B 1611 E

1/1963

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

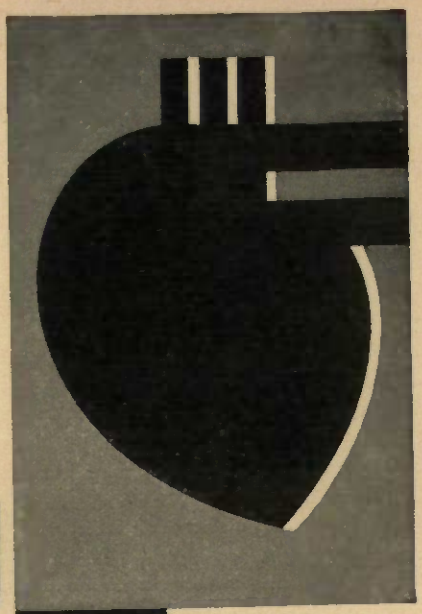
Nummer 1 | München, Januar 1963 | 18. Jahrgang

Wesentliche Senkung des Glykosidbedarfs
bei voller kompensatorischer Wirkung

Gefahrlose Digitalisierung
auch empfindlicher Herzen

Zur Dauertherapie
chronischer Herzinsuffizienzen

Rascher Wirkungseintritt



LANATACANTH®

Isol. krist. Reinglykos. A+B+C aus Digit. lanata in Vollauszug aus Crataegus oxyac.

Tropfflasche 20 ccm	DM 3,35
Tropfflasche 50 ccm	DM 6,95
25 Dragées	DM 1,85
50 Dragées	DM 2,95
5 Zäpfchen	DM 1,85
Anstaltspackung	

LINDOPHARM

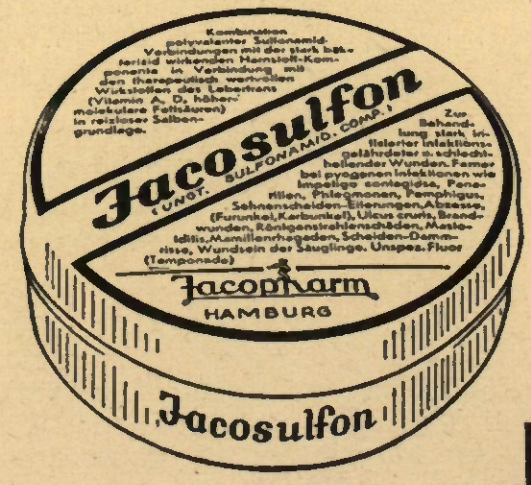
Muster und Literatur
auf Wunsch

LINDOPHARM KG HILDEN/RHLD

Die Sulfonamid-Harnstoff Kombinationstherapie mit

Jacosulfon

Jacosulfon
pulvis



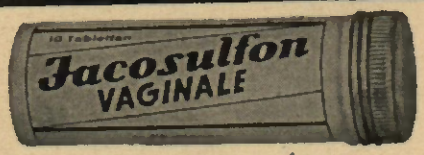
Jacosulfon
unguentum

Jacopharm
Hamburg-Schenefeld

Indikationen

Alle eitrigen Wunden und Verletzungen	Mundausschlag
Alle Pyodermien	Ulcus cruris
Impetigo contagiosa	Strophulus infantum
Ekzeme	Phlegmonen
Furunkel	Exantheme
Karbunkel	Abszesse
Infektionsprophylaxe	Balanitis errosiva
bei Verletzungen	Herpes
Brandwunden	Folliculitiden
Fissuren und Rhagaden	Akne vulgaris,
Röntgenstrahlenschäden	Akne necrotica
Pemphigus	Seborrhoisches Ekzem
Intertrigo	Neurodermitis
Wundsein der Säuglinge	Sykosis non parasitaria
Schweißdrüsenabszesse	Congelationen
Mastoiditis	Scheiden-Dammrisse
Mamillenrhagaden	Portioerosionen
Operationswunden	Unspez. Fluor (Vaginaltamponade)

Pilzerkrankungen der Haut
(Unguentum u. Pulvis im Wechsel)



Jacosulfon

Unspez. Fluor
Portioerosionen
vaginale
diff. Kalpitis
Vaginitis

sowie alle anderen entzündlichen und infektiösen Erkrankungen der Vaginalschleimhaut

AEQUITON®

-Schmerz-Tabletten
gegen Schmerzen aller Art
5-7 stündige Wirkungsdauer
(10, 20, 150 Tabl.)

EUSTAGMON®

-Grippe-Tabletten
(10, 20, 150 Tabl.)

NEO-PYOCYANASE®

-Liquidum
Bialogisches Desinfiziens,
Abschlucken ungefährlich
(15, 50 ml)

SUPPANGIN®

-Zäpfchen
Rektale Wismut-Therapie
nicht-diphtherischer Anginen
(je 3 Supp. f. Erw. und Kinder)
1-2 Zäpfchen genügen!

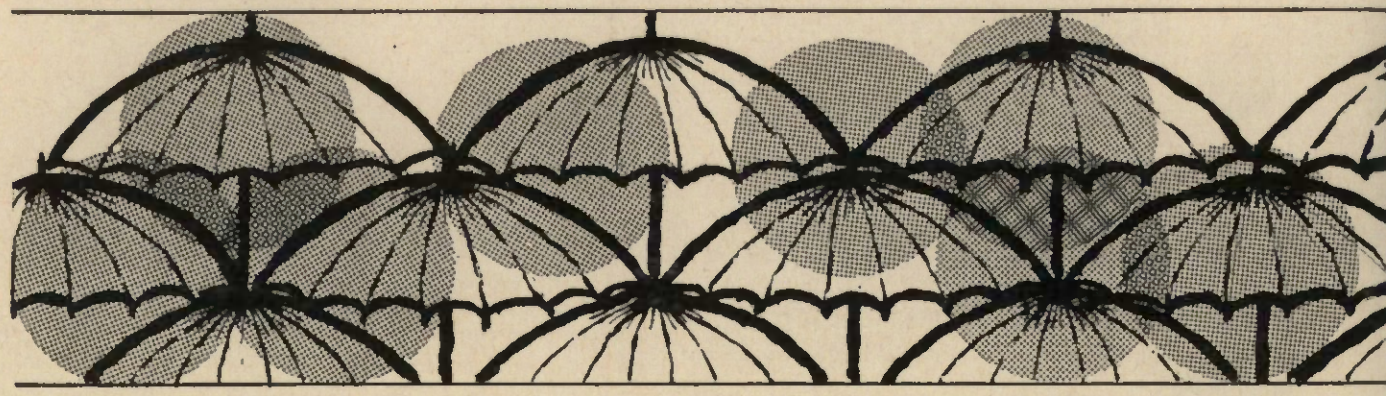
OTALGAN®

-Ohrentropfen
Otalgien, imperforierte
Otitis media acuta
(6, 12 g)

S M

SÜDMEDICA G. M. B. H. MÜNCHEN-25

ASTA-ARZNEIMITTEL



Gegen Grippe und fieberhafte Erkältungskrankheiten

QUADROCHIN® mit Vitamin C

10 und 20 Dragees · 6 Suppositorien
6 Supp. für Kinder (ab 3. Lebensjahr)

Analgetikum und Antipyretikum

QUADRONAL®

gegen Schmerzen aller Art

10 und 20 Tabletten · 6 Supp. für Erwachsene
6 Supp. für Kinder

Hochwirksames Expektorans

ASTAPECT®
ASTAPECT®-KODEIN

Flaschen zu 20 ml

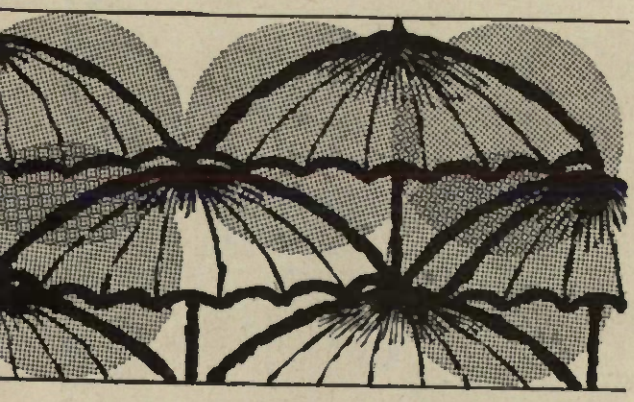
Zur spezifischen Grippeprophylaxe

INFLUENZA-IMPFSTOFF »ASTA«

monovalent polyvalent
Neuartiger, gut verträglicher Adsorbatimpfstoff.
1 Jahr anhaltende Schutzwirkung nach einmaliger Impfung

Packungen mit 1 Ampulle · Packungen mit 5 Ampullen
monovalent bzw. polyvalent

ASTA-WERKE AG · Chemische Fabrik · 4812 Brackwede (Westf.)



ASTA-ARZNEIMITTEL

zur Prophylaxe und Therapie bei Erkältungskrankheiten und Grippe

Inhaltsverzeichnis

Neuwahl der Vorstandschaft der Bayer. Landesärztekammer 5

Eyer: Grundlagen der Prophylaxe durch Schutzimpfungen bei Viruskrankheiten unter Einfluß der Rikettsiosen 6

Koelsch: Arbeitsmedizin — Sozialhygiene — Prophylaktische Medizin 13

ZUR DISKUSSION: „Über die Gefahren pseudowissenschaftlicher Untersuchungsmethoden pharmazeutischer Firmen in der Diabetes-Diagnostik“ 15

AUS DEM STANDESLEBEN 16
13. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg

AUS DER BUNDESPOLITIK 28
Eine weitere Ärztin im Bundestag — Freie Arztwahl im Bundesseuchengesetz — Schutzräume für Krankenhäuser — Krankenhaus-Pflegesätze

AUS DER LANDESPOLITIK 29
Sehtest für Führerscheinbewerber — Ärzte in den Bezirkstagen

FEUILLETON 33
Vescovi: Die Arztfrau

AMTLICHES 42
Berichtigung des Wahlergebnisses — Ausführungsbestimmungen zur Berufsordnung für die Ärzte Bayerns — Verschreibungspflicht für Arzneimittel — Krankenanstalten, Institute und medizinische Badeanstalten, die zur Aufnahme von Praktikanten (medizinisch-techn. Assistenten und Masseure) berechtigt sind — Gewährdauer von Impfstoffen und Seren

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN 50
Entscheidung des Bayer. Verfassungsgerichtshofes über die Kammerzugehörigkeit beamteter Ärzte

MITTEILUNGEN 59
Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern — Stellungnahme der deutschen Ärzteschaft zu den sozial- und gesundheitspolitischen Grundsatzfragen — Die Stellung der evangelischen Kirche im Krankenhaus — Deutsche Reifezeugnisse im Ausland — Neue Zugspitzseilbahn nichts für Kreislaufgefährdete

BUCHBESPRECHUNGEN 64
Deutscher Ärztekalender 1963 — Die hydrotherapeutischen technischen Einrichtungen

KONGRESSE UND FORTBILDUNG 65
Deutscher Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung — Deutsche Gesellschaft für Balneologie, Bioklimatologie und Physikalische Medizin — Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie — Internationaler Fortbildungskurs in Davos und Badgastein — Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin — Versuchs- und Ausbildungsstätte für Strahlenschutz, Neuherberg — Kongreßkalender

Wichtiger Hinweis 70
Richtigstellung

RABRO
Magentabletten
Ulcus ventriculi et duodeni · Gastritis
H · TROMMSDORFF · AACHEN · GEGR · 1797
TROMMSDORFF

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 1 | München, Januar 1963 | 18. Jahrgang

Neuwahl der Vorstandschaft der Bayerischen Landesärztekammer

Dr. Sewering erneut zum Präsidenten gewählt – Dr. Sondermann wieder Vizepräsident

Am 12. Januar 1963 traten die im November 1962 gewählten Delegierten des Bayerischen Ärztetages im Sitzungssaal des Bayer. Landtags zur Wahl der neuen Vorstandschaft zusammen. Nach Begrüßung der Delegierten durch den amtierenden Präsidenten Dr. Sewering übernahm als ältestes Mitglied der Vollversammlung Herr Dr. von Velasco, Regensburg, die Leitung der Sitzung. Die Delegierten traten nach einer Geschäftsordnungsdebatte mit Mehrheit der Auffassung des Bayer. Staatsministeriums des Innern bei, daß bei der Feststellung des Wahlergebnisses unverändert abgegebene Stimmzettel nicht mitgezählt werden. Desgleichen wurde mit Mehrheit beschlossen, die Wahlen ohne Aussprache über die vorgeschlagenen Kandidaten durchzuführen. Für die Wahl zum Präsidenten wurden der bisherige Präsident Dr. Sewering (Dachau) und Dr. Schmitt (München) vorgeschlagen.

Bei der geheimen schriftlichen Wahl entfielen von 157 abgegebenen gültigen Stimmen 114 auf Dr. SEWERING, 31 auf Dr. SCHMITT, 12 Stimmzettel enthielten verschiedene Namen.

Herr Dr. Sewering hatte damit die Mehrheit der abgegebenen Stimmen erhalten und war somit zum Präsidenten der Bayer. Landesärztekammer gewählt.

Er nahm mit einem Dank an die Delegierten für das ihm nun schon zum dritten Male entgegengebrachte Vertrauen die Wahl an und übernahm den Vorsitz der Versammlung.

Für die Wahl zum Vizepräsidenten wurden die Herren Dr. Sondermann, Dr. Dehler und Dr. Brentano-Hommeyer vorgeschlagen.

In der geheimen schriftlichen Wahl entfielen von 157 abgegebenen gültigen Stimmen 84 auf Herrn Dr. Sondermann, 38 auf Herrn Dr. Dehler, 34 auf Herrn Dr. Brentano-Hommeyer. Dr. Sondermann, der damit mehr als die Hälfte der Stimmen erhalten hatte, nahm die Wahl an.

Nach dem Ergebnis der anschließend durchgeführten Wahlen der Vorstandsmitglieder besteht der neue **VORSTAND DER BAYER. LANDESÄRZTEKAMMER**, gemäß Art. 13 des Kammergesetzes, aus folgenden Herren:

PRÄSIDENT: Dr. Hans J. Sewering,
Facharzt für Lungenkrankheiten, Dachau

VIZEPRÄSIDENT: Dr. Gustav Sondermann,
prakt. Arzt, Emskirchen (Neustadt/Aisch)

Dr. Walther Meider, prakt. Arzt, München; Dr. Otto Schloßer, Facharzt für innere Krankheiten, Rosenheim; Dr. Joachim Lössl, Facharzt für Röntgen- und Strahlenheilkunde, Landshut; Dr. Erwin Stetter, prakt. Arzt, Amberg; Dr. Armin Schleußner, prakt. Arzt, Wunsiedel; Dr. Dr. Helmut Wendelstein, Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Ansbach; Dr. Fritz Keller, Facharzt für Chirurgie, Aschaffenburg; Dr. Walter Aurnhammer, Chefarzt, Neuburg/Donau; Dr. Klaus Dehler, Oberarzt, Nürnberg; Dr. Heinrich Hauser, Assistenzarzt, München; Prof. Dr. Theodor Hellbrügge, Oberarzt, München; Priv.-Doz. Dr. Dietrich Vogt, Oberarzt, München.

Kraft Amtes gehören dem Vorstand als Vorsitzende der Ärztlichen Bezirksverbände folgende Ärzte an:

Für den Bezirksverband: Oberbayern: Dr. Josef Seidl, prakt. Arzt, Scheyern; München: Dr. Ludwig Schmitt, prakt. Arzt, München; Niederbayern: Dr. David Forchheimer, prakt. Arzt, Straubing; Oberpfalz: Dr. Ferdinand von Velasco, Facharzt für Kinderkrankheiten, Regensburg; Oberfranken: Dr. Bruno Hering, prakt. Arzt, Bayreuth; Mittelfranken: Dr. Ernst Bauer, Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten, Nürnberg; Unterfranken: Dr. Anton de l'Espine, Facharzt für Kieferorthopädie, Würzburg; Schwaben: Prof. Dr. Albert Schretzenmayr, Facharzt für Innere Krankheiten, Augsburg.

Folgende Ärzte wurden in die Ausschüsse gewählt:

Finanzausschuß: Dr. Allwein, München; Dr. Blömer, Kelheim; Dr. Aurnhammer, Neuburg/D.; Dr. Heisig, München; Dr. Peckert, Grafing.

Fortbildungsausschuß: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg; Dr. Baluschek, München; Dr. de l'Espine, Würzburg; Prof. Dr. Hellbrügge, München; Dr. Michel, Landshut; Dr. Mierlein, Olching; Dr. Puschmann, Lichtenfels; Dr. von Velasco, Regensburg; Dr. Wolf, Erlangen.

Hilfsausschuß: Dr. Aliwein, München; Dr. Doerfler, Weißenburg; Dr. Vierheilig, Würzburg, ORMR; Dr. Heß, Coburg; Dr. Peckert, Grafing; Dr. Kling, Augsburg; Dr. Müller-Platz, Frontenhausen; Dr. Treutinger, Neumarkt.

Aus dem Max-von-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Universität München
(Direktor Prof. Dr. Dr. Hermann Eyer)

Grundlagen der Prophylaxe durch Schutzimpfungen bei Viruskrankheiten unter Einschluß der Rickettsiosen*)

Von Prof. Dr. Dr. Hermann Eyer

Sie haben mich aufgefordert, über „Grundlagen der Prophylaxe durch Schutzimpfungen bei Viruskrankheiten unter Einschluß der Rickettsiosen" zu berichten und den besonderen Wunsch geäußert, daß dabei die zur Zeit in der allgemeinen Diskussion stehende Schutzimpfung gegen Poliomyelitis einen gewissen Akzent erhalte, die Pockenschutzimpfung aber ausgeklammert werde.

Wenn von „Schutzimpfungen" die Rede ist, dann sind darunter ganz allgemein Verfahren der aktiven Immunisierung zu verstehen, Eingriffe also, in deren Gefolge sich der Organismus auseinandersetzt entweder 1. mit vermehrungsfähigen, aber in ihrer Virulenz abgeschwächten Erregern, oder 2. mit vorsichtig abgetöteten, ursprünglich voiivirulenten Erregern, oder 3. mit Stoffen, die diese Erreger als Stoffwechselprodukte ausscheiden (z. B. Toxine), schließlich 4. mit Produkten, die aus der Leibessubstanz der Erreger (z. B. nach Autolyse) gewonnen werden können. — Es wird daher nicht zu berichten sein von passiven Immunisierungsverfahren mit Rekonvaleszenten- oder Immunseren, und auch nicht von der prophylaktischen Anwendung der Gamma-Globuline.

Viruskrankheiten und Rickettsiosen, die im gegebenen Zusammenhang Interesse beanspruchen können, sind die Poliomyelitis, die Lyssa, die Grippe, die Masern, die Röteln, der Mumps, die infektiöse Hepatitis, das Gelbfieber, die Coxsackie-, Adeno- und ECHO-Virusinfektionen, die virusbedingten Enzephalitiden sowie die diversen Fleckfiebererkrankungen und Ornithosen. Aus naheliegenden Gründen wird aber im folgenden nur gelegentlich die spezielle, ganz im Vordergrund dagegen die grundsätzliche Seite der Immunprophylaxe dieser durch Virus und Rickettsien bedingten Krankheiten behandelt werden.

Es ist ein Charakteristikum der ganz überwiegenden Mehrzahl aller virus- und rickettsienbedingten Erkrankungen, daß ihr Überstehen eine unverhältnismäßig solide Immunität zur Folge hat, einen Infektionsschutz von einem Ausmaß, der jenen nicht unwesentlich übertrifft, den wir nach abgelaufenen bakteriellen Infektionen zu beobachten pflegen. Aus diesem Sachverhalt läßt sich mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit der Schluß ziehen, daß ähnliche Güteunterschiede in der Immunität auch nach Schutzimpfungen zu erwarten sind, die mit Virus- bzw. Rickettsienantigenen einerseits, mit bakteriellen Antigenen andererseits durchgeführt werden.

Unter Immunität wird definitionsgemäß und im Gegensatz zur natürlichen Resistenz die erworbene Fähigkeit verstanden, neuerliche Kontakte mit den gleichen Antigenen, also mit Erregern oder ihren Bestandteilen mit einer mehr oder minder ausgesprochenen Neutralisation dieser Berührung zu beantworten. Das Ausmaß dieser Neutralisationskraft ebenso wie die Dauer der Fähigkeit zur Neutralisation sind von mehreren Umständen abhängig, im wesentlichen zwar von den Eigenschaften der verwendeten Antigene, aber nicht nur von diesen. Ob alle Bestandteile eines Erregers, in unserem Falle also eines Virusteilchens oder einer Rickettsie, in gleicher Weise für das Entstehen einer Infektionsfestigung oder einer klinischen Immunität, wie man diesen Zustand auch nennen könnte, erforderlich sind, ist nur zum Teil bekannt. Es spricht aber vieles dafür, daß es nicht die Gesamtheit aller mikrobiellen Körperbestandteile ist, deren es zur Entwicklung einer klinischen Immunität bedarf. So wissen wir, daß die im Zusammenhang mit einer Typhusinfektion oder auch Typhusschutzimpfung entstehenden Agglutinine zwar serologische Kennzeichen der Immunität sind, mit der klinischen Immunität aber nur am Rand etwas zu tun haben. Wir wissen ferner, daß es zur Entwicklung einer Diphtherie-Immunität lediglich des Diphtherie-Toxins bedarf, nicht aber des Diphtheriebakteriums in toto.

Die allgemeine, auf Erfahrungen des täglichen Lebens gegründete Meinung geht dahin, daß das Überstehen einer typisch manifestierten Infektion bzw. Infektionskrankheit ein Optimum an Immunität liefert, daß aber eine nur oberflächliche Berührung mit dem Erreger nicht oder nicht immer zu diesem Optimum führt. Ein Beispiel, das zeigt, daß eine auch ausgiebige Berührung mit einem pathogenen Keim in keinem Fall eine optimale, ja meist überhaupt keine Immunität herbeiführt, ist die Wundstarrkrampfinfektion. Es ist bekannt, daß jemand, der einen klinisch manifesten Tetanus überstanden hat — ein Ausgang, der bei Anwendung moderner Mittel nicht mehr so ganz selten beobachtet wird —, gegen eine spätere Infektion bzw. Intoxikation mit dem Tetanusgift keineswegs gefeit ist. Hätte man sich von dieser Erfahrung leiten lassen, dann wäre man höchstwahrscheinlich an der wissenschaftlichen Bearbeitung der aktiven Tetanus-Prophylaxe vorbeigegangen. Denn was die natürliche Infektion nicht leistet, wird man — zunächst jedenfalls — einer künstlichen Antigeneinverleibung kaum zutrauen.

Nun hat man sich aber nicht abhalten lassen, die Grundlagen einer aktiven Tetanusprophylaxe zu studieren, wobei man, wie bekannt, zu dem durch Formaldehyd völlig entgiftbaren Formoltoxoid gelangt ist, das entweder allein oder in Kombination mit z. B. Aluminiumhydroxyd eine antigene Wirksamkeit entfaltet, die weit über das hinausgeht, was nach natürlich überstandener Tetanusinfektion an Immunität zu gewinnen ist.

Derartige Beobachtungen wirken als starke Impulse und ermuntern auch in anderen, immunologisch ähnlich gelagerten Fällen zu einer genauen Analyse der durch Erfahrung erkannten Immunitätsverhältnisse; aber

*) Überarbeitet nach einem Vortrag am 13. 7. 1962 in Regensburg aus Anlaß der Landesversammlung des Bayer. Medizinalbeamtenvereins e. V.

näherliegend ist selbstverständlich der Versuch einer Prophylaxe bei all jenen Infektionen, deren Überstehen erfahrungsgemäß eine gute oder gar sehr gute Immunität hinterläßt. Nun liegen aber keineswegs immer die Immunitätsverhältnisse so einfach wie in dem schon aufgeführten Beispiel des Tetanus oder der immunologisch verwandten Diphtherie, wo ausschließlich antitoxische Immunitäten vorliegen, die zeigen, daß das Krankwerden an Wundstarrkrampf oder Diphtherie — nach allem, was wir wissen — nur durch die diesen Erregern eigentümlichen Ektotoxine ausgelöst wird.

Die Dinge liegen anders, wenn die in Frage kommenden Erreger keine Ektotoxine bilden, ja, unter Umständen noch nicht einmal nachweisbare Endotoxine — z. B. beim lytischen Zerfall der Keime — liefern, oder wenn als Folge des Erregerkontaktes eine sogenannte „Infektionsimmunität" eintritt, deren Entwicklung an eine Erregerpersistenz im Organismus geknüpft ist, und deren Wirksamkeit erlischt, sobald der letzte lebende Keim den Abwehrkräften des Organismus erlegen ist. Hierher gehörende Beispiele sind die Tuberkulose und Lues, sowie die rickettsienbedingten Fleckfieberarten. Schließlich zeigte die Malaria, daß es auch bei den Protozoen eine Infektionsimmunität gibt. Über Infektionsimmunitäten bei Viruskrankheiten ist noch nicht allzuviel bekannt, es spricht aber manches dafür, daß sie auch hier vorkommen; ich erinnere an den Herpes labialis.

Die Geschichte der Impfstoffherstellung lehrt, daß es oft genug wichtiger war, zu wissen, was ein Erreger bei geeignetem Wirtskontakt kann, und viel weniger, wie er z. B. aussieht oder wie man ihn künstlich züchtet. Die Pocken- und Lyssa-Schutzimpfung sind bekannte Beispiele. Nichtdestoweniger leuchtet ein, daß sich die Analyse mikrobieller Immunitäten vereinfacht, wenn die Lebensbedingungen der Erreger auch im exakten Experiment zugänglich sind. Von dieser Seite her die Impfstoffherstellung zu versuchen, ist zweifellos einfacher, solange über den Mechanismus der Immunitätsentstehung im Makroorganismus nur wenig oder nur Ungewisses bekannt ist.

Eine nicht geringe Schwierigkeit liegt darin, das für Impfzwecke bereitzustellende Antigen in möglichst reiner Form zu gewinnen, d. h. frei von den vielen anhaftenden Stoffen, die aus den Züchtungsmedien stammen, eine Schwierigkeit, die bei der Gewinnung bakterieller Impfstoffe relativ leicht zu überwinden ist, bei weitem nicht so einfach aber dort, wo der Erreger nicht auf künstlichen Nährmedien gezüchtet werden kann, sondern zur Vermehrung des lebenden Gewebes bedarf, in dem er sich ausschließlich intrazellulär vermehrt. Die Schwierigkeiten verdoppeln sich, wenn die Isolierung des Antigens nicht auf im Volumen begrenzte Laboratoriumsexperimente beschränkt bleibt, sondern industriellen Umfang annimmt wie etwa zum Zweck der Massenimpfung. Da Rickettsien und Viren, vor allem aber die letzteren, nur in spezifischen Geweben züchtbar sind, war es ein bedeutender Fortschritt, als zunächst Woodroff, Goodpasture und Buddingh, später Enders und andere die erfolgreiche Rickettsien- bzw. Viruszüchtung auf den Eihäuten bebrüteter Hühnerembryonen sowie auf dem Zellexplantat zeigen konnten. Diese Autoren haben ebenso wie ihre zahlreichen Nachfolger, freilich oft von ganz anderen Problemstellungen ausgehend, die Methoden der Viruszüchtung außerordentlich befruchtet, damit aber nicht nur der Diagnostik, sondern auch der Massenproduktion von Virus- und Rickettsienantigenen bis dahin kaum erwartete Möglichkeiten eröffnet. Von den zahlreichen Zellarten, die heute in vitro gezüchtet werden, haben sich vor allem embryonale Zellen, ferner Tumorzellen sowie auch ausdifferenzierte Zellen aus Organen bewährt. Man hat insbesondere gelernt, Zellen nicht nur über eine oder wenige Passagen zu erhalten, sondern sie auch in Form von Dauerlinien weiterzuführen. Hierher gehören z. B. die in zahlreichen Laboratorien der ganzen Welt verwendeten HeLa-Zellen, die sich von einem weiblichen Genitalkarzinom herleiten und die ehemalige Trägerin dieses Karzinoms schon um viele Jahre überlebt haben. Mittlerweile gibt es zahlreiche ähnliche Dauerlinien von Zellen verschiedenster Herkunft. Für die Züchtung bestimmter Viren ist man oft auf ganz spezielle Zellarten angewiesen, die nur einem einzigen Organ, ja sogar nur einer einzigen Tierart eigentümlich sind. Hierher gehören die Zellen der Affenniere, die bei der modernen Viruszüchtung, vor allem auch für Impfstoffzwecke, eine ganz entscheidende Rolle spielen. Bei diesen organspezifischen Zellen war es wesentlich, einen Weg zu finden, der zu aus dem Zellverband isolierten Zellen führt, also die Herstellung von Zellsuspensionen erlaubt. Man hat gelernt, Zellverbände von Organen mit Hilfe von Fermenten aufzuschließen und so — z. B. mit Trypsin — aus dem Affennierengewebe die für die Polioviruszüchtung so wichtig gewordenen Affennierenzellsuspensionen gewonnen. Wo immer möglich, versucht man durch Passagen eine Adaptierung der an bestimmte Zellarten gewöhnten Viren und Rickettsien auf die Eihaut bebrüteter Hühnerembryonen herbeizuführen, da erst auf diese Weise die ökonomische Gewinnung von Virusernten möglich ist.

Über die Charakteristik eines Virus, über seine Virulenz und auch über die gelungene Reindarstellung sind genaue Einzelheiten freilich nur über den geeigneten Tierversuch zu erfahren. Eine weitere Hilfe hat das Plaquierungsverfahren, das Dulbecco und seine Mitarbeiter gelehrt haben, gebracht. Dieses Verfahren erlaubt insbesondere die Erkennung und Auslese von Virusvarianten und hat sich vor allem bei der Auffindung virulenzgeschwächter Virusdauermodifikationen ganz außerordentlich bewährt. Schließlich sind es die Verfahren der Serologie, die über die analytischen Befunde hinaus große Bedeutung auch bei der Entwicklung und Prüfung von Virus- bzw. Ricksettsienimpfstoffen gefunden haben und unter Berücksichtigung auch klinischer Begleitumstände wertvolle Aussagen im Zusammenhang mit Impfstofftestung und Impfstoffwirkung zu machen vermögen.

Was im vorigen zur Darstellung gebracht wurde, sind, wenn nicht alle, so doch die wesentlichen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, wenn die Herstellung eines Impfstoffes Aussicht auf Erfolg haben soll.

Bei den Ektotoxinbildnern (z. B. Corynebact. diphtheriae und Plectridium tetani) ist die Situation verhältnismäßig einfach. Da sowohl bei der Diphtherie wie auch beim Wundstarrkrampf nur die Erregertoxine von Bedeutung sind, genügen diese zur Herstellung wirksamer Impfstoffe. Ramon hat gelehrt, wie diese kristallisierbaren, noch in höchster Verdünnung wirksamen Stoffe durch Formaldehyd völlig entgiftet werden können, ohne wesentliche Eigenschaften ihrer Anti-

genität einzubüßen. So sind bekanntlich die Toxoide oder Anatoxine entstanden, die vielleicht einmal auch als ideelle Vorläufer anderer Impfstoffe gelten werden. Was bei den genannten Ektotoxinbildnern in einmalig eleganter Weise möglich ist, versagt leider bei zahlreichen anderen Erregern, die nur durch ihre Endotoxine wirksam sind. Hier bedarf es offenbar anderer antigener Bestandteile des Erregers; man ist aber bezüglich der Isolierung der zur klinischen Immunisierung erforderlichen antigenen Stoffe über erste Anfänge noch nicht hinausgekommen. Man versucht deshalb, durch Anwendung möglichst mild wirkender Mittel auf das Gesamtbakterium den antigenen Charakter der Erreger soweit als möglich zu erhalten und bewerkstelligt die Inaktivierung entweder auf physikallschem Weg durch Bestrahlung oder Erhitzung, oder aber durch chemische Mittel der verschiedensten Art, wie Phenol, Äther, Formaldehyd, β-Propriolacton u. a. Ausgangspunkt sind dabei stets die voll virulenten und nicht die durch Tierpassagen oder ähnliche Verfahren abgeschwächten Erreger der betreffenden Infektionskrankheiten. In einigen Fällen gelingt die Herauszüchtung von in ihrer Virulenz bedeutend abgeschwächten, in ihrer antigenen Wirksamkeit aber noch hinreichend erhaltenen Erreger. Zu diesem Zweck bedient man sich entweder bestimmter Mangelnährböden oder aber der Adaptierung auf bestimmte Tierarten.

Als Beispiel für einen durch Hitzeeinwirkung auf vollvirulente Keime gewonnenen inaktivierten sogenannten Tot-Impfstoff kann die üblicherweise parenteral applizierte Typhusvakzine gelten. Beispiel eines durch Züchtung in seiner Virulenz zwar abgeschwächten, in seiner Antigenität aber noch recht wirksamen lebenden Erregers ist der „Bacille Calmette-Guérin (BCG)", wie er zur Tuberkulose-Schutzimpfung schon seit langem und mit Erfolg angewandt wird.

Bei Rickettsien oder Viren ist eine Separation der die eigentliche Immunität auslösenden Bestandteile von unerwünschten oder gar störenden Begleitstoffen ebenfalls noch nicht möglich. Es ist aber hier in gleicher Weise wie bei den Bakterien durchaus denkbar, daß es eines Tages gelingt, das wirksame Prinzip zu isolieren und damit auch bei den Nicht-Ektotoxinbildnern den nicht nur eleganten, sondern auch weniger risikoreichen Weg einer Immunisierung durch hochwirksame entgiftete Antigene zu beschreiten. Vorderhand gelten für Rickettsien- und Viren-Impfstoffe aber ähnliche Gesichtspunkte wie für Impfstoffe aus endotoxinbildenden Bakterien: Entweder Verimpfung vorsichtig abgetöteter Erreger oder Anwendung virulenzgeschwächter lebender Erreger.

Das bei endotoxinbildenden Bakterien von Kolle inaugurierte und in der Folgezeit ganz überwiegend angewandte Prinzip der Wärmeabtötung hat bei üblicher Anwendung sowohl bei Rickettsien wie auch bei Viren versagt. So ist die Vorstellung entstanden, als sei eine Immunisierung mit abgetöteten Viren überhaupt nicht möglich. Nun hatte aber Welgl bei den von ihm entwickelten Impfstoffen aus Läusedärmen schon vor 40 Jahren gezeigt, daß die vorsichtige Abtötung mit Phenol bei Zimmertemperatur zu hochwirksamen Impfstoffen führt. Es war daher naheliegend, bei einem in jüngster Zeit entwickelten Impfstoff ebenfalls eine Chemikalie an die Stelle der Wärme zu setzen. Salk hat im Fall der Poliomyelitis zeigen können, daß das bei Toxinen so bewährte Formalin auch gegenüber Poliomyelitis-Viren unter gewissen präparativen Voraussetzungen brauchbar ist und zu bis dahin bei inaktivierten Viren nicht gesehenen immunisatorischen Wirkungen führen kann. Andere Beispiele von auf chemischem Weg inaktivierten Impfstoffen sind die von Semple und Mulford mit Phenol bzw. die von Hempt unter Äthermitwirkung hergestellten Vakzinen gegen die Tollwut.

Das ältere Gegenstück des lebenden BCG-Impfstoffs ist die ebenfalls lebende, aber gegen eine Viruskrankheit gerichtete Pockenlymphe. Während sich die BCG-Schutzimpfung wegen ihrer weniger offenkundigen Wirksamkeit nur allmählich hat durchsetzen können, wurde die Erfolgssicherheit der Pockenschutzimpfung nie bestritten; dadurch ist die Meinung entstanden, es könne gegen Viruskrankheiten überhaupt nur auf lebender Basis eine erfolgreiche Impfung entwickelt werden. Einige besonders kritische Betrachter des Impfstoffproblems bei Viruskrankheiten haben daher — wenigstens in theoria — die Frage aufgeworfen, ob die „Wirksamkeit" z. B. der Lyssa-Impfstoffe oder der nach dem Salkschen Verfahren hergestellten Poliomyelitis-Vakzine nicht möglicherweise auf kleine Reste noch beigemengter lebender Viren zurückzuführen sei. Das sogenannte Cutter-Unglück in den Vereinigten Staaten mag den einen oder anderen in solchen Überlegungen bestärkt haben.

Will man mit lebenden Erregern immunisieren, dann bieten sich bei virusbedingten Krankheiten im wesentlichen die folgenden beiden Wege an: entweder versucht man, aus einer Population von Wildstämmen — z. B. nach Plaquierungsverfahren — virulenzgeminderte oder avirulente Varianten zu isolieren, ein Verfahren, wie es im wesentlichen der von Sabin entwickelten Poliovakzine zugrunde liegt, oder aber man verwendet durch Tierpassage virulenzgeschwächte Varianten, gegebenenfalls auch ihre in weiteren Passagen auf dem Hühnerembryo adaptierten Derivate; Koprowski verdankt man den einen, Harald Cox den zweiten Weg. Alle drei Verfahren, also die Vakzinen mit den Stämmen von Sabin, von Koprowski oder von Cox haben sich bewährt. Das Verfahren von Sabin hat den umfänglichsten Masseneinsatz bestanden. Nichtsdestoweniger könnte es sich empfehlen, den von Cox eingeschlagenen Weg weiter zu verfolgen, um damit insbesondere von dem Risiko beigemengter Tiervlren fraglicher Wirkung völlig loszukommen.

Stellt man die zur Zeit greifbaren Virus- bzw. Rickettslenimpfstoffe, so wie sie gegen die zugehörigen Infektionen und Krankheiten entwickelt wurden, einander gegenüber, dann ergibt sich etwa folgendes Bild:

1. Bei der Pollomyelitis existieren zur Zeit konkurrierend sowohl tote wie lebende Impfstoffe; einerseits die mittels Formaldehyd inaktivierten und eventuell an Aluminiumhydroxyd absorbierten Impfstoffe von Salk, auf der anderen Seite die lebenden, vor allem als Schluckimpfstoffe bekanntgewordenen Vakzinen von Sabln sowie die Impfstoffe von Koprowski und Cox.

2. Bei der Tollwut gibt es ebenfalls mehrere tote sowie einen lebenden Impfstoff; die toten, in Anlehnung an das klassische Verfahren von Louis Pasteur entwickelten Impfstoffe von Ferml, Semple, Mul-

ford, Hempt und anderen sowie der lebende Impfstoff, hergestellt aus dem sogenannten Flury-Stamm.

3. Bei der Pockenerkrankung stehen auf der ganzen Welt im Vordergrund die verschiedenen tieradaptierten Vakzinen, ausgehend von der von Edward Jenner inaugurierten Methode. Der ursprünglichen Vakzine entspricht eine Lapine, Ovine bzw. Galline. Ein totes, speziell zur Verhütung der postvakzinalen Encephalitis entwickeltes Antigen ist vor allem durch die Untersuchungen von Herrlich in den Vordergrund des Interesses getreten.

4. Bei der in den Südoststaaten Nordamerikas vorkommenden Encephalo-Myelitis der Pferde ist — wohl in Anlehnung an das Verfahren von Salk — ebenfalls eine Formolvakzine entwickelt worden, der aber ähnlich wie bei der Poliomyelitis auch eine lebende Vakzine konkurrierend gegenübersteht.

5. Gegen das epidemische Fleckfieber, aber auch gegen einige andere Fleckfieberarten, sind vor allem Totimpfstoffe entwickelt worden. Ihre Herstellung konnte — insbesondere unter dem Gesichtspunkt starker antigener Wirksamkeit — wesentlich verbessert werden, so daß an Stelle des früheren klassischen Läuseimpfstoffs heute auch Mäuselungen- und Dottersack-Impfstoffe zur Verfügung stehen. Fox in den Vereinigten Staaten hat sich um die Entwicklung eines lebenden Impfstoffes bemüht, der sich aber im wesentlichen — ganz analog zu früheren Erfahrungen bei der Prophylaxe der murinen Fleckfieber — nur dort zu bewähren scheint, wo die Bevölkerung seit langem in Fleckfieberkontakten lebt. Das Vakzinationsproblem ist im übrigen bei der Mehrzahl aller Ricksettsiosen, also auch den Ornithosen und dem Q-Fieber als im wesentlichen erledigt zu betrachten, da es der modernen Chemotherapie in den meisten Fällen unschwer gelingt, die Infektion zu beherrschen.

Die aufgeführten Beispiele zeigen, daß zwischen toten und lebenden Impfstoffen gewählt werden kann. Im übrigen wird jenem Impfstoff der Vorzug gegeben, der auf die umfassendste Bewährung zurückblicken kann, bei den Pocken also der klassischen Vakzine, bei den Fleckfiebern den toten Phenolimpfstoffen.

Nur Lebendimpfstoffe sind gegen Gelbfieber und neuerdings auch gegen Masern entwickelt worden. Nur tote Adsorbatimpfstoffe gibt es gegen Mumps, Encephalitis japonica, Frühsommerencephalitis, Louping ill, Grippe sowie einige durch Adeno-Viren verursachte Infektionen.

Impfstoffe gegen die Gruppe der Coxsackie- sowie der ECHO-Viren sind für Laboratoriumszwecke da und dort schon hergestellt worden; es ist nicht ausgeschlossen, daß sie auch einmal darüber hinausgehende Bedeutung gewinnen. Offen steht noch die Gewinnung von Impfstoffen gegen Röteln sowie insbesondere gegen die nicht zu vernachlässigende Hepatitis epidemica. —

Ein Problem, das insbesondere seit der auf der ganzen Welt in Angriff genommenen Herstellung von Poliomyelitisimpfstoffen in den Vordergrund gerückt wurde, ist das der Impfstoffprüfung. Hier waren es zunächst die Schwierigkeiten der Inaktivierung, deren Vollständigkeit nicht immer garantiert war und die bedeutende Debatten über geeignete Prüfungsvorschriften veranlaßt haben. Die mittlerweile in Gang gekommene Herstellung auch lebender Polioimpfstoffe hat diesem Problem erneut wichtige Akzente gegeben. Die im Zusammenhang mit der Impfstoffprüfung — zunächst im speziellen Fall der Poliomyelitis — aufgeworfenen Fragen berühren zusehends natürlich auch andere, bisher etwas freizügiger gehandhabte Impfstoffe. Es mag ein Zufall gewesen sein, daß gerade im Fall der Poliomyelitis-Vakzine sich die Schwierigkeiten ganz besonders gehäuft haben; ihr weitreichender Nutzen ist in jedem Fall darin zu sehen, daß die notwendig gewordene strenge Prüfung der Poliomyelitis-Impfstoffe vielfältige Fragestellungen von sehr allgemeiner Bedeutung aufgeworfen hat.

Während vor einigen Jahren fast immer nur die Wirksamkeit eines Impfstoffes im Vordergrund des Interesses stand, ist es mittlerweile die sichergestellte Unschädlichkeit geworden, die alle Welt interessiert. Diese Frage ist hauptsächlich dadurch entstanden, daß die zur Viruszüchtung notwendigen Zellen häufig aus Tieren gewonnen werden, deren Organe mit den verschiedenartigsten Viren latent infiziert sein können, deren Bedeutung für den menschlichen Organismus aber noch vollkommen offensteht. Ein unter der Kennziffer 40 bekanntgewordenes Virus der Affennierenzelle hat sich in diesem Zusammenhang als besonders bedeutsam erwiesen. Dieses Virus ist, wie sich nachträglich herausgestellt hat, in sicher nicht wenigen Fällen der Inaktivierung durch Formaldehyd entgangen, so daß es da und dort vorgekommen sein mag, daß Salk-Geimpfte zwar sicher abgetötetes Poliomyelitis-Virus, daneben aber auch nicht abgetötetes SV-40-Virus aufgenommen haben, wenn auch — nach allem, was wir bisher darüber wissen — ohne Schaden.

Ein anderes Problem, das schon bei der BCG-Schutzimpfung eine Rolle gespielt hat, ist die Frage nach der Konstanterhaltung der durch Abschwächungsmanöver erzielten Restvirulenz; also die Frage nach der Sicherheit, daß ein in der Virulenz abgeschwächtes Virus ein wirkliches Virus fixe bleibt und nicht in die ursprüngliche vollvirulente Form zurückschlägt. So wie die bisherigen Erfahrungen bei der BCG-Vakzination im wesentlichen eine Virulenz-Konstanz gezeigt haben, so scheinen auch die in ihrer Virulenz abgeschwächten Poliomyelitis-Viren den Status eines Virus fixe beizubehalten. Da sich auch unter den sogenannten wilden Poliovirusstämmen ganz ähnliche virulenzschwache Varianten befinden, wie wir ihnen im Fall der Impfviren begegnen, scheint diese Dissoziation ein durchaus natürliches Geschehen zu sein. Welche Ursachen zu einer Virulenzsteigerung führen, ist völlig unbekannt. Unbekannt ist aber auch, ob es Bedingungen gibt, unter denen experimentell gewonnene, virulenzabgeschwächte Poliomyelitis-Viren ihre Virulenz wiedergewinnen. Dieses Problem ist dadurch wichtig geworden, daß die auf peroralem Weg mit Poliomyelitis-Virus Schutzgeimpften das aufgenommene lebende Virus ausscheiden, und es hätte immerhin sein können, daß bereits die einmalige Menschenpassage eine Virulenzänderung, möglicherweise eine Virulenzerhöhung herbeiführt. Nach allem, was bekannt ist, scheint den nach Schluckimpfung ausgeschiedenen Viren eine irgendwie ins Gewicht fallende epidemiologische Bedeutung aber nicht zuzukommen.

Im gleichen Zusammenhang ist das Problem der Virämie nach erfolgter Schluckimpfung aufgetaucht, und es ist längere Zeit behauptet worden, daß durch die Verimpfung der abgeschwächten Viren des Sabin-

schen Impfstoffes eine solche Virämie nicht zustande käme. Es mag sein, daß Zeit und Umfang des virämischen Stadiums sehr kurz sein können, aber es ist in hohem Grad unwahrscheinlich, daß nach einer Schluckimpfung eine Virämie überhaupt nicht auftritt. Geht man von der Vorstellung eines umfassenden Impfschutzes aus, dann wird man eine Virämie geradezu fordern müssen. Die Konsequenzen, die sich aus dem Sachverhalt einer möglichen Virämie ergeben können, sind bisher offenbar zu vernachlässigen, da von dieser Seite her nachteilige Wirkungen der Schluckimpfung — etwa auf die Umgebung oder auch im Zusammenhang mit Bluttransfusionen — nicht beobachtet wurden.

Neben der möglichen Virulenzzunahme verdient auch die Frage einer möglichen Änderung des Tropismus Beachtung. Es könnte sein, daß eine Nebeneigenschaft aller — vor allem natürlich der vollvirulenten Poliomyelitisviren —, nämlich ihr Neurotropismus, z. B. im Zug der Darmpassage bei den Schluckgeimpften den kritischen Pegel überschreitet. Hier gibt es ein Beispiel einer anderen Viruskrankheit, aus dem entsprechende Hinweise entnommen werden können. Der französische Gelbfieberstamm „Dakar", der bei vielen Millionen Gelbfieberschutzimpfungen verwendet und ohne Anstände vertragen wurde, ist zweifellos neurotrop; er ist es aber nur dann, wenn er intrazerebral verimpft wurde. Sowohl beim Affen wie auch bei der weißen Maus kann dieser Neurotropismus nach intrazerebraler Applikation mit absoluter Regelmäßigkeit nachgewiesen werden. Aber man wird mit Recht darauf hinweisen, daß diese Form der Virusapplikation beim Menschen nicht zu erörtern ist. Bei üblicher Applikation ist jedenfalls der dem Dakarstamm eigentümliche Neurotropismus nie zum Vorschein gekommen.

Wofern Neurotropismus und Virulenz beim Poliomyelitis-Virus zueinander in Korrelation stehen, wäre von den abgeschwächten Viren eine besondere neurotrope Wirkung daher nicht zu erwarten. Die bisherigen Erfahrungen bestätigen die Annahme.

