

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTBILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Nummer 6

München, Juni 1965

20. Jahrgang

Aus dem Bayerischen Staatsministerium des Innern, Gruppe Humanmedizin
(Leiter: Ministerialrat Dr. med. E. Hein)

Die übertragbaren Krankheiten in Bayern

Von W. Heeger

Die übertragbaren Krankheiten haben gegenüber früheren Zeiten ihre Gefährlichkeit für die Bevölkerung weitgehend eingebüßt. Während die Mortalität an Infektionskrankheiten im Jahre 1900 noch 582, bezogen auf 100 000 der Bevölkerung, betrug, ging sie im Jahre 1963 auf 20,8 zurück. Einige Zahlen aus der Todesursachenstatistik, die als einer der Indikatoren für die Gefährlichkeit angesehen werden kann, zeigen die Entwicklung.

Sterbefälle in Bayern
bezogen auf 100 000 der Bevölkerung

Im Jahr 1900 im Jahr 1963

Thyphus (Abdominal-, Fleck- und Rückfallfieber)	4,5	0,002
Tuberkulose	289,7	16,4
Diphtherie	29,4	0,05
Scharlach	4,0	0,02
Keuchhusten	33,3	0,9
Masern	51,0	0,2
Ruhr	0,21	0,00

Die übertragbaren Krankheiten treten heute in Ihrer Bedeutung gegenüber den Herz- und Kreislaufkrankheiten, den bösartigen Neubildungen und auch den Kraftfahrzeugunfällen zurück. Das läßt sich ebenfalls aus der Zahl der Sterbefälle feststellen. An Krankheiten des Kreislaufsystems starben 1963 28 951 Menschen (d. s. 295,3 bezogen auf 100 000 der Bevölkerung), an bösartigen Neubildungen 21 222 (216,4), an Kraftfahrzeugunfällen innerhalb und außerhalb des Verkehrs 2515 (25,7) und an Infektionskrankheiten 2043 (20,8). Unter den Infektionskrankheiten ist die Tuberkulose die Krankheit mit der höchsten Mortalität. Es starben daran 1963 1612 (16,4) Menschen.

Die im Hinblick auf die übertragbaren Krankheiten günstige Entwicklung ist verschiedenen Umständen zu verdanken:

1. der konsequenten Bekämpfung,
2. den prophylaktischen Maßnahmen (z. B. Schutzimpfungen gegen Poliomyelitis),
3. der in vielen Fällen möglichen spezifischen Therapie (z. B. bei Tuberkulose, Ruhr, Typhus, Scharlach),

4. der schnellen bakteriologischen, virologischen und serologischen Diagnostik,
5. der Verbesserung der Umwelthygiene (z. B. Wohnungsbau, Trinkwasserversorgung, Abwasserbeseitigung).

Örtliche Epidemien von Typhus und Hepatitis und gehäufte Erkrankungen an Diphtherie in Gemeinschaftseinrichtungen führen immer wieder vor Augen, daß die Infektionskrankheiten immer noch eine Gefahr darstellen, die der ständigen Überwachung bedarf. Würde die Prophylaxe und die Bekämpfung vernachlässigt, so wären mit Sicherheit nachteilige Folgen für die Bevölkerung zu erwarten.

Die epidemiologische Lage muß daher ständig beobachtet werden. Zur Beurteilung der Epidemiologie der einzelnen übertragbaren Krankheiten trägt in erster Linie der behandelnde Arzt bei, wenn er nach gestellter Diagnose, bei Verdacht, bei Erkrankung oder bei einem Todesfall an einer übertragbaren Krankheit das zuständige Gesundheitsamt verständigt. Die Meldepflicht ist in § 3 des Bundes-Seuchengesetzes vom 18. 7. 1961 i. d. F. vom 23. 1. 1963 vorgeschrieben. Entsprechend der epidemiologischen Bedeutung ist bei den einzelnen, für die Allgemeinheit besonders wichtigen übertragbaren Krankheiten neben Erkrankung und Todesfall auch schon der Verdacht meldepflichtig, z. B. bei Pocken, Pest, Cholera, Typhus, Tollwut, Kinderlähmung. Es empfiehlt sich, in dringenden Fällen, z. B. bei Pockenverdacht und Gefahr einer Epidemie oder bei Gruppenerkrankungen, das Gesundheitsamt fernmündlich zu verständigen. Außer der Statistik der übertragbaren Krankheiten, die sich in erster Linie auf die Meldungen der behandelnden Ärzte gründet, können auch Reihenuntersuchungen, z. B. Röntgenreihenuntersuchungen und die Ergebnisse der bakteriologischen Untersuchungsanstalten, zur Beurteilung beigezogen werden.

Die Kenntnis der epidemiologischen Lage ist die Voraussetzung für die Verhütung übertragbarer Krankheiten und zur Durchführung von wirksamen Schutzmaßnahmen.

Zur Verhütung übertragbarer Krankheiten enthält das Bundes-Seuchengesetz Vorschriften der allgemeinen

Hygiene, über die einwandfreie Trinkwasserbeschaffenheit, über die ordnungsgemäße Beseitigung der Abfall- und Schmutzstoffe. Daneben sind die Schutzimpfungen für die Prophylaxe der übertragbaren Krankheiten besonders wichtig.

Nach der Bekanntmachung des Bayer. Staatsministeriums des Innern vom 28. 7. 1964 (MABl. S. 415) sind auf Grund des Bundes-Seuchengesetzes folgende Schutzimpfungen öffentlich empfohlen:

1. gegen Diphtherie für Kinder bis zum vollendeten 12. Lebensjahr,
2. gegen Keuchhusten für Kinder bis zum vollendeten 3. Lebensjahr,
3. gegen übertragbare Kinderlähmung
 - a) mit Salk-Impfstoff, in den Altersgrenzen nach Nr. 1 und 2 auch in Kombination mit der Schutzimpfung gegen Diphtherie, Keuchhusten und/oder Wundstarrkrampf,
 - b) mit Lebendvaccine während der öffentlichen Impftermine,
4. gegen Wundstarrkrampf,
5. gegen Tuberkulose für Neugeborene und für Kinder, die mit Tuberkulosekranken in einer Wohngemeinschaft leben,
6. gegen Tollwut*),
7. gegen Pocken nach Vorbehandlung mit Vakzine-Antigen bei freiwilligen Schutzimpfungen von Erstimpfungen bis zum vollendeten 12. Lebensjahr.

Die Impfungen können von jedem Arzt vorgenommen werden.

Wer durch eine vom Staatsministerium des Innern öffentlich empfohlene Schutzimpfung einen über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden Gesundheitsschaden erleidet, hat Anspruch auf Entschädigungsleistungen nach den §§ 52 bis 55 des Bundes-Seuchengesetzes.

Auf Grund der Meldungen der behandelnden Ärzte werden auf Vorschlag des Gesundheitsamtes die erforderlichen Schutzmaßnahmen von der Kreisverwaltungsbehörde nach dem Bundes-Seuchengesetz angeordnet. Das Gesundheitsamt kann bei Gefahr im Verzuge die erforderlichen Maßnahmen selbst anordnen. Die Schutzmaßnahmen erstrecken sich im wesentlichen auf Beobachtung, Absonderung und Desinfektion. Sie richten sich nach dem Übertragungsmodus der Krankheitserreger und der Schwere des durch sie hervorgerufenen Krankheitsbildes, so ist z. B. bei Cholera, Fleckfieber, Pest, Pocken, Rückfallfieber oder Typhus abdominalis eine Absonderung von Kranken oder Krankheitsverdächtigen im Krankenhaus vorgeschrieben.

Die Verbreitung der wichtigsten übertragbaren Krankheiten in Bayern und etwaige Schlüsse, die sich aus ihr ergeben, werden im folgenden aufgezeigt:

Die Diphtherieerkrankungen haben von 1946 bis 1963 ständig abgenommen. 1964 war erstmals wieder ein Anstieg zu verzeichnen.

*) Ein Artikel über die Tollwut in Bayern erscheint in einer der nächsten Nummern des „Bayerischen Ärzteblattes“.

Erkrankungen an Diphtherie in Bayern

auf 100 000
der Bevölkerung

1948	17 961	214
1950	6 470	71
1954	2 205	24
1958	648	7
1959	457	4,9
1960	325	3,4
1961	291	3,1
1962	193	2,0
1963	119	1,2
1964	283	2,9

Betroffen von dieser Krankheit sind in erster Linie Kinder, das zeigt auch die Todesursachenstatistik. Von 58 in den Jahren 1958 bis 1962 an Diphtherie Gestorbenen waren 43 Kinder unter 15 Jahren.

Das gehäufte Auftreten lenkt immer wieder die Aufmerksamkeit auf die Diphtherie. Im Jahre 1963 erkrankten in einem Ort sechs Kinder im Alter von 2 bis 10 Jahren. Ein Kind verstarb an einer schweren postdiphtherischen Herzmuskelentzündung. Im gleichen Jahr erkrankten in einem Kinderheim acht Kinder, davon hatten vier Fälle einen tödlichen Ausgang. 1964 erkrankten vier Kinder in einem Kinderheim und -garten, davon verstarb ein Kind, zwei Erkrankungen verliefen mit Herzmuskelbeteiligung. Die Beispiele zeigen, daß die prophylaktischen Maßnahmen bei der Diphtherie konsequent durchgeführt werden müssen. Das Bayer. Staatsministerium des Innern hat 1964 Diphtherie-Schutzimpfungen in Verbindung mit der Tetanuskomponente allen Kindern angeboten, die erstmals in eine Gemeinschaftseinrichtung (Schule oder Kindergarten) eintreten. Die Impfbeteiligung war über Erwarten groß, ca. 370 000 Kinder konnten eine Grundimmunisierung bzw. die Auffrischimpfung erhalten. Die Grundimmunisierung sollte an sich von den niedergelassenen Ärzten schon im Säuglings- oder Kleinkindesalter vorgenommen werden.

Auf die Möglichkeit, daß sich das epidemiologische Verhalten der Diphtherie plötzlich ändern kann, haben auch BIECHTELER und TITZE [1] hingewiesen.

Die Erkrankungshäufigkeit an Scharlach in Bayern ist von 1959 bis 1961 rückläufig gewesen. Seit 1962 steigt sie wieder an.

Erkrankungen an Scharlach in Bayern

auf 100 000
der Bevölkerung

1959	8840	94,8
1960	6170	64,8
1961	4790	50,3
1962	4941	51,1
1963	8339	84,7
1964	8902	89,7

Die Mortalität betrug beim Scharlach 1962 und 1963 0,02 auf 100 000 der Bevölkerung. Der Scharlach ist eine Infektionskrankheit, bei der eine schnell wirksame Therapie betrieben werden kann. Jedoch dürfen aus diesem Grund die seuchenhygienischen Schutzmaßnahmen, wie ausreichend lange Absonderung und Desinfektion, nicht vernachlässigt werden. Nach dem Merkblatt Nr. 26 des Bundesgesundheitsamtes „Richtlinien

für die Wiederzulassung in Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen nach dem 6. Abschnitt des Bundes-Seuchengesetzes" ist die Zulassung zur Schule bei an Scharlach Erkrankten nach Penicillinbehandlung und Abklingen der klinischen Symptome nach 8 Tagen, ohne Penicillinbehandlung nach 3 Wochen möglich.

Die Poliomyelitis ist nach den Schluckimpfungen ganz erheblich zurückgegangen.

Erkrankungen an Poliomyelitis in Bayern

	auf 100 000 der Bevölkerung	
1959	758	8,1
1960	1182	12,5
1961	460	4,8
1962	61	0,6
1963	12	0,1
1964	8	0,1

An den Schutzimpfungen mit oraler Lebendvaccine beteiligten sich gegen

Typ I im Frühjahr 1962 rd. 4,3 Mill. (44,1 v. H. d. Bev.)
 Typ II im November 1962 rd. 3,3 Mill. (34,0 v. H. d. Bev.)
 Typ III im Frühjahr 1963 rd. 3,05 Mill. (31,2 v. H. d. Bev.)
 an den Nachterminen gegen Typ III im November 1963 rd. 190 500 Menschen, an denen gegen Typ I im Frühjahr 1964 rd. 319 000. Zum Erfolg der Schluckimpfungen hat beigetragen, daß sich über 70 v. H. der besonders gefährdeten Kinder und Jugendlichen impfen ließen. Über den Verlauf und Erfolg der Schluckimpfungen wurde auch im „Bayer. Ärzteblatt“ ausführlich berichtet (HEIN [2]).

Im Jahre 1964 wurden acht Erkrankungsfälle an Poliomyelitis gemeldet. Darunter waren drei Facialisparesen (in einem Falle Virusnachweis von Typ I im Stuhl) und eine beiderseitige Trigenimusparese (Typ III im Stuhl nachgewiesen). Eine an Typ III während der Schwangerschaft erkrankte Frau war gegen Typ I geimpft. Sie hatte Lähmungen am rechten und linken Bein, die sich besserten. Bei einem siebenjährigen Jungen (geimpft gegen Typ I, II und III) traten Lähmungen am rechten Bein auf, die sich gut besserten. Virologisch liegen keine Untersuchungsergebnisse vor, serologisch kann Poliomyelitis oder eine Coxsackdeckerkrankung in Frage kommen. Bei einem ebenfalls gegen alle drei Typen geimpften Schulkind wurden eine Facialisparesie und eine Tibialisparese diagnostiziert, die sich nach knapp zwei Wochen zurückbildeten. Ein unvollständig geimpfter junger Mann starb nach kurzem Krankheitsverlauf. Er hatte eine Tetraplegie und Hirnnervenlähmung. Virologisch und serologisch konnte die Diagnose nicht abgeklärt werden.

Von den acht Erkrankten waren drei überhaupt nicht und zwei nur unvollständig geimpft. Bei den vollständig mit Lebendvaccine Geimpften war in jedem Fall ein günstiger Krankheitsverlauf zu beobachten.

Bei den virologischen Untersuchungen wurden als Erregertypen im Stuhl zweimal Typ III und einmal Typ I nachgewiesen.

Zur Sicherung der Diagnose Poliomyelitis sollte in jedem Fall Stuhl und Blut zur Untersuchung an die Staatl. Bakteriologische Untersuchungsanstalt München, Lazarettstraße 60, eingesandt werden. Es sind immer

wenigstens zwei Untersuchungen im Abstand von 8 bis 10 Tagen erforderlich.

Der durch die Schluckimpfung erreichte epidemiologische Erfolg kann nur aufrechterhalten werden, wenn die nachgeborenen Kinder und die bisher noch nicht geimpften Kinder und Jugendlichen Gelegenheit zur Impfung erhalten. Die nächsten öffentlichen Impftermine werden voraussichtlich im letzten Vierteljahr 1965 mit einem trivalenten oralen Lebendimpfstoff durchgeführt.

Typhus abdominalis und Paratyphus A u. B haben in den Nachkriegsjahren ständig abgenommen.

		Erkrankungen an	
		Typhus abdom.	Paratyphus A. u. B.
		auf 100 000 der Bevölkerung	auf 100 000 der Bevölkerung
1946	3598	42,8	910
1950	838	9,1	1104
1954	322	3,5	460
1959	259	2,8	210
1960	158	1,7	168
1961	149	1,6	98
1962	157	1,6	112
1963	160	1,6	104
1964	131	1,3	71

Die Abnahme ist auf die streng durchgeführten Bekämpfungsmaßnahmen und die Verbesserung der hygienischen Umweltsbedingungen zurückzuführen.

Auffallend ist, daß in zunehmendem Maße Typhus- und Paratyphuserkrankungen nach Urlaubsreisen auftreten und auch bei Gastarbeitern beobachtet werden. Im Jahre 1963 wurden bei 30 Urlaubsreisenden und 13 Gastarbeitern Erkrankungen an Typhus und Paratyphus festgestellt.

Bemerkenswert ist, daß die moderne Therapie zwar für die Behandlung einen wesentlichen Fortschritt bedeutet, aber daß es mit ihr nicht gelungen ist, die Zahl der Dauerausscheider herabzusetzen. Im Jahre 1963 kamen auf 100 000 der Bevölkerung 8,5 Dauerausscheider von *Salmonella typhi* und 4,4 von *Salmonella paratyphi*. Die Dauerausscheider werden von den Gesundheitsämtern überwacht. Sie müssen nach dem Bundes-Seuchengesetz bestimmte Auflagen erfüllen, damit die von ihnen ausgeschiedenen Erreger nicht auf andere Leute übertragen werden.

Bei Enteritis infectiosa sind vor allem die Salmonellosen von Bedeutung. Die Salmonellosen werden von Tieren und Lebensmitteln auf Menschen übertragen. Des öfteren werden Gruppenerkrankungen in Betrieben, Altersheimen und Krankenhäusern bekannt. Die Salmonellosen sind seit dem Jahre 1962 meldepflichtig. In Bayern wurden gemeldet:

		Erkrankungen an Enteritis infectiosa (Salmonellose) auf 100 000 der Bevölkerung	
1962	426		4,4
1963	1146		11,6
1964	790		8,0

Wenn Verdachts- oder Erkrankungsfälle an Salmonellose in Gemeinschaftseinrichtungen festgestellt

werden, sollte wegen der Gefahr von Gruppenerkrankungen das Gesundheitsamt möglichst rasch verständigt werden. Nur schnell durchgeführte Schutzmaßnahmen können eine Weiterverbreitung verhindern.

Das gleiche gilt für die Ruhr, die in der heutigen Zeit praktisch nurmehr als Gruppenerkrankung von Bedeutung ist. 1963 wurden 369 Fälle und 1964 366 Fälle gemeldet.

Die Hepatitis infectiosa (Hepatitis epidemica und Serumhepatitis) gewinnt in zunehmendem Maße epidemiologisch an Bedeutung. Der Erreger ist noch nicht eindeutig nachgewiesen und spezifische serologische Untersuchungsmethoden stehen noch nicht zur Verfügung. Die Diagnose wird allein vom behandelnden Arzt auf Grund des klinischen Bildes und der Leberfunktionsproben gestellt. DRAUSNICK [3] hat über die Hepatitis in Bayern berichtet.

Erkrankungen an Hepatitis infectiosa in Bayern
auf 100 000
der Bevölkerung

1962	2551	26,0
1963	3256	32,2
1964	3968	40,0

Bei der Hepatitis epidemica müssen entsprechend der Übertragungsart des Erregers allgemeine seuchenhygienische Schutzmaßnahmen getroffen werden. Die Bekämpfung kann wirksam unterstützt werden durch die Verabreichung von Gammaglobulin. In Bayern können die staatlichen Gesundheitsämter, wenn es epidemiologisch notwendig ist, bei gehäuftem Auftreten von Hepatitis epidemica in Gemeinschaftseinrichtungen, wie Schulen und Kindergärten, den Angehörigen dieser Einrichtungen und den mit diesen in Wohngemeinschaft lebenden Personen Gammaglobulin verabreichen. Nach den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen ist eine Dosis von 0,02 ccm/kg ausreichend.

