jedes Kalendervierteljahr ein Abrechnungsformblatt beizubringen.

§ 3

- (1) Die ärztlichen Leistungen werden nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte vom 18. 3. 1965 vergütet, soweit im einzelnen nichts anderes bestimmt ist.
- (2) Der Berechnung der ärztlichen Leistungen werden die einfachen Sätze der Gebührenordnung für Ärzte zugrunde gelegt. Leistungen, die in der Gebührenordnung für Ärzte nicht aufgeführt sind, sind nach den Bestimmungen der Gebührenordnung für Zahnärzte zu vergüten. Enthält auch diese keine Ansätze für solche Leistungen, so berechnet sich die Vergütung nach den Sätzen, die für gleichwertige Leistungen gewährt werden (§ 6 GOÄ).
- (3) Zu den einfachen Sätzen des Gebührenverzeichnisses wird ein Zuschlag von 30 v. H. gezahlt. Die erhöhten Sätze werden auf volle 5 Pfennig aufgerundet.
- (4) Für Entschädigungen nach A III des Gebührenver-

zeichnisses zur Gebührenordnung für Ärzte wird ein Zuschlag nicht gezahlt; es gelten die einfachen Sätze.

- (5) Werden bei Röntgenleistungen die ärztlichen Leistungen, gesondert von den Röntgensachkosten, in Rechnung gestellt, so beträgt das ärztliche Honorar für die Röntgenleistungen 50 Prozent der einfachen Sätze der Gebührenordnung für Ärzte. Auf diesen Honoraranteil wird der volle Zuschlag nach Absatz 3 gezahlt.
- (6) Die Berechnung von Wegegeld innerhalb von Städten (ausgenommen Stadtrandgebiete) und geschlossenen Ortschaften entfällt. Notfälle bleiben hiervon unberührt. Eine anteilige Berechnung des Wegegeldes wird nur vorgenommen, wenn mehrere Soldaten auf einem Weg besucht werden.

§ 4

Der Arzt stellt seine Leistungen den zuständigen Dienststellen der Bundeswehr in Rechnung. Er darf von den behandelten Soldaten Zahlungen weder fordern noch annehmen.

§ 5

Die Überweisung eines Soldaten an einen anderen Arzt bedarf der Genehmigung des zuständigen Arztes der Bundeswehr (in Notfällen nachträglich).

§ 6

Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für

die Behandlung von Angehörigen ausländischer Streitkräfte und deren Familienangehörigen, wenn die Bundesrepublik Deutschland zur Übernahme der Heilbehandlungskosten verpflichtet ist, Leistungen der Krankenhausärzte bei ambulanten Behandlungen oder bei Behandlungen in der 3. Pflegeklasse, soweit solche Leistungen nicht durch den Krankenhauspflegesatz abgegolten sind, fachärztliche Untersuchungen im Musterungs- und Annahmeverfahren, fachärztliche Untersuchungen auf Wehrfliegerverwendungsfähigkeit, U-Boot-Tauglichkeit und gleichartige Untersuchungen.

§ 7

- (1) Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung vom 1. 10. 1965 in Kraft. Sie ist mit einer Frist von 5 Monaten zum Ende eines Kalendervierteljahres — erstmalig am 1. 5. 1966 zum 30. 9. 1966 — kündbar.
- (2) Die Honorarregelung nach § 3 dieses Vertrages gilt bereits ab 1. 4. 1965.

**Zusammenfassend ist hervorzuheben:**

Die Honorierung der ärztlichen Leistung berechnet sich nach den einfachen Sätzen des Gebührenverzeichnisses, auf die ein Zuschlag von 30 v. H. gezahlt wird. Für Entschädigungen nach A III des Gebührenverzeichnisses wird ein Zuschlag nicht gezahlt. Werden bei Röntgenleistungen die ärztlichen Leistungen gesondert von den Röntgensachposten in Rechnung gestellt, so beträgt das ärztliche Honorar für die Röntgenleistung 50 v. H. der

einfachen Sätze. Auf diesen Honoraranteil wird der volle Zuschlag von 30 v. H. gezahlt. Die Berechnung von Wegegeld innerhalb von Städten und geschlossenen Ortschaften entfällt, ausgenommen hiervon sind Stadtrandgebiete. Notfälle bleiben unberührt. Eine anteilige Berechnung des Wegegeldes wird nur vorgenommen, wenn mehrere Soldaten auf einem Weg besucht werden.

Die Vereinbarung gilt entsprechend für die Behandlung von Angehörigen ausländischer Streitkräfte und deren Familienangehörigen, wenn die Bundesrepublik Deutschland zur Übernahme der Heilbehandlungskosten verpflichtet ist, ferner für Leistungen der Krankenhausärzte bei ambulanter Behandlung oder bei Behandlung in der dritten Pflegeklasse, soweit solche Leistungen nicht durch den Krankenhauspflegesatz abgegolten sind. Sie gelten auch, was sehr zu begrüßen ist, für fachärztliche Untersuchungen im Musterungs- und Annahmeverfahren.

Das Bundesministerium für Verteidigung wird im Durchführungserlaß zu diesem Vertrag zum Ausdruck bringen, daß der Arzt, der im Ausnahmefall seine Leistungen nach § 3 Absatz 3 der Gebührenordnung abrechnet, eine eingehende Begründung beizufügen hat. Es handelt sich hierbei um ärztliche Leistungen von besonderer Schwierigkeit oder erheblichem Zeitaufwand, die eine höhere Gebühr rechtfertigen.

#### Geltendmachung des vereinbarten Zuschlags:

Soweit für den Zeitraum seit dem 1. April 1965 noch keine Rechnung ausgestellt worden ist, soll sie jetzt unter Berücksichtigung des Zuschlags von 30 v. H., aufgerundet auf volle fünf Pfennig, eingereicht werden. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, daß mit Rücksicht auf die getroffene Vereinbarung aus steuerrechtlichen Gründen die Umsatzsteuer nicht abgewälzt werden kann, sondern aus dem Honorar bezahlt werden muß. Soweit Rechnungen bereits gestellt worden sind, wird die Wehrbereichsverwaltung von sich aus den vereinbarten Zuschlag berechnen und nachzahlen. Das gilt auch für die Fälle, in denen Rechnungen schon beglichen worden sind. Sofern die Wehrbereichsverwaltung um die Ausstellung einer Zweitrechnung bittet, ist diesem Wunsch Rechnung zu tragen. Es ist zu bedenken, daß die Angestellten der Wehrbereichsverwaltungen durch die Rückwirkung des Vertrages stark belastet sind, so daß man sich auf Verzögerungen in der Abrechnung gefaßt machen muß. Der Arzt wird gut tun, auf jeden Fall festzustellen, welche Nachforderungen sich für ihn ergeben.

Über die in § 3 Abs. 2 des Vertrages berührte Frage der analogen Bewertung gemäß § 6 der ÜGO wird Anfang April noch einmal im interministeriellen Ausschuß verhandelt.

## Pflichten des Lehrherrn bei der Ausbildung von Arzthelferin-Lehrlingen

Zum Thema „Pflichten des Lehrherrn“ geben wir ein weiteres Urteil auszugsweise bekannt, das vom Arbeitsgericht Düsseldorf im Rechtsstreit zwischen einem Handwerkslehrling und seinem Lehrherrn ergangen ist. Das Urteil wurde zwar nicht rechtskräftig, weil sich beide Parteien in der Berufungsinstanz verglichen haben. Es ist jedoch für jene Ärzte von Bedeutung, welche die Ausbildung von Arzthelferin-Lehrlingen übernommen haben oder zu übernehmen beabsichtigen.

Die Ausführungen dieses Urteils über die Pflichten des Lehrherrn werden diesen Ärzten hiermit zur besonderen Beachtung empfohlen, sowohl im Interesse der ordnungsgemäßen Ausbildung als auch zur Vermeidung arbeitsgerichtlicher Folgen.

Der Kläger hatte am 1. April 1960 die Mechaniker-Lehre begonnen, welche zum 30. September 1963 endete. Die Abschlußprüfung im Herbst 1963 bestand er deshalb nicht — obwohl er im theoretischen Teil mit ausreichend abschnitt —, weil er in der praktischen Prüfung die Note mangelhaft erhielt. Der Kläger führt das Nichtbestehen der Prüfung auf eine mangelhafte Ausbildung, insbesondere auf eine unzureichende Unterweisung in den Grundfertigkeiten, zurück. Er habe eine zu kurze Gelegenheit gehabt, sich in den praktischen Grundkenntnissen zu üben und sei zu früh in der Produktion beschäftigt worden. Außerdem habe die Firma ihm nicht sämtliche erforderlichen handwerklichen Kenntnisse vermittelt. Durch die notwendig gewordene Nachlehre sei ihm ein erheblicher Schaden entstanden. Er verlange hierfür eine entsprechende Entschädigung.

Das Arbeitsgericht Düsseldorf hat in seinem Urteil dem Kläger recht gegeben. Die Entscheidungsgründe für die-

ses Urteil des Gerichts sind darin zu suchen, daß die beklagte Firma nicht die ihr im § 127 der Gewerbeordnung gegenüber den Lehrlingen auferlegten Pflichten erfüllt hat. Hiernach erstreckt sich die Ausbildungspflicht nicht allein auf die im Betrieb vorkommenden Arbeiten, sondern auch auf alle Arbeiten, deren Kenntnis bei der Ablegung der Gesellenprüfung vorausgesetzt wird (ROHLFING-KISKALT-WOLFF, § 127 Gew.-Ord., Anm. 3b). **Der Lehrherr haftet für den Schaden, der dem Lehrling durch das Nichtbestehen der Abschlußprüfung und die dadurch notwendige Verlängerung der Lehrzeit entsteht, wenn die Ausbildung unzureichend war und nach dem Prüfungsergebnis die Ursächlichkeit dieses Umstandes für das Versagen des Lebrlings anzunehmen ist. Die Ursächlichkeit ist regelmäßig anzunehmen, wenn der Lehrling in den praktischen Prüfungsfächern eine unzureichende Note erhalten hat** (LAG Bremen, Urteil v. 29. 2. 1956, AP Nr. 1 zu § 76 HGB).

Die Kammer war ferner der Meinung, daß der Kläger die Prüfung allein deshalb nicht bestanden hat, weil im praktischen Teil erhebliche Mängel, vorwiegend in den handwerklichen Grundfertigkeiten, auftraten. Sich auf ein Gutachten der zuständigen Industrie- und Handelskammer stützend, zog das Arbeitsgericht hieraus den Schluß, daß solche Mängel an handwerklichen Grundfertigkeiten in erster Linie darauf beruhen, daß der Lehrling nicht ausreichend geübt hat. Solche Fertigkeiten erlangt man nämlich weniger durch Unterricht als durch ständige Übung. Hieran hat es aber gefehlt. Dem Beklagten ist danach vorzuwerfen, daß er dem Kläger nicht genügend Gelegenheit gegeben hat, sich in den Grundfertigkeiten seines Handwerks in ausreichendem Maße zu üben.

### Vertrieb eines Tbc-Mittels in der Bundesrepublik

Das Bayerische Staatsministerium des Innern ersucht um Veröffentlichung des nachstehenden Briefes des Innenministers des Landes Nordrhein-Westfalen an das Bundesgesundheitsministerium und an die obersten Gesundheitsbehörden der Länder:

„Einem Bericht des Regierungspräsidenten Köln zufolge vertreibt die Firma Hans NESCHER aus Schaan/Liechtenstein, in der Bundesrepublik ein Tbc-Mittel unter der Bezeichnung ‚STEIGERs Spezifikum gegen Tbc‘. Das Präparat wird durch Nachnahmesendungen den Kunden unmittelbar angeboten und von diesen weiter empfohlen. Da die Kunden vermutlich von Herrn Nescher zum Schweigen verpflichtet und mit der Ausschließung von weiterer Belieferung bedroht werden, war nur schwer an Unterlagen und an das Mittel zu kommen. Soweit ermittelt werden konnte, erfolgt der Versand in neutralen Beuteln, die etwa 500 bis 600 mg Komplexsalz enthalten. Dieses Salz müssen die Patienten in 0,7 l dest. Wasser auflösen, hiervon 3mal täglich einen Eßlöffel voll einnehmen und alle bisherigen Medikamente absetzen. Der Preis beträgt 34,50 DM.

Das Chemische Landesuntersuchungsamt Nordrhein-Westfalen hat eine Probe dieses Mittels untersucht und dazu folgendes ausgeführt:

„Zur Untersuchung eingesandt wurde eine grüne 0,7 l fassende Flasche mit Schraubverschluß und einem roten Etikett mit der Aufschrift ‚Aqu. dest.‘, die etwa 300 ml einer farblosen klaren Flüssigkeit und geringe Mengen eines weißen, kristallinen Bodensatzes enthielt.

Nach dem Abdunsten eines aliquoten Teiles der Flüssigkeit hinterblieb ein Trockenrückstand von 0,05%, der mit wenig Wasser aufgenommen eine schwach saure Reaktion (pH: 3—4) aufwies.

Aus saurer und natronalkalischer Lösung mit Äther oder Chloroform ausschüttelbare Stoffe waren in dem Flascheninhalt nicht nachzuweisen. Die Flüssigkeit ergab beim Einleiten von Schwefelwasserstoff eine schwarze Fällung. Dagegen entstand nach Zusatz einiger Tropfen verdünnter Schwefelsäure ein geringer, weißer, sich allmählich absetzender Niederschlag, der in ammoniakalischer Ammoniumtartrat-Lösung löslich war. Aus dieser Lösung wurde nach Zugabe von Kaliumchromat-Lösung ein gelber Niederschlag ausgeschieden.

Wie aus diesen Befunden hervorgeht, enthält die in der Flasche befindliche Flüssigkeit eine Bleiverbindung. Die photometrische Bestimmung ergab einen

Bleigehalt von 25 mg%. Die Beobachtung, daß der Rückstand der nach Ausfällung des Bleis verbleibenden Lösung mit Resorzin-Schwefelsäure eine kräftige Rotfärbung ergab, und daß es sich bei dem Wirkstoff um ein Komplexsalz handelt, sprechen dafür, daß das Blei an Weinsäure gebunden vorliegt.