Ein erst in jüngster Zeit durch die experimentelle Virusforschung zutage gefördertes Phänomen ist die sogenannte Interferenz, eine Art Konkurrenz der Infektionen. Interferenz will somit sagen, daß verschiedene Viren im gleichen Wirtsorganismus entweder einander verdrängen können oder aber, daß bei bereits manifester Ansiedlung eines bestimmten Virus ein zweites sich nicht auch ansiedeln kann. Nachdem es eine größere Anzahl von Entero-Viren gibt, die den menschlichen Verdauungstrakt zeitweise oder dauernd besiedeln, könnte von derartigen Enteroviren z. B. gegenüber den Viren der Polioschluckimpfung eine interferierende Wirkung ausgehen. Sie würde sich dahin äußern, daß die beabsichtigte Ansiedlung der Schluckviren unterbunden wird. Man wählt daher mit gutem Grund als Zeitpunkt der Schluckimpfung jene Jahreszeit, in der mit dem Vorkommen möglicherweise interferierender Entero-Viren im menschlichen Verdauungstrakt am wenigsten zu rechnen ist.

Es könnte sein, daß Sie mich fragen wollen, ob und gegebenenfalls, worin ich die Vorzüge von Lebendimpfstoffen im Vergleich z. B. zum Salk-Impfstoff erblicke. Ich darf dazu folgendes sagen:

Im Fall der Poliomyelitis-Schluckimpfung sehe ich den Vorteil hauptsächlich darin, daß diese Art der Impfung den natürlichen Infektionsweg soweit als möglich nachahmt; das ist in jedem Fall sinnvoll. Folgt aber die perorale Schutzimpfung auch im übrigen der natürlichen Infektion, dann wird ihre Folge eine wirkliche Durchseuchung des ganzen Körpers sein. Nichts bleibt ausgespart, und der gesamte Körper nimmt am Infektionsgeschehen teil und lernt insofern mit allen seinen Bereichen, sich mit der Infektion auseinanderzusetzen. Man kann aber bei einem Lebendimpfstoff, weil er ein vermehrungsfähiges Agens enthält, auch mit minimalen Substratkonzentrationen auskommen; die Impfung ist ja einer Infektion gleichzusetzen. Man wird deshalb durch eine solche Impfung auch keine Allergie auslösen, vorausgesetzt, daß auch dieser Impfstoff von anhaftenden Bestandteilen des Züchtungsmediums befreit ist; das ist aber unschwer möglich. Die nach einer Impfung mit Lebendvakzine ausgelöste Immunität ist schließlich durch eine längere Dauer ausgezeichnet, ein Vorzug, den sie der Impfung mit Totvakzinen fast immer voraus hat.

Bei einem Totimpfstoff ist andererseits die Infektionsgefahr von vornherein null. Es ist daher auch der Impfling für seine Umgebung ungefährlich. Das vorhin kurz angesprochene Fremdviren-Risiko erledigt sich von selbst, wofern nur das Inaktivierungsverfahren dafür sorgt, daß auch Fremdviren der Abtötung nicht entgehen.

Ein Nachteil aller Totimpfstoffe ist die immer erforderliche hohe Substratkonzentration, die dadurch bedingte Allergiegefahr und im übrigen natürlich die Notwendigkeit der parenteralen Applikation. Diese hat allerdings eine ausgesprochene Antigen-Antikörper-Reaktion zur Folge, ohne daß aber durch die so eingeleitete Antikörperbildung im Blut etwas Entscheidendes über das Maß der beabsichtigten Infektionssicherung ausgesagt werden kann. Gerade die bei der Poliomyelitis so wichtige Gewebsimmunität, also jener Zustand, von dem wahrscheinlich mit Recht angenommen wird, daß er bei der Poliomyelitis-Schluckimpfung, vor allem im Darm, mehr oder minder umfassend erfolgt, entwickelt sich nach der parenteralen Salk-Impfung unzweifelhaft nicht. Gemessen an den nach Salk-Impfung im Blut beobachteten Antikörpern, wäre ein verhältnismäßig guter Schutz zu erwarten. Die Frage ist nur die, ob man aus der Feststellung von Serumantikörpern mit hinreichender Sicherheit auch auf eine Immunität gegenüber dem Erkrankungsrisiko schließen kann. Der Spiegel z. B. agglutinierender Antikörper bei Typhus-Schutzgeimpften lehrt ja zu unserem großen Leidwesen, daß diese ebenfalls durch parenterale Schutzimpfung entstandenen Antikörper im allgemeinen nichts Entscheidendes über die Typhusfestigkeit des Schutzgeimpften auszusagen vermögen. Auf die serologischen Befunde nach erfolgter Salk-Impfung bezogen, würde das bedeuten, daß sie nichts darüber aussagen, ob und in welchem Umfang der durch eine positive serologische Reaktion als ausschließlicher Impffolge Ausgewiesene einer Infektionsbelastungsprobe wenigstens so weit gewachsen ist, daß es zu keiner Manifestation der Infektion kommt.

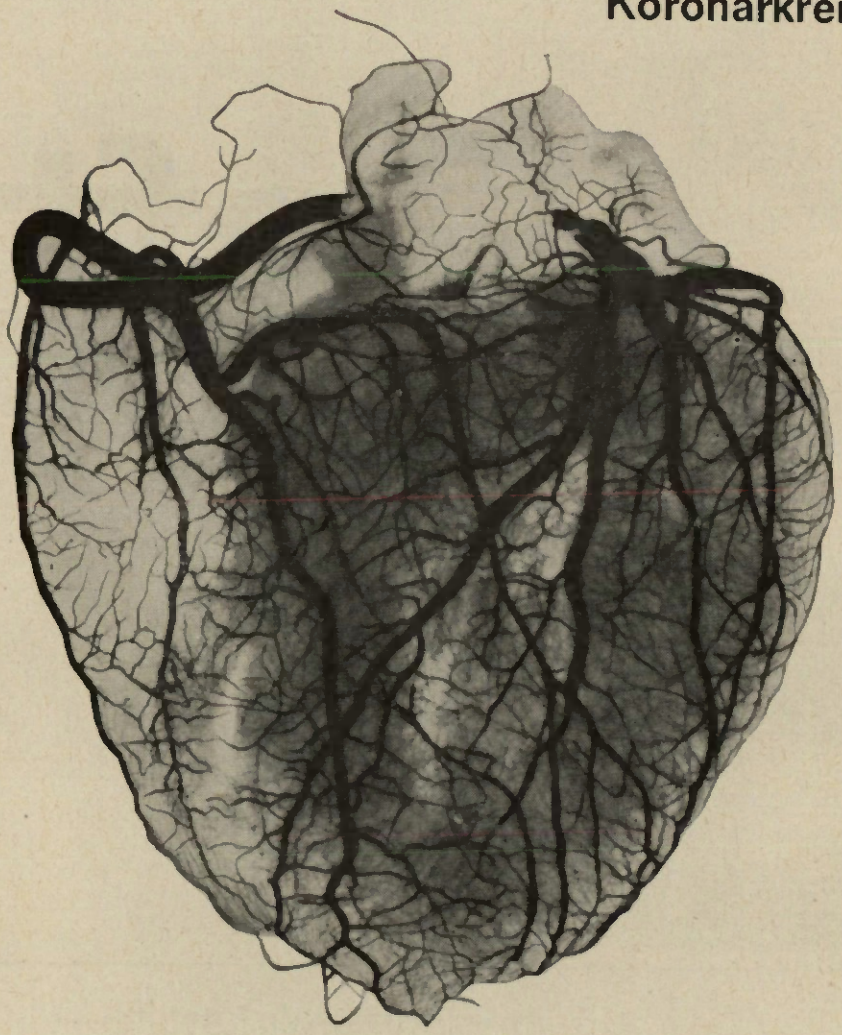
Mit diesen Feststellungen über den Salk-Impfstoff soll nicht gesagt sein, daß von einer lege artis durchgeführten, vor allem vollständigen Impfung mit dieser Vakzine kein Effekt zu erwarten wäre; vielleicht erklären sie aber den an vielen Millionen Salk-Geimpf-

Therapie der Koronar-insuffizienz

Prophylaxe der Angina pectoris

Segontin®

das Kreislaufmittel für den Koronarkreislauf



Handelsformen und Preise o.U.lt.At.:

SEGONTIN
N-(3'-Phanyl-propyl-(2'))-1,1-diphenyl-propyl-(3)-amin als Laktat

30 Dragees zu 15 mg	DM 3,80
75 Dragees	DM 8,45
150 Dragees (für Private)	DM 14,30*
10 Suppositorien zu 50 mg	DM 4,20

SEGONTIN »S«
N-(3'-Phenyl-propyl-(2'))-1,1-diphenyl-propyl-(3)-amin als Lektat + Phenylaethyl-barbitursäure

30 Dragees zu 15 mg Segontin + 15 mg Phenylaethyl-barbitursäure	DM 4,20
75 Dragees	DM 9,40
150 Dragees (für Private)	DM 15,75*
10 Suppositorien zu 50 mg Segontin + 25 mg Phenylaethylbarbitursäure	DM 4,75

*Anteilspackungen

HOECHST 1863 HUNDERT JAHRE HOECHST 1963

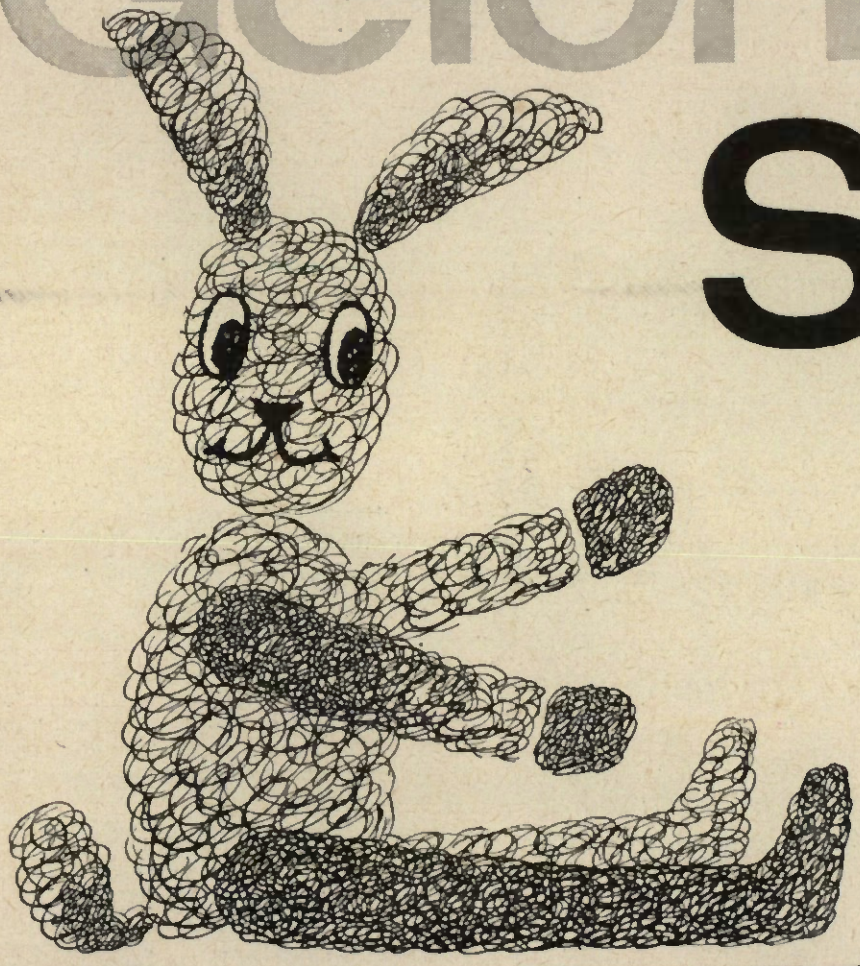
Farbwerke Hoechst AG. Frankfurt (M)-Hoechst

Ph 969 1b

neu

Kinder nehmen lieber

Gelonida® Saft



...auch bei grippalen Infekten!

bewährte Wirkstoffe –
bevorzugte Arzneiform

Plastikflasche (50 ml) mit Spezialeinsatz, der auch eine tropfenweise Entnahme erlaubt
5 ml enthalten: Codein. phosphoric. 0,005 g, Phenacetin., Na-salicylic. āā 0,125 g

Saccharose 48 Gw %, Benzoesäuresulfinid 0,06 Gw % als Geschmackskorrigentien

GÖDECKE

ter als im ganzen doch recht bescheiden ausgewiesenen Wirkungsgrad dieses Verfahrens und unterstreichen die Notwendigkeit der durch die Praxis in zahlreichen Ländern in ihrer Wirksamkeit voll bestätigten Schluckimpfung mit lebenden, virulenzgemilderten Viren.

Ich habe als in Impffragen wahrscheinlich nicht ganz Unerfahrener einem Lebendimpfstoff gegen die Poliomyelitis schon vor vielen Jahren eine absolut günstige Prognose gestellt; damals gegen das Hohngelächter vieler, denen an einer parenteralen Poliomyelitisschutzimpfung aus nicht immer ganz durchsichtigen Gründen viel gelegen war, heute nur noch gegen das gelegentlich wieder aufflackernde Bestreben, dem einmal mit so viel Aufwand gefeierten Totimpfstoff erneut publicity zu verschaffen.

Welche Prognose läßt sich aber für die nächste Zukunft stellen? Vielleicht kann man es so ausdrücken:

1. Die Salk-Impfung im Sinn eines individuellen Impfschutzes sollte Sonderfällen vorbehalten bleiben; für eine Massenimpfung ist sie trotz der geradezu heroisch durchgeführten Impfkampagne in Nordamerika und auch in einigen europäischen Ländern, auf Sicht gesehen, nicht geeignet; ihre Wirksamkeit kann nicht sehr hoch veranschlagt werden.

2. Die Schluckimpfung mit attenulerten Viren hat sich in einem nicht mehr zu übersehenden Umfang bewährt; dennoch bleiben noch Wünsche offen. Es kann aber angenommen werden, daß die geringen, dem Verfahren noch anhaftenden Nachteile in absehbarer Zeit zu beseitigen sind.

3. Jede Polioschutzimpfung, ob mit lebendem oder mit totem Antigen, muß die Typenunterschiede der Polioviren berücksichtigen. Während Totimpfstoffe, bei denen das Problem der Interferenz nicht zu befürchten ist, alle 3 Typen der Polioviren nebeneinander enthalten können, weil der Geimpfte auch gegen mehrere voneinander verschiedene Antigene die zugehörigen Antikörper zu bilden vermag, sollte bei Lebendimpfstoffen mit dem häufigsten und risikoreichsten Typ I begonnen werden; die Typen II und III können in beliebiger Reihenfolge Anwendung finden. Wiederholungsimpfungen scheinen gegen Typ I am meisten angezeigt zu sein; aber wann, wie oft und in welcher Typenkombination sich Wiederholungsimpfungen empfehlen, wird man von der künftigen epidemiologischen Situation abhängig machen müssen. Eine trivalente Impfung (gleichzeitige Verimpfung aller 3 Typen) ist bei Lebendimpfstoffen nicht zu empfehlen; und auch bei Wiederholungsimpfungen sollte man von solchen Vakzinen keinen Gebrauch machen.

4. Es muß alles getan werden, um der breiten Bevölkerung klarzumachen, daß es Aufgabe der Schluckimpfung ist, an die Stelle einer unübersichtlichen Zufallsinfektion mit allen damit verbundenen Konsequenzen einen gezielten und gefahrlosen Infektionsschutz zu setzen. Das aber bedeutet, daß in Zeitabständen von noch zu bestimmendem Umfang auf Wiederholungen der Polioimpfung unter keinen Umständen verzichtet werden kann. Das ist die Gegenforderung für das Bene des Polioschutzes.

5. Es ist nicht ausgeschlossen, daß früher oder später die bisher nur mäßig in Erscheinung getretenen übrigen Enteroviren mehr von sich reden machen; die Virologen werden gut daran tun, sich auf diese Möglichkeit vorzubereiten.

Arbeitsmedizin – Sozialhygiene – Prophylaktische Medizin

Von Prof. Dr. F. Koelsch, Ministerialrat i. R., vorm. Bayer. Landesgewerbearzt

Mit größtem Erstaunen haben sowohl ich selbst als auch verschiedene informierte Arbeitsmediziner die Notiz in Heft 10 (1962, S. 638) des Bayer. Ärzteblatts gelesen, daß der vom Bayer. Landtag genehmigte „Lehrstuhl für Arbeitsmedizin" mit dem Zusatz „und Sozialhygiene" versehen worden ist. Als Mitbegründer der modernen deutschen Arbeitsmedizin und international anerkannter Fachmann — der bisher allerdings über die vorstehenden Fragen überhaupt nicht gehört worden war — muß ich doch zu dieser Kombination „Arbeitsmedizin und Soziale Hygiene" Stellung nehmen. Hier werden 2 Disziplinen zusammengekoppelt, die miteinander nur wenig oder gar nichts zu tun haben.

Der in der ganzen Kulturwelt wohlbekannte Begriff „Arbeitsmedizin" dürfte heutzutage wohl auch in Bayern bekannt geworden sein — wenngleich sich noch einige Opponenten einmischen. Immerhin möchte ich hier nochmals das Arbeitsgebiet dieser Disziplin kurz zusammenfassend darstellen:

I. Geschichte — Bevölkerungsgruppierung —: die berufliche Morbiditäts- und Mortalitätsstatistik — der Absentismus usw.

II. Methodik: Die klinisch-pathologischen Untersuchungen — die Laboratoriumsarbeiten und die technologischen Untersuchungen.

III. Arbeit und Gesundheit:

A. Allgemeiner Teil:

a) Physiologie und Psychologie der Arbeit — Konstitutions- und Altersprobleme — Frauenarbeit usw.

b) Die beruflichen Schädigungen und ihre Verhütung: allgemeine Arbeitsbedingungen: Arbeitsplatz, -stellung, -intensität, -zeit — Ermüdung und Abnützung des Gesamtorganismus und einzelner Organe.
Die einzelnen Schädlichkeiten: physikalische (mechanisches und elektrisches Trauma, Licht, Schall, Erschütterung, Temperatur, Feuchtigkeit, Luftdruck, Staub) — chemische (Gifte) — biologische (Kleinlebewesen, Parasiten).

c) Prophylaxe: persönliche und technische Schutzmaßnahmen, Unfallschutz und Rettungswesen — Berufswahl und -auslese — Psychotechnik, Rationalisierung, Automatisierung — Betriebswohlfahrts-Einrichtungen — gesetzlicher Arbeitsschutz — Versicherungs-Gesetzgebung.

B. Spezieller Teil: Die einzelnen Berufsgruppen, ihre Soziologie, Statistik, Technologie, Physiologie, Pathologie, Prophylaxe.

IV. Die Klinik der Berufskrankheiten: Die beruflichen Schädigungen der einzelnen Organ-

systeme — Gewerbekrankheit und Unfall — Begutachtung — Rehabilitation.

V. Der Anwohnerschutz.

Damit ist das wesentliche Gerüst der modernen Arbeitsmedizin gegeben. Der zuständige Dozent hat sich hauptsächlich mit diesen Problemen in Forschung und Lehre zu beschäftigen und ist damit reichlichst mit Arbeit eingedeckt — zumal da noch Gutachten, Reihenuntersuchungen, Betriebsbesuche usw. weitere Zeiten beanspruchen werden.

Betrachten wir nunmehr, was man heute unter Sozialhygiene zu verstehen pflegt (wobei auch heute noch eine scharfe Umgrenzung fehlt). In den neueren Lehr- und Handbüchern sind die nachstehenden Programmpunkte aufgeführt:

1. Geschichte
2. Bevölkerungsstruktur — allgemeine und spezielle Krankheits- und Sterblichkeits-Statistik
3. Konstitution, Mutation, Vererbung — körperlich „und geistig" Behinderte — Abartige
4. Die Altersgruppen: Säuglingsfürsorge — Mutter und Kind, (Krippen, Stillstuben) — Schulkind — Jugendliche — das ökonomisch-produktive Alter — die Alten (Gerontologie)
5. Die Volkskrankheiten und Abnützungskrankheiten: Tuberkulose — Geschlechtskrankheiten — Alkoholismus und andere Süchte — die Geschwulstkrankheiten — die Rheumatosen — Herz- und Kreislauf-Erkrankungen — Nervenleiden — Ernährungsstörungen — Diabetes — Zahnkrankheiten usw.
6. Prophylaxe: Ernährungslehre und Lebensmittelversorgung — Krankenversorgung (Krankenhäuser, Polikliniken) — Heilmittelwesen — Rettungswesen — Rehabilitation, Erholung — Sport — Wohnung und Siedlung — Städtebau und Verkehr — Sozialversicherung — Gesetzgebung und Verwaltung.
7. Belehrung und Aufklärung in Wort und Schrift: Allgemeine Gesundheitspropaganda — Erziehungsfragen — sexuelle Probleme usw.

Wenn wir nunmehr diese beiden Programme im einzelnen würdigen, so dürfte wohl jeder verständige Mensch den Eindruck bekommen, daß es sich hier um 2 sachlich durchaus verschiedene Gebiete handelt. Im übrigen ist es schon aus physiologischen und zeitlichen Gründen praktisch unmöglich, diese beiden umfangreichen Disziplinen, die sachlich fast nichts miteinander zu tun haben, von einem Dozenten ordnungsgemäß in Forschung und Lehre behandeln zu lassen.

Allerdings ist mir bekanntgeworden, daß mit diesem Vorschlag bestimmte „Absichten" verbunden sein sollen. Es gibt ja, wie bereits angedeutet, in Westdeutschland immer noch Leute, welche glauben, die „Arbeitsmedizin" als selbständiges Lehr- und Prüfungsfach ablehnen zu müssen. Diese Andeutungen mögen vorerst genügen.

Es wäre untragbar, wenn die Lehrstühle für „Arbeitsmedizin" in Bayern schon von Anfang an durch eine solche unzweckmäßige Kombination beeinträchtigt und verwässert würden. Im Ausland denkt man über diese Dinge anders!

16. Bayerischer Ärztetag

vom 17. - 19. Mai 1963

in Ansbach

Beachtlicherweise wurde in der fraglichen Notiz des Bayer. Ärzteblatts auf S. 638 unter 2b die Bekämpfung der „Frühinvalidität" aufgeteilt in einen hygienischen und einen klinischen Teil; der erstere soll in die Arbeitsmedizin eingegliedert werden. Ich befasse mich als Mitglied der ehemaligen Münchener sozialmedizinischen Vereinigung und als Mitglied mehrerer Sozialmedizinischer Gesellschaften seit 1910 bis heute auch mit diesen Problemen, muß aber diese Kombination, die in unseren Kreisen schon öfters diskutiert worden war, mit allem Nachdruck ablehnen.

Tatsächlich gehört die Bekämpfung der Frühinvalidität in das Lehr- und Arbeitsgebiet der Sozialhygiene — besser gesagt, der „Sozialmedizin". Die Arbeitsmedizin, so wie sie in allen Kulturländern gelehrt wird, hat damit direkt nichts zu tun! Bekanntlich spielen bei der Frühinvalidität noch ganz andere und wirksamere Faktoren mit als die Berufsarbeit! Wir Arbeitsmediziner wehren uns nachdrücklich gegen eine solche Belastung bzw. Verwässerung unseres Fachgebietes, welches nur von technologisch und klinisch gut ausgebildeten Spezialärzten betrieben und gelehrt werden kann und daher mit der historischen „Hygiene" kaum noch sachliche Beziehungen hat. Diese heute international anerkannte Tatsache sollte doch endlich auch in Westdeutschland bekanntgeworden sein. — Andererseits muß aber auch die „Sozialmedizin" gelernt und spezialistisch betrieben werden; es geht nicht an, einfach einen Außenseiter in dieses Lehrfach hineinzuschieben. Fachleute wie Grotjahn, Gottstein, Kaup, Epstein, Schröder, Gerfeld usw. sind allerdings heute recht selten geworden. Aber auch diese Fachleute, mit denen ich s. Z. enge persönliche Beziehungen gehabt hatte (bzw. noch habe), hatten immer die „Arbeitsmedizin" als Sonderfach respektiert!

Ich möchte also dringend davor warnen, derartige Koppelungen vorzunehmen; wir Arbeitsmediziner lehnen sie aus mehrfachen Gründen nachdrücklich ab! Die moderne Arbeitsmedizin ist eine hauptsächlich klinisch-eingestellte Disziplin mit zusätzlichen technologischen und versicherungsmedizinischen Problemen. Mit der „Frühinvalidität" bzw. prophylaktischen Medizin hat sie manche Berührungspunkte, aber nur solche relativ bescheidener Art. Mit der Sozialhygiene hat sie — wie aus den obigen Arbeitsprogrammen wohl sehr sinnfällig und auch den Laien überzeugend hervorgeht — kaum eine engere Beziehung. Sachlich sind diese Koppelungs-Vorschläge nicht zu begründen; jedoch sind die dabei verfolgten „Absichten" der Erfinder dieser Vorschläge sehr eindeutig erkennbar. Daher: caveant consules!

Zur Diskussion

„Über die Gefahren pseudowissenschaftlicher Untersuchungsmethoden pharmazeutischer Firmen in der Diabetes-Diagnostik"

Schlußwort von Prof. Dr. Dr. F. Steigerwaldt und Dr. H. Mehnert

(Vgl. „Bayerisches Ärzteblatt", Heft 4. S. 211, 1962, Heft 9, S. 567, 1962 und Heft 12, S. 758, 1962)

Die Erwiderung Schulers auf unsere Stellungnahme ist unbefriedigend, da zumeist auf die angeschnittenen Fragen nicht eingegangen bzw. um Dinge gestritten wird, die überhaupt nicht zur Debatte standen. Dies läßt sich bei erneuter Lektüre unserer ersten Stellungnahme unschwer erkennen, der wir im übrigen nur in aller Kürze folgendes hinzufügen wolien:

1. Unsere Stellungnahme wurde — wie wir ausdrücklich betonten — nicht nur aus privater Initiative, sondern auch in unserer Eigenschaft als Mitglieder des Deutschen Diabetes-Komitees (Vorsitzender: Prof. Dr. K. Oberdisse) abgegeben. Der Text war bereits vor der Publikation dem Komitee bekannt und wurde von diesem als offizielle Meinungsäußerung der bayerischen Vertreter des Deutschen Diabetes-Komitees gebilligt. Der Unterschied zwischen dem Deutschen Diabetes-Komitee und dem Deutschen Insulin-Komitee (Vorsitzender: Prof. Dr. Dr. F. Stelgerwaldt) ist Schuler offenbar nicht geläufig.

2. Auch an unseren Kliniken wird die Harnzuckerbestimmung mit Hilfe der Polarisationsmethode durchgeführt, an deren besonderen Vorzügen von uns nicht gezweifelt wurde. Für die zusätzlich zu den ärztiichen Kontrollen durchzuführenden häuslichen Harnuntersuchungen kommt sie aber leider wegen der hohen Anschaffungskosten für ein Polarimeter nur selten in Betracht. Statt dessen haben sich andere Methoden bewährt, wie gerade in dem von Schuler in anderem Zusammenhang zitierten Buch Joslins hervorgehoben wird. Wir machen unsere Patienten stets darauf aufmerksam, daß die einfachen Testmethoden nur qualitativen, aber keinen quantitativen Charakter haben, daß eln ungünstiges Ergebnis also — mit anderen Worten — nur eine Art Warnsignal für den Patienten darstellen und zu einer vorzeitigen Kontrolluntersuchung durch den Arzt auffordern soll. Welche Stelle unserer Ausführungen im übrigen Schuler veranlaßte, von den „von Steigerwaldt so intensiv verteidigten Harnzuckertestpillen" zu sprechen, muß dem kritischen Leser ebenso unerfindlich bieiben wie uns selbst.

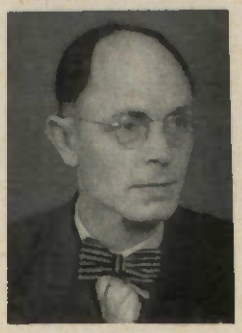
3. Schuler schrelbt, wir hätten behauptet, seine zahlreichen Fälle mit normalen Blutzuckerwerten und exzessiven Glykosurien seien „renale Diabetiker". Bei genauerem Studium unserer Stellungnahme dürfte Schuler jedoch feststeiien, daß wir die Möglichkeit zwar diskutieren, aber ablehnen. Wir haben vielmehr diese im Schrifttum bisiang noch niemals in solcher Häufung mitgeteilte Diskrepanz zwischen Blut- und Harnzuckerwerten als „unerklärbar" bezeichnet und wollen auch jetzt Schuler, den Lesern und uns die Äußerung von Vermutungen ersparen.

4. Mit Genugtuung haben wir zur Kenntnis genommen, daß Schuler nunmehr willens ist, seine Therapieerfolge zu belegen. Es ist ganz sicher, daß eine Publikation, deren Inhalt einer Revolutionierung der Diabetestherapie gleichkäme, von jeder medizinischen Fachzeitschrift dankbar angenommen wird, sofern der Autor entsprechende Unterlagen liefern kann, einschließlich der Befunde regelmäßiger augenärztlicher Untersuchungen. Leider ist es ja bisher noch keinem Autor auch nur annähernd möglich gewesen, über solche Erfolge hinsichtlich der Verhinderung diabetischer Spätschäden zu berichten, wie sie Schuler schilderte. Es ist ein großer Unterschied, ob man — wie Joslin und andere Autoren — unter einer Gruppe stets gut eingestellter Diabetiker einen gewissen Prozentsatz komplikationsfreier Patienten hat, oder ob man — wie Schuler behauptet — unter den von ihm von Anfang an behandelten Patienten auch nach Jahrzehnten keinen einzigen Fall mit irgendwelchen Spätschäden aufzuweisen hat. Im übrigen ist darauf hinzuweisen, daß zwischen der Schwere und dem Verlauf eines Diabetes einerseits und dem Auftreten von Kompiikationen andererseits keineswegs stets ein eindeutiger Zusammenhang besteht. Daß wir jedoch an der überragenden Bedeutung einer guten Stoffwechselführung für das Schicksal des Diabetikers nicht zweifeln, ja diese sogar als das Therapieziel in der Behandlung des Diabetes mellitus schlechthin betrachten, haben wir in vieien Publikationen immer wieder betont.

5. Hinsichtlich der Dosierung der oralen Antidiabetika hat Schuler wenigstens seine Behauptung nicht wiederholt (leider auch nicht widerrufen!), daß die allgemein übiiche Sulfonylharnstoff-Dosierung von 1—3 Tabletten pro die zu hoffnungslosen Spätschäden führen könne. Hingegen wiederholen wir unsere Feststellung, daß sich mit der von Schuler erwähnten Dosis von 0,12 g eines Sulfonylharnstoffderivates (weniger als 1/4 Tablette!) keine therapeutischen Wirkspiegel erreichen lassen und daß uns kein deutscher oder ausländischer Arzt bekannt ist, der derartig niedrige Dosierungen verwendet.

Anschrift der Verfasser: Prof. Dr. Dr. F. Steigerwaldt, Chefarzt der III. Medizinischen Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing, Kölner Platz 1; Dr. Hellmut Mehnert, Leiter der Diabetiker-Ambulanz der Medizinischen Universitätspoliklinik München (Direktor: Prof. Dr. W. Seitz), München 15, Pettenkoferstraße 8a.

Prof. Dr. F. Meythaler, Nürnberg



Dr. med. habil. H. A. Offe, Wuppertal-Elberfeld

Dozent Dr. P. Naumann, Hamburg-Eppendorf

Priv.-Doz. Dr. W. Marget, Tübingen

AUS DEM STANDESLEBEN

ZUR FORTBILDUNG — AUS DER KLINIK FÜR DIE PRAXIS

13. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg*)

Unter der Leitung von Prof. Meythaler fand in Nürnberg zum 13. Mal die von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete Wissenschaftliche Ärztetagung statt. Vom 23. bis 25. November 1962 berichteten bekannte Spezialisten aus verschiedensten Fachgebieten — erstmals auch amerikanische Referenten — über „Neue Erkenntnisse und Entwicklungen in Prophylaxe und Therapie akuter sowie chronischer Infekte".

In seiner Eröffnungsrede begrüßte Prof. Meythaler die zahlreichen aus allen Teilen Deutschlands gekommenen Ärzte und die Ehrengäste. Sein besonderer Dank galt den Referenten, die wiederum Mühe und Weg nach Nürnberg zu kommen nicht gescheut hatten. Von ehemaligen Teilnehmern aus der Ostzone, die leider auch dieses Mal nicht anwesend sein konnten, übermittelte er Grüße und gute Wünsche für einen erfolgreichen Verlauf der Tagung. Ziel der Tagungen sei es, sprach Prof. Meythaler, „das, was die Wissenschaft als ‚Neuestes' erforscht und erarbeitet habe, der Praxis in klarer, übersichtlicher und kritischer Form wiederzugeben".

Der Regierungspräsident von Mittelfranken, Herr BURKHARDT, Stadtrat Dr. THOMA als Vertreter der Stadtverwaltung Nürnberg, der Rektor der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, seine Magnifizenz Prof. Dr. NÖBELING und der Dekan der medizinischen Fakultät der Universität Erlangen-Nürnberg, Prof. Dr. WINDORFER überbrachten Grüße und Dank und würdigten die Bedeutung der wissenschaftlichen Ärztetagungen.

Als besondere Anerkennung und für große Verdienste auf dem Gebiet der medizinischen Fortbildung überreichte schließlich der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. SONDERMANN, im Namen der Landesärztekammer München und der Bundesärztekammer Herrn Prof. Meythaler die Ernst-von-Bergmann-Plakette, um damit, wie er sagte, „einen Pionier der ärztlichen Fortbildung zu ehren".

Aus kleinsten Anfängen in den Räumen der Kaiserstallung zu Nürnberg haben sich die unter seiner wissenschaftlichen Leitung stehenden Kurse zu den größten in der Bundesrepublik entwickelt.

Herr Prof. Dr. Meythaler hat 1923 nach Erhalt der Bestallung als Arzt an der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg promoviert. 1933 wurde er Privatdozent für Innere Medizin an der Universität Rostock. Während des Krieges war er von 1939 bis 1942 Beratender Internist bei der Wehrmacht. 1942 wurde er zum Direktor der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Erlangen ernannt. Seit Kriegsende ist er Vorstand der II. Medizinischen Klinik des Allgemeinen Städtischen Krankenhauses in Nürnberg.

Das Thema des ersten Tages lautete: „Auf Penicillin und die neuen Penicillin-Derivate ansprechende Erkrankungen." Die wissenschaftlichen Vorträge wurden eröffnet mit dem Referat des Chemikers Dr. habil. H. A. Offe (Bayer A.-G., Wuppertal-Elberfeld), über die „Chemie der neuen Penicilline".

Die chemische Formel des Penicillin-G ist seit 20 Jahren bekannt. Das Grundgerüst aller Penicilline ist die 6-Amino-Penicillansäure, die von den Schimmelpilzen synthetisiert wird. Je nach Nährmedium der Pilze kann dieser Kern verschieden substituiert werden. So erhält man durch Einbau der Phenylessigsäure das bewährte Penicillin-G. Der Vorteil des Penicillin-G gegenüber anderen Antibiotika besteht in seiner Atoxizität und in seiner großen Wirksamkeit auch bei stärkerer Verdünnung. Die Nachteile liegen vor allem in seiner Zerstörung durch penicillasebildende Keime — die Hauptursache der Staphylokokkenresistenz — in seiner Unwirksamkeit gegenüber gramnegativen Erregern und in seiner Säureempfindlichkeit. So suchte man nach neuen Formen. Durch Monoessigsäuresubstitution sind im Zuge der Forschung in Amerika etwa 150 neue Penicilline gewonnen worden, von denen jedoch nur das Penicillin-O, wegen einer geringen Allergisierungsneigung, eine gewisse Bedeutung erlangt hat.

1953 wurde mit dem Penicillin-V (Oratren), einem Phenoxyäthylpenicillin, ein wesentlich säurestabileres und damit oral zu verabreichendes Penicillin entwickelt, welches etwa das gleiche Wirkungsspektrum besitzt wie das Penicillin-G.

Dann begann man mit der Synthese der 6-Amino-Penicillansäure. Die Synthese gelang 1959 Sheban, sie war jedoch zu teuer und zu zeitraubend, um praktische Verwendung zu finden. Dagegen konnten Kaufmann und Bauer (1959) durch ein umgekehrtes Vor-

*) Wir verweisen auf die Veröffentlichung dieser Vorträge unter dem Titel: „Wissenschaft für die Praxis", herausgegeben von Prof. Dr. F. Meythaler im Werk-Verlag Dr. E. Banaschewski, München-Gräfelfing.

gehen, nämlich durch eine enzymatische Spaltung des Penicillin-G, die 6-Amino-Penicillansäure rein darstellen. Davon ausgehend konnten die verschiedensten sog. halbsynthetischen Penicilline hergestellt und untersucht werden. Dabei zeigte sich, daß nur die Acylierung an der NH_2-Gruppe zu brauchbaren Verbindungen führt.

Von großer Bedeutung für die Entwicklung neuer Penicilline war dabei eine von J. Schmid (Elberfeld) ausgearbeitete Schnelltestmethode, der sog. Sterntest. Hierbei lassen sich auf elegante Weise auf einer Nährplatte gleichzeitig 8 Bakterienarten rasch testen.

Von den auf diese halbsynthetische Art erhaltenen zahllosen Penicillinen bedeuten nur einige einen wirklichen Fortschritt. So das Propicillin (Baycillin), ein Alpha-Phenoxy-n-propyl-penicillin, das sich durch Säurebeständigkeit, hohe, zum Teil bakterizide Gewebsspiegel und durch eine gute Wirksamkeit gegenüber Staphylokokken auszeichnet.

Das Methicillin (Chlor-Methoxy-Penicillin) ist ausgezeichnet gegen Staphylokokken wirksam, erfordert jedoch hohe Dosierung und ist nicht säurebeständig.

Das Oxacillin (Stapenor) erfaßt praktisch sämtliche heute bekannten Staphylokokkenstämme, ist gut säurebeständig und erfordert ebenfalls hohe Dosierung.

Das Ampicillin (Binotal), ein sog. Breitbandpenicillin, ist säurestabil und gegen gramnegative Keime gut wirksam.

„Neue Penicilline (Eigenschaften, Indikationen und Grundelemente der therapeutischen Anwendung)" lautete das Thema des Vortrages von Priv.-Doz. Dr. P. Naumann (Institut für klinische Bakteriologie und Serologie der Universität Hamburg).

Naumann wies einleitend auf die eigentliche Aufgabe eines Chemotherapeutikums hin, nämlich direkt und primär schädigend an der Erreger„zelle" anzugreifen. Zwei Faktoren — beide meßbar — sind für die antibiotische Wirkung wichtig:

1. Die antibakterielle Aktivität der Substanz, die konzentrationsabhängig ist. So wirkt Penicillin-G beispielsweise auf empfindliche Keime nicht nur bakteriostatisch, sondern auch bakerizid. In hoher Dosierung kommt dem Penicillin auch bei weniger empfindlichen Keimen eine bakterizide Wirkung zu.

2. Die erreichbare „Wirkstoffkonzentration in vivo". Sie steht in Beziehung zur Dosierung, zur Resorption und zur Ausscheidung. Im folgenden Teil des Referats ging Naumann auf die einzelnen Penicilline und ihre Eigenschaften ein.

Das Penicillin-G ist nach wie vor das „klassische" Penicillin. Da es sehr untoxisch ist, eignet es sich auch besonders gut bei Erkrankungen, die einen hohen, bakteriziden Wirkstoffspiegel erfordern (Endokarditis lenta, Sanierung von Dauerausscheidern) und wird dann am zweckmäßigsten in Form einer intravenösen Dauertropfinfusion verabreicht.

Penicillin-V ist das klassische orale Penicillin (Beromycin, Oratren), da es säurestabil ist. Um gleichhohe Spiegel zu erreichen wie mit dem Penicillin-G, ist jedoch eine fünfmal höhere Dosierung nötig. In der üblichen Dosierung ist es deshalb nur bei sehr empfindlichen Keimen wirksam.

Das Phenethicillin (Pen 200) bedeutet ihm gegenüber keinen echten Fortschritt. Bei gleicher Dosierung sind die Spiegel zwar etwas höher als beim Penicillin-V, doch besitzt es dafür eine etwas geringere Wirksamkeit gegenüber den penicillinempfindlichen Keimen.

Propicillin (Baycillin) bedeutet in sinnvoller Dosierung (mindestens 300 000—400 000 E. alle 6 Stunden) und bei geeigneter Indikation wegen seiner geringeren Penicillase-Empfindlichkeit einen echten Fortschritt. Es wird gut vertragen. Methicillin (Cinopenil) ist sehr penicillasestabil und gegen penicillinresistente Staphylokokken etwa 50mal wirksamer als Penicillin-G. Es ist jedoch nur parenteral anwendbar. Oxacillin (Stapenor) ist das überlegene Mittel gegen penicillasebildende Staphylokokken. Es ist bisher kein primär gegen Oxacillin resistenter Staphylokokkenstamm bekannt. Gegen Streptokokken ist es weniger wirksam.

Ampicillin (Binotal) ist 10mal stärker gegen Enterokokken wirksam als Penicillin-G. Auch gegen Proteus wirkt es ausgezeichnet. Gegen das übliche Penicillin-G-Spektrum ist es weniger wirksam, es versagt völlig bei penicillasebildenden Keimen. Eine eventuelle Resistenzentwicklung macht manchmal eine Erregerempfindlichkeitsprüfung während der Therapie notwendig.

Abschließend gab Naumann einige allgemeine Regeln:

1. Bei Infektionen mit hämolysierenden Streptokokken, Pneumokokken und empfindlichen Staphylokokken ist Penicillin-G das Mittel der Wahl; es kann aber bei entsprechender Dosierung durch Propicillin oder Penicillin-V ersetzt werden. Meningokokkeninfektionen, die Endocarditisbehandlung und die Luesbehandlung erfordern hohe Penicillin-G-Gaben.

2. Oxacillin und Methicillin sind nur bei penicillasebildenden Staphylokokken angezeigt.

3. Proteus und Enterokokken sprechen auf eine hoch dosierte Ampicillinbehandlung gut an.

4. Bei unbekannten Erregern wird man nach einem Breitband-Antibiotikum greifen.

5. Die Wahl des Antibiotikums wird nicht durch die Schwere der Erkrankung, sondern durch die Art des Erregers bestimmt. Die wesentliche Bedeutung der Penicilline und ihr Vorteil gegenüber anderen Antibiotika liegt in ihrer Antoxizität und in der schon durch niedrige Dosierung erreichbaren Bakteriozidie.

Doz. Dr. W. Marget (Universitäts-Kinderklinik Tübingen) betonte nachdrücklich, daß die neuen halbsynthetischen Penicilline einen wesentlichen therapeutischen Fortschritt in der Kinderheilkunde darstellen.

Gerade bei Säuglingen besteht die Gefahr einer toxischen Schädigung, da ihre Organe zum Teil noch unreif und deshalb besonders empfindlich sind. Deshalb sind atoxische Therapeutika, wie die Penicilline — eine Allergie spielt bei Säuglingen und Kindern kaum eine Rolle —, von besonderer Wichtigkeit. Penicillin-G-Kalium und Propicillin (Baycillin) haben beim Säugling, bei gleicher Dosierung, etwa dieselben Wirkstoffspiegel, obwohl sie natürlich bei der unterschiedlichen Art ihrer Verabreichung schlecht vergleichbar sind. Die Resorption des Propicillins ist bei Säuglingen am schlechtesten, sie bessert sich mit zunehmendem Lebensalter. Intramuskulär verabreicht wird Propicillin schlecht vertragen, jedoch lassen sich durch diese Art der Anwendung hohe Blutspiegel erzielen. Marget ging an dieser Stelle auf die Eiweißbindung des Propicillins ein. Bei stärkerer Eiweißbindung sind Verschiebungen in dem sehr empfindlichen Wasserhaushalt der Säug-

linge zu erwarten. Die hohe Albuminbildung des Propicillins bedeutet jedoch keine Beeinträchtigung seines therapeutischen Effektes. Propicillin ersetzt die Penicillin-V-Säure beim Säugling ganz, das Penicillin-G ersetzt es nur teilweise. Bei älteren Kindern können beide Penicilline durch Propicillin ersetzt werden. Die Dosierung sollte wenigstens 1 Mill. E./die betragen. Bronchopneumonien und Pyodermien sind das Hauptindikationsgebiet des Propicillins.

Ampicillin (Binotal) steht in seiner Wirkung auf Coli-Bakterien und Salmonellen zwischen dem Chloramphenicol und dem Tetracyclin. Es füllt jedoch die Lücken, die durch Resistenzbildung von Keimen entstanden sind, nicht immer aus. Eine Testung ist anzustreben. Die Dosierung sollte beim Säugling 1 bis 1,5 g/die betragen, beim Neugeborenen empfiehlt sich eine Gabe von 750 mg/die. Von besonderer Bedeutung ist es somit zur Behandlung der chronischen Enteritis und der Säuglingspyelonephritis. Für die Behandlung der Dyspepsie-Coli-Enteritiden ist es nur von zweitrangiger Bedeutung. Oxacillin und Methicillin sind ausschließlich für die Bekämpfung der resistenten Staphylokokken zu reservieren. Die durchschnittliche Dosierung von 4- bis 6mal 250 mg/die kann und muß oft noch erhöht werden.

Prof. Dr. W. D. Germer (Wenckebach-Krankenhaus Berlin-Tempelhof) zeigte in seinem Vortrag über „neuere Erkenntnisse auf dem Gebiet der antibiotischen Therapie innerer Erkrankungen" drei Richtungen auf, in denen, seit der Reindarstellung der 6-Aminopenicillansäure im Jahre 1959, Fortschritte gemacht wurden.

1. wurde die Säurestabilität und damit die Resorbierbarkeit gesteigert, 2. konnten die Penicillasefestigkeit und 3. das Wirkungsspektrum der Antibiotika erhöht werden.

Die neueren halbsynthetischen Penicilline sind ebenso atoxisch und dadurch hoch dosierbar wie das Penicillin-G. Für gelegentliche allergische Reaktionen ist, wie bei allen echten Penicillinallergien, die 6-Aminopenicillansäure verantwortlich zu machen.

Nach einem Vergleich der Eigenschaften und Wirkungsweisen der Penicilline ging Germer vor allem auf das Ampicillin ein, dessen hohe Säurefestigkeit, rasche Resorbierbarkeit und gleichmäßige Verteilung er hervorhob. Durch seine Ausscheidung über Leber und Niere sind in Galle und Harn besonders hohe Wirkstoffkonzentrationen anzutreffen.

Ampicillin ist unwirksam gegen Pseudomonas und Klebsiellen. Es ist unwirksam gegen alle penicillasebildenden Keime. Dagegen sind Proteus, Salmonellen und Shigellen im allgemeinen gut empfindlich. Das Mittel eignet sich auch zur Sanierung von Typhusdauerausscheidern, muß dabei aber hoch dosiert werden (3 g und mehr täglich 7—10 Tage lang). Bei Sanierungsversuchen von Salmonelle-typhi-murium-Ausscheidern hat es fast immer versagt. Auch Enterokokkenendokarditiden berechtigen zur Anwendung des Ampicillins.

Ampicillin (Binotal) wurde von Germer in über 100 Fällen eingesetzt, wobei im allgemeinen lg/die verabreicht, häufig aber auch höher dosiert wurde. Auf diese Weise wurden Patienten (Männer und Frauen) mit akut und chronisch entzündlichen Lungenerkrankungen (Pneumonien, Bronchiektasen, Emphysembronchitiden), Gallenwegsinfekten, Pyelonephritiden, Osteomyelitiden u. a. behandelt. Von den selten auftretenden Nebenerscheinungen (Brechreiz, Diarrhöen, Urticaria) zwangen nur die Durchfälle vereinzelt zum Absetzen des Medikaments. Anhand einer Übersichtstabelle, die 77 Fälle erfaßte, konnte Germer in 51 Fällen einen guten, in 20 Fällen einen mäßigen und nur in 6 Fällen einen schlechten Behandlungserfolg aufzeigen. Zusammenfassend stellt Germer die Behandlung mit Ampicillin, welches eine bakterizide Wirkung zu entfalten vermag, als einen unzweifelhaften Erfolg dar; es gilt nur „das Mittel in der Strategie der Behandlung richtig einzusetzen".