Diese Gammaglobulin-Prophylaxe wurde bereits mit gutem Erfolg bei einigen örtlichen Epidemien in Oberfranken (ANDERS u. GÄSSLEIN [4]), ferner in Schwaben und Mittelfranken angewendet.

Die Serumhepatitis kann durch eine gründliche Reinigung und ausreichende Sterilisation von Spritzen, Kanülen, Schwellern und allen Instrumenten vor jedem Eingriff am menschlichen Körper verhütet werden.

Die Tuberkulose nimmt unter den übertragbaren Krankheiten wegen ihrer sozialen Bedeutung eine Sonderstellung ein. Die Meldungen über Neuerkrankungen an aktiver Tuberkulose in Bayern betragen 1963 7675 (76,3) und 1964 7620 (78,8). 1963 wurden von 100 Neuzugängen 30 von behandelnden Ärzten, 22 von Krankenhäusern und Tuberkuloseheilstätten, 13 von Schirmbildstellen und 35 durch Tuberkulose-Fürsorgestellen festgestellt. Bei den Tuberkulose-Fürsorgestellen in Bayern waren Ende 1963 36 401 Personen mit aktiver Tuberkulose bekannt. Im Jahre 1963 starben 1612 Personen an Tuberkulose, davon 1510 an Tuberkulose der Atmungsorgane.

Der Tuberkulose muß nach diesen statistischen Ergebnissen immer noch starke Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Die Vertreterzentrale der Bayerischen Landesärztekammer sucht für Urlaubsvertretungen im Sommer 1965 noch dringend

**Internisten, Chirurgen, Gynäkologen,
Augenärzte**

Meldung erbeten an: 6 München 23, Königinstraße 65, Telefon 36 11 21.

Von den Anthropozoonosen verdient vor allem die Tollwut heute in vielen Teilen Bayerns große Beachtung. Seit dem Jahre 1951 hat die Tollwut unter den Tieren auf Bayern übergreifen (HEIN [5] und STENCZEL [6]). Derzeit ist sie in den Regierungsbezirken Schwaben, Unterfranken, Oberfranken und Oberpfalz unter den Tieren am meisten verbreitet.

Gemeldete Berührungen oder Verletzungen durch tollwütige oder tollwutverdächtige Tiere in Bayern seit 1951:

Jahr	OB	NB	OPf.	OFr.	MFr.	UFr.	Schw.	Bayern insgesamt
1951								74
1952		19						19
1953		1	3					4
1954		1	1			6		6
1955			5		1	11		17
1956			45			1		46
1957	1		11	157	1	9		179
1958			16	56	2	5	4	85
1959			10	60		12	2	104
1960	3		4	90	3	14	1	115
1961	4		23	174	11	40	1	253
1962	2		45	114	60	26	11	256
1963	2		41	126	20	117	21	327
1964	2		66	143	16	156	77	460

In diesen Jahren wurden rund 1600 Wutschutzbehandlungen mit dem Hempt-Impfstoff vorgenommen.

Bis Ende 1964 wurden keine Erkrankungsfälle an Tollwut beim Menschen festgestellt. Im Februar 1965 starb ein 24-jähriger Mann, der Ende Dezember von einem Hund im Gesicht verletzt worden war. Er hatte keine Wutschutzbehandlung erhalten.

Über die Verbreitung der Tollwut im Tierreich gibt die folgende Aufstellung für das Jahr 1963 eine Übersicht; sie enthält die in der Bayer. Landesanstalt für Tierseuchenbekämpfung ermittelten positiven Tollwutfälle.

Tierart	OPf.	OFr.	MFr.	UFr.	Schw.	Bayern insgesamt
Hund	3	3	—	11	—	17
Katze	5	7	2	10	—	24
Rind	—	1	—	—	—	1
Fuchs	54	79	32	95	36	296
Dachs	1	1	—	1	1	4
Marder	—	3	—	—	—	3
Iltis	—	—	—	1	—	1
Cojote (Zootier)	—	—	1	—	—	1
Hirsch	—	—	—	1	—	1
Reh	5	20	3	12	5	45
	66	114	38	131	42	363

Von den 383 positiven Fällen kommen 351 auf Wildtiere und 42 auf Haustiere. Bei den Wildtieren sind die Füchse von der Tollwut am meisten betroffen. Bei den Haustieren sind besonders Hunde und Katzen gefährdet. Durch eine weitgehende Aufklärung der Bevölkerung muß erreicht werden, daß die Berührung von tollwutkranken und toten Tieren vermieden wird.

Von den Tierseuchen, die auf den Menschen übertragen werden, sind vor allem für den Arzt auf dem Lande von Interesse:

Jahr	Erkrankungen	auf 100 000 der Bevölkerung		
Bangsche Krankheit	1963	55	0,6	
	1964	27	0,3	
Milzbrand	1963	2	0,0	
	1964	5	0,1	
Ornithose				
	a) Psittakose	1963	12	0,1
		1964	2	0,0
b) übrige Formen	1963	28	0,3	
	1964	39	0,4	
Q-Fieber	1963	—	—	
	1964	398	4,0	

Die Erkrankungen an Q-Fieber sind auf örtliche Epidemien in München und in einem Landkreis in Mittelfranken zurückzuführen.

Bei der Übersicht über die Epidemiologie des Typhus und Paratyphus wurde schon darauf hingewiesen, daß durch Urlaubsreisende und Gastarbeiter die Zahl der Erkrankungsfälle vermehrt wird. Die vielfältigen internationalen Verbindungen bringen es mit sich, daß auch andere Infektionskrankheiten, die in unserem Land der Vergangenheit angehörten, wieder auftauchen. In erster Linie sind hier die Pocken zu nennen. In den Nachkriegsjahren sind bisher in Ansbach im Jahre 1961 Pocken eingeschleppt worden (A. HERRLICH, J. DIESFELD und H. SCHMIDT [7]). Bei Pockenverdacht ist, wie oben schon erwähnt, wegen der besonderen Schutzmaßnahmen, die auf schnellstem Wege eingeleitet werden müssen, eine unverzügliche Meldung an das Gesundheitsamt erforderlich. Der Arzt,

der zuerst bei einem verdächtigen Kranken ist, sollte neben dem klinischen Befund auch eine ausführliche Anamnese erheben. Die Anamnese sollte Fragen über Auslandsreisen, über Kontakt mit Besuchern aus Afrika, Asien oder Südamerika einschließen. Die Pockenschutzimpfung ist das sicherste Mittel, die Verbreitung der Pocken zu verhüten. Die gesetzliche Pockenschutzimpfung muß daher nach wie vor möglichst alle Kinder der aufgerufenen Jahrgänge erfassen.

An anderen Krankheiten, die praktisch auf die tropischen Länder beschränkt sind, wurden 1963 und 1964 ein Fall von Aussatz, 6 Fälle von Trachom, 2 Erkrankungen an Malaria und 7 an Amöbenruhr gemeldet. Künftig wird diesen Krankheiten infolge der Intensivierung des internationalen Reiseverkehrs eine größere Bedeutung zukommen.

Eine wirksame Bekämpfung der übertragbaren Krankheiten kann nur durchgeführt werden, wenn behandelnder Arzt und Gesundheitsamt bei den Verhütungs- und Schutzmaßnahmen eng zusammenarbeiten. Die Zusammenarbeit ist die Voraussetzung dafür, daß sich die epidemiologische Lage in Bayern weiterhin günstig entwickelt.

Literatur:

- (1) BIECHTELER und TITZE: Zur heutigen Bedeutung der Diphtherie. Münch. Med. Wschr., S. 836 (1963).
- (2) HEIN: Erfahrungen über die Polio-Schluckimpfung und weitere Ausblicke. Bayer. Ärzteblatt, Heft 9 (1962). Erfahrungen mit den Maßnahmen zur Werbung für die Schutzimpfung gegen Poliomyelitis mit Lebendimpfstoff in Bayern. Bundesgesundheitsbl., S. 233 (1962). Jetzt Schluckimpfung 3 — ohne Bedenken. Bayer. Ärzteblatt, S. 77 (1963).
- (3) DRAUSNICK: Zur Epidemiologie der Hepatitis unter Berücksichtigung der Verhältnisse in Bayern seit 1949. Bayer. Ärzteblatt, S. 593 (1964).
- (4) ANDERS und GÄSSLEIN: Eine Nahrungsmittelerpidemie von Hepatitis infectiosa. Bundesgesundheitsbl., S. 245 (1964).
- (5) HEIN: Das gegenwärtige Tollwutvorkommen und seine Bekämpfung in Bayern. Bayer. Ärzteblatt, Heft 3 (1954).
- (6) STENCZEL: Tollwut im Bayerischen Wald. Öff. Gesh.-Dienst, Heft 3 (1954).
- (7) HERRLICH, DIESFELD und SCHMIDT: Die Pocken-erkrankungen in Ansbach 1961. Dtsch. Med. Wschr., S. 1413 (1961).

Anschrift des Verf.: ORMR Dr. W. Heeger, 8 München 22, Odeonsplatz 3.

Eupaco[®]

10 Tabletten DM 2.50
 5 Zäpfchen DM 1.90
 5 Zäpfchen für Kinder DM 1.75
 10 Ampullen zu 1 ml DM 5.30
 Preise o. U. n. A. T.
 Cascan GmbH · Wiesbaden

krampflösend + beruhigend bei allen spastisch
 schmerzhaften Zuständen der glatten Muskulatur

cascan

Zum Schutz vor Verkehrslärm bei Krankenhäusern

Von F. Härting

Am Beispiel des nahezu 1000-Betten-Allgemeinkrankenhauses der Barmherzigen Brüder zu Regensburg soll hier erläutert werden, worauf beim Bau von Straßen, Verkehrsampeln und Haltestellen der Verkehrsbetriebe in unmittelbarer Nähe von Krankenhäusern besonders zu achten ist.

Zur Lage:

Der Bund, das Land Bayern und die Stadt Regensburg planen eine Ringstraße um den Stadtkern von Regensburg. Sie soll zugleich als Westumgehung Regensburgs (Bundesstraße 16) mit einer geschätzten Wochentagsspitzenbelastung von 2800 Kfz/Std.¹, in einer Länge von rund 300 Metern entlang des östlichen Krankenhauszaunes, 50—70 m entfernt von einem 350-Bettentrakt der Krankenhäuser der Barmherzigen Brüder und auf der anderen Seite 50 m entfernt von einem Altersheim-Neubau, gebaut werden. Dieses Teilstück der B 16 fällt also mit der geplanten Ringstraße zusammen².

Ein anderer 560-Bettentrakt des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder liegt im Winkel Lohgraben/Prüfeninger Straße, wobei letztere eine Ausfallstraße von Regensburg ist mit ständigem Autobus-Linien- und intensivem Tag/Nachtverkehr. Außerdem befindet sich die Autobushaltestelle unmittelbar vor der Toreinfahrt zum Krankenhaus, 70 m von der südlichen Front des obigen Bettentraktes entfernt. Eine 2,50 m hohe Mauer dämmt den Lärmpegel dieser sehr frequentierten Straße etwas ab³.

Das Straßen-Neubauamt Regensburg plant bei der Unterführung der B 16 unter der kreuzenden Prüfeninger Straße eine Ein- und Ausfahrt mit 5% Steigung unmittelbar am Krankenhausgelände, durch Verkehrsampeln geschützt.

Zum Geräuschpegel:

Zur Zeit schwanken die Geräusch-Mittelwertpegel der Prüfeninger Straße, in 3 m Höhe über dem Boden am Krankenbettentrakt 70 m von der Straße entfernt gemessen, zwischen 49 DIN-phon tags und 37 DIN-phon nachts. Hinzu kommen die Spitzengeräusche durch An- und Abfahrt der Linienbusse und des dabei sich stauenden Durchgangsverkehrs, die mit 70 DIN-phon am Tage und 50 DIN-phon in der Nacht (also ± 15 DIN-phon) gemessen wurden⁴. Die Verkehrsdichte wird schätzungsweise bis 1980 mindestens um das 2,6fache gegenüber 1963 zunehmen, auch weil sich das Industrieviertel der Stadt westlich ausdehnt. Damit ist ein Anwachsen des Geräuschpegels auf mehr als 52 DIN-phon tags und 41 DIN-phon nachts verbunden, wenn nicht eine sehr hohe, starke Mauer an der Prüfeninger Straße für eine wirksame Schalldämmung errichtet wird.

Würde nun rechtwinkelig hierzu noch die Westumgehung B 16/Ringstraße mit An- und Abfahrtsrampe mit 5% Gefälle entlang der östlichen Begrenzung des Krankenhausgeländes gebaut werden, muß mit einem Lärmpegel von mindestens 64 DIN-phon tags und 56

DIN-phon nachts auch an dem anderen Bettentrakt des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder gerechnet werden⁵.

Gesundheitliche Forderungen:

Die internationale Vereinigung gegen den Lärm hat als Grenzrichtwerte in dB für die Beurteilung der Lärmbeeinträchtigung von Krankenhausbereichen in Salzburg 1962 mit häufigen Spitzen tags über 50 dB und nachts 45 dB bei einem Grundgeräusch von 35 dB nachts und 45 dB tags empfohlen⁶. Professor HETTICHE, Bochum, fordert für Krankenzimmer einen Schallpegel von 20 bis 30 DIN-phon. Im Max-Planck-Institut für Arbeitsphysiologie, Dortmund (Professor Dr. G. LEHMANN), laufen langfristige Untersuchungen über Schlafstörungen durch Geräusche, wonach auch nur Sekunden dauernde Breitbandgeräusche, d. h. ein Rauschen in allen Frequenzen von 30 bis 20 000 Hertz in gleicher Intensität von 55 dB die extrem trophotrop-vagotone Einstellung im Tiefschlaf und Minuten andauernd die Schlafiefe erheblich vermindert bis fast zur Weckwirkung⁷.

Professor Dr. LEHMANN führte am 19. November 1964 in einer Sitzung in München vor der Obersten Baubehörde folgendes aus und stellte seine Erkenntnisse dem Priorat des Konventes der Barmherzigen Brüder zur Verfügung:

1. Ruhe und Schlaf stellen bei nahezu allen Krankheiten einen der wichtigsten Heilfaktoren dar.

2. Die primär-vegetativen Lärmreaktionen sind beim schlafenden Menschen wesentlich stärker als beim wachen. Diese Reaktionen sind durch erhöhte Tätigkeit des Nervus sympathicus gekennzeichnet. Sie führen zu einer Verengung der Blutbahn und zu einem geringeren Blutausswurf des Herzens. Diese Reaktionen gefährden also, wenn sie stark genug sind und längere Zeit andauern, die normale Ernährung der Haut und ihrer Anhangsgebilde (Drüsen usw.). Beim wachen Menschen werden sie durch Geräusche ausgelöst, die 65 oder 70 Dezibel übersteigen. Sie erreichen ihr Maximum etwa bei 100 oder 110 Dezibel. Beim schlafenden Menschen wird das gleiche Maximum schon bei einer Lautstärke von 60 bis 70 Dezibel erreicht, schwächere Reaktionen schon bei etwa 30 Dezibel ausgelöst.

3. Aus dem Verhalten der Aktionsströme des Gehirns (Elektroenzephalogramm) ist die Schlafiefe erkennbar. Tiefer Schlaf ist gekennzeichnet durch niederfrequente, träge verlaufende Schwingungen, von denen es einen allmählichen Übergang zu den hochfrequenten, aber relativ kleinen Ausschlägen des Wachzustandes gibt.

4. Während der Nacht befindet sich der Mensch nicht ununterbrochen im Zustand des Tiefschlafes. Um „auszuschlafen“, ist ein Tiefschlaf von etwa zwei Stunden erforderlich, der auch in mehreren Abschnitten erfolgen kann. Beträgt die Summe der Tiefschlafphasen weniger als zwei Stunden, so wacht der Mensch unausgeschlafen auf.

5. Eine Lärmwirkung, wenn sie nicht zum Aufwachen führt, führt zu einer Verminderung der Schlaf-tiefe. Dieser Effekt tritt schon bei Lärmreizen von wenigen Sekunden Dauer und bei Lautstärken von 30 bis 40 Dezibel auf; er steigt mit der Lautstärke und der Einwirkungs-dauer.

6. Nach Beendigung der Geräuscheinwirkung dauert es mindestens 10 Minuten, oft aber viel länger, bis der flache Schlaf wieder in Tiefschlaf übergegangen ist. Ein in Abständen von 10 oder 15 Minuten auftretendes Geräusch geringer Lautstärke kann also genügen, um einen Tiefschlaf unmöglich zu machen.

7. Ungenügender Schlaf führt beim gesunden Menschen zu Müdigkeit und Verdrossenheit, beim kranken Menschen zu verstärktem Krankheitsgefühl und zu fehlendem Heilungsfortschritt.

8. In einem Kranken-Schlafraum dürfen daher Geräusche von mehr als 25—30 Dezibel nicht in größerer Zahl auftreten.

Schallschutzmaßnahmen:

Ist es nun möglich, durch Schallschutzmaßnahmen so wirksam einzugreifen, daß die beabsichtigte Planung der Trassenführung der Regensburger Ring-, zugleich westliche Umgehungsstraße B 16, der Auf- und Ab-fahrt mit 5% Gefälle, der Lärmquelle einer Verkehrs-ampelanlage unmittelbar an der Ecke des Kranken-hausgeländes und der Autobushaltestelle am Kranken-hauseingang mit dadurch zwangsläufig verbundener, zeitweiliger Verkehrsstockung trotzdem vertretbar wird?

1. Die Rampeanlage mit Verkehrsampeln muß um mindestens 300 m verlegt werden, was auf Grund des Gutachtens von Professor RUCKER, München⁴, empfohlen und bereits zugesagt worden ist.

2. Durch Verlegung der B 16 in einen 500 m langen Tunnel im Krankenhausbereich, dessen wirksame Ent-lüftung aber so geführt werden muß, daß sie weder störende Geräuschquelle wird, noch Luftverunreinigung für das Krankenhausgelände bringt, ließe sich diese Lärmquelle vermeiden.

Durch andere Schallschutzmaßnahmen (schallabsorbierende Verkleidungen, 5 m hohe Schirmwände) sind nur 14 DIN-phon niedrigere Verkehrslärmwerte vor den Krankenzimmern zu erwarten; das würde nicht genügen, denn die kurzzeitigen lästigen Geräuschspitzen ragen um diese Größe aus dem Mittelwertpegel heraus.