Dem Befund nach ist das Präparat geeignet, bei längerer Einnahme eine Bleivergiftung hervorzurufen. Der Preis von 34,50 DM je Pulver von ca. 500 bis 600 mg erscheint außerdem bei weitem übersetzt.“

### Ärztliche Untersuchung der Helfer des Luftschutzdienstes

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat mit Entschließung vom 17. 2. 1966 — I D 5 — 7209/2 — im Rahmen der Aufstellung des Luftschutzdienstes auch die Untersuchung der Helfer geregelt. Diese Regelung hat sich als notwendig erwiesen für den Aufbau des örtlichen Luftschutzhilfsdienstes, nachdem im überörtlichen Luftschutzhilfsdienst der größte Teil der Helfer bereits verpflichtet ist. Sie lautet wie folgt:

#### Ärztliche Untersuchung

Bevor ein Bewerber für den Luftschutzhilfsdienst verpflichtet wird, ist er nach den vom Bundesamt für zivilen Bevölkerungsschutz entworfenen Allgemeinen Richtlinien für die ärztliche Untersuchung der Helfer des Luftschutzhilfsdienstes und des örtlichen Alarmdienstes (Anlage 3) ärztlich zu untersuchen.

1. Der Untersuchung sind die besonderen Richtlinien für die ärztliche Untersuchung der Helfer des Luftschutzhilfsdienstes und des örtlichen Alarmdienstes nebst Untersuchungsbogen (Anlage 4) zugrunde zu legen. Die Untersuchung erstreckt sich auch auf die Eignung zum Tragen von Filtergeräten und Preßluftatmern.

Für die Träger von Preßluftatmern ist die ärztliche Untersuchung mindestens alle fünf Jahre nach einem vereinfachten Untersuchungsbogen (Anlage 5) zu wiederholen; ist ein Helfer älter als 50 Jahre, so muß er alle drei Jahre untersucht werden. Auch nach einer schweren Krankheit oder einer auffallenden Veränderung des Gesundheitszustandes oder des Lungenfassungsvermögens muß der Atemschutzgeräteträger in derselben Weise untersucht werden. Der im Nachtrag zur vorliegenden LSHD-Dv 522 enthaltene „Untersuchungsbogen



# Eusedon®

Sedativum und Nervinum

# Eusedon-Drageés®

Neurosedativum

# Cor-Eusedon®

cardiotropes Neurosedativum

KREWEL-WERKE • Eitorf b. Köln

für die Beurteilung der Tauglichkeit für den Dienst im Schwere Atemschutz“ wurde vorerst nicht übernommen. Statt dessen wurde bis auf weiteres der in der Übungsordnung für die bayerischen Feuerwehren (Teil II: „Der Atemschutz“), Ausgabe 1965, enthaltene Untersuchungsbogen in die Entschließung aufgenommen. Damit soll vermieden werden, daß dieselben Ärzte, die Feuerwehrleute und Helfer des Luftschutzhilfsdienstes zu untersuchen haben, nach verschiedenen Untersuchungsbögen arbeiten müssen.

Wer als Koch vorgesehen ist, muß außerdem nach § 18 des Bundesseuchengesetzes (BSG) untersucht werden.

2. Mit der Untersuchung sind grundsätzlich freipraktizierende Ärzte zu betrauen. Ihnen kann für die Untersuchung aus Anlaß der Verpflichtung ein Honorar bis zu 27 DM gezahlt werden. Daneben kann die geforderte Bestimmung der Blutgruppe und des Rhesusfaktors, da die kleine Blutgruppenbestimmung nach Pos. 872 der Gebührenordnung für Ärzte vom 18. 3. 1965 genügt, mit 12 DM berechnet werden. Für die Röntgengroßaufnahme oder -schirmbildaufnahme des Brustkorbes einschließlich Sachleistungen können bis zu 22 DM entrichtet werden. Für die Röntgenuntersuchung der Lunge ist in der Regel eine Röntgengroßaufnahme oder -schirmbildaufnahme ausreichend. Nur in besonderen Fällen kann neben der Röntgenaufnahme eine zusätzliche Durchleuchtung notwendig werden, wofür insgesamt bis zu 32 DM vergütet werden können; die Sachleistungen sind auch hier eingeschlossen.

Für die Wiederholungsuntersuchung für Träger von Preßluftatmern können bis zu 10 DM gezahlt werden. Um sicherzustellen, daß die Maßstäbe und die Honorare für die Untersuchungen möglichst gleich sind, werden die Landratsämter und kreisfreien Städte Absprachen mit Ärzten der freien Praxis treffen müssen. Zu der Untersuchung nach § 18 BSG wird auf die Bekanntmachung des Staatsministeriums des Innern vom 6. 2. 1964 (MABl. S. 153) hingewiesen.

#### **Änderung des Honorarverteilungsmaßstabes der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns vom 26. 6. 1965 (BÄBl. 1965/546)**

Der Honorarverteilungsmaßstab vom 26. 6. 1965 gilt ab 1. 4. 1966 für die RVO-Kassen mit der Maßgabe, daß die Bestimmungen des Einzelleistungs-Gesamtvertrages und seiner Anlagen die entsprechenden Bestimmungen des bisherigen Honorarverteilungsmaßstabes ersetzen bzw. ergänzen. Dementsprechend werden auch die „Grundsätze zur Anwendung der Gebührenordnung für Ärzte“ durch die Anlage 1 zum Einzelleistungs-Gesamtvertrag ersetzt.

(Beschuß der Vertreterversammlung der KVB vom 26. 3. 1966)

München, am 31. 3. 1966

Dr. Völlinger  
Vorstandsvorsitzender

## **GESETZES- UND RECHTSFRAGEN**

### **Kapitalabfindung für Kriegsbeschädigte und Kriegerwitwen**

Kriegsbeschädigte und Kriegerwitwen erhalten von dem für ihren Wohnort zuständigen Versorgungsamt Versorgungsbezüge nach den Bestimmungen des Bundesversorgungsgesetzes. Diese Bezüge umfassen einmal eine Grundrente und unter bestimmten Voraussetzungen eine Ausgleichsrente sowie einen Schadensausgleich. Für diesen Personenkreis besteht die Möglichkeit, an Stelle des laufenden Bezugs der BVG-Grundrente eine Kapitalabfindung zu beantragen.

#### **Höhe der Kapitalabfindung**

Die Kapitalabfindung kann einen Betrag bis zur Höhe der Grundrente umfassen. Die Abfindung wird auf die für einen Zeitraum von zehn Jahren zustehende Grundrente beschränkt. Als Abfindungssumme wird das Neunfache des der Kapitalabfindung zugrunde liegenden Jahresbetrages gezahlt. Damit erlischt der Anspruch auf die Bezüge, an deren Stelle die Abfindung tritt, für die Dauer von zehn Jahren mit Ablauf des Monats der Auszahlung. Die Kapitalabfindung beträgt:

4860,— DM	
bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 30%	
6489,— DM	
bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 40%	
8640,— DM	
bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 50%	
11 340,— DM	
bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 60%	
15 120,— DM	
bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 70%	
18 360,— DM	
bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 80%	
22 680,— DM	
bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 90%	
25 920,— DM	
bei einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von 100%	
12 960,— DM bei Kriegerwitwen	

#### **Persönliche und sonstige Voraussetzungen**

Kapitalabfindung kann nur gewährt werden, wenn der Kriegsbeschädigte oder die Kriegerwitwe das 21. Lebensjahr vollendet und im Zeitpunkt der Antragstellung das 55. Lebensjahr noch nicht erreicht haben. Ausnahmsweise ist die Kapitalisierung der Grundrente aber auch noch nach dem 55. Lebensjahr möglich, aber nur, wenn der Antrag bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres gestellt wird. Weitere Voraussetzung ist, daß der Kriegsbeschädigte oder die Kriegerwitwe einen Anspruch auf Rente oder Witwenbeihilfe haben; nicht zu

Tropfen, Elixier  
hormonfrei

erleichtert  
den Schritt  
in die Menopause

# feminon®

Julius Redel · Cesra-Arzneimittelfabrik · Haueneberstein b/ Baden-Baden

erwarten ist, daß innerhalb des Abfindungszeitraumes die Rente wegfallen wird und überdies für eine nützliche Verwendung des Geldes Gewähr besteht. Auch Ehegatten Verschollener können unter diesen Voraussetzungen Kapitalabfindung beanspruchen.

#### Verwendungszweck der Kapitalabfindung

Kapitalabfindung kann gewährt werden

- zum Erwerb oder zur wirtschaftlichen Stärkung eigenen Grundbesitzes;
- zum Erwerb oder zur wirtschaftlichen Stärkung eines Wohnungseigentums;
- zur Finanzierung eines Kaufeigenheimes, einer Trägerkleinsiedlung oder einer Kaufeigentumswohnung;
- zum Erwerb eines Dauerwohnrechts;
- zum Erwerb der eigenen Mitgliedschaft in einem als gemeinnützig anerkannten Wohnungs- und Siedlungsunternehmen, wenn hierdurch die Anwartschaft auf baldige Übereignung eines Familienheimes, einer Eigentumswohnung oder einer Siedlerstelle sichergestellt ist;
- zur Finanzierung eines eigenen Bausparvertrages mit einer Bausparkasse oder dem Beamtenheimstättenwerk.

Als Erwerb eigenen Grundbesitzes gilt der Kauf eines unbebauten Grundstückes, wenn beabsichtigt ist, in absehbarer Zeit auf diesem Grundstück ein Wohnhaus für den eigenen Bedarf zu errichten. Zum Erwerb eines Hausgrundstückes wird Kapitalabfindung dann gewährt, wenn der Kriegsbeschädigte oder die Kriegserwitwe es in absehbarer Zeit selbst bewohnen wird und durch den Kauf des Hauses für den Versorgungsberechtigten und seine Familie ausreichender Wohnraum gewonnen wird.

Für den Erwerb eines zweiten oder dritten Hausgrundstückes oder eines Wochenendhauses gibt es aber keine Kapitalabfindung. Im Rahmen der wirtschaftlichen Stärkung eigenen Grundbesitzes kann Kapitalabfindung für alle Maßnahmen, die der Erhaltung oder Verbesserung des Grundbesitzes oder der Hebung seiner Ertragsfähigkeit dienen, gewährt werden. Dazu gehört in erster Linie die vorzeitige ganze oder teilweise Rückzahlung von Hypotheken, Grundschulden oder öffentlichen Baudarlehen. Die Abfindungssumme kann aber auch verwendet werden zum Bau, zur Erweiterung, zur Instandsetzung oder Modernisierung von Wohn- und Wirtschaftsgebäuden. Hierunter fallen vor allem die Kosten für den Bau, Wiederaufbau, Ausbau oder Umbau eines Wohnhauses, einer Garage oder von landwirtschaftlichen Nebengebäuden. Die Abfindungssumme kann auch zur Vergrößerung landwirtschaftlichen Besitzes Verwendung finden. Zum Abschluß oder zur Auffüllung eines eigenen Bausparvertrages kann Kapitalabfindung ebenso gewährt werden, wie zum Ankauf eines fremden schon zuteilungsreifen Vertrages.

#### Verschiedenes

Die Abfindungssumme ist zurückzuzahlen, wenn sie nicht innerhalb angemessener Frist ihrer Bestimmung gemäß verwendet worden ist oder wenn der Verwendungszweck innerhalb des Abfindungszeitraumes vereitelt worden ist. Zurückzuzahlen ist aber nicht mehr die volle Abfindungssumme, sondern

91% der Abfindungssumme nach Ablauf des 1. Jahres,  
82% der Abfindungssumme nach Ablauf des 2. Jahres,

72% der Abfindungssumme nach Ablauf des 3. Jahres,  
62% der Abfindungssumme nach Ablauf des 4. Jahres,  
52% der Abfindungssumme nach Ablauf des 5. Jahres,  
42% der Abfindungssumme nach Ablauf des 6. Jahres,  
32% der Abfindungssumme nach Ablauf des 7. Jahres,  
22% der Abfindungssumme nach Ablauf des 8. Jahres,  
11% der Abfindungssumme nach Ablauf des 9. Jahres.

Nach Rückzahlung dieses Teilbetrages wird die Grundrente wieder weitergewährt.

Wenn eine Kriegserwitwe erneut eine Ehe eingeht, hat sie nach der Eheschließung die Abfindungssumme insoweit zurückzuzahlen, als diese die Gesamtsumme der bis zu ihrer Wiederverheiratung erloschen gewesenen Versorgungsbezüge übersteigt. Angerechnet hierauf wird die bei Heirat einer Kriegserwitwe zu zahlende Witwenabfindung.

Anträge auf Kapitalabfindung können jederzeit formlos bei dem Versorgungsamt gestellt werden, das die BVG-Grundrente zahlt. Das zuständige Landesversorgungsamt entscheidet dann über die Gewährung der Kapitalabfindung und bedient sich bei der weiteren Durchführung der Hauptfürsorgestellten und Kriegsopfersorgestellten.

-alpe-

## STEUERFRAGEN

### Lohnsteuerermäßigung für Körperbehinderte

Körperbehinderte erhalten bekanntlich Lohnsteuerermäßigung durch Eintragung eines bestimmten steuerfreien Pauschbetrages in die Lohnsteuerkarte gewährt. Damit sollen die ihnen unmittelbar infolge ihrer Körperbehinderung entstehenden außergewöhnlichen Belastungen abgegolten werden, wenn nicht höhere Aufwendungen nachgewiesen oder glaubhaft gemacht werden.

Die steuerfreien Pauschbeträge belaufen sich derzeit auf jährlich

420 DM bei einer Erwerbsminderung von mind. 25 v. H.  
576 DM bei einer Erwerbsminderung von mind. 35 v. H.  
768 DM bei einer Erwerbsminderung von mind. 45 v. H.  
960 DM bei einer Erwerbsminderung von mind. 55 v. H.  
1200 DM bei einer Erwerbsminderung von mind. 65 v. H.  
1440 DM bei einer Erwerbsminderung von mind. 75 v. H.  
1680 DM bei einer Erwerbsminderung von mind. 85 v. H.  
1920 DM bei einer Erwerbsminderung von mind. 91 v. H.