Priv.-Doz. Dr. A. Taupitz (Urologische Universitätsklinik Homburg-Saar) sprach über „Die Behandlung der unspezifischen Entzündung in der Urologie".

Die unspezifische Entzündung der Harnwege stellt allein durch die unterschiedliche Art der urologischen Organe ein großes Problem dar. Erkrankungen des Hohlraumsystems bieten andere Erwägungen als Erkrankungen des Parenchymsystems.

Eine rationelle Behandlung hat immer die Lokalisation des Infektes, die Art der Keime und ihre Empfindlichkeit, die Pharmakodynamik der einzelnen Medikamente und eine eventuelle Abflußstörung zu berücksichtigen. Sind Abflußstörungen vorhanden (Taupitz spricht in diesem Fall von einer komplizierten Entzündung), so sind diese immer ursächlich anzugehen, also meist durch chirurgische Maßnahmen zu beseitigen.

Eine gezielte Behandlung mit Erregertestung (wobei eine sterile Urinentnahme Voraussetzung ist) muß immer angestrebt werden. Bei einer ungezielten Behandlung ist das Chloramphenicol angebracht. Die renale Ausscheidung dieses Antibiotikums beträgt 90% der oral aufgenommenen Menge. Tetracyclin wird zum Teil durch die Niere, zum Teil über die Leber bzw. mit der Galle ausgeschieden. Es hat ein weniger breites „urologisches Spektrum". Colimycin muß parenteral verabreicht werden. Sein Spektrum ist sehr eng, so daß es sich eigentlich nur bei Infektionen mit Escherichia coli eignet. Bei den Penicillinen hat nur das Ampicillin eine Bedeutung. Novobiocin kann bei Infektionen mit Proteus und Staphylokokkus aureus angebracht sein, Streptomycin bei Coliinfekten. Furadantin, das überlegene Chemotherapeutikum aus der Nitrofuranreihe, ist — mit Ausnahme von Pseudomonas — gegen fast alle Keime wirksam; doch ist bei parenchymatösen Erkrankungen des Urogenitalsystems hier Vorsicht geboten. Furadantin macht häufig Nebenwirkungen in Form von Magen-Darm-Unverträglichkeiten.

Eine Kombinationsbehandlung, etwa von Furadantin mit Leukomycin, oder von Antibiotika mit Sulfonamiden, hat durchaus ihre Berechtigung, vor allem bei den häufigen Mischinfektionen. Eine sog. Langzeitbehandlung mit geringen antibiotischen Dosen über Monate bei chronischen Harnwegsinfekten unter regelmäßiger Resistenzbestimmung und gelegentlichem Wechsel des Präparats widerspricht zwar den Grundsätzen jeder antibiotischen Behandlung, scheint aber doch eine gewisse Berechtigung zu haben. Diese Behandlungsart geht auf Wiener Autoren zurück. Man stellt sich dabei eine Wirkung über die Diffusion aus dem Hohlraumsystem in das chronisch entzündlich und narbig veränderte Gewebe vor.

Da die Therapie der chronischen Entzündungen so

Priv.-Doz. Dr. A. Taupitz, Homburg/Saar

Prof. Dr. H. Spiess, Göttingen

Prof. Dr. H. Knothe, Kiel

Prof. Dr. H. G. Boenninghaus, Frankfurt a. M.

entmutigend ist, gilt es die Initialstadien einer Entzündung zu erfassen und konsequent zu behandeln.

„Zur Chemoprophylaxe akuter Infekte des Kindes" sprach Prof. Dr. H. Spless (Universitäts-Kinderklinik Göttingen).

Er verglich die Chemoprophylaxe mit der passiven Immunisierung, die zwar einen völlig anderen Wirkungsmechanismus darstellt, jedoch dasselbe Ziel, nämlich die Verhinderung einer Erkrankung anstrebt. In das Aufgabengebiet der Chemoprophylaxe fallen beispielsweise auch die Tuberkuloseprophylaxe mit Isonikotinsäurehydrazid, die Bekämpfung der Coli-Infektionen mit Sulfonamiden und die Antibiotikagabe bei Cortisonbehandlungen. In seinen Ausführungen beschränkte sich Spiess jedoch auf die Rheuma- und Pertussisprophylaxe.

1. Die chemotherapeutische Behandlung von Streptokokkeninfekten ist das Wesen der Rheumaprophylaxe. Hier dominiert das Penicillin, das im Gegensatz zu den Sulfonamiden auch eine bakterizide Wirkung zu entfalten vermag.

Zu unterscheiden sind die Frühprophylaxe und die Rezidivprophylaxe. Leider ist eine Frühbehandlung der Streptokokkeninfekte oft nicht möglich, da die Kinder entweder zu spät in ärztliche Behandlung kommen oder die Diagnosestellung anfänglich Schwierigkeiten bereitet.

Die Erfolge einer konsequenten Behandlung mit Penicillin sind von vielen Seiten bestätigt. Eine Rezidivprophylaxe muß über 3—5 Jahre fortgeführt werden, wobei eine orale oder eine parenterale Penicillinbehandlung möglich ist. Die orale Verabreichung hat den Nachteil, daß sie keine ausreichende Kontrolle ermöglicht. So hängt es von der Zuverlässigkeit der Eltern ab, ob eine regelmäßige Tabletteneinnahme bei den Kindern gewährleistet ist. Für eine Rezidivprophylaxe bietet sich deshalb das Tardocillin 1200 an, das bei einer Injektionsdosis von 1,2 Megaeinheiten einen ausreichenden Penicillinspiegel für 3 Wochen ergibt.

2. Als Keuchhustenprophylaxe — die natürlich in erster Linie in einer Vermeidung der Infektion bestehen muß — ist neben der Schutzimpfung heute auch eine Chemoprophylaxe möglich und erprobt. Spiess hat in den letzten Jahren Kinder, die mit ziemlicher Sicherheit pertussisinfiziert waren, prophylaktisch mit Tetracyclin behandelt. Bei einer Dosis von 30 mg/kg Körpergewicht konnte so der Keuchhusten an seinem Ausbruch verhindert werden. Eine antibiotische Pertussisprophylaxe muß innerhalb der ersten 6 Tage einsetzen, sonst hat sie keinen Sinn mehr. Im Tierversuch haben sich Tetracycline dem Ampicillin überlegen erwiesen; es bleibt allerdings noch zu prüfen, wie diese Verhältnisse bei einer höheren Ampicillindosierung liegen.

„Penicillin bei Typhus- und Paratyphus-Bakterienausscheidern" lautete das Thema, über das Prof. Dr. H. Knothe (Hygiene-Institut der Universität Kiel) referierte.

Das Problem der Dauerausscheider hat eine große sozialmedizinische Bedeutung. Ältere konservative Sanierungsversuche, wie Arsen- und Schwermetalltherapie, unspezifische Reiztherapie oder Phagentherapie, haben völlig versagt. Es setzte sich schon zu Beginn des Jahrhunderts die Erkenntnis durch, daß die Gallenblase die Ursache der bestehenbleibenden Bakterienausscheidung ist. Aber auch eine Entfernung der Gallenblase erbrachte nur in den wenigsten Fällen eine Dauerheilung. Die Sulfonamide sind wegen ihrer rein bakteriostatischen Wirkung ebenfalls für eine Sanierung ohne Bedeutung. Nun wurden seit 1946 zahlreiche klinische Berichte über den Einsatz der Antibiotika bei Typhus-Paratyphus-Erkrankungen und bei Dauerausscheidungen veröffentlicht, vor allem über den Einsatz von Chloramphenicol. Erfreulichen Sanierungsberichten standen häufige Mißerfolge gegenüber. Diesen unterschiedlichen Heilquoten liegen sicher Definitionsunterschiede zugrunde:

Man muß nämlich einmal den sog. Spätausscheider abgrenzen, der noch bis zu 6 Monate nach der durchgemachten Erkrankung Bakterien ausscheidet, während dieser Zeit aber noch spontan negativ werden kann. Demgegenüber steht der echte, chronische Dauerausscheider, der nach 6 Monaten weiterhin Bakterien beherbergt und ausscheidet. Außerdem gibt es noch passagere Ausscheider, das sind Personen, die Keime aufgenommen haben und sie ausscheiden, ohne selbst krank zu sein; bei ihnen verschwinden die Erreger meist innerhalb weniger Tage. Der Prozentsatz der echten Dauerausscheider liegt zwischen 2—6%, vor allem sind Frauen betroffen. Der Sitz der Bakterien ist nicht nur das Lumen der Gallenblase, sondern auch die chronisch entzündlich veränderte Wand der Gallenblase und der Gallenwege.

Die Breitspektrumantibiotika sind in der möglichen Dosierung nur bakteriostatisch wirksam und versagen deshalb bei der Sanierung, die eine Bakteriozidie erfordert. Das Penicillin, das ein gutes Diffusionsvermögen besitzt und atoxisch ist — was eine hohe Dosierung und eine Bakteriozidie ermöglicht —, ist deshalb von größter Bedeutung. In Frage kommt vor allem das Penicillin-G-Natrium in einer Dosierung von 16 bis 18 Millionen Einheiten täglich während

5—7 Tagen. Neben dem Penicillin-G ist auch das Ampicillin (4—6 g/die oral) wirksam, doch ist bei dieser hohen Dosierung mit Magen-Darm-Unverträglichkeit zu rechnen. Auch die kombinierte, wechselweise Anwendung von Penicillin-G und Ampicillin ist möglich.

Man wird so vorgehen, daß man sich erst über den Ausscheidertyp im klaren ist. Handelt es sich um einen reinen Gallenblasenausscheider, um einen Darm- oder Urinausscheider? Außerdem sind die Gallenwege auf ihre funktionelle und röntgenologische Intaktheit zu prüfen.

Es hat sich gezeigt, daß sich nur etwa 10% aller Dauerausscheider für eine konservative Behandlung eignen. Denn auch bei klinisch intakter Gallenblase sind — wenn nach einer erfolglosen konservativen Therapie später doch die Cholecystektomie durchgeführt wird — häufig chronisch entzündliche Gallenblasen- und Gallengangsveränderungen vorhanden. Dagegen hat eine mit der Cholecystektomie kombinierte antibiotische Behandlung große Erfolgsaussichten. Knothe hatte bei 66 Typhus- und Paratyphusdauerausscheidern nur in einem Fall einen Mißerfolg zu verzeichnen!

Man beginnt die Penicillinbehandlung mit 17 Mill. Einheiten einen Tag vor der Operation und setzt diese Therapie noch postoperativ 5 Tage lang fort.

Es ist vorher erforderlich, eine Penicillinallergie auszuschließen und den Erregerstamm auf seine Empfindlichkeit zu testen. Als echt saniert kann nach Knothe nur derjenige angesehen werden, der nach zwei Jahren, bei 14tägiger Stuhl- und Urin- und wiederholter Duodenalsondenkontrolle, noch negativ ist.

Bei Spätausscheidern, vor allem wenn es sich um Frauen handelt, ist es berechtigt, zur Verkürzung der Dauer des Krankenhausaufenthalts und zur Vorbeugung gegen eine echte Dauerausscheidung, ab der 3. Krankheitswoche eine Penicillinbehandlung durchzuführen.

Prof. Dr. H.-G. Boenninghaus (Universitäts-Hals-Nasen-Ohren-Klinik Frankfurt/Main) sprach über „Erfahrungen bei antibiotischer Behandlung akuter und chronischer Infekte im Hals-Nasen-Ohrenbereich".

Die Otitis media acuta scheint seltener geworden zu sein; ganz sicher ist ihre wichtigste Komplikation, die eitrige Mastoiditis, infolge der antibiotischen Behandlung seltener geworden.

Die Otitis media bedarf einer sorgfältigen Überwachung, da es besonders bei ungenügender antibiotischer Therapie zu einer Verschleierung der Symptomatik kommen kann. Eine erhöhte Blutsenkung und eine Verschlechterung des Hörvermögens zeigen die schleichende Mastoiditis an. Oft wird man erst durch eine plötzliche Meningitis oder Sinusthrombose aufmerksam. Deshalb ist jede Otitis media ausreichend antibiotisch zu behandeln. Die nekrotisierende Scharlachotitis ist durch die Behandlung des Scharlachs mit Penicillin selten geworden.

Die chronischen Otitiden und ihre Folgezustände sind heute durch den antibiotischen Schutz mit Hilfe von gehörverbessernden Operationen erfolgreich zu behandeln. Die wichtigsten Behandlungsverfahren zeigte Boenninghaus anhand von Farbdias. Lebensentscheidend ist das Penicillin bzw. die antibiotische Behandlung für die otogene Meningitis und die otogene Sinusthrombose. Bei letzterer ist fast immer ein operatives Eingreifen nötig.

Akute und chronische Nebenhöhlenentzündungen sind nicht seltener geworden in der antibiotischen Aera. Allerdings ist zu beachten, daß es sich hier durchaus nicht immer um eitrige bzw. bakterielle Entzündungen handelt.

Die Schädeldachosteomyelitis und die Kieferosteomyelitis des Säuglings haben heute keine schlechte Prognose. Trotzdem ist oft eine Operation nicht zu umgehen.

Bei Meningitiden, die durch fronto-basale Trümmerbrüche entstanden sind, ist immer eine Operation nötig.

Von den entzündlichen Rachenerkrankungen ist an erster Stelle die Streptokokkenangina zu nennen. Sie ist mit Penicillin zu behandeln, wobei eine ausreichende Antibiotikagabe wichtig ist, um nicht einen Tonsillarabszeß aufkommen zu lassen. Beim Peritonsillarabszeß steht die Incision im Vordergrund der therapeutischen Erwägungen. Bei einer chronischen Tonsillitis hat eine antibiotische Behandlung keinen Sinn.

Bei entzündlichen Larynxerkrankungen, die durch Ausbildung eines Glottisödems oft zu starker Atemnot führen können, verhindert die kombinierte Verabreichung von Antibiotika mit Prednisolon meist die Tracheotomie. Auch bei Speiseröhrenverätzungen ist diese Kombination angezeigt.

„Der anaphylaktische Schock nach Penicillin-Injektion" als gefährlichste Form einer Penicillin-Allergie wurde von Dr. W. Schreiber (Amerikanisches Krankenhaus Nürnberg) behandelt.

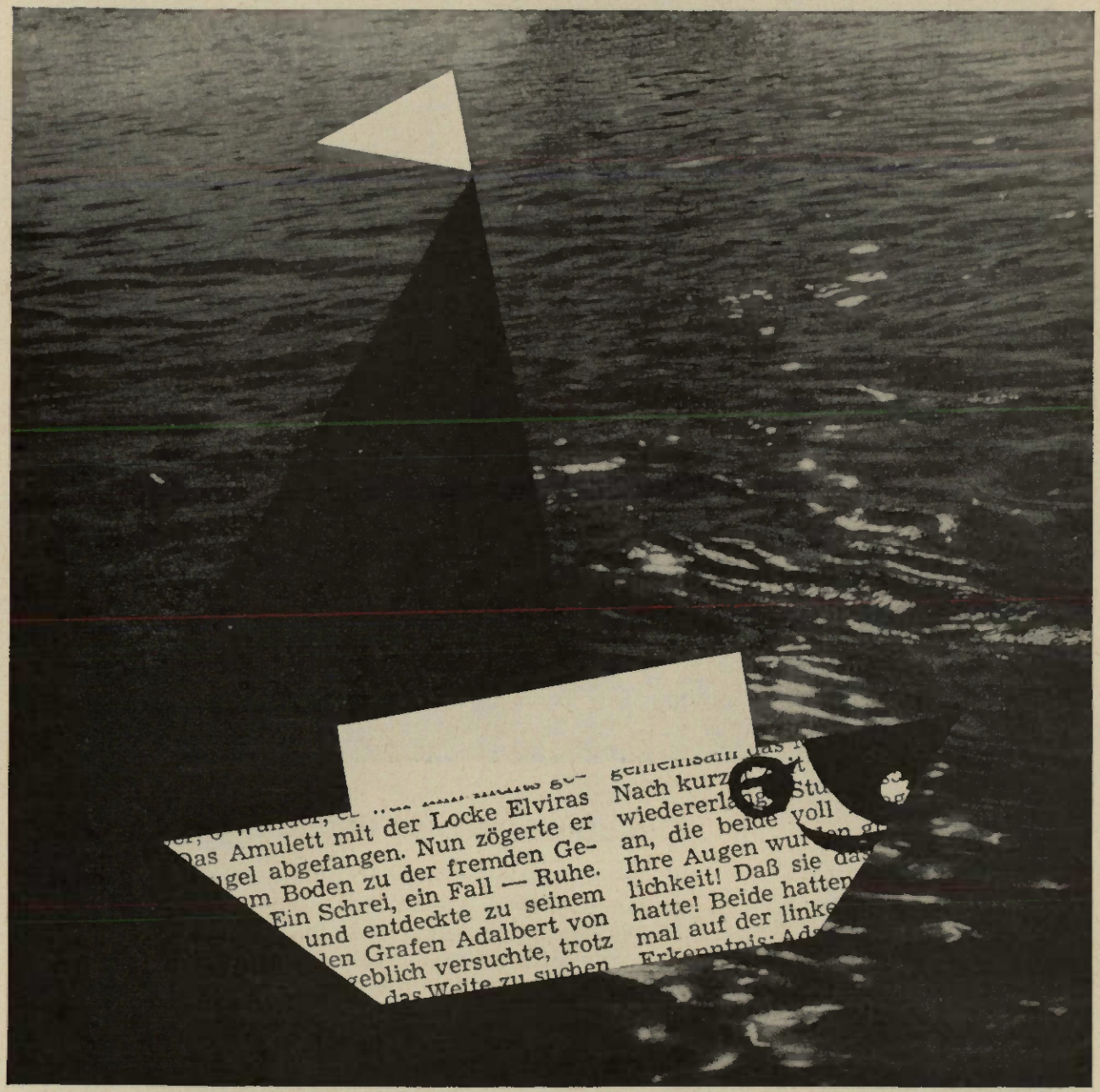
Das Penicillin, das besonders in Amerika in breitestem Umfang Anwendung fand, hat dort eine hohe Allergiequote, die nach amerikanischen Literaturangaben zwischen 2 und 24% liegt. Glücklicherweise ist der anaphylaktische Schock sehr selten. Er tritt durchschnittlich unter einer Million mit Penicillin behandelten Menschen einmal auf. Dabei spielt die Menge des Penicillins und seine Anwendungsweise keine Rolle. Es genügen Bruchteile einer Einheit, um einen Schock auszulösen. Er tritt auch bei Hauttestungen auf. Ebenso spielt die Art des Penicillins keine Rolle. Neben der Sensibilisierung durch Penicillinmedikation ist auch eine solche durch ubiquitär vorhandene Schimmelpilze, durch Nahrungsmittel (Kuhmilch enthält häufig Penicillin), Penicillinrückstände in Spritzen und Kanülen sowie durch Kontaktstoffe, wie Wolle, Pelz, Lippenstift u. a., möglich.

Nachdem Schreiber auf die Ursache und Entstehung des anaphylaktischen Schocks eingegangen war, unterstrich er besonders die Bedeutung des Früherkennens und der sofortigen Behandlung. Es empfiehlt sich, ambulant mit Penicillin behandelte Patienten mindestens 20 Minuten in Beobachtung zu halten. Plötzliche Atemnot, Husten, Stuhldrang sind oft die ersten Symptome. Da nur wenige Minuten zur Behandlung zur Verfügung stehen, kommt alles auf eine sofortige, zielgerechte Therapie an, wofür ein Notfallsbesteck zur Verfügung stehen sollte.

Arterenol ist das wichtigste Therapeutikum. Wenn durch Adrenalinpräparate und Cortison nach 3 Minuten kein Behandlungserfolg zu verzeichnen ist, dann

CIBA

Otriven®
Otriven-Millicorten®



frischer Wind für die verstopfte Nase!

Spasmalfher®

Direktspasmolyse und Analgesie

dank der muskulotropen Angriffsweise des neuen spasmolytischen Wirkstoffes. Keine atropinartigen Nebenwirkungen, keine Beeinflussung des vegetativen Nervensystems.
Spasmalfher löst zuverlässig schwere Gallen- und Nierensteinkoliken, Darmtenesmen und Spasmen des Urogenitaltraktes. Es verkürzt die Geburtszeit, vermindert die Beschwerden instrumenteller diagnostischer Eingriffe und beseitigt hochgradige Tumorschmerzen.
Bei der Dysmenorrhoe entfaltet Spasmalfher eine spezifische Wirksamkeit.

Dragées Suppositorien Ampullen

1-(p-Äthoxyphenyl)-1-diäthylamino-3-methyl-3-phenyl-propanhydrochlorid Amp. Drag. Supp. = 75 mg; Dimethylaminophenyldimethylpyrazolon Drag. Supp. = 300 mg; Codeinphosphat Drag. = 10 mg, Supp. = 20 mg; Phenyldimethylpyrazolonmethyl-aminomethansulfonsaures Natrium Amp. = 2500 mg.

FHER

FHER Arzneimittel Gesellschaft mbH Mainz am Rhein

Dr. W. Schreiber, Nürnberg

Prof. Dr. G. Piekarski, Bonn

Prof. Dr. H. Röckl, München

Prof. Dr. P. P. Segschneider, Bayreuth

muß unbedingt Arterenol intracardial gegeben werden, verbunden mit einer extracardialen Massage und einer Beatmung (notfalls Mund-zu-Mund-Atmung).

Cortisonpräparate verhindern die Antigen-Antikörper-Reaktion, kommen aber meist zu spät. Antihistaminika verhindern das Wirksamwerden der H-Substanzen durch Verdrängung. Mit ihrer Verabreichung darf man sich jedoch nicht aufhalten, sie sind, ebenso wie eine Penicillasegabe, erst nach Überwindung der akuten Gefahr angebracht.

Am 2. Kongreßtag stand die Trichomoniasis als Hauptthema auf dem Tagungsprogramm. Prof. Dr. G. Piekarski (Hygiene-Institut der Universität Bonn) berichtete über „Parasitologie und Nachweismethoden bei Trichomonas vaginalis".

Trichomonas vaginalis ist ein sehr verbreiteter Flagellat, der in bezug auf seine Pathogenität für den Menschen bis in die letzte Zeit sehr unterschiedlich beurteilt worden ist. Am häufigsten trifft man ihn bei Menschen zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr. Dabei sind Frauen häufiger betroffen als Männer. Der Befall ist wesentlich vom hygienischen Niveau abhängig.

Trichomonas vaginalis wurde erstmals 1836 beschrieben. Es handelt sich um einen 10- bis 45µ großen Einzeller von rundlich-ovaler Form, der an einem Ende vier Geißeln trägt und eine undulierende Membran besitzt. Die typischen Formen sind am häufigsten im Vaginalabstrich zu finden. Formabweichungen kommen vor, für das Bestehen einer Cysten- bzw. Dauerform besteht kein Anhalt. Trichomonas vaginalis ist eindeutig von der in unseren Breiten relativ seltenen Darmtrichomonade (Trichomonas hominis) zu unterscheiden. Austrocknung und Sonnenbestrahlung tötet die Trichomonaden schnell ab, im Wasser halten sie sich auch nicht lange.

Während Frauen häufig symptomlose Trichomonadenträger sind, scheinen sich die Trichomonaden beim Mann — wenn sie nicht zur Erkrankung führen — nicht lange zu halten. Die Übertragung von Mensch zu Mensch erfolgt größtenteils durch den Geschlechtsakt, weshalb die Trichomoniasis als venerische Infektion angesehen werden kann. Es sollte jedoch streng zwischen Infektion und Erkrankung unterschieden werden.

Die Diagnosestellung ist im allgemeinen mit Hilfe des Erregernachweises und der klinischen Erscheinungen gut möglich. Vielleicht spielt in Zukunft für die Diagnosestellung, die vor allem beim Mann Schwierigkeiten bereiten kann, die neuerdings durchführbare Komplementbindungsreaktion eine größere Rolle. Der Krankheitsnachweis ist mit Sicherheit nur mikroskopisch zu führen, im Nativpräparat, bei der Dunkelfelduntersuchung, im Färbeverfahren oder im Kulturverfahren.

Über „die urogenitale Trichomoniasis des Menschen und ihre Behandlung" sprach Prof. Dr. H. Röekl (Dermatologische Klinik der Universität München).

Die Trichomoniasis ist eine durch den Geschlechtsverkehr übertragbare Parasitose. Eine Übertragung muß aber nicht zur Erkrankung führen. Der Erreger findet sich in nahezu sämtlichen Organen des Urogenitaltraktes und kann dort zu Entzündungen führen. Die Trichomonadeninfektion stellt die häufigste Form der nichtgonorrhoeischen Urethritis dar. Die urogenitale Trichomoniasis verursacht keine für sie typischen Symptome; auch der häufig schaumig-weißliche Trichomonadenfluor der Frau ist nicht die Regel.

Für den Nachweis der Trichomoniasis ist in der Praxis das ungefärbte Nativpräparat ausreichend. Bei Verdacht auf eine Trichomonadenurethritis wird man Urethrasekret oder Schleimhautgeschabsel der Urethra untersuchen. Bei einer Prostatitis dient Prostataexprimat als Untersuchungsmaterial. Bei einer Cystitis oder Pyelitis müssen Sediment und Schleimflocken des Katheterurins untersucht werden und bei einer Epididymitis Urethra- und Prostatasekret. Bei einer Vulvitis und Kolpitis wird ein Abstrich aus Vulva oder Vagina untersucht.

Die Therapie ist durch die Entwicklung des Imidazolpräparates Clont („Bayer") heute sehr einfach. Röckl kommt allein mit der oralen Applikation aus, von anderen Autoren wird oft eine zusätzliche lokale Behandlung durchgeführt. Unzureichend ist in jedem Falle eine alleinige lokale Behandlung. Bewährt hat sich folgende Doslerung: 2mal 250 mg täglich (morgens und abends), fünf Tage lang. Beim Mann genügt auch eine dreitägige Behandlung. Der Geschlechtspartner muß, wenn bei ihm Trichomonaden nachweisbar sind, in jedem Fall mitbehandelt werden.

„Die Trichomonasis der Frau" wurde von Prof. Dr. P. P. Segschneider (Städt. Frauenklinik Bayreuth) behandelt.

Anhand eines sehr großen Patientengutes konnte Segschneider eine Trichomonadenbefallsrate von 25% feststellen. Diese Zahl erhöht sich auf 35 bis 40%, wenn nur Frauen mit Fluor berücksichtigt werden.

Nach einer Demonstration des Vorgehens bei der Gewinnung von Abstrichen und ihrer mikroskopischen Auswertung anhand von Farbdias ging Segschneider auf die Übertragungsmöglichkeiten und auf Probleme der Mitteilung dieser „Geschlechtskrankheit" ein. Die

Trichomonaden werden fast immer durch den Geschlechtsverkehr übertragen, jedoch ist in einzelnen Fällen ein anderer Übertragungsmodus nicht eindeutig widerlegbar. Die „Badetheorie", das heißt, eine Trichomonadenübertragung durch das Badewasser, ist wohl nicht haltbar, dient aber oft als Ausrede, um eine — wenn die Infektion durch einen außerehelichen Verkehr erfolgte — gefährdete Ehe zu erhalten. Außerdem werden Übertragungsmöglichkeiten über gemeinsam benutzte Unterwäsche oder Waschlappen, durch das sog. Petting und nicht zuletzt als eine iatrogene Erregerverschleppung diskutiert.

Bei der Erkrankung der Genitalorgane steht die Trichomonadenkolpititis mit dem oft typischen Fluor an erster Stelle. Eine Vulvitis, eine Bartholinitis und eine Kondylombildung durch Trichomonaden sieht man nicht selten. Eine Trichomonadencervicitis, -endometritis, -metritis und -salpingitis ist theoretisch möglich, im allgemeinen jedoch schwer zu objektivieren. Bei der Trichomonasis der Harnorgane sind Urethritis, Paraurethritis, Cystitis und Pyelitis zu unterscheiden. Funktionelle Störungen als Ausdruck einer Trichomonadeninfektion trifft man in Form eines Pruritus, einer Dispareunie oder einer Metropathie bei genitalen Affektionen. Miktionsstörungen oder Pollakisurie können sich aus einer urologischen Affektion herleiten. Außerdem sind neurotische Störungen (Angstneurosen, Depressionen) denkbar.

Segschneider ging dann auf die Zusammenhänge zwischen Trichomonasis und Fertilität ein. Es besteht keln Anhalt, daß durch eine Trichomonadeninfektion die Fertilität gestört wird, es ist auch keine größere Aborthäufigkelt bei Trichomonadenträgerinnen nachweisbar. Auch die Möglichkeit einer Sterilität durch Trichomonaden ist deshalb weniger glaubhaft. Da in letzter Zeit jedoch wiederholt über erfolgreiche Sterilitätsbehandlungen mit Clont berichtet wurde, sollte man, wenn alle anderen Untersuchungen keine Ursache für eine Sterilität auffinden lassen, auch bei beiden Partnern nach Trichomonaden suchen.

Bei der Behandlung der Trichomonasis hat Clont die größte Erfolgsziffer, es hat nur den Nachteil, daß es teuer ist, weshalb oft auf andere Präparate zurückgegriffen werden muß. Die rein vaginale Behandlung mit Clont bringt nur in den wenigsten Fällen einen Dauererfolg. Eine echte Sanierung beweisen erst negative Abstriche über 6 Perioden. Die rein orale Behandlung dagegen hat nur in 7,5%, die kombinierte orale und vaginale Behandlung in 5,1% der Fälle Mißerfolge zu verzeichnen. Bei einer intakten Ehe muß der Ehemann mitbehandelt werden. Die Mitbehandlung des Geschlechtspartners ist natürlich wenig erfolgversprechend, wenn es sich um Personen mit häufig wechselndem Geschlechtsverkehr handelt. Clont verursacht kaum Nebenerscheinungen. Die normale Scheidenflora wird durch das Präparat nicht beeinflußt. Eine orale Clontbehandlung während der Schwangerschaft ist abzulehnen.

Major Trevor D. Novack (Boston; Chirurgische Klinik des amerikanischen Krankenhauses Nürnberg) sprach über die „Beschneidung bei neugeborenen Knaben als Prophylaxe gegen Genitalkarzinome".

In Amerika ist die Circumcision die neben der Episiotomie am häufigsten ausgeführte Operation. Mit dem Ansteigen der Klinikentbindungen wuchs auch die Popularität der Circumcision, so daß heute etwa 90% aller amerikanischen Knaben im Verlaufe der ersten Lebenswoche beschnitten werden. Es ist nicht zu leugnen, daß Aufklärung, Volksmeinung und lokale Bräuche entscheidend dazu beigetragen haben, daß die Eltern die Beschneidung ihres Kindes wünschen. Als Beispiel für diese Haltung diente dem Redner die Erfahrungstatsache, daß ein Patient mit Ulcusbeschwerden in Amerika eben geröntgt zu werden wünscht, während ein Italiener mit denselben Beschwerden nach Tabletten verlangt.

Die Vorzüge der Beschneidung liegen einmal in der dadurch meist verbesserten Hygiene, die so eine Prophylaxe für unspezifische Entzündungen darstellt. Gerade bei Soldaten bietet eine ausreichende Genitalhygiene oft Schwierigkeiten, nicht nur in Kriegszeiten.

Außerdem ist nach amerikanischen und deutschen Statistiken das Cervixcarcinom bei Frauen beschnittener Männer seltener. Dies scheint jedoch noch nicht bewiesen.

Kein Zweifel besteht aber darüber, daß das Peniscarcinom durch die Beschneidung weitgehend verhindert werden kann. In der gesamten Welt sind nur ½ Dutzend Fälle von Peniscarcinomen bei im Kindesalter Beschnittenen bekannt.

Abschließend demonstrierte Novack anhand von Farbdias die Technik der Circumcision.

Zur „BCG-Schutzimpfung gegen die Tuberkulose" nahm Prof. Dr. Freerksen (Direktor des Tuberkulose-Forschungsinstitutes Borstel) kritisch Stellung, indem er besonders auf die Frage ihrer Wirksamkeit, ihrer Notwendigkeit und ihrer Indikation einging.

1. Es läßt sich nicht bestreiten, daß die BCG-Schutzimpfung einen gewissen Schutz gewährleistet, doch ist diese Schutzwirkung relativ unbefriedigend. Dabei hat der nach Calmette und Guérin verwendete Bakterienstamm — ein Typus bovinus, der durch verschiedene Kulturpassagen abgeschwächt wird — noch die beste Wirkung. Das Eintreten eines Schutzeffektes wird praktisch durch das Positivwerden der Tuberkulinreaktion untersucht, doch steht eindeutig fest, daß die durch eine positive Tuberkulinreaktion aufgezeigte Allergie des Körpers keineswegs mit seiner Immunität identisch ist. So bedeutet ja auch eine positive Tuberkulinreaktion, die durch eine echte tuberkulöse Infektion aufgetreten ist, keine Immunisierung. Die BCG-Impfung hat bei Tuberkulinpositiven keinen Sinn.

2. Die Frage nach der Notwendigkeit der BCG-Schutzimpfung läßt sich nur im Zusammenhang mit der Epidemiologie der Tuberkulose beantworten. In der Bundesrepublik ist die Exposition und damit die Zahl der tuberkulinpositiven Kinder und Jugendlichen in den letzten Jahren erheblich zurückgegangen. Die heute in die Schule einziehenden Fünf- bis Sechsjährigen zeigen nur in 5 bis 6% eine positive Tuberkulinreaktion. Deshalb sollte unsere ganze Aufmerksamkeit den tuberkulinpositiven Jugendlichen (10 bis 15%) gelten. Sie sind am meisten gefährdet und durch Röntgenreihenuntersuchungen zu überwachen. Eine Röntgenuntersuchung bei Tuberkulinnegativen ist sinnlos, da bei diesen niemals eine Erkrankung vorliegt. Deshalb sollte jeder Arzt bei der Untersuchung eines Kindes wissen, ob dieses tuberkulinnegativ oder tuberkulinpositiv ist. Bei tuberkulinpositiven Kindern müßte dann eine

Prof. Dr. E. Freerksen, Borstel

Prof. Dr. W. Lührs, Rottach-Egern

Chefarzt Colonel John R. Hall jr., Nürnberg

Prof. Dr. R. Haas, Freiburg i. Brg.

Frühtherapie, also eine mehrmonatige tuberkulostatische Behandlung, erfolgen.

3. Es sollte überall dort eine BCG-Impfung stattfinden, wo eine Tuberkullnkontrolle nicht durchführbar ist (z. B. in Entwicklungsländern); ferner bei Jugendlichen, bei denen nach der Schulentlassung keine regelmäßige Röntgenkontrolle durchgeführt werden kann.

Über „ätiologische Zusammenhänge zwischen Infektionen, Bakterien-Stoffwechsel und Carcinomen und versuchte therapeutische Folgerungen" sprach Prof. Dr. W. Lührs (Sanatorium Bergfrieden, Rottach-Egern).

Trotzdem bereits 2 000 Jahre vor der Zeitwende das Carcinom beschrieben wurde, lst seine Ursache auch heute noch nicht bekannt. Beobachtungen, wie die Krebsentstehung nach Ascitispunktionen, das Auftreten von Blasenkrebsen bei der Bilharziosis, das Auftreten von Darmneoplasmen bei einer Amöbiasis und die tierexperimentelle Krebserzeugung machen verständlich, daß man immer wieder ein infektiöses Agens für die Krebsentstehung verantwortlich machte. Heute weiß man, daß es sich bei diesen Beobachtungen um eine Tumorzellverschleppung, um eine Krebsentstehung im Narbengewebe oder um ein zufälliges Zusammentreffen von Krebs und Infektion handelte. Nachdem so die parasitäre und die bakterielle Ätiologie des Krebses ad acta gelegt waren, rückte die Virustheorie immer mehr in den Vordergrund. Daß Viren Krebs erzeugen können, ist bekannt. Andererseits kennt man andere, typische, durch Viren hervorgerufene Granulombildungen. Viel mehr läßt sich darüber heute noch nicht aussagen.

Abschließend berichtete Lührs über Versuche, die Krebsgeschwülste durch künstliche Infektionen — hier lst vor allem das Erysipel zu nennen, welches bekanntlich zu einer Verödung der Lymphbahnen führt — zu beeinflussen.

Colonel J. R. Hall jr. (Chefarzt des amerikanischen Krankenhauses Nürnberg) hatte einen, aus eigener Erfahrung zusammengestellten Vortrag über „Atombombenverletzungen in Hiroschima" ausgearbeitet, der durch eindrucksvolles Bildmaterial und durch zwei, größtenteils aus japanischen und amerikanischen Originalaufnahmen bestehende Filme untermauert wurde. In seiner Vertretung hatte Dr. Schreiber (Amerikanisches Krankenhaus Nürnberg) die Verlesung des Manuskripts und die Erläuterung der Filme übernommen.

Beim Atombombenabwurf in Hiroschima fanden 17 000 Menschen den Tod, 70 000 wurden verletzt. Die Verbrennungen stellten etwa 40% der Verletzungen dar, auch die Zahl der durch die Druckwelle verursachten Verletzungen betrug etwa 40%, während die Strahlenverletzungen etwa 20% der Schädigungen ausmachten.

Die kurzdauernde Hitzewelle, bei der Temperaturen von mehreren Tausend Grad entstehen, trifft den Menschen fast nur an der der Explosion zugewandten Körperseite. Unbedeckte oder mit dunkler Kleidung versehene Körperstellen werden dabei am schwersten beschädigt. Weitere Verbrennungsschäden entstehen aus der durch die Hitzewelle entfachten Brände.

Verletzungen durch die Druckwelle entstehen einmal direkt und sind dann meist tödlich. Die Mehrzahl der Druckschädigungen entsteht jedoch indirekt durch das Einstürzen von Gebäuden, durch umherfliegende Splitter u. a.

Strahlenverletzungen wirken sich — je nach Entfernung vom Explosionszentrum — entweder sofort tödlich aus, oder die Kranken sterben unter Temperaturanstieg mit diffusen Blutungen innerhalb der ersten Tage. Beim Strahlenspätsyndrom, das anfänglich mit Übelkeit und Erbrechen einhergeht, erholen sich die Betroffenen in den ersten Tagen wieder, nach 14 Tagen aber tritt dann die Strahlenerkrankung auf. Es kommt zu einem Haarausfall und nachfolgend zu einem Lymphozyten-, Leukozyten- und Thrombozytensturz und dem Vollbild einer aplastischen Anämie. Die Prognose der Strahlenkrankheit ist von der Schwere der Schädigung abhängig.

„Viruserkrankungen" standen als Thema des dritten und letzten Tages auf dem Programm. Es wurde eröffnet mit dem Vortrag von Prof. Dr. R. Haas (Hygienisches Institut der Universität Freiburg i. Br.). „Was leistet die orale Poliomyelitis-Impfung?".

Die im Frühjahr 1962 durchgeführte Massenimpfung mit dem Sabin-Impfstoff Typ I liegt nunmehr so weit zurück, daß man einige vorsichtige Aussagen machen kann. Die Beurtellung der Ergebnisse stützt sich auf serologische und virologische Untersuchungen und auf epidemiologische Gegebenheiten.

Bei der serologischen Untersuchung wird einmal der individuelle Antikörpertiter bestimmt, also die Menge der gebildeten Antikörper. Die Höhe des durch die Impfung entstehenden Antikörpertiters lst vor allem für den Impfling selbst von Bedeutung. Die Titer liegen nach der oralen Impfung durchschnittlich etwas höher als nach dreimaliger Impfung nach Salk. Es scheint, daß schon geringe Antikörpertiter einen guten Erkrankungsschutz geben. Die Vorteile der oralen Impfung liegen in ihrer leichten und deshalb umfassenden Durchführbarkeit, in der durch sie gegebenen „Darmimmunität" und darin, daß durch die Virusausscheidung

über den Darm der Mensch als Glied einer Infektionskette dient.

Als Konversionsrate wird der Prozentsatz der vor der Impfung antikörperfreien Personen bezeichnet, der durch die Impfung Antikörper bildet. Die Konversionsrate liegt beim Sabin-Typ I durchweg über 90%. Aber auch bei dreimaliger Salk-Impfung kommt man auf Werte um 90%. Vier Faktoren können einen Impferfolg hauptsächlich beeinträchtigen: 1. Ein zu geringes Alter der Impflinge (diese sollten mindestens drei Monate alt sein); 2. eine ungenügende Impfdosis (300 000 bis 500 000 infektiöse Einheiten müssen gegeben werden); 3. eine Virusinterferenz (weshalb nicht in den Sommer- und Herbstmonaten geimpft werden soll) und 4. der Zeitabstand zwischen den Impfungen.

Die Epidemiologie der Poliomyelitis kann zwar nur bedingt zur Bewertung eines Impferfolges berangezogen werden, die enorme Senkung der Morbidität im Jahre 1962 — 4,32 Millionen Menschen, das sind 45% der Gesamtbevölkerung, haben in diesem Jahr in Bayern an der Schluckimpfung teilgenommen — läßt jedoch kaum Zweifel an einem Erfolg zu.

Impfschäden sind bei der in Deutschland durchgeführten Poliomyelitisschluckimpfung kaum aufgetreten. Bei 4 Millionen Impfungen in Württemberg ist nicht ein Fall bekanntgeworden, bei dem ein sicherer Zusammenhang zwischen einer neurologischen Erkrankung und der Impfung besteht.

Kontraindikationen gibt es nach Meinung der Mehrzahl der maßgebenden Experten nicht, insbesondere stellen Tonsillektomie, Steroidtherapie u. a. keine Kontralndikationen dar.

Über Impfungen mit dem Sabin-Typ II liegen aus Amerika und anderen Ländern sehr gute Ergebnisse ohne Zwischenfälle vor. Eine Impfung mit dem Typ III ist bei dem zur Zeit verfügbaren Impfmaterial noch zu gefährlich.

Prof. Dr. H. Lippelt (Tropeninstitut Hamburg) sprach über die „Ätiologie der Erkältungskrankheiten".

Von den Erfolgen gegenüber den Infektionskrankheiten — besonders durch die Einführung der Antibiotika und Sulfonamide — sind die Erkältungskrankheiten ausgenommen. Sie stellen durch ihre Häufung in den Wintermonaten ein echtes volkswirtschaftliches Problem dar. Man schätzt den durch diese Erkrankungen entstehenden Schaden in der Bundesrepublik auf jährlich 500 Millionen D-Mark. Die Ursache der Erkältungskrankheiten ist sehr vielschichtig. Der weitaus größte Teil wird durch Viren verursacht. Da bis heute die Möglichkeit einer gezielten, causalen Therapie fehlt, beziehen sich alle Überlegungen auf die Vorbeugung. Neben allgemeinen hygienischen Maßnahmen (Sauberkeit, Meidung von Menschenansammlungen) dienen vor allem Schutzimpfungen zur Bekämpfung der Erkältungskrankheiten. Für die Herstellung der Impfstoffe ist aber die Klärung der Ätiologie der Infekte Voraussetzung. Diese Bemühungen haben in den letzten 5 Jahren zu wichtigen neuen Erkenntnissen geführt. Während vor dieser Zeit nur 10% der Erkältungsinfekte ätiologisch geklärt werden konnten, sind jetzt über 80 Viren antigenetisch zu differenzieren: Die Myxoviren, zu denen die Influenzaviren (Typ A, B und C), die Parainfluenzaviren und das Newcastlevirus gehören; die Adeno- (28 Typen) und Rhinoviren; die Reo-Virus-Gruppe (Typ 1, 2, 3); die Enteroviren; das RS (Respiratory syncytial)-Virus und die PPL-Organismen („Kälteagglutinationspositive Pneumonien"); außerdem das Ornithosevirus.

Im abschließenden Teil des Referates ging Lippelt auf die derzeitige epidemiologische Situation der sog. Erkältungskrankheiten ein. Echte Influenzaerkrankungen treten zur Zeit nur vereinzelt auf, während die Adeno-Infektionen häufiger als Bagatellerkrankungen gesehen werden. Besonders ist auf die Ornithose hinzuwelsen, deren Auftreten in Geflügel-Industriebetrieben gehäuft vorkommt.

„Über die Tollwutepidemiologie und Fragen der Impfindikation" berichtete Prof. Dr. G. Schoop (Institut für Zoonosenforschung an der Universität Frankfurt/Main).

Die Tollwut ist mit Ausnahme Australiens über alle Erdteile verbreitet. Von Zeit zu Zeit, insbesonders nach Kriegen, treten größere Seuchenzüge auf. Ein derartiger pandemischer Seuchenzug läuft seit 1939 durch Europa. Westdeutschland ist 1950 vom Osten her erfaßt worden und bis auf kleine Bereiche im Süden heute ganz verseucht.

Man unterscheidet zwei verschieden sich verhaltende Kreisläufe der Krankheit, und zwar einen unter Haustieren und einen unter Wildtieren. Die Hauptträger sind Hunde oder wildlebende Hundearten (Fuchs, Wolf). Zur Zeit beherrscht der Fuchs das Seuchengeschehen, wobei laufend Übertragungen auf Haustiere vorkommen. Trotz des zahlenmäßigen Vorherrschens erkrankten Wildes — auf ein erkranktes Haustier kommen vier erkrankte Wildtiere — stellen die Haustiere für den Menschen die bauptsächlichste Gefahrenquelle dar. Nach statistischen Untersuchungen ist der Mensch durch Haustiere 20mal mehr gefährdet als durch Wildtiere. Dabei steht zur Zeit die Katze als Gefahrenquelle an erster Stelle. Sie verbreitet die Seuche nicht unter Tieren, wohl aber gibt sie zu 50% die potentielle Infektionsquelle für den Menschen ab. An zweiter Stelle steht der Hund mit 20%. Dann folgen Wild (10%) und Ratte. Die Morbidität des Menschen, wenn er der Infektion ausgesetzt ist, liegt nicht höher als 10%. Die größte Gefährdung liegt bei einer Bißverletzung vor; Infektionen durch Rißwunden der Haut oder durch Schleimhäute spielen praktisch keine Rolle. Verdächtige Tiere sollen nicht getötet, sondern beobachtet werden.

Eine absolute Impfindikation besteht bei Bißverletzungen durch sicher infizierte Tiere. Da die Feststellung einer Tollwut bei einem verdächtigen Tier Zeit erfordert, wird man oft auf Verdacht impfen müssen. Die Berührung eines infizierten Tieres stellt, wenn keine Wunden vorhanden sind, im allgemeinen keine Impfindikation dar.

Über die „Epidemiologie und Klinik von Coxsackievirusinfektionen im Kindesalter" sprach Prof. Dr. O. Hövels (Universitäts-Kinderklinik Erlangen) und behandelte dabei die beiden wichtigsten Erkrankungen, die Herpangina und die Bornholmer Krankheit.

Die Herpangina befällt vorwiegend Säuglinge und Kinder. Sie tritt meist im Sommer in kleinen Epidemien auf, ist aber das ganze Jahr über nachweisbar. Nach einer Inkubationszeit von 5 bis 7 Tagen tritt Fieber auf, dem katarrhalische Symptome mit Schmerzen im Rachen folgen. Diese sind durch die typische Entzündung des Rachens, die mit weißlichen Bläschen oder Ulcera im Bereich der vorderen Gaumenbögen einhergeht, bedingt. Muskelschmerzen, Leibschmerzen,

HÄDENSA

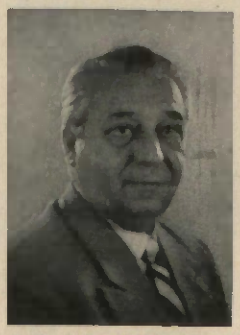
hilft

BEI HÄMORRHOIDEN

EIN WESTBERLINER ERZEUGNIS

SALBE DM 1,50 o. U.
SUPPOSITORIEN DM 1,25 o. U.