3. Statt der Verlegung der B 16 in einen Tunnel wird auch die Bebauung der zwischen dem Krankenhaus-gelände und der B 16 gelegenen Grundstücksfläche dis-kutiert. Wohnbauten kommen auf dieser Grundstücks-

fläche nicht in Betracht. Ob sich die Fläche ihrer Lage nach für die Errichtung von Geschäftsräumen anbietet, ist zweifelhaft. Im Grundsatz kann eine derartige Pla-nung nicht als zweckmäßig angesehen werden, da durch sie der Kreis der Betroffenen nur gewechselt wird.

4. Gegenüber der Verlegung der B 16 in einen Tunnel wäre die technisch mögliche und städtebaulich zu be-gründende Führung der Trasse dieser B 16 weiter westlich durch das im Aufbau befindliche Industrie-gelände billiger.

5. Durch die Verlegung der Haltestellen der öffent-lichen Verkehrsmittel um 100 m vom Krankensein-gang und damit vom Bettentrakt entfernt, und zwar so, daß kein Verkehrsstau mehr eintreten kann, durch Erhöhung der Krankenhausmauer an der Prüfeninger Straße und durch eine entsprechende Bepflanzung des Krankenhausgartens bis zum Bettentrakt hin, kann der Verkehrslärm bis zum obersten Krankenbettentrakt um 6—10 DIN-phon abgedämmt und damit erträglich gemacht werden.

An diesem Beispiel in Regensburg wird wieder deut-lich, daß Stadt- und Verkehrsplaner die Lage von er-haltungswürdigen oder neu geplanten Kranken- und Pflegeanstalten im Interesse der Kranken und Alten bezüglich Lärm und Luftverunreinigung unbedingt rechtzeitig beachten müssen, um Fehlplanungskosten oder später zwangsläufig nötig werdende Änderungen zu vermeiden. Die Ausschachtungsarbeiten hatten be-reits begonnen; der Lärm der Bagger hatte rechtzeitig darauf aufmerksam gemacht, was mit diesem Baupro-jekt Bundesstraße 16 auf die Patienten zukommt.

Quellenangabe:

1. Gutachten des Ingenieurbüros Dorsch-Gehrmann, Regens-burg 1962.
2. Planung des Straßen-Neubauamtes Regensburg der West-umgehung Regensburgs vom 20. Januar 1964.
3. Ortsbesichtigung des Referenten am 14. November 1964 im Auftrag des Arbeitsringes für Lärmbekämpfung.
4. Gutachten des Inhabers des Lehrstuhles für Stadtverkehr an der TH München, Professor A. R u c k e r, vom 10. August 1964.
5. Gutachten von Professor Dr.-Ing. Re i h e r, Direktor des Institutes für Technische Physik, Stuttgart, vom 13. No-vember 1964.
6. Entscheidung auf dem 2. Internationalen Kongreß gegen den Lärm, Salzburg, 1962.
7. J a n s e n, G. und I. S c h u l z e: Beispiele von Schlaf-störung durch Geräusche in Kl. Wschr., S. 132 bis 134 (1964).
8. Persönliche Ausführungen Prof. Dr. G. L e h m a n n s am 19. November 1964 in München, dem Priorat des Konventes der Barmherzigen Brüder übergeben.

Anschrift des Verfassers: Dr. med. F. H ä r t i n g, 532 Bad Godesberg, Wupperstraße 9.

(Aus Heft 1/1965 der Zeitschrift „Kampf dem Lärm“)

Cefossin > **CEFAK**[®]
TROPF./AMP.

Degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule
(Bandscheibenschäden)

CEFAK · KEMPTEN



CEFAK · KEMPTEN

Wichtiges Urteil des Bundesverwaltungsgerichtes

Das Bundesverwaltungsgericht hat durch Urteil am 5. Februar 1965 den Rechtsstreit zwischen dem apl. Professor Dr. Georg Maurer, Chefarzt der Chirurgischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses München rechts der Isar, und der Medizinischen Fakultät der Universität München endgültig entschieden und dabei festgestellt, daß Professor Maurer berechtigt ist, seine Vorlesung „Chirurgische Klinik“ als Haupt- und Pflichtvorlesung zu halten. Wegen seiner großen allgemeinen Bedeutung drucken wir das Urteil nachstehend im vollen Wortlaut ab. Der Leitsatz des Bundesverwaltungsgerichts lautet:

„Die Vorlesungen eines außerplanmäßigen der Medizinischen Fakultät angehörigen Universitätsprofessors sind im Vorlesungsverzeichnis der Universität mit denselben Hinweisen auf die Voraussetzungen für die Zulassung zur staatlichen Prüfung zu versehen, wie es bei den Vorlesungen geschieht, die der Inhaber eines Lehrstuhls selbst oder ein anderer Dozent mit dessen Einverständnis abhält.“

Im übrigen hat das Urteil folgenden Wortlaut:

Im Namen des Volkes!

In der Verwaltungsstreitsache

des Professors Dr. Georg Maurer in München 8,
Ismaninger Straße 22,

Klägers, Berufungsklägers und Revisionsklägers,
Prozeßbevollmächtigter:

Rechtsanwalt Dr. Robert Schmelcher in Karlsruhe,
Virchowstraße 12

gegen

die Universität München, vertreten durch den Rektor,
Beklagte, Berufungsbeklagte und Revisionsbeklagte,
Prozeßbevollmächtigter:

Rechtsanwalt Dr. Walter Schweyer in München 2,
Ottostraße 1a

Unterbevollmächtigter:

Rechtsanwalt Horst Bräutigam in Berlin 19,
Dernburgstraße 59

beteiligt: Der Oberbundesanwalt beim Bundesverwaltungsgericht, hat der VII. Senat des Bundesverwaltungsgerichts auf die mündliche Verhandlung vom 5. Februar 1965 durch den Senatspräsidenten Wlitten und die Bundesrichter Dr. Rltgen, Reimer, Dr. Boerckel und Dr. Mühl für Recht erkannt:

Die Urteile des Bayerischen Verwaltungsgerichtshofs vom 26. Oktober 1962 sowie des Verwaltungsgerichts München vom 31. Januar 1962 werden aufgehoben.

Es wird festgestellt, daß der auf dem Fakultätsbeschluß vom 22. Juni 1960 beruhende Bescheid der Medizinischen Fakultät der Universität München vom 29. Juli 1960 und der Widerspruchsbescheid vom 17. Mai 1961 rechtswidrig gewesen sind.

Ferner wird festgestellt, daß die Medizinische Fakultät der Universität München nicht berechtigt ist, dem Kläger die Ankündigung und Abhaltung einer Vorlesung „Chirurgische Klinik“ als „Haupt- und Pflichtvorlesung“ im Hörsaal des Städtischen Krankenhauses München rechts der Isar mit der sich daraus ergebenden Befugnis zur Erteilung des vorschriftsmäßigen Praktikantenscheines zu untersagen.

Weiterhin wird festgestellt, daß der Kläger berechtigt ist, die Aufnahme einer Vorlesung „Chirurgische Klinik“

in das Vorlesungsverzeichnis unter „Haupt- und Pflichtvorlesungen“ und ihre Kennzeichnung als „schiefpflichtig“ zu verlangen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Gründe:

I.

Der Kläger, seit 1948 außerordentlicher apl. Professor an einer Universität, ist von Beruf ärztlicher Leiter eines städtischen Krankenhauses und Chefarzt der chirurgischen Abteilung in diesem Krankenhaus. Er kündigte für das Wintersemester 1960/61 eine Vorlesung „Chirurgische Klinik 5-stündig“ im Hörsaal des von ihm geleiteten Krankenhauses an und bat, die Vorlesung unter „Haupt- und Pflichtvorlesungen“ in das Vorlesungsverzeichnis aufzunehmen und als schiefpflichtig mit einem Stern zu kennzeichnen. Die Medizinische Fakultät der Universität lehnte dies ab. Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch. Ferner wandte er sich beschwerdeführend an das Staatsministerium für Unterricht und Kultus. Die gleiche Vorlesung, verbunden mit derselben Bitte, kündigte der Kläger für das Wintersemester 1961/62 an. Die Medizinische Fakultät erklärte sich bereit, die Vorlesung in das Vorlesungsverzeichnis aufzunehmen, jedoch nicht unter der Rubrik „Haupt- und Pflichtvorlesungen“. Der Kläger legte Widerspruch ein mit der Begründung, ihm sei daran gelegen, daß der durch das starke Ansteigen der Studentenzahl verursachte Ausbildungsengpaß für die Medizinstudenten in München beseitigt werde. Dieses Ziel lasse sich nur erreichen, wenn die Vorlesung als Pflichtvorlesung gehalten werden könne.

Die Medizinische Fakultät wies den Widerspruch des Klägers zurück. In der Begründung ihres Bescheides hat sie folgendes ausgeführt: Die Einteilung der Dozenten für die Pflicht- und Hauptvorlesungen sei Aufgabe der Fakultät. Eine Veranlassung, den Kläger für die Vorlesung „Chirurgische Klinik“ einzuteilen, bestehe nicht. Aus dem Grundrecht der Lehrfreiheit ergebe sich ein dahin gehender Anspruch des Klägers nicht. Es erscheine auch unzulässig, für eine so umfangreiche Vorlesung mit laufenden Vorstellungen von Patienten der Stadt durch einen städtischen Chefarzt und apl. Professor Räume des Städtischen Krankenhauses zu benutzen, ohne daß der Universität und der Fakultät eine Einflußnahme auf die Räume, Einrichtungen und Hilfspersonen auf Grund rechtlicher Bindungen möglich sei. Abgesehen von dem besonderen Zusammenhang zwischen der Vorlesungsordnung und dem staatlichen Prüfungswesen sei es als ein zum Gewohnheitsrecht erstarktes Herkommen anzusehen, daß die Fakultät eine zeitliche Ordnung der Vorlesungen beschließe und es dabei in der Regel vermeide, daß neben einer Pflichtvorlesung des zuständigen Lehrstuhlinhabers ein anderer Dozent dieselbe Vorlesung ankündige. Würde diese Rechtsübung nicht beachtet werden, so wäre damit eine grundlegende Änderung der Stellung des Ordinarius und zugleich ein Strukturwandel im deutschen Hochschulwesen verbunden. Hinzu komme, daß es notwendig sei, für solche Vorlesungen die Hörsäle und Institutsräume besonders einzurichten, während dem Lehrstuhlinhaber die ausschließliche Verfügungsbefugnis über die Patienten der von ihm geführten Klinik zustehe. Jeder neu berufene Ordinarius verlasse sich auf die Einhal-



Hansaplast[®]

verklebt nicht mit der Wunde



tung dieser Rechtsübung, die ein stillschweigender Bestandteil des Anstellungsvertrages sei. Die Fakultät könne nicht ihre Hand dazu bieten, daß diese Rechtsstellung des Ordinarius verletzt werde. Mit dem Antrag auf Zulassung zur Habilitation habe sich jeder Privatdozent dieser Rechtsübung unterworfen. Aus dem Satzungen der Universität und der Medizinischen Fakultät ergebe sich nicht, daß der apl. Professor und der Privatdozent lediglich genötigt seien, bei der Ankündigung ihrer Vorlesungen mit dem Fachvertreter Fühlung zu nehmen, und daß die Rechte der Fakultät darauf beschränkt seien, die eingegangenen Vorlesungsankündigungen zusammenschreiben zu lassen.

Der Kläger hat Klage erhoben mit dem Antrage festzustellen, daß der auf dem Fakultätsbeschuß vom 22. Juni 1960 beruhende Bescheid der Universität vom 29. Juni 1960 und der Widerspruchsbescheid vom 17. Mai 1961 rechtswidrig gewesen sind.

Das Verwaltungsgericht hat die Klage abgewiesen. Im Berufungsverfahren hat der Kläger beantragt:

1. das Urteil des Verwaltungsgerichts aufzuheben;
2. festzustellen, daß der auf dem Fakultätsbeschuß vom 22. Juni 1960 beruhende Bescheid der Medizinischen Fakultät der Universität vom 29. Juni 1960 und der Widerspruchsbescheid vom 17. Mai 1961 rechtswidrig waren und daß die Medizinische Fakultät der Universität München nicht berechtigt ist, ihm die Ankündigung und Abhaltung einer Vorlesung „Chirurgische Klinik“ als „Haupt- und Pflichtvorlesung“ im Hörsaal des Städt. Krankenhauses München rechts der Isar mit der sich daraus ergebenden Erteilung des vorschriftsmäßigen Praktikantenscheines zu untersagen.

Seinem Wunsch, die Vorlesung „Chirurgische Klinik“ in das Vorlesungsverzeichnis unter „Haupt- und Pflichtvorlesungen“ aufzunehmen und als „schiefpflichtig“ (nach der Bestallungsordnung vom 15. September 1953) zu kennzeichnen, ist zu entsprechen.

Das Berufungsgericht hat die Berufung des Klägers zurückgewiesen. In den Gründen seines Urteils hat das Berufungsgericht folgendes ausgeführt: Die Feststellungsklage sei nicht begründet, weil die Medizinische Fakultät die Rechte des Klägers nicht verletzt habe. Insbesondere habe sie von ihrem Ermessen keinen fehlerhaften Gebrauch gemacht. Zwischen dem Bestreben des Staates, für die akademisch gebildete Schicht eine praktischen Zielen dienende wissenschaftliche Ausbildung herbeizuführen, und dem auf die Förderung der reinen Wissenschaft ausgerichteten Bemühen der Universität bestehe eine Spannung, die sich durch das gesamte Leben der Universität verfolgen lasse. Dieser Dualismus werde besonders sichtbar bei der zweifachen Art der Prüfungen, denn es gebe eine ganze Anzahl von Studienzweigen, in denen Staatsprüfungen abgehalten würden, die allein den Zugang zu dem staatlichen oder staatlich geregelten Beruf eröffneten. An diesen Prüfungen seien die Universitätsdozenten nur durch besonders getätigten staatlichen Auftrag beteiligt. § 4 der Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. September 1953 (BGBl. I S. 1334) — BestO — habe den Universitäten die Ausbildung der Medizinstudenten übertragen. Auf Anregung des vom Staat bestellten Prüfungsvorsitzenden, der zugleich Lehrstuhlinhaber sei, habe die Medizinische Fakultät beschlossen, die Vorlesungen in die beiden Gruppen „Haupt- und Pflichtvorlesungen“ und „Spezialvorlesungen“ einzuteilen und die Pflichtvorlesungen mit einem Stern besonders zu kennzeichnen. Dadurch habe die Schwierigkeit behoben werden sollen, daß Kandidaten öfters nicht alle vorgeschriebenen Pflichtvorlesungen hätten nachweisen können. Die Medizinische Fakultät sei zu dieser Regelung auf Grund ihres Selbstverwaltungsrechts, welches das Recht zur Ordnung des Vorlesungsbetriebes mit einschließe, berechtigt gewesen. Dadurch hätten die Universitätsdozenten nicht neu klassifiziert werden sollen. Vielmehr sei es schon vorher — ebenso wie an den anderen deutschen medi-

zischen Fakultäten — ständige Übung gewesen, daß der Lehrstuhlinhaber selbst die durch § 40 BestO vorgeschriebenen Pflichtvorlesungen gehalten habe oder durch andere Hochschullehrer habe halten lassen. Wenn in § 40 Abs. 1 Buchst. b BestO von „Kliniken“ die Rede sei, so seien damit allerdings nicht ausschließlich die eigentlichen Universitätskliniken gemeint. Deshalb sei es nicht notwendig anzusehen, daß die geforderten Vorlesungen in einer der Universität gehörigen Klinik stattfinden. Aus § 4 BestO ergebe sich jedoch, daß die wissenschaftliche Ausbildung der Medizinstudenten an die Universität gebunden sei. Daher habe die Medizinische Fakultät nicht dadurch ermessensfehlerhaft gehandelt, daß sie sich nicht habe damit begnügen wollen, daß der Zusammenhang mit der Universität nur durch die Person des bei ihr habilitierten Klägers hergestellt werde. Hinzu komme, daß es an jeder rechtlichen Vereinbarung mit der Stadt München fehle und die Fakultät daher weder auf die Vorlesungen noch auf die Auswahl der zu der Vorlesung benötigten wissenschaftlichen Mitarbeiter und sonstigen Hilfskräfte Einfluß nehmen könne. Bei einem derartigen vertraglosen Zustand seien Schwierigkeiten, insbesondere auch hinsichtlich der Haftungsfragen, nicht ausgeschlossen. Wenn Kurse in nicht zur Universität gehörenden Krankenanstalten abgehalten würden — und zwar nach Behauptung des Klägers gleichfalls ohne jede rechtliche Vereinbarung —, sei das mit der vom Kläger angekündigten Hauptvorlesung nicht zu vergleichen. In der Bevorzugung des Lehrstuhlinhabers gegenüber dem hauptberuflich als ärztlicher Leiter eines Krankenhauses und Chefarzt einer Abteilung tätigen Kläger sei auch keine Verletzung des Gleichheitssatzes zu erblicken. Dasselbe gelte, wenn für die zweite chirurgische Pflichtvorlesung Dozenten herangezogen würden, die der Medizinischen Fakultät durch ihren Hauptberuf näherstünden als der Kläger. Würde zum Inhalt der Lehrfreiheit die Befugnis jedes Habilitierten gehören, Pflichtvorlesungen zu halten und Bescheinigungen darüber auszustellen, dann könne die Medizinische Fakultät, der die Ausbildung der Medizinstudenten aufgetragen sei, kaum mehr die rechtsstaatliche Ordnung gewährleisten.