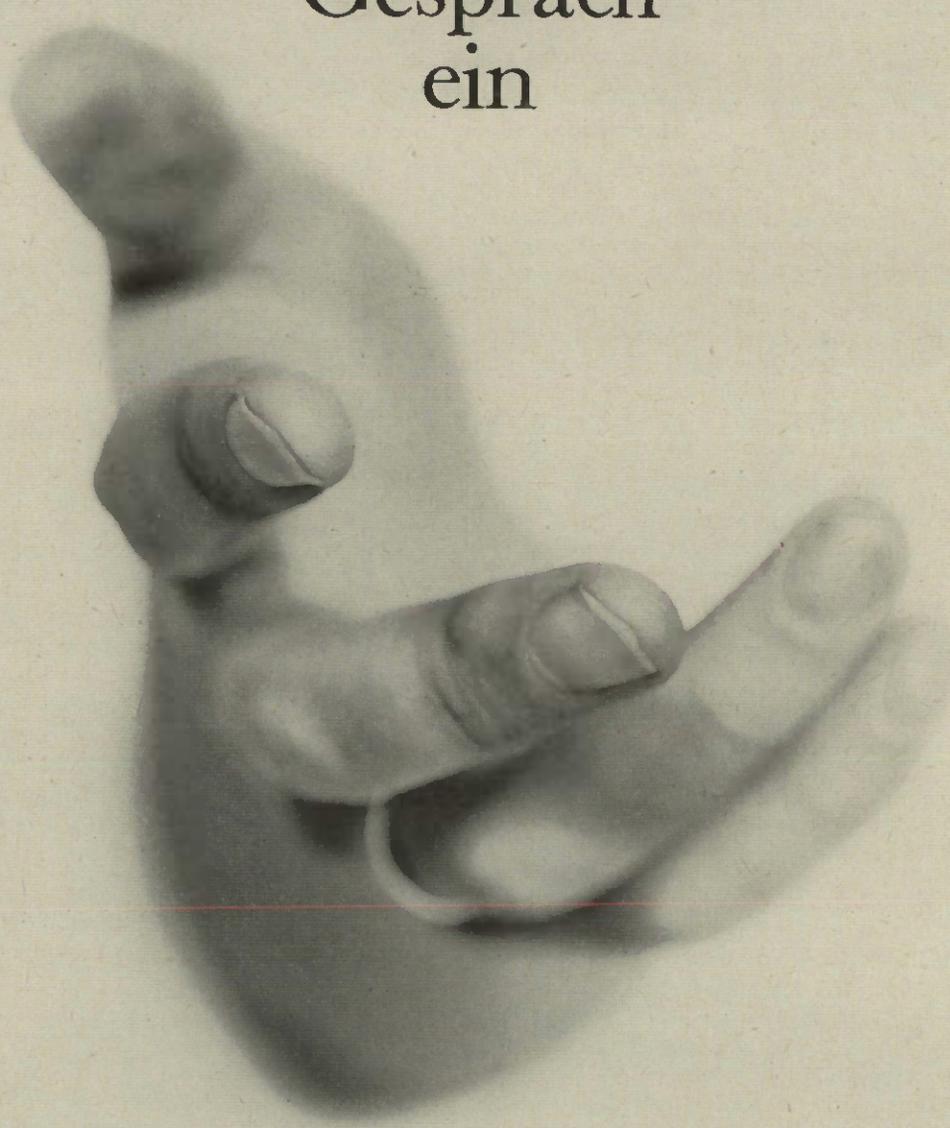
Blinde sowie solche Körperbehinderte, die infolge ihrer Körperbehinderung ständig so hilflos sind, daß sie nicht ohne fremde Wartung und Pflege bestehen können, erhalten einen steuerfreien Pauschbetrag von jährlich 4800 DM.

Diese vorgenannten Pauschbeträge erhalten

- a) Körperbehinderte, deren Erwerbsminderung mindestens 50 v. H. beträgt;
- b) Körperbehinderte, deren Erwerbsminderung zwischen 25 und 50 v. H. liegt,
  1. wenn ihnen wegen der Behinderung nach gesetzlichen Vorschriften Renten oder andere laufende Bezüge zustehen, oder
  2. wenn die Körperbehinderung zu einer äußerlich erkennbaren dauernden Einbuße der körperlichen Beweglichkeit geführt hat, oder
  3. wenn die Körperbehinderung auf einer typischen Berufskrankheit beruht.

-alpe-

# Bristol lädt Sie zum Gespräch ein



mit vielen deutschen Ärzten unterhält Bristol seit ihren Anfängen einen engen wissenschaftlichen Kontakt. Jetzt hat die Deutsche Bristol GmbH. mit Produktion und Verkauf ihrer Arzneimittel begonnen. Unternehmensziel? Kenntnisse und Erkenntnisse des deutschen Arztes - frei von nationalen Stereotypen - in ein internationales Gefüge einzubauen. Die wissenschaftliche und geschäftliche Symbiose mit dem deutschen Arzt erweitert das Therapie-pertoire diesseits und jenseits des Ozeans. Unternehmerisches Denken soll mit ärztlicher Tätigkeit harmonisieren. Wir machen uns Gedanken über die besten Wege der Kommunikation. Verlässliche Werbung ist auch ein Weg. Sie kann Quelle einer guten Information sein. Wir hoffen, es gelingt uns, sie auch zu einer willkommenen Quelle zu machen. Bitte schreiben Sie uns! Wer ist Bristol? Pharmazeutisches Unternehmen in Syracuse, N. Y., an den Füßen der Appalachen. In 80 Ländern etabliert.

Chronologie einiger Präparate, die Bristol auf den Markt brachte: 1943 bis 1945: Bristol gehörte zur Gruppe der pharmazeutischen Gesellschaften, die den Regierungsauftrag erhielt, Penicillin wirtschaftlich verfügbar zu machen. 1948: Erstes Langzeitpenicillin. 1954: Erste Großproduktion von Tetracyclinhydrochlorid durch Fermentation. 1956: Erste wesentliche Verbesserung des oral wirksamen Tetracyclin-Phosphatkomplex. 1958: Breitbandantibiotikum, auch gegen gramnegative Erreger: Kanamycin. 1959: Das erste wirtschaftlich verfügbare biosynthetische Penicillin: Phenethicillin. 1962: Penicillinase-resistentes biosynthetisches Penicillin mit oraler und parenteraler Wirksamkeit: Oxacillin. 1962: Biosynthetisches Breitbandpenicillin; Ampicillin. 1964: Biosynthetisches Penicillin mit Wirkung gegen Penicillin-G-resistente Staphylokokken: Cloxacillin. 1965: Stark wirksames biosynthetisches Allzweckpenicillin: Diclloxacillin.



## MITTEILUNGEN

### „Pflanzenschutz- und Schädlingsbekämpfungsmittel“

Broschüre von D. R. K l i m m e r

Im Sommer 1964 wurde diese Broschüre den Ärzten im Bundesgebiet im Auftrage der Arzneimittel-Kommission der Deutschen Ärzteschaft zugeschickt. Es handelt sich um einen Abriss einer Toxikologie und Therapie von Vergiftungen für den Gebrauch in der Praxis. Der Geschäftsstelle der Arzneimittel-Kommission sind seitdem ständig Bitten um die Zusendung weiterer Exemplare der Broschüre zugegangen.

Die Geschäftsstelle der Arzneimittel-Kommission hat keine Exemplare der Broschüre zur weiteren Verteilung vorliegen und bittet deshalb, sich an den

Industrieverband „Pflanzenschutz- und Schädlingsbekämpfungsmittel e. V.“

8 Frankfurt/Main, Karlstraße 21

zu wenden, der sich freundlicherweise bereit erklärt hat, die Broschüre an Ärzte, die das Buch bisher nicht erhalten haben, auf Anforderung zuzusenden.

Die Verteilung soll allerdings nur auf Ärzte beschränkt bleiben.

Dr. Stollreuther, Mitglied der Arzneimittel-Kommission der Deutschen Ärzteschaft

### Hilfe für ein Misslanshospital

Die Leitung des neueröffneten „Holy Spirit“ Hospitals Mahakali Road, Andheri East, Bombay 69, Indien, bittet uns über die STEYLER Missionsschwester um Hilfe bei der Beschaffung der notwendigen medizinischen Einrichtungen, wie: Operationssaaleinrichtungen; Laborausstattung (angefangen beim Mikroskop); Apparate: Cardiograph, Kurzwellen, Rotlicht, ultraviolette Lampen usw.; „Pari“ Inhalationsapparat; Saugapparate; Säuglingswaage; Instrumente.

Das „Holy Spirit“ Hospital wurde jetzt mit 80 Betten eröffnet. Das Armenambulatorium wurde bereits am 1. 1. 1965 eröffnet und erlebt seit dieser Zeit einen Zustrom von Hunderten von Kranken, besonders von vielen Tbc-Kranken, Siechen, Aussätzigen und Hungernden, die alle in Leid, Elend und Not Hilfe suchen. Kollegen, die solche Geräte abgeben können, werden gebeten, diese Gegenstände an das deutsche Provinzialhaus der Steyler Missionsschwester in 5759 Wimbern/Ruhr oder an das Missionsschwesterkloster „St. Hildegard“, 7931 Oberdisingen, Kreis Ehingen/Donau, zu schicken.

### Belehrungs- und Entlassungsmerkblätter in fremden Sprachen

In Zusammenarbeit mit den Innenministerien der Länder sind folgende Vordrucke hergestellt worden und

jeweils in griechischer, englischer, französischer, italienischer, spanischer und türkischer Sprache ab Lager durch Druckerei Ernst Klett, 7 Stuttgart 1, Postfach 809, lieferbar:

**FX 10: Amtliche Belehrungsblätter für Geschlechtskranke**

Format DIN A 4, 2seitig.

Preis pro Block zu 10 Exemplaren

DM 3,-

**FX 11: Amtliche Entlassungsmerkblätter für Syphiliskranke**

Format DIN A 5, 1seitig.

Preis pro Block zu 10 Exemplaren

DM 1,50

### Ferienaufenthalte in Bayern gesucht

Ein französischer Arzt möchte seinen Sohn (12 Jahre) gerne als „zahlenden Gast“ vom 1. 7. bis 15. 8. 1966 in einer Ärztefamilie unterbringen, in der ein Junge mit ungefähr gleichem Alter wäre. Der Junge soll hier seine Deutschkenntnisse verbessern.

Miss Josephine BARNES, Fachärztin für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe, F. R. C. S., M. R. C. P., F. R. C. O. G. London S. W. 1, 46 Chester Square, sucht für Miss WARREN (18 Jahre) für die Zeit vom 16. 4. bis 16. 8. 1966 entweder als „zahlender Gast“ oder auf Austauschbasis in München eine Aufenthaltsmöglichkeit.

Anfragen sind an die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“, 8 München 23, Königinstraße 85/IV, zu richten.

### Dringlich zu besetzende Kassenarztsitze

In nachstehend aufgeführten Orten sind wegen Todes oder Wegzugs der bisherigen Inhaber Praxen mit guten Existenzmöglichkeiten zu besetzen:

#### Oberfranken:

Berg bei Hof — 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Leupoldsgrün bei Hof — 1 Allgemeinpraktiker

(Alleinarzt)

Marktredwitz — 2 Allgemeinpraktiker, 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Redwitz a. d. Rodach — 1 Allgemeinpraktiker

Selb — 2 Allgemeinpraktiker, 1 Facharzt für Augenkrankheiten

Sparneck — 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Wildenheid bei Neustadt bei Coburg — 1 Allgemeinpraktiker (Alleinarzt)

Nähere Auskünfte erteilt die Bezirksstelle Oberfranken der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern, 858 Bayreuth, Bürgerreuther Straße 7a

*Sinupret<sup>®</sup> bei Sinusitiden*

BIONORICA KG  
NÜRNBERG

### Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat Februar 1966\*

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Während im Januar nur mehr eine Erkrankung an Diphtherie gemeldet wurde, waren es im Februar wieder zehn Fälle. Demgegenüber stieg die Scharlachhäufigkeit deutlicher an. Auf 100 000 der Bevölkerung (auf ein Jahr umgerechnet) trafen im Januar 66 Fälle, im Februar 90 Fälle. Eine Erkrankung an übertragbarer Kinderlähmung wurde auch im Berichtsmonat, wie bereits seit November 1965, nicht bekannt.

Typhus, Paratyphus und Ruhr traten auch im Februar nur vereinzelt auf. An Salmonellose (durch Salmonella-Bakterien erregte Darmentzündung) und ebenso an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) erkrankten im Berichtsmonat etwas weniger Personen als im Januar.

### Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 30. Januar bis 26. Februar 1966 (vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11			
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare										Typhus abdominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa			
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung				Gehirnentzündung		Salmonellose								Übrige Formen			
	E <sup>1)</sup> ST <sup>2)</sup>		E ST		dar. parat. Fälle		Meningokokken Meningitis		Übrige Formen						E ST		E ST		E ST				E ST	
Oberbayern	—	—	304	—	—	—	—	7	1	1	—	1	—	3	—	3	—	3	—	21	—	—	—	
Niederbayern	—	—	46	—	—	—	—	3	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	11	—	2	—	
Oberpfalz	9	—	34	—	—	—	—	2	—	3	—	—	—	1	—	1	—	—	—	19	—	—	—	
Oberfranken	—	—	102	—	—	—	—	8	—	2	1	—	—	—	—	—	—	—	—	6	—	1	—	
Mittelfranken	—	—	114	—	—	—	—	4	—	—	—	1	2	3	—	—	—	3	—	—	—	—	—	
Unterfranken	1	—	38	—	—	—	—	2	—	4	1	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	
Schwaben	—	—	60	—	—	—	—	—	—	—	—	1	1	2	—	—	—	—	—	3	—	—	—	
Bayern	10	—	698	—	—	—	—	26	2	11	2	3	3	9	—	5	—	6	—	61	—	3	—	
München	—	—	146	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	1	—	3	—	12	—	—	—	
Nürnberg	—	—	39	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Augsburg	—	—	8	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—	—	—	
Würzburg	—	—	10	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	

Gebiet	12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
	Bakteriell		Hepatitis infectiosa		Ornithose				Verdachtsfälle von Tollwut <sup>3)</sup>		Brucellosa		Kindbettfieber bei oder nach Fehlgeburt		Taxoplasmose		Trachom		Wundstarrkrampf			
					Psittakose		(Übrige Formen)				Bang'sche Krankheit										Übrige Formen	
	E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST		E ST	
Oberbayern	—	—	55	—	—	—	—	—	14	—	—	—	1	—	1	—	4	—	1	—	—	—
Niederbayern	—	—	53	—	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	1	—
Oberpfalz	—	—	37	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Oberfranken	—	—	36	—	—	—	3	—	10	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	1
Mittelfranken	—	—	41	—	—	—	1	—	15	—	1	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	72	—	—	—	1	—	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	33	—	1	—	—	—	48	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	—	—	327	—	2	—	6	—	123	—	1	—	1	—	1	—	9	—	1	—	2	1
München	—	—	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	—	—	—	—	—
Nürnberg	—	—	16	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	5	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	14	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

\*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) E = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle.