HÄDENSA-GESELLSCHAFT · BERLIN-FRIEDENAU



Prof. Dr. H. Lippelt, Hamburg

Prof. Dr. G. Schoop, Frankfurt a. M.

Prof. Dr. O. Hövels, Erlangen

Meningismus können vorhanden sein. Die Prognose ist fast immer gut. Die Therapie kann nur symptomatisch betrieben werden mit Fieber- und Schmerzbekämpfung.

Ähnliche Lokalbefunde wie bei der Herpangina können auch bei Masern, Pfeifferschem Drüsenfieber u. a. auftreten. Ob dabei das Coxsackievirus beteiligt ist, muß noch geklärt werden.

Die Bornholmer Krankheit, die im Ostseeraum seit 200 Jahren Endemien und Epidemien verursacht, ist bei uns erst seit 12 Jahren durch eine größere Epidemie bekannt geworden. Sie wird im Volksmund auch als „Teufelsgriff" oder „Lungenstiche" bezeichnet. Hier stehen neben dem Fieber die Muskelschmerzen im Vordergrund. Bei der häufigen thorakalen Verlaufsform kommt es zu einem plötzlichen Beginn mit stechenden Schmerzen im Bereich der unteren Thoraxpartien. Die Intensität der Beschwerden wechselt zeitweilig. Bei der abdominellen Verlaufsform treten vor allem rechtsseitige Oberbauchschmerzen auf und die Kinder wimmern und wälzen sich im Bett. Andere Erscheinungsformen beschränken sich auf die Extremitätenmuskulatur, wobei bei einem Muskelkater ähnliche Beschwerden auftreten. Herpangina und Bornholmer Krankheit können im Rahmen einer Epidemie wechselseitig auftreten. Abortive, uncharakteristische Verlaufsformen kommen wesentlich häufiger vor als Komplikationen. Differentialdiagnostisch sind Pneumonien (anderer Atemtyp), eine Appendicitis (peritonitische Reizung im Gegensatz zu der Muskelentzündung bei der Bornholmer Krankheit), eine Osteomyelitis (meist nur eine Extremität befallen) und ein rheumatisches Fieber (Ansprechen der Rheumatherapie) zu berücksichtigen.

In der akuten Phase der Erkrankung hilft keine Laboratoriumsuntersuchung zur Diagnosestellung. Man kann im allgemeinen nur zu Epidemiezeiten eine sichere Diagnose stellen. Der Nachweis von Viren oder von neutralisierenden Antikörpern kommt fast immer zu spät, denn die Erkrankung heilt in wenigen Tagen ab. Die Schmerzen lassen sich am besten durch Novalgin und trockene Wärme bekämpfen.

Abschließend sprach Capt. P. J. Fugazzotto (Philadelphia; Kinderklinik des amerikanischen Krankenhauses Nürnberg) über die „Impfung gegen Masern".

Er gab einleitend eine Übersicht über die Masernmorbidität und Mortalität in den verschiedenen Ländern. Da Masern eine universelle Erkrankung sind, die auch heute noch zum Tode führen können, hat die Entwicklung einer Schutzimpfung ihre Berechtigung. Als wirksamste Methode wurde die subkutane Impfung mit abgeschwächten Masernviren und nachfolgender Gamma-Globulinverabreichung geschildert. Sie verleiht einen hohen, lange anhaltenden Schutz.

Im Verlauf der Tagung wurden die Filme „Extrakardiale Herzmassage" (Film der Vereinigten Amerikanischen Internisten, Philadelphia) und „Experimentelle und klinische Studien zum Rheumaproblem" (Farbenfabriken Bayer A.-G., Leverkusen) vorgeführt.

Viel Beachtung fand eine von Dr. Derlath (Medizinisches Bildarchiv München) gezeigte Ausstellung medizinischer Fotografie. Ferner fanden klinische Demonstrationen im Gelände der städt. Krankenanstalten statt. Hervorgehoben werden muß noch der übersichtliche Aufbau der Ausstellungsstände der pharmazeutischen Industrie sowie die vorbildliche Organisation der gesamten Tagung. R-l

AUS DER BUNDESPOLITIK

Eine weitere Ärztin im Bundestag

Durch den Tod des FDP-Bundestagsabgeordneten Kühn ist Frau Dr. med. Hedda Heuser, Bensberg bei Köln, Hauptstraße 14, als weitere ärztliche Bundestagsabgeordnete in den 4. Deutschen Bundestag eingerückt.

Freie Arztwahl im Bundesseuchengesetz

Überraschend hat der Bundestag am 12. Dezember 1962 bei der dritten Beratung einer seit langem vorbereiteten Änderung des Bundesseuchengesetzes zusätzlich einen Beschluß gefaßt, der einen neuen Fortschritt in den Bemühungen um die Verankerung der freien Arztwahl darstellt.

Auf Grund eines von dem FDP-Abgeordneten Spitzmüller und zahlreicher anderer Abgeordneter der drei Bundestagsfraktionen unterschriebenen Antrags dürfen in Zukunft auch freipraktizierende Ärzte, die über die entsprechenden Untersuchungseinrichtungen verfügen, die im Seuchengesetz vorgeschriebenen Gesundheitsatteste ausstellen, die in Lebensmittelbetrieben, Krankenhäusern usw. beschäftigte Personen regelmäßig vorweisen müssen. Bisher waren für diese Untersuchungen nur die Gesundheitsämter zuständig.

Der eigentliche Anlaß der Änderung des Bundesseuchengesetzes war die Polio-Schluckimpfung. Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Art. 2 Abs. 1 des Grundgesetzes) wurde eingeschränkt hinsichtlich der Übertragung von abgeschwächten Erregern, die bei der Schluckimpfung verwendet werden, auf ungeimpfte Personen. Dementsprechend wurde auch die Haftungsverpflichtung des Staates für Impfschäden auf solche ungeimpfte, aber durch Impferreger etwa geschädigte Personen ausgedehnt.

Schutzräume für Krankenhäuser

Bundesmittel für die Errichtung von Schutzräumen bei Krankenhausneubauten steben nicht zur Verfügung. Diese Antwort gab der Bundesminister des Innern in einer Fragestunde des Bundestages. Die Bundesregierung gehe davon aus, daß die Kosten solcher Schutzräume grundsätzlich von den Bauherren zu tragen sind. Der Bundesinnenminister wies darauf hin, daß z. B. Nordrhein-Westfalen die Gewährung von Zuschüssen für Krankenhausneubauten von der Errichtung ausreichender Schutzräume abhängig mache. Im übrigen würde der gesamte Komplex in einem Schutzbaugesetz geregelt werden.

Krankenhaus-Pflegesätze

Dr. Hamm (FDP):

Teilt die Bundesregierung die Auffassung, daß die bereits im Bericht des Bundesministers für Wirtschaft vom 1. September 1959 dargestellte erhebliche Kostenunterdeckung bei den Krankenanstalten der Bundesrepublik eine entscheidende Ursache darin hat, daß gemäß § 2 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung vom 31. August 1954 die Preisbildungsstellen der Länder gehalten sind, bei der Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der für die Krankenhausbenutzer zahlenden Sozialversicherungsträger zu beachten?

Ist die Bundesregierung zur Herstellung und Erhaltung der Leistungsfähigkeit der Krankenhäuser bereit, die Bundespflegesatzverordnung darin zu ändern, daß bei der Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze allein die bei sparsamer Wirtschaftsführung entstehenden Selbstkosten der Krankenhäuser zu berücksichtigen sind?

Dr. Westrick,
Staatssekretär im Bundesministerium für Wirtschaft:

Nach § 2 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung ist die Kosten- und Ertragslage der Krankenanstalten neben der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der beteiligten Sozialversicherungsträger bei der Genehmigung oder Festsetzung von Krankenhauspflegesätzen durch die Länder zu berücksichtigen. Nach der Rechtsprechung hierzu ist die Berücksichtigung der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der beteiligten Sozialversicherungsträger gleichrangig. Der Bundesminister für Wirtschaft teilt die Auffassung, daß die gegenwärtig noch immer bestehende Kostenunterdeckung der Krankenanstalten der Bundesrepublik jedenfalls zum Teil auf diese Vorschrift zurückzuführen ist.

Es ist eine Änderung des § 2 Absatz 4 der Bundespflegesatzverordnung durch den Bundesminister für Wirtschaft in Aussicht genommen, durch die gewährleistet werden soll, daß bei Genehmigung oder Festsetzung der Pflegesätze in erster Linie die Kosten- und Ertragslage der Krankenanstalten berücksichtigt wird.

Dr. Hamm (FDP): Herr Staatssekretär, wann ist mit einer solchen Änderung zu rechnen? Wenn ich recht unterrichtet bin, geht die Diskussion darüber schon lange.

Staatssekretär Dr. Westrick: Herr Abgeordneter, die Frage ist in der Tat schwer zu beantworten. Die Ressortbesprechungen konnten bisher noch nicht zum Abschluß gebracht werden, obwohl viel Mühe und viel Zeit darauf verwandt wurde. Es war auch der Entwurf des Neuregelungsgesetzes für die Krankenversicherung abzuwarten. Ich möchte in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, daß für die soziale Krankenversicherung im Rahmen dieses Entwurfs ein Schiedsgerichtsverfahren — unter gleichrangiger Beteiligung der Krankenanstalten und der Sozialversicherungsträger — vorgesehen ist.

Dr. Hamm (FDP): Herr Staatssekretär, darf ich das so verstehen, daß Sie die Notwendigkeit, in erster Linie auf die Kostenlage der Krankenhäuser abzustellen, auch daraus herleiten, daß nach dem Krankenversicherungs-Neuregelungsentwurf des Bundesministers für Arbeit von der Kopfpauschale für die Bezahlung des Arztes auf die Einzelhonorierung übergegangen wird und eine gewisse Parallele dazu vorliegt?

Staatssekretär Dr. Westrick: Dies ist die Meinung des Bundeswirtschaftsministeriums.

AUS DER LANDESPOLITIK

Sehtest für Führerscheinbewerber

Entschl. d. BStBdI v. 6. 11. 1962 Nr. I C 4 — 2506/12 — 39

1. Die Bewerber um eine Fahrerlaubnis haben sich vom 1. Januar 1963 ab einem Sehtest zu unterziehen Rechtsgrundlage für den Sehtest sind die §§ 9 ff. StVZO. Die Behörden haben danach von Amts wegen zu ermitteln, ob Bedenken gegen die Eignung des Antragstellers zum Führen von Kraftfahrzeugen bestehen. Zu dieser Überprüfung bedienen sich die Bebörden auch der amtlich anerkannten Sachverständigen und Prüfer für den Kraftfahrzeugverkehr (§ 11 Abs. 8 StVZO).

Der amtlich anerkannte Sachverständige oder Prüfer für den Kraftfahrzeugverkehr überprüft mit einem einfachen optischen Gerät, in dem der Bewerber Zahlenreihen zu lesen hat, ob etwa solche Bedenken bestehen, die eine ärztliche Untersuchung der Sehfähigkeit notwendig machen.

2. Für die Bewerber um eine Fahrerlaubnis der Klasse 1 bis 4 erteilt die Verwaltungsbehörde zusammen mit dem allgemeinen Prüfauftrag an die zuständige Dienststelle des Technischen Überwachungs-Vereins Bayern e. V. den Auftrag zur Abnahme des Sehtestes. Davon ist abzusehen:

a) Wenn der Bewerber der Behörde ein augenfachärztliches Zeugnis über seine Sehfähigkeit zum

Führen von Kraftfahrzeugen vorlegt, das nicht älter als 12 Monate ist, oder

b) wenn der Behörde bekannt ist, daß aus Anlaß einer Führerscheinprüfung innerhalb der letzten 12 Monate bereits ein Sehtest abgenommen wurde, oder

c) wenn im Erlaubnisverfahren ein allgemeines Gutachten über die Fahrtauglichkeit vorgelegt wird (z. B. von zu jungen oder überalterten Bewerbern oder von Bewerbern mit körperlichen Mängeln), das sich auch auf die Sehfähigkeit erstreckt.

Die Verwaltungsbehörden und die amtlich anerkannten Sachverständigen/Prüfer für den Kraftfahrzeugverkehr verwenden für den Auftrag zum Sehtest und für den Bericht über den Sehtest ein Formblatt nach dem Muster der Anlage*).

Bewerber um die Fahrerlaubnis der Klasse 5 unterziehen sich dem Sehtest, wenn sie die Prüfung zum Erwerb der Prüfbescheinigung im Sinn des § 8 Abs. 2 Nr. 3 StVZO ablegen. Für diese Bewerber gilt der Auftrag zur Abnahme des Sehtestes allgemein als erteilt. Von einem Sehtest ist dann abzusehen, wenn die Voraussetzungen der Buchstaben a—c vorliegen; die Nachweise darüber sind der Verwaltungsbehörde vorzulegen.

3. Der Sehtest wird während der Führerscheinprüfung von einem amtlich anerkannten Sachverständigen oder Prüfer für den Kraftfahrzeugverkehr abgenommen. Bewerber um die Fahrerlaubnis der Klassen 1 bis 3 unterziehen sich dem Sehtest stets vor der praktischen Fahrprüfung.

Die Psychologisch-Medizinische Untersuchungsstelle des Technischen Überwachungs-Vereins Bayern e. V. legt einheitliche Fehlergrenzen fest, deren Überschreiten eine Untersuchung nach § 12 Abs. 1 StVZO angezeigt erscheinen läßt.

Es sind drei Gruppen zu bilden:

a) Keine Mängel oder so unbedeutende, daß die Prüfung ohne weiteres fortgesetzt werden kann; wird die Prüfung bestanden, so wird der Führerschein ausgehändigt.

b) Merkliche Mängel, trotz denen aber die praktische Fahrprüfung noch verantwortet werden kann; es ist jedoch angezeigt, die Sehfähigkeit des Bewerbers ärztlich zu überprüfen und möglicherweise in den Führerschein Auflagen aufzunehmen; die Fahrprüfung wird zwar durchgeführt, der Führerschein nach Bestehen aber nicht ausgehändigt, sondern mit einem Bericht nach dem Muster der Anlage der Verwaltungsbehörde zurückgegeben; besteht der Bewerber die Fahrprüfung nicht, dann sendet der amtlich anerkannte Sachverständige/Prüfer für den Kraftfahrzeugverkehr den Vorgang mit dem ausgefüllten Formblatt ebenfalls an die Behörde zurück, damit bis zur Wiederholungsprüfung die notwendigen Untersuchungen vorgenommen sein können.

c) Bedenkliche Mängel in einem Ausmaß, daß die Fahrprüfung nicht mehr verantwortet werden kann. Der Prüfauftrag wird mit einem Bericht nach dem Muster der Anlage unerledigt an die Verwaltungsbehörde zurückgegeben.

Zur Beschleunigung des Verfahrens kann der amtlich anerkannte Sachverständige/Prüfer für den Kraftfahrzeugverkehr dem Bewerber in den Fällen b und e Vordrucke für ein augenfachärztliches Gutachten aushändigen und dem Bewerber anheimstellen, bereits von sich aus ein augenfachärztliches Gutachten einzuholen. Auch in diesen Fällen ist jedoch im übrigen nach b und c zu verfahren.

4. Die Verwaltungsbehörde fordert in den unter 3 b und 3 c genannten Fällen vom Bewerber gemäß § 12 Abs. 1 StVZO die Vorlage eines augenfachärztlichen Zeugnisses; ein Gutachten der PMU ist zu fordern, wenn es sich um Fälle nach der ME vom 13. Januar 1955 (BayBSVI 1I S. 294) handelt. Je nach dem Inhalt des Gutachtens wird die Fahrerlaubnis unbeschränkt oder gemäß § 12 Abs. 2 StVZO unter Auflagen erteilt oder sie wird versagt.

In den unter 3 e genannten Fällen wird ein neuer Prüfauftrag nur erteilt, wenn nach dem Inhalt des Gutachtens die Erteilung einer Fahrerlaubnis — wenn nötig unter Auflagen — vertretbar ist.

5. Die Gebühr für die Abnahme des Sehtestes beträgt 1,50 DM (Art. II Abschn. C der Gebührenordnung für Maßnahmen im Straßenverkehr).

Wird in den in Abschnitt 3 e genannten Fällen die Prüfung unterbrochen und später fortgesetzt, dann wird keine gesonderte Gebühr für die Abnahme der neuerlichen Führerscheinprüfung mehr erhoben.

6. Der Technische Überwachungs-Verein Bayern e. V. wertet die Ergebnisse der Sehteste aus. Die Kreisverwaltungsbehörden werden ersucht, ihn dabei zu unterstützen und notwendige Auskünfte zu erteilen. Der Technische Überwachungs-Verein Bayern e. V. berichtet dem Bayer. Staatsministerium des Innern über die Ergebnisse der Sehteste in angemessenen Zeiträumen.

*) Muster ist nicht abgedruckt. Die Redakt.

Ärzte in den Bezirkstagen

Zu Mitgliedern der Bayer. Bezirkstage wurden bei der Wahl am 25. 11. 1962 folgende Kollegen gewählt:

In den Bezirkstag Oberbayern:

Für die Bayernpartei:

Dr. Rupert DORRER, Chefarzt des Kreiskrankenhauses Prien.

Für die Freie Demokratische Partei:

Dr. Rudolf ZIMMERMANN, Facharzt für HNO, Starnberg.

In den Bezirkstag Niederbayern:

Für die Sozialdemokratische Partei

Dr. Anton PACK, Obermedizinalrat, Eggenfelden.

In den Bezirkstag Oberfranken:

Für die Sozialdemokratische Partei

Dr. Richard ENGEL, prakt. Arzt, Hof/Saale.

In den Bezirkstag Mittelfranken:

kein Arzt.

In den Bezirkstag Unterfranken:

Für die Sozialdemokratische Partei

Dr. Friedrich CREMER, prakt. Arzt, Lengfurt.

In den Bezirkstag Schwaben:

Für die Sozialdemokratische Partei

Dr. Wolfgang SYDATH, Medizinalrat, Kaufbeuren.

In den Bezirkstag Oberpfalz:

kein Arzt.

HOMBURG

Oh . . . Pardon

. . . näselte der Kavalier der Jahrhundertwende und hielt sich beim nächsten Hustenanfall wieder elegant sein seidenes Cachenez vor. Seine Zeit kannte eben noch keine polyvalente Hustentherapie.

Jetzt gibt es:

Transpulmin®-Hustensaft

Polyvalente Hustentherapie

Akute und chronische Hustenzustände, katarrholische und entzündliche Erkrankungen der gesomten Atemwege.

Zusammensetzung: Selvigan®· Aetherische Öle Süßholzextrakt · Fettsäurepolyglykolester Guajakolglycerinoether · Andantol®

O.P. Flasche zu 125 g DM 2,65 o. U.

Durch die sinnvolle Kombination bewährter Wirkstoffe optimaler Effekt:

hustenstillend
sekretolytisch
sekretomotorisch
spasmolytisch
antiallergisch

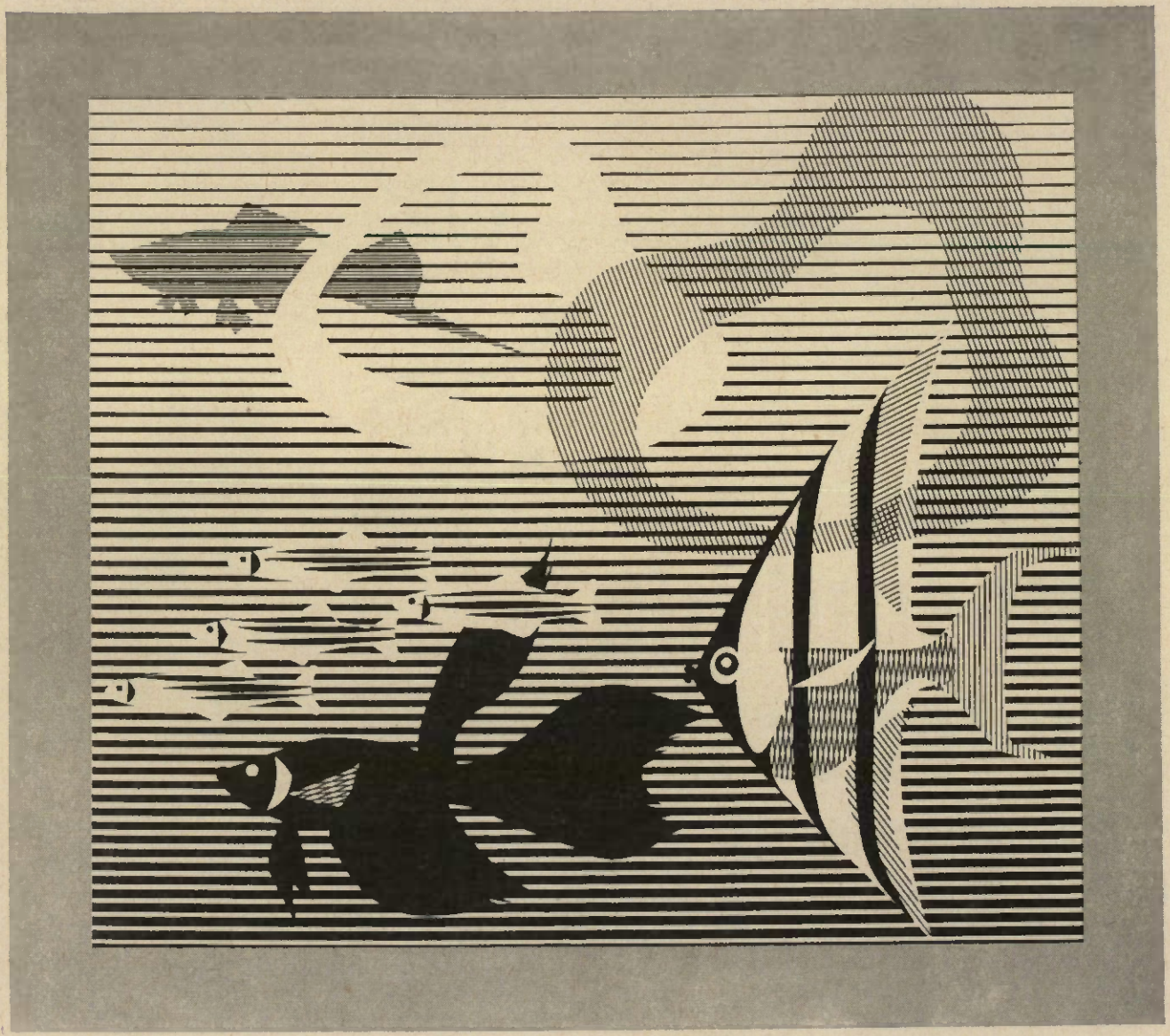
CHEMIEWERK HOMBURG FRANKFURT/M.

HOMBURG

CIBA

Esidrix®

Hydrochlorothiazid



Ödemausschwemmung

FEUILLETON

Die Arztfrau

Begegnung mit Problemen und Bildern in der Literatur der Gegenwart und der Vergangenheit

Dr. med. Gerhard Vescovi

Wer in Bibliotheken nach Darstellungen berühmter Ärzte sucht, der wird gewiß vieles finden. In den Ruhm hervorragenden ärztlichen Wirkens und Forschens sind auch nicht wenige Frauen mit eingeschlossen. Schönfeld hat in einem 1947 erschienenen Werk sehr umfassend über die „Frauen in der abendländischen Heilkunde" geschrieben und damit den Anteil des femininum genus an der Heilkunde unseres Kontinents gewürdigt. Über die Arztfrau — das soll bedeuten „die Frau des Arztes in ihrer familiären Konjunktion und als direkt oder indirekt am Berufsleben ihres Gatten beteiligte Person" — finden wir hingegen in der Literatur vergangener Zeiten nur spärliche Hinweise. Erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und nach der Emanzipation tritt auch die Arztfrau aus ihrer Anonymität heraus und findet mehr und mehr mit ihren Problemen und in einzelnen Fällen als hervorragende Persönlichkeit Eingang in die Literatur. Unsere moderne Zeit, die trotz sozialen Wandels und trotz einer phänotypischen Änderung des Arztiebens in westlichen Ländern noch eine gewisse soziologische und organisatorische Geschlossenheit unserer Berufsgruppe mit besonderen traditionellen Prägungen erhalten hat, unsere Gegenwart ließ die Arztfrau begrifflich wie auch in ihrer sozialen Realität als wichtigen Partner in der „Subkultur" der Medizin (Elling) in Erscheinung treten. Die Arztfrau als unentbehrliche Helferin in der Praxis ihres Gatten und als gleichberechtigte, selbst ärztlich tätige Partnerin ist in ihrer diesbezüglichen Erscheinung — behaftet mit mancherlei spezifischen Problemen — ein still herangewachsenes Faktum von interessierender Bedeutung geworden.

Wer befaßt sich unterdessen mit den Problemen der Arztfrau, mit ihrer soziologischen Bedeutung, mit ihrem geschichtlichen Bild? Befragt man die Literatur, so sind es einmal die Arztfrauen selber, die in unseren Tagen mehr und mehr aus der familiären Intimsphäre heraus und in öffentliche Erscheinung treten, um ihre Sorgen und durch den Beruf des Gatten bedingte besondere Schwierigkeiten und Probleme der Arztfamilie und ihres eigenen Daseins zu Wort und Aussprache zu bringen. Der Tropismus unserer modernen Gesellschaft mit seinem Trend zu Interessengemeinschaften und Zusammenschlüssen aller Art hat 1958 sogar zur Gründung eines Verbandes der Arztfrauen — „Die Arztfrau" e. V. — geführt, der seinen Zweck in der Satzung so definiert: „Der Verein bildet ein Forum, das der Aussprache über alle die Frauen von Ärzten berührenden Fragen und Probleme, besonders aber deren Lösung, dienen soll. Der Verein befaßt sich nicht mit medizinischen Fragen..." Initiatorin und Gründerin des Verbandes ist Frau Herta Nauss (Konstanz), die zusammen mit Frau Tumbült (Konstanz), Frau Hasenbach (Oberviechtach/Oberpfalz), Frau Elsbeth Müller (Ansbach/Taunus) u. a. auch publizistisch die Sorgen und Nöte der Arztfrau in unseren Tagen vorträgt. Überwiegend sind es Probleme der Frauen von niedergelassenen Ärzten, die im „Landarzt" bisher zu Wort kamen. Fern aller magisterhaften Diktion schreiben hier Arztfrauen mit der ihnen zukommenden Emotion und so lebendig wie auch teilweise äußerst gewandt von ihren Schwierigkeiten bei der Kassenabrechnung, von familiären und ehelichen Sorgen und Problemen des Urlaubs, der Erholung u. a. — Wir begegnen in diesen Beiträgen der Anregung und Verlockung zu einem Gespräch nicht allein der Arztfrauen untereinander, sondern darüber hinaus der Arztfrauen mit den Vertretungen und Organisationen unseres Standes. So wird unter der Überschrift „Sorgen der Arztfrau" z. B. Klage darüber geführt, daß die ärztlichen Standesorganisationen kaum an die natürlichen Interessen der Arztfamilie gedacht hätten. „Zu Lebzeiten des Arztes", heißt es, „wird die Frau ganz selbstverständlich und ohne irgendeine finanzielle und rechtliche Anerkennung in die berufliche Arbeit des Mannes hineingezogen. Wird sie Witwe, so ist sie rechtloser als jede andere Frau eines freiberuflich Tätigen, der die — inzwischen aufgehobene (Anm. d. Red.) — Zulassungsordnung das Verfügungsrecht über die Praxis nimmt, die zum Teil auch durch jahrelange Arbeitsleistung der Frau die Familie ernährt hat."

In einem anderen Beitrag über „Probleme der Arztfrau" wird — historisch interessant — die Klage einer Arztfrau aus alten Familienbriefen vor mehr als hundert Jahren berichtet: Ihr Mann hatte nicht viel Zeit für sie und die Kinder. Die Krankheiten in der eigenen Familie wurden nur auf sehr energisches Bitten behandelt, sie mußte oftmals selbständige Entscheidungen treffen, die eigentlich Männersache gewesen wären, er achtete auch nicht genug auf die eigene Gesundheit. Die Mutter antwortete ihr lakonisch: „Dafür hast Du einen Arzt geheiratet." Hier begegnen wir der anscheinend uralten und immer neuen Klage der Arztfrau über mangelhafte ärztliche Betreuung der eigenen Familie, die Eugen Roth in einem Vers so formulierte:

„Die Doktorsfrau ist übel dran:
Der sonst gewissenhafte Mann
Versäumt an ihr just seine Pflicht —
Und ‚freie Arztwahl' hat sie nicht..."

In einem anderen Beitrag im „Landarzt" entwickelt Frau H. Nauss Gedanken über „Wie kann es gelingen, die Ärztehe zu einer echten Partnerschaft zu entwickeln?" Sie hält große innere Selbständigkeit der Arztfrau und weitgehendes Verständnis für die Arbeit des Mannes für wesentliche Voraussetzungen. „Um den verschiedenartigen Aufgaben in Haushalt und Praxis gewachsen zu sein, bedarf es neben einer vielseitigen Veranlagung auch einer gewissen Großzügigkeit und einer guten Dosis Humor. Dabei hat die Frau des Landarztes noch mit größeren Schwierigkeiten zu rechnen als die des Stadtarztes. Sie steht unentwegt im Mittelpunkt des Interesses ihrer Umgebung, ist vielfältiger Kritik und nie versiegender Neugier ausgesetzt und muß sehr darauf bedacht sein, im ländlichen Milieu keinen Anstoß zu erregen. Die Möglichkeit zur Ent-

spannung ist gering, Theater- und Konzertbesuch nur selten möglich." Die mitten in diesen Problemen stehende Autorin gibt dann verschiedene Empfehlungen, wie die Arztfrau nach ermüdendem Tagesablauf wieder zum Gleichgewicht finden kann und meint, es sei tröstlich, zu erleben, wie groß trotz aller Unterschiede der Persönlichkeiten und Lebensbedingungen doch die Ähnlichkeit der Probleme bei den Arztfrauen sei. Sie folgert hieraus, Aussprache schaffe das Gefühl der Verbundenheit und Gemeinsamkeit, das auf alle lockernd und ermutigend wirke.

In einem anderen Artikel mit der Überschrift „Auch die Arztfamilie braucht einen Ruhetag" stellt Frau E. Haun im Verlaufe einer epischen Schilderung des Tages- und Wochenendablaufes im Arzthaushalt fest: „Tatsache ist, daß die Arztfrau in der Woche nichts von ihrem Manne hat, daß sie oft keine Gelegenheit hat, mit ihm eine persönliche Angelegenheit zu besprechen ... Die Mahlzeiten werden in Eile eingenommen, dabei Nachrichten gehört, die Zeitung gelesen, so fängt es schon beim Frühstück an. Besteht dann, wie vielerorts, kein Sonntagsdienst, so ist Sonntag wie Werktag die Arbeit dieselbe. Das ist der große Kummer der Arztfrau. Sie arbeitet ununterbrochen die ganze Woche. Könnte sie sich dann auf ein gemütliches Wochenende mit dem Mann freuen, würde auch ihre anstrengende Arbeit belohnt und mit Lust und Liebe verrichtet. Ist der Mann aber das ganze Jahr über Sonntag und Werktag eingespannt und nie da, so muß die Frau allmählich verzagen." Es folgt die Forderung, daß der Beruf auch beim Arzt nicht zum alleinigen Lebensziel werden dürfe, denn das Dasein solle eine Quelle starker Lebenslust und Lebensfreude sein. —

Das hier angeschnittene Problem der Arbeitsüberlastung der meisten Ärzte hinsichtlich der Auswirkungen auf die eheliche und familiäre Intimsphäre sollte weit mehr Beachtung und Berücksichtigung als aktuelles Thema der Standespolitik und in der Publizistik der Standespresse finden als bisher. Wenn in der gebotenen Beschränkung dieser Ausführungen nur eine Stimme für viele zitiert werden kann, so kommt ihr als Hinweis auf ein lebenswichtiges Problem der Arztfamilie doch eine Bedeutung zu, deren Ausmaß nur vermutet werden kann.

Erfreulicherweise wird sich nun (nach Mitteilung von V. Deneke) die „Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wesen und Bedeutung der freien Berufe" in Zusammenarbeit mit dem Schelsky-Institut in Westfalen-Lippe in einer wissenschaftlichen Untersuchung über die Mithilfe von Familienangehörigen in der Arztpraxis um die hier anstehenden Probleme bemühen. So steht zu erwarten, daß die Statistik und die Soziologie den Problemen der Arztfrau wissenschaftlich gesicherte Ergebnisse und damit festen Boden unter die Füße liefern wird. Bis dahin stehen so manche Fragen zunächst in der Luft, denn wer könnte ohne soziologisch-statistische Untersuchungen die Frage beantworten, wie viele Arztfrauen in der Relation „mitmachen", ob die Mittätigen gerne oder nur gezwungenermaßen mitarbeiten, ob das anfallende Arbeitspensum zumutbar ist oder nicht, ob und mit welchen Erscheinungen, in welchem Ausmaß das Familienleben darunter leidet, inwieweit die bestehende und zukünftige Situation der Arztfrau die Gattenwahl bei Ärzten beeinflußt.

Die Literatur bietet uns unterdessen einige weitere wertvolle Hinweise und Begegnungen mit Arztfrauen in alter und neuerer Zeit, die erkennen lassen, daß es „die Arztfrau" und ihr anhängende Sorgen und Probleme immer schon gegeben hat.

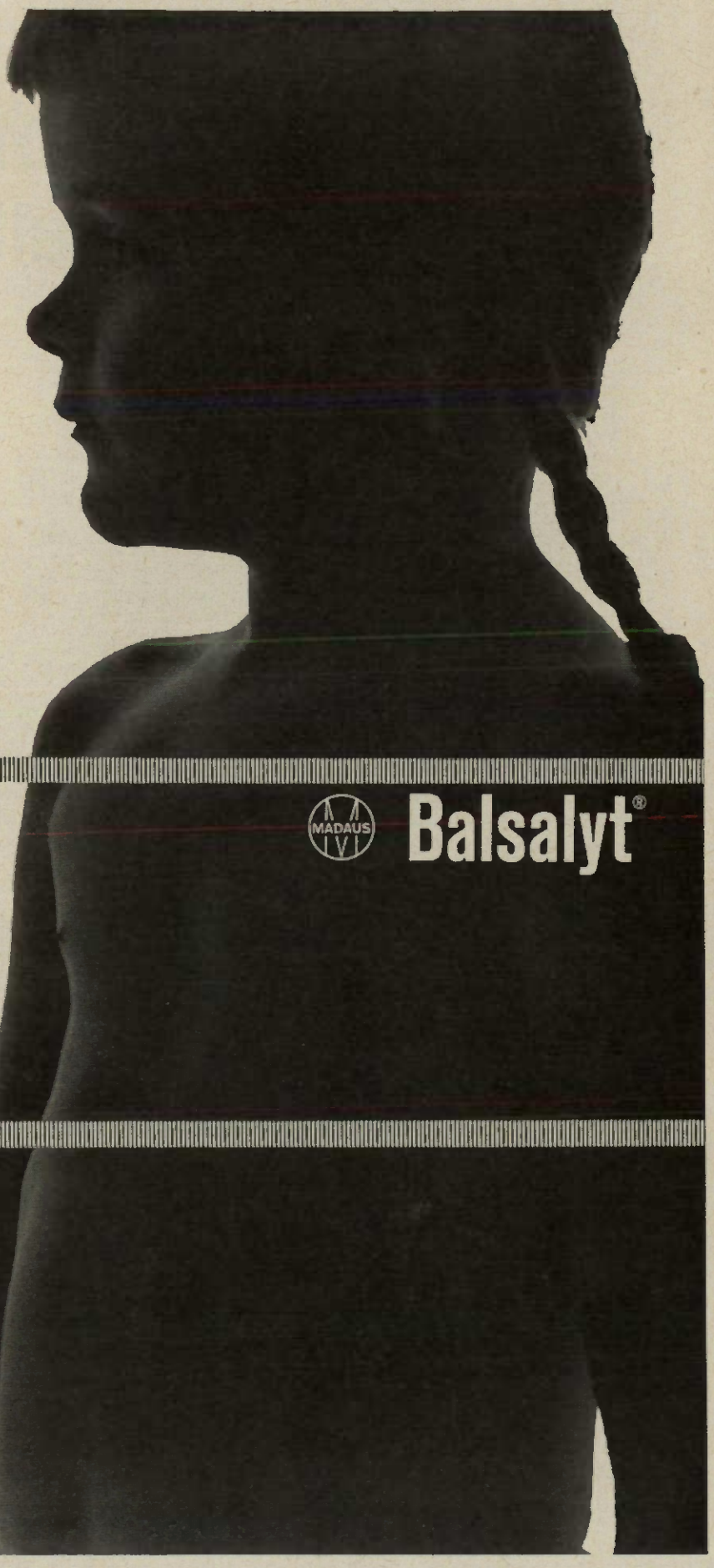
Wenn wir dem Mythos glauben wollen, so hätten wir in Epione, der Frau des Asklepios mit dem tiefgründigen Epitheton „die Schmerzlindernde", die „erste Arztfrau" im abendländischen Bereich. Beachtenswerterweise tritt diese „erste Arztfrau" im Gegensatz zu ihren berühmten, im Eid des Hippokrates verewigten Töchtern Hygieia und Panakeia völlig in den Hintergrund, und es sind uns auch keine Hinweise einer besonderen kultischen Verehrung der Epione bekannt. (Der „Große Brockhaus" findet sie nicht der Erwähnung wert!) Hier begegnen wir schon am Ursprung der Geschichte der auffälligen Tatsache, daß die Arztfrau in früheren Zeiten völlig im Hintergrund, ganz im Schatten der Autoritäten stand und daher auch keinen wesentlichen literarischen Niederschlag fand. Wir hören wohl von heilkundigen Frauen und berühmten Hebammen, die in selbständiger heilberuflicher Tätigkeit teilweise hohes Ansehen erreichten und vielleicht in einzelnen Fällen sogar Arztfrauen waren, doch von den Frauen der bekannten und hervorragenden Ärzte der Vergangenheit erfahren wir nichts, obwohl die soziologische Funktion der Arztfrau auch im Altertum eine bedeutende gewesen sein mag. Dies lag zumindest während der Frühzeit des christianisierten Abendlandes und im Mittelalter hauptsächlich daran, daß früher angesichts der völligen Unterordnung der Frau innerhalb patriarchalischer Prinzipien und der die Theologen bewegenden Frage, ob der „sexus femininus" überhaupt Seele, d. h. Menschenwürde habe, die häusliche Sphäre einer strengen Abschirmung gegenüber der Öffentlichkeit unterlag.

„Die Sünde Evas drängte sich bis in die Zeit der Aufklärung vor das Bild der göttlichen Mutter" (Schönfeld), und das Wort des Paulus „mulier taceat in ecclesia" stand, symbolisch gesehen, in all diesen Jahrhunderten dem Naturrecht der Frauen ebenso hindernd im Wege wie die Wahrung der „honestas morum". Trotzdem macht um 1400 die Frau des jüdischen Magisters Daniel in Florenz von sich reden, die mit praktischer medizinischer Tätigkeit dann als „maestra Antonia del Maestro Daniello ebrea medicho" verzeichnet ist.

Ähnlich wird aus dem östlichen Kulturkreis über die Witwe des türkischen Arztes und Staatsmannes Salomon Aschkenasi berichtet, die den jungen Sultan Achmed I. im Jahre 1603 von den Blattern geheilt haben soll.

Von einer Marie-Louise Bourgeois wissen wir, daß sie 1584 die Frau des im Dienste Ambroise Parés stehenden königlichen Wundarztes und Unterfeldschers Boursier wurde und im Troß an den Feldzügen teilnahm. So mußte sie 1590 während der Belagerung von Paris, das dem König die Thronfolge als Heinrich IV. aberkannte, mit ihren drei Kindern ins Stadtinnere fliehen. Als der Mann nach seiner Rückkehr aus den Feldzügen nicht mehr ärztlich tätig sein konnte und die Familie in Not geriet, faßte sie den Entschluß, Hebamme zu werden. Des Schreibens und Lesens kundig, erwarb sie ihre theoretischen Kenntnisse aus den im Besitz ihres Mannes befindlichen Schriften des 1590 verstorbenen Ambroise Paré. Die Anatomie erlernte

Der Senfwickel in moderner Form



Bronchitis

MADAUS **Balsalyt®**

Balsalyt, eine Balsamzubereitung von Meerrettich-Senfölen in Avocado-Öl, wirkt bakteriostatisch und hemmt die Vermehrung des Influenza-Virus.

Bei Bronchitis reibt man Brust und Rücken bis zu dreimal täglich dünn mit Balsalyt ein und legt dann ein Wolltuch herum. Etwa 8 Stunden nach der ersten Einreibung nimmt die Auswurfmenge stark zu, und die subjektiven Beschwerden — vor allem der quälende Reizhusten — lassen nach. Auch bei hartnäckigen Emphysem-Bronchitiden sieht man gute Erfolge.

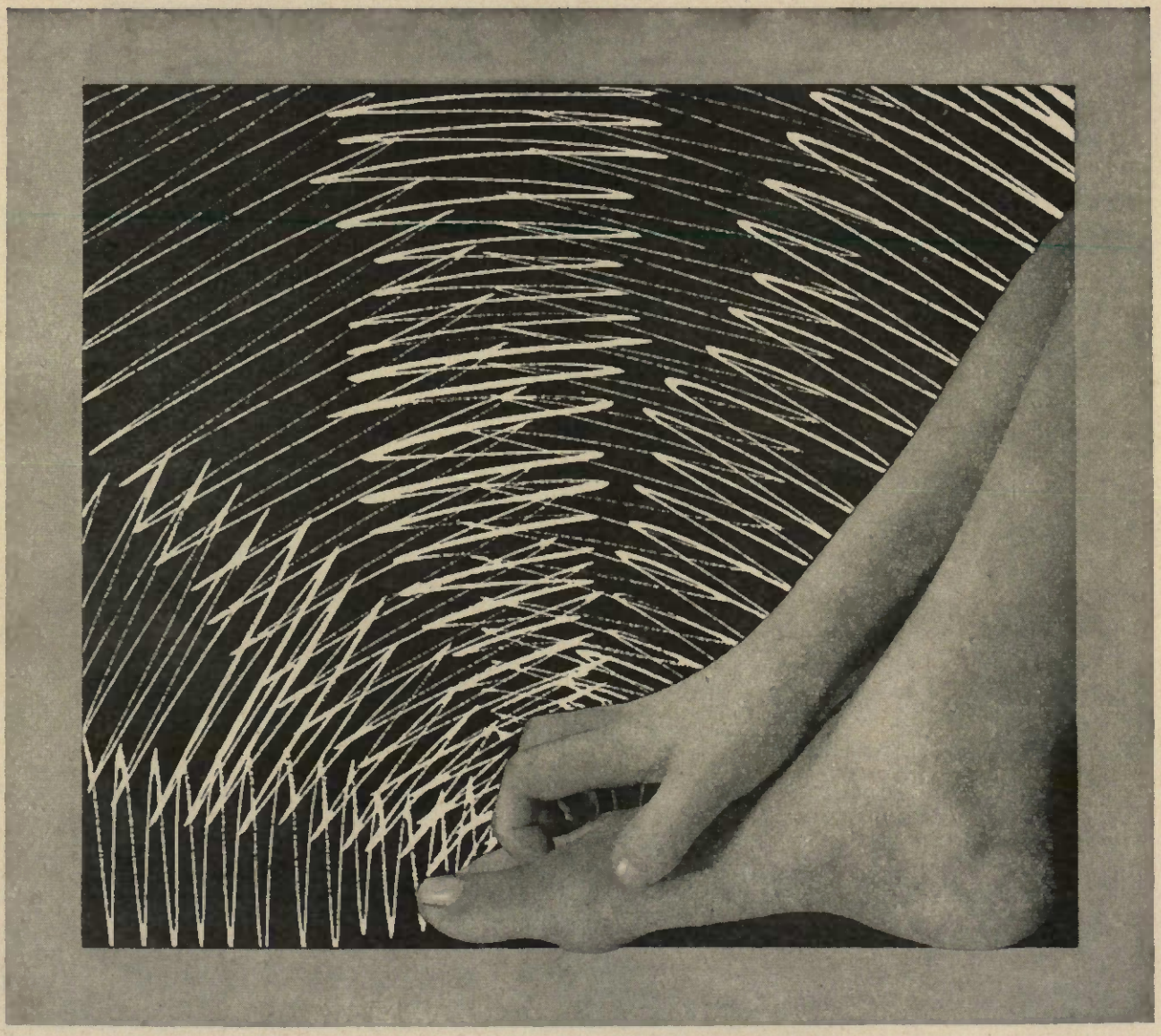
Der inhalatorische, exhalatorische und hautableitende Effekt (Synergismus) macht Balsalyt besonders geeignet zur Behandlung der Bronchitis, Tonsillitis, Pharyngitis, Pleuritis und Rhinitis.

Tube mit 20 g = DM 1.85 o. U. lt. A. T.
Tube mit 50 g = DM 3.85 o. U. lt. A. T.

Dr. Madaus & Co., Köln am Rhein

CIBA

Millicorten-Vioform® Salbe



antiphlogistisch
bakterizid
fungizid
juckreizstillend

Madame Bourgeois

sie durch Teilnahme an Sektionen, und vor ihrem Examen war sie zunächst fünf Jahre Geburtshelferin bei armen, unbemittelten Leuten. Im Alter von 35 Jahren erhielt sie dann nach schwieriger Examination das Diplom einer geschworenen Hebamme von Paris. 1601 wird sie zur Hebamme der Königin Maria von Medici, der Gattin Heinrichs IV., ernannt. 1606 erhält sie nach der dritten Entbindung der Königin eine Kappe aus schwarzem Samt, das Signum der königlichen Hebamme in Frankreich. So ist sie auch in ihrem Hebammenlehrbuch, das 1609 erstmals erschien und auch in Deutschland große Resonanz fand, im 45. Lebensjahr abgebildet. In ihren „Observations diverses ..." wird auch erstmals der Nabelschnurvorfall besprochen, und finden sich für die damalige Zeit viele wertvolle Beobachtungen und Erkenntnisse aus dem reichen Schatz an Erfahrungen, auf den die Bourgeois „dite Boursier" zurückblicken konnte.

Hier begegnet uns ein historisch gesichertes Beispiel für die dem Beruf des Arztgatten gleichlaufende Begabung einer Arztfrau, deren Tapferkeit gegenüber dem Schicksal wir kaum weniger bewundern dürfen als ihre außergewöhnliche Tüchtigkeit im erlernten Beruf und im Leben.

Eine geniale und gebildete Arztfrau in der ersten Hälfte des 17. Jahrhunderts finden wir in Maria Colinet, der Frau des berühmten deutschen Wundarztes und Berner Chirurgen Guilhelmus Fabricius Hildanus, die ihr Gatte als ein „gelehrtes Frauenzimmer, kundig der Anatomie und Chirurgie", bezeichnet. Nach erfolgreicher Behandlung einer hochgestellten Persönlichkeit wurde sie als Kunsterfahrene sogar mit dem Bürgerrecht der Stadt Bern beschenkt.

Holländer schreibt in seinen „Anekdoten aus der Medizinischen Weltgeschichte": „Nicht allein, daß sie ihm (Fabricius) acht Kinder gebar, half sie ihm auch in seiner chirurgischen Praxis, behandelte in seiner Abwesenheit Knochenbrüche und war eine anerkannte Geburtshelferin." Es folgt dann die Erzählung über einen Kranken, der mit einem Eisensplitter im Auge zu Fabricius Hildanus kam. Da der Eisensplitter so fein war, daß man ihn mit keinem Instrument fassen konnte, geriet der berühmte Chirurg in Verlegenheit. Die bei der Operation anwesende Frau des Chirurgen erwies sich aber als geniale Helferin, indem sie nach Eröffnung des Auges den Splitter mit Hilfe eines Magneten entfernen konnte. Mit feinem Sarkasmus vermerkt Holländer am Schluß dieser dem „Vademecum für Ärzte" (Stuttgart) entnommenen Schilderung: 1874 Erfindung des Elektromagneten zur Extraktion der Eisensplitter durch Mac Klown. —

Daß die Arztfrauen in früheren Zeiten bei Ableben des Arztgatten in ihrem Schicksal ganz auf sich selbst und ihre eventuellen Fähigkeiten angewiesen waren, wird uns seit dem 18. Jahrhundert an mehreren Beispielen bekannt.