Der Kläger hat Revision eingelegt und Verletzung des formellen materiellen Rechts, insbesondere des Grundsatzes der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung und der Gewaltenteilung, ferner des Gleichheitssatzes des Art. 5 Abs. 3, Art. 12 Abs. 1 GG und der §§ 4 und 40 BestO sowie auch des Verfahrensrechts gerügt. Er ist der Ansicht, daß der Inhaber eines Lehrstuhls an der Universität und die mit der Abhaltung von Pflichtvorlesungen betrauten Dozenten ohne rechtliche Grundlage besser als er behandelt würden. Das Berufungsgericht habe für diese unterschiedliche Behandlung keine Rechtsnorm angeben können, und insbesondere fehle es auch an einer Rechtsgrundlage für eine Ermessensentscheidung der Medizinischen Fakultät. Das Berufungsgericht habe sich darauf beschränkt, ohne Beweisaufnahme auf eine Übung oder ein Herkommen hinzuweisen, wonach der Lehrstuhlinhaber die Pflichtvorlesungen selbst halte oder durch andere Hochschullehrer halten lasse. Darin liege ein Verstoß gegen die Aufklärungspflicht und gegen den Grundsatz des rechtlichen Gehörs. Das Gericht hätte ihn darauf hinweisen müssen, wenn es dahin gehendes Vorbringen der Beklagten für erheblich gehalten habe. Jedoch sei es nicht so weit gegangen, ein dahin gehendes Gewohnheitsrecht festzustellen. Außer auf Art. 5 Abs. 3 GG komme es für die rechtliche Beurteilung auf die Regelung in der Satzung der beklagten Universität und der Medizinischen Fakultät an. In beiden Satzungen sei bestimmt, daß die außerplanmäßigen Professoren und Privatdozenten ihre Vorlesungen „nach Fühlungnahme mit dem Fachvertreter“ ankündigten. Wie ergänzend aus § 15 Abs. 3 der Fakultätssatzung hervorgehe, hätten die Dozenten ihre Vorlesungsankündigungen über den Fachvertreter an den Dekan zu übersenden. Weitergehende Befugnisse ständen der Fakultät nicht zu, zumal die Satzungen der staatlichen Genehmigung bedürften. Das Recht der Universität auf Selbstverwaltung richte sich gegen den Staat und be-

schränke sich auf eine Regelung des Vorlesungsbetriebes, während die Lehrtätigkeit selbst nicht gelenkt werden könne. Das Berufungsgericht habe auch nicht zwischen der Autonomie der Universität und der Fakultät unterschieden und verschiedentlich sogar auf eine Berechtigung des Lehrstuhlinhabers, die Vorlesung zu halten oder halten zu lassen, abgestellt. Die Ausübung der Lehrfreiheit könne jedoch nicht von der Entscheidung des Inhabers eines Lehrstuhls abhängig gemacht werden. Der Hinweis auf das staatliche Prüfungswesen dürfe nicht dazu führen, die Lehrfreiheit anzutasten. Beschränkungen in der Ankündigung der Vorlesung würden dazu führen, daß die Berechtigung zum Abhalten der betreffenden Vorlesung ihre Bedeutung verlieren würde. Die Studierenden würden bei zwei gleichartigen Vorlesungen, die nebeneinander gehalten würden, schon aus zeitlichen und wirtschaftlichen Gründen sich darauf beschränken, die Vorlesung zu besuchen, die als Pflichtvorlesung angekündigt und als testat- und scheinpflichtig gekennzeichnet sei. Die akademische Selbstverwaltung sei darauf beschränkt, die äußeren Voraussetzungen für die wissenschaftliche Entwicklung zu schaffen. Bei der Beurteilung der Frage, ob Pflichtvorlesungen in Konkurrenz mit dem Inhaber des Lehrstuhls abgehalten werden dürften, müsse auch berücksichtigt werden, daß bei der gegenwärtigen Überfüllung der Hochschule die gleiche Vorlesung „Chirurgische Klinik“ drei weitere Mitglieder der Fakultät gelesen hätten. Daher sei es willkürlich und mit dem Gleichheitssatz nicht vereinbar, ihm die Abhaltung dieser Vorlesung nicht zu gestatten. Weiterhin hätte bei der Beurteilung der Frage, ob die Vorlesung in dem von ihm geleiteten Krankenhaus abgehalten werden dürfe, auch berücksichtigt werden müssen, daß eine größere Anzahl von Pflichtvorlesungen in Krankenanstalten, die nicht zu der Universität gehörten, gelesen würden.

Der Kläger beantragt,
unter Abänderung des angefochtenen Urteils nach seinen Schlussanträgen in der Berufungsinstanz zu erkennen,
hilfsweise,
das angefochtene Urteil aufzuheben und die Sache zur anderweitigen Verhandlung und Entscheidung zurückzuverweisen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision des Klägers zurückzuweisen.

Die Beklagte tritt den Ausführungen des Klägers entgegen und meint, daß dieser insbesondere aus den §§ 4 und 40 BestO keine Rechte für sich herleiten könne und daß auch keine Vorschriften des Grundgesetzes verletzt seien. Der Kläger werde nicht in seiner Lehrfreiheit beschränkt und auch insbesondere nicht daran gehindert, seine Lehrveranstaltungen nach Thema und Inhalt frei wählen und abhalten zu können. Das Grundrecht der Lehrfreiheit stehe mit dem § 50 Abs. 2 der Universitätssatzung sowie dem § 15 der Satzung der Medizinischen Fakultät in engem Zusammenhang. Die Form der Ankündigung der Lehrveranstaltungen unterliege der Anordnungsbefugnis der Beklagten. Der Kläger verkenne auch die Bedeutung des Sterns, mit dem ein Teil der Vorlesungen gekennzeichnet werde. Darin sei lediglich ein Hinweis des Prüfungsausschusses für die Studierenden zu erblicken, welche Vorlesungen und Praktika besucht werden müßten, um zur staatlichen Prüfung zugelassen zu werden.

Kein Hochschullehrer habe einen Anspruch darauf, daß seine Vorlesung vom staatlichen Prüfungsausschuß als Prüfungsvoraussetzung anerkannt werde. Die Universität werde lediglich dadurch berührt, daß sie sich auf Grund ihrer Fürsorgepflicht für die Studierenden für verpflichtet ansehe, im Vorlesungsverzeichnis entsprechende Hinweise den Studierenden zu geben. Darin, daß der Vorlesung des Klägers die Kennzeichnung mit einem Stern nicht zuerkannt werde, könne eine Aushöhlung des Grundrechts der Lehrfreiheit nicht erblickt werden. Die Vorlesungsgebiete zahlreicher Hochschullehrer seien nicht Prüfungsgegenstand, ohne daß darin eine Beschränkung der Lehrfreiheit liege.

Auch der Gleichheitssatz sei nicht verletzt. Der Lehrstuhlinhaber übe seine Lehr- und Forschungstätigkeit hauptberuflich aus. Die Pflichten, die ihm auferlegt seien, gingen über diejenigen der anderen Dozenten hinaus. Im Bereich der Medizinischen Fakultät sei der Lehrstuhlinhaber in der Regel auch der Leiter der Universitätsklinik. Soweit Dozenten, die nicht Inhaber eines Lehrstuhls seien, Haupt- und Pflichtvorlesungen abgehalten hätten, sei dies mit ausdrücklicher Billigung des betreffenden Lehrstuhlinhabers geschehen, der die Möglichkeit haben müsse, seine Haupt- oder Pflichtvorlesung unter voller wissenschaftlicher eigener Deckung durch einen anderen akademischen Lehrer abhalten zu lassen. Der Kläger trage die Beweislast dafür, daß er in seinen subjektiv-öffentlichen Rechten zu Unrecht beeinträchtigt werde. Seine Ansicht, daß das Berufungsgericht nicht eine Rechtsnorm habe anführen können, die die Befugnis der Beklagten, zwischen den verschiedenen Gruppen von Vorlesungen zu unterscheiden, begründen könne, treffe nicht zu. Das Berufungsgericht habe auf das Selbstverwaltungsrecht der Beklagten hingewiesen. Das Recht, den Vorlesungsbetrieb zu ordnen, ergebe sich aus § 14 der Fakultätsatzung. Ergänzend sei § 38 der Universitätssatzung heranzuziehen, wonach die Fakultäten für ihren Bereich für die Pflege der Wissenschaft in Forschung und Lehre zu sorgen hätten.

Der Oberbundesanwalt hat sich unter Hinweis auf § 40 BestO dem Standpunkt des Klägers angeschlossen.

II.

Die Revision ist begründet.

Für die rechtliche Beurteilung ist davon auszugehen, daß dem Kläger als Mitglied der Medizinischen Fakultät der beklagten Universität das Recht zusteht, die Vorlesung „Chirurgische Klinik“ zu halten. Die Medizinische Fakultät hat ausdrücklich erklärt, daß sie diese Berechtigung dem Kläger nicht bestreiten wolle. Nach den insoweit für das Bundesverwaltungsgericht gemäß § 137 VwGO bindenden Feststellungen des Berufungsgerichts stehen landesrechtliche Vorschriften dieser Berechtigung des Klägers nicht entgegen. Es bedarf daher keiner Erörterung, ob entgegenstehende Vorschriften mit Rücksicht auf das Grundrecht des Art. 5 Abs. 3 GG verfassungswidrig wären. Im Mittelpunkt des Rechtsstreits steht allein die Frage, ob der Kläger die Vorlesung „Chirurgische Klinik“ als „Haupt- und Pflichtvorlesung“ im Hörsaal des Städtischen Krankenhauses, dessen ärztlicher Leiter er ist, abhalten und über den Besuch dieser Vorlesung den vorschriftsmäßigen Praktikantenscheinen erteilen kann sowie ob diese Vorlesung ihrem wissenschaftlichen Gehalt nach als „Haupt- und Pflichtvorlesung“ im Vorlesungsverzeichnis zu veröffentlichen und mit einem Stern als „scheinpflichtig“ zu kennzeichnen ist. Das Berufungsgericht hat festgestellt, daß geschriebene Rechtssätze, die dem Landesrecht angehören und für den vorliegenden Rechtsstreit maßgeblich sein könnten, fehlen und daß die ablehnende Einstellung der Medizinischen Fakultät gegenüber den Wünschen des Klägers sich in dem Rahmen des Herkommens halte, wonach der Lehrstuhlinhaber immer und überall berechtigt sei, die Pflichtvorlesungen selber abzuhalten oder durch andere Dozenten abhalten zu lassen, und daß die Medizinische Fakultät berechtigt sei, den Vorlesungsbetrieb zu ordnen.

Die hochschulrechtliche Lage ist somit dadurch gekennzeichnet, daß der Kläger als Mitglied der Medizinischen Fakultät berechtigt ist, ohne Zustimmung des Lehrstuhlinhabers die gleiche Vorlesung in Konkurrenz mit ihm zu lesen. In diesem Sinne hat bereits Max Weber in seiner Rede über „Wissenschaft als Beruf“ im Jahre 1918 (4. Aufl. 1959 S. 6) die Rechtslage geschildert. Er hat allerdings zur damaligen Lage an den Hochschulen ergänzend bemerkt, daß es als unangehörige Rücksichtslosigkeit gegenüber den älteren vorhandenen Dozenten gelte, wenn der Privatdozent von seinem Recht, jede Vorlesung seines Faches zu lesen, Gebrauch mache und daß er sich in der Regel mit Nebenvorlesungen begnüge. Nach dem hier maß-



Wiedererlernen des Schlafens

Einschlafstörungen

Durchschlafstörungen

Prä- und Postmedikation bei operativen Eingriffen

Kombinationsbehandlung

5-Vinyl-5-(1-methylbutyl)-barbitursäure

BYK-GULDEN-LOMBERG · GMBH · KONSTANZ

Speda[®]



geblichen Universitätsrecht hat der Dozent zwar mit dem Lehrstuhlinhaber Fühlung aufzunehmen. Daraus ergibt sich jedoch, wie das Berufungsgericht auch unter Berücksichtigung des Universitätsrechts in einer für das Revisionsgericht gemäß § 137 VwGO bindenden Weise festgestellt hat, lediglich, daß eine Koordinierung der Vorlesungen durch die Einschaltung des Fachvertreters ermöglicht werden soll. Die Bezeichnung einer Vorlesung als „Haupt- und Pflichtvorlesung“ und ihre Kennzeichnung als scheinpflichtig im Vorlesungsverzeichnis betrifft nicht den internen Wissenschaftsbetrieb an der Hochschule, sondern steht in näherem Zusammenhang mit dem staatlichen Prüfungswesen. Der Universität fällt außer der Aufgabe der Forschung vor allem eine Ausbildungsaufgabe zu. Zahlreiche Universitäten sind vom Staat mit dem Ziele geschaffen oder umgeformt worden, um Ausbildungsstätten für bestimmte Berufsgruppen zu schaffen (vgl. u. a. die Zusammenstellung bei Schelsky, „Einsamkeit und Freiheit, Idee und Gestalt der deutschen Universität und ihrer Reformen“, 1963, S. 17). Es ist Aufgabe des Staates, mittels der Prüfungsvorschriften die Voraussetzungen festzulegen, die an eine Qualifikation für bestimmte Berufe gestellt werden. Bei einer Veränderung dieser Anforderungen ist es die Pflicht des Staates, durch die Schaffung entsprechender Planstellen dafür Sorge zu tragen, daß die Hochschulen den veränderten Ausbildungsaufgaben nachkommen können. In der Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. September 1953 (BGBl. I. S. 1334) — BestO — sind im einzelnen die Anforderungen festgelegt, die an die wissenschaftliche und praktische Ausbildung des Arztes zu stellen sind (vgl. § 4 BestO). Im § 40 BestO sind die Vorlesungen und Kurse zusammengestellt, deren Besuch der Kandidat bei der Meldung zur Prüfung nachzuweisen hat. Bei der Medizinischen Fakultät der beklagten Universität besteht der Brauch, durch entsprechende Mitteilung der Vorlesungen und ihre Kennzeichnung mit einem Stern die Studierenden darauf hinzuweisen, der Besuch welcher Vorlesungen und Kurse erforderlich ist, damit die Meldung zur ärztlichen Prüfung nicht beanstandet wird. Das Vorlesungsverzeichnis ist seinem Wesen nach dazu bestimmt, das wissenschaftliche Leben an der Hochschule für das Semester nach außen sichtbar zu machen. Dies geschieht insbesondere durch die Zusammenstellung der Vorlesungen, die an der Universität in dem Semester abgehalten werden, und ermöglicht dadurch den Studierenden eine Übersicht, von der sie bei der Gestaltung ihres Studienganges ausgehen können. Wenn in dem Vorlesungsverzeichnis ein besonderer Hinweis auf die Vorlesungen und Kurse aufgenommen wird, deren Besuch nach der staatlichen Prüfungsordnung erforderlich ist, so kommt derartigen Vermerken lediglich pädagogische Bedeutung zu. Für die Zulassung zur staatlichen Prüfung ist es ohne Bedeutung, ob die Vorlesung oder der Kursus gekennzeichnet war. Nach § 40 Abs. 2 BestO wird der Nachweis über den Besuch der Vorlesungen durch die Studienbücher sowie über den Besuch der Kliniken und die Teilnahme an den Kursen durch Zeugnisse geführt, die die ärztlichen Leiter der Kliniken, Krankenhäuser und Institute auszustellen haben. Das staatliche Prüfungsrecht enthält keine Vorschrift, daß nur Vorlesungen oder Kurse, die Lehrstuhlinhaber abgehalten haben, zum Nachweis gegenüber dem staatlichen Prüfungsausschuß genügen. Die Zulassung wird nur davon abhängig gemacht, ob die betreffenden Vorlesungen und Kurse unter der Verantwortung der Universität gehalten und von dem Kandidaten besucht worden sind. Ist dies der Fall, so hat der staatliche Prüfungsausschuß auf Grund des in der Bestallungsordnung niedergelegten Prüfungsrechts diese Ausbildung als den Prüfungsbestimmungen entsprechend anzuerkennen. Daraus folgt auch, daß die Rechte eines Lehrstuhlinhabers nicht durch die Kennzeichnung der Vorlesungen anderer Dozenten berührt werden können, denn diese verfolgt lediglich einen beschränkten pädagogischen Zweck. Für die Zulassung zur staatlichen Prüfung ist es ohne Bedeutung, ob der Lehrstuhlinhaber oder ein anderer Dozent die Vorlesung abgehalten hat, wenn nur die Voraussetzung

erfüllt ist, daß die Vorlesung unter der Verantwortung der Universität gehalten worden ist. Daher stellt es eine Verletzung des Gleichheitssatzes dar, wenn bei den Vorlesungen des Klägers der entsprechende Hinweis unterlassen wird, obwohl die Vorlesung ihrem sachlichen Gehalt und ihrer Bedeutung für die Zulassung zur staatlichen Prüfung nach derjenigen eines Lehrstuhlinhabers gleichwertig ist. Dafür, daß lediglich der Lehrstuhlinhaber oder von ihm beauftragte Dozenten Vorlesungen abhalten dürften, die im Vorlesungsverzeichnis in der erwähnten Weise gekennzeichnet werden und die für die Zulassung zur staatlichen Prüfung vorgeschriebenen Bescheinigungen auszustellen berechtigt sind, fehlt es somit an jeder Rechtsgrundlage.

Der beklagten Universität ist allerdings zuzugeben, daß im Rahmen der Ausbildungsaufgabe, die der Hochschule und für den einzelnen wissenschaftlichen Bereich der Fakultät zukommt, die letztere nicht nur auf eine rein mechanische Zusammenstellung der angekündigten Vorlesungen beschränkt sein kann. Mit Recht ist von der beklagten Universität darauf hingewiesen worden, daß die Koordinierungsaufgaben der Fakultät, als deren Organ die engere Fakultät tätig wird, über die mechanische Zusammenstellung der Vorlesung hinausgehen. Die der Hochschule obliegende Ausbildungsaufgabe erfordert es, insbesondere zu prüfen, ob in dem Vorlesungsplan wesentliche Lücken bestehen, die der Ausfüllung bedürfen. Weiterhin muß sie auf eine zeitliche und räumliche Koordinierung bedacht sein. Es wäre mit dem Universitätsbetrieb nicht vereinbar, wenn eine Reihe von Dozenten die gleiche Hauptvorlesung für dieselbe Stunde ankündigen und unter Berufung auf den Gleichheitssatz oder den Grundsatz der Lehrfreiheit entsprechend große Vorlesungsräume in Gebäuden der Universität für sich beanspruchen würden. Aus diesem besonderen Rechtsverhältnis des Hochschullehrers können sich insoweit Beschränkungen ergeben. Diesem Gesichtspunkt kommt hier jedoch keine entscheidungserhebliche Bedeutung zu. Die beklagte Universität hat selbst nicht dafür vorgetragen, daß derartige Schwierigkeiten bestehen. In Anbetracht der Überfüllung der Hochschule und der Tatsache, daß der Kläger die Vorlesung in einem hierfür geeigneten Raum des von ihm geleiteten Krankenhauses abhalten will, steht auch nicht zu erwarten, daß solche Schwierigkeiten bestehen. Zu Unrecht hat die Beklagte weiterhin auf die Bedenken hingewiesen, die sich daraus ergeben könnten, daß die Vorlesung in Räumen abgehalten wird, die nicht der Verwaltung der Hochschule unterliegen. Ob in besonderen Fällen solchen Bedenken rechtliche Bedeutung zukommen könnte, kann dahingestellt bleiben. Die Beklagte hat nicht bestreiten können, daß eine große Anzahl von Vorlesungen und Kursen in Gebäuden abgehalten wird, die nicht ihrer Verwaltung unterliegen. Es ist auch von alters her an der Universität gebräuchlich, daß Hochschulleiter einzelne Vorlesungen außerhalb des Universitätsgebäudes abhalten. § 40 BestO steht dieser Übung nicht entgegen. In dieser Vorschrift ist ganz allgemein von Kliniken, Polikliniken, Krankenhäusern und Instituten die Rede, nicht nur von Universitätskliniken und -instituten. Die Beklagte hätte deshalb besondere Gründe anführen müssen, die der Abhaltung der Vorlesung in dem vom Kläger hierfür vorgesehenen Raum entgegenstehen könnten. Dies hat sie jedoch nicht getan. Da sich somit auch aus dem besonderen Rechtsverhältnis des Hochschullehrers rechtliche Bedenken nicht herleiten lassen, mußte die Revision Erfolg haben und unter Aufhebung der Urteile des ersten und zweiten Rechtszuges der Klage stattgegeben werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 154 Abs. 2 VwGO.