2) ST = Sterbefälle.

3) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtige Tier sowie Berührungen eines Tieres oder Tierkörpers.

## Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Jahre 1965\*)

Die Zusammenfassung der aufgrund des Bundesseuchengesetzes vom 18. Juli 1961 (BGBl. I S. 1012) gemeldeten Erkrankungen an ansteckenden Krankheiten läßt für das Jahr 1965 folgende Entwicklungen erkennen:

Die Zahl der Scharlacherkrankungen, die in den Jahren 1963 und 1964 angestiegen war, ging im Berichtsjahr wieder zurück. Die Erkrankungsziffer sank von 90 auf 77 Fälle je 100 000 der Bevölkerung. Auch an Diphtherie

**Gemeldete Erkrankungen an meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern in den Jahren 1964 und 1965**  
(Zusammengestellt aufgrund der sanitärpolizeilichen Meldungen — Wochenberichte)

Gebiet	Jahr	Diphtherie	Scharlach	Übertragbare				Tuberkulose <sup>1)</sup> der			Typhus abdominalis	
				Kinderlähmung		Meningokokken-Meningitis		Gehirnentzündung	Atemorgane (aktive Form)	Haut		Übrigen Organe
				insgesamt	dar. paral. Fälle	Meningokokken-Meningitis	übrige Formen					
								3	4	5		6

Grund												
Oberbayern	1964	27	3 643	3	3	65	138	10	2 304	20	327	31
	1965	14	3 088	2	2	55	83	1	2 130	17	341	34
Niederbayern	1964	101	420	-	-	28	37	2	962	9	130	14
	1965	13	600	-	-	18	22	1	1 009	10	121	17
Oberpfalz	1964	83	571	2	2	44	26	2	692	13	73	30
	1965	20	370	-	-	39	22	3	852	9	107	10
Oberfranken	1964	24	1 216	1	1	42	51	-	774	10	102	10
	1965	21	870	-	-	45	87	2	892	5	115	9
Mittelfranken	1964	14	1 266	2	2	60	19	14	1 068	17	128	17
	1965	13	1 313	3	3	47	15	10	1 148	19	132	6
Unterfranken	1964	3	681	-	-	40	65	4	937	10	116	16
	1965	5	636	1	-	44	73	6	956	6	119	8
Schwaben	1964	31	1 105	-	-	47	50	6	1 093	15	137	13
	1965	4	824	-	-	36	31	2	1 085	15	138	14
Bayern	1964	283	8 902	8	8	326	386	38	7 820	94	1 013	131
	1965	90	7 701	6	5	284	333	25	8 072	81	1 073	98

Auf 100 000

Oberbayern	1964	0,9	123,2	0,1	0,1	2,2	4,7	0,3	77,9	0,7	11,1	1,0
	1965	0,5	102,2	0,1	0,1	1,8	2,7	0,0	70,5	0,6	11,3	1,1
Niederbayern	1964	10,3	42,8	-	-	2,9	3,8	0,2	98,1	0,9	13,3	1,4
	1965	1,3	60,8	-	-	1,8	2,2	0,1	102,3	1,0	12,3	1,7
Oberpfalz	1964	9,1	62,4	0,2	0,2	4,8	2,8	0,2	75,5	1,4	8,0	3,3
	1965	2,2	40,1	-	-	4,2	2,4	0,3	92,3	1,0	11,6	1,1
Oberfranken	1964	2,2	110,6	0,1	0,1	3,8	4,6	-	70,4	0,9	9,3	0,9
	1965	1,9	78,7	-	-	4,1	7,9	0,2	80,7	0,5	10,4	0,8
Mittelfranken	1964	1,0	89,1	0,1	0,1	4,2	1,3	1,0	75,1	1,2	9,0	1,2
	1965	0,9	91,3	0,2	0,2	3,3	1,0	0,7	79,9	1,3	9,2	0,4
Unterfranken	1964	0,3	60,0	-	-	3,5	5,7	0,4	82,5	0,9	10,2	1,4
	1965	0,4	55,3	0,1	-	3,8	6,3	0,5	83,1	0,5	10,3	0,7
Schwaben	1964	2,2	78,0	-	-	3,3	3,5	0,4	76,5	1,1	9,7	0,9
	1965	0,3	57,4	-	-	2,5	2,2	0,1	75,5	1,0	9,6	1,0
Bayern	1964	2,9	89,7	0,1	0,1	3,3	3,9	0,4	78,8	0,9	10,2	1,3
	1965	0,9	75,6	0,1	0,1	2,8	3,3	0,2	80,2	0,8	10,7	1,0

\*) Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes.

1) Nur Neuzugänge aus anderen Tbc-Gruppen; die Ergebnisse sind den Vierteljahresberichten der Tbc-Fürsorgestellen entnommen (für 1965 vorläufige Zahlen).

# Aescosulf<sup>®</sup>



Arznei Müller  
Bielefeld

## dynamisiert den arteriovenösen Reflux



Thromboseprophylaxe

Tropfen  
Salbe

# Ossidal<sup>®</sup>



Arznei Müller  
Bielefeld

## räumt auf



bei  
Thrombose  
Thrombophlebitis  
postthrombot. Syndrom  
Varikosis Ulcus cruris

Salbe außerdem bei  
Hämatom  
Distorsion  
Prellung  
Tendovaginitis

rie erkrankten weniger Personen als im Vorjahr, nämlich eine (1964: drei) je 100 000 der Bevölkerung. Fälle von Meningokokken-Meningitis (übertragbare Genickstarre) und anderen Formen der Hirnhautentzündung wurden 1965 ebenfalls in etwas geringerem Umfang als 1964 bekannt. Sechs Erkrankungen an übertragbarer Kinderlähmung, darunter fünf mit Lähmungserscheinungen, wurden während des Berichtsjahres gemeldet.

Erfahrungsgemäß besteht jedoch die Möglichkeit, daß sich der eine oder andere Fall nachträglich beim Erregernachweis, der manchmal längere Zeit in Anspruch nimmt, nicht bestätigt.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten der Verdauungsorgane traten im Berichtsjahr teils stärker, teils schwächer als im Vorjahr auf. Die Zahl der Salmonellose-Erkrankungen (durch Salmonella-Bakterien

Paratyphus A und B	Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)	Enteritis infectiosa		Botulismus	Hepatitis infectiosa	Ausatz	Mikrosporidie	Milzbrand	Ornithose		Pocken	Amöbenruhr	Tollwut	Verdachtsfälle von Tollwut 2)	Tularämie
		Salmonellose	Übrige Formen						Psittacose	Übrige Formen					
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27

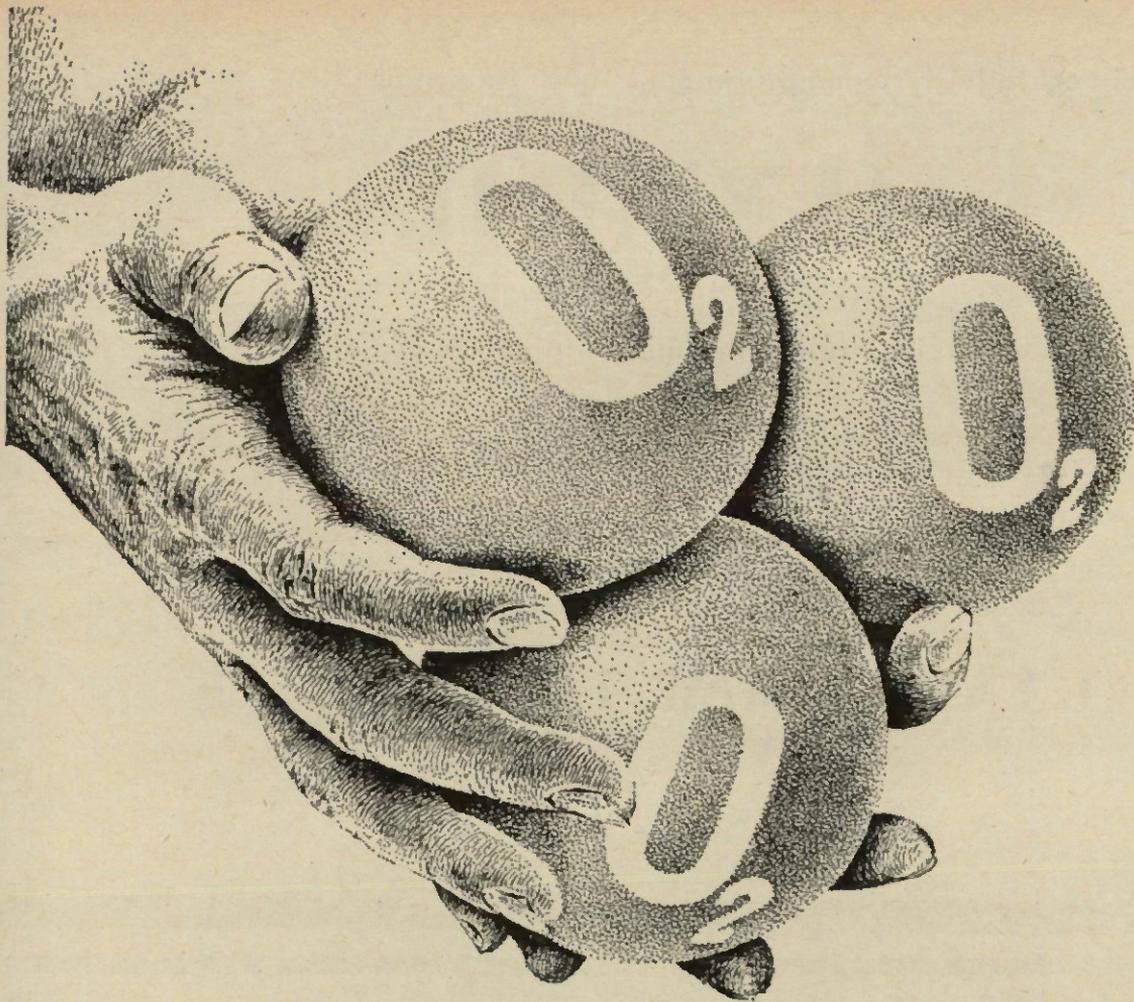
zahlen

19	188	267	18	3	770	1	-	-	-	13	-	-	-	2	-
13	116	666	11	4	873	-	5	-	4	8	-	1	-	37	1
8	49	54	6	5	386	-	-	-	2	3	-	-	-	-	-
7	53	145	5	2	448	-	-	1	-	4	-	-	-	1	-
10	30	171	3	-	343	-	-	-	-	4	-	-	-	86	-
8	139	150	4	1	357	-	-	-	1	-	-	-	1	347	-
2	23	24	12	-	751	-	-	1	-	8	-	-	-	143	-
10	12	74	177	1	384	1	-	-	1	9	2	-	-	403	-
11	31	46	-	1	409	-	-	-	-	7	-	1	-	16	1
8	21	102	4	2	426	-	-	-	-	7	-	-	-	126	-
7	13	114	32	8	796	-	-	-	-	2	-	-	-	156	2
19	22	78	19	8	1 027	-	-	1	2	5	-	1	1	346	-
14	52	114	7	7	513	-	-	4	-	2	-	1	-	77	-
26	15	517	10	9	313	-	-	4	1	-	-	1	-	467	-
71	386	790	78	24	3 968	1	-	5	2	39	-	2	-	480	3
91	378	1 732	230	27	3 828	1	5	6	9	33	2	3	2	1 727	1

der Bevölkerung

0,6	6,4	9,0	0,6	0,1	26,0	0,0	-	-	-	0,4	-	-	-	0,1	-
0,4	3,8	22,1	0,4	0,1	28,9	-	0,2	-	0,1	0,3	-	0,0	-	1,2	0,0
0,8	5,0	5,5	0,6	0,5	39,4	-	-	-	0,2	0,3	-	-	-	-	-
0,7	5,4	14,7	0,5	0,2	45,4	-	-	0,1	-	0,4	-	-	-	0,1	-
1,1	3,3	18,7	0,3	-	37,5	-	-	-	-	0,4	-	-	-	9,4	-
0,9	15,1	16,2	0,4	0,1	38,7	-	-	-	0,1	-	-	-	0,1	37,6	-
0,2	2,1	2,2	1,1	-	68,3	-	-	0,1	-	0,7	-	-	-	13,0	-
0,9	1,1	6,7	16,0	0,1	34,7	0,1	-	-	0,1	0,8	0,2	-	-	36,5	-
0,8	2,2	3,2	-	0,1	28,8	-	-	-	-	0,5	-	0,1	-	1,1	0,1
0,6	1,5	7,1	0,3	0,1	29,6	-	-	-	-	0,5	-	-	-	8,8	-
0,6	1,1	10,0	2,8	0,7	70,1	-	-	-	-	0,2	-	-	-	13,7	0,2
1,7	1,9	6,8	1,7	0,7	89,3	-	-	0,1	0,2	0,4	-	0,1	0,1	30,1	-
1,0	3,7	8,0	0,5	0,5	36,2	-	-	0,3	-	0,1	-	0,1	-	5,4	-
1,8	1,0	36,0	0,7	0,6	31,8	-	-	0,3	0,1	-	-	0,1	-	32,5	-
0,7	3,9	8,0	0,8	0,2	40,0	0,0	-	0,1	0,1	0,4	-	0,0	-	4,8	0,0
0,9	3,8	17,2	2,3	0,3	38,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3	0,0	0,0	0,0	17,2	0,0

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



Sauerstoffangebot  
für den  
Asthmatiker

# Dilavert<sup>®</sup>

## Asthma-Tabletten

sprengen die Sauerstoffsperr  
kräftigen das geschwächte Herz  
befreien von Angst und Unruhe

Indikationen:

**Asthma bronchiale,**  
spastische Bronchitis, Emphysem-Bronchitis,  
Berufsasthma, Asthma cardiale  
und Asthma nervosum

Tabletten: 10 u. 20 St., Anst.-P. 100 St.