Marie-Louise Dugès, Tochter des Militärarztes Dugès und dessen Frau Marie-Louise Ionet, in der wir wiederum eine Arztfrau und zugleich die Nachfolgerin der zuvor gewürdigten Bourgeois (Boursier) als Oberhebamme der Entbindungsanstalt des Hôtel-Dieu kennenlernen, heiratet 1792 den Chirurgen Lachapelle am Krankenhaus St. Louis, den sie jedoch schon 1797 durch den Tod verliert. Als Witwe Lachapelle erlernt sie unter den Fittichen der schon berühmten Mutter den Beruf der Hebamme und entfaltet später als Oberhebamme am Hospice de la Maternité unter der Leitung von Jean Louis Bodeloque eine umfangreiche Tätigkeit. Sie brachte schließlich ein dreibändiges Werk der Entbindungskunst heraus, das sich bei ihr als Nichtärztin auf Beobachtungen an über 40 000 Fällen gründete (Schönfeld). Sie hat sich damit als Arztwitwe nicht nur eine eigene Existenz geschaffen, sondern auch historische Berühmtheit erlangt.

Nicht so glücklich im Erfolg, aber durch Talent und eheliche Aufopferung hervorragend, verdient die 1712 geborene Elizabeth Blackwell erwähnt zu werden. Sie heiratete 1732 den englischen Arzt Alexander Blackwell, der in Edinburg studiert und in Leyden promoviert hatte. „Nach mißlungenen Versuchen, in Schottland eine Praxis zu bekommen, führte er ein abenteuerliches Leben und wurde durch den Druck einer

Titelbild der „Observations ..."

Arbeit über Landwirtschaft bankrott" (Schönfeld). Um den Lebensunterhalt zu bestreiten, erlernte seine Frau, Elizabeth Blackwell, den Hebammenberuf bei Smellie, konnte aber in diesem Beruf nicht Fuß fassen. Als schließlich der Mann sogar in Schuldhaft kam, ging sie ihrem Zeichen- und Maltalent nach und brachte ein Abbildungswerk von Heilpflanzen heraus, wobei sie die Pflanzen selbst sammelte und die Platten selbst stach und kolorierte und auch die Texte dazu verfaßte. Mit dem Erlös des vielgerühmten Werkes gelang es ihr, ihren Mann aus der Schuldhaft zu lösen, um mit ihm nach Schweden überzusiedeln, wo er jedoch bald starb. Sie selbst beschloß mit 58 Jahren, inzwischen nach London zurückgesiedelt, in kümmerlichen Verhältnissen ihr Leben, zu Recht gerühmt und verehrt als Beispiel von Gattentreue in unglücklichen Tagen und in widerwärtigem Schicksal.

Um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert begegnet uns in Henriette Herz, die bereits mit 15 Jahren den jüdischen Arzt und Philosophen Marcus Herz, einen Freund Immanuel Kants, geheiratet hatte, eine als geistreiche Gesellschafterin berühmt gewordene Arztfrau. Ihr Salon in Berlin wurde zum Zentrum der gebildeten Welt, in dem sich die Elite der Frühromantiker von Jean Paul über Fichte und Schadow bis zu den Gebrüdern Humboldt traf. Nach dem Tode ihres Mannes (1803) zog sich die berühmte Arztfrau vom geselligen Leben völlig zurück.

Da es den freipraktizierenden Ärzten früherer Jahrhunderte vielfach zumindest in den ersten Jahren der Niederlassung nicht allzu rosig erging und früher auch das Kreditwesen gegenüber heute noch unentwickelt war, so stellte die Verehelichung von Ärzten ein erhebliches finanzielles Problem dar. In „Bilder aus der deutschen Vergangenheit" schildert Gustav Freitag am Beispiel des Arztes Dr. Felix Plattner zu Basel „eines jungen Gelehrten Hochzeit und Haushalt". Die überaus lebensnahe und nachlesenswerte autoblographische Darstellung der Brautwerbung, der Hochzeit und Gründung des Ehestandes zwischen dem jungen Dr. Felix Plattner und der Metzgerstochter Jungfer Magdalene im Jahr 1537 läßt erkennen, wie der „Anfang" für ein weniger bemitteltes Arztehepaar ohne ERP- und sonstige Kreditmöglichkeiten bedrückend ärmlich verlief, bis die Praxis einmal so einträglich wurde, daß ein „standesgemäßes" Leben möglich wurde. Nach der Hochzeit „fing man sogleich an" — wie es in dem Bericht des jungen Medicus heißt — „die Hausordnung zu bestellen; dazu sollte meine Frau Rat und Anordnung geben. Da gab es allerlei Bedenken. So hatte mein Vater noch Tischgänger und allerlei Unruh' im Hause, so daß wir jungen Eheleute sehr geplagt wurden. Wir wären lieber allein in einer Haushaltung gewesen, aber wir konnten's nicht durchsetzen, mußten fast drei Jahre so bei meinem Vater am Tisch bleiben und ich mich mit einer Kammer behelfen und, um die Kranken zu verhören, mit dem unteren Saal, der im Winter kalt war. Da gab es zu Zeiten allerlei Anstoß, weil ich nichts für die Küche zuschießen konnte, denn ich hatte genug zu tun, um uns zu kleiden, und manchmal, wenn ich etwas verdiente, an meinen Kleidern zu bezahlen, die ich noch in den Läden schuldig war, was mir vorgeworfen wurde, wenn ich es nicht tat. Es gab also zu Zeiten Händel, wie sich gemeiniglich zuträgt, wenn alt und jung beieinander wohnen. Da hätte wohl meine Frau gerne gehabt, daß wir allein wohnten, wollte sich mit Geringem behelfen, mein Vater sollte die versprochene Ehesteuer geben und die mir zugebrachten hundert Gulden, damit wollten wir auskommen; dies konnte aber mein Vater, da er kein bar Geld hatte, nicht tun. — Das bekümmerte mich, weil ich sie lieb hatte und gern gut gehalten hätte, wie eines Doktors Frau gebührt; weshalb ich sie auch lange Zeit nicht geduzt, sondern ge-ert habe . . ."

Sehr drastisch läßt sich später der Mannheimer kurfürstliche Leibarzt und Heidelberger Professor Franz Anton Mai in seinem 1778 anonym veröffentlichten „Stolpertus, ein junger Arzt am Krankenbett" über die finanzielle Seite der Jungarztehe aus: „Fällt ihn (den jungen Arzt) noch gar das Verehelichungsfieber auf dem Lande an, dann Gnade Gott der Bibliothek. Wenn die lebendigen Folianten um Brod schreien, so ist es um das Bücherlesen geschehen." Ergänzend bemerkt Heischkel in „Der Arzt der Goethezeit": „Hatte der junge Arzt seine Praxis eben begonnen, so hatte er genügend Zeit zum Lesen, aber es fehlte ihm an Geld, um Bücher zu kaufen und Zeitschriften zu halten", somit die Möglichkeit der Weiterbildung. „Ganz schlimm war es, wenn er früh heiratete und gleich im Anfang für eine Familie zu sorgen hatte."

Die sich hier abzeichnende, nahezu unerläßliche Conditio für den von Haus aus unvermögenden Arzt, eine „reiche Heirat" zu suchen, wird bei eingehender Quellenforschung und Bearbeitung der sich hieraus ergebenden menschlichen und sozialen Aspekte jener Zeit sicherlich manchen interessanten Beitrag bringen, der mit zum Themenkreis um die Arztfrau gehört.

Einen vielsagenden, wenn auch unbeabsichtigten kurzen Beitrag zum Bild der Arztfrau in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts liefert Adolf Kussmaul in seinen „Jugenderinnerungen eines alten Arztes". Bei der köstlichen Schilderung des Dr. Brodhag, eines Originals in Lörrach, der nicht nur therapeutisch als praktischer Arzt, sondern auch politisch in den Revolutionsjahren eine drastische und radikale Einstellung vertrat und dafür zu längerer Haft verurteilt wurde, schreibt er: „Wieder frei geworden, kehrte Brodhag zu seiner Gattin heim, mit der er in kinderloser Ehe lebte. Während seiner Gefangenschaft war Meister Schmalhans im Hause eingezogen und das Publikum, das früher so häufig seinen Rat geholt, hatte sich verlaufen. Wochen-

Sirinal®

desinfiziert Mund und Rachen, wirkt entzündungshemmend, abschwellend, schmerzlindernd

Zusammensetzung:
Benzocain 0,0025 g
Borax 0,0025 g
Natr. bicarb. 0,0025 g
Menthol. et Olea aeth. 0,0044 g
Acriflav. hydrochl. 0,00005 g
c. Sacchar.

Tyrosirinal®

enthält das hochbakterizide Antibiotikum Tyrothricin

Zusammensetzung:
Tyrothricin 0,001 g
Benzocain 0,00225 g
Methyl. p-oxybenzoic. 0,0075 g
Menthol. et Olea aeth. 0,004 g
Acriflav. hydrochl. 0,00006 g
c. Sacchar.

M. Woelm Eschwege

Woelm
Präparate
für die
tägliche
Praxis

Hustenblocker und Expectorans zugleich

TUSSOMPIN®

mit Vitamin C

Bei hartnäckigem Reiz- und Krampfhusten

jeder Genese - in jedem Lebensalter

Tassenfertiger Wirkstoffextrakt aus: Rad. Althaeae et Lich. island. āā 10 g, Fol. Farf. et Rad. Liquir. āā 12,5 g, Rad. Primul. 6 g; Ol. Anis. tsqfr. 0,09 g, Ol. Foenic. tsqfr. 0,06 g, Ol. Thym. tsqfr. 0,03 g; Vitamin C 1,25; Thiophenylpyridylamin-10-carbonsäure-piperidino-aethoxy-aethylester (DBP 1055538) 0,5 g. Pckg., Inhalt 35 g, ausreichend für ca. 25 Tassen

DM 2.80 o. U.

Durch Vitamin C: Resistenzsteigernde Wirkung gegen Infektionen

Expectorans auf pflanzlicher Basis

SOLUBIFIX®

Bronchial-Tee mit Vitamin C

Bronchitis - Asthmatische Beschwerden -

Grippale Infekte - Raucherhusten

Tassenfertiger Wirkstoffextrakt aus: Rad. Althaeae et Lich. island. āā 10 g, Fol. Farf. et Rad. Liquir. āā 12,5 g, Rad. Primul. 6 g; Ol. Anis. tsqfr. 0,09 g, Ol. Foenic. tsqfr. 0,06 g, Ol. Thym. tsqfr. 0,03 g; Vitamin C 1,25 g. Pckg., Inhalt 35 g, ausreichend für ca. 25 Tassen

DM 1.80 o. U.

Durch Vitamin C: Resistenzsteigernde Wirkung gegen Infektionen

HEUMANN Heilmittel

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

lang kam niemand, finster brütete er vor sich hin. Endlich erscheint ein Bauer vom Lande, die Frau empfängt ihn, heißt ihn warten und bringt ihrem Gatten die frohe Botschaft. Dieser aber befiehlt kurz angebunden, der Bauer solle warten. Die Frau, an blinden Gehorsam gewöhnt, hält den Mann mit allerlei Ausflüchten im Wartezimmer hin. Zuletzt wird der Bauer ungeduldig, sie faßt sich ein Herz und meldet es dem strengen Gebieter mit flehenden Worten: ‚Lieber Brodhag, der Bauer drängt und der Metzger hat eben die Rechnung geschickt und verlangt Bezahlung.' — ‚Laß das Pferd satteln', herrscht er sie an. Beruhigt verkündet sie dem Bauern: ‚Der Doktor läßt eben satteln, er wird gleich zur Hand sein.' — Schließlich endet es damit, daß der tolle Doktor sich bald wieder seiner alten Kundschaft erfreute."

Hier erleben wir bereits etwas Modernes, Gegenwärtiges in der Praxis: Die Arztfrau als Mittlerin und Vermittlerin zwischen Patient und Arzt.

Im „Vorhof" der Beziehungen zwischen Arzt und Patient ist und war wohl schon immer der Raum, in dem die Arztfrau klärend, vermittelnd, helfend, beruhigend, tröstend wirkt und als Persönlichkeit in Hinordnung zum Beruf ihres Gatten in Erscheinung tritt. Nimmt sie etwa nicht in hohem Maße tätigen Anteil an der Arbeit des Mannes, wenn sie die Störung der Nachtruhe mit ihm teilt, wenn sie ihn bei Besuchen auf gefahrvollen Wegen begleitet oder wenn sie den Patienten warten hilft, bis der Doktor kommt und damit den Boden für die Wirksamkeit ärztlichen Helfens vorbereitet? Hier bietet sich m. E. auch eine Antwort auf die oft heiß diskutierte Frage an, ob es noch zeitgemäß oder überhaupt angängig sei, daß die Arztfrau als Nichtakademikerin bzw. ohne legalen akademischen Grad mit „Frau Doktor" angeredet werde. Die spontane Anrede „Frau Doktor" wird von den Patienten meist dann überzeugt gebraucht, wenn sich die Arztfrau als qualifizierte Persönlichkeit und als souveräne Mittlerin im Vorhof der ärztlichen Praxis erweist. So möchte ich zumindest für einen Großteil der Arztfrauen annehmen, daß sie die Titulierung nicht aus Standesdünkel als erheiratetes Attribut für sich in Anspruch nehmen, sondern durch eine solche Anrede durch die Patienten in ihrer Leistung als engste Mitarbeiterin des Arztgatten geehrt werden.

Die Bilder bedeutender Arztfrauen ließen sich um ein beträchtliches vermehren, wenn wir die biographischen Werke und medizinhistorisch erarbeiteten Genealogien berühmter Ärzte und Arztfamilien des 19. und 20. Jahrhunderts ausschöpfen wollten. So hat z. B. G r u b e r eine Würdigung der Arztfamilie Albrecht in München veröffentlicht, in der auch auf die Frauen Bezug genommen ist. Für alle am Thema „Arztfrau" Interessierten bietet sich hier ein weites Feld der Erforschung und eingehenderen Erarbeitung an. Genannt seien in Kürze nur Justinus Kerners „Rikkele", die

Käthe Kollwitz: Selbstbildnis

erste Frau Robert Kochs, die Frau von Jakob Moleschott, dem berühmten niederländischen Physiologen und bedeutenden Vertreter des wissenschaftlichen und weltanschaulichen Materialismus im 19. Jahrhundert, und last not least Käthe Kollwitz, die mit dem Berliner Kassenarzt Dr. Karl Kollwitz verheiratet war.

In seinem lehrreichen und amüsanten Buch „Von Ärzten und Patienten" berührt der Bremer Arzt Dr. Friedrich Scholz das Problem der Teilnahme der Arztfrau am ärztlichen Berufsgeheimnis. Er schreibt (S. 124): „Manche Ärzte haben die üble Gewohnheit, ihrer Frau gegenüber mitteilsam aus der Praxis zu sein. Dies ist immer tadelnswert. Denn das Geheimnis eines anderen, das dieser dem Arzt nur anvertraut hat, weil er es in Not oder Gewissensqual anvertrauen mußte, darf auf solche Weise nicht profaniert werden. Edel gesinnte Frauen werden solche Indiskretionen selbst zurückweisen. Aber auch mit der Mitteilung kleinerer, harmloser Erlebnisse sei man zurückhaltend und teile nur mit, was nötig ist, um der Frau kein unbegründetes Mißtrauen zu zeigen. Wenn auch keine Gefahr des Weiterplauderns vorliegt — und Frauen wissen, sooft man auch das Gegenteil behauptet hat, ihre Zunge viel besser zu wahren als Männer —, so macht es doch stets einen schlechten Eindruck, wenn die Doktorsfrau sich über alles wohlunterrichtet zeigt, und man traut dem Herrn Gemahl auch stärkere Indiskretionen zu." Gewiß unterliegt die mittätige Arztfrau der ärztlichen Schweigepflicht wie jede sonstige Mitarbeiterin in der Praxis. Aber gibt es nicht trotzdem häufig Dinge, die nur dem Arzt allein anvertraut werden wollen? Wird es immer verstanden und ohne Mißtrauen abgehen, wenn sich der Arzt über die Unterhaltung und Mitteilung einer Patientin (vollends einer jüngeren Person) seiner im Vorzimmer tätigen Frau gegenüber ausschweigt? Hier eröffnen sich tiefgreifende Fragen des Niveaus der Arztfrau und der menschlichen Beziehun-

Kationen-„Schlepper"
zur Behandlung der Ischämie.
Prophylaxe, Soforttherapie, Nachbehandlung
des Myocardinfarctes.
TROMCARDIN®
zur Basis-Therapie der myogenen Herzinsuffizienz
H. TROMMSDORFF · AACHEN

gen der Arztehegatten, die überleiten zur Frage: Und die „Unbedeutenden", ja die dem Arztgatten und letzthin in gewissem Ausmaß sogar unserem ganzen Stand in seinem Ansehen abträglichen Erscheinungen von Arztfrauen? Nicht, daß es sie nicht gäbe. Wir wissen nicht einmal genau, wie groß oder klein ihre Zahl sein mag. Wenn sie übergangen sind und hier nur hervorragende positive Beispiele von Arztfrauen erwähnt wurden, so geschah dies eingedenk der Tatsache, daß die angeschnittenen Probleme mit den vielen offenen Fragen rund um die Arztfrau von heute einen historischen Hintergrund mit dem Kolorit bedeutender Persönlichkeiten besser vertragen als die so modisch gewordene Hervorkehrung negativer Beispiele, an deren Existenz deshalb nicht gezweifelt sei.

Sehr treffend und anschaulich hat Frau E. Müller (Anspach/Taunus) in einem kleinen Aufsatz zur Gründung des Verbandes der Arztfrauen ausgeführt, Askiepios habe einst nicht ahnen können, daß sich seiner segenspendenden Natter nach nahezu dreitausend Jahren eine Schwester beiordnen würde, um bereitwillig der älteren subalterne Dienste abzunehmen. Die „andere Natter Aesculaps", wie die am Beruf des Gatten mehr oder weniger teilnehmende Arztfrau unserer Tage dabei symbolisch bezeichnet ist, verdient eine weit größere Beachtung und Befassung innerhalb unseres Standes als bisher.

Da die Anteilnahme der Arztfrau an der Bewältigung unserer ärztlichen Aufgabe in der heutigen Zeit sicherlich sehr erheblich ist, so können aber auch unsere Standesorganisationen an den bestehenden Problemen der Arztfrau, wie sie hier nur teilweise und in groben Umrissen aufgezeigt wurden, nicht mehr unbeteiligt bleiben.

Anschr. d. Verf.: Stuttgart-Degerloch, Jahnstraße 32.

AMTLICHES

Berichtigung

der Veröffentlichung des Ergebnisses der Wahl der Delegierten und Ersatzmänner zur Bayerischen Landesärztekammer vom 24. 11. 1962 (in Bayer. Ärzteblatt, Heft 12/62).

In der Veröffentlichung des Wahlergebnisses für den Wahlbezirk Schwaben sind beim **Stimmkreis 4** (Ärztl. Kreisverband Mindelheim) bei den „Delegierten" Dr. Solliors Engelbert, pr. A., Mindelheim, und bei den „Ersatzmännern" Dr. Häfelin Heinz, pr. A., Oberkammlach, und Dr. Geese Kurt, pr. A., Bad Wörishofen, **zu streichen.**

Poellinger, Landeswahlleiter

Ausführungsbestimmungen zur Berufsordnung für die Ärzte Bayerns

Hier: Zusatzbezeichnung auf dem Arztschild

Die Bayerische Landesärztekammer (15. Bayerischer Ärztetag) beschloß am 8. 9. 1962 gemäß Art. 16 (2) des Kammergesetzes die folgenden, mit Entschließung des Bayerischen Staatsministeriums des Innern vom 10. 12. 1962, Nr. 1I1 8 — 5013/5 — 13, genehmigten Ausführungsbestimmungen zu § 23, Abs. 4, Ziff. 1—6, der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns vom 1. 4. 1958 (Bayerisches Ärzteblatt, Heft 3/1958):

„I. Die nach § 23 Abs. 4 Ziff. 1 verlangte besondere Weiterbildung für das Führen des Zusatzes „Homöopathie" auf dem Arztschild setzt voraus

1. entweder
   a) eine theoretische oder praktische Beschäftigung mit dem homöopathischen Heilverfahren während der Dauer von mindestens 1½ Jahren unter Anleitung eines geeigneten Arztes, der die Genehmigung zum Führen des Zusatzes „Homöopathie" besitzt,

   oder
   b) eine halbjährige Assistenzarzttätigkeit an einem geeigneten homöopathischen Krankenhaus,
2. die Teilnahme an drei Fortbildungskursen oder wahlweise an einem vierteljährigen Lehrgang in der homöopathischen Therapie.

II. Die nach § 23 Abs. 4 Ziff. 22 verlangte besondere Weiterbildung für das Führen des Zusatzes „Naturheilverfahren" auf dem Arztschild setzt voraus

1. die Teilnahme an drei Kursen über naturgemäße Heilweisen von je einwöchiger Dauer,
2. zwei Monate ärztliche Tätigkeit in geeigneten Institutionen für Kneippsche Heilweisen, in Sanatorien oder Krankenhäusern für naturgemäße Heilweisen oder bei Ärzten, die die Genehmigung zum Führen des Zusatzes „Naturheilverfahren" und entsprechende Einrichtungen besitzen. Die zweimonatige Tätigkeit darf auch in unterbrochener Zeitfolge durchgeführt werden.
3. Ärzte, die eine mindestens halbjährige Assistenzarzttätigkeit an zur Weiterbildung für naturgemäße Heilmethoden geeigneten Krankenhäusern, Instituten oder bei in der freien Praxis tätigen Ärzten nachweisen können, benötigen nur den Nachweis der Teilnahme an zwei Kursen nach Ziff. 1.

III. Die nach § 23 Abs. 4 Ziff. 3 verlangte besondere Weiterbildung für das Führen des Zusatzes „Psychotherapie" auf dem Arztschild setzt voraus

1. für Ärzte, soweit sie nicht Fachärzte für Innere Krankheiten oder Nerven- und Gemütskrankheiten sind:

   3 Jahre Weiterbildung, davon

   1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychiatrie,

   2 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychotherapie,
2. für den Facharzt für Innere Krankheiten und für den Facharzt für Kinderkrankheiten:

   2 Jahre Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychotherapie unter der Voraussetzung, daß innerhalb des Weiterbildungsganges zum Facharzt für Innere Krankheiten oder Facharzt für Kinderkrankheiten 1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychiatrie nachgewiesen wird,

3. für den Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten:

   1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychotherapie unter der Voraussetzung, daß innerhalb des Weiterbildungsganges zum Facharzt für Nerven- und Gemütskrankheiten 1 Jahr Tätigkeit auf dem Gebiet der Psychotherapie oder Psychosomatik nachgewiesen wird.

IV. Die nach § 23 Abs. 4 Ziff. 4 verlangte besondere Weiterbildung für das Führen des Zusatzes „Tropenkrankheiten" auf dem Arztschild setzt voraus

1. eine mindestens einjährige Tätigkeit an einem Tropenkrankenhaus oder Tropeninstitut unter Leitung eines Arztes, der die Genehmigung besitzt, die Zusatzbezeichnung „Tropenkrankheiten" zu führen,
2. eine mindestens einjährige Tätigkeit in Ländern, in welchen Tropenkrankheiten heimisch sind.

Weist der Antragsteller eine mehrjährige praktische tropenärztliche Tätigkeit nach, so kann anstelle der einjährigen Tätigkeit in Tropenkrankenhäusern oder Tropeninstituten die erfolgreiche Absolvierung eines Kurses an einem Tropeninstitut als ausreichend betrachtet werden.

V. Die nach § 23 Abs. 4 Ziff. 5 verlangte besondere Weiterbildung für das Führen des Zusatzes „Badearzt" oder „Kurarzt" auf dem Arztschild setzt voraus

1. die Teilnahme an einem einführenden allgemeinen Kurs von vier Wochen Dauer für physikalische Therapie, Balneologie und Klimatologie an einem Institut für physikalische Therapie oder in einem Krankenhaus ähnlicher Art
2. eine mindestens einjährige Tätigkeit in dem Heilbad, Seebad, heilklimatischen oder Kneipp-Kurort, in dem der betreffende Arzt die Bezeichnung „Badearzt" oder „Kurarzt" führen will. Die Bäder müssen als solche auf Grund des Vorliegens von anerkannten klimatologischen oder balneologischen Analysen allgemein anerkannt sein und im offiziellen deutschen Bäderverzeichnis geführt werden.

   Eine Ausnahme von dieser Vorschrift kann gemacht werden, wenn der Betreffende bereits in einem Heilbad mit gleicher oder ähnlicher Indikation mindestens 1 Jahr tätig war oder eine entsprechend lange Zeit an einem Institut für physikalische Therapie oder in einem Krankenhaus ähnlicher Art tätig gewesen ist.

VI. Die nach § 23 Abs. 4 Ziff. 6 verlangte besondere Weiterbildung für das Führen des Zusatzes „Behandlung von Stimm- und Spraehstörungen" auf dem Arztschild setzt voraus

1. eine mindestens halbjährige Weiterbildung in der diagnostischen Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde in einer Fachklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenkrankheiten,
2. eine halbjährige Weiterbildung in einer Fachabteilung für Stimm- und Sprachstörungen innerhalb einer Hals-, Nasen-, Ohrenklinik.

Die Bayerische Landesärztekammer stellt im Benehmen mit den jeweils zuständigen Fachgesellschaften eine Liste der geeigneten Leiter entsprechender Krankenanstalten, Krankenhausabteilungen oder Institute und in der Praxis tätiger Ärzte auf (vgl. § 28 (4) der Berufsordnung für die Ärzte Bayerns)."

München, den 2. Januar 1963 Dr. Sewering
Präsident

Verschreibungspflicht für Arzneimittel

Das Bayerische Staatsministerium des Innern hat mit Verordnungen vom 16. 11. 1962 und vom 7. 12. 1962 u. a. nachstehende Mittel der Verschreibungspflicht unterstellt:

1. 1-p-Chlorbenzhydryl-4-m-methylbenzyl-diäthylendiamin (Meclizin) und dessen Salze (z. B. in Bonamine, Postafen, Peremesin, Postadoxin und Siguron)
2. 1-p-Chlorbenzhydryl-4-(p-tert. butylbenzyl)-diäthylendiamin (Buclizin) und dessen Salze (z. B. in Postafen)
3. 1-p-Chlorbenzhydryl-4-[2'-(2"-hydroxyäthoxy)-äthyl]-diäthylendiamin (Hydroxyzin) und dessen Salze (z. B. in Atarax, Masmoran, Diligan, Opticardon, Postafen, Vesparax)
4. Selenverbindungen.

Die übrigen Bundesländer werden entsprechend verfahren. Darüber hinaus sind die Hersteller von Arzneispezialitäten mit Meclizin, Buclizin und Hydroxyzin sowie mit Phenmetrazin (z. B. Preludin) inzwischen amtlich aufgefordert worden, die Packungen dieser Arzneispezialitäten mit dem Hinweis zu versehen, „Nicht bei bestehender Schwangerschaft nehmen".

Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 22. Oktober 1962 Nr. III 8—5370/65—41/62 betr.

Krankenanstalten, Institute und medizinische Badeanstalten, die zur Aufnahme von Praktikanten für die Berufe der medizinisch-technischen Assistentin, des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten ermächtigt worden sind.

Nachstehend werden weitere in Bayern zur Annahme von Praktikanten für die Berufe der medizinisch-technischen Assistentin, des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten ermächtigte Krankenanstalten, Institute und medizinische Badeanstalten bekanntgegeben. Die mit Bekanntmachung vom 27. 2. 1962 Nr. III 8 — 5370/65 —

7/62 (StAnz. Nr. 12) veröffentlichten Verzeichnisse sind darnach zu ergänzen.

A) Verzeichnis

der zur Annahme von Praktikanten für den Beruf der med.-techn. Assistentin ermächtigten Krankenanstalten und Institute in Bayern

	Name und Anschrift der Krankenanstalt oder des Instituts	Träger der Krankenanstalt oder des Instituts	Zahl der Plätze
	Oberbayern		
79	Städt. Krankenhaus Bad Reichenhall, Riedelstraße 5	Stadt Bad Reichenhall	1
80	Prof. Dr. G. A. Weltz, Dr. Frank Engel, Röntgenfachärzte, München, Maximilianstraße 31	Professor Dr. G. A. Weltz, Dr. Frank Engel	
81	Hermann-Schramm-Haus, Unfallkrankenhaus, Murnau	Berufsgenossenschaftliche Unfallfürsorge e. V.	1
82	Max-Planck-Institut für Biochemie, München, Goethestr. 31	Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e. V.	3
83	Knappschaftskrankenhaus Penzberg	Süddeutsche Knappschaft	1
84	Knappschaftskrankenhaus Hausham	Süddeutsche Knappschaft	1
85	Rotkreuzkrankenhaus I, München, Nymphenburger Str. 163	Schwesternschaft München v. Bayer. Roten Kreuz e. V., Land Bayern	2—3
86	Max-v.-Pettenkofer-Institut für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie der Universität, München 15, Pettenkoferstr. 9 a	Freistaat Bayern	6
87	Städt. Krankenhaus Burghausen	Stadt Burghausen	1
88	Klinisches Sanatorium Trausnitz der LVA Niederbayern-Oberpfalz, Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9	LVA Niederbayern-Oberpfalz	1
89	Krankenhaus der Missionsbenediktinerinnen, Tutzing Nr. 411—412	Orden der Missionsbenediktinerinnen in Tutzing	1
90	Kreiskrankenhaus Fürstenfeldbruck, Dachauer Str. 33	Landkreis Fürstenfeldbruck	1
	Niederbayern		
91	Krankenhaus Deggendorf	Krankenhausstiftung Deggendorf	1
92	Kreiskrankenhaus Grafenau	Landkreis Grafenau	1
93	Kreiskrankenhaus Kelheim	Landkreis Kelheim	1
94	Städt. Krankenhaus Landsbut, Obere Länd	Stadt Landshut	2
95	Städt. Krankenhaus Passau	Stadt Passau	2
96	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Straubing, Schulgasse 2—3	Orden der Barmherzigen Brüder in Bayern	1
97	Krankenhaus Azlburg der Elisabethinnen, Straubing, Azlburger Straße 2—4	Ordenskonvent der Elisabethinnen	2
98	Kreiskrankenhaus Landshut-Achdorf	Landkreis Landshut	2
	Oberpfalz		
99	Kreiskrankenhaus Neustadt a. d. Waldnaab	Landkreis Neustadt a. d. Waldnaab	1
100	Städt. Krankenhaus Weiden l. d. Opf.	Stadt Weiden i. d. Opf.	2
101	Städt. Kinderklinik Regensburg	Stadt Regensburg	1
102	Beobachtungskrankenhaus der LVA Regensburg, Niederbayern-Oberpfalz	LVA Niederbayern-Oberpfalz	2
103	Staatl. Bakteriologische Untersuchungsanstalt Regensburg	Freistaat Bayern	8
104	Evangelisches Krankenhaus Regensburg	Evang. Wohltätigkeitsstiftungen Regensburg	1
	Oberfranken		
105	Allgemeines Krankenhaus Bamberg, Bamberg, Untere Sandgasse 30	Stadt Bamberg	4
106	Städt. Krankenhaus Marktredwitz	Stadt Marktredwitz	1
107	Städt. Krankenhaus Bayreuth, Kulmbacher Straße	Stadt Bayreuth	8
	Mittelfranken		
108	Privatklinik und Röntgeninstitut Dr. Horvath, Fürth, Nürnberger Straße 8	Dr. Horvath	2
109	Siemens-Reiniger-Werke AG Erlangen, Luitpoldstraße 45—47	Siemens-Reiniger-Werke AG Erlangen	2
110	Unfallklinik Dr. med. Fritz Erler, Nürnberg, Fürther Straße 8	Dr. med. Erler	1
111	Dr. med. G. Dietrich, Facharzt für Röntgenologie und Strahlenkunde, Nürnberg, Am Plärrer 14	Dr. med. Dietrich	1
112	Röntgen-Institut Dr. Severin-Dr. Bregulla, Nürnberg, Marienstr. 8	Dr. Severin Dr. Bregulla	2
113	Dr. med. Lothar Ehrhardt, Med.-diagn. Institut für Klinische Pathologie und path. Anatomie, Nürnberg, Neutorgraben 15	Dr. Lothar Ehrhardt	1
	Unterfranken		
114	Rudolf-Wissel-Sanatorium der LVA Berlin, Bad Kissingen, Ringstraße 1	LVA Berlin	2
115	Röntgeninstitut Dr. med. Marianne Martin-Reith, Würzburg, Grabenweg 2	Dr. med. Marianne Martin-Reith	1
	Schwaben		
118	Krankenhaus der Vereinigten Wohltätigkeitsstiftungen Nördlingen, am Stoffelsberg 4	Vereinigte Wohltätigkeitsstiftungen Nördlingen	2
117	Kreiskrankenhaus Memmingen, Buxacher Straße 16	Landkreis Memmingen	2
118	Städt. Krankenhaus Kaufbeuren, Dr.-Gutermann-Str.	Stadt Kaufbeuren	4
119	Kinderkrankenhaus Josefinum, Augsburg, Kapellenstraße 30	Kath. Jugendfürsorge der Diözese Augsburg e. V.	2
120	Städt. Krankenanstalten Augsburg	Stadt Augsburg	5
121	Kreiskrankenhaus Krumbach (Schwaben)	Landkreis Krumbach (Schwaben)	1
122	Sanatorium Lindenberg der LVA Schwaben, Lindenberg i. Allgäu	Landesversicherungsanstalt Schwaben	2
123	Bundeswehrlazarett Kempten (Allgäu)	Bundesrepublik Deutschland	1
124	Krankenhaus der Barmherzigen Brüder, Neuburg a. d. Donau, Bahnhofstraße 107	Orden der Barmherzigen Brüder in Bayern, mit dem Hauptsitz — Provinzialat — in Regensburg	1

125	Krankenhaus der Vereinigten Wohltätigkeitsstiftungen Memmingen	Vereinigte Wohltätigkeitsstiftungen Memmingen	6
128	Kreiskrankenhaus St. Albert in Haunstetten	Landkreis Augsburg	1
127	Stadtkrankenhaus Kempten (Allgäu), Robert-Weixler-Str. 50	Stadt Kempten	3
128	Krankenbaus der Ev. Diakonissenanstalt Augsburg, Fröhlichstraße 17	Evang. Diakonissenanstalt Augsburg	1
129	Kreiskrankenhaus Lauingen (Donau)	Landkreis Dillingen a. d. Donau	2
130	Städt. Krankenhaus Günzburg, Krankenhausstraße 40	Stadt Günzburg	2
131	Gemeindl. Krankenhaus Oberstdorf, Trettachstraße 18	Markt Oberstdorf	2

B) Verzeichnis der zur Annahme von Praktikanten in der Massage ermächtigten Krankenanstalten in Bayern

Name und Anschrift der Krankenanstalt	Träger der Krankenanstalt	Zahl der Plätze
Oberbayern		
61 Klinik Dr. L. Schmitt, München, Leopoldstr. 3	Dr. L. Schmitt	2
62 Privatklinik Kurhaus Ludwigsbad, Murnau, Seidlpark	Dr. med. Jos. Busch, Facharzt für innere Krankheiten	1
63 Rotkreuzkrankenhaus I München, Nymphenburger Str. 163	Schwesternschaft München vom Bayer. Roten Kreuz e. V.	2—3
64 Kreiskrankenhaus Berchtesgaden	Landkreis Berchtesgaden	1
65 Klinisches Sanatorium Trausnitz der LVA Niederbayern-Oberpfalz in Bad Reichenhall, Salzburger Str. 9	LVA Niederbayern-Oberpfalz	1
66 Priv.-Klinik Dr. med. Werner Zabel, Berchtesgaden, Stanggaß 39½	Prof. Dr. med. Werner Zabel	1
67 Städt Krankenhaus München-Schwabing, Röntgen- und Bäderinstitut, München 23, Köiner Platz 1	Landeshauptstadt München	1
68 Kneippsanatorium Chiemgau, Marquartstein	Bundesbahnversicherungsanstalt	2
Niederbayern		
69 Städt. Krankenhaus Passau	Stadt Passau	2
70 Kurmittelhaus Thermalbad Füssing, Füssing	Thermalbad Füssing GmbH	3
Oberpfalz		
71 Stadtkrankenhaus Sulzbach-Rosenberg	Stadt Sulzbach-Rosenberg	1
72 Medizinische Badeanstalt Regensburg, Landshuter Str. 13 a	H. und A. Eltner	1
73 Städt. Marienkrankenhaus Amberg	Stadt Amberg	1
Oberfranken		
74 Stadtbad Bamberg, Geyerswörthstr. 5	Stadt Bamberg (Pächterin: Hildegard Busch, Bamberg)	1
75 Kreiskrankenhaus Scheßlitz	Landkreis Bamberg	1
Mittelfranken		
76 Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Schloßplatz 4	Freistaat Bayern	4
77 Siemens-Reiniger-Werke AG Erlangen, Luitpoldstr. 45—47	Siemens-Reiniger-Werke AG Erlangen	2
78 Kurbadeanstalt Wilhelmsbad, Fürth, Königswarterstr. 46	Helmut Kropp, Fürth	2
79 Städt Krankenhaus Weißenburg i. Bay.	Stadt Weißenburg i. Bay.	1
80 Sauna- und Kurbad Wöhrderwiese KG, Althammer und Co., Nürnberg, Hadermühl 6	Wöhrderwiese KG, Althammer und Co.	4
Unterfranken		
81 Missionsärztliches Institut Würzburg, Salvatorstraße 7	Missionsärztliches Institut	2
82 Orth. Krankenhaus Werneck/Schloß	Bezirk Unterfranken	2
84 Staatl. Mineralbad Brückenau-Bad	Bayer. Hotelbetriebs-GmbH	2
85 Städt. Krankenhaus Schweinfurt	Stadt Schweinfurt	2
86 Ernst-Sachs-Bad Schweinfurt	Stadt Schweinfurt	2
87 Med. Institut für physikalische Therapie Dr. med. Alfred Tobiasch, Schweinfurt, Roßmarkt 1	Dr. med. Alfred Tobiasch	1
Schwaben		
88 Kneippianum Bad Wörishofen	Kloster Maliersdorf	3
89 Sebastianeum-Kurkrankenanstalt, Bad Wörishofen	Orden der Barmherzigen Brüder in Bayern	3
90 Kneipp-Kurhaus Christliches Hospiz Oberstdorf	Christliches Hospiz	2
91 Bundeswehrlazarett Kempten (Allgäu)	Bundesrepublik Deutschland	2
92 Stadtkrankenhaus Kempten (Allgäu), Robert-Weixler-Str. 50	Stadt Kempten	1
93 Sanatorium Eichwald, Bad Wörishofen	Dr. med. Wilhelm Weiß, Bad Wörishofen	2
94 Kreiskrankenhaus Kaufbeuren	Landkreis Kaufbeuren	1
95 Städt. Krankenanstalten (Westkrankenhaus) — Medizinische Klinik—, Augsburg, Langemarckstr. 11	Stadt Augsburg	1
96 Städt. Krankenanstalten — Chirurg. Klinik —, Augsburg, Krankenhausstraße 1	Stadt Augsburg	1

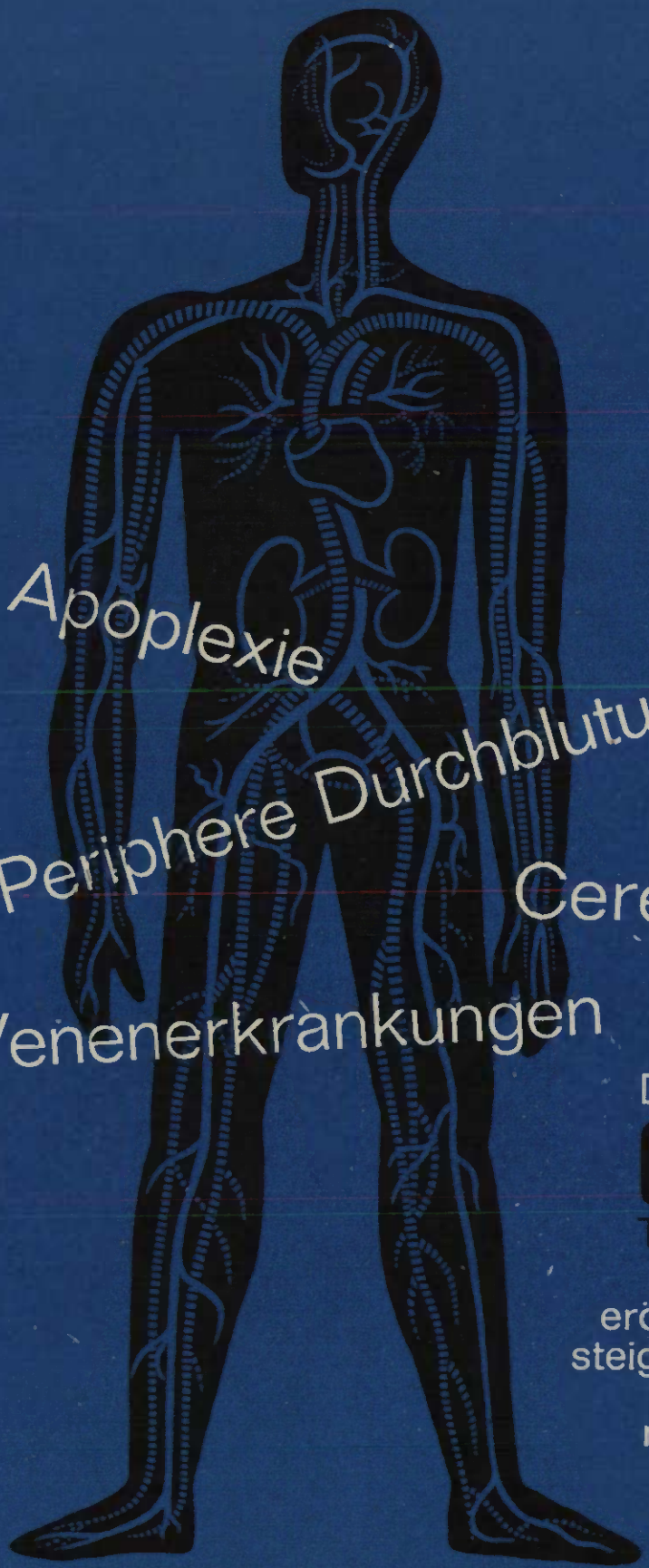
C) Verzeichnis der znr Annahme von Praktikanten ermächtigten medizinischen Badeanstalten in Bayern

Name und Anschrift der medizinischen Badeanstalt	Träger der medizinischen Badeanstalt	Zahl der Plätze
Oberbayern		
32 Badeanstalt Hugo Wiedenhofer, Bad Tölz, Marktstraße 44	Hugo Wiedenhofer	1
33 Parapack-Massage, Fußpflege-Institut Schwester Gertrud Hoppenthaller, Rosenheim, Gilitzerstraße 2	Schwester Gertrud Hoppenthaller	1
34 Sendlinger Bad, München 15, Lindwurmstraße 213	Josef Kreitmair	2
35 Medizinische Badeanstalt „Ost-Bad", München 8, Weißenburger Str. 1/I	Josef Schmöll	2

36	Kurbad Elisabeth Dr. med. Bert John, Sauna und med. Bäder, München 15, Landwehrstraße 7—9	Dr. med. Bert John	1
37	Werneck-Bad Dr. med. Bert John, München, Werneckstraße 19	Dr. med. Bert John	1
38	Kurbad Forstenried, Frau Frieda Eisenberger, München 49, Forstenrieder Allee 213	Frieda Eisenberger	1
39	Dr. Berger's Heil- und Kurbad „Gapa Kurmittelhaus" Dr. med. Hilde Beger, Garmisch-Partenkirchen, Adenfeldstr. 21	Dr. med. Hilde Beger	2
40	Kurheim Sanatorium Diem, Dr. med. Anselm Friesenegger, Feilnbach	Dr. med. Anselm Friesenegger	1
41	Kurbad Sanitas E. u. R. Schlichting, Bad Kohlgrub	Eduard und Rosina Schlichting	2
42	Kurbad „Alpenmoor", Bad Kohlgrub Nr. 18 b	Dr. med. habil. Norberi Piechl	1
43	Kur- und Badeanstalt Neufriedenheim, München 42, Hohenwarter Straße 22	Isidor Roll	1
44	Kurbad St. Rochus, Bad Kohlgrub, Kehrerstraße 23	J. und A. Schild	1
45	Med. Badeanstalt Willi und Lisa Bohm, Bad Wiessee (beim Rathaus an der Brücke)	Willi und Lisa Bohm	2
	Niederbayern		
46	Kurheim Trajansbad Bad Gögging	Hans Huber, Bad Gögging	2
47	Kurmittelhaus Thermalbad Füssing	Thermalbad Füssing GmbH	6
	Oberpfalz		
48	Stadtkrankenhaus Sulzbach-Rosenberg	Stadt Sulzbach-Rosenberg	1
49	Medizinische Badeanstalt Regensburg, Landshuter Str. 13 a	H. und A. Eltner	1
50	Städt. Marienkrankenhaus Amberg	Stadt Amberg	1
51	Bundeswehrlazarett Amberg	Bundesrepublik Deutschland	1
	Oberfranken		
52	Städt. Krankenhaus Pegnitz, Langer Berg 12	Stadt Pegnitz	1
53	Stadtbad Bamberg, Geyerswörthstraße 5	Stadt Bamberg (Pächterin: Hildegard Busch, Bamberg)	1
54	Kreiskrankenhaus Scheßlitz	Landkreis Bamberg	1
	Unterfranken		
55	Missionsärztl. Institut Würzburg, Salvatorstraße 7	Missionsärztl. Institut	2
56	Orth. Krankenhaus Werneck/Schloß	Bezirk Unterfranken	2
57	Staatl. Mineralbad Brückenau-Bad	Bayer. Hotelbetriebs GmbH	2
58	Biologisches Sanatorium Dr. von Weckbecker „Haus der Gesundheit", Brückenau	Dr. von Weckbecker	1
59	Städt. Krankenhaus Schweinfurt	Stadt Schweinfurt	2
60	Ernst-Sachs-Bad Schweinfurt	Stadt Schweinfurt	2
61	Sanatorium Fränkische der LVA Hannover, Bad Neustadt a. d. Saale	LVA Hannover	3
62	Med. Institut für physikalische Therapie Dr. med. Alfred Tobiasch, Schweinfurt, Roßmarkt 1	Dr. med. Alfred Tobiasch	1
	Schwaben		
63	Sebastianeum-Kurkrankenhaus Bad Wörishofen	Orden der Barmherzigen Brüder in Bayern	3
64	Städt. Krankenanstalten (West-Krankenhaus) — Medizinische Klinik —, Augsburg, Langemarckstraße 11	Stadt Augsburg	1

D) Verzeichnis der zur Annahme von Praktikanten in der Krankengymnastik ermächtigten Krankenanstalten in Bayern

	Name und Anschrift der Krankenanstalt	Träger der Krankenanstalt	Zahl der Plätze
	Oberbayern		
35	Klinik Dr. L. Schmitt, München, Leopoldstr. 3	Dr. L. Schmitt	1
36	Städt. Krankenhaus Bad Reichenhall, Riedelstraße 5	Stadt Bad Reichenhall	1
37	Städt. Krankenhaus Weilheim	Stadt Weilheim	1
38	Rotkreuzkrankenhaus I, München, Nymphenburger Str. 163	Schwesternschaft München vom Bayer. Roten Kreuz e. V.	2—3
39	Kinderklinik der Rummelsberger Anstalten der Inneren Mission, Garmisch-Partenkirchen, Pitzaustraße 12	Rummelsberger Anstalten der Inneren Mission e. V.	1
40	Klinisches Sanatorium Trausnitz der LVA Niederbayern-Oberpfalz, Bad Reichenhall, Salzburger Straße 9	LVA Niederbayern-Oberpfalz	1
41	Priv.-Klinik Prof. Dr. med. Werner Zabel, Berchtesgaden, Stanggaß 39½	Prof. Dr. med. Werner Zabel	1
42	Städt. Krankenhaus Rosenheim, Ellmaierstraße 27	Stadt Rosenheim	1
43	Städt. Krankenhaus München-Oberföhring, Oberföhringer Str. 156	Landeshauptstadt München	1
44	Städt. Krankenhaus (Chir. Abt.) München, Thalkirchner Str. 48	Landeshauptstadt München	1
	Niederbayern		
45	Städt. Krankenhaus Passau	Stadt Passau	2
	Oberpfalz		
46	Stadtkrankenhaus Sulzbach-Rosenberg	Stadt Sulzbach-Rosenberg	1
47	Städt. Marienkrankenhaus Amberg	Stadt Amberg	2
48	Bundeswehrlazarett Amberg	Bundesrepublik Deutschland	1
	Oberfranken		
49	Allgemeines Krankenhaus Bamberg, Bamberg, Untere Sandstr. 30	Stadt Bamberg	2
	Mittelfranken		
50	Universität Erlangen-Nürnberg, Erlangen, Schloßplatz 4	Freistaat Bayern	6
51	Unfall-Klinik Dr. med. Erler, Nürnberg, Fürther Straße 6	Dr. med. Erler	2
52	Unfall-Klinik Dr. med. Erler, Ellingen	Dr. med. Erler	2



Apoplexie

Periphere Durchblutungsstörungen

Cerebralsklerose

Venenerkrankungen

Der Haemokinator

COMPLAMIN®

Tabletten und Ampullen

eröffnet die Endstrombahn,
steigert das
Herz-Minutenvolumen,
normalisiert das
Blutangebot zum Gehirn,
erschließt
Kollateralkreisläufe.