Witten Dr. Boerckel Dr. Riltgen Reimer
Dr. Mühl

Beschluß

Der Wert des Streitgegenstandes wird für das Revisionsverfahren auf 10 000 DM festgesetzt.

Witten Dr. Riltgen Dr. Mühl

AUS DEM STANDESLEBEN

Der 68. Deutsche Ärztetag in Berlin

Vom 21. bis 28. Mai 1965 fand in Berlin der 68. Deutsche Ärztetag statt. Er wurde — zugleich mit dem 14. Deutschen Kongreß für ärztliche Fortbildung — mit einer öffentlichen Kundgebung am 21. Mai eröffnet, zu der die politischen Parteien eingeladen worden waren. Durch ihre Sprecher sollten sie in der Beantwortung von bestimmten Fragen die gesundheitspolitischen Auffassungen der Parteien darlegen. Die Fragen bezogen sich auf folgende Sachgebiete:

Vorbeugende Gesundheitspflege

Erhaltung eines sittlich hochstehenden Ärztestandes
Mangel an aktiven Sanitätsoffizieren

Der Arzt im System der Sozialen Sicherung
Steuerfragen

Aufgabe und Stellung des Arztes im Krankenhaus

Für die CDU sprach der Geschäftsführende Vorsitzende, Staatsminister a. D. Josef Hermann DUFHUES. Er führte dabei unter anderem aus: „So großartig die Erfolge der behandelnden Medizin sind: die Zukunft gehört zweifellos der vorbeugenden Gesundheitspflege. Wir bejahen deshalb den Ausbau der gesundheitlichen Vorsorge, und wir haben dieser Erkenntnis schon durch einige Gesetze und Gesetzesvorlagen Rechnung getragen. Im Augenblick befassen wir uns mit dem Schutz der werdenden Mutter, des neugeborenen Kindes und des jungen Kindes. Wir sind der Auffassung, daß die vorbeugende Gesundheitspflege in den Bereich der Beziehungen von Patient und Arzt gehört, in dem der Patient sich den Arzt seines Vertrauens selbst aussucht. Eine vorbeugende Gesundheitspflege, die nicht von der engen Verbundenheit des Arztes mit seinem Patienten ausgeht, ist in ihrer Wirkungsmöglichkeit von vornherein stark eingeschränkt. Wir sind der Meinung, daß die vorbeugende Gesundheitspflege eine wichtige Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung werden soll.“

Die Schweigepflicht sei Voraussetzung für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient; sie müsse auch in der sozialen Krankenversicherung gelten. Eine Behandlungs- und Verordnungsfreiheit müsse ermöglichen, daß der Arzt tun könne, was ihm sein ärztliches Gewissen im Einzelfall vorschreibt. Die CDU werde sich nachdrücklich dafür einsetzen, daß bald eine endgültige und „den Vorstellungen der Ärzteschaft entsprechende“ moderne Gebührenordnung geschaffen werde. Die ärztliche Selbstverwaltung gehöre zu den CDU-Prinzipien der Subsidiarität.

Für die FDP sprach der stellvertretende Bundesvorsitzende, Bundesminister a. D. Dr. Ewald BUCHER. Er betonte, daß auch die vorbeugende Medizin in der Hand des vom Patienten gewählten Arztes bleiben müsse. Die Gesundheitsvorsorge müsse im Grundsatz vom einzelnen selbst getragen werden, sei es direkt, sei es über seinen Beitrag zur Krankenversicherung. Staatshilfe sei nur in besonders begründeten Fällen angebracht. Die

Stärkung der Selbstverwaltung werde von der FDP bejaht. Der Mangel an Sanitätsoffizieren könne nicht dadurch behoben werden, daß Zivilärzte jeden Alters zum Militärdienst herangezogen werden. Ambulante Behandlung sei Aufgabe der freiberuflich tätigen Ärzte und gehöre nicht in die Krankenhäuser. Eine Individualisierung des Krankenversicherungsrechtes könne durch eine vertretbare Kostenbeteiligung der Versicherten erreicht werden. Die notwendige Zahl von Krankenhausärzten könne nur durch einen Strukturwandel, durch den mehr Lebensstellungen unter Berücksichtigung der finanziellen Möglichkeiten in der freien Praxis geschaffen werden, erfolgen.

Für die SPD sprach der stellvertretende Vorsitzende, Herr Fritz ERLER. Er betonte, daß gesundheitliche Vorsorgemaßnahmen eine alte Forderung seiner Partei seien. Ihr Schwerpunkt müsse beim freipraktizierenden Arzt liegen. Die Eigenständigkeit des ärztlichen Berufes und die damit verbundene Berufsgerichtsbarkeit werde von der SPD bejaht. Die ärztliche Versorgung der Zivilbevölkerung und der Bundeswehr müßten besonders in unserem Land als zusammenhängende Probleme behandelt werden. Die ambulante ärztliche Versorgung sei Aufgabe der freiberuflich tätigen Ärzte. Die ärztliche Schweigepflicht müsse sichergestellt, eine optimale Behandlungsmöglichkeit gegeben und eine leistungsgerechte Honorierung gewährleistet sein. Auch der Arzt im Krankenhaus müsse die der Bedeutung seiner Tätigkeit entsprechende Stellung erhalten. Die zukünftigen Aufgaben in der Gesundheitspolitik könnten nur gemeinsam mit der Ärzteschaft gelöst werden.

Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft für Irma Blohm MdB und Peter Mandt

Der Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Dr. med. Ernst FROMM, verlieh zu Beginn der Plenarsitzungen des 68. Deutschen Ärztetages am 24. Mai 1965 das Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft an die Bundestagsabgeordnete Frau Irma BLOHM, Hamburg, und an den Leiter des Bonner Büros der Bundesärztekammer und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Peter MANDT, Bad Godesberg.

Paracelsus-Medaille für verdiente Ärzte

Die auf dem 55. Deutschen Ärztetag 1952 gestiftete Paracelsus-Medaille wurde auf dem 68. Deutschen Ärztetag in Berlin an

Frau Dr. med. Elinor HUBERT, MdB,
Neuhaus (Solling),

Professor Dr. med. Dr. phil. Werner KOLL,
Göttingen,

Dr. med. Fritz NEUENZEIT, Werl/Westfalen,

Dr. med. Bernhard VILLINGER, Freiburg/Breisgau, verliehen.

Beschlüsse des 68. Deutschen Ärztetages

Einführung einer Zusatzbezeichnung „Arbeitsmedizin“

„Nach § 36 der Berufsordnung für die deutschen Ärzte ist ein neuer § 36 a einzufügen.

I. Ärzten, die auf dem Gebiete der Arbeitsmedizin tätig sind, ist es nach Genehmigung durch die Ärztekammer gestattet, die Zusatzbezeichnung ‚Arbeitsmedizin‘ zu führen, wenn nachfolgende Voraussetzungen gegeben sind:

1. die Teilnahme an einem dreimonatigen theoretischen Kurs über Arbeitsmedizin, der in höchstens drei Abschnitte geteilt werden darf,
2. zwölf Monate klinische oder poliklinische Tätigkeit auf dem Gebiet der inneren Medizin,
3. neun Monate praktische Tätigkeit bei einem von der Ärztekammer ermächtigten hauptberuflichen Werksarzt, einem Gewerbearzt, einem arbeitsmedizinischen Universitätsinstitut, im ärztlichen Dienst der Arbeitsverwaltung oder in einer anderen von der Ärztekammer ermächtigten Einrichtung.

Ärzten, die bei Inkrafttreten dieser Bestimmungen hauptberuflich

als Werksarzt
als Gewerbearzt
an einem arbeitsmedizinischen oder
arbeitsphysiologischen Institut oder
im ärztlichen Dienst der Arbeitsverwaltung

tätig sind, kann die Ärztekammer auf Antrag die Führung der Zusatzbezeichnung ‚Arbeitsmedizin‘ genehmigen, nachdem eine Tätigkeit von insgesamt drei Jahren in den genannten Tätigkeitsbereichen nachgewiesen ist.

Ärzten, die bei Inkrafttreten dieser Bestimmungen nebenberuflich als Werksarzt tätig sind, kann die Ärztekammer die Führung der Zusatzbezeichnung ‚Arbeitsmedizin‘ bei Nachweis einer fünfjährigen Tätigkeit als nebenberuflicher Werksarzt genehmigen.

II. Die Führung der Zusatzbezeichnung ist im Rahmen des § 36 (Schilderordnung) und des § 38 (Briefköpfe usw.) dem Arzt nur gestattet während der Ausübung und an der Stelle seiner arbeitsmedizinischen Tätigkeit.“

Steuerliche Behandlung der berufsständischen Alters- und Hinterbliebenenversorgungseinrichtungen

„Seit Jahren bemüht sich die Ärzteschaft zusammen mit anderen freien Berufen darum, daß die auf gesetzlicher Grundlage errichteten obligatorischen Alters- und Hinterbliebenenversorgungseinrichtungen der Ärzte wie der anderen freien Berufe den Trägern der gesetzlichen Rentenversicherung auf steuerlichem Gebiet gleichgestellt werden. Ein erster Schritt dazu war das Steueranpassungsgesetz 1961, das diese Einrichtungen von der Vermögensteuer befreite.

Der Deutsche Ärztetag hat mit Befriedigung davon Kenntnis genommen, daß der Bundestag durch das Steueränderungsgesetz 1965 die berufsständischen Versorgungseinrichtungen nunmehr, allerdings zunächst nur dem Grunde nach, auch von der Körperschaftsteuer freigestellt hat. Leider tritt diese Befreiung aber nur dann ein, wenn die Satzung der Versorgungseinrichtung keine höheren Beiträge vorsieht, als sie zur Pflichtversicherung und Höherversicherung nach der Reichsversicherungsordnung an die gesetzliche Rentenversicherung zulässig sind.

Durch diese Einschränkung bleiben aber die Versorgungseinrichtungen der freien Berufe nach wie vor gegenüber der gesetzlichen Rentenversicherung benachteiligt: Nach versicherungstechnischen Grundsätzen müssen die Angehörigen der freien Berufe angesichts ihrer langen Ausbildungszeiten in einem wesentlich kürzeren Zeitraum weit höhere Beiträge für ihre Versorgung aufbringen, als das bei den Versicherten in der gesetzlichen Rentenversicherung in der Regel notwendig ist. Unberücksichtigt geblieben ist auch, daß die berufsständischen Versorgungseinrichtungen im Gegensatz zur gesetzlichen Rentenversicherung keinerlei staatliche Zuschüsse erhalten.

Der 68. Deutsche Ärztetag begrüßt die bei der Verabschiedung des Steueränderungsgesetzes 1965 von Bundestag und Bundesrat gefaßten Entschlüsse, in denen die Bundesregierung ersucht wird, die Körperschaftsteuerbefreiung von öffentlich-rechtlichen Versicherungs- und Versorgungseinrichtungen von Berufsgruppen erneut zu prüfen und deren Verbesserung vorzuschlagen, und erwartet, daß die Bundesregierung diesem Auftrage unserer gesetzgebenden Körperschaften ohne Verzug nachkommt.“

Zur Verordnung von Arzneimitteln

„Ausgehend von den durch Prof. Dr. Kreienberg über die Verordnung von Arzneimitteln als ärztliche Aufgabe dem 68. Deutschen Ärztetag vorgetragenen Anregungen beschloß der Deutsche Ärztetag, sich um möglichst einheitlich genormte Verpackungsgößen (Abpackungsmengen) von Arzneimitteln zu bemühen. Weiter empfahl er, Arzneimittelampullen durch je nach ihrer Anwendungsart unterschiedliche Farben möglichst unverwechselbar zu kennzeichnen. Die Empfehlung geht davon aus, daß Art und Größe der Verpackung von Arzneimitteln für die ärztliche Tätigkeit von nicht unerheblicher Bedeutung sind; sie soll deshalb sowohl der zielbewußten Therapie wie auch der verbesserten Sicherung bei der Anwendung von Arzneimitteln dienen.“

„Der Deutsche Ärztetag empfiehlt der Arzneimittelkommission, der Ärzteschaft Informationen zur Verfügung zu stellen über die Behandlung von toxischer Nebenwirkung oder Überdosierung von Arzneimitteln bei Kindern.

Zugleich richtet er einen Appell an die Öffentlichkeit, Arzneimittel sorgfältig aufzubewahren, damit sie nicht in Kinderhand fallen.“

„Der Deutsche Ärztetag bittet alle bei der Prüfung der Arzneiverordnung in den Kassenärztlichen Vereinigungen tätigen Kollegen, die im Referat von Prof. Kreienberg enthaltenen Grundsätze voll zum Tragen zu bringen und so die bestmögliche Arzneiversorgung der versicherten Bevölkerung durch die Kassenärzte zu gewährleisten.“

„Der Deutsche Ärztetag unterstützt die Forderung der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft, die im Arzneimittelgesetz vorgeschriebene Verwendung einer ‚gebräuchlichen Nomenklatur‘ bei der Deklaration der Zusammensetzung von Arzneimitteln in einheitlicher Weise — d. h. ein bestimmter Arzneistoff darf nicht durch verschiedene Namen bezeichnet werden — zu handhaben.“

Vorbeugende Gesundheitspflege

„Die moderne Medizin ermöglicht es in zunehmendem Umfange, der Entstehung oder Verschlimmerung von Krankheiten vorzubeugen. Diese Möglichkeiten müssen der gesamten Bevölkerung durch allgemeine

Vorsorgeuntersuchungen unter Wahrung des Grundsatzes der freien Arztwahl bei Mitwirkung der gesamten Ärzteschaft zugute kommen. Der Deutsche Ärztetag wiederholt daher seine dringende Empfehlung, dafür unverzüglich die notwendigen gesetzlichen und wirtschaftlichen Voraussetzungen zu schaffen.

Wie notwendig allgemeine Vorsorgeuntersuchungen, die sich auf den gesamten Gesundheitszustand erstrecken sollten, sind, läßt sich aus den Ergebnissen einer im Winter 1964/65 durchgeführten umfassenden Sonderaktion der deutschen Ärzteschaft zur Früherkennung des Diabetes ableiten. Diese Aktion wurde ausgelöst u. a. durch die Annahme von Fachleuten, nach welcher der Diabetes in Deutschland in den letzten 20 Jahren auf fast das Zehnfache angestiegen ist. Zur Zeit sind rd. 550 000 Diabetiker in der Bundesrepublik bekannt. Darüber hinaus vermutet man mit hoher Wahrscheinlichkeit weitere 400 000 Diabetes- oder Prädiabeteserkrankungen, die aber mangels Beschwerden bisher nicht im einzelnen bekannt und in ärztlicher Behandlung sind. Speziell in diesem Sonderbereich zusätzlich durchgeführte Untersuchungen, an denen etwa 25 000 Ärzte mitwirkten, ergaben bei über 1,5 Millionen Untersuchungen fast 27 000 neuentdeckte Diabetesfälle, obgleich die angewandte, nicht umfassende Untersuchungsmethode in ihren Erfolgsaussichten von vornherein begrenzt war.

Der zahlenmäßige Umfang und die Zunahme dieser einen, vorwiegend in höherem Lebensalter auftretenden Erkrankung unterstreicht die Notwendigkeit periodisch wiederholter allgemeiner Gesundheitsuntersuchungen, besonders für höhere Lebensaltersgruppen. Erst spät erkannte unbehandelte Krankheiten und Leiden mindern für jeden Betroffenen Wohlbefinden, Leistungsfähigkeit und Lebenserwartung. Auch in wirtschaftlicher Hinsicht schädigen sie den einzelnen wie die Gesamtheit. Im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsvorsorge wird die Lösung eines Sonderproblems immer dringlicher: Das ist die Bekämpfung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit.

Der Ärztetag weist erneut darauf hin, daß die Mütter- und Säuglingssterblichkeit auch in unserem Lande durch geeignete Maßnahmen noch weiter herabgesetzt und jährlich Tausende von Menschenleben gerettet oder vor körperlichem oder geistigem Siechtum bewahrt werden könnten. Dazu ist es notwendig, daß sich alle Schwangeren ständig während der Schwangerschaft ärztlich untersuchen und beraten lassen. Darüber hinaus sollten bei den Eltern des zu erwartenden Kindes zur Bekämpfung der Neugeborenen-Erythroblastose Blutuntersuchungen zur Feststellung des Rhesusfaktors und etwaiger Antikörper sowie gegebenenfalls weitere serologische Untersuchungen durchgeführt werden. Vorsorgeuntersuchungen dieser Art sollten durch geeignete arbeits- und sozialrechtliche Schutzmaßnahmen ergänzt werden.

Für alle Neugeborenen empfiehlt der Deutsche Ärztetag eingehende Untersuchungen in den ersten Lebenstagen nach der Geburt, um vor allem angeborene oder durch die Geburt entstandene Krankheiten und Leiden frühzeitig erkennen und behandeln zu können. Dadurch würde es in vielen Fällen möglich sein, in den ersten Lebensabschnitten notwendig werdende Behandlungen zur Behebung oder Linderung dieser Krankheiten einzuleiten.

Gründliche und systematische Untersuchungen aller Kinder im Kleinkindesalter sind geeignet, nicht nur den richtigen Zeitpunkt für den Beginn des Schulbesuchs besser als bisher zu beurteilen, sondern auch erworbene Krankheiten, Leiden und körperliche Mängel festzustellen. Dadurch würde es nicht nur möglich, geeignete Behandlungsmaßnahmen einzuleiten, sondern auch die individuelle körperliche und geistige Leistungsfähigkeit der Kinder besser zu berücksichtigen. Die Leistungsfähigkeit der Kinder könnte allein dadurch wesentlich verbessert werden, daß Aufmerksamkeit und Beteiligung am Unterricht durch Berücksichtigung und, soweit wie möglich, durch Behebung von Störungen des Seh- und Hörvermögens und von Haltsanomalien gesteigert werden.“

Neue amtliche Gebührenordnung als Übergangslösung

„Die am 1. April 1965 in Kraft gesetzte Übergangsgebührenordnung (ÜGO) wird dem von der Bundesärztekammer vor 2 $\frac{1}{2}$ Jahren gestellten Antrag, die amtliche Gebührenordnung an die Teuerung anzupassen, nur in unzureichendem Umfange gerecht. In diesem Zusammenhang bedauert der Deutsche Ärztetag feststellen zu müssen, daß die von der Bundesärztekammer unterbreiteten Verbesserungsvorschläge unberücksichtigt geblieben sind.