**Dolorgiet** Arzneimittelfabrik Bad Godesberg



Bei vegetativ-dystonen Störungen - auch im Kindesalter - bewirkt

# UZARIL

schnell und zuverlässig  
zentrale Beruhigung und periphere Spasmolyse  
bei einer milden Dauer-Tonisierung

15, 50 und 100 ccm Liquidum

25, 50 und 100 Tabletten

6 Suppositorien K (Kinder), E (Erwachsene)

Bei nervösen Herzbeschwerden auf vegetativ-dystoner Basis  
- besonders auch wetterbedingt -

## UZARIL-CAMPHER DRAGÉES

25 Dragées zu 0,35 g · 60 Dragées zu 0,35 g

UZARA-WERK, MELSUNGEN

Jahr für Jahr  
entscheiden sich  
immer mehr Ärzte  
für die Winterthur

Die Winterthur  
seit Jahrzehnten im Dienste  
des Arztes

### warum?

Auf Grund Ihrer langjährigen Verbindungen mit der Ärzteschaft verfügt die Winterthur gerade im Hinblick auf die den Arzt berührenden Versicherungsfragen über besondere Erfahrungen, die eine fachkundige Beratung und Scheidbearbeitung gewährleisten.

Bitte fordern Sie daher vor einem Neuabschluß oder einer Vertragserweiterung ein auf Ihre Wünsche abgestelltes Angebot bei uns an und bedienen Sie sich hierfür der beiliegenden Anfragekarte. Vielfach werden auch steuerliche Gesichtspunkte zu beachten sein, um noch vorhandene Sonderausgaben-Freibeträge auszunutzen. Wir werden Sie gewissenhaft beraten. Irgendwelche Verpflichtungen entstehen Ihnen daraus nicht.

Unfall-,  
Heftpflicht-,  
Kinderunfall-,  
Kraftverkehrs-,  
Luftfahrt-,  
Reisegepäck-,  
Hausrat-,  
Praxis-,  
Gebäude-,  
Feuer-,

Einbruchdiebstahl-,  
Beraubungs-,  
Leitungswasserschäden-,  
Betriebsunterbrechungs-,  
Glasbruch- und  
Lebensversicherung

Die Winterthur-Versicherungsgruppe führt folgende Versicherungsarten

Somit können Sie sämtliche Versicherungen in eine Hand legen

Schweizerische Unfallversicherungs-Gesellschaft in Winterthur · Direktion für Deutschland · 8 München 23 · Abhofach · Leopoldstraße 34/38 · Telefon 34 09 41

Winterthur-Versicherung – weltweit verbürgte Sicherheit



erregte Darmentzündung) war im Jahr 1965 erheblich höher als 1964; auf 100 000 der Bevölkerung trafen 17, im Vorjahr 8 Fälle. Sie traten verschiedentlich örtlich und zeitlich gehäuft auf, so vor allem in den Regierungsbezirken Schwaben und Oberbayern. Typhus- und Ruhrfälle wurden etwas seltener, Paratyphusfälle geringfügig häufiger als im Vorjahr bekannt. Ein leichter Rückgang zeigte sich auch bei den Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung);

die Erkrankungsziffer sank von 40 (1964) auf 38 Fälle (1965) je 100 000 der Bevölkerung.

Im Berichtsjahr wurden ein Fall von Aussatz sowie zwei Pockenerkrankungen festgestellt. Zwei Personen starben an Tollwut. Die Zahl der Verdachtsfälle von Tollwut nahm erheblich zu; lediglich die Regierungsbezirke Niederbayern und Oberbayern waren von an Tollwut erkrankten Tieren noch weitgehend verschont geblieben.

Gebiet	Jahr	Brucellose		Kindbettfieber <sup>1)</sup> bei oder nach einer		Leptospirose				Malaria		Q-Fieber	Toxoplas-mose	Trichi-nose	Mund-starr-kraupf
		Bang'sche Krank-heit	übrige Formen	standes- ärztlich erledi- pflichti- gen Geburt	Fehl- geburt	Weil'sche Krank-heit	Feld-fieber	Cani-cola-fieber	übrige Formen	Erst- erkrank- ung	Rück- fall				

## Grundzahlen

Oberbayern	1964	5	-	-	6	2	1	-	-	-	1	264	14	-	13
	1965	4	-	-	2	-	3	-	1	4	-	20	16	1	4
Niederbayern	1964	3	1	-	-	1	-	-	2	-	-	1	32	-	12
	1965	7	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	13	-	13
Oberpfalz	1964	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	28	-	7
	1965	2	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	35	-	2
Oberfranken	1964	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	4	-	14
	1965	6	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	4	-	5
Mittelfranken	1964	9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	123	5	-	7
	1965	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	5	12	-	9
Unterfranken	1964	2	-	1	-	1	-	-	-	-	-	1	11	-	1
	1965	5	-	1	-	2	-	-	1	-	-	-	7	-	2
Schwaben	1964	7	-	-	-	-	1	2	-	-	-	9	5	-	7
	1965	3	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	4	-	1
Bayern	1964	27	1	1	6	7	2	3	2	-	1	398	99	-	61
	1965	30	2	3	2	4	3	1	4	5	-	25	91	1	36

## Auf 100 000 der Bevölkerung

Oberbayern	1964	0,2	-	.	.	0,1	0,0	-	-	-	0,0	8,9	0,5	-	0,4
	1965	0,1	-	.	.	-	0,1	-	0,0	0,1	-	0,7	0,5	0,0	0,1
Niederbayern	1964	0,3	0,1	.	.	0,1	-	-	0,2	-	-	0,1	3,3	-	1,2
	1965	0,7	-	.	.	-	-	-	0,1	-	-	-	1,3	-	1,3
Oberpfalz	1964	-	-	.	.	0,2	-	-	-	-	-	-	3,1	-	0,8
	1965	0,2	0,1	.	.	-	-	-	-	-	-	-	3,8	-	0,2
Oberfranken	1964	0,1	-	.	.	0,1	-	0,1	-	-	-	-	0,4	-	1,3
	1965	0,5	-	.	.	0,1	-	-	-	0,1	-	-	0,4	-	0,5
Mittelfranken	1964	0,6	-	.	.	-	-	-	-	-	-	8,7	0,4	-	0,5
	1965	0,2	0,1	.	.	-	-	-	-	-	-	0,3	0,8	-	0,6
Unterfranken	1964	0,2	-	.	.	0,1	-	-	-	-	-	0,1	1,0	-	0,1
	1965	0,4	-	.	.	0,2	-	-	0,1	-	-	-	0,6	-	0,2
Schwaben	1964	0,5	-	.	.	-	0,1	0,1	-	-	-	0,6	0,4	-	0,5
	1965	0,2	-	.	.	0,1	-	0,1	0,1	-	-	-	0,3	-	0,1
Bayern	1964	0,3	0,0	0,0	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	-	0,0	4,0	1,0	-	0,6
	1965	0,3	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-	0,2	0,9	0,0	0,4

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

## BUCHBESPRECHUNGEN

Prof. Dr. W. HEUPKE: „Zuckerkrank — Behandlung und Diät“, 100 Seiten, über 250 Kochrezepte, kartoniert, 8,— DM. Verlag: Kirchheim & Co. GmbH, Mainz.

In prägnanter und anschaulicher Weise werden die Entstehung der Zuckerkrankheit, die Wirkung des Insulins, die Krankheitserscheinungen des Diabetes, die Folgen der Zuckerkrankheit für die einzelnen Organe und für die Lebenserwartung sowie das Verhältnis des Diabetes zum Beruf besprochen. Dann werden die Grundtagen der Diät und die praktisch durchzuführende Kost erörtert.

Oft leiden Diabetiker gleichzeitig an anderen Krankheiten. Daher werden in Einzelkapiteln die Variationen der Diät besprochen, wenn gleichzeitig ein Herz- oder Bluthdruckleiden, eine Leber-, Gallen-, Magen-, Darm- oder Nierenkrankheit vorhanden ist.

Eine fehlerfreie Zubereitung der Kost wird durch über 250 Kochrezepte ermöglicht.

W. PSCHYREMBEL: „Praktische Geburtshilfe“, 11. Aufl. 1966, XXIV/807 S., 502 Abb., gebunden, 65 DM. Verlag: Walter de Gruyter & Co. Berlin.

Nur knapp zwei Jahre nach der letzten Auflage ist die „Praktische Geburtshilfe“ von PSCHYREMBEL jetzt zum 11. Mal erschienen. Neu hinzugekommen sind Kapitel über das normale und pathologische Wochenbett und über das Kind vor, während und nach der Geburt, ferner Abschnitte über Symphysenschaden, Beckenvenenthrombose und Seifenabort. Zahlreiche Kapitel (u. a. über Wehenschwäche, Übertragung, Geburtseinleitung, Gerinnungsstörungen bei vorzeitiger Plazentalösung, Nachgeburtsblutungen und über Toxoplasmose) sind überarbeitet worden. Die Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft sind entsprechend ihrer Bedeutung und Wichtigkeit für Mutter und Kind noch mehr in den Vordergrund gestellt und u. a. die Kapitel über Blutgruppenunverträglichkeit und Morbus haemolyticus neonatorum sowie über die Betreuung der schwangeren Diabetikerin ausführlicher gestaltet worden.

Wenn ein Buch in 19 Jahren 11 Auflagen erlebt, bedarf es keiner besonderen Empfehlung mehr, es hat seine Notwendigkeit und Existenzberechtigung bewiesen. Pschyrembel hat auch in der nun vorliegenden 11. Auflage in der ihm eigenen didaktisch und visuell sehr einprägsamen Form die derzeit wichtigsten Erkenntnisse der praktischen Geburtshilfe in konzentrierter Form zusammengefaßt. Jeder Arzt, der Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen betreut, wird dieses Buch mit großem Gewinn lesen. Das Werk von Pschyrembel ist mittlerweile so etwas wie eine Leitfibel der Geburtshilfe geworden, der man aber trotz

der gewählten Kürze mit die Qualität eines echten Lehrbuchs zuerkennen muß. Gerade bei den zahlreichen neuen Erkenntnissen unseres Faches und den seit etwa einem Jahrzehnt zu beobachtenden Wandlungen in der einstmals so beständigen Geburtshilfe ist es zu begrüßen, wenn ein so viel gelesenes, wichtiges und wertvolles Buch in möglichst kurzen Abständen immer wieder neue Auflagen erlebt.

Dr. H. Welsch, München

### ADAC: „Internationale Campingführer 1966“

Band I — Südeuropa: 4000 Campingplätze (Österreich, Italien, Schweiz, Frankreich, Andorra, Spanien, Portugal, Marokko, Jugoslawien, Griechenland, Ungarn, Rumänien, Bulgarien, Türkei, Libanon und Israel), 816 Seiten, 287 Abbildungen, 143 Skizzen;

Band II — Mittel- und Nordeuropa: 3700 Campingplätze (Bundesrepublik Deutschland — mit West-Berlin —, Luxemburg, Belgien, Niederlande, Großbritannien, Irland, Island, Dänemark, Schweden, Norwegen, Finnland, Tschechoslowakei und UdSSR), 660 Seiten, 157 Bilder, 145 Skizzen;

Preis je Band 6.80 DM. ADAC Verlagsgesellschaft mbH, München.

Der „Internationale Campingführer 1966“ beschreibt 7700 Campingplätze. Die beiden Bände, einer für Südeuropa, der andere für Mittel- und Nordeuropa, präsentieren sich in einem neuen, sehr handlichen Format. Gliederung und Darstellung wurden jedoch beibehalten. Zwei Register, Kurzcharakteristiken der Plätze, exakte Zufahrtsbeschreibungen, einprägsame Symbole für landschaftliche Lage und Einrichtung, zahlreiche Fotos, Skizzen und Pläne vermitteln umfassende Informationen auf einen Blick. Ein bewährtes Team erfahrener Inspektoren bürgt für die Zuverlässigkeit der Beurteilungen.

Beide Bände sind in Buchhandlungen und Sportgeschäften erhältlich.

Dr. Th. BLACKERT: „Zuckerkrank und doch lebens-tüchtig“, 3. Aufl., 64 Seiten, zahlreiche Tabellen und Tafeln, kartoniert, 4.40 DM. Verlag Kirchheim & Co. GmbH, Mainz.

Wissen ist für den Diabetiker die halbe Gesundheit und gibt ihm das Gefühl der Sicherheit. Jeder noch so gute Behandlungsplan des Arztes ist zum Scheitern verurteilt, wenn der Patient nicht selbst genau über seine Krankheit, deren Behandlung und eventuelle Komplikationen informiert ist.

Diese Broschüre will dem Patienten das an Wissen vermitteln, was er unbedingt nötig hat, um „bedingt gesund“ zu sein, und sie will dem vielbeschäftigten Arzt die Mühe und den Zeitverlust des Belehrns in der Sprechstunde abnehmen. Das Alltägliche seiner Krankheit soll der Diabetiker selbst beherrschen, bei allen Komplikationen muß er seinen Arzt befragen.



KREWEL-WERKE  
Eitorf b. Köln

# MEDIMENT

Mildes Hautreizliniment

**KONGRESSE UND FORTBILDUNG****Das Regensburger Kollegium für Ärztliche Fortbildung**

veranstaltet vom 19. bis 22. Mai 1966 im Auftrage der Bayerischen Landesärztekammer  
den 36. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg — Kursleitung: Professor Dr. Dietrich Jahn, Nürnberg

Donnerstag, den 19. Mai 1966

20.00 Uhr

im Reichssaal des Alten Rathauses

**Festvortrag:**

Prof. Dr. Dr. h. c. Eduard Schweizer, D. D. Rektor der Universität Zürich

„Die Leiblichkeit des Menschen in Leben und Tod“

Freitag, den 20. Mai 1966

**1. Hauptthema:**

**Koronarinsuffizienz**

Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.30 Uhr:

Begrüßung

9.30—10.00 Uhr:

Prof. Dr. H. J. Bretschneider, Lehrstuhl für Experimentelle Chirurgie der Universität Köln

„Aktuelle Probleme der Koronardurchblutung und des Myokardstoffwechsels“

10.00—10.40 Uhr:

Prof. Dr. K. Greef, Direktor des Pharmakologischen Institutes der Medizinischen Akademie Düsseldorf

„Neue pharmakologische Aspekte zur Behandlung der Koronarinsuffizienz“

10.40—11.10 Uhr:

Pause — Eröffnung der Ausstellung

11.10—11.40 Uhr:

Prof. Dr. E. Uehlinger, Direktor des Pathologischen Institutes der Universität Kantonsspital Zürich

„Morphologische Befunde bei Koronarerkrankungen als Grundlage einer Differentialdiagnose“

11.40—12.10 Uhr:

Prof. Dr. P. Schölmerich, Direktor der II. Medizinischen Universitätsklinik und Poliklinik Mainz

„Fortschritte in der Differentialdiagnose bei Koronarerkrankungen“

12.10—14.40 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

14.40—15.00 Uhr:

**Wissenschaftlicher Film**

(Farbtonfilm — C. H. Boehringer Sohn)

„Die Gefäße der Herzwand“

Wissenschaftliche Leitung: Prof. Dr. A. Puff, Freiburg

15.00—15.40 Uhr:

Prof. Dr. M. Holzmann, Universität Zürich

„Klinik, Verlaufsformen und Prognose der Koronarinsuffizienz“

15.40—16.00 Uhr:

Dr. P. Lichtlen, Oberassistent an der Medizinischen Klinik Kantonsspital Zürich

„Möglichkeiten und Grenzen der Koronarographie“

16.00—16.30 Uhr:

Dr. S. Heyden, Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich

„Die Epidemiologie der Koronarerkrankungen in ihrer Bedeutung für die Praxis“

16.30—17.00 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

17.00—17.30 Uhr:

Prof. Dr. L. Delius, Direktor des Gollwitzer-Meier-Institutes an der Universität Münster

„Rehabilitation, Beurteilung und Führung der chronisch Koronarkranken“

17.30—17.40 Uhr:

Kurze Pause

(Anfragen zum Tagesthema werden im Verlauf des Tischgesprächs beantwortet.)