JOHANN A. WÜLFING, DÜSSELDORF

	Unterfranken		
53	Juliusspital Würzburg	Julius-Spital-Stiftung	2
54	Städt. Krankenhaus Schweinfurt	Stadt Schweinfurt	2
	Schwaben		
55	Kreiskrankenhaus Krumbach (Schwaben)	Landkreis Krumbach	2
56	Städt. Krankenanstalten — Chirurg. Klinik —, Augsburg, Krankenhausstr. 1	Stadt Augsburg	2
57	Städt. Krankenanstalten — Medizinische Klinik, Augsburg, Langemarckstr. 11	Stadt Augsburg	1

I. A. gez. Riedl, Ministerialdirektor

StAnz. 1962/Nr. 45

Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 16. Oktober 1962 Nr. III 7 — 5455/10 — 38 über die

Gewährdauer von Impfstoffen und Seren

Das Paul-Ehrlich-Institut, Staatliche Anstalt für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., hat mitgeteilt, daß die Gewährdauer der nachstehend aufgeführten Impfstoffe und Seren abgelaufen ist:

Die Diphtherie-Sera

mit der Kontrollnummer

6875—6879 (sechstausendachthundertfünfundsiebzig bis sechstausendachthundertneunundsiebzig)
aus den **Behringwerken A.G.**, Marburg a. d. Lahn.

Das Gasbrand-(Gasoedem-)Serum

mit der Kontrollnummer

573 (fünfhundertdreiundsiebzig)
aus den **Behringwerken A.G.**, Marburg a. d. Lahn.

Die Testsera (flüssig) zur Bestimmung der Blutgruppen A, B, 0

1. mit den Kontrollnummern

1142—1144 (eintausendeinhundertzweiundvierzig bis eintausendeinhundertvierundvierzig)
1183—1185 (eintausendeinhundertdreiundachtzig bis eintausendeinhundertfünfundachtzig)
aus dem **Asid-Institut GmbH.**, Lohhof b. München;

2. mit den Kontrollnummern

1083 (eintausenddreiundachtzig)
1085 (eintausendfünfundachtzig)
1096—1098 (eintausendsechsundneunzig bis eintausendachtundneunzig)
1100 (eintausendeinhundert)
1102 (eintausendeinhundertzwei)
1108—1111 (eintausendeinhundertacht bis eintausendeinhundertelf)
1132 u. 1133 (eintausendeinhundertzweiunddreißig und eintausendeinhundertdreiunddreißig)
1138 u. 1139 (eintausendeinhundertachtunddreißig und eintausendeinhundertneununddreißig)
1149 (eintausendeinhundertneunundvierzig)
1155 (eintausendeinhundertfünfundfünfzig)
1158—1162 (eintausendeinhundertachtundfünfzig bis eintausendeinhundertzweiundsechzig)
1164 u. 1165 (eintausendeinhundertvierundsechzig und eintausendeinhundertfünfundsechzig)
1167—1172 (eintausendeinhundertsiebenundsechzig bis eintausendeinhundertzweiundsiebzig)
1178—1180 (eintausendeinhundertachtundsiebzig bis eintausendeinhundertachtzig)
1186—1188 (eintausendeinhundertsechsundachtzig bis eintausendeinhundertachtundachtzig)
1195 u. 1196 (eintausendeinbundertfünfundneunzig und eintausendeinhundertsechsundneunzig)
1206—1211 (eintausendzweihundertsechs bis eintausendzweihundertelf)
1217—1220 (eintausendzweihundertsiebzehn bis eintausendzweihundertzwanzig)
1223 u. 1224 (eintausendzweihundertdreiundzwanzig und eintausendzweihundertvierundzwanzig)
1229—1232 (eintausendzweihundertneunundzwanzig bis eintausendzweihundertzweiunddreißig)
aus den **Behringwerken A.G.**, Marburg a. d. Lahn;

3. mit den Kontrollnummern

1093 u. 1094 (eintausenddreiundneunzig und eintausendvierundneunzig)
1105 (eintausendeinhundertfünf)
1123—1125 (eintausendeinhundertdreiundzwanzig bis eintausendeinhundertfünfundzwanzig)
1150—1152 (eintausendeinhundertfünfzig bis eintausendeinhundertzweiundfünfzig)
1173—1177 (eintausendeinhundertdreiundsiebzig bis eintausendeinhundertsiebenundsiebzig)
1182 (eintausendeinhundertzweiundachtzig)
1192 u. 1193 (eintausendeinhundertzweiundneunzig und eintausendeinhundertdreiundneunzig)
1197—1200 (eintausendeinhundertsiebenundneunzig bis eintausendzweihundert)
1234 u. 1235 (eintausendzweihundertvierunddreißig und eintausendzweihundertfünfunddreißig)
aus dem **Biotest-Serum-Institut**, Frankfurt a. M.;

4. mit den Kontrollnummern

1120—1122 (eintausendeinhundertzwanzig bis eintausendeinhundertzweiundzwanzig)
1213—1215 (eintausendzweihundertdreizehn bis eintausendzweihundertfünfzehn)
1226—1228 (eintausendzweihundertsechsundzwanzig bis eintausendzweihundertachtundzwanzig)
aus dem **Serum-Institut Dr. H. Molter**, Heidelberg.

Die Test-Sera (flüssig, supplementwirksam) zur Bestimmung des Rhesusfaktors D (Rho)

1. mit den Kontrollnummern

1072—1074 (eintausendzweiundsiebzig bis eintausendvierundsiebzig)
1103 u. 1104 (eintausendeinhundertdrei und eintausendeinhundertvier)
1115 (eintausendeinhundertfünfzehn)
1128 (eintausendeinhundertachtundzwanzig)
1140 u. 1141 (eintausendeinhundertvierzig und (eintausendeinhundertelnundvierzig)
1156 u. 1157 (eintausendeinhundertsechsundfünfzig und eintausendeinhundertsiebenundfünfzig)
1166 (eintausendeinhundertsechsundsechzig)
1181 (eintausendeinhundertelnundachtzig)
1191 (eintausendeinhundertelnundneunzig)
1202—1205 (eintausendzweibundertzwei bis eintausendzweihundertfünf)
1236 u. 1237 (eintausendzweihundertsechsunddreißig und eintausendzweihundertsiebenunddreißig)
1252 u. 1253 (eintausendzweihundertzweiundfünfzig und eintausendzweihundertdreiundfünfzig)
aus den **Behringwerken A.G.**, Marburg a. d. Lahn;

2. mit den Kontrollnummern

1092 (eintausendzweiundneunzig)
1106 u. 1107 (eintausendeinhundertsechs und eintausendeinhundertsieben)
1112 u. 1113 (eintausendeinhundertzwölf und eintausendeinhundertdreizehn)
1153 u. 1154 (eintausendeinhundertdreiundfünfzig und eintausendeinhundertvierundfünfzig)
1233 (eintausendzweihundertdreiunddreißig)
aus dem **Biotest-Serum-Institut**, Frankfurt a. M.;

3. mit den Kontrollnummern

1099 (eintausendneunundneunzig)
1119 (eintausendeinhundertneunzehn)
1138 (eintausendeinhundertsechsunddreißig)
1148 (eintausendeinhundertachtundvierzig)
aus dem **Serum-Institut Dr. H. Molter**, Heidelberg.

Die Testsera (flüssig, agglutinierend) zur Bestimmung des Rhesusfaktors D (Rho)

1. mit den Kontrollnummern

1368 (eintausenddreihundertachtundsechzig)
1494 (eintausendvierhundertvierundneunzig)
aus den **Behringwerken A.G.**, Marburg a. d. Lahn;

2. mit den Kontrollnummern

1392 (eintausenddreihundertzweiundneunzig)
1427 (eintausendvierhundertsiebenundzwanzig)
1448 (eintausendvierhundertachtundvierzig)
1489 (eintausendvierhundertneunundachtzig)
1525 (eintausendfünfhundertfßnfundzwanzig)
aus dem **Biotest-Serum-Institut**, Frankfurt a. M.;

3. mit den Kontrollnummern

1449 (eintausendvierhundertneunundvierzig)
1513 (eintausendfünfhundertdreizehn)
aus dem **Serum-Institut Dr. H. Molter**, Heidelberg.

Die Rohsera zur Bestimmung der Blutfaktoren M u. N

1. mit den Kontrollnummern

1095 (eintausendfßnfundneunzig)
1221 u. 1222 (eintausendzweihunderteinundzwanzig und eintausendzweihundertzweiundzwanzig)
aus dem **Asid-Institut GmbH.**, Lohhof b. München;

2. mit den Kontrollnummern

1129—1131 (eintausendeinhundertneunundzwanzig bis eintausendeinhunderteinunddreißig)
aus den **Behringwerken A.G.**, Marburg a. d. Lahn;

3. mit den Kontrollnummern

1126 u. 1127 (eintausendeinhunderisechsundzwanzig und eintausendeinhundertsiebenundzwanzig)
aus dem **Biotest-Serum-Institut**, Frankfurt a. M.;

4. mit den Kontrollnummern

1116 u. 1117 (eintausendeinhundertsechzehn und eintausendeinhundertsiebzehn)
1250 u. 1251 (eintausendzweihundertfünfzig und eintausendzweihunderteinundfünfzig)
aus dem **Serum-Institut Dr. H. Molter**, Heidelberg.

Die Trockenabgüsse zur Bestimmung der Blutfaktoren M und N

mit den Kontrollnummern
548 (fünfhundertachtundvierzig)
561 (fünfhunderteinundsechzig)
582 u. 583 (fünfhundertzweiundachtzig und fünfhundertdreiundachtzig)
aus dem **Serum-Institut Dr. H. Molter, Heidelberg.**

Die Tetanus-Sera

1. mit der Kontrollnummer
591 (fünfhunderteinundneunzig)
aus dem **Bakteriologischen Institut Dr. Rentschler & Co., Warthausen/Württ.;**

2. mit den Kontrollnummern
81 u. 82 (einundachtzig und zweiundachtzig)
aus dem **Asid-Institut GmbH.,** Lohhof b. München;

3. mit den Kontrollnummern
6897—6929 (sechstausendachthundertsiebenundneunzig bis sechstausendneunhundertneunundzwanzig)
aus den **Behringwerken A.G.,** Marburg a. d. Lahn;

4. mit den Kontrollnummern
FP 2001 (FP zweitausendeins)
FP 2017 (FP zweitausendsiebzehn)
aus der **Firma Burroughs, Wellcome & Co.,** London

Die Rotlauf-Sera

1. mit den Kontrollnummern
39 u. 40 (neununddreißig und vierzig)
aus dem **Asid-Institut GmbH.,** Lohhof b. München;

2. mit der Kontrollnummer
140 (einhundertvierzig)
aus dem **Bakteriologischen Institut Dr. Rentschler & Co.,** Warthausen/Württ.;

3. mit den Kontrollnummern
1989—1992 (eintausendneunhundertneunundachtzig bis eintausendneunhundertzweiundneunzig)
aus den **Behringwerken A.G.,** Marburg a. d. Lahn.

Das Diphtherie-Kurantigen

mit der Kontrollnummer
315 (dreihundertfünfzehn)
aus den **Behringwerken A.G.,** Marburg a. d. Lahn.

Die Diphtherie-Mischimpfstoffe

mit den Kontrollnummern
314 (dreihundertvierzehn) Diphtherie-Pertussis-Tetanus
316 (dreihundertsechszehn)
317 (dreihundertsiebzehn) Diphtherie-Tetanus
aus den **Behringwerken A.G.,** Marburg a. d. Lahn.

Der Diphtherie-Tetanus-Poliomyelitis-Mischimpfstoff

mit der Kontrollnummer
8 (acht)
aus der **Firma C. F. Boehringer & Söhne,** Mannheim-Waldhof.

Die Poliomyelitis-Impfstoffe

1. mit den Kontrollnummern
283—285 (zweihundertdreiundachtzig bis zweihundertfünfundachtzig)
288—290 (zweihundertachtundachtzig bis zweihundertneunzig)
aus den **Behringwerken A.G.,** Marburg a. d. Lahn;

2. mit der Kontrollnummer
30 (dreißig)
aus der **Firma C. F. Boehringer & Söhne,** Mannheim-Waldhof.

3. mit den Kontrollnummern
26—28 (sechsundzwanzig bis achtundzwanzig)
aus den **Farbenfabriken Bayer A.G.,** Leverkusen.

Die Wundstarrkrampf-(Tetanus-)Impfstoffe

mit den Kontrollnummern
41 u. 42 (einundvierzig und zweiundvierzig)
43 (dreiundvierzig) TABTet
aus den **Bebringwerken A.G.,** Marburg a. d. Lahn.

Beachten Sie die

Fortbildungsveranstaltungen

der Bundesärztekammer in Davos und Badgastein und die von der Bayerischen Landesärztekammer veranstalteten Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin vom 29. bis 31. 3. 1963

Die Pseudogeflügelpest-(Newcastle-)Impfstoffe

1. mit den Kontrollnummern
148—150 (einhundertachtundvierzig bis einhundertfünfzig)
aus den **Behringwerken A.G.,** Marburg a. d. Lahn;

2. mit der Kontrollnummer
AHD 104 (AHD einhundertvier)
aus der **Vemie (Veterinär Chemie) GmbH.,** Kempen-Ndrh.

Die Schweine-Rotlauf-Impfstoffe

1. mit der Kontrollnummer
33 (dreiunddreißig)
aus dem **Asid-Institut GmbH.,** Lohhof b. München;

2. mit den Kontrollnummern
324—326 (dreihundertvierundzwanzig bis dreihundertsechsundzwanzig)
aus den **Behringwerken A.G.,** Marburg a. d. Lahn.

Die Tuberkuline

1. mit der Kontrollnummer
46 (sechsundvierzig) = Rinder-Einheitstuberkulin
aus dem **Asid-Institut GmbH.,** Lohhof b. München;

2. mit den Kontrollnummern
571 u. 572 (fünfhunderteinundsiebzig und fünfhundertzweiundsiebzig) = Rinder-Einheitstuberkulin
aus dem **Bakteriologischen Institut Dr. Rentschler & Co.,** Warthausen/Württ.;

3. mit den Kontrollnummern
28 u. 29 (achtundzwanzig und neunundzwanzig) = Rinder-Einheitstuberkulin
aus den **Farbwerken Hoechst A.G.,** Frankfurt a. M./Höchst;

4. mit der Kontrollnummer
11 (elf) = Rinder-Einheitstuberkulin
aus dem **Serumwerk Memsen,** Memsen über Hoya/Weser.

Ferner entspricht der folgende Impfstoff nicht mehr den Anforderungen an die Wirksamkeit gemäß § 32 der „Vorläufigen Vorschriften für die staatliche Prüfung von Impfstoffen gegen Kinderlähmung (Poliomyelitis)" und darf daher nicht mehr verwendet werden:

Der Diphtherie-Tetanus-Poliomyelitis-Mischimpfstoff

mit der Kontrollnummer
35 (fünfunddreißig)
aus den **Behringwerken A.G.,** Marburg a. d. Lahn.

I. A. gez. Dr. Riedi, Ministeriaidirektor
StAnz. 1962/Nr. 43

RECORSAN®
RECORSAN-LIQUID. c. Rutin
zur Crotaegus – Kombinationstherapie des Altersherzens
30 ccm lt. A.T. DM 2,10 o. U.
RECORSAN-GMBH. APOTHEKER REINHARD & SOHN · MÜNCHEN-GRÄFELFING

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Entscheidung des Bayer. Verfassungsgerichtshofes über die Kammerzugehörigkeit beamteter Ärzte

Der Bayerische Verfassungsgerichtshof — Vf 79-VII-59 — hat in seiner Sitzung am 30. 11. 1962 die Anträge einiger beamteter Ärzte auf Feststellung der Verfassungswidrigkeit der Artikel 4, 6, 11, 16 und 20 des Bayer. Kammergesetzes vom 15. 7. 1957 mit folgender Begründung abgewiesen:

I.

1. Das Gesetz über die Berufsvertretungen und über die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker (Kammergesetz) — KaG — vom 15. 7. 1957 (GVBl. S. 162) bestimmt in:

Art. 4

„(1) Ordentliche Mitglieder der ärztlichen Kreisverbände sind alle zur Berufsausübung in Bayern berechtigten Ärzte, außerordentliche Mitglieder solche Personen, welche die ärztliche Prüfung bestanden haben, aber noch nicht als Ärzte bestallt sind (Medizinalassistenten).

(2) Die Mitgliedschaft ruht bei Verzicht auf die Ausübung des ärztlichen Berufs und für die Dauer der Untersagung.

(3) Die Mitglieder sind verpflichtet, sich bei dem ärztlichen Kreisverband und dem Gesundheitsamt unter Vorlage der Berechtigungsnachweise zu melden. Zuständig sind der ärztliche Kreisverband und das Gesundheitsamt, in deren Bereich der Arzt sich niedergelassen hat oder sonst ärztlich berufstätig ist. Übt der Arzt keine ärztliche Tätigkeit aus, so bestimmt sich die Zuständigkeit nach dem Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen nach dem ständigen Aufenthaltsort."

Art. 6

„Die ärztlichen Kreisverbände sind berechtigt, zur Erfüllung ihrer Aufgaben von allen Mitgliedern Beiträge zu erheben. Die Höhe der Beiträge wird in einer Beitragsordnung festgesetzt, die von den Mitgliedern der ärztlichen Kreisverbände zu beschließen ist und zu ihrer Wirksamkeit der Zustimmung der Landesärztekammer und der Genehmigung der Regierung bedarf."

Art. 11

„(1) Die Delegierten zur Landesärztekammer und ihre Ersatzleute werden von den Mitgliedern der ärztlichen Kreisverbände durch geheime und schriftliche Abstimmung aus der Zahl ihrer Mitglieder auf die Dauer von vier Jahren gewählt. In der Regel ist auf 100 Mitglieder ein Delegierter zu wählen. Kreisverbände mit weniger als 100 Mitgliedern können zum Zwecke der Wahl zusammengeschlossen werden. Das Wahlverfahren wird durch die Wahlordnung bestimmt, die von der Landesärztekammer zu erlassen ist und der Genehmigung des Staatsministeriums des Innern bedarf.

(2) Die medizinischen Fakultäten der Landesuniversitäten entsenden je eines ihrer Mitglieder als Delegierten zur Landesärztekammer auf die Dauer von vier Jahren.

(3) Der Landesärztekammer gehören weiter die 1. und 2. Vorsitzenden der Landesärztekammer an, soweit sie nicht aus der Zahl der Delegierten gewählt worden sind, sowie die 1. Vorsitzenden der ärztlichen Bezirksverbände.

(4) Das Wahlrecht und die Wählbarkeit ruhen, solange das Mitglied unter Vormundschaft oder Pflegschaft steht, sich in Untersuchungs- oder Strafhaft befindet oder mit der Beitragsleistung für mehr als zwei Jahre im Rückstand ist, ohne daß die Beiträge gestundet sind."

Art. 16, Abs. 3

„(3) Die Landesärztekammer ist berechtigt, zur Erfüllung ihrer Aufgaben von allen Mitgliedern der ärztlichen Kreisverbände Beiträge zu erheben. Die Höhe der Beiträge wird in einer Beitragsordnung festgesetzt, die von der Landesärztekammer zu erlassen ist und der Genehmigung des Staatsministeriums des Innern bedarf."

Art. 20

„(1) Die ärztlichen Kreisverbände, die ärztlichen Bezirksverbände und die Landesärztekammer haben für die von ihnen festgesetzten Beiträge, Ordnungsstrafen und sonstigen auf Grund der Satzung oder von Gesetzen einzuhebenden Geldforderungen gegenüber den Mitgliedern der ärztlichen Kreisverbände das Vollstreckungsrecht.

(2) Der Vorstand der zuständigen Berufsvertretung hat die Vollstreckung nach Maßgabe der Art. 6 und 7 des Ausführungsgesetzes zur Zivilprozeßordnung und Konkursordnung vom 23. Februar 1879 durch den Gerichtsvollzieher bewirken zu lassen, soweit sie nicht den Gerichten zugewiesen ist."

Die in Art. 20 Abs. 2 KaG erwähnten Art. 6 und 7 des Ausführungsgesetzes zur Zivilprozeßordnung und Konkursordnung vom 23. 2. 1879 sind durch Art. 48 Abs. 1 Nr. 2 des Bayer. Verwaltungszustellungs- und Vollstreckungsgesetzes vom 30. 5. 1961 (GVBl. S. 148) aufgehoben worden; an ihre Stelle sind die entsprechenden Vorschriften des letztgenannten Gesetzes getreten.

2. Die beamteten Ärzte Dr. Luxenburger, früher Obermedizinalrat in Gabersee b. Wasserburg, nunmehr Landesmedizinaldirektor in Heppenheim/Hessen, Oberregierungsmedizinalrat Dr. Werner in München, Vertrauensarzt Dr. Sedlmayer in Schwandorf/Bay. und Stadtmedizinaldirektor Dr. David in Nürnberg haben den Bayer. Verfassungsgerichtshof angerufen und beantragt, die Art. 4, 6, 11, 16 und 20 KaG für verfassungswidrig und nichtig zu erklären.

Zur Begründung des Antrags wird ausgeführt:

a) Um den freiberuflich tätigen Ärzten die Möglichkeit zu geben, die Art der Ausübung ihrer Tätigkeit im Rahmen der Selbstverwaltung teilweise selbst zu bestimmen und zu überwachen, sei das Bayer. Ärztegesetz vom 1. 7. 1927 (GVBl. S. 233) geschaffen worden. Die Berufsvertretung sollte, wie in der Begründung zu diesem Gesetz dargelegt sei, für die Erhaltung eines wissenschaftlich und sittlich hochstehenden Ärztestandes sorgen. Damit dies erreicht werden konnte, sei die Zwangsmitgliedschaft sämtlicher freiberuflicher Ärzte erforderlich gewesen, da gerade die unsauberen Elemente der Berufsorganisation nicht beigetreten wären. Für die beamteten Ärzte habe jedoch keine Veranlassung für eine Zwangsmitgliedschaft bestanden; denn über die Pflichterfüllung und Pflichtauffassung der beamteten Ärzte hätten die Staatsorgane selbst gewacht. Daher seien auch die Sanitätsoffiziere und Unterärzte

Von Husten befreit!

Puraeton

HUSTENSAFT mit Vitamin C

120 g DM 1,75 o. U. lt. AT. und weitere Packungsgrößen

HUSTENTROPFEN

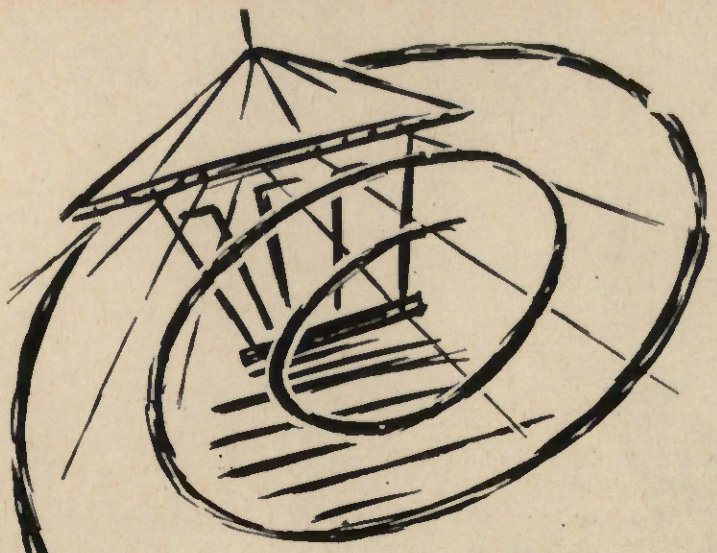
15 ccm DM 1,20 o. U. lt. AT. und weitere Packungsgrößen

Puraetonal

BRONCHIAL-BALSAM

25 g DM 1,75 o. U. lt. AT. und weitere Packungsgrößen

DOLORGIET ARZNEIMITTELFABRIK BAD GODESBERG



Bei Schwindel jeder Genese

Menièreschem Syndrom,
Reisekrankheiten

Vertigoheel®

Tabletten, liquidum, Ampullen

Biologische Heilmittel Heel GmbH. Baden-Baden **-Heel**

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

des Reichsheeres und der Reichsmarine, die keine Privatpraxis ausübten, vom Zwangsbeitritt zur Berufsorganisation ausgenommen gewesen. Die übrigen beamteten Ärzte ohne Einnahmen aus freiberuflicher ärztlicher Tätigkeit seien zwar aus unerfindlichen Gründen von der Zwangsmitgliedschaft nicht befreit, wohl aber beitragsfrei gestellt worden.

In Art. 4 KaG sei wiederum die Zwangsmitgliedschaft auch für die beamteten Ärzte — selbst wenn sie keinerlei freiberufliche Nebentätigkeit ausübten — vorgeschrieben, der wesentliche Unterschied zwischen freiberuflichen und beamteten Ärzten also nicht berücksichtigt. Der beamtete Arzt sei in seiner Berufsausübung, auch in seinen ärztlichen Entscheidungen, nicht frei, sondern — ebenso wie die übrigen Beamten — den rechtlichen Vorschriften und den Weisungen seiner Dienstvorgesetzten unterworfen. Er unterstehe ferner dem Disziplinarrecht, das weit größere Anforderungen an ihn stelle als etwa die Berufsordnung. Die Mehrzahl der Bestimmungen der Berufsordnung sei für die beamteten Ärzte ohne Belang; die restlichen würden durch das Beamtenrecht oder durch spezielle Vorschriften und Anweisungen der Dienstbehörde ersetzt. Die erzwungene Unterstellung beamteter Ärzte unter ein Selbstverwaltungsorgan freiberuflich tätiger Ärzte könne — wie es bereits eingetreten sei und wofür Beweis durch sachverständige Zeugen angeboten werde — zu Pflichtenkollisionen zwischen dem dienstlichen Interesse und den Forderungen der Berufsvertretung führen, besonders wenn die beamteten Ärzte zur Erfüllung ihrer Amtspflicht frei praktizierenden Ärzten gegenüber mit staatlichem Zwang tätig werden müßten. Durch die Eingliederung in das Kammergesetz gerieten die beamteten Ärzte in nicht zumutbare Gewissenskonflikte. Zum Teil wohl auch aus diesem Grunde hätten das Bayer. Ärztegesetz 1927 ebenso wie jetzt in den anderen Bundesländern geltende Ärztegesetze die dienstliche Tätigkeit der ärztlichen Beamten nicht dem berufsgerichtlichen Verfahren unterstellt.

Ebensowenig wie die beamteten Juristen etwa dem Sonderrecht der Rechtsanwälte untergeordnet werden könnten, habe der Gesetzgeber die beamteten und die freiberuflichen Ärzte gleich behandeln dürfen. Wegen dieser gleichartigen Regelung verschiedener Tatbestände, aber auch wegen der Sonderbehandlung, die die beamteten Ärzte gegenüber den anderen bayerischen Beamten erführen, verstoße Art. 4 KaG gegen den Gleichheitssatz des Art. 118 BV. Denn zwischen den beamteten Ärzten — den „ärztlichen Beamten" — und den übrigen Beamten bestehe kein wesentlicher Unterschied. Daß die ersteren bei der Ausübung ihrer Fachkenntnisse an besondere, ideale Leitbilder gebunden seien, sei hier ebenso selbstverständlich wie bei anderen Beamtengruppen. So sei der juristische Beamte an die Idee des Rechts, der technische Beamte an die Erkenntnisse seiner Wissenschaft gebunden. Auch die Weisungsgebundenheit sei dieselbe wie bei den übrigen Beamten. Dies gelte auch im Rahmen ihrer rein ärztlichen Tätigkeit. Ein frei praktizierender Nervenarzt könne z. B. unter den üblichen Behandlungsmethoden wählen; der ärztliche Beamte dagegen könne nur diejenigen anwenden, die in seinem Krankenhaus oder seiner Anstalt durchgeführt würden.

Die angegriffene Vorschrift verletze auch das allgemeine Persönlichkeitsrecht auf Freiheit des Art. 101 BV. Zwar sei die Beschränkung der Handlungsfreiheit durch die allgemeine Rechtsordnung dem Grundrecht inhärent, für die bayerischen Beamten werde aber der Inhalt dieses Grundrechts durch Art. 95 BV und durch das Bayerische Beamtengesetz bestimmt. Hinweise auf Einschränkungen von Grundrechten unter ausdrücklicher Anführung der in Frage stehenden Bestimmungen enthalte das Kammergesetz nicht. Auch gegen Art. 98 Satz 2 BV verstoße somit Art. 4 KaG, da Einschränkungen durch Gesetz nur zulässig seien, wenn die öffentliche Sicherheit, Sittlichkeit, Gesundheit und Wohlfahrt es zwingend erforderten. Ein solches Erfordernis sei hier nicht gegeben; denn die beamteten Ärzte unterlägen bereits der Überwachung durch den Dienstherrn.

Weiter werde Verletzung der Art. 114, 123, 151, 166, 170, 179 BV gerügt.

b) Selbst wenn die Zwangsmitgliedschaft der beamteten Ärzte bei den ärztlichen Kreisverbänden, Bezirksverbänden und der Landesärztekammer mit der Bayer. Verfassung in Einklang stünde, ließe sich daraus noch keine Beitragspflicht, wie sie Art. 6 KaG vorsehe, ableiten. Durch die letztgenannte Vorschrift und durch Art. 16 Abs. 3 KaG, der die Rechtsgrundlage für die Beitragsordnung der Landesärztekammer bilde, würden die beamteten Ärzte mit zusätzlichen Aufwendungen gegenüber den anderen Beamten belastet, obwohl dafür keinerlei Veranlassung bestehe.

Die Beitragspflicht zu einer Berufsorganisation setze außerdem voraus, daß die Einrichtungen der Organisation auch in Anspruch genommen werden könnten. Diese Voraussetzung sei hier nicht gegeben. So sei es Aufgabe der Berufsvertretung, die beruflichen Belange der Ärzte wahrzunehmen und die ärztliche Fortbildung zu fördern; bei den beamteten Ärzten obliege dies den vorgesetzten Behörden. Auch die Überwachung der Dienstpflichten obliege dem Dienstherrn. Da das Disziplinarverfahren vor dem berufsgerichtlichen Verfahren Vorrang habe (vgl. Urteil des Landesberufsgerichts für die Heilberufe beim Bayer. Obersten Landesgericht vom 16. 6. 1958, LBG — A — 1/57), entfalle auch die Notwendigkeit einer ärztegerichtlichen Tätigkeit bei den beamteten Ärzten. Wegen der staatlichen Versorgungseinrichtungen sei die Leistung eines Fürsorgebeitrags nicht gerechtfertigt. Die Landesärztekammer könne auch nach Art. 16 Abs. 2 KaG nicht für die beamteten Ärzte tätig werden; denn die Richtlinien und Anordnungen könnten gegenüber beamteten Ärzten nur insoweit ergehen, als deren dienstliche Verpflichtungen nicht berührt würden; die beamteten Ärzte hätten aber keine anderen als dienstliche Verpflichtungen. Endlich rechtfertige auch die der Landesärztekammer übertragene Aufgabe der Facharztanerkennung keine Beitragszahlung für die beamteten Ärzte; hier handle es sich um einen einmaligen Verwaltungsakt, den die Mehrzahl der Ärzte nicht in Anspruch nehme und für den außerdem eine besondere Gebühr erhoben werde. Die Einrichtungen der ärztlichen Kreisverbände würden durch die beamteten Ärzte ebenfalls nicht in Anspruch genommen.

Diesen Tatsachen sei in Art. 6 und 11 des Bayer. Ärztegesetzes 1927 Rechnung getragen gewesen. Damals sei dafür gesorgt worden, daß den beamteten Ärzten wenigstens keine finanzielle Belastung erwachse. Die

Dienstbezüge der beamteten Ärzte seien für die Beiträge zur Berufsvertretung nicht angesetzt worden; beamtete Ärzte ohne freiberufliche Nebentätigkeit seien somit beitragsfrei gewesen. Es sei nicht verständlich, weshalb die beamteten Ärzte nun der Beitragspflicht unterliegen sollten. Durch die Vorschriften der Art. 6 und 16 KaG werde der Gleichheitssatz des Art. 118 BV verletzt; weiter werde Verstoß gegen Art. 94 ff., 114, 123, 151, 166, 170, 179 BV gerügt.

c) Anders als Art. 10 des Bayer. Ärztegesetzes 1927, der vorgeschrieben habe, daß dem Vorstand der Landesärztekammer ein Amtsarzt angehören müsse, enthalte das Kammergesetz keine solche Vorschrift in seinem Art. 11. Da die beamteten Ärzte zwar etwa ein Zehntel der gesamten Ärzteschaft darstellten, infolge der Struktur des ärztlichen Berufsstandes aber in sämtlichen Kreisverbänden die frei praktizierenden Ärzte überwögen, sei die Wahl eines beamteten Mitglieds zum Delegierten eines Kreisverbandes und damit eine Vertretung der beamteten Ärzte im Vorstand der Landesärztekammer fast ausgeschlossen. Die beamteten Ärzte müßten aber wegen ihrer Zahl und ihrer Sonderstellung die Möglichkeit haben, einen Vertreter in den Vorstand in direkter Wahl zu entsenden. Dies wäre nur gewährleistet durch eine Wahl auf Landesebene.

Die Wahlvorschriften des Art. 11 KaG verstießen gegen Art. 118 BV, da sie den beamteten Ärzten eine angemessene Vertretung in der Landesärztekammer verschlössen, obwohl sie jetzt zu Beiträgen genauso herangezogen würden wie die freiberuflich tätigen Ärzte. Daher enthalte Art. 11 KaG eine Diskriminierung der beamteten Ärzte, die gegen die in der Verfassung niedergelegten Grundsätze verstoße.

d) Art. 20 KaG sei unter den gleichen Gesichtspunkten wie die Art. 4, 6, 11 und 16 KaG verfassungswidrig.

3. Dem Bayer. Landtag, dem Bayer. Senat und der Bayer. Staatsregierung ist nach § 54 Abs. 3 VfGHE Gelegenheit zur Äußerung gegeben worden.

a) der Landtag beantragt, die Popularklage abzuweisen. Es gehe fehl, den beamteten Arzt nur als Beamten anzusehen. Auch er gehöre durch die Approbation zum ärztlichen Berufskreis und er sei keinesfalls von der ärztlichen Tätigkeit ausgeschlossen. In vielen Fällen könne und müsse er ärztlich tätig werden, sei es auf Grund eines Vertrages oder einer Genehmigung für Nebentätigkeit oder aus ethischer Verpflichtung. Der Arbeitskreis des Amtsarztes sei also keineswegs auf seine Verwaltungsarbeit beschränkt. Mitunter erwecke seine ärztliche Tätigkeit den Widerspruch seiner freiberuflichen Kollegen. Wenn daher das Kammergesetz den Standpunkt vertrete, daß zum Berufsbild des Arztes, auch des beamteten Arztes, seine Zugehörigkeit zu seiner Selbstverwaltungsorganisation, nämlich der Kammer, gehöre, dann könne darin keine verfassungswidrige Sonderbehandlung und kein Verstoß gegen Art. 101 und 118 BV erblickt werden. Unerklärlich erscheine die Auffassung der Antragsteller, daß die beamteten Ärzte in ihrer ärztlichen Berufsausübung den Weisungen der Anstellungs- oder Aufsichtsbehörde unterliegen sollten. Schon der Landgerichtsarzt unterliege bei der Prüfung der Frage, ob ein Angeklagter unter § 51 StGB falle, nur seinem ärztlichen Gewissen und seiner ärztlichen Erkenntnis, niemals einer Weisung.

Wenn die Antragsteller ausführten, die Zwangsmitgliedschaft führe bei den beamteten Ärzten zu Pflichtenkollisionen, so übersähen sie, daß solche Kollisionen — falls sie überhaupt einträten — nicht auf ein verfassungwidriges Kammergesetz, sondern auf die Tatsache zurückzuführen seien, daß der beamtete Arzt eben unter zwei Gewaltverhältnisse falle, nämlich unter den Kreis der zugelassenen Ärzte und unter den Kreis der Beamten.

Der Gesetzgeber habe auch versucht, beide Gewaltenkreise zu trennen, indem er in Art. 16 ausdrücklich die Bindung der Kammerrichtlinien für den beamteten Arzt dahin eingeschränkt habe, daß durch die Bindung seine dienstlichen Verpflichtungen nicht berührt würden. Auch die Sonderbehandlung beim Disziplinarverfahren habe hierin ihren Grund; gerade aus der Beachtung des Gleichheitssatzes habe man die Möglichkeiten in Art. 53 Abs. 2 KaG geschaffen.

Im übrigen habe die Beitragsordnung den Belangen der beamteten Ärzte dadurch Rechnung getragen, daß sie von den beamteten Ärzten nur die Entrichtung eines Mindestbeitrags fordere, sofern ihre Nebeneinnahmen den Betrag von 6000 DM jährlich nicht überschritten.

b) Der Senat hält keine der angegriffenen Vorschriften des Kammergesetzes für verfassungswidrig. Auch wenn die beamteten Ärzte wie die übrigen Beamten dem Beamtengesetz unterworfen seien, so könne daraus doch nicht gefolgert werden, daß sie den übrigen Beamten in der Ausübung ihres Amtes völlig gleichgestellt seien. Der wesentliche Unterschied liege darin, daß die beamteten Ärzte, soweit es sich um die Anwendung ihrer ärztlichen Kenntnisse und Fähigkeiten handle, entgegen der Meinung der Antragsteller an Weisungen von Vorgesetzten nicht gebunden seien, sondern dem ärztlichen Sittengesetz unterlägen. Im übrigen dürfe nicht übersehen werden, daß beamtete Ärzte nicht von jeder freiberuflichen Tätigkeit ausgeschlossen seien. Die nach dem Beamtengesetz erforderliche Genehmigung werde regelmäßig erteilt. Hiernach bestehe zwischen den beamteten Ärzten und den übrigen Beamten ein so wesentlicher Unterschied, daß von einer ungleichen Behandlung gleicher Tatbestände nicht gesprochen werden kann.

Ebensowenig sei der Gleichheitssatz im Verhältnis

der beamteten Ärzte zu den freiberuflichen Ärzten verletzt. Soweit die beamteten Ärzte rein als Ärzte handelten, stünden sie den freiberuflichen Ärzten gleich. Insoweit gehe es nicht um die Erfüllung ihrer Dienstpflichten, sondern um die Wahrung der in der Berufsordnung für Ärzte niedergelegten besonderen Berufspflichten. Der Gesetzgeber sei sich des doppelten Charakters des Beufsbildes der beamteten Ärzte sehr wohl bewußt gewesen; denn in Art. 16 Abs. 2 KaG habe er der bindenden Wirkung aller von der Landesärztekammer erlassenen Richtlinien und Anordnungen gegenüber den beamteten Ärzten eine eindeutige Grenze gesetzt. Es sei auch nicht einzusehen, inwiefern die Unterstellung beamteter Ärzte unter ein Selbstverwaltungsorgan freiberuflich tätiger Ärzte zu Pflichtenkollisionen zwischen dem dienstlichen Interesse und den Forderungen der Berufsvertretung führen solle; denn die staatliche Ordnung gehe der Selbstverwaltung vor. Im ärztlichen Bereich bleibe demnach der Tatbestand der ärztlichen Handlung für den frei praktizierenden wie für den beamteten Arzt der gleiche.

Auch gegen den Art. 101 BV verstoße Art. 4 KaG nicht. Einmal sei der Inhalt des „allgemeinen Persönlichkeitsrechts auf Freiheit" für die Beamten nicht schon durch das Bayer. Beamtengesetz erschöpfend bestimmt; denn der Gesetzgeber könne auch außerhalb des Beamtengesetzes die Beamten gewissen Beschränkungen unterwerfen. Im übrigen richte sich Art. 4 KaG nicht gegen die beamteten Ärzte in ihrer Eigenschaft als Beamte, sondern in ihrer Eigenschaft als Ärzte.

Sei aber die Zwangsmitgliedschaft der beamteten Ärzte bei den ärztlichen Verbänden rechtsgültig, dann sei es logischerweise auch deren Heranziehung zu Beiträgen (Art. 6, 16 KaG). Die Antragsteller könnten sich auch nicht darauf berufen, daß eine Beitragspflicht nur dann gerechtfertigt sei, wenn die Einrichtungen der betreffenden Organisation von den Beitragspflichtigen auch in Anspruch genommen werden könnten. In der Bayer. Verfassung finde sich keine Bestimmung, aus der sich ein solcher Grundsatz ableiten ließe. Tatsächlich könnten und würden die Einrichtungen der Landesärztekammer auch von den beamteten Ärzten in Anspruch genommen. So habe sich die Landesärztekammer auf Wunsch der Medizinalbeamten z. B. für die Erhaltung der Gesundheitsämter und für eine Stellenmehrung eingesetzt. Im übrigen hätten für die beamteten Ärzte auch alle Einrichtungen der ärztlichen Berufsorganisation Bedeutung, die der Überwachung der ärztlichen Berufspflichten dienten. Weiter sei, wie Art. 53 Abs. 2 KaG zeige, selbst ein berufsgerichtliches Verfahren gegen einen beamteten Arzt nicht völlig ausgeschlossen. Endlich sei die der Landesärztekammer übertragene Facharztanerkennung auch für die beamteten Ärzte nicht ohne jede Bedeutung.

Die Frage, ob die Landesärztekammer berechtigt sei, auch von den beamteten Ärzten trotz ihrer staatlichen Versorgung Beiträge für einen Hilfsfond zu erheben, habe gleichfalls keine verfassungsrechtliche Bedeutung. Die Rüge der Antragsteller müsse sich in diesem Punkt gegen die von der Landesärztekammer erlassene Beitragsordnung richten. Im übrigen komme das Sozialwerk der Landesärztekammer auch den beamteten Ärzten bzw. ihren Angehörigen zugute.

Art. 11 KaG verletze ebenfalls den Gleichheitssatz nicht; denn die beamteten Ärzte gehörten nicht in ihrer Eigenschaft als Beamte, sondern lediglich in ihrer Eigenschaft als Ärzte den Berufsorganisationen an. Es könne daher nicht gefordert werden, ihnen eine Sonderstellung hinsichtlich der Vertretung in der Landesärztekammer einzuräumen. Tatsächlich seien aber die beamteten Ärzte in den verschiedensten Organen der Landesärztekammer vertreten.

Der Angriff schließlich gegen das den Berufsvertretungen in Art. 20 KaG eingeräumte Vollstreckungsrecht erledige sich von selbst, wenn die übrigen angegriffenen Vorschriften des Kammergesetzes zu Recht bestünden.

c) Auch nach der Auffassung der Staatsregierung enthalten die angegriffenen Bestimmungen des Kammergesetzes für beamtete Ärzte keine verfassungswidrige Einschränkung eines Grundrechts der Bayer. Verfassung.

Die Regelung in Art. 4 KaG entspreche inhaltlich im wesentlichen dem Art. 9 des Bayer. Ärztegesetzes — BayÄG — vom 25. 5. 1946 (BayBS II S. 58). Zu dieser Vorschrift habe der Bayer. Verfassungsgerichtshof in seiner Entscheidung vom 20. 7. 1951 (VerfGH 4, 150) festgestellt, daß die Zwangsmitgliedschaft für Ärzte bei den ärztlichen Bezirksvereinen verfassungsrechtlich zulässig sei; die Entscheidung habe sich, entgegen der Ansicht der Antragsteller, nicht nur auf die freiberuflich tätigen Ärzte, sondern auf alle Ärzte im Sinne des Art. 9 BayÄG bezogen. Da der Verfassungsgerichtshof die Verfassungsmäßigkeit der Norm unter allen verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten zu überprüfen gehabt habe, sei — obwohl nicht ausdrücklich für das Verhältnis zwischen freiberuflichen und beamteten Ärzten ausgesprochen — auch insoweit die Vereinbarkeit der Norm mit Art. 118 BV bejaht. Im übrigen unterschieden sich die beamteten Ärzte von den übrigen Beamten gerade dadurch, daß sie Ärzte seien und — was Voraussetzung für die Mitgliedschaft in der Berufsorganisation sei — die Berechtigung besäßen, den ärztlichen Beruf auszuüben. Zwischen den freiberuflich tätigen und den beamteten Ärzten andererseits bestehe keine so wesentliche Ungleichheit, daß die Einbeziehung der beamteten Ärzte in die Standesorganisation dem Gebot der Gerechtigkeit zuwiderliefe. Beide Grup-

pen hätten gerade das wesentliche Merkmal gemeinsam, das vom Gesetzgeber als Voraussetzung für die Mitgliedschaft in der Standesvertretung erklärt worden sei, nämlich das Recht, einen ärztlichen Beruf ausüben zu dürfen. Der Gesetzgeber habe auch die Besonderheiten des Beamtenverhältnisses ausreichend durch Art. 16 Abs. 2 KaG berücksichtigt. Damit werde die Gefahr einer Pflichtenkollision ausgeschlossen. Schließlich regele Art. 53 KaG das Verhältnis des berufsgerichtlichen Verfahrens zum Dienststrafverfahren.

Auch Art. 101 BV werde durch Art. 4 KaG nicht verletzt, wie VerfGH 4, 150/161 für den gleichliegenden Fall des Art. 9 BayÄG bereits ausgesprochen habe. Gleiches gelte für die Art. 114, 123, 151, 166, 170 und 179 BV.