Diese Feststellung unterstreicht die Notwendigkeit des Übergangscharakters, den die neue Gebührenordnung auch nach der ihr von der Bundesregierung mitgegebenen amtlichen Begründung hat. Der Deutsche Ärztetag betont diesen Übergangscharakter auch seinerseits und gibt der Erwartung Ausdruck, daß die ÜGO möglichst schnell durch eine neu erarbeitete, endgültige Gebührenordnung ersetzt wird. Er erwartet, daß dabei die Vorschläge der Ärzteschaft ausreichend berücksichtigt werden.

Die zuständigen Gremien der Bundesärztekammer werden beauftragt, die Arbeiten für eine dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis entsprechende Gebührenordnung mit aller möglichen Beschleunigung zu Ende zu führen.

Im Rückblick auf die Auseinandersetzungen über die allgemeinen Bestimmungen der Übergangsgebührenordnung erwartet der Deutsche Ärztetag, daß bei Einführung einer endgültigen Gebührenordnung die Grundrechte der Ärzteschaft hinsichtlich ihrer Honorarvertragsfreiheit unangetastet bleiben und nicht erneut in Frage gestellt werden.“

Neue ärztliche Gebührenordnung

„Der 68. Deutsche Ärztetag hat den Bericht zum Stand der Arbeiten an einer neuen ärztlichen Gebührenordnung zur Kenntnis genommen und diskutiert.

Er spricht dem Arbeitsausschuß ‚Gebührenordnung‘ seinen Dank und seine Anerkennung für die bisher geleistete wesentliche Vorarbeit aus.

Der Deutsche Ärztetag beauftragt den Vorstand und den Arbeitsausschuß ‚Gebührenordnung‘, ihre Arbeiten mit größtmöglicher Beschleunigung zu Ende zu führen und dabei den interessierten Vertretern der einzelnen Leistungsgebiete und Verbänden auch weiterhin Gelegenheit zu geben, ihre Auffassung eingehend darzulegen.“

Unfallrettungswesen

„Die große Zahl von Toten und Verletzten nach Verkehrsunfällen erfordert weitere Maßnahmen, um im Rahmen des Möglichen Menschenleben zu retten und die Folgen von Verletzungen gering zu halten.

Leider muß immer wieder beobachtet werden, daß die am Unfallort betriebenen ersten Maßnahmen wenig zweckdienlich, ja manchmal sogar gefährlich für Leben und Gesundheit des Betreten sind. Die Ursache liegt darin, daß in weiten Kreisen der Bevölkerung das notwendige Wissen über sachgemäße lebensrettende Hilfsmaßnahmen fehlt. Über solche Kenntnisse aber sollte jeder Verkehrsteilnehmer, zumindest jeder Kraftfahrer, verfügen.

Aus diesem Grunde empfiehlt der Deutsche Ärztetag, auch im Hinblick auf das mit zunehmender Verkehrsdichte weiter steigende Unfallrisiko, vor Erteilung eines Führerscheins den Bewerbern gewisse Mindestkenntnisse über lebensrettende Sofortmaßnahmen bei Unfällen und über das richtige Verhalten am Unfallort künftig zu vermitteln. Hierzu hat die Bundesärztekammer zusammen mit anderen Organisationen Vorschläge erarbeitet und der Öffentlichkeit im Frühjahr 1965 in einer Broschüre übergeben.“

Strahlenschutz bei der medizinischen Anwendung von Röntgenstrahlen

„Zu den Überlegungen für eine Röntgenstrahlenschutzverordnung wiederholt der Deutsche Ärztetag seine schon 1964 zum Ausdruck gebrachte Ablehnung, das durch die ärztliche Approbation erteilte Recht, den Arztberuf uneingeschränkt auszuüben, für den wich-



MULTIBIONTA

Multibionta jetzt auch als Multibionta-Tabletten

brausend

11 lebenswichtige
Vitamine in bewährter
Kombination
und ausgeglichenem
Mengenverhältnis

zur gezielten und
komplexen Therapie
allgemeiner Vitamin-
mangelzustände
und bei erhöhtem
Vitaminbedarf

Multibionta[®]-Tabletten
brausend
10 Stück DM 4,15*
Ferner Anstaltspackungen
*unverbindl. Richtpreis

E. Merck
DARMSTADT

tigen Bereich der Anwendung von Röntgenstrahlen von Sondergenehmigungen abhängig zu machen.

Der Deutsche Ärztetag warnt nachdrücklich davor, die auf den ärztlichen Erfahrungen von mehr als 50 Jahren beruhende segensreiche Anwendung von Röntgenstrahlen zum Nachteil der Patienten wesentlich einzuzengen.

Die Unterweisung im Strahlenschutz muß Bestandteil der ärztlichen Ausbildung sein; Neuregelungen sind daher, soweit notwendig, über die Bestallungsordnung für Ärzte vorzunehmen. Soweit den bereits approbierten Ärzten neue Erkenntnisse im Strahlenschutz vermittelt werden müssen, ist das Aufgabe der ärztlichen Weiterbildung und Fortbildung. Sie sind in berufsständischer Selbstverwaltung durch die von den Ärztekammern gestalteten Berufsordnungen zu regeln.

Darüber hinausgehende, die ärztliche Berufsausübung zum Nachteil des Patienten einengende behördliche Sondervorschriften weist der Deutsche Ärztetag nochmals nachdrücklich zurück.

Alle Fragen des Strahlenschutzes bei Anwendung ionisierender Strahlen im Rahmen der Heilkunde gehören in den Bereich des für das Gesundheitswesen zuständigen Bundesgesundheitsministeriums. Ihre Verlagerung in die Zuständigkeit eines anderen Ministeriums oder ihre Aufsplitterung in die Zuständigkeit mehrerer Ministerien ist der Sache nicht dienlich und kann zu einer Behinderung des Fortschrittes medizinisch-wissenschaftlicher Erkenntnisse im Bereich der Anwendung ionisierender Strahlen führen.“

Tätigkeit ausländischer Ärzte in der Bundesrepublik

„An den Universitäten der Bundesrepublik studieren z. Z. mehr als 5000 Ausländer Medizin. Ein großer Teil von ihnen stammt aus den Entwicklungsländern. Die ausländischen Studenten nehmen — abgesehen von den dafür erforderlichen Aufwendungen aus staatlichen Mitteln — Studienplätze in Anspruch, für die jedes Jahr Tausende von deutschen Studienbewerbern zurücktreten müssen. Das geschieht und wird auch von der deutschen Ärzteschaft gutgeheißen, um die ärztliche Versorgung in den Entwicklungsländern zu verbessern.“

Mit Befremden muß aber festgestellt werden, daß junge Ärzte aus den Entwicklungsländern nach Abschluß des ärztlichen Studiums oder einer fachärztlichen Ausbildung in zunehmendem Maße versuchen, sich für längere Zeit oder für immer in der Bundesrepublik als Ärzte zu betätigen und nicht in ihre Heimatländer zurückzukehren.

Der Deutsche Ärztetag stellt fest, daß dies weder dem Sinn noch den Zielen der Entwicklungshilfe, unter denen diese Ärzte in der Bundesrepublik ausgebildet wurden, entspricht. Insbesondere die für die Erteilung vorübergehender oder dauernder Erlaubnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs zuständigen deutschen Behörden werden auf diese Sachlage erneut aufmerksam gemacht. Es wird dringend empfohlen, die Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs nach § 10 Bundesärzteordnung nur für kürzere Zeitabschnitte hinaus zu erteilen. Die ständige Ausübung des ärztlichen Berufs in der Bundesrepublik sollte — dem Wortlaut des § 3 Bundesärzteordnung entsprechend — nur in besonderen Härtefällen oder aus Gründen des öffentlichen Gesundheitsinteresses erteilt werden. Aus den übergeordneten Gesichtspunkten der Entwicklungshilfe sollte dabei ein strenger Maßstab angelegt werden.“

Die Wahrheit über sensationelle Pressemeldungen

„Schwerverletzter für tot gehalten“

„Unglaubliche Fehldiagnose eines Arztes“

„Tot — sagte der Arzt — aber der Überfahrene lebte noch“

„Trauerspiel im Südbahnhof“

„Schwerverletzter lag fast zwei Stunden am Bahndamm“

Unter diesen und ähnlichen Überschriften wurde am Mittwoch, den 26. 5. 1965, in der Tagespresse gemeldet, in München habe ein Arzt einen schwerverletzten Signalarbeiter, der von einem Personenzug mitgeschleift worden war, fälschlich für tot erklärt.

Der amtliche Leichenbeschauer — ein anderer Arzt — habe etwa eine Stunde nach dem Unfall bei der Leichenschau festgestellt, daß der Verunglückte noch lebte. Trotz der dann sofort erfolgten Einweisung in die chirurgische Klinik sei der Verunglückte „im Lauf des Nachmittags“ verstorben, „ohne das Bewußtsein wiedererlangt zu haben“.

Wir haben uns sofort um eine Aufklärung des Sachverhaltes bemüht und dabei folgendes festgestellt:

Der Verunglückte hatte tödliche Verletzungen erlitten. Die Diagnose des ersten Arztes, der den Tod festgestellt hatte, war also richtig.

Die Zweifel des amtlichen Leichenbeschauers entsprachen offenbar einer objektiv nicht begründeten übergroßen Besorgnis. Der Verunglückte wurde auch nicht in eine Klinik aufgenommen, da er bereits tot war; er konnte daher in dieser auch nicht „im Lauf des Nachmittags“ verstorben sein.

Auf die Herausgabe einer eigenen, den Sachverhalt klarstellenden Presseverlautbarung wurde nach Rücksprache mit dem zuständigen Oberstaatsanwalt beim Landgericht München verzichtet, nachdem dieser uns erklärt hatte, daß noch am gleichen Tage eine Erklärung des Polizeipräsidiums München erfolgen werde, durch die unsere Feststellungen amtlich bestätigt würden.

Diese Presseerklärung des Polizeipräsidiums München hat folgenden Wortlaut:

„Zum tödlichen Betriebsunfall des Bundesbahnarbeiters Markus Rauscher“

Am 25. 5. 1965 fand die gerichtliche Sektion der Leiche des tödlich Verunglückten statt.

Sie ergab, daß die Verletzungen, welche Rauscher bei dem Unfall erlitt, so schwer waren, daß sie den sofortigen Tod des R. zur Folge hatten. R. kann den Unfall höchstens wenige Minuten überlebt haben.“

Wir haben dieses Vorkommnis zum Anlaß genommen, die Zeitungen dringend zu bitten, künftig vor der Verbreitung derartiger die Öffentlichkeit sehr bewegenden Meldungen den Sachverhalt sorgfältiger zu prüfen.

LANG'S PFLASTERBINDEN

porös — luftdurchlässig
elastisch und hochelastisch (extra)

Nichtklebend an Haut und Haaren
Schmerzfreie Abnahme
Hautschonend
Bademöglichkeit mit ang. Verband
Mehrere Male nachzuwickeln

LANG & Co. KG · MÜNCHEN 45

Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung

33. Fortbildungskurs – Leitung: Professor Dr. D. J o h n

(Schluß)

3. Hauptthema: „Neurologie in der Praxis“

„Möglichkeiten der einfachen neurologischen Diagnostik im Rahmen der körperlichen Gesamtuntersuchung“

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. F. ERBSLÖH, Gießen

Die Erhaltung und Bewahrung des Wissensstandes und der Untersuchungskunst der Neurologie für den praktizierenden Arzt ist um so bedeutender, je reichhaltiger und differenzierter die therapeutischen Mittel werden bzw. sich anzubieten scheinen. „Therapeutische Aktivität darf sich nicht vom Zügel der Diagnostik befreien“, sonst verfallen wir einer Kurzschlußbehandlung, welche häufig nicht einmal falsch zu sein hat, immer aber die rechtzeitige, gründliche Untersuchung hinausschiebt. Der vollständige, klassische neurologische Untersuchungsgang, beginnend mit einer Beurteilung der Psyche, einer Untersuchung des Schädels, des Bewegungsapparates, der Reflexe, der Sensibilität, der verschiedensten Sinnesleistungen und der höheren Gehirnfunktionen sprengt gewöhnlich den Rahmen der Allgemeinpraxis. Vor der Forderung einer klar aufgebauten, orientierenden Anfangsuntersuchung am ausgezogenen Patienten sollte man dagegen nicht resignieren. Wir müssen uns bemühen, gerade bei der einfachen körperlichen Untersuchung die Erhebung der wichtigsten neurologischen Befunde mit einzubauen, um die Notwendigkeit einer evtl. neurologischen Spezialuntersuchung seitens des Facharztes beurteilen zu können.

Die gründliche Untersuchung des Kopfes, speziell des Gesichtes und der Mundhöhle wie der Hirnnerven ist der Schlüssel aller neurologischen Beurteilung. Viele hier gefundene Symptome — z. B. Pupillenstarre, Facialispause, fehlender Würreflex usw. — ziehen zwangsläufig weitere Untersuchungen an Rumpf und Extremitäten nach sich. Der Status praesens hat immer den Ernährungszustand, eine Beurteilung der Muskulatur, der Trophik, des Hautpigmentes, des Haares (Thallium!) und trophischer Veränderungen zu berücksichtigen. Gesichtsausdruck, Prüfung des Augenschlusses, des Stirnrunzels und des Backenaufblasens können bereits eine Fülle von Symptomen erschließen, wobei besonders darauf hingewiesen sein soll, daß eine evtl. doppelseitige Facialispause oder Schwäche mit einer beiderseitigen Ptosis eher einer Myopathie als einer Neuropathie entspricht. Das Zusammentreffen der Trias, Stirnglatze, Katarakt und Facies myopathica in Verbindung mit Hodenatrophie oder Amenorrhoe sind ja charakteristisch für die myotonische Dystrophie. Die Differentialdiagnose einer Myasthenie ist schwierig, allerdings ist durch den Prostigmin- oder den ungefährlicheren Pensilontest (5 mg) eine deutliche und rasche Besserung und damit Abgrenzung bei der Myasthenie zu erzielen. Nach den neuesten Forschungsergebnissen erfordert die Myasthenie allerdings eine sehr sorgfältige klinische Klärung nach den einzelnen Typen der Erkrankung, weshalb auch vor einer voreiligen Therapie in der Praxis gewarnt werden muß. Auch die Mundhöhle ist ein äußerst wichtiges Neurologikum. Das obli-

gate „A-sagen-Lassen“ ist bei genügender Beobachtung äußerst aufschlußreich. Glossopharyngius, Vagus, Phonation, Facialis und Halsmuskulatur sind letzten Endes an diesem simplen Vorgang beteiligt. Schließlich gibt der Zustand der Zunge und deren Funktion einen Hinweis auf den Nervus hypoglossus. Die Prüfung der Druckschmerzhaftigkeit des Plexus cervicalis und der Zustand der Halsmuskulatur scheinen ebenso wichtig wie die Auskultation der Gefäße in diesem Bezirk, um evtl. Stenosegeräusche frühzeitig zu erkennen. Die motorische und sensible Prüfung der peripheren Neurologie ist natürlich im einzelnen gar nicht zu besprechen.

Der als Notfall in bewußtlosem Zustand in die Praxis gebrachte Patient verlangt ein Spektrum differentialdiagnostischer Überlegungen, vom Stoffwechselcoma über die Apoplexie, die intracraniale Blutung, ein Anfallsleiden bis hin zu den Psychosen, zu deren Antriebsdiagnose natürlich die allgemeine körperliche Untersuchung unerlässlich bleibt. Als Besonderheiten dazu sollen erwähnt sein, der undulierende Stupor einerseits bei portal dekompensierter Lebercirrhose und andererseits, ähnlich dazu, vielleicht mit diskreten Halbseitensymptomen, das subdurale Haematom. Zur Abgrenzung des letzteren ist zudem die Subokzipitaipunktion mit einer Übersichtsdiagnostik des Liquors erforderlich. Eine differentialdiagnostische Erinnerung an die Porphyrurie ist besonders bei motorischer Unruhe stuporöser Patienten wichtig, um nicht mit Barbituraten eine Verschlimmerung des Zustandes zu provozieren. Bei positivem Urobilinogenbefund im Harn ist durch eine Unterschichtung mit Chloroform eine typische Reaktion des Porphobilinogens relativ rasch überprüfbar.

„Klinisch-neurologische Untersuchungsmethoden, ihre Indikation, ihr Aussagewert und ihre Gefahren“

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. H. J. BAUER, Göttingen

Die technischen Hilfsmethoden der Neurologie ergänzen, aber ersetzen nicht die Exploration und gründliche körperliche Untersuchung. Aus ihnen resultiert keine fertige Diagnose, sondern die jeweilige Apparatur ist so gut wie der sie handhabende Arzt.

Die Elektromyographie gestattet eine Objektivierung und Abgrenzung vieler klinischer Diagnosen, wie z. B. der Poliomyelitis und Myositis, der myogenen und neurogenen Muskelatrophien. Großen Nutzen, gerade auch bezüglich der Myopathien, hat die Biopsie gebracht. Die Errechnung der Nervenleitgeschwindigkeit ist nicht nur wertvoll bei der Beurteilung peripherer Schäden, sondern auch zur Feststellung von Regenerationsvorgängen. Die Bedeutung der Liquordiagnostik bedarf keiner Unterstreichung. Zwar bietet sich auch in der Praxis die Möglichkeit einer Liquorpunktion, speziell der Cysternalpunktion, doch darf man die Gefahren nicht verschweigen. Eine Stauungspapille und auch starke interimistische Kopfschmerzen mit Erbrechen sind Kontraindikationen. Die Analyse der Liquordiagnostik beginnt bei der Druckmessung und dem Queckenstedtschen Versuch, Methoden, die im Liegen ausgeführt werden



oral



lokal



und nach Möglichkeit die Beine hochlegen

Die ideale Kombinationstherapie:

Perivar[®]

beim varikösen Symptomenkomplex

**cassella
riedel**



Prof. Dr. F. Erbslöh,
Gießen



Prof. Dr. H. J. Bauer,
Göttingen



Dr. H. Heyck, Berlin

soliten. Das Aussehen des Liquors gibt einen groben Hinweis auf Eiter oder Blutbeimengungen, die Xanthochromie läßt sich exakt erst nach dem Zentrifugieren beurteilen. Die Liquorcytologie und die qualitative Eiweißdiagnostik sind im einzelnen hier nicht zu besprechen. Durch die Elektrophorese erübrigen sich eigentlich mehrere Kolloidkurven, da das Verhältnis der Eiweißfraktionen direkt ablesbar ist. Die routinemäßige Untersuchung auf Lues sollte auch heute nicht vergessen werden. Die Elektrolytverhältnisse im Liquor können bei comatösen Patienten aufschlußreich sein, um Hinweise auf die Schrankenpermeabilität und eine Restitutionsprognose zu erhalten. Die Analyse der Enzyme und der Lipidfraktionen mittels der Dünnschichtchromatographie gehört derzeit noch mehr in den Forschungsbereich, wird aber in der Zukunft wichtige weitere Aufschlüsse bringen. Der Nachweis von Giften und Pharmacas hat natürlich diagnostischen Wert, nicht zuletzt aber auch Bedeutung für die therapeutische Verlaufsbeobachtung bezüglich der Schrankenpermeabilität einzelner Medikamente. Luftencephalographie und cerebrale Angiographie im sog. Serienangiogramm sind bei klarer Indikation von unzweifelhaftem Wert für Lokalisation und häufig auch Art Diagnostik intracerebraler, raumfordernder Prozesse. Verdrängungen, Verlegungen, abartige Konfiguration dieser Darstellungen sind erkennbar. Die „frühe Vene“ ist ein Charakteristikum des malignen Tumors. Spezielle Angiopathien, wie Aneurysmen, Gefäßverschlüsse — auch bei Jugendlichen und sogar Kindern —, sind so zu objektivieren, ebenso wie eine der wichtigsten Indikationen, der Verdacht einer subduralen Blutung. Die Myelographie birgt technische Schwierigkeiten, da die Füllung mit Pantopac wieder aktiv entfernt werden muß, jene mit Abrodil aber zu einer meningialen Reizung führt und man in diesem Zusammenhang dringend vor einer Anaesthetie mit Novocain warnen muß. Das Mittel der Wahl wäre Xylocain.