17.40—18.45 Uhr:

**Round-Table**

„Die Therapie bei Koronarerkrankungen“

Gesprächsleitung: Prof. Dr. M. Holzmann, Universität Zürich, unter Beteiligung der Referenten des Tages

Samstag, den 21. Mai 1966

**2. Hauptthema:**

**Hepatopathien**

Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.30 Uhr:

Prof. Dr. W. Wepler, Leiter des Pathologisch-Bakteriologischen Institutes am Stadtkrankenhaus Kassel

„Die morphologische Diagnose der Hepatitis und ihre Abgrenzungen“

Wenn's um Geld geht

**SPARKASSE**



... auch beim bargeldlosen Zahlungsverkehr über Ihr Girokonto

9.30—10.00 Uhr:

Prof. Dr. W. Lang, Oberarzt an der 1. Medizinischen Universitätsklinik München

„Möglichkeiten und Grenzen der Leberdiagnostik in der Praxis“

10.00—10.40 Uhr:

Prof. Dr. N. G. Markoff, Chefarzt der Medizinischen Abteilung des Rätischen Kantons- und Regionalspitals Chur

„Klinik, Differentialdiagnose und Therapie der akuten Hepatitis“

10.40—11.10 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

11.10—11.50 Uhr:

Dr. M. Schmid, Oberarzt an der Medizinischen Universitätsklinik Kantonsspital Zürich

„Beurteilung, Klassifizierung und Behandlung der chronischen Hepatitis“

11.50—12.20 Uhr: Priv.-Doz. Dr. W. Döller, Medizinische Klinik der Universität Marburg

„Beurteilung und Behandlung der kompensierten und dekompenzierten Leberzirrhose“

12.20—14.15 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

14.15—15.00 Uhr:

Wissenschaftlicher Film

(Farbtonfilm — Sanol-Arzneimittel Dr. Schwarz GmbH, Monheim)

„Der Herzanfall in der Praxis“

Wissenschaftliche Leitung: Chefarzt Dr. Jürgen Schmidt-Voigt, Eppstein/Ts.

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. Vorlaender, Medizinische Universitätsklinik für Innere und Nervenkrankheiten, Bonn

„Die Bedeutung immunologischer Vorgänge bei der Hepatitis für Prognose und Therapie“

15.30—16.00 Uhr:

Prof. Dr. G. A. Martini, Direktor der Medizinischen Klinik der Universität Marburg

„Arzneimittelschäden der Leber — Klinik und Therapie“

16.00—16.30 Uhr:

Priv.-Doz. Dr. E. Wildhirt, Chefarzt der Medizinischen Klinik I des Stadtkrankenhauses Kassel

„Aktuelle Probleme der Fettleber in Theorie und Praxis“

16.30—17.00 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

17.00—17.30 Uhr:

Prof. Dr. F. Stelzner, lfd. Oberarzt an der Chirurgischen Universitätsklinik und Poliklinik des Universitätskrankenhauses Hamburg-Eppendorf

„Indikationen und Erfolge der Shuntoperation bei portalem Hochdruck“

17.30—18.00 Uhr:

Prof. Dr. H. W. Hotz, Spezialarzt für Innere Medizin FMH, Luzern

„Bluttransfusion und Virushepatitis“

Anschließend Diskussion und Beantwortung der eingegangenen Fragen zum Thema des Tages.

Sonntag, den 22. Mai 1966

3. Hauptthema:

Arbeitsunfähigkeit, Rekonvaleszenz und Erholung

Vortragssaal: Stadttheater

9.00—9.40 Uhr:

Prof. Dr. H. Bürger-Prinz, Direktor der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Hamburg

„Das Erlebnissfeld des Kranken und der objektive Befund“

9.40—10.20 Uhr:

Prof. Dr. R. Schoen, Rektor der Medizinischen Hochschule Hannover

„Individuelle Beurteilung als Grundlage von Diagnose und Therapie“

10.20—10.50 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

10.50—11.20 Uhr:

Dr. E. A. Franke, Medizinaldirektor des Niedersächsischen Landeskrankenhauses Königslutter

„Altern und Arbeitsunfähigkeit als ärztliche Probleme unseres Sozialstaates“

11.20—11.50 Uhr:

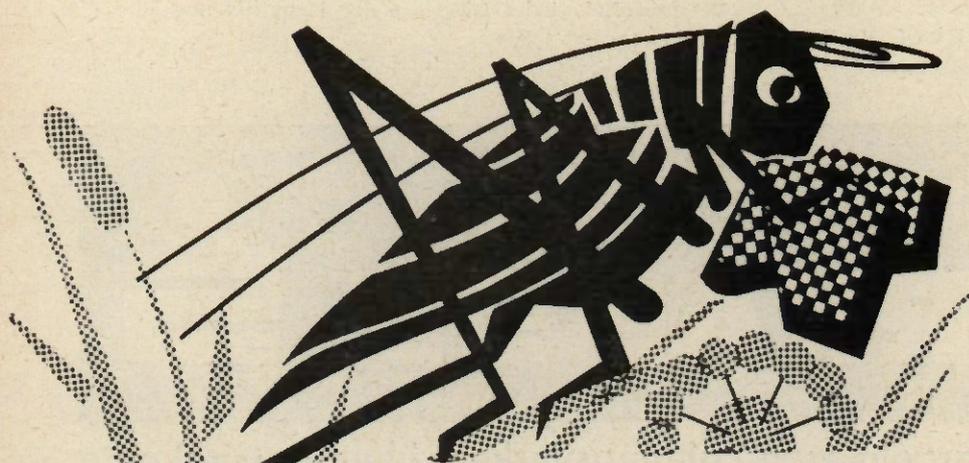
Prof. Dr. J. Nöcker, Chefarzt der Medizinischen Klinik im Städtischen Krankenhaus Leverkusen

„Erhaltung und Grenzen der Arbeitsfähigkeit Stoffwechselkranker“

11.50—12.20 Uhr:

Prof. Dr. G. Hildebrandt, Physiologisches Institut der Universität, Abteilung für Arbeitsphysiologie und Rehabilitationsforschung, Marburg

„Rekonvaleszenz und Erholung als therapeutisches Problem“



Bei Heuschnupfen

**Prosplen**

Biologisches Antiallergikum

O.-P. 25 Dragées  
O.-P. 100 Dragées  
O.-P. 10 ccm Tropfen



IFAH GMBH · HAMBURG

# Ein Gehirn hungert

wenn seine organspezifischen Leistungen schlechter werden, sich in der Kindheit ungenügend entfalten oder infolge einer Schädigung abrupt absinken. Es hungert bei cerebralen Alterungsprozessen, frühkindlicher Hirnschädigung und ihren Folgen, bei Commotio, Contusio und im apoplektischen Insult, im Zustand der Intoxikation, der Überforderung und Erschöpfung.

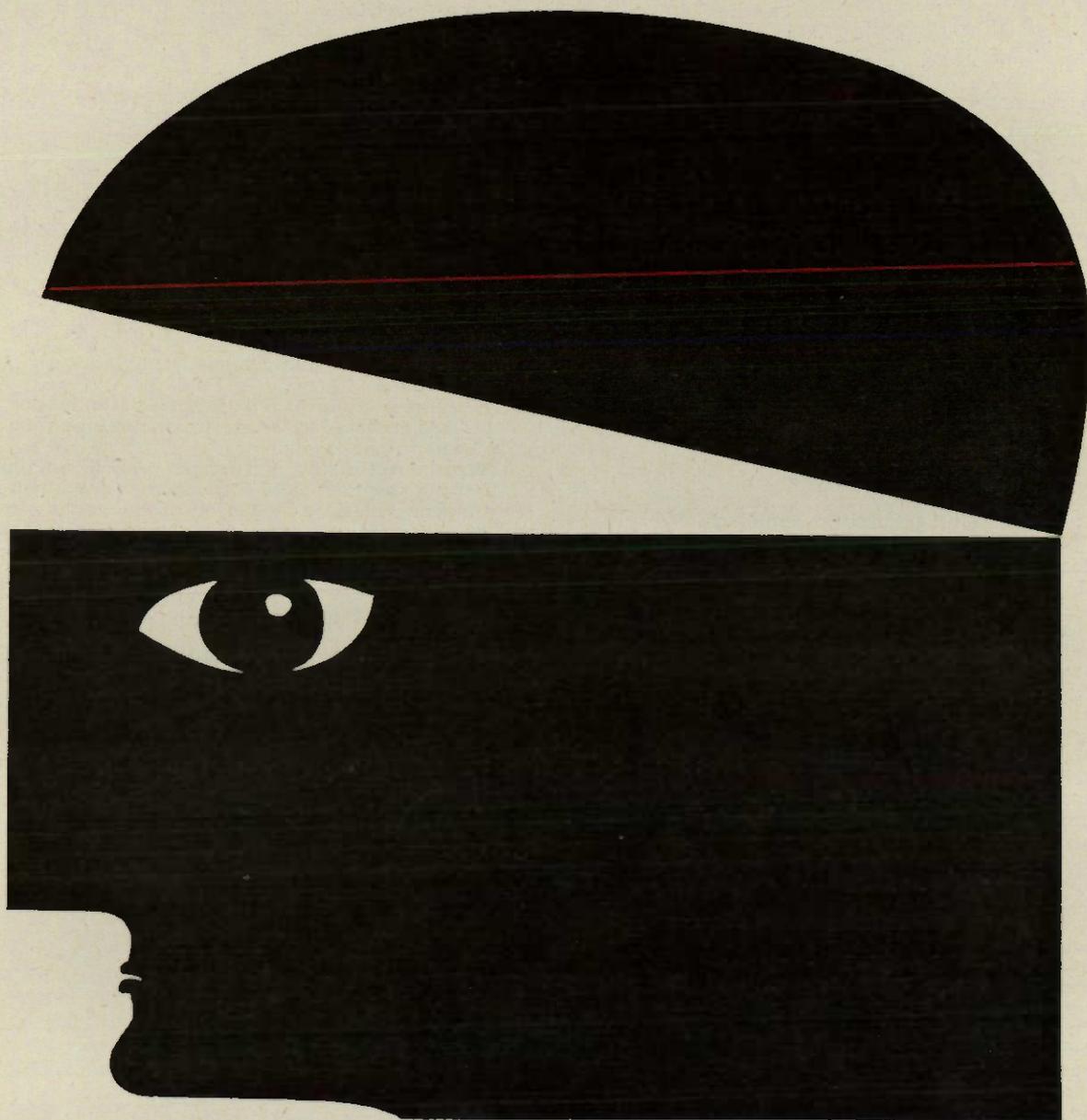
Man hat bekanntlich und bis in unsere Tage diese Zustände ursächlich auf eine cerebrale Durchblutungsnot bezogen. Die

Erkenntnis, daß diese Auffassung nicht zutrifft, ist zwar noch relativ neu aber hinreichend gesichert. Gefäßerweiternde Stoffe bewirken direkt keine Steigerung der Hirndurchblutung, da diese einer autonomen Steuerung untersteht. Vielmehr ist die Ursache der oben erwähnten klinischen Krankheitsbilder ein echter Hungerzustand: Das Gehirn leidet Mangel an seinem einzigen Energieträger, der Glukose (obwohl sie ihm im Blut in der Regel im Überfluß angeboten wird), weil entweder die spezifische Funktion des Glukosetransportes durch die Barriere der Bluthirnschranke hindurch gestört ist oder direkt der energiebringende Prozeß der Glukoseverbrennung in den Hirnzellen. Die zwangsläufige Folge dieser Stoffwechselhemmung ist eine Hypoxie.

Daß HELFERGIN diese Stoffwechselstörung im Gehirn entscheidend beeinflußt, daß es den Transport der Glukose in das Gehirn und ihre Verwertung in der Zelle wieder normalisiert und die Hirnzelle durch Steigerung der anoxydativen Glykolyse vor den Folgen der Sauerstoffnot schützt, haben QUADBECK u. a. Autoren in mehreren Versuchen in der Unterdruckkammer, mit Stickstoffbeatmung und durch experimentelle Cyankalivergiftung überzeugend nachgewiesen.

Man verwendet HELFERGIN-Ampullen zu 250 mg zur Beseitigung eines akuten Notstandes oder Dragées à 200 bzw. 100 mg (Kinder) für die perorale Therapie. Als Auxinderivat ist HELFERGIN auch in extrem hohen Dosen praktisch frei von Toxizität.

**Helfergin®** beseitigt das Energiedefizit des hungernden Gehirns bei den verschiedenen Formen cerebraler Insuffizienz.



HELFBERG AG 4049 WEVELINGHOVEN (RHLD)



12.20—14.30 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

14.30—15.00 Uhr:

#### Wissenschaftlicher Film

(Farbtonfilm — Sandoz AG., Nürnberg)

#### „Wahrnehmung und Phantasie“

Autoren: Dr. C. Leroy, Dr. T. Lemphèrièrè,  
Dr. R. Angiboust und Dr. A. Roussel

15.00—15.30 Uhr:

Prof. Dr. A. Pierach, Chefarzt des Konitzkystiftes,  
Bad Nauheim

#### „Die Rekonvaleszenz des Kreislaufkranken — Indikation und Erfolge von Kuraufenthalten“

15.30—16.00 Uhr:

Prof. Dr. F. J. M. Winzenried, Oberarzt an der  
Psychiatrischen und Nervenambulanz der Universität  
Hamburg

#### „Aktuelle Fragen verzögerter Rekonvaleszenz nach Operationen und Wochenbett“

16.00—16.30 Uhr:

Pause — Besuch der Ausstellung

16.30—17.00 Uhr:

Dr. K. Dörner, Berlin

#### „Arbeit und Arbeitsunfähigkeit in medizinsoziologi- scher Sicht“

Anschließend Diskussion und Beantwortung der ein-  
gegangenen Fragen zum Thema des Tages.