Die Art. 6 und 16 Abs. 3 KaG — nur dieser Absatz des Art. 16 sei offensichtlich angegriffen — seien ebenfalls verfassungsmäßig (vgl. VerfGH 4,150/165; VerfGHE vom 29. 3. 1957, Vf. 105-VII-55). Daß die Beitragspflicht zu einer Berufsorganisation nur dann rechtmäßig sei, wenn auch die Einrichtungen der Organisation in Anspruch genommen werden könnten, finde in keiner Vorschrift der Bayer. Verfassung eine Rechtsgrundlage. Soweit sich aber die Antragsteller nicht gegen die Beitragspflicht überhaupt, sondern gegen deren Regelung im einzelnen durch die Beitragsordnungen der Standesorganisationen wendeten, müßten die Beitragsordnungen und nicht das Kammergesetz angegriffen werden.

Auch Art. 11 KaG verletze keine Bestimmung der Bayer. Verfassung, insbesondere kein Grundrecht. Ein verfassungsrechtliches Gebot, jeder Minderheit in einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft eine Vertretung zu sichern, bestehe nicht. Es sei auch kein Verstoß gegen Art. 118 BV ersichtlich. Den beamteten Ärzten stehe das gleiche Stimmrecht zu wie den übrigen Mitgliedern der ärztlichen Kreisverbände; wenn sie keine ausreichende Vertretung im Vorstand oder in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer erhielten, so beruhe das nicht auf einer gesetzlichen Schlechterstellung der beamteten Ärzte, sondern ausschließlich darauf, daß sie innerhalb der Ärzteschaft nur eine Minderheit seien.

Das in Art. 20 KaG den ärztlichen Berufsvertretungen gegenüber ihren Mitgliedern eingeräumte Vollstrekkungsrecht sei wie die Beitragspflicht nur eine Folge der Zwangsmitgliedschaft. Da diese verfassungsmäßig sei, sei auch der Angriff gegen Art. 20 KaG unbegründet.

II.

1. Die Popularklage rügt — neben einer Verletzung einer Reihe anderer Verfassungsnormen — hinsichtlich aller angegriffenen Vorschriften des Kammergesetzes Verstöße gegen den Gleichheitssatz des Art. 118 Abs. 1 BV, der ein Grundrecht verbürgt. Sie erfüllt daher die prozessualen Voraussetzungen des Art. 98 Satz 4 BV und des § 54 Abs. 1 VfGHG.

Damit hat der Verfassungsgerichtshof zu prüfen, ob die angefochtenen Vorschriften des Kammergesetzes — das vom Landesgesetzgeber im Rahmen seiner Zuständigkeit erlassen worden ist (VerfGH 14,58/62) — Grundrechte verfassungswidrig einzuschränken. Käme er bei dieser Prüfung zu der Überzeugung, daß zwar nicht Grundrechtsnormen, wohl aber andere Bestimmungen der Bayer. Verfassung verletzt seien, so hätte er dies nach seiner ständigen Rechtsprechung bei der Entscheidung zu berücksichtigen (vgl. VerfGH 11,81/83 ff).

2. Der Gleichheitssatz, der auch den Gesetzgeber bindet, untersagt, gleichliegende Sachverhalte, die aus der Natur der Sache und unter dem Gesichtspunkt der Gerechtigkeit klar eine gleichartige Regelung erfordern, willkürlich ungleich zu behandeln; dagegen ist wesentlich Ungleiches nach seiner Eigenart verschieden zu behandeln. Er verlangt keine schematische Gleichbehandlung, sondern läßt Differenzierungen zu, die durch sachliche Erwägungen gerechtfertigt sind. Er ist andererseits nicht schon dann verletzt, wenn der Gesetzgeber von Differenzierungen, die er vornehmen darf, absieht. Der Gleichheitssatz verbietet Willkür. Es bleibt aber dem Ermessen des Gesetzgebers überlassen, zu entscheiden, in welcher Weise dem allgemeinen Gedanken der Angemessenheit, Billigkeit und Zweckmäßigkeit Rechnung zu tragen ist. Nur wenn er die äußersten Grenzen des Ermessens überschreitet, wenn für die getroffene Regelung jeder sachlich einleuchtende Grund fehlt, ist der Gleichheitssatz verletzt (VerfGH 14,4/8 ff; BVerfGE 4,31; 4,144/155). Wie das Bundesverfassungsgericht wiederholt ausgesprochen hat, beruht die Anwendung des Gleichheitssatzes stets auf einem Vergleich von Lebensverhältnissen, die nie in allen, sondern immer nur in einzelnen Elementen gleich sind. Es ist in dem bezeichneten Rahmen Sache des Ermessens des Gesetzgebers, zu entscheiden, welche Elemente der zu ordnenden Lebensverhältnisse dafür maßgebend sind, sie im Recht gleich oder verschieden zu behandeln (vgl. BVerfGE 6,273/280; 9,3/10).

Darnach verletzt keine der angegriffenen Vorschriften des Kammergesetzes den Gleichheitssatz.

a) Art. 4 KaG ist nur insoweit angefochten, als er die Zwangsmitgliedschaft bei den ärztlichen Kreisverbänden auch auf die beamteten Ärzte — die „ärztlichen Beamten", wie die Antragsteller sie bezeichnen — erstreckt. Daß die Zwangsmitgliedschaft bei ärztlichen Berufsorganisationen als solche gegen die Bayer. Verfassung nicht verstößt, hat der Verfassungsgerichtshof bereits in der Entscheidung vom 20. 7. 1951 (VerfGH 4,150) zu dem mit Art. 4 KaG inhaltlich gleichen Art. 9 BayÄG ausgesprochen. Die grundsätzliche Zulässigkeit solcher körperschaftlicher Zwangsorganisationen ist auch allgemein anerkannt (vgl. BVerwG vom 13. 3. 1962, NJW 62, 1311 und OVG Münster vom 4. 9. 1961, NJW 62,694, je m. weit. Nachweisen).

In der erwähnten Entscheidung hatte der Verfassungsgerichtshof allerdings nicht ausdrücklich zu der nun aufgeworfenen Frage Stellung zu nehmen brauchen, wenn auch erkennbar davon ausgegangen wird, daß a l l e Ärzte erfaßt sein sollten (S. 160 a.a.O.). Hiervon abzuweichen, ergab die erneute Prüfung keinen Anlaß.

Ordentliche (Pflicht-)Mitglieder der ärztlichen Kreisverbände sind nach Art. 4 Abs. 1 KaG „alle zur Berufsausübung in Bayern berechtigten Ärzte". Daß zu diesem Personenkreis auch die beamteten Ärzte zählen, räumen die Antragsteller selbst ein. Auf diese Zugehörigkeit allein stellt aber der Gesetzgeber ab. Für die sich hieraus ergebende Gleichbehandlung der beamteten und der frei praktizierenden Ärzte sprechen sachliche Gründe. Auch bei dem beamteten Arzt, der keine

freiberufliche Nebentätigkeit ausübt, liegt das Schwergewicht der Amtserfüllung in der Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten. Auch er „dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes" (§ 1 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961, BGBl. I S. 1857). Die grundlegende Verpflichtung, stets „nach bestem Vermögen und Urteil zu Nutz und Frommen der Kranken" zu handeln, sie „vor allem zu schützen, was ihnen Schaden und Unrecht zufügen könnte" (vgl. Abs. 4 des sog. Hippokratischen Eides; Kuhns, Das gesamte Recht der Heilberufe, 1958, I 225 f), gilt für alle Ärzte schlechthin. Es ist daher keinesfalls willkürlich, wenn der Gesetzgeber die beamteten Ärzte ebenso wie die frei praktizierenden als Pflichtmitglieder behandelt hat.

Hiezu kommt: Nach Art. 2 Abs. 1 KaG hat die ärztliche Berufsvertretung u. a. die Aufgabe, die beruflichen Belange der Ärzte wahrzunehmen, die Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten zu überwachen, die ärztliche Fortbildung zu fördern und in der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken. Wohl werden die Ärzte von einem Teil der Aufgaben passiv betroffen. Doch darf diese Seite des berufsständischen Wirkens nicht, wie von den Antragstellern, allein in den Vordergrund gerückt werden. Zumindest ebenso bedeutsam ist die aktive Mitwirkung an der Erledigung der Aufgaben, die durch die Zugehörigkeit zur Berufsvertretung ermöglicht wird. Gerade die beamteten Ärzte können aber, schon innerhalb der Kreisverbände als deren Mitglieder, zur Erfüllung der der Berufsvertretung obliegenden Aufgaben beitragen, nicht nur soweit es um die Mitwirkung in der öffentlichen Gesundheitspflege geht, sondern auch bei Fragen der ärztlichen Berufspflichten und der ärztlichen Fortbildung. Denn aus ihrer amtlichen Tätigkeit werden sie Erkenntnisse zu gewinnen vermögen, die sich dem frei praktizierenden Arzt nicht ohne weiteres erschließen. Oft können sie auch wegen ihrer weitgespannten Vergleichsmöglichkeiten Einblick in die Art der Berufsausübung anderer Ärzte erhalten. All dies und die Tatsache, daß bei der Zusammenarbeit der Berufsvertretung mit den zuständigen Behörden nach Art. 2 Abs. 2 KaG die Mitsprache beamteter Ärzte wegen ihrer besonderen Kenntnisse des öffentlichen Gesundheitswesens von Wert sein wird, bestätigt, daß der Gesetzgeber die Grenzen des ihm zustehenden Ermessens nicht überschritten hat, wenn er die beamteten Ärzte zur Mitgliedschaft bei der ärztlichen Berufsvertretung ebenso verpflichtete wie die freiberuflichen Ärzte.

Die Antragsteller wenden hiegegen ein, die Pflichtmitgliedschaft führe dazu, daß die beamteten Ärzte einer doppelten Aufsicht und neben der Dienststrafgerichtsbarkeit auch noch der Berufsgerichtsbarkeit unterstehen; hiefür aber lägen keinerlei sachliche Gründe vor. Dieser Einwand greift nicht durch. Nicht jede Behörde, der die Dienstaufsicht über beamtete Ärzte zusteht, verfügt ihrerseits über einen ärztlich ausgebildeten Beamten, der bei der Durchführung der Dienstaufsicht mitwirken könnte. Es sind also immerhin Fälle denkbar, in denen die Aufsichtsbehörde nicht in der Lage ist, von sich aus einen Verstoß gegen die ärztlichen Berufspflichten zu erkennen oder richtig zu werten. Die Einschaltung der Berufsvertretung kann deshalb auch bei beamteten Ärzten nicht schlechterdings als überflüssig angesehen werden. Auch die in diesem Zusammenhang erhobene Rüge, die Unterstellung unter die Berufsgerichtsbarkeit verstoße gegen das Verbot der Doppelbestrafung (Art. 104 Abs. 2 BV), ist unbegründet. Der dieser Norm zugrunde liegende Rechtsgedanke gilt zwar auch innerhalb des Disziplinarverfahrens (vgl. VerfGH 11,11/19). Ebensowenig wie im Verhältnis des Kriminalstrafverfahrens zum Disziplinarverfahren gilt aber der Grundsatz „ne bis in idem" im Verhältnis des Disziplinarverfahrens zum berufsgerichtlichen Verfahren, wie es im Kammergesetz vorgesehen ist (vgl. Maunz-Dürig, Grundgesetz, RdNr. 125, 128 zu Art. 103 Abs. 3). Denn diese beiden Verfahren beruhen auf verschiedenen Rechtsverhältnissen, sie schützen verschiedene Rechtsgüter und sie verfolgen verschiedene Zwecke. Im übrigen ist durch Art. 53 Abs. 2 Nr. 1 KaG ausdrücklich dafür Sorge getragen, daß eine Verletzung der ärztlichen Berufspflicht nicht doppelt — als Amtspflichtverletzung und als Verletzung der Standespflicht — geahndet werden kann.

Die Antragsteller meinen schließlich, sie könnten durch die Zugehörigkeit zur Berufsvertretung in einen Gewissenskonflikt geraten, da die Gefahr drohe und auch schon eingetreten sei, daß die Pflichten aus dieser Zugehörigkeit mit den Amtspflichten kollidierten. Es ist aber nicht ersichtlich, inwiefern eine solche Pflichtenkollision sich als notwendige Folge aus den Vorschriften des Kammergesetzes ergeben sollte. Das Gesetz hat im Gegenteil Vorkehrungen getroffen, um die Pflichtenkollision auszuschließen, indem es in Art. 16 Abs. 2 Satz 1 bestimmt, daß Richtlinien und Anordnungen der Landesärztekammer für beamtete oder sonst in Erfüllung öffentlich-rechtlicher Aufgaben tätige Ärzte nur insoweit verbindlich sind, als dadurch deren dienstliche Verpflichtungen nicht berührt werden. Wenn es trotz dieser Regelung, wie die Antragsteller behaupten, zu Pflichtenkollisionen gekommen sein sollte, könnte deren Grund nicht im Gesetz selbst, sondern nur im Gesetzesvollzug liegen. Die Gültigkeit einer Norm wird aber durch die Möglichkeit, daß sie unrichtig oder gar mißbräuchlich angewandt wird, nicht berührt (VerfGH 13, 127/132; BVerfGE 3, 19/33). Der Gesetzgeber kann davon ausgehen, daß ein Gesetz, auch soweit es Raum für Ermessensentscheidungen läßt, sachgemäß vollzogen wird (vgl. VerfGH 13, 133/137 f.).

War aber der Gesetzgeber befugt, die beamteten Ärzte den frei praktizierenden Ärzten gleich zu behandeln, dann konnte er sie aus denselben Gründen, ohne den Gleichheitssatz zu verletzen, auch anders behandeln als die übrigen Beamten. Denn von ihnen unterscheiden sie sich eben gerade dadurch, daß sie „zur Berufsausübung in Bayern berechtigte Ärzte" sind; nur deshalb sind sie übrigens in das Beamtenverhältnis berufen worden. Soweit ein einleuchtender Grund gegeben ist, können die Rechte und Pflichten der verschiedenen Kategorien der öffentlichen Bediensteten sehr wohl unterschiedlich geregelt werden — etwa in einem Polizeibeamten-, einem Hochschullehrer-, einem Richtergesetz —, sei es durch Vorschriften, die zum Beamtengesetz hinzutreten, oder durch solche, die es ganz oder teilweise ersetzen.

b) Die Art. 6 und 16 Abs. 3 KaG — die übrigen Absätze des Art. 16 sind nach dem Vorbringen der Antragsteller nicht angegriffen — ziehen aus der Zwangsmitgliedschaft die Folge der Beitragspflicht. Daß diese Beitragspflicht grundsätzlich zulässig ist, wird allgemein anerkannt (vgl. BVerwG vom 13. 3. 1962, NJW 62, 1311).

Wenn aber, wie oben dargetan, die Gleichbehandlung der beamteten und der frei praktizierenden Ärzte hinsichtlich der Anordnung der Zwangsmitgliedschaft nicht gegen den Gleichheitssatz verstößt, kann es auch nicht gegen den Gleichheitssatz verstoßen, wenn in Art. 6 und 16 Abs. 3 grundsätzlich die Möglichkeit vorgesehen wird, die beamteten Ärzte im Rahmen der zu erlassenden Beitragsordnung ebenfalls zu Beiträgen heranzuziehen. Die Antragsteller sehen den Verstoß gegen den Gleichheitssatz weiter darin, daß die beamteten Ärzte gegenüber den anderen Beamten mit zusätzlichen Aufwendungen belastet würden, obwohl dafür keine Veranlassung bestehe. Der Einwand kann jedoch, soweit er sich gegen das Kammergesetz richtet, schon deshalb nicht durchgreifen, weil die übrigen Beamten eben nicht zugleich Ärzte sind.

Im übrigen ist zu bedenken, daß das Gesetz den ärztlichen Kreisverbänden und der Landesärztekammer nur das Recht einräumt, von allen Mitgliedern der Kreisverbände Beiträge zu erheben. Über die Höhe der Beiträge hat die Berufsvertretung zu befinden. Sollten etwa die in den Beitragsordnungen für die beamteten Ärzte festgesetzten Beiträge nicht durch eine angemessene Abstufung das dem Gleichheitssatz zugrundeliegende Gerechtigkeitsprinzip wahren, so läge der Verstoß in den Beitragsordnungen, nicht aber im Kammergesetz.

c) Auch die Angriffe gegen die Wahlvorschriften des Art. 11 KaG können keinen Erfolg haben. Wenn die beamteten Ärzte derzeit in der Landesärztekammer nicht als Delegierte ärztlicher Kreisverbände vertreten sind, so beruht dies nicht auf einem Ausschluß durch das Gesetz — der zweifelsfrei verfassungswidrig wäre —, sondern allein darauf, daß sie eine Minderheit darstellen und daß sich die Mehrheit der Wähler nicht bereit fand, einen beamteten Arzt in die Landesärztekammer zu entsenden. Das Gesetz beeinträchtigt aber die Chance der beamteten Ärzte, gewählt zu werden, jedenfalls nicht, sondern behandelt alle Mitglieder der Kreisverbände gleich. Das Ziel, das die Antragsteller anstreben, daß nämlich der Landesärztekammer stets auch ein Amtsarzt angehören muß, wäre nur durch eine Differenzierung zu Gunsten der beamteten Ärzte zu erreichen. Für eine solche Regelung, wie sie in Art. 10 des Bayer. Ärztegesetzes vom 1. 7. 1927 (GVBl. S. 233) enthalten war, lassen sich zwar triftige Gründe anführen. Dabei geht es aber ausschließlich um Zweckmäßigkeitsfragen, über die der Verfassungsgerichtshof nicht zu befinden hat. Ein verfassungsrechtlicher Anspruch auf eine solche Differenzierung kann weder aus dem Gleichheitssatz noch aus einer anderen Verfassungsnorm abgeleitet werden.

3. Die Antragsteller rügen weiter Verstöße gegen Art. 101, 114, 123, 151, 166, 170 und 179 BV, hinsichtlich der Art. 6 und 16 Abs. 3 KaG auch einen Verstoß gegen die Art. 94 ff. BV.

a) Daß die Zwangsmitgliedschaft bei den ärztlichen Berufsorganisationen und die sich hieraus ergebende Beitragspflicht die Art. 101, 114, 123 Abs. 1, Art. 151, 166 Abs. 3, Art. 170 und 179 BV nicht verletzt, hat der Verfassungsgerichtshof bereits in der Entscheidung vom 20. 7. 1951 (VerfGH 4, 150/160 ff.) ausgesprochen. Soweit in dieser Entscheidung — insbesondere hinsichtlich des Art. 123 BV — auf ein besonderes Gewaltverhältnis abgestellt ist, dem die Mitglieder der ärztlichen Berufsvertretung unterworfen seien, hat der Verfassungsgerichtshof in seiner Entscheidung vom 29. 3. 1957 Vf. 105-VII-55 dargelegt, daß die Verfassungsmäßigkeit auch dann nicht in Zweifel zu ziehen ist, wenn auf eine solche rechtliche Konstruktion verzichtet wird. Darüber hinaus ist den damaligen Ausführungen auch für den vorliegenden Fall nichts hinzuzufügen.

b) Der angebliche Verstoß gegen „Art. 94 ff. BV", der in der Heranziehung der beamteten Ärzte zu Pflichtbeiträgen liegen soll, könnte sich nur auf Art. 95 Abs. 1 beziehen, der vorschreibt, daß die Grundlagen des Beamtenverhältnisses durch Gesetz geregelt werden und daß das Berufsbeamtentum grundsätzlich aufrechterhalten wird. Schon dieser Wortlaut schließt die Möglichkeit eines Verstoßes aus. Es geht hier weder um die Grundlagen des Beamtenverhältnisses noch um die Einrichtung des Berufsbeamtentums, sondern um ein weiteres Rechtsverhältnis, das zu dem Beamtenverhältnis hinzutritt. Eine solche Regelung wird aber durch Art. 95 Abs. 1 BV nicht ausgeschlossen.

4. Es ist auch nicht ersichtlich, daß Art. 4, 6, 11 und 16 Abs. 3 KaG anderen Normen der Bayer. Verfassung widersprächen. Der Gesetzgeber hat also die Verfassung nicht verletzt, wenn er die beamteten Ärzte in die Pflichtmitgliedschaft bei der Berufsvertretung einbezog (vgl. dazu die Urteile des OVG Lüneburg vom 9. 12. 1959, DVBl. 1960, 365 und VerwRspr. Bd. 14 Nr. 220, die für Schleswig-Holstein die Zugehörigkeit von Universitätsprofessoren der Medizin zur Ärztekammer bejahen).

5. Art. 20 KaG befaßt sich nur mit dem Vollstrekkungsrecht der ärztlichen Berufsvertretung. Er wird von den Antragstellern lediglich deshalb angegriffen, weil sie die Art. 4 und insbesondere 6 und 16 Abs. 3 KaG für verfassungswidrig halten. Mit der Bejahung der Verfassungsmäßigkeit der letztgenannten Vorschriften des Kammergesetzes erweist sich auch Art. 20 KaG als verfassungsmäßig. Wenn der Gesetzgeber Körperschaften des öffentlichen Rechts — dazu gehören die ärztlichen Kreisverbände, die Bezirksverbände und die Landesärztekammer (Art. 5 Abs. 2, Art. 7 Abs. 1, Art. 10 Abs. 1 KaG) — das Vollstreckungsrecht gegenüber ihren Mitgliedern überträgt, so steht dem keine Norm der Bayer. Verfassung entgegen.

6. Die Anträge waren daher in vollem Umfang abzuweisen.

MITTEILUNGEN

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat November 1962

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

Wie im Oktober erkrankten im Berichtsmonat vier Personen an übertragbarer Kinderlähmung, alle in paralytischer Form, während z. B. im November 1961 noch 49 und im November 1960 155 Fälle gemeldet waren. Scharlacherkrankungen traten wiederum häufiger als im Vormonat auf. Dies entspricht jedoch einer Beobachtung der vergangenen zehn Jahre; die beiden letzten Monate im Jahr weisen meist die höchsten Erkrankungszahlen auf. Diphtheriefälle wurden etwas seltener als im Oktober gemeldet.

Die Zahl der gemeldeten Erkrankungen an Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) nahm im Berichtsmonat — nach einer leichten Verzögerung im Vormonat — dem jahreszeitlich üblichen Verlauf entsprechend deutlich zu. Bakterielle Ruhr und Salmonellose (durch Salmonellen erregte Dünndarmentzündung) gingen in ihrer Häufigkeit etwas zurück.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 28. 10. 1962 bis 1. 12. 1962 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3			4		5		6		7		8		9		10	
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare Kinderlähmung der. paral. Fälle			Hirnhautentzündung Meningokokken-Meningitis		Hirnhautentzündung übrige Formen		Gehirnentzündung		Tuberkulose 3) der Atmungsorgane (aktive Form)		Tuberkulose 3) der Haut		Tuberkulose 3) der übrigen Organe		Typhus abdominalis	
	E 1)	ST 2)	E	ST	E		ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	4	—	336	—	—	—	—	5	—	10	—	—	—	172	24	1	—	25	3	3	—
Niederbayern	3	—	46	—	1	1	—	3	—	—	—	—	—	58	15	1	—	3	—	2	—
Oberpfalz	6	—	64	—	—	—	—	6	—	4	1	—	—	82	15	1	—	8	—	2	—
Oberfranken	2	—	117	—	3	3	—	1	—	3	—	1	—	64	14	—	—	7	1	1	—
Mittelfranken	1	—	116	—	—	—	—	8	—	3	—	1	—	75	19	1	—	10	2	4	—
Unterfranken	—	—	65	—	—	—	—	3	—	1	—	—	—	53	7	—	—	11	1	1	—
Schwaben	—	—	101	—	—	—	—	7	1	—	—	—	—	91	11	2	—	12	—	1	—
Bayern	16	—	845	—	4	4	—	33	1	21	1	2	—	595	105	6	—	76	7	14	—
München	—	—	196	—	—	—	—	4	—	9	—	—	—	64	12	—	—	10	2	—	—
Nürnberg	—	—	55	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	27	5	—	—	3	1	1	—
Augsburg	—	—	34	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	22	1	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	11	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—	40	3	1	—	3	—	2	—
Würzburg	—	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—	—	4	1	—	—

Gebiet	11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24	
	Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)		Enteritis infectiosa Salmonellose		Enteritis infectiosa übrige Formen		Botulismus		Hepatitis infectiosa		Ornithose Psittacose		Ornithose übrige Formen		Verdachtsfälle von Tollwut 4)		Bangsche Krankheit		Weil'sche Krankheit		Malaria-Rückfall		Toxoplasmose		Wundstarrkrampf	
	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	25	—	11	—	1	—	—	—	101	1	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—
Niederbayern	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	27	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	—
Oberpfalz	—	—	13	—	12	—	—	—	—	—	41	—	—	—	—	—	1	—	2	—	—	—	—	—	3	1	—	—
Oberfranken	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	51	—	—	—	1	—	18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2	2
Mittelfranken	1	—	2	—	7	—	1	—	—	—	16	—	—	—	—	—	1	—	1	—	2	1	—	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	—	—	17	1	1	—	—	—	90	—	—	—	3	—	1	—	—	—	—	—	—	—	2	—	—	—
Schwaben	1	—	5	—	4	—	—	—	—	—	29	—	1	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Bayern	2	—	46	—	54	1	3	—	—	—	355	2	1	—	4	—	24	—	3	—	2	1	1	—	5	1	4	2
München	—	—	20	—	8	—	—	—	—	—	51	1		—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Nürnberg	1	—	1	—	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	4	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	—	—	—	—	9	—		—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

1) E = Erkrankungen (einschl. der erst beim Tode bekanntgewordenen Krankheitsfälle) mit Ausschluß der Verdachtsfälle 2) ST = Sterbefälle

3) Nur Neuzugänge, keine Zugänge aus anderen Tbc-Gruppen 4) Verletzungen durch ein tollwutkrankes oder tollwutverdächtiges Tier sowie Berührungen eines solchen Tieres oder Tierkörpers

Stellungnahme der deutschen Ärzteschaft zu den sozial- und gesundheitspolitischen Grundsatzfragen

Ohne der Stellungnahme der deutschen Ärzteschaft zu den sozial- und gesundheitspolitischen Grundsatzfragen eines Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes vorzugreifen, hat der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) auf seiner Sitzung am 7. Dezember 1962 in Köln zu Änderungsvorschlägen des Bundesrates, die die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Kassenärzten betreffen, folgenden Beschluß gefaßt:

„Gegen die am 30. November vom Bundesrat beschlossenen Änderungsvorschläge zum Regierungsentwurf eines Krankenversicherungs-Neuregelungsgesetzes meldet die Kassenärztliche Bundesvereinigung erhebliche Bedenken an. Die in einigen Änderungsvorschlägen erkennbare Tendenz zur Einengung der Vertragsfreiheit, zur weiteren Nivellierung der gegliederten Krankenversicherung und zur Beschränkung der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen erfüllt den Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit ernster Sorge.

Der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung setzt sich dafür ein, daß Bundesregierung und Bundestag diesen Vorschlägen des Bundesrates nicht folgen."

Die Stellung der evangelischen Kirche im Krankenhaus
Präses Beckmann: Pflegerischer Dienst im Rahmen einer Institution der öffentlichen Gesundheitspflege

Seine Vorstellungen über die Aufgaben der evangelischen Kirche im Krankenhauswesen entwickelte der Präses (Landesbischof) der evangelischen Rheinischen Landeskirche, Beckmann, am 1. Dezember in einem Festvortrag anläßlich des 50jährigen Bestehens des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands in Düsseldorf.

Beckmanns Ausführungen wurden mit einer gewissen Spannung erwartet, weil wenige Wochen zuvor anläßlich der Schließung eines evangelischen Krankenhauses im rheinischen Industriegebiet Äußerungen von Präses Beckmann publiziert worden waren, wonach es heute nicht mehr die Aufgabe der Kirche sei, Krankenhäuser zu bauen. Der Vortrag brachte die erwartete Präzisierung.

Präses Beckmann ging davon aus, daß die Mehrzahl der evangelischen Krankenhäuser veraltet und infolgedessen unwirtschaftlich sei; oftmals habe der Träger allerdings nicht den Mut gehabt, etwas Neues an die Stelle des unzulänglich Alten zu setzen. Die Krankenhäuser konnten sich nicht gegen die Teuerung zur Wehr setzen, sie leiden darüber hinaus unter einem empfindlichen Personalmangel.

Diese äußeren Schwierigkeiten beruhen jedoch, so führt Beckmann weiter aus, auf tiefergehenden strukturellen Veränderungen. Sinn und Zweck des Krankenhauses hätten sich gewandelt und bestünden nicht mehr darin, Kranke zu pflegen, sondern sie darüber hinaus mit allen Mitteln der modernen Medizin zu heilen, sie wieder gesund zu machen. Die Lebensverlängerung durch die medizinische Wissenschaft und die moderne Therapie hätten für den Menschen eine Neuentdeckung der Welt und einen anderen, neuen Lebenssinn gebracht: Die Krankheiten haben sich geändert und die Kranken.

Damit sei das Krankenhaus heute anstatt der Familie Anfang und Ende des Lebensweges, außerdem auch Hellungsstätte auf dem Lebensweg. Statt des Krankenpflegers sei heute der Arzt Hauptperson im Krankenhaus geworden. Aus der karitativen Einrichtung für Arme sei somit das Krankenhaus zu einer Institution der modernen öffentlichen Gesundheitspflege geworden. Die Kirche habe aber nicht die Aufgabe, mit Kirchensteuermitteln öffentliche Gesundheitspflege zu treiben.

Die Aufgabe der Kirche im Krankenhaus müsse aber, so erklärte Beckmann weiter, im diakonischen Dienst am Menschen gesehen werden. In diesem Sinne — im Rahmen eines neuen Verständnisses der Diakonie — bejahe die Kirche ihre heutige Aufgabe im Krankenhauswesen. An der öffentlichen Aufgabe, die das Krankenhaus darstelle, müsse sich die Kirche in Erkenntnis ihrer Grenzen in ihrer überlieferten Arbeit beteiligen.

Als Programm folgerte Präses Beckmann aus dieser Analyse:

1. Als Beispiel der kirchlichen Arbeit sollte das allgemeine evangelische Krankenhaus in einer überschaubaren Größe (vergleichbar der „überschaubaren Gemeinde") bestehenbleiben.
2. Die Kirche braucht die Krankenhäuser als Ausbildungsstätten für den pflegerischen Dienst.
3. Die Kirche braucht Krankenhäuser in der Diaspora als Stätten der Geborgenheit für ihre Gemeindeglieder (das gilt — so betonte Beckmann — selbstverständlich gleichermaßen für die katholische Kirche).
4. Die Kirche braucht schließlich Häuser für besondere diakonische Aufgaben. Beckmann erwähnte als Beispiele solche Häuser, bei denen mehr die pflegerische Aufgabe im Vordergrund steht: Alterskrankenhäuser, Tuberkulose- oder Diabetikerkrankenhäuser.

Die Kirche habe, um diesen Aufgaben gerecht zu werden, einige Bitten und Wünsche an die Gesellschaft, damit in diesem Rahmen ein Raum der freien Betätigung bleibe.

Es sei unerträglich, daß sich im Rahmen unserer Verfassungsordnung niemand für das Krankenhauswesen zuständig fühle und auch damit es nicht zu einer finanziellen Ordnung komme. Die großen Kosten im Krankenhaus entstehen nicht durch den pflegerischen Dienst, sondern durch die medizinische Tätigkeit; für sie sei aber die Kirche nicht zuständig.

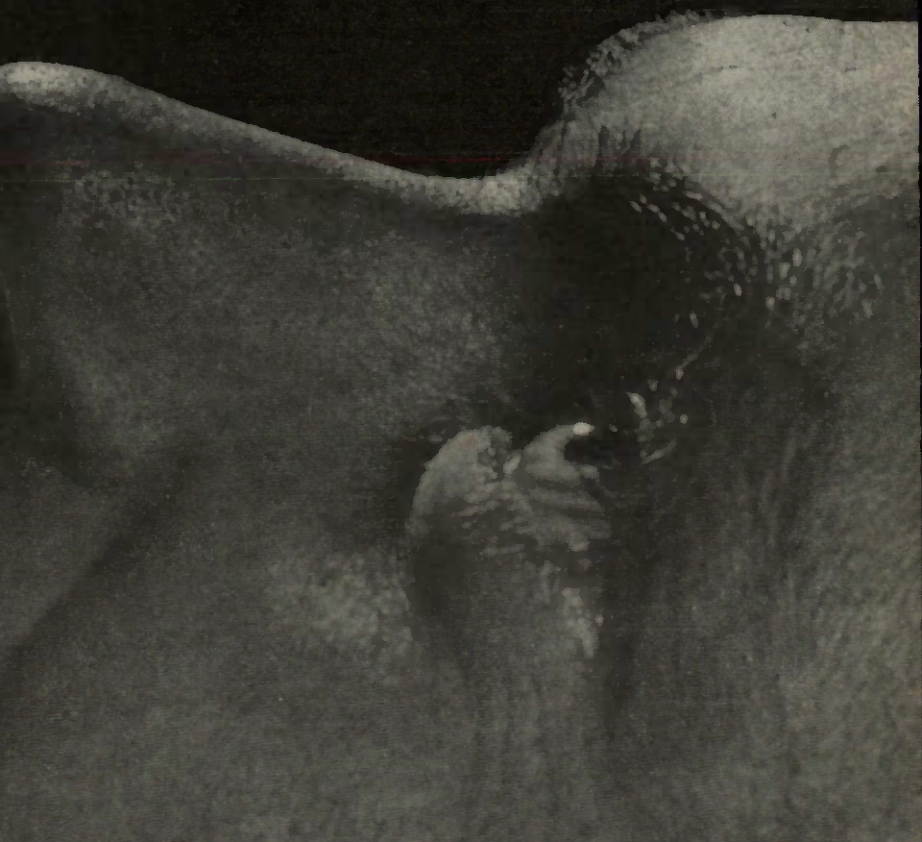
Beckmann unterließ es, sich für eine der für die Krankenhausfinanzierung vorgeschlagenen neuen Methoden festzulegen; er forderte lediglich, daß die Finanzierungsmethode nicht den freiheitlichen Raum im Krankenhaus einschränken dürfe und verwies auf das Beispiel der konfessionellen Schulen, bei denen ein ähnliches Problem durchaus zur Zufriedenheit der Schulträger hätte gelöst werden können.

Schließlich forderte Beckmann zum Nachdenken darüber auf, wie das drängende Problem des Pflegekräftemangels gelöst werden könnte. Hier bestehe — „als Zeichen unserer Schwachheit" — ein echter Notstand, der nach Notstandsmaßnahmen ver-

pro Nase

Pumilen®

Tosse
HAMBURG



Pepsaldra®

Pepsaldra-Pepsin-Salzsäure-Dragees

gegen Subacidität, Achylie und Dyspepsie

Original-Packungen zu 45 Stück und 125 Stück

Pepsaldra compositum

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

Original-Packungen zu 40 Stück und 100 Stück

Fabrik pharmazeutischer Präparate Karl Engelhard Frankfurt a. M.

Heilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

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

Bad Mergentheim (210 m).

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

Bad Oy (97 m). Thor-radiumhaltige Quelle gegen Ischias, Rheuma, deformierende Gelenkleiden, Kneippkuren. Auskunft und Prospekte: Kurverwaltung Telefon 207.

DR. SCHEDE'S Kindersanatorium „Klaus-Andreas-Heim"

(7891) **Uhlingen,** südlich. Hochschwarzwald 650m. 33 Kinder, 0-13 J. Unterricht. Ständige ärztliche Betreuung im Hause. Hallenschwimmbad.

Leitung: Frau Dr. med. E. Ries-Schede

Gegen **Enuresis nocturno** hat sich HICOTON als Spezifikum seit Jahrzehnten bestens bewährt! In allen Apotheken erhältlich. Prospekt und Muster kostenlos durch den Alleinhersteller: „MEDIKA" Pharm. Präparate, B München 42

Privatnervenklinik Gauting bei München

mit Sanatoriumcharakter

Leitender Arzt Dr. Ph. Schmidt

Heilschlaf
Anoxie und
Elektrobehandlung
Bäderabteilung
Röntgen
Telefon München 861226

Sanatorium St. Blasien

südlicher Schwarzwald · 800 m über dem Meer

Deutschlands höchstgelegene Privatheilanstalt

für alle Erkrankungen der Atmungsorgane

Alle neuzeitlichen Behandlungsmethoden

Chefarzt: Obermedizinalrat Dr. Felix ARECKE

BRIEFMARKEN
Westberlin-Preisliste gratis.
Rolf Anders, 1 Bertin 42

200 Klaviere

alle Größen – alle Preislagen
Lieferung frei Haus.

Pianohaus Lang

München · Kaufingerstraße 28/I
Augsburg · Bahnhofstraße 15/I
Regensburg · Kassiansplatz 3

Privatabteilung des Hospitals zum Hl. Geist

Klinik Prof. Dr. Heupke
Bad Homburg v. d. Höhe
Innere Krankheiten
sorgfältige Diät
Telefon 33 77

WILDBAD Schwarzwald

Rheuma · Arthrasen · Lähmung · Alterung
Thermen 33-37°C · Bergbahn 430-750 m
Zu jeder Jahreszeit kur- und badbereit!

Ein kostbarer Wassertropfen

KARLSBADER MÜHLBRUNN

und

NATURL. KARLSBADER SPRUDELSALZ

bei Galle, Leber, Magen, Darm, Stoffwechsel

Verlangen Sie stets echtes Karlsbader Salz.

Zu beziehen durch Apotheken u. Drogerien

Alleinimporteur
Fa. Rudolf Mahr, Hersbruck/Mfr.

TREIS

Mosel-Sekte

... bekommen vorzüglich! Man sollte stets ein paar Fiaschen davon im Keller haben.

Mosel-Sektkellerei Treis Merl (Mosel)

Deutschland

Städte und Landschaften

Dieses farbenprächtige Monumentalwerk über die Schönheit unserer deutschen Heimat in Ost und West mit seinen einhundert Aquarellen von Gustav Lüttgens ist ein repräsentatives Geschenk für alle Geschäftsfreunde und Jubilare, eine bleibende Erinnerung für Freunde und Verwandte sowie eine wertvolle Auszeichnung für Ehrengäste und verdiente Mitarbeiter.
Einleitung und Bildunterschriften sind in Deutsch, Englisch und Französisch wiedergegeben.
Herausgegeben vom Verlag Schneidersche Buchdruckerei, Gebr. Schneider, Rothenburg ob der Tauber. Format des Buches 40×40 cm. Bildgröße 27×27 cm. In Ganzleinen gebunden mit Schutzkarton — als Buch oder auch als Kassette mit losen Blättern — kostet die Ausgabe im Einzelverkauf DM 135.—.

Carl Gabler GmbH
Fachbuchhandlung
München 2 · Jutastraße 24

Jacosulfon *ist die heilende Hand des Arztes*

lange. Beckmann fragte, ob nicht ein Weg gefunden werden könne, der es für jedes junge Mädchen als eine Ehrenpflicht erscheinen lasse, in der Krankenpflege gedient zu haben. API

Deutsche Reifezeugnisse im Ausland

Zur Ausstellung von Zeugnissen berechtigte Schulen

Die Ständige Konferenz der Kultusminister der Länder in der Bundesrepublik Deutschland teilt mit:

I.

Deutsche Schulen im Ausland, die als Vollanstalten anerkannt und zur regelmäßigen Abhaltung von deutschen Reifeprüfungen berechtigt sind:

Belgien	
Brüssel	Deutsche Schule in Brüssel
Griechenland	
Athen	Deutsche Schule — Dörpfeld-Gymnasium — Athen —
Italien	
Mailand	Deutsche Schule in Mailand
Mailand	Istituto Giulia in Mailand
Rom	Deutsche Schule in Rom
Japan	
Tokyo	Deutsche Schule in Tokyo
Niederlande	
Den Haag	Deutsche Schule in Den Haag
Exaten	Kolleg Exaten
Steyl	Arnold-Janssen-Schule in Steyl
Steyl	St.-Michaels-Gymnasium in Steyl
Vlodrop	Kolleg St. Ludwig in Vlodrop
Spanien	
Barcelona	Colegio Alemán San Alberto Magno — Deutsche Schule —
Bilbao	Deutsche Schule in Bilbao
Madrid	Colegio de San Miguel — Deutsche Schule in Madrid —
Vereinigte Arabische Republik	
Kairo	Deutsche Evangelische Oberschule in Kairo

II.

Deutsche Schulen im Ausland, an denen auf Grund von Einzelermächtigungen durch die Ständige Konferenz der Kultusminister deutsche Reifeprüfungen abgehalten wurden:

Finnland	
Helsinki	Deutsche Schule in Helsinki (1959, 1960, 1961, 1962)
Griechenland	
Saloniki	Deutsche Schule in Saloniki (1962)
Niederlande	
Watersleyde	St.-Josefs-Kolleg Watersleyde (1961, 1962)
Iran	
Teheran	Deutsche Schule in Teheran (1959, 1960, 1961, 1962)
Portugal	
Lissabon	Deutsche Schule in Lissabon (1959, 1961, 1962)
Schweden	
Stockholm	Deutsche Schule in Stockholm (1962)
Türkei	
Istanbul	Deutsche Schule in Istanbul (1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962)

III.

Privatschulen im deutschsprachigen Ausland, die auf Grund einer besonderen Genehmigung durch die Ständige Konferenz der Kultusminister zur Abhaltung einer deutschen Reifeprüfung ermächtigt wurden:

Österreich	
Feldkirch	Kolleg Stella Matutina in Feldkirch (1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962)
Schwelz	
St. Gallen	Institut auf dem Rosenberg, St. Gallen (1952—1962)
Zuoz	Lyceum Alpinum in Zuoz (1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962)

IV.

Schulen, an denen auf Grund von Ergänzungsprüfungen vollgültige deutsche Reifezeugnisse von den Schülern erworben werden konnten, die bereits das Zeugnis der Hochschulreife des betreffenden ausländischen Staates besaßen:

Frankreich	
St. Germain-en-Laye	Internationale Schule in St. Germain-en-Laye (1959, 1960, 1961)
Kolumbien	
Bogotá	Colegio Andino Bogotá (1959, 1960, 1961)

Neue Zugspitzseilbahn nichts für Kreislaufgefährdete

In neun Minuten überwindet die neue Seilbahn vom Eibsee auf die Zugspitze einen Höhenunterschied von 1949 Metern. Bisher ist ärztlich vor einer zu schnellen Überwindung derartiger Höhenunterschiede stets gewarnt worden, da sich der menschliche Organismus, besonders bei nicht vollgesunden oder gar kreislaufgefährdeten Personen, im allgemeinen nicht so schnell an die Änderung der Umweltbedingungen anpassen kann.

Die Bayerische Zugspitzbahn AG sucht nach Pressemitteilungen Hunderte von Freiwilligen für Testversuche. Das ist ein merkwürdiger und reichlich später Entschluß. Was will man mit diesen Versuchen beweisen? Daß zu schneller Höhenwechsel mitunter schlecht vertragen wird und für manche Fahrgäste ein gesundheitliches Risiko bedeutet, bedarf keiner Bestätigung.

Salistoperm
Das percutane Heilanaestheticum
Inasthmon
Das percutane Expectorans
PERMICUTAN-KG · DR. EULER · MÜNCHEN 13

Oft können mehrere Faktoren zusammenkommen: Überbeanspruchung durch den Beruf, körperliche Untrainiertheit, anstrengende Anreise, Wetterwirkung u. a. Ferienreisende kennen nur selten die Grenzen ihrer Leistungsfähigkeit. Sie muten sich besonders in der Begeisterung der ersten Urlaubstage sehr viel zu. Ältere Menschen müssen besonders vorsichtig sein. Der Zwischenfall bei der Eröffnung der Bahn — Bundesminister Dr. Seebohm und die übrigen Ehrengäste hingen über eine Stunde in einer blockierten Gondel zwischen Himmel und Erde und erreichten den Gipfel nicht — ist hoffentlich kein allzu schlechtes Vorzeichen. Man wird abwarten müssen, welche Erfahrungen mit diesem neuesten Versuch der Technik, sich über die physiologischen Gesetze der menschlichen Anpassungsmöglichkeit hinwegzusetzen, gesammelt werden.

BUCHBESPRECHUNGEN

Deutscher Ärztekalender 1963. Taschenbuch für die ärztliche Praxis; bearbeitet von Dr. Kurt Hoffmann, 695 S., Verlag Urban & Schwarzenberg, München, DM 9.60.

Mit dem Deutschen Ärztekalender 1963 liegt der 36. Jahrgang dieses bewährten Taschenbuches für die tägliche Praxis vor. Nach einer sinnvollen Auswahl wissenswerter Anschriften, einem Arzneimitteiverzeichnis sowie den Kurmitteln und Heilanzeigen deutscher Kurorte, folgen eine Reihe von Kurzdarstellungen für die tägliche Praxis. Nach den in langjähriger Erfahrung erprobten Hinweisen zur Diagnose und Therapie akuter Erkrankungen, findet der Leser die Anschriften der Wutschutzbehandlungsstellen in der Bundesrepublik. Es folgt die von Prof. W. Büttner, Bonn, verfaßte „Dringliche Gynäkologie"; die wichtigsten „Akuten Erkrankungen des Säuglings und Kleinkindes" behandelt Prof. Dr. J. Jochims, Lübeck, Prof. Dr. H. Baur, München, hat den sehr lesenswerten Abschnitt über „Geriatrische Varianten der Symptomatologie und Therapie" geschrieben. Wissenswerte Tatsachen zur „Oralen Diabetestherapie" sind in einer Kurzdarstellung von Prof. Dr. K. Stuhlfauth und Dr. H. Mehnert, München, dargestellt worden. Prof. Dr. H. Lossen und Dr. rer. nat. R. Wolf, Mainz, haben einen prägnanten Beitrag über „Radioaktive Isotope und Medizin" beigesteuert. Der Kalender enthält dann die insbesondere für den Praktiker wissenswerten Tatsachen bei akuten lebensbedrohenden Situationen. Dazu gehören die „Vergiftungen", bearbeitet von Prof. Dr. H. Elbel und Prof. Dr. W. Paulus, Bonn, und der „Symptomatische Vergiftungssteckbrief" von Prof. Dr. H. Baur, München. Die „Allgemein-ärztliche Hilfe am Unfallort" wird von Dr. H. P. Harrfeldt, Bochum, behandelt. Die „Diätetik in der Praxis" ist von Dr. J. Prüfer, Berlin und Schwester Johanna Kunath, Diätküchenleiterin, Heidelberg, dargestellt. Das Gebiet der Prophylaxe ist mit einem von Prof. Dr. W. Schäfer, Nürnberg, geschriebenen Beitrag über das „Verhalten bei Infektionen" und über „Aktive Immunisierung, Impfungen und Ihre Technik" von Prof. Dr. H. A. Gins, Berlin, berücksichtigt. Nach einer knappen Schilderung der „Diagnostischen Technik" folgt eine kurze Behandlung der „Laboratoriumsuntersuchungen" von Dr. G. Banzer, Berlin, dem sich „Hinweise für Notfall-Laboratoriumsuntersuchungen" von Dr. F. Gabl, Innsbruck, anschließen. Nach einem kurzen Beitrag zur „Serum-Elektrophorese" von Dr. E. Holzer, München, folgen die wichtigsten Hinweise für „Funktionsprüfungen in der Praxis" sowie zur „Therapeutischen Technik"; Tabellen und Daten für die ärztliche Arbeit schließen sich an. Der Präsident des Deutschen Roten Kreuzes. Ritter von Lex, Bonn, stellte eine kurze Darlegung „Rotes Kreuz und Ärzteschaft" zur Verfügung. Die für den Arzt wichtigsten Bestimmungen des Strafgesetzbuches sind von den Rechtsanwälten Dr. J. Bösche und Dr. A. Hess, Köln, zusammengestellt und mit wichtigen Anmerkungen versehen worden. Ein Auszug aus dem Bundesseuchengesetz und der Wortlaut der 6. Berufskrankenverordnung schließen sich an. „Die Verschreibung von Betäubungsmitteln in der ärztlichen Praxis" ist mit einer Tabelle von Prof. Dr. K. Soehring, Hamburg, behandelt. Die Gebührenordnung (Preugo) und die für die kassenärztliche Tätigkeit wichtigen analogen Bewertungen beschließen dieses Taschenbuch. R-n

Die hydrotherapeutischen technischen Einrichtungen. Von F. W. Thummernicht, VdI. Karl Marholt Verlag, Berlin-Charlottenburg 9, 1961, 295 Seit., Leinen, 28,— DM.