Schließlich ist das EEG durch die Elektronik zu einem hochentwickelten Verfahren geworden. Bei Anfalisleiden ist eine Typencharakteristik ablesbar. Dies hat heute auch eine therapeutische Konsequenz in der Medikamentenwahl. Bei Tumorverdacht ist aus Herdsymptomen eine gewisse Suchmethode ablesbar. Der Hinweis auf die Bewußtseinslage ohne differenzierte Aussage auf die Pathogenese gewinnt in einer Zeit der Herz-Lungen-Maschinen den Wert eines letzten Kriteriums für den Eintritt des Todes. Mehr als 20 bis 30 Minuten hirnelektrischer Ruhe sind einer Lebensunfähigkeit gleichzusetzen, auch wenn die Herz-Kreislaufverhältnisse noch erhalten werden können.

„Bewertung und Differentialdiagnose des Kopfschmerzes“

Aus dem Vortrag von Priv.-Doz. Dr. H. HEYCK, Berlin

Die Problematik des so weit verbreiteten Kopfschmerzes liegt in der Verstrickung von Schmerz und Analgeticaabusus. Man hat sich lange Zeit mit der „Phenacetin-Niere“ beschäftigt, dabei aber wahrscheinlich wichtige andere Nebenwirkungen übersehen.

26% der Frauen einer großangelegten Untersuchungsreihe leiden unter Kopfschmerzen und geben auch zu häufig, d. h. mehr als einmal in der Woche, Tabletten zu nehmen. 2,1% der Frauen nehmen mehr als 2 Tabletten täglich, und zwar über Jahre hinweg. Bei den Männern ist die Situation bei weitem nicht so gravierend. In ähnlichen Untersuchungsreihen war bei etwa 7% die chronische Tabletteneinnahme Ursache des Kopfschmerzes. Diese Patienten sind größtenteils keine Psychopathen, sondern versuchen meist durch die Medikamente eine gesteigerte Aktivität für den Alltag zu gewinnen. In den letzten Jahren scheint sich insofern eine Besserung in diesem Dilemma abzuzeichnen, als mehr Kopfschmerzleidende den Arzt aufsuchen, als durch eigenen Tabletteneinkauf eine Linderung anzustreben.

Die häufigste Form des Kopfschmerzes ist der vasomotorische, migräneartige. Um nicht der erwähnten „Kurzschlußtherapie“ zu erliegen, stellt sich die Frage der Sicherung einer Migränediagnose. Voraussetzung ist eine geduldige, aufgeschlossene Anamnese. Das Syndrom der Migräne kann vorgetäuscht werden durch interne Erkrankungen, wie z. B. den Hochdruck, durch ein Glaukom, Kieferhöhlenprozesse und natürlich durch neurologisch-organische Leiden, welche etwa 5% des gesamten Krankengutes ausmachen dürften. In der theoretischen Konsequenz müßte bei allen eine umfassende neurologische Untersuchung durchlaufen werden, um von den etwa 6 Millionen Kopfschmerzleidenden die organischen Prozesse auszusortieren. Daß dies in der Praxis nicht möglich ist, versteht sich, weshalb man sich an gewisse Symptome der banalen Migräne erinnern muß. Typisch ist die Periodik, die Halbseitigkeit, das Hämmern des Schmerzes, verbunden mit den vielfältigen, bekannten Begleiterscheinungen, wie Blässe, matte, halluzinierte Augen und in krassen Ausnahmefällen die pulsierende, geschlängelte Schläfenarterie. — Pathogenetisch ist die Beobachtung einer übermäßigen Füllung der Venen interessant. Die Punktion der Gefäße mit Blutanalysen zeigte eine Erniedrigung der arteriovenösen Sauerstoffdifferenz, was auf Kurzschlußmechanismen hindeutete. Der Schmerz scheint ausgelöst durch Spasmen, arteriovenöse Kurzschlüsse und schließlich ischämische Folgezustände. Cerebrale Begleiterscheinungen, wie Flimmerskotome, flüchtige Hemi-

anopsien und gelegentlich Amaurosen, sind durch Ischämien in der Okzipitalregion bedingt, aber es kommen auch Gefäßspasmen am Auge selbst vor. Mitunter scheinen pathogenetisch auch analog zur Epilepsie cerebrale Übererregbarkeitsphänomene wirksam zu sein.

Gemäß der pathogenetischen Übersicht bieten sich therapeutisch die in der Klinik verwandten Präparate vom Brom über die Barbiturate bis zu den Kombinationspräparaten mit Coffein und Mutterkornalkaloiden. Hydrierte Secalealkaloide lassen im Intervall als Kuranwendung über längere Zeit in einem relativ großen Prozentsatz Anfallsfreiheit erreichen. Bei jungen Menschen mit Neigung zur Hypotonie eignet sich mehr das Dihydroergot, bei älteren, angespannten, hypertonen Patienten das Hydergin. Eine ausreichende und zeitlich lang genug durchgeführte Dosierung ist erforderlich. Ein neues Prinzip geht über die Vorstellung der Serotoninhemmung zur Unterdrückung der Migräneauslösung, gegeben im Intervall. Deseril-retard vermag in einem großen Prozentsatz rasche Besserung zu bringen, der Nachteil liegt in Nausea, Müdigkeit, Erregungszuständen und ähnlichen Nebenwirkungen.

Beim Kapital des Kopfschmerzes muß die Trigeminalneuralgie zumindest erwähnt werden, insbesondere bezüglich einer in letzter Zeit gefundenen, in vielen Fällen wirksamen Therapiemöglichkeit mit Tecretal (Geigy), ein Präparat, welches bekanntermaßen zunächst eine andere Indikationsstellung hatte.

„Der Augenhintergrundbefund als neurologisches Diagnostikum“

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. OTTO, Frankfurt a. M.

An den Augenhintergrundbefunden ist grundsätzlich zu unterscheiden zwischen Fernsymptomen, welche sich als Augenhintergrundsveränderung erkennbar machen, und Bildern, welche Teil der Gesamterkrankung übergreifend auf das Auge sind.

Unter den Fernsymptomen ist am geläufigsten die Stauungspapille. Sie ist Ausdruck einer Stauungshyperämie mit begleitendem Oedem und pilzförmiger Prominenz der Papille. In 75% einer beidseitigen Stauungspapille besteht ein intrakraniell raumfordernder Prozeß, meist ein Hirntumor. Beim ausgeprägten Vollbild besteht eigentlich keine Problematik, dagegen im Beginn, wenn die Prominenz unter 2 Dioptrin liegt, sind differentialdiagnostische Erwägungen zu beachten. Akute Durchblutungsstörungen der Papille und auch beispielsweise die sog. Drusenpapille können ähnliche Bilder provozieren. Mittels der Ophthalmodynamometrie, d. h. der Blutdruckmessung in den Netzhautarterien im Vergleich zum Oberarmblutdruck, läßt sich insofern Klarheit gewinnen, als meist eine Erhöhung des Blutdrucks in den Netzhautgefäßen der Stauungspapille vorausgeht, also gerade in den Anfangsstadien zusammentritt. Die ursprüngliche Theorie, welche auch heute noch weitgehend vertreten wird, daß die Kommunikation der Sehnervenscheidenräume mit den Liquorräumen des Gehirns das Phänomen der Stauungspapille produziere, wird durch eine Analyse der restlichen 25% von Stauungspapillen anderer Genese etwas zweifelhaft, wenngleich man zugeben muß, daß die infratentorialen Tumoren mit einer besonderen Tendenz zur intrakraniellen Liquordrucksteigerung besonders frühzeitig eine Stauungspapille hervorrufen. Die Genese der restlichen 25% verteilt sich auf extreme Gasaus-

tauschstörungen in der Lunge, lange Zeit bestehende Anaemien oder Polyglobulien und ganz allgemein auf eine Hyperkapnie bei verminderter Sauerstoffspannung. Dem Begriff der chronischen Stauungspapille liegt morphologisch ein teilweise schon degeneriertes Nervengewebe zugrunde. Wenn dieser Befund vom Augenarzt erhoben wird, ist die kausale Therapie für eine Besserung der Sehkraft bereits zu spät, im Gegenteil scheint der Prozeß in vielen Fällen auch nach der Therapie fortzuschreiten.

Die Ophthalmodynamometrie ist in der richtigen Bewertung eine leistungsfähige Methode zur frühen Erkennung von Durchblutungsstörungen im Bereich der Arteria carotis interna, communis oder auch subclavia. Auch in der Analyse der pathogenetisch maßgeblichen Faktoren der Migräne scheinen Rückschlüsse möglich zu sein.

Ein neurologisch wichtiges Syndrom ist die bitemporale Hemianopsie mit dem Ausfall der nasalen Netzhautanteile, zusammengefaßt unter dem Begriff des Chiasmasyndroms. Es gilt als Zeichen eines intrasellären Tumors. Das Forster-Kennedy-Syndrom ist charakterisiert durch die Sehnervenatrophie einer Seite und eine korrelierende Stauungspapille auf der anderen Seite. Die Lokalisation des Tumors läßt sich direkt ableiten. Beidseitige Opticusatrophien weisen auf das Vorliegen einer Tabes dorsalis.

Die eigentlich entzündlichen Erkrankungen des Nervus opticus haben ein mehr oder weniger ausgeprägtes Entzündungssyndrom an der Papille und ein Zentralskotom zur Folge. Dies gibt die Unterscheidung zur Stauungspapille. Eine Domäne der Augenhintergrundbefundung ist die Früherkennung der Multiplen Sklerose, weil eine Neuritis nervi optici in 56% allen anderen Symptomen mitunter um viele Jahre vorausleitet. Andererseits kann jede Infektionskrankheit und auch jede schwere Allgemeinintoxikation zu einer Neuritis bzw. Neuropathie des Nervus opticus führen. Eine beidseits rasch einsetzende Amaurosis ist auf Neuromyelitis optica verdächtig, eine früher maligne Erkrankung, deren Prognose durch Cortison etwas gebessert wurde. Bei schweren Migräneanfällen sollte immer eine Augenhintergrundsdiagnostik durchgeführt werden, um Astembolien so rechtzeitig zu erkennen, daß eine gefäßerweiternde Therapie, welche in den ersten Stunden erfolversprechend ist, noch zurechtkommt. Eine gewisse Zahl recht spezieller Krankheitsbilder, die eine Symptomatik des Augenhintergrundes mit sich bringen, wurde angeführt, ohne daß hier darauf eingegangen werden kann.

„Hirndruckkranke in der ärztlichen Praxis“

Aus dem Vortrag von Priv.-Doz. Dr. D. SEITZ, Göttingen

Unter den Ursachen der intrakraniellen Drucksteigerung stehen die Hirntumoren bzw. -neubildungen an erster Stelle. Die größte Gruppe bilden die prognostisch ungünstigen Gliome, gefolgt von den Meningiomen und Neurinomen. Relativ häufig sind auch Metastasen, insbesondere von Bronchialcarzinomen und hypernephroiden Nierentumoren, aber auch ausgehend von anderen Organkrebsen, ebenso wie von Sarkomen und Melanomen. Eine zweite ätiologische Gruppe umfaßt die Abszesse und Empyeme, insbesondere die traumatischen



Prof. Dr. J. Otto,
Frankfurt



Priv.-Doz. Dr.
H. Dieckmann, Hamburg



Prof. Dr. A. Schrader,
München

Spätabszesse und die fortgeleiteten und metastasierenden Hirnabszesse. Als Grundkrankheit der letzteren finden wir dann häufig Bronchiektasen und Endocarditiden. Gummen sind eher eine Rarität, Tuberkulome werden seit der Chemotherapie fast überhaupt nicht mehr beobachtet. Eine ebenso untergeordnete Rolle spielen bei uns die Parasiten. Die akuten epiduralen und subduralen Haematome nach schweren Traumen bedürfen keines besonderen Hinweises. Im Kindesalter sind differentialdiagnostisch Hydrome zu bedenken, im Säuglingsalter sind subdurale Ergüsse zwischen dem 3. und 9. Lebensmonat, insbesondere nach bakteriellen Meningitiden bekannt. Das Hirnoedem nach einer Contusio cerebri kann ausgedehnt und bedrohlich werden und eine Stauungspapille herbeiführen. Von den vasculär bedingten Stauungsoedemen sind verständlicherweise jene nach Hirnvenen und Sinusthrombosen besonders ausgeprägt. Schließlich sollte auch an Volumenvermehrungen gedacht werden, denen eine extracerebrale Störung zugrunde liegt, z. B. Mineralhaushaltsverschiebungen, insbesondere Hypernatriämien.

Pathogenetisch ist ein ventrikulärer Typ, repräsentiert durch den Hydrocephalus okklus, von einem intracerebralen Typ, z. B. dem allgemeinen Hirnoedem, und die meningiale Form, wie sie z. B. beim doppel-seitigen subduralen Haematom in Erscheinung tritt, zu unterscheiden. Beim Hydrocephalus bilden oft Kopfschmerzen oder Sehstörungen infolge einer Stauungspapille das Leitsymptom, beim allgemeinen Hirnoedem dominiert die Bewußtseinsveränderung, Antriebsstörungen und eine Einbuße der intellektuellen Leistungsfähigkeit, die meningiale Druckwirkung nimmt demgegenüber eine Mittelstellung ein. Natürlich variiert das klinische Erscheinungsbild nach Lebensalter, Lokalisation des Prozesses und Dauer der Erkrankung. Diesen Bildern ist noch der lokalisierte Prozeß gegenüberzustellen, wobei nur ein Hirnlappen betroffen ist. Die klinische Erfassung cerebraler Herdzeichen hängt von den betroffenen Regionen ab, auch in Relation zum zeitlichen Auftreten der übrigen Hirndruckstörungen. Jede intrakranielle Drucksteigerung bewirkt eine Verlangsamung der Hirndurchblutung, wie dies deutlich am Serienangiogramm in der Verlängerung der Durchlaufzeit des Kontrastmittels abzulesen ist. Bei axialer Massenverschiebung in caudaler Richtung ist eine Einklemmung entweder im Foramen magnum oder auch im Tentoriumschlitz möglich. Klinisch ist eine Nackensteife und eine als Rieseln bezeichnete Mißempfindung über den Nacken nach unten laufend bis zu Paraesthesien, schließlich Schweißausbruch, Bewußtlosigkeit und Atemstillstand zu beobachten.

Bekannt ist die Dramatik der akuten Drucksteigerung mit Bewußtseinsverlust, epileptischen Reaktionen und Streckkrämpfen. Bei protrahierter Entwicklung des Hirndrucks liegt außer der Encephalomalzie, der Meningoencephalitis und der Intoxikation stets auch der Verdacht eines raumfordernden Prozesses nahe. Dem intermittierenden Hirndruck liegt meist eine passagere Blockade der inneren Liquorräume zugrunde. Nur eine eingehende neurologische Untersuchung wird mögliche Cysten und dergleichen aufdecken können.

Die chronische intrakranielle Drucksteigerung, oligosymptomatisch oder verbunden mit anderen neurologischen Ausfällen beruht auf einem Hydrocephalus entzündlicher Genese oder auf der Basis eines Kleinhirntumors. Mitunter werden dadurch degenerative oder chronisch entzündliche Affektionen des Nervensystems vorgetäuscht oder es wird eine Multiple Sklerose diagnostiziert, bis bei einer zufälligen Röntgenaufnahme des Schädels indirekte Zeichen des Hirndrucks entdeckt werden.

„Die kleine periphere Neurologie, ein wichtiges Aufgabengebiet des praktischen Arztes“

Aus dem Vortrag von Prof. Dr. M. MUMENTHALER, Bern

Unter den Erkrankungen des peripheren Nervensystems werden nur jene Lähmungsbilder hervorgehoben, die praktisch wichtig sind oder erfahrungsgemäß häufig verkannt werden. Eine Laesion peripherer Nerven läßt sich vermuten, wenn motorische und (oder) sensible Ausfälle vorliegen, die dem Innervationsgebiet eines einzelnen Nerven entsprechen. Die Ausfallerscheinungen sind einseitig, Beidseitigkeit weist mehr auf eine Wurzelschädigung, eine Systemaffektion oder eine Myopathie hin. Der erste Schritt der Diagnostik bezieht sich auf die topisch exakte Lokalisation, der zweite auf die Ätiologie, wobei die Laesion eines einzelnen peripheren Nerven an den Extremitäten immer mechanisch bedingt zu sein scheint. Die Suche nach der Ursache hat eine große therapeutische Konsequenz, weil beispielsweise eine Gefäßnaht die Kontinuität wiederherstellen kann, chronische Kompressionen, z. B. durch Narben oder durch anatomische Engpässe, operativ beseitigt werden können und chronische Traumen in Zukunft vermieden werden können. Von den vielgepriesenen Medikamenten, insbesondere den Vitaminen, ist eine klinisch entscheidende Beeinflussung der Regenerationsvorgänge kaum zu erwarten.