Auskunft: Sekretariat für Ärztliche Fortbildung, 84 Re-  
gensburg, Altes Rathaus.

## 16. Lindauer Psychotherapiewache

Die Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psycho-  
therapie lädt ein zu einem Symposium über psycho-  
therapeutische Weiterbildung, am Samstag, den 23.,  
und Sonntag, den 24. April 1966, in Lindau (B).

Das Symposium verfolgt das Ziel, eine Übersicht über  
die Möglichkeiten der psychotherapeutischen Weiter-  
bildung zu gewinnen und einen intensiven Erfahrungs-  
austausch anzuregen über die Gebiete der Vermittlung  
psychotherapeutischer Grundkenntnisse und der psy-  
chotherapeutischen Weiterbildung, soweit jeder Arzt  
davon erreicht werden kann.

Auskünfte erteilt das Sekretariat für das Symposium  
über psychotherapeutische Weiterbildung, Dr. med. H.  
Stolze, 6 München 27, Adalbert-Stifter-Straße 31.

## Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft Medizinisch-technischer Assistentinnen e. V.

Vom 13. bis 15. Mai 1966 kommt in München ein Fort-  
bildungskurs der Deutschen Gesellschaft Medizinisch-  
technischer Assistentinnen e. V., unter der ärztlichen  
Leitung von ORMR a. D. Dr. Th. Pucher, zur Durch-  
führung.

Anmeldungen nur an Frau I. M. Kiefl, Dermato-  
logische Universitätsklinik, 8 München 15, Frauenlob-  
straße 9.

# IV. Internationaler Kongreß für Infektionskrankheiten

vom 26. bis 30. April 1966 in München

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

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

Tagungsort ist die Kongreßhalle des Messegeländes  
in München.

### Wissenschaftliches Programm

Folgende Hauptthemen wurden ausgewählt:

#### 1. Aktuelle Infektionskrankheiten

Die Virushepatitis:

Virologie, Serologie und Epidemiologie

Klinik und Therapie

Prophylaxe der Virushepatitis und ihre Bedeutung  
für die Bluttransfusion

Die Röteln:

Das Röteln-Virus und die spezifische Prophylaxe  
rötelnbedingter Mißbildungen

Der respiratorische Virusinfekt:

Virologie und Epidemiologie

Klinik

#### 2. Der chronische Infekt

Bakteriologische Probleme:

Persistenz

Resistenz

Klinische und immunologische Probleme

Agammaglobulinämie

Chronische Bronchitis und Folgeerscheinungen:

Pathologische Grundlagen der chronischen Bronchitis

Bakteriologie

Cytologische und histochemische Diagnostik

Klinik

Chronische Pneumonie und Folgen

Die chronischen Erkrankungen und Folgeerschein-  
ungen in chirurgischer Sicht

Therapie

Die chronische Pyelonephritis:

Pathologische Grundlagen

Diagnostik

Klinik: Säugling

Schwangerschaft

Innere Medizin

Pyelonephritis und Diabetes

Therapie und Prophylaxe

#### 3. Chemotherapie und Chemoprophylaxe der Virus- infektionen

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

Virusinhibitorische Wirkungen von Guanidin und  
Benzimidazolen bei Enterovirusinfektionen und  
Influenzavirusinfektionen

Viruschemoprophylaxe mit Thiosemicarbazonderi-  
vaten

Viruschemotherapie mit Inhibitoren der DNS-Syn-  
these (Joddesoxyuridin, Arabinoside)

Die Rolle des Interferons in der Abwehr von Virus-  
infektionen

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

Genetische Faktoren bei der Antikörperbildung

Die Rolle des Komplements

Die Rolle der Phagozytose

Das intrazelluläre Schicksal von Antigenen

Das Problem der Antigenität

Virus-Wirtsbeziehungen und die Rolle von Interferon

Tierparasiten

Maligne Transformation durch Infektion

Epidemiologische Aspekte

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

Anmeldungen zu diesem Kongreß werden erbeten an  
Herrn Professor Dr. G. HOFFMANN, Generalsekretär  
des IV. Internationalen Kongresses für Infektionskrank-  
heiten, Medizinische Univ.-Klinik, 76 Freiburg/Br.,  
Hugstetter Straße 55.

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

## Neurologischer Fortbildungskurs in Würzburg am 6./7. Mai 1966

### Tagungsort:

Großer Hörsaal der Medizinischen Universitätsklinik,  
Bau 4, Luitpoldkrankenhaus

Freitag, den 6. 5. 1966

9.00 Uhr

Prof. Schaltenbrand:

### Begrüßung

9.15 Uhr

Prof. Wahren:

„Steuerung des Endokriniums durch Zwischenhirn und Hypophyse“

9.50 Uhr

Doz. Nadjmi und Doz. Börner:

„Indikationsstellung über die gezielte Hypophysenimplantation von Yttrium 90“, Technik des Verfahrens

10.15 Uhr

Prof. Gerlach und Prof. Jensen:

„Möglichkeit der operativen Behandlung intrazerebrale Blutungen“

11.20 Uhr

Prof. Bammer:

„Epidemiologie der Multiplen Sklerose“

11.45 Uhr

Prof. Schaltenbrand und Dr. Müller:

„Epidemiologie und Klinik der durch Arthropoden übertragenen Infektionen des Nervensystems“

12.35 Uhr

Doz. Hopf:

„Nachbehandlung peripherer Lähmungen“

15.00 Uhr

Prof. Scheiler:

„Zur Anthropologie des Stirnhirnsyndroms“

15.45 Uhr

Prof. Broser:

„Die moderne Behandlung epileptischer Anfälle“

16.50 Uhr

Prof. Schaltenbrand:

„Technik und Indikation der stereotaktischen Methoden“

Samstag, den 7. 5. 1966

9.00 Uhr

Dr. Henn:

„Fetteinboile des Hirns und hämorrhagische Pseudoenzephalitis“

9.30 Uhr

Doz. Börner und Doz. Nadjmi:

„Die Bedeutung des Hirnzintigrams in der neuroradiologischen Diagnostik“

9.50 Uhr

Prof. Hufschmidt:

„Myographische Befunde bei zentralen Tonusstörungen“

10.10 Uhr

Doz. Hopf:

„Myographischer Befund bei peripheren Nervenschäden“

10.30 Uhr

Prof. Bammer:

„Neue Liquoruntersuchungsmethoden“

11.00—13.00 Uhr:

Klinische Demonstrationen und Führung durch die Laboratorien der Neurologischen Universitätsklinik

15.00 bis gegen 18.00 Uhr:

Wissenschaftliche Sitzung mit Kurzvorträgen (das Programm wird zum Zeitpunkt der Tagung aufgelegt)

Aufgefordert: W. Bartsch, H. Becker, M. Holler, R. Heene, G. Jacobi, W. Kahle, W. van Rey, H. Solcher, F. Schwind, H. Wolff.

Anmeldungen bis 30. April 1966 an das Sekretariat der Neurologischen Universitätsklinik, 87 Würzburg, Luitpoldkrankenhaus

## 12. Jahreskongreß für Laboratoriumsmedizin vom 4. bis 8. Mai 1966 in Bad Kissingen

### Vortragsprogramm:

Funktionsdiagnostik Magen — Darm

Varia

Organisatorische Probleme im Laboratorium

Fluormetrie

Methoden und Ergebnisse der klinischen Immunologie

Sondervorträge für medizinisch-technische

Assistentinnen

Entwicklung und Wandlung der medizinischen

Laboratoriumsdiagnostik

### Praktische Laboratoriumsmedizin

Mikrolitermethoden

Methoden der Dünnschicht-Chromatographie

Methoden der Immunelektrophorese

Große Demonstration der neuesten Geräte, Apparaturen,

Chemikalien, Reagenzien und Zubehör für die

Laboratoriumsdiagnostik

Auskunft: Dr. med. Wolfgang Albat, 87 Würzburg, Katharinengasse 3

## Frühjahrstagung der Bayer. Röntgengesellschaft am 11. und 12. Juni 1966 in Erlangen

Die Bayerische Röntgengesellschaft hält vom 11. bis 12. Juni 1966 ihre Frühjahrstagung in Erlangen (Hörsaal der Chirurgischen Klinik) ab.

### Hauptthemen:

Hiatushernien

Neuere injizierbare Röntgenkontrastmittel

Strahlenbehandlung intrathorakaler Tumoren

1. Ösophaguskarzinom

2. Bronchialkarzinom

Auskunft: Professor Dr. W. Frik, 852 Erlangen, Krankenhausstraße 12

# KAMAVÉR

Chloramphenicol

Fabrik pharm. Präparate  
Karl Engelhard - Frankfurt a. M.  
gegr. 1872



zur preisgünstigen  
Verordnungsweise

SUPPOSITORIIEN 100 mg

SUPPOSITORIIEN 250 mg

ORAGEES 250 mg

NEU KAPSELN 250 mg

mit Vitamin-B-Komplex

H-SALBE

mit Prednison

## Ärztliche Fortbildung im Chiemgau

### „Fortbildung vor der Tür des Praktischen Arztes“

7./8. 5.: „Klinisches Wochenende“ in Salzburg, gemeinsam mit dem Ärzte-Verein Salzburg. Themen-Vorschlag durch den Ärzte-Verein Salzburg: „Die Blutung“. Gegenvorschlag der „Ärztlichen Fortbildung im Chiemgau“: „Der Schmerz als Warnsignal“

15. 8.: „Pyelonephritis“

13. 7.: „Diabetes-Probleme“

14. 9.: „Prophylaxe und Therapie der Erkältungskrankheiten“

8./9. 10.: „Klinisches Wochenende“ in Bad Reichenhall  
Programm-Entwurf: „Herzinsuffizienz“

#### Vortragsfolge:

Samstag, Vormittag: Begrüßung

Hempe, Malnz:

„Pathologische Anatomie: Morphologie und Funktionsstörung bei Herzinsuffizienz“

Hegglin, Zürich:

„Energetisch-haemodynamische Herzinsuffizienz“

Schlert, München und Hirsch, Traunstein:

„Praktische Diagnostik ohne Hilfsmittel bei Herzinsuffizienz“

Halhuber, Innsbruck:

„Klinische Diagnostik bei Herzinsuffizienz“

Reindell:

„Altersherzinsuffizienz“

Nachmittag:

Schmengler:

„Prophylaxe / Rehabilitation bei Herzinsuffizienz“

Blumenberger:

„Grundsätzliches zur Pharmodynamik bei Herzinsuffizienz“

Blömer:

„Therapiefehler bei Herzinsuffizienz“

Sonntag, 9.30—11.30 Uhr:

Diskussion zu den Themen des Vortages

23. 11.: „Diagnostik und Therapie der peripheren Durchblutungsstörungen“

Auskunft: Sekretariat Ärztliche Fortbildung im Chiemgau, Dr. med. H. Matuszkyk, 821 Prien am Chiemsee, Rathausstraße 9.

## Audioiogischer Kurs in Erlangen

An der Universitäts-HNO-Klinik in Erlangen wird vom 6. bis 8. Mai 1966 der zweite audioiogische Kurs durchgeführt. Beginn am 6. Mai um 17 Uhr.  
Unkostenbeitrag 60.— DM.

Teilnahmemeldungen werden bis Montag, den 18. 6. 1966, erbeten an Prof. Dr. G. Theissing, 852 Erlangen, Bohlenplatz 19.

## 43. Tagung der Bayerischen Chirurgen

Die diesjährige 43. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung findet am Freitag, den 22., und Samstag, den 23. Juli 1966, in München im Hörsaal der Chirurgen-Universitätsklinik, Nußbaumstraße 20, statt.

Für die Tagung sind folgende Hauptthemen vorgesehen:

I. Probleme, entstanden aus der divergierenden Entwicklung der Chirurgie und Anästhesie und aus den neueren Erkenntnissen der Schockbehandlung

1. Die Anästhesie am kleinen Krankenhaus

2. Intensivbehandlungs-Station

3. Die Traumatologie der Bauchhöhle

II. Die großen Blutungen des Magen-Darm-Kanals

III. Handchirurgie

IV. Knochentumoren

V. Hiatushernien

Vorträge und Diskussionen zu den oben genannten Themen bitte ich mit Angabe der gewünschten Redezeit und einer kurzen Inhaltsangabe bis zum 20. Mai 1966 anzumelden.

Der Vorsitzende für das Jahr 1966:

Professor Dr. K. Denecke

851 Fürth in Bayern, Städtisches Krankenhaus  
Jakob-Henle-Straße 1

## III. Münchner Kurs für Arbeitsmedizin

Weiterbildung für die Zusatzbezeichnung  
„Arbeitsmedizin“

vom 26. September bis zum 22. Oktober 1966

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

#### Thematik:

Erkrankungen des Auges durch Benzochinon und durch Wärmestrahlung

Erkrankungen durch Nitro- und Aminverbindungen des Benzols oder seiner Homologen oder deren Abkömmlinge

Erkrankungen durch Chrom, Kadmium, Mangan,

Thallium und Vanadium und ihre Verbindungen

Erkrankungen durch Salpetersäureester

Erkrankungen der Lunge durch Asbeststaub und durch Thomasmehl

Wurmkrankheit der Bergleute

Augenzittern der Bergleute

Tropenkrankheiten, Fleckfieber, Skorbit

Ermüdung, Monotonie, Arbeitsrhythmus, Pausen

Schädliche Gase, Dämpfe, Stäube, Höchstkonzentrationen

Impfungen und Immunisierungen

Umschulung und Rehabilitations-Maßnahmen

Elektrischer Unfall und Erste Hilfe im Betrieb

Mutterschutz im Betrieb

Berufskrebse

Allgemeine Hygiene im Betrieb

Versicherungsmedizin, sozialmedizinische Fragen

sowie andere Themen aus der Arbeitsphysiologie

Arbeitspathologie und Arbeitspsychologie

Die ärztliche Schweigepflicht im werksärztlichen Dienst.