Der Gesundheitsingenieur F. W. Thummernicht gibt in dem recht ansprechend ausgestatteten Buch einen Überblick über hydrotherapeutische Einrichtungen. Ausgehend von den Eigenschaften des Wassers und seines Kreislaufs in der Natur werden zunächst Physik und Chemie des Wassers eingehend besprochen (Korrosion und ihre Vermeidung, Filterungen und andere technische Vorgänge). Es folgt die Besprechung der verschiedenen Anwendungsarten des Wassers, die Beschreibung der Bäckerarten mit ins einzelne gehenden technischen Daten. Auch die Behandlung schlammhaltiger oder gasförmiger Bäder wird auf Grund neuerer Forschungsergebnisse mitgeteilt sowie die verbreitet zur Anwendung gelangenden Moorbäder mit ihren umfangreichen Aufbereitungsanlagen. Wichtig dürften auch die Informationen des Autors einzuschätzen sein über entstehende Betriebskosten, etwa eines modernen wassersparenden Umwälzverfahrens für eine Unterwasserdruckmassage oder andere mit der Betriebshaltung zusammenhängende Fragen. Die Erläuterun-

Margeritenball 1963

Das Bayerische Rote Kreuz lädt alle Kolleginnen und Kollegen zum Margeritenball am 13. Februar 1963, 20 Uhr, im Deutschen Theater in München, ein.

Kartenverkauf: Rotes Kreuz, München, Hildegardstraße 14, Telefon 22 46 71 und Deutsches Theater, Schwanthalerstraße, Telefon 59 55 41.

Bei asthmatischen Beschwerden, spastischer Bronchitis und starkem Reizhusten hilft

ASTH-MED®

SAGITTA

gen sind mit sehr zahlreichem Bildmaterial versehen, teils Fotos, zum größeren Teil Skizzen. Ausführlich wird beispielsweise auch der Bau einer Sauna beschrieben und dabei die einzelnen Raumgrößen für Saunabäder kritisch untersucht. Auch Inhalationseinrichtungen fehlen nicht, einschließlich der Elektro-Rauminhalation mit der Ultraschall-Raumverneblung. Einen etwas breiteren Raum hätte man der Darstellung der verschiedenen Klimakammersysteme wünschen mögen. Den Abschuß bildet eine Zusammenstellung von Grundrißlösungen für physikalischtherapeutische Abteilungen und ganze Badehäuser; diese Vorschläge stammen von erfolgreichen Installationsfirmen (Wolffers); zum Teil sind sie von erfahrenen Badeärzten (Ch. Fey) beigetragen worden.

Im ganzen gesehen bietet das Buch sowohl dem planenden Therapeuten als auch dem ausführenden Bädertechniker wertvolle Hinweise; man kann es sogar als die erfolgreiche Empfehlung einer fruchtbaren Zusammenarbeit zwischen beiden werten, einer Zusammenarbeit, die gerade bei bädertechnischen Einrichtungen bereits im ersten Stadium der Planung von Wichtigkeite ist.

K. W. Schnelle, München

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Mitteiiungen des Deutschen Zentraiausschusses für Krebsbekämpfung und Krebsforschung e. V.

Es wird noch einmal auf den Deutschen Krebskongreß 1963, der vom 26. bis 28. September 1963 unter der Leitung von Professor Dr. H. A. Gottron in Mainz stattfindet, hingewiesen. Folgende Leitthemen sind vorgesehen: 1. Tag: Leukosen, Retikulosen und Lymphogranulomatosen. 2. Tag: Experimentelle und klinische Grundlagenforschung, Pathogenese des Krebses. 3. Tag: Soziale und versorgungsrechtliche Probleme der Krebskranken. Für den zweiten und dritten Kongreßtag können noch Kurzvorträge (bis 10 Minuten) angenommen werden. Entsprechende Vortragsanmeldungen werden unter Beifügung einer kurzen Inhaltsangabe bis zum 28. Februar 1963 erbeten an Privatdozent Dr. K.-J. Hempel, Geschäftsführer des DZA, Pathologisches Institut der Universität, Mainz, Langenbeckstraße 1.

Deutsche Gesellschaft für Balneologie, Bioklimatologie und Physikalische Medizin

Der 68. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Balneologie und Physikalische Medizin findet unter dem Vorsitz von Prof. Dr. V. R. Ott, Gießen/Bad Nauheim, am 21. und 22. Januar 1963 in München statt. Die Hauptthemen sind: 1. „Radioaktive Isotope in der physikalischen Medizin und Balneologie". 2. „Elektromyographie". Auskunft: Prof. Dr. Zörkendörfer, 4902 Bad Salzuflen, Bäderwissenschaftl. Institut.

Anschließend daran findet in München vom 23.—24. Januar 1963 ein Fortbildungskurs des Verbandes Deutscher Badeärzte statt. Thema: „Funktionelle Störungen und Balneo-Klimatotherapie". Auskunft: Verband Deutscher Badeärzte e.V., Sekretariat, 497 Bad Oeynhausen, Westkorso 7.

Deutsche Gesellschaft für Endokrinoiogie

Gemeinsam mit der Deutschen Neurovegetativen Gesellschaft hält die Deutsche Gesellschaft für Endokrinologie in der Zeit vom 7.—9. März 1963 in Wien ihr 10. Symposion ab. Hauptthemen: 1. Schilddrüsenhormone und Körperperipherie. 2. Regulation der Schilddrüsenfunktion. Auskunft: Prof. Dr. H. Nowakowski, II. Med. Univ. Klinik und -Poliklinik, Hamburg-Eppendorf.

XI. Internationaler Fortbildungskurs der Bundesärztekammer in Davos und in Badgastein vom II.—23. März 1963

Lehrgang für praktische Medizin — für praktische Ärzte und Fachärzte aller Disziplinen — veranstaltet im Auftrage und für Rechnung der westdeutschen Landesärztekammern von der Bundesärztekammer (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern).

Vorläufiges Programm:

Gesamtthema:

„Funktionsprüfungen als Weg zur gezielten Therapie"

Festvortrag: Form und Funktion (Prof. Dr. Ritter von Lanz, München)

I. Funktionsprüfung an Herz, Kreislauf und Lunge
II. Serologische Testmethoden
III. Funktionsprüfungen der Nieren und Harnwege
VI. Allergie
V. Gastroenterologische Erkrankungen
VI. Funktionsprüfungen der inneren Sekretion
VII. HNO- und Augenheilkunde
VIII. Wasser- und Elektrolythaushalt
IX. Kinderheilkunde
X. Das aktuelle Problem
XI. Berufspolitik
XII. Veranstaltungen verschiedener Thematik
XIII. Sportärztliches Seminar.

Anmeldungen und Auskünfte: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

Augsburger Fortbildungstage

Programm der 3I. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin" 29.—3I. März I963

Thema: „Diagnose und Therapie bei Erkrankungen des Respirationstraktes"

Kursleiter: Professor Dr. A. Schretzenmayr, Augsburg, Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung

Tagungsort: Augsburg, Ulmerstraße 160a, Neuer Großbau der National-Registrier-Kassen

Freltag, 29. 3. 1963:

20.00—22.00 Uhr

Filmabend im Vortragssaal der National-Registrier-Kassen

Herz- und Lungenfunktion

Die chronische Bronchitis

Eiweißstoffwechsel

Das Gesicht der Depression im Wandel der Therapie

Samstag, 30. 3. 1963

Besuch der Industrieausstellung

Antiphlogistine* MEDIZINISCHE UMSCHLAG PASTE
*eingetr. Wz.
IN LIZENZ DER FIRMA
THE DENVER CHEMICAL MFG. CO. NEW YORK LYSSIA-WERKE WIESBADEN
Wärmepackung - Wärmeumschlag
bei: Gelenkentzündung
Nervenentzündung
Rippenfellentzündung
Hals- und Brustschmerzen
Rheumatismus

9.10—13.20 Uhr Hauptreferate:

Labor- und Lungenfunktionsdiagnostik in der Sprechstunde

Epidemiologie, Prophylaxe und Therapie der viralen Infekte des Respirationstraktes

Klinik und Therapie der akut-entzündlichen bronchopulmonalen Erkrankungen beim Erwachsenen

Das Kind hustet: Therapie der akuten Erkrankungen

Round-table-Gespräch: Prießnitz oder Antibiotika?

14.30—17.30 Uhr

Schwäbischer Ärztetag

15.30—16.00 Uhr

Klinische Visiten und Demonstrationen in den Augsburger Krankenhäusern

Sonntag, 31. 3. 1963

Besuch der Industrieausstellung

9.10—12.35 Uhr Hauptreferate:

Das Kind hustet: Therapie der chronischen Erkrankungen

Sofortmaßnahmen bei akut bedrohlicher Atemnot

Klinik und Therapie der chronischen Bronchitis und des Emphysems beim Erwachsenen

Klinik und Therapie des Cor pulmonale chronicum

Psychogenese und Psychotherapie Erkrankungen des Respirationstraktes

Frühdiagnose des Lungen-Ca und der Lungen-Tbc in der Praxis

Heutiger Stand der Tbc-Therapie

Die Resektionsbehandlung pulmonaler Erkrankungen (eine kritische Rückschau nach 14 Jahren).

Anfragen und Anmeldungen sind an das Sekretariat der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin", Augsburg, Schaezlerstraße 19, Tel. 27 77, zu richten.

Versuchs- und Ausbildungsstätte für Strahlenschutz, Neuherberg (Kursplan für 1963)

Das Institut für Strahlenschutzkunde der Versuchs- und Ausbildungsstätte für Strahlenschutz, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1, gibt für 1963 folgenden Kursplan bekannt:

21. 1. bis 1. 2. 1963: Strahlenschutz, 1. und 2. Fortbildungskurs für Werksärzte; Ziel: Theoretische und praktische Grundlagen der Strahlenanwendungen im medizinischen Bereich, theoretische und praktische Möglichkeiten des Strahlenschutzes mit besonderer Berücksichtigung der Aufgaben im werksärztlichen Dienst. — Die Teilnehmer werden in Zusammenarbeit mit der Vereinigung der Werksärzte ermittelt. Einige zusätzliche Anmeldungen können (je nach freien Plätzen) vom Institut berücksichtigt werden.

4. bis 15. 2. 1963: Strahlenschutzkurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes; Ziel: wie zu 1. — Anmeldungen bis zum 25. 1. 1963 an das Institut.

25. 2. bis 1. 3. 1963: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw.; Ziel: Theoretische und praktische Grundlagen der Strahlenanwendungen im medizinischen Bereich, theoretische und praktische Möglichkeiten des Strahlenschutzes. — Anmeldungen bis zum 15. 2. 1963 an das Institut.

25. 2. bis 15. 3. 1963: Strahlenschutz, Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw.; Ziel: Theoretische und praktische Grundlagen der Strahlenanwendung im medizinischen Bereich, theoretische und praktische Möglichkeiten des Strahlenschutzes. — Anmeldungen bis zur 15. 2. 1963 an das Institut.

4. bis 8. 3. 1963: Strahlenschutz, 1. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw.; Ziel: Erweiterung und Vertiefung der im Einführungskurs gewonnenen Kenntnisse. — Anmeldungen bis zum 22. 2. 1963 an das Institut.

11. bis 15. 3. 1963: Strahlenschutz, 2. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw.; Ziel: Erweiterung und Vertiefung der im Einführungskurs und im 1. Fortbildungskurs gewonnenen Kenntnisse. — Anmeldungen bis zum 1. 3. 1963 an das Institut.

17. bis 19. 4. 1963: Fortbildungskurs in Kernphysik und Strahlenschutz für Physik-, Chemie- und Biologielehrer an höheren Schulen; Ziel: Vermittlung der für den Physikunterricht an höheren Schulen notwendigen Fortbildung, vor allem im Hinblick auf den Strahlenschutz. — Anmeldungen bis zum 5. 4. 1963 an das Institut.

22. 4. bis 3. 5. 1963: Strahlenschutz-Sonderkurs für das Deutsche Rote Kreuz (DRK). — Die Teilnehmer werden vom Generalsekretariat des DRK benannt.

13. bis 17. 5. 1963: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw.; Ziel: wie zu 4. — Anmeldungen bis zum 3. 5. 1963 an das Institut.

1. bis 19. 7. 1963: Strahlenschutz, Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw.; Ziel: wie zu 4. — Anmeldungen bis zum 21. 6. 1963 an das Institut.

1. bis 5. 7. 1963: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw.; Ziel: wie zu 4. — Anmeldungen bis zum 21. 6. 1963 an das Institut.

6. bis 12. 7. 1963: Strahlenschutz, 1. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw.; Ziel:

Bei allen Erkrankungen der Atmungsorgane

Antibex®

SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO

125 ccm enthalten
50 mg Dihydrokodein

PAUL LAPPE · CHEM. PHARM. FABRIK · BENSBERG-KÖLN

Lemavit®

das standardisierte
Calcium-Vitamin-Präparat

Zusammensetzung:

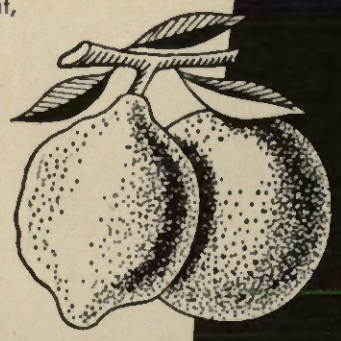
VITAMINE A+D_3 des Lebertrans (ohne Fettbestandteile)
VITAMIN C Kanzentrat aus Citrusfrüchten
VITAMIN B_1 Extrakt aus diastaseverzuckertem Malz
CALCIUM glucanicum, Calcium phasphalacticum
KOHLENHYDRATE (Maltase, Fructase, Saccharase)

Vorzüge:

Angenehm fruchtiger Geschmack, gute Verträglichkeit, optimale Resorption, ohne Konservierungsmittel, frei von Fettbestandteilen (wichtig bei Erkrankungen der Leber bzw. Galle), ideale Calcium-Vitamin-Kombination.

Indikationsgebiet:

Vitamin-Mangelerscheinungen des Seniums, während Schwangerschaft und Stillzeit, bei Erkrankungen des Magen/Darmkanals und der Leber bzw. Galle, bei Anwendung der Chematherapeutika und Antibiatika, bei chranischen Infektianskrankheiten. – Kalkmangel, Rachitis, Tuberkulasegefährdung.



Packungsgrößen:

Originalflasche	200 g	DM 2.95
Doppelflasche	400 g	DM 4.95
Klinik/Kurpackung	1000 g	DM 9.95

Ärzteproben und Literatur auf Wunsch!

Maltextra

Dr. Schäpp & Bähringer GMBH
Freudenstadt / Schwarzwald

PRIMUM NIL NOCERE

Fieber · Grippe · Infekte

Zäpfchen · Tropfen · Dragees

ohne Chinin und Phenacetin

Contra mutan®

APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

wie zu 5. — Anmeldungen bis zum 26. 6. 1963 an das Institut.

15. bis 19. 7. 1963: Strahlenschutz, 2. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw.; Ziel: wie zu 6. — Anmeldungen bis zum 5. 7. 1963 an das Institut.

16. 9. bis 4. 10. 1963: Strahlenschutz, Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw.; Ziel: wie zu 3. — Anmeldungen bis zum 6. 9. 1963 an das Institut.

16. bis 20. 9. 1963: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw.; Ziel: wie zu 3. — Anmeldungen bis zum 6. 9. 1963 an das Institut.

23. bis 27. 9. 1963: Strahlenschutz, 1. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw.; Ziel: wie zu 5. — Anmeldungen bis zum 13. 9. 1963 an das Institut.

30. 9. bis 4. 10. 1963: Strahlenschutz, 2. Fortbildungskurs für Ärzte, Tierärzte, Apotheker, Biologen usw.; Ziel: wie zu 6. — Anmeldungen bis zum 20. 9. 1963 an das Institut.

14. bis 25. 10. 1963: Strahlenschutz-Sonderkurs für das Deutsche Rote Kreuz (DRK). — Die Teilnehmer werden vom Generalsekretariat des DRK benannt.

29. bis 31. 10. 1963: Fortbildungskurs in Kernphysik und Strahlenschutz für Physik-, Chemie- und Biologielehrer an höheren Schulen; Ziel: wie zu 8. — Anmeldungen bis zum 18. 10. 1963 an das Institut.

4. bis 15. 11. 1963: Strahlenschutzkurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes; Ziel: wie zu 1. — Anmeldungen bis zum 25. 10. 1963 an das Institut.

25. bis 29. 11. 1963: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Oberinnen, Lehrschwestern, Röntgen- und Radiumschwestern; Ziel: Theoretische und praktische Grundlagen der Strahlenanwendungen im medizinischen Bereich; Strahlenschutz in der Radiologie; Voraussetzungen für die Teilnahme: Arbeit als Oberin, Lehrschwester bzw. Tätigkeit im Röntgen- oder Radiumbetrieb. — Anmeldungen bis zum 15. 11. 1963 an das Institut.

9. bis 13. 12. 1963: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Röntgenassistentinnen und medizinisch-technische Assistentinnen; Ziel: Theoretische und praktiche Grundlagen der Strahlenanwendungen im medizinischen Bereich; Strahlenschutz in der Radiologie; Voraussetzungen für die Teilnahme: Examen als Röntgenassistentin oder als medizinisch-technische Assistentin. — Anmeldungen bis zum 29. 11. 1963 an das Institut.

Die Versuchs- und Ausbildungsstätte für Strahlenschutz ist eine Zweigniederlassung der Gesellschaft für Kernforschung mbH, Karlsruhe, deren Gesellschafter der Bund zu 75% und das Land Baden-Württemberg zu 25% sind. Die Versuchs- und Ausbildungsstätte für Strahlenschutz umfaßt ein Institut für Strahlenschutzforschung, dessen Leiter Professor Dr. med. Otto Hug, Direktor des Strahlenbiologischen Instituts der Universität München, ist, und ein Institut für Strahlenschutzkunde, das von Dr. med. Rudolf Wittenzellner geleitet wird. Das Institut für Strahlenschutzkunde dient der beruflichen Fortbildung auf dem medizinisch-biologischen Gebiet des Strahlenschutzes. (Versuchs- und Ausbildungsstätte für Strahlenschutz, Neuherberg bei München.)

KONGRESSKALENDER

Januar 1963

21.—22. 1. in **Mßnchen:** 68. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Balneologie, Bioklimatologie und Physikalische Medizin (vgl. ÄM 39 v. 29. 9 1962). Auskunft: Prof. Dr. Zörkendörfer, Bad Salzuflen, Bäderwissenschaftliches Institut.

21. 1.—1. 2. in **Neuherberg bei Mßnchen:** Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskura für Werkärzte). Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

23.—24. 1. in **Mßnchen:** Fortbildungskura des Verbandes Deutacher Badeärzte (vgl. ÄM 39 vom 29. 9. 1962). Auskunft: Verband Deutscher Badeärzte e. V., Bad Oeynhausen, Westkorso 7.

23.—26. 1. in **Gießen:** III. Fortbildungskurs für Fachärzte der Frauenheilkunde. Auskunft: Sekretariat der Gießener Fortbildungskurse, Gießen, Klinikstraße 32g, Pathologisches Institut.

Februar 1963

4.—15. 2. in **Neuherberg bei München:** Strahlenschutzkurs für Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.

4.—15. 2. in **Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu:** Einführungstehrgang in die Manualtherapie (WS und Extremitäten). Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.

18.—23. 2. in **Innsbruck:** Klinische Fortbildungswoche. Thema: „Praktische Fragen an die Kardiologie". Auskunft: Sekretariat der Med. Univ.-Klinik, z. H. v. Frau Boida-Jesernik, Innsbruck.

25. 2.—15. 3. in **Neuherberg bei München:** Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, I. und 2. Fortbildungskurs). Auskunft: Dr. med. R. Wittenzellner, Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße I.

März 1963

2.—16. 3. in **St. Ulrich (Grödnertal) Südtirol:** XXIV. Fortbildungslehrgang des Deutschen Sportärztebundes im Wintersport. Auskunft: OMR Dr. Fr. Friedrich, München 23, Wilhelmstraße 16. **Kongreßreise:** Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

4.—27. 3. in **Gießen:** XIV. Fortbildungskurs für Bäder- und Klimaheilkunde und physikalische Therapie. Auskunft: Sekretariat der Gießener Fortbildungskurse, Gießen, Pathologisches Institut, Klinikstraße 32g.

4. 3.—30. 6. in **Düsseldorf:** 28. Amtslehrgang der Akademie für Staatsmedizin. Auskunft: Sekretariat der Akademie für Staatsmedizin, Düsseldorf, Auf'm Hennekamp 70.

4.—5. 3. in **Innsbruck:** Klinische Fortbildungswoche. Thema: Das Bluteiweißbild. Auskunft: Sekretariat der Med. Univ.-Klinik, z. H. von Frau Broida-Jesernik, Innsbruck.

7.—9. 3. in **Wien:** Symposion der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie und der Deutschen Neurovegetativen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. H. Nowakowski, II. Med. Univ.-Klinik und Poliklinik, Hamburg-Eppendorf.

10.—23. 3. in **Badgastein: VIII. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. Thema: „Funktionsprüfungen als Weg zur gezielten Therapie." Auskunft und Prospekte durch Kongreßbßro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.**

Geratol seit über 50 Jahren
BEI MAGEN-DARM-LEBER-GALLENLEIDEN u STOFFWECHSELSTÖRUNGEN
ARZNEIMITTELFABRIK CHR. LUDWIG JACOBI, BERLIN SW 61, HASENHEIDE 54

Seine Leistung überzeugt sofort!

... denn entscheidend ist das Zwei-Laugen-Verfahren

LAVAMAT

Der LAVAMAT hat sich in der Praxis glänzend bewährt. Damit wurde erneut bestätigt: im LAVAMAT steckt eine enorme Waschkraft – ein Beweis für die Güte des Zwei-Laugen-Verfahrens. Durch seine „denkende" Waschautomatik schenkt Ihnen der LAVAMAT Zeit, auch die schönen Dinge des Lebens genießen zu können. Der LAVAMAT ist in allen einschlägigen Geschäften erhältlich und wird jederzeit vom weitverzweigten Kundendienst der AEG betreut. AEG-Waschautomaten gibt es schon ab 1180,– DM (empf. Preis für „AEG-turna"). Zahlbar auch in 24 Monatsraten. Prospekte sendet Ihnen gern das AEG-Waschautomaten-Werk, Abt. GL 1, 85 Nürnberg, Postfach 180.

AEG

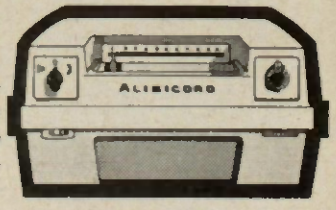
aus Erfahrung gut

ruhig allein lassen...

ALIBICORD *telefoniert für Sie*

Alibicord meldet sich bei Anrufen mit jedem Text, den Sie vorher aufsprechen. Es hält wortgetreu auf Band fest, was der Anrufer zu sagen hat. So geht nie ein wichtiger Anruf verloren. Sie können unbeschwert unterwegs sein. Auch im Urlaub übernimmt Alibicord zu Hause den Telefondienst!

Machen Sie einen Testanruf: Wählen Sie nach 19 Uhr München (0811) 22 87 83, verlangen Sie die unverbindliche Zusendung der Informationsmappe C 1.



ALOIS ZETTLER GMBH · MÜNCHEN 5 · HOLZSTR. 28-30

11.—23. 3. in **Davos: XI. Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer — Lehrgang für praktische Medizin. Thema: „Funktionsprüfungen als Weg zur gezielten Therapie." Auskunft und Prospekte durch Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.**

29.—31. 3. in **Augsburg:** 31. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin". Thema: „Diagnose und Therapie bei Erkrankungen des Respirationstraktes". Auskunft: Sekretariat der Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin, Augsburg, Schaezlerstraße 19.

April 1963

16.—26. 4. im **Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu:** Einführungslehrgang in die Manualtherapie (WS und Extremitäten). 1. Kurs von 4 Kursen in manueller Therapie. Leitung: Dr. med. Sell, Facharzt für Orthopädie. Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauchburg über Isny/Allgäu.

17.—19. 4. in **Mainz:** Wissenschaftlicher Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Ernährung. Auskunft: Wissenschaftliches Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Frankfurt am Main, Feldbergstraße 28.

17.—20. 4. in **München:** 80. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie. Auskunft: Prof. Dr. med. G. Maurer, München 8, Ismaninger Straße 22.

17. 4.—5. 7. in **Hamburg:** Kurs über Tropenmedizin und medizinische Parasitologie. Auskunft: Kurssekretariat, Bernhard-Nocht-Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg 4, Bernhard-Nocht-Straße 74.

19.—21. 4. in **Bad Nauheim:** Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kreislaufforschung. Auskunft: Prof. Dr. med. R. Thauer, W. G. Kerckhoff-Institut der Max-Planck-Gesellschaft, Bad Nauheim.

22.—25. 4. in **Wiesbaden:** 69. Tagung der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin. Auskunft: Prof. Dr. B Schlegel, 62 Wiesbaden, Städt. Krankenanstalten.

24.—28. 4. in **Baden-Baden:** Deutscher Röntgenkongreß 1963. Auskunft: Prof. Dr. H. Lossen, Mainz/Rh., Fischtorplatz 20.

24. 4.—11. 5. in **Lindau:** 13. Lindauer Psychotherapiewoche. Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, München 27, Adalbert-Stifter-Straße 31.

25.—26. 4. in **Wiesbaden:** 9. Tagung der Deutschen Hämatologischen Gesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. Duesberg, Mainz, Med. Universitäts-Poliklinik, Mainz, Langenbeckstraße 1.

Richtigstellung

In dem Bericht „Die Entwicklung der Augenheilkunde" (Bayer. Ärzteblatt, 1962, Nummer 12) sind auf Seite 780 bei Joseph Georg Beer die Lebensdaten richtigzustellen: 1763—1821 (nicht 1812).

Wichtiger Hinweis

Das „Bayer. Ärzteblatt" berichtet seit längerer Zeit eingehend über die in Bayern stattfindenden Fortbildungsveranstaltungen. Die Kurzfassung der Referate über das letzte „Kollegium für ärztliche Fortbildung in Regensburg" (s. Heft 12/62) der Herren Proff. Drs. Droese, Hackethal und Fischer gibt leider zu einigen Mißverständnissen Anlaß. Herr Prof. Dr. Droese legt Wert auf die Feststellung, daß nicht alle von der Industrie als Markenerzeugnisse angepriesenen Präparate gleichwertig und für eine störungsfreie Aufzucht von Säuglingen geeignet sind. Das gelte besonders für Prodieton.

In dem Bericht über das Referat zur „Behandlung der Amöbenruhr" von Prof. Dr. Fischer sind die Namen der Präparate wie folgt zu berichtigen: Resotren und Enterovioform.

Wir weisen in diesem Zusammenhang noch einmal darauf hin, daß die Referate der Fortbildungsveranstaltungen auch im Druck erscheinen, und zwar: für Augsburg: „Monatskurse für die ärztliche Fortbildung", J. F. Lehmanns Verlag, München 15, Paul-Heyse-Str. 26; für Nürnberg: „Wissenschaft für die Praxis", Werk-Verlag Dr. E. Banaschewski, München-Gräfelfing; für Regensburg: „Das Regensburger Jahrbuch", Friedr. Karl Schattauer Verlag, Stuttgart.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigefügt:
Klinge, München 23;
Klinge, München 23;
Chemiewerk Homburg, Frankfurt/Main;
Temmler-Werke, Marburg/Lahn;
Dorsch & Co., KG., München;
Apotheker Dr. F. Sasse, Berlin-Charlottenburg;
Asta-Werke AG., Brackwede;
Cilag Chemie, Alsbach.

„Bayerisches Ärzteblatt". Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königinstraße 85/III. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein, München 8, Lucile-Grahn-Straße 41. Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis für Nichtmitglieder der Ärztlichen Kreisverbände in Bayern DM 2.40 vierteljährlich, zuzüglich Zustellgebühr. Postscheckkonto Nr. 52 52 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662, Telegrammadresse. Gablerpreß. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München. **Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrophotographie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten.**

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

DOLORSAN®

JOHANN G. W. OPFERMANN & SOHN
ARZNEIMITTELFABRIK SEIT 1907 · BERGISCH GLADBACH

DOLORSAN®

SCHMERZSTILLUNG
DURCH
HEILHYPERAEMIE

NUR
NOCH
NEU

NUN:
wirkungsvoller
durch Hyperaemisierungsfaktor
angenehmer
im Geruch nach der Anwendung

zur Therapie und Prophylaxe
von Erkältungskrankheiten

Neuartige Kombination von
Antihistaminicum
Antipyreticum
Analgeticum
Spasmolyticum
Hustenstiller

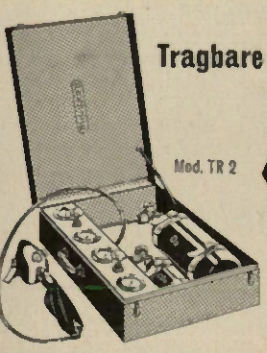
20 Kerne DM 1,80 o. U.

GRIPPO-STAD®

STADA ARZNEIMITTEL

HORNUNG gegr. 1919

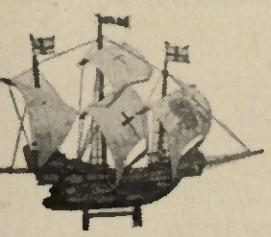
Tragbare Sauerstoff-Inhalationsgeräte



zur Verwendung
- in Arztpraxen
- in Rettungsdiensten
- im Katastropheneinsatz
- bei Betriebsunfällen
- bei Verkehrsunfällen
- in Badeanstalten etc.

ohne und mit CO_2-(Kohlensäure-) Zusatzeinrichtung, im stabilen, dauerhaften Stahlblechkoffer. Erstklassige Funktion, genaue Dosierung. Anschluß an die Stahlflasche ohne Schlüssel mittels pat. Handverschraubung!

Autogen-Apparate- und Maschinenfabrik
Ferdinand Hornung
Frankfurt am Main-Höchst, Königsteiner Str. 48
Telefon 313039



Koggen

Schiffsmodelle aus Bremen

Original Handarbeiten ab DM 58.50. Wir senden Ihnen gerne unsere Bildliste.

F. Fritz Meves, Bremen, Fach 1587

Anzeigenschlußtermin für die Februar-Ausgabe ist am 25. Januar 1963

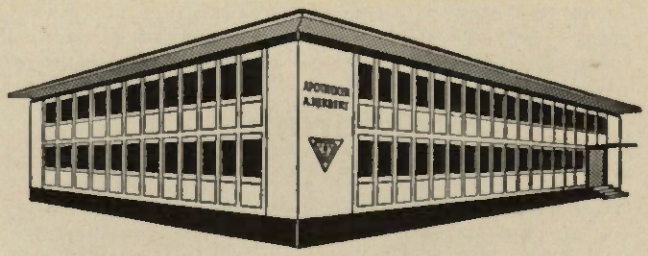
VEREINIGTE

SONDERTARIFE FÜR ÄRZTE

Krankentagegeld auch für hohe Ansprüche
Krankenhaustagegeld
Operationskosten bis DM 5000.–
Auslandskrankenversicherung bis DM 10000.–

VEREINIGTE
Krankenversicherung A.G.

Landesdirektion München 22, Königinstr. 19 · Tel. 227625
Vertragsgesellschaft von ärztlichen Organisationen



COR-NEO-NERVACIT®

LIQUIDUM
UND DRAGÉES

Herztonikum • Flasche 200 ccm

Proben auf Wunsch

Alleiniger Hersteller: **Gegründet 1918**

APOTHEKER A. HERBERT 62 WIESBADEN

ZOLGHADAR

Teppiche aus Persien

MÜNCHEN · MAXIMILIANSTR. 33

OXYMORS
SEIT 40 JAHREN IN DER PRAXIS ERPROBT UND BEWÄHRT
KEINE SCHÄDIGUNG DER DARMFLORA UND DER NIEREN
bei Oxyuriasis
Vermifuge Wirkung!
KEIN FALL SCHÄDLICHER NACHWIRKUNG!
6-Tagesp. Nr. 201, Kinderp. Nr. 202, 3-Tagesp. Nr. 203, Tabl. m. Zäpf. Nr. 204, Tabl. P. Nr. 206, Analsalbe Nr. 207, Analsalbe »forte«

STELLENANGEBOTE

Wegen Ausscheidens des bisherigen Frauenfacharztes ist beim **Kreiskrankenhaus Gunzenhausen/Mittelfranken** (180 Betten) ab **1. 4. 1963** die

Belegarztstelle

für die **geburtsh.-gynäkol. Abteilung** neu zu besetzen. Die **Belegabteilung** umfaßt zur Zeit 29 Betten und bietet die Möglichkeit operativer und konservativer Behandlung mit Geburtshilfe. Gesucht wird ein qualifizierter Facharzt für Frauenkrankheiten in der Stadt Gunzenhausen (ca. 10 000 Einwohner). Ferner wird für die **chirurgische Abteilung** (65 Betten) zum **1. 4. 1963** ein jüngerer

Oberarzt

mit Facharztanerkennung für Chirurgie gesucht.

Das Kreiskrankenhaus Gunzenhausen ist Unfallkrankenhaus und zur BG-Heilbehandlung zugelassen. Die Vergütung erfolgt nach BAT II mit Vorrückungsmöglichkeit nach BAT I. Bewerbungen mit allen Unterlagen werden für beide Stellen bis **spätestens 31. I. 1963** erbeten an den

Landrat des Landkreises 8820 Gunzenhausen/Mfr.

Beim Kreiskrankenhaus Landshut-Achdorf (276 Betten) ist die Planstelle eines

1. Assistenten

auf der Internen Abteilung (114 Betten) zu besetzen. Besoldung nach BAT II/I, Ortsklasse A, Bereitschaftsdienstvergütung und gute Nebeneinnahmen (Chefarztvertretung, Gutachten).

Außerdem ist eine

Assistenzarzt-Planstelle

auf der Inneren Abteilung zu besetzen. Gute Ausbildungsmöglichkeit. Volle Anerkennung für die Facharztausbildung. Vergütung nach BAT III, Ortsklasse A, Bereitschaftsdienstvergütung.

Bewerbungen erbeten an **Landkreisverwaltung — Landratsamt Landshut, Altstadt.**

Das **Kreiskrankenhaus Neunburg v. W.** mit 100 Betten sucht für die Chir. Abteilung zum 1. 3. 1963 einen

Assistenzarzt (-ärztin)

BAT II, oder einen Medizinalassistenten (-assistentin), brutto 800.— DM. Fachchirurgische Anerkennung von 2 Jahren möglich. Bewerbung erbeten an die **Krh.-Verwaltung.**

Für die innere Abteilung des **Kreiskrankenhauses Landau/Isar** wird ein

Medizinalassistent bzw. Assistenzarzt(in)

gesucht. Vergütung erfolgt nach Verg. Gr. III bzw. II BAT. 2 Jahre der Assistententätigkeit werden für die fachärztliche Weiterbildung angerechnet.

Bewerbungen mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften werden erbeten an das

Landratsamt Landau a. d. Isar — Personalabteilung

Der **Landkreis Hofheim i. Ufr.** beabsichtigt, für das **Kreiskrankenhaus Hofheim i. Ufr.** (60 Betten) zur Unterstützung des Chefarztes einen

Assistenzarzt

anzustellen.

Die Vergütung erfolgt nach Vereinbarung. Außerdem wird Zulage für Bereitschaftsdienst gewährt.

Bewerbungen mit handgeschriebenem Lebenslauf, Lichtbild, und beglaubigten Abschriften von Ausbildungs- und Tätigkeitsnachweisen werden an das LRA Hofheim i. Ufr. bis spätestens 1. 2. 63 erbeten.

Bei Interesse sofortige Rücksprache mit dem Landrat:
Telefon Hofheim i. Ufr. 237 oder 238

Für das **Krankenhaus Holzkirchen/Obb.**

(30 km südl. von München, 85 Betten, im Jahr 1960 modernisiert, chirurgisch, gynäkologisch und allgemein), wird zum baldmöglichsten Zeitpunkt ein

2. Assistenzarzt

gesucht.

Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen an **Markt Holzkirchen, (815)** erbeten.

Am **Krankenhaus der Barmherzigen Brüder in Regensburg** sind für sofort oder baldmöglichst mehrere

Assistentenstellen

auf der medizinischen Abteilung mit Röntgenabteilung (Chefarzt Dr. E. Körner) zu besetzen.

Gehalt nach TOA III, Zulagen für Nacht- und Sonntagsdienst, Nebeneinnahmen durch Gutachten. — Unterbringung in ruhigen modernen Zimmern in Neubau. — Volle Facharztausbildung, reichlich Gelegenheit zum Erwerb intern.-med. Röntgen-Kenntnisse. Bettenzahl mit Inf.-Abt. 165 — Bewerbungen an den Chefarzt.

Am Pathologischen Institut der Städt. Krankenanstalten Nürnberg (Vorstand: Obermedizinaldirektor Prof. Dr. Rix, Direktor der Städt. Krankenanstalten) sind ab sofort

Stellen für Assistenzärzte

zu besetzen. Anstellung im Angestelltenverhältnis mit Bezahlung nach Tarif (Ortsklasse S); Dienstantritt nach Vereinbarung.

Bewerbungen mit Lebenslauf, Lichtbild und Abschriften der Ausbildungs- und Stellenzeugnisse alsbald erbeten an

Stadt Nürnberg — Personalamt

Südbayer. Krankenhaus (Gebirgsnähe, zentrale Lage) sucht zum baldmöglichsten Eintritt

einen Assistenzarzt

für die chirurg. Abteilung. Vergütung erfolgt nach BAT III. DM 500,— Nebeneinnahmen werden garantiert. Ledige Bewerber erhalten Wohnung (Neubau) und Verpflegung im Hause. Geregelte Arbeitszeit wird zugesichert. Bewerbungen werden erbeten unter **331/726** über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13.**

BIONORICA K·G
BIOLOGISCHE ARZNEIMITTEL
NÜRNBERG
Mastoparin
phytotherapeutisches Breitenspektrum
bei Hyperfollikulinie, Mastodynie,
Mastopathia cystica
Zusammensetzung: Cyclamen, Lupulinum, Caulophyllum, Agnus castus, Ignatia, Iris i.h.V.

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

Stellenangebote

Die **Kreisstadt Erding** (12 000 Einwohner, Nähe München) sucht für die Chirurgische Abteilung des Städt. Krankenhauses

zwei chirurg. Assistenten

Anstellungsverhältnis und Bezahlung nach BAT.

Bewerber, die die entsprechende Vorbildung nachweisen können und die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, werden eingeladen, ihre Bewerbungsgesuche mit den üblichen Unterlagen und Lichtbild umgehend an die **Stadt Erding (8058)** zu richten.

Das **Bezirkskrankenkaus Schlers** (Skigebiet Parsenn) sucht ab 1. **Februar 1963** und ab 1. **August 1963** je einen

jüngeren Assistenzarzt

für die regulären Assistentenstellen. Besoldung im 1. Jahr Fr. 1080,—, im 2. Jahr Fr. 1160,—. Anmeldungen an den Chefarzt Dr. G. Mark, Schlers/Prätigau.

Das **Versorgungskrankenhaus Bayreuth** (520 Betten) sucht für sofort oder später

Zwei Assistenzärzte

für die innere Abteilung (238 Betten). Bezahlung nach Verg. Gr. II bzw. III BAT, Facharztausbildung ist möglich; tarifliche Vergütung für Bereitschaftsdienst, Zusatzversorgung, Nebeneinnahmen durch Gutachten.

Unterbringung und Verpflegung zu günstigen Bedingungen im Hause möglich. Verheirateten ist das Haus bei der Wohnungsbeschaffung behilflich.

Bewerbungen werden mit den üblichen Unterlagen erbeten an den **Chefarzt des Versorgungskrankenhauses Bayreuth.**

Stellengesuche

Assistenzarzt
(5 Jahre als Stationsarzt in Kreiskrankenhaus tätig) mit guten chirurgischen Kenntnissen sucht Planstelle in größerem Krankenhaus Münchens oder Umgebung, welches für die chirurgische Fachausbildung zugelassen ist. Angebote erbeten unter 331/505 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlspl. 13**

Sprechstundenhilfe

25 J., Steno, Maschinenschreiben, kl. Labor, 3 J. in Allgemeinpraxis, 1½ J. Univ.-Klinik, z. Z. Schweden, sucht entsprechenden Wirkungskreis in Praxis od. Klinik in Nürnberg. Angeb. unt. 331/519 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13**

Münchener Chirurg
42 J., verh., langjähr. Assistent und Oberarzt in einer großen Münchener Klinik, in Dauerstellung, erfahren in der gesamten Chirurgie, Unfall-Thoraxchirurgie und Anästhesie, sucht aus persönlichen Gründen entsprechenden Wirkungskreis in München oder näherer Umgebung. Zuschr. unter M. E. 75049 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13.**

Kaufm.-prakt. Arzthelferin
(19 J.), mit 2½jähriger intern. Praxiserfahrung, vertraut mit allen einschlägigen Arbeiten, in ungekündigter Stellung, sucht sich zum 1. 4. 1963 nach Bad Reichenhall zu verändern, Zimmernachweis erbeten. Angebote erbeten an **Heidemarie Theis, 56 Wuppertal-Barmen, Dickmannstraße 28.**

Praxis

Kinderarztpraxis

in Nürnberger Innenstadt, alle Kassen, ab 1. 1. 1963 oder später abzugeben. Angeb. erb. unt. 331/518 üb. **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13.**

Suche für jetzt oder später

Allgemeinpraxis

unmittelbar am Alpennordrand. Biete ggf. zum Tausch gute Landpraxis in Westfalen, 800 bis 1000 Scheine, mit Haus, Praxis und Garten.
Zuschriften erbeten unter 331/715 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlsplatz 13.**

Gut eingeführte und eingerichtete

Allgemeinpraxis

in einer oberfränkischen Kreisstadt (ca. 16 000 Einwohner) wegen Todesfalles **sofort abzugeben.**
Anfragen erbeten unter 331/315 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., 8 München 2, Karlsplatz 13**

Jodex 1.25
bei Sportverletzungen

Verschiedenes

Tüchtiger
Klinik-Assistent
mit eigenem Wagen, v. 17. bis 30. Juni bzw. 11. bis 31. Aug., für Allgem.-Praxis mit Geb.-Hilfe zur Vertretung gesucht. Anerkannte Landpraxis. Angebote unter MS 75086 über **CARL GABLER, WERBEGESELLSCHAFT MBH 8 München 2, Karlsplatz 13**

Versierter Augenarztvertreter

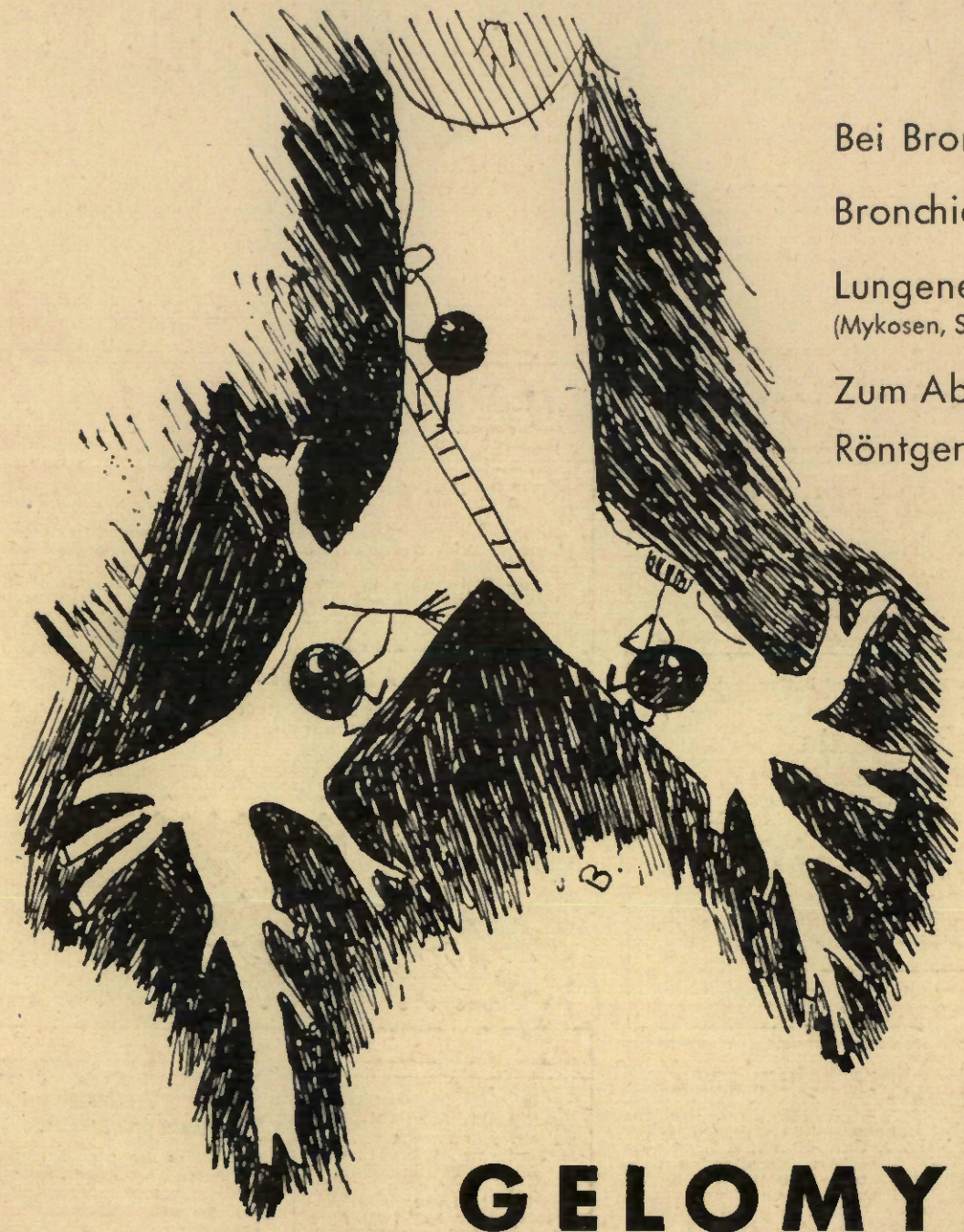
ab März 1963 frei für Vertretungen! Angebote erbeten unter 331/514 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlspl. 13**

Ihre Kleinanzeige
wird auch entgegengenommen am Schalter der
CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH.
München 2, Karlsplatz 13

32jähriger Arzt
sucht ab 15. 3. 63 Vertretung bei prakt. Arzt oder Assistentenstelle (evtl. auch bei Facharzt) für längere Zeit (1 Jahr). Angebote unter M. J. 83 209 über **CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, 8 München 2, Karlspl. 13**

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

Großreinemachen in den Bronchien



Bei Bronchitiden

Bronchiektasen

Lungenerkrankungen
(Mykosen, Silikosen, Tbc)

Zum Abhusten von
Röntgenkontrastmitteln

GELOMYRTOL

Kapseln

Schleimlösend und desinfizierend

Gelamyrtal enthält in dünndarmlöslichen Gelatinekapseln je 0,12 g Myrtal. Dieses ist die bei 160–180° übergehende Fraktian des aus den Blättern der Myrtenpflanze gewonnenen Myrtenäles. Myrtol, ein olterprabter Naturstoff, enthält als Hauptwirkstaff Cineol

40 Kapseln DM 2,70 o. U. 400 Kapseln DM 20,30 o. U.

G. POHL-BOSKAMP-HOHENLOCKSTEDT/HOLSTEIN

Nitrolingual

Dr. Erdt Arnulf
Baindlkirch
1611