Mit dem Kurs sind zahlreiche Betriebsbesichtigungen verbunden. Der Kurs berücksichtigt den Beschluß des 68. Deutschen und 18. Bayerischen Ärztetages über die Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“.

Kursgebühr wird nicht erhoben.

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

### Nächster Kurs für Laborhelferinnen

Der nächste von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Kurs für Laborhelferinnen wird voraussichtlich im Herbst 1966 wieder an den Städtischen Krankenanstalten in Nürnberg stattfinden.

Voraussetzung zur Teilnahme ist eine mindestens 3jährige Tätigkeit im Laborbereich.

Anmeldungen sind an die Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, zu richten.

## 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.

- 1. Mai 1966:**
- 1.—21. 5. in **Bad Wörishofen**: 25. Ärztlicher Fortbildungslehrgang des Kneippärztebundes e. V. (Thema: *Moderne Kneipp- und Allgemeinthherapie in Propylaxe und Rehabilitation*). Auskunft: Kneippärztebund e. V., Verbandsdirektor F. W. Kathol, 8937 Bad Wörishofen.
- 2.—6. 5. in **Neuherberg**: Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs). Auskunft: Dr. R. Wittenzeilner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg, Ingoistädter Landstraße 1.
- 4.—8. 5. in **Bad Kissingen**: Kongreß für Laboratoriumsmedizin. Auskunft: Dr. med. W. Aibath, 8700 Würzburg, Catharinengasse 3.
- 5.—8. 5. in **Coburg**: Kongreß der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Krankenhausapotheker. Auskunft: Apothekendirektor Dr. Detter, 8 München 8, Ismaninger Straße 22.
- 6.—7. 5. in **Basel**: Jahreskongreß der Schweizer Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. H. U. Buff, Direktor der chirurgischen Universitätsklinik B, Giorlastraße 29, CH-8006 Zürich.
- 6.—7. 5. in **Würzburg**: Neurologischer Fortbildungskurs. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. Bammer, 87 Würzburg, Neurologische Klinik der Universität, Luitpoldkrankenhaus.
- 6.—8. 5. in **Erlangen**: 2. Audiologischer Kurs an der Univ.-HNO-Klinik. Auskunft: Prof. Dr. G. Theising, 852 Erlangen, Böhlenplatz 19.
- 7.—8. 5. in **Salzburg**: 3. Fortbildungstagung der Salzburger Ärztesgesellschaft (Thema: *„Der medizinische Fortschritt in der täglichen Praxis“*). Auskunft: Sekretariat der Salzburger Ärztesgesellschaft, Salzburg, Landeskrankenanstalten.
- 8.—21. 5. **Balneologische Studienreise zu den Kurorten der Tschechoslowakei**. Auskunft: Ärztliche Pressestelle für Baden-Württemberg, 7 Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.
- 9.—11. 5. in **Neuherberg**: Strahlenschutz-Ergänzungskurs. Auskunft: Dr. R. Wittenzeilner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg, Ingoistädter Landstraße 1.
- 11.—12. 5. in **Regensburg**: Bayerische Gynäkologentagung. Auskunft: Dr. Brandl, Chefarzt der Städtischen Frauenklinik, 845 Amberg.
- 12.—13. 5. in **Regensburg**: Fortbildungsveranstaltung für psychiatrisches Pflegepersonal. Auskunft: Med.-Dir. Dr. Maler, 84 Regensburg 9, Postfach 25.
- 13.—15. 5. in **Lausanne**: Tagung der Schweizer Gesellschaft für Innere Medizin gemeinsam mit den Gesellschaften für Hämatologie und Cardiology. Auskunft: Dr. W. Puiver, Kantonsspital, Luzern/Schweiz.
- 13.—15. 5. in **München**: Fortbildungskurs der Deutschen Gesellschaft Medizinisch-Technischer Assistentinnen e. V. Auskunft: Frau I. M. Kiefl, Dermatologische Universitäts-Klinik, 8 München 15, Frauenlobstraße 8.
- 13.—15. 5. in **Veiden/Wörthersee**: 18. Kärntner Arztreffen. Auskunft: Ärztekammer für Kärnten, Bahnhofstraße 22, Klagenfurt.
- 13.—18. 5. in **Esaen**: 69. Deutscher Ärztetag mit Filmfortbildungsprogramm. Auskunft: Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 14.—21. 5. in **Celle**: Ärztekurs für Homöopathie (Kurs B). Auskunft: Dr. med. Martin Stübler, 8900 Augsburg, Singerstraße 1.
- 18.—21. 5. in **Celle**: 119. Jahresversammlung des Deutschen Zentralvereins Homöopathischer Ärzte e. V. Auskunft: Dr. med. Max Tiedemann, 3100 Celle, Mühlenstraße 25.
- 19.—21. 5. in **Berlin**: 47. Deutscher Röntgenkongreß, ordentliche Tagung der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Radiologie, Strahlenbiologie und Nuklearmedizin e. V. Auskunft: Prof. Dr. med. Heinz Lossen, 6500 Mainz, Fischtorplatz 20/III.
- 19.—21. 5. in **Münster**: XI. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für die Ästhetische Medizin und ihre Grenzgebiete. Auskunft: Prof. Dr. K. Münch, 4400 Münster, Kardinal-von-Galen-Ring 10.
- 19.—22. 5. in **Bordeaux**: Kongreß der Französischen Gesellschaft für Gynäkologie. Auskunft: Dr. G. Fayolle, Secrétaire Général de la Société de Gynécologie, 23, Rue dea Martyra, Paris IX.
- 19.—22. 5. in **Regensburg**: 36. Fortbildungskurs des Regensburger Kollegiums. Auskunft: Sekretariat für Ärztliche Fortbildung, 84 Regensburg, Altes Rathaus.
- 19.—22. 5. in **Wildbad**: XXVII. Kongreß der Südwestdeutschen Gesellschaft für Tuberkulose und Lungenkrankheiten. Auskunft: Chefarzt Dr. D. Wentz, 6331 Waldhof-Elgershausen.
- 20.—21. 5. in **Wien**: Wiener Klinische Kolloquien. Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, Wien IX, Aiserstraße 4.
- 21.—22. 5. in **Karlsruhe**: Tagung der Süddeutschen Kinderärzte. Auskunft: Städt. Kinderklinik, 75 Karlsruhe, Karl-Wilhelm-Straße 1.
- 21.—27. 5. in **Venedig**: Internationales Symposium für physikalische Therapie und Balneologie. Auskunft: Generalsekretariat der Weltunion für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene, Plaristengasse 41, Wien VIII.
- 22.—26. 5. in **Saarbrücken**: Jahreshauptversammlung der Deutschen Gesellschaft der HNO-Ärzte. Auskunft: Prof. Dr. G. Eigler, 63 Gleßen, Universitäts-HNO-Klinik.
- 23.—25. 5. in **Frankfurt/Main**: 30. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Unfallheilkunde, Versicherungs-, Versorgungs- und Verkehrsmedizin e. V., 1 Berlin 19, Brixplatz 4.
- 23.—27. 5. in **Paris**: 2. Weltkongreß „Ärztliche Moral“. Anmeldung: Conseil National de l'Ordre des Méde-

**Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes**

- clins Secrétariat du Congrès — 60, boulevard Latour-Maubourg, Paris, 7e.
- 23.—28. 5. in Mailand: 2. Internationaler Kongreß für Steroidhormone. Auskunft: Dott. L. Martini, Istituto di Farmacologia, Via Andrea del Sarto 21, Milano.
- 28.5.—11.6. in Montecatini Terme: IV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Der rheumatische Formenkreis aus der Sicht der Praxis“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 27.5.—5. 6. Studienfahrten Deutscher Akademiker über Pfingsten: London—Oxford—Stratford—Cambridge; Paris und Loire-Schlösser; Rom und Umgebung. Auskunft: Studienfahrten Deutscher Akademiker Prof. Dr. Artur Kutscher, 8 München 13, Ainmillerstraße 25/II.
- 27.5.—11.6. in Grado: XIV. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Der rheumatische Formenkreis aus der Sicht der Praxis“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 28.5.—11.6. in Westerland/Sylt: 7. internationales Seminar für ärztliche Fortbildung. Auskunft: Dr. Bernhard Lingnau, 2 Hamburg 68, Bunsenkrogweg 14.
- 31.5.—2. 6. in Basel: 12. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Bluttransfusion (Thema: „Immunologische Grundlagen für Hämotherapie“, „Gezielte Hämotherapie“). Auskunft: Prof. Dr. Wülenegger, CH 4410 Liestal bei Basel, Kantospital.
- 31.5.—3. 6. in Würzburg: 14. Vortragsreihe der Deutschen Gesellschaft für Arzneipflanzenforschung e.V. Auskunft: Dr. R. Rangoonwala, 2 Hamburg 38, Bei den Kirchhöfen 14.
- Juni 1966:**
- 1.—5. 6. in Berlin: 15. Deutscher Kongreß für Ärztliche Fortbildung. Auskunft: Kongreßgesellschaft für Ärztliche Fortbildung e. V., 1 Berlin 41, Klingsorstraße 21.
- 2.—4. 6. in München: Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. Auskunft: Doz. Dr. Dr. H. Günther, Eppendorfer Krankenhaus, 2 Hamburg, Martinstraße 52.
- 2.—4. 6. in Würzburg: Symposium über „Probleme in der Verbütung von Viruserkrankungen“. Auskunft: Dr. C. Mletens, Universitäts-Kinderklinik 87 Würzburg.
- 2.—5. 6. in Wiesbaden: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie. Auskunft: Priv.-Doz. Nawrath, 65 Mainz, Universitäts-Zahnklinik.
- 2.—16. 6. in New York: I. Internationaler Kongreß „Rauchen und Gesundheit“. Auskunft: Air express GmbH, Abt. Kongreßreisen, 5 Köln-Deutz, Mindener Str. 2.
- 3.—5. 6. in Baden-Baden: 82. Wanderversammlung der Vereinigung Süddeutscher Neurologen und Psychiater. Vorsitzender: Prof. Dr. von Stockert, Frankfurt/Main. Auskunft: Frau Leo Müller, 757 Baden-Baden, Maria-Viktoria-Straße 33.
- 8.—16. 6. in Langoog/Nordsee: 13. Fortbildungskursus für praktische Medizin. Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, 3 Hannover 1, Postfach 307.
- 9.—11. 6. in Rinteln/Weser: 9. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Sexualforschung. Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Sexualforschung, Schriftführer Dr. Krause, 2 Hamburg 20, Martinstraße 52.
- 9.—12. 6. in Regensburg: Fertilitätstagung und Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Auskunft: Prof. Dr. R. Kaiser, I. Univ.-Frauenklinik, 8 München 15, Malstraße 11.
- 9.—12. 6. in Freudenstadt: Tagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für innere Medizin. Auskunft: Städt. Kurverwaltung, 729 Freudenstadt.
- 10.—11. 6. in Ulm: Tagung der Südwestdeutschen Gesellschaft für Urologie. Auskunft: Dr. med. Marquardt, 79 Ulm, Michelsberg, Urologische Klinik der Städt. Krankenanstalten.
- 10.—11. 8. in Veiden/Würthersee: 10. Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe. Auskunft: Univ.-Doz. Dr. J. Artner, 11. Univ.-Frauenklinik Wien, Spitalgasse 23, 1090 Wien.
- 10.—12. 6. in Lugano: Jahresversammlung der Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie und der Schweizerischen Gynäkologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. E. Rossi, Klinik für Kinderkrankheiten der Universität, Bern, Freiburgstraße 23.
- 10.—12. 6. in Wiesbaden: Tagung der Deutschen Gesellschaft für Akupunktur. Auskunft: Dr. med. Bachmann, 8 München 27, Possartstraße 33.
- 12.—16. 8. in Hannover: XIV. Weltkongreß f. Sportmedizin F. I. M. S. Auskunft: Generalsekretariat, 3 Hannover, Bölschestraße 2.
- 13.—15. 6. in Berlin: Fortbildungskursus. Thema: „Funktionelle Gesundheitsstörungen in der ambulanten und stationären Praxis“. Auskunft: Prof. Dr. D. Müller-Hegemann, X 114 Berlin-Biesdorf, Städt. Krankenhaus für Psychiatrie und Neurologie, Wuhlgarten.
- 13.—17. 6. in Neuherberg: Einführungskurs in den Strahlenschutz. Auskunft: Dr. R. Wittenzeller, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuherberg, Ingolstädter Landstraße 1.
- 13.—18. 6. in Westerland/Sylt: Diagnostik-Kurs der ärztlichen Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC). Erster Kurs von vier Kursen in manueller Therapie. Auskunft: Sekretariat der FAC, 47 Hamm/Westf., Ostenaallee 83, Klinik für manuelle Therapie.
- 14.—16. 6. in Trier: 16. Wissenschaftlicher Kongreß des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: Med.Dir. Dr. Kläü, 851 Fürth, Blumenstraße 22/0.
- 16.—22. 6. in Stockholm: V. Weltkongreß für Fertilität und Sterilität. Auskunft: Kongreßbüro Folket Hus, Barnhusgatan 14, Stockholm.
- 17.—18. 6. in Tübingen: Jahrestagung der Internationalen Liga gegen Epilepsie. Auskunft: Doz. Dr. R. Lempp, Leiter der Kinderpsychiatrischen Abteilung der Universitäts-Nervenklinik, 74 Tübingen.
- 18.—19. 6. in Helgoland: Kurs für Allergiediagnostik mit praktischen Übungen. Auskunft: Dr. V. Ruppert, 5 Köln, Schildergasse 111.
- 18.—19. 6. in Hennem/Sieg: Wochenendkurs zur Ausbildung und Fortbildung als Sportarzt. Auskunft: Dr. med. P. Schloemann, 509 Leverkusen-Aikenrath, Bernhard-Letterhaus-Straße 17.

#### Beilagenhinweise

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt:

Klinge, München 23  
 Dr. R. Reiss, Berlin  
 Schweizerische Unfallversicherung in Winterthur, München  
 Dr. F. Sasse, Berlin  
 Bobby-Plast GmbH, Landshut (Teilbeilage)  
 Karl Süß KG, München, (Teilbeilage)

„Bayerisches 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 vierteljährlich DM 2,40 einschl. Postzeitungsgebühren. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postcheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG., früher Verlag u. Anzeigenverwaltung Carl Gabler, 8 München 15, Postfach, Sonnenstr. 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23662, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigentel verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck Richard Pfäum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.

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