Aus der Abhandlung der einzelnen peripheren Nervenlähmungen scheinen folgende Hinweise besonders interessant: Unter den Armplexusparesen sind die trau-

matischen Laesionen die häufigsten. Schulterprellungen, Luxationen, auch Repositionsmanöver, Tragen von Lasten und Lagerung von Patienten in Kopftieflage, insbesondere bei gynäkologischen Operationen können ursächlich verantwortlich sein. Außerdem können anatomische Besonderheiten im Bereich der oberen Thoraxapertur — z. B. das Scalenusyndrom, Halsrippe und costoclaviculäres Syndrom — bedeutsam werden. Eine relativ häufige Affektion ist die neuralgische Schulteramyotrophie, auch als Plexusneuritis bezeichnet. Bei unklarer Ätiologie wird nach einem karrhischen Vorstadium eine Parese einzelner Schultermuskeln beobachtet, die sich im Laufe von Monaten zurückbildet, gelegentlich mit Zurücklassen von Restsymptomen. Als Besonderheit finden sich manchmal Zwerchfellparesen. Therapeutisch können Corticosteroide und Antineuralgica verwandt werden. Auch die serogenetische Neuritis betrifft häufig den Armplexus. 4 bis 15 Tage nach Serumgabe sind die Symptome analog zu der zuletzt genannten Krankheit zu beobachten. Nicht zu vergessen ist die Möglichkeit eines Pancostumors und eine der Strahlenbehandlung folgende Laesion. Bei der häufigen Medianusparese mit Ausfall der Beuge des Handgelenkes bis zum Bild der „Schwurhand“ ist als Ursache nach dem sog. Carpal-Tunnel-Syndrom zu forschen. Unter dem Ligamentum kann es dabei, besonders bei Frauen im mittleren und höheren Alter, zur chronischen Kompression kommen. Dieses Syndrom ist zweifellos die häufigste Ursache der Brachialgia paraesthetica nocturna. Therapeutisch kann die lokale Injektion von Hydrocortison oder in hartnäckigen Fällen die operative Spaltung des Ligamentum Besserung bringen. Die überaus häufige Ulnarisparese entwickelt sich nicht zu selten während langer Bettlägerigkeit, meist auf der Seite des Nachttischchens neben dem Bett. Die Laesion des Nervus ulnaris im Bereich des Sulcus wird natürlich auch häufig im Anschluß an eine Ellenbogenfraktur beobachtet.

Paresen des Beinplexus sind wesentlich seltener, weil der Plexus lumbosakralis geschützt in der Tiefe liegt, so daß traumatische Ursachen weniger in Frage kommen. Hingegen sind entzündliche und neoplastische Prozesse im Bereich des kleinen und großen Beckens dringend zu beachten. Diabetiker nelgen oft bereits vor Manifestwerden der Stoffwechselstörungen zu Neuropathien im Bereich des Beinplexus mit reißenden Schmerzen im Hüftbereich, Sensibilitätsstörungen unter Reflexausfällen. Wenig bekannt, aber zweifellos nicht selten ist eine chronische Laesion des Nervus tibialis hinter dem Malirus internus, analog zur oberen Extremität als „Tarsal-Tunnel-Syndrom“ bezeichnet. Schmerzen in der Fußsohle, welche durch Gehen verstärkt werden, Sensibilitätsstörungen in diesem Bereich und Paresen für das Spreizen und Beugen der Zehen sind charakteristisch. Die operative Spaltung des Ligamentum ist ebenso indiziert wie beim Handgelenk. Die Peroneuslaesion mit dem typischen „Steppergang“ vollzieht sich meist im Bereich des Fibulaköpfchens, infolge Druck durch Gips, durch Lagerung, knieende Stellung oder dergleichen. Differentialdiagnostisch ist eine radikuläre Peroneusparese zu erwägen in Verbindung mit Liquordiagnostik und evtl. Myelographie, um kein Neurinom oder eine schwere Spondylose mit Einengung des Wirbelkanals zu übersehen. Häufig verkannt wird auch das Arteriatiibialis-anterior-Syndrom, welches Folge einer

ischämischen Nekrose der Muskeln in der Tibialisloge ist. Dies ist eine besonders eng von Knochen und Faszie umschlossene Muskelloge, welche bei Gefäßstörungen, Gewebsverletzungen und Oedemen der Muskel zu Druckschäden Anlaß geben kann. Der Puls der Arteria dorsalis pedis ist zu Beginn oft nicht tastbar, nur die operative Spaltung der Faszie mit Entlastung innerhalb der ersten 1 bis 2 Tage verhindert die irreversible Muskelschädigung.

Die neurologischen Erscheinungen bei Wirbelsäulenerkrankungen unter besonderer Berücksichtigung der Osteochondrose und der Bandscheibenschäden

Aus dem Vortrag von Priv.-Dozent Dr. DIECKMANN, Hamburg-Eppendorf

Neurologische Symptome seitens der Wirbelsäule beruhen vornehmlich auf einer Bandscheibenzermürbung. Entzündliche und plastomatische Prozesse treten zahlenmäßig zurück. Differentialdiagnostisch ist in therapieresistenten und atypischen Fällen jedoch immer daran zu denken. Als mechanischer Faktor wirken mediane und seitliche Bandscheibenprotrusionen bzw. -prolapse und reaktive Knochenveränderungen mit Exostosenbildung, die zur Einengung des Zwischenwirbelloches führen. Erniedrigung des Zwischenwirbelloches, nachfolgende Subluxation und Arthrose der Wirbelgelenke können die Raumbegrenzung weiter kompensieren. Im Bereich der Halswirbelsäule dominiert die Nervenkonstriktion infolge Exostosenbildung im Zwischenwirbelloch, an der Lendenwirbelsäule eher der Bandscheibenprolaps. Die Diagnostik basiert auf einer exakten Schmerzanalyse, der Sensibilitätsprüfung, dem Nachweis von Muskelatrophien oder Paresen und der Reflexprüfung.

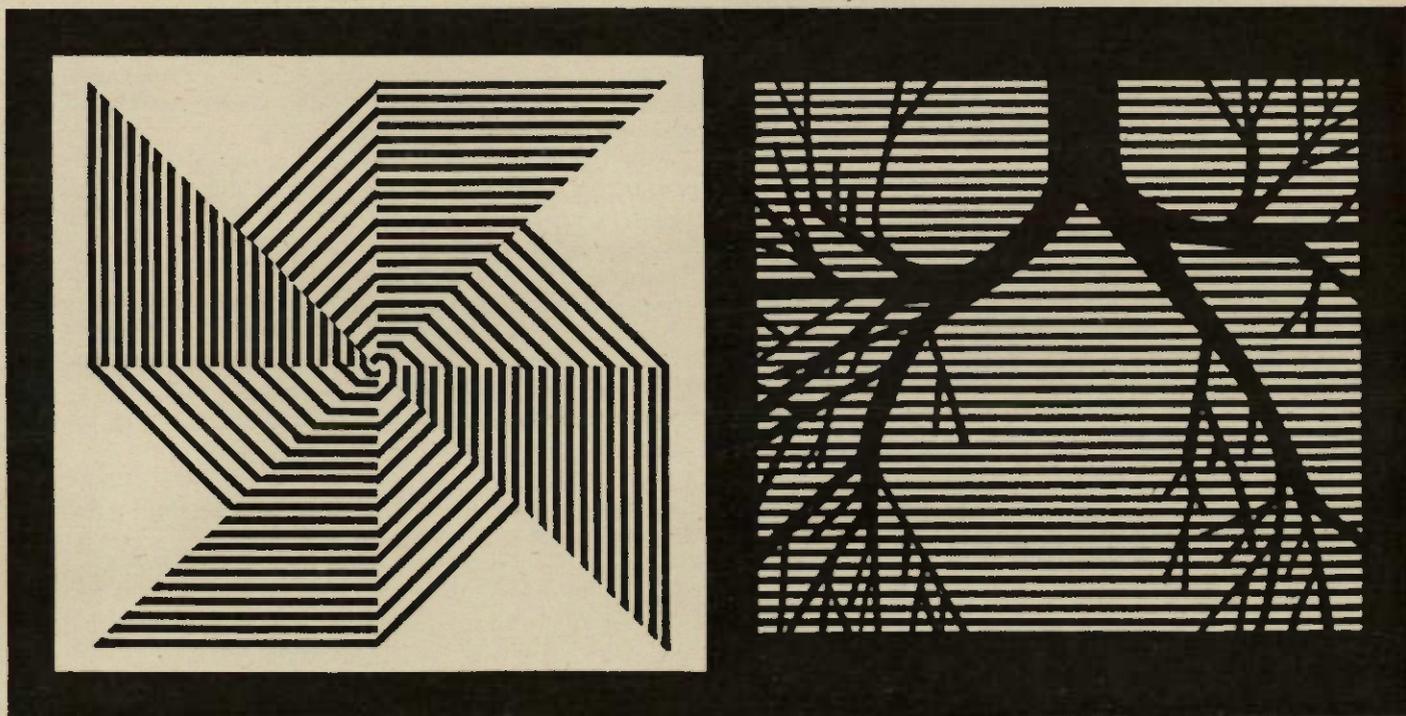
Beim „unteren Cervikalsyndrom“ ist der Schulter-Arm-Schmerz führend. Vorwiegend betroffen sind die 6., 7. und 8. Cervikalwurzel. Die neurologische Schmerzanalyse weist auf die topische Zuordnung. Erschwert wird der Befund, wenn die Beteiligung vegetativer Phasen das Syndrom färbt. Differentialdiagnostisch sind die Periarthritis humeroscapularis, das Scalenusyndrom und natürlich mögliche Tumorenmetastasen Auswirkungen entzündlicher Allgemeinerkrankungen und Gefäßalterationen zumindest zu bedenken. Der seltene seitliche Prolaps im Bereich der Halswirbelsäule ist durch die ängstliche Steifhaltung nach einer Seite geneigt mit Steilstellung der Halswirbelsäule gekennzeichnet. Akute mediane Prolapse machen das Syndrom eines raumbegrenzenden, spinalen Prozesses. Problematisch sind die Fälle chronisch fortschreitender, cervikaler Myelopathie infolge medianer Bandscheibenvorfälle, Spondylose und Osteochondrose. Die Symptomatik mit Tetraspastik, radikulären Atrophien, muskulären Schwächen verleiten zu Fehldiagnosen, wie amyotrophischer Lateralsklerose, Multipler Sklerose, funikulärer Spinalerkrankung usw. Erst die Myelographie kann die Situation klären. Therapeutisch ist durch eine Laminektomie, wenn die Operation frühzeitig durchgeführt wird, eine Besserung zu erwarten.

Irritationen der Nervenwurzeln C2 äußern sich als Okzipitalisneuralgie. Pathogenetisch scheint eine Zerung der Nerven durch Wirbelgelenksblockierungen und nach Schleudertraumen bedeutsam. Auch hier sei an die Möglichkeit von Hirntumoren im Bereich der

H O M B U R G

Perphyllon[®]

entlastet den
kleinen Kreislauf
verbessert die
Lungenventilation



Asthma bronchiale, Status asthmaticus,
Lungenemphysem, Bronchitis spastica,
Angina pectoris

Tabletten · Ampullen · Suppositorien für Erwachsene und Kinder



CHEMIEWERK HOMBURG FRANKFURT/MAIN

hinteren Schädelgrube erinnert. Unter dem cervikoccephalen Syndrom wird die Kombination eines cervikalen Symptomenkomplexes mit cephalen und cerebralen Symptomen verstanden. Hinterkopfschmerzen, Ohrensausen, Schwindel, migräneartige Beschwerden mit Würgreiz und Erbrechen, passagere Sehstörungen und Anfälle von Bewußtlosigkeit werden ausgelöst einerseits durch die Irritation oberer Cervikalwurzeln, andererseits durch Durchblutungsstörungen im Bereich der Arteria vertebralis. Osteochondrotische Reaktionen mit Einwirkungen auf die Arteria vertebralis und atheromatöse Wandveränderungen in denselben sind auslösend beteiligt.

Jede Intercostalneuralgie verlangt ein sorgfältiges Röntgenstudium der Wirbelsäule, des knöchernen Thorax und der Thoraxorgane, um die vielfältigen, differentialdiagnostischen Möglichkeiten — Herpes coster, Wurzeineurinome, spinale Meningiome und Wirbelgelenksblockierungen mit Zerrungen sicher ausschließen zu können.

Lumbosakrale Schmerzsyndrome — die Lumbago und die Ischialgie — werden zu rasch und zu ausschließlich auf eine Bandscheibenerkrankung bezogen. Die Lumbago beherrschen Schmerz, Haltungs- und Bewegungsstörungen im lumbosakralen Wirbelsäulenabschnitt ohne nennenswerte neurologische Befundabweichungen. Das klinische Bild der Ischialgie ist zu unterscheiden nach einer rückbildungsfähigen Protrusion und nach einer Einklemmung der Nervenwurzel durch einen Prolaps. Bei einem Prolaps der Bandscheibe LW 4/5 führt meist ein L-5-Syndrom, bei demjenigen der LW 5/S 1 ein S-1-Syndrom. Die Schmerzanalyse gestattet eine weitgehende Einordnung topischer Art. Jeder doppelseitige Ischias ist verdächtig auf ein Caudasyndrom. Akut auftretend handelt es sich meistens um einen medianen Massenprolaps. Beeinträchtigung der Blase und Mastdarmfunktion, Sensibilitätsstörungen im Reithosenbereich, Schwäche des Sphinkter ani und Schmerzen in der Damm- und Genitalregion sind sehr verdächtig. Diese Kranken bedürfen der sofortigen Klinikweisung. Neurochirurgisches Eingreifen innerhalb der ersten 24 Stunden ist erforderlich. — Eine klinische Diagnostik empfiehlt sich grundsätzlich außer bei der Caudasympptomatik beim Auftreten von Muskeiparesen, bei zunehmenden Sensibilitätsstörungen und bei häufig rezidivierenden, therapieresistenten Schmerzen im Lumbosakralbereich. Die „atypischen“ Ischiasfälle sind auch auf periphere Irritationen hin zu überprüfen, wobei Prozesse im kleinen Becken und im Retroperitonealraum zu beachten sind. Ossäre Wirbelsäulenveränderungen werden anhand des Röntgenbildes eigentlich seltener übersehen.

Erkennung und Behandlung peripherer Nervenverletzungen

Aus dem Vortrag von

Prof. Dr. A. SCHRADER, München-Harlaching

Die Ätiologie peripherer Nervenverletzungen reicht von der zunehmenden Zahl der Betriebs-, Verkehrs- und Sportunfälle über die sog. Beschäftigungsneuropathien aufgrund beruflicher Belastungen im Sinne chronisch mechanischer Einwirkungen bis zu den vielfältigen Möglichkeiten anderer Grundleiden, wie Gelenkprozesse, Gefäßalterationen, Periarteriitis nodosa! — Blutkrankheiten, Stoffwechselestörungen — Diabetes mellitus! —, erworbenen und hereditären Amyloidosen,

Porphyriopathien und Carzinomerkrankungen bzw. Metastasen. Die neurologische Diagnostik muß Wesen und Lokalisation der Laesionen erkennen. Von wenigen Ausnahmen abgesehen, sind bei den peripheren Nerven gemischte Ausfälle, also schlaffe, motorische Paresen mit Reflexverlust und Störungen der Sensibilität zu erwarten. Dissoziierte Empfindungsstörungen sind eine Ausnahme, z. B. bei der hereditären Amyloidose. Eigentliche Schmerzempfindungen treten bei Laesionen des gemischten peripheren Nerven verhältnismäßig selten auf. Gekoppelt mit vegetativen Begleiterscheinungen und psychischen Faktoren, welche eine ausschlaggebende Bedeutung zu besitzen scheinen, ist manchmal über äußerst intensive, recht charakteristische Schmerzen geklagt worden. Etwas vereinfachend lassen sich drei Schmerztypen herausstellen: die elektrisierenden, einschießenden Schmerzempfindungen, jene mehr periodisch auftretenden, intensiven Kausalgien, welche durch Lärm und psychische Faktoren gesteigert werden und hauptsächlich im Gebiet des Medianus und Tibialis auftreten, und schließlich Schmerzen, die man als Anaesthesia dolorosa bezeichnet.

Trotz aller Fortschritte der modernen Neurochirurgie stehen bei Laesionen der peripheren Nerven die konservativen Behandlungsverfahren an erster Stelle. Die Kriegserfahrungen haben gelehrt, und die modernen elektrophysiologischen Methoden konnten es bestätigen, daß sich zunächst schwerwiegende Ausfallserscheinungen selbst nach längerer Zeit weitgehend, wenn nicht sogar restlos zurückbilden können. Entscheidend ist vorher immer die Frage, ob eine Kontinuitätstrennung des Nerven vorliegt, der Achsenzylinder erheblich geschädigt wurde, oder lediglich die Markscheiden betroffen sind, die sich innerhalb kurzer Zeit regenerieren. Bei offenen Verletzungen sind die Verhältnisse leichter zu übersehen. Erfolgchancen durch sofortige Nervennaht hat man nur innerhalb der ersten Stunden zu erwarten. Da man aber in der Regel zu spät kommt, wird die Operation erst vier bis sechs Wochen nach stattgehabtem Trauma durchgeführt, falls die Regeneration nicht spontan eingesetzt hatte. Bei stumpfen Traumen kann man zunächst ruhig einmal abwarten und nach vier bis sechs Monaten immer noch neurochirurgisch intervenieren. Die spontane Regeneration am proximalen Stumpfe hat eine durchschnittliche Geschwindigkeit von 0,5 bis 4 mm pro 24 Stunden, je nach Kaliber des geschädigten Nerven. Reaktive Veränderungen des umgebenden Gewebes und unzureichende Gefäßversorgung können die Heilung aber verzögern oder ganz verhindern. Von entscheidender Bedeutung sind krankengymnastische Behandlungsverfahren. Es ist die Zeit zu überbrücken, die erforderlich ist, bis die Funktion des Nerven wiederhergestellt ist. Kontrakturen und Ankylosen müssen durch konsequente Bewegungs- und Übungstherapie vermieden werden.

Von Medikamenten, speziell von Vitaminpräparaten, ist nicht viel zu erwarten. Ebenso wenig kann die Regeneration der Axone durch Elektrotherapie gesteigert werden. Die rezidivierenden Amputationsneurome operativ anzugehen, ist vergeblich. Man muß versuchen, zunächst einmal den Schmerzrhythmus zu unterbrechen, wozu sich u. a. das Heilschlafverfahren eignet. Unter anderem ist auch eine Phenothiacin-Langzeitbehandlung empfohlen worden.

W-r.

PERSONALIA**Bayerischer Verdienstorden für Ärzte**

Am 14. Mai 1965 wurde nachstehenden Kollegen der Bayerische Verdienstorden verliehen:

Dr. David FORCHHEIMER, Vorstandsmitglied der Bayerischen Landesärztekammer und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Straubing, Heerstraße 2

Professor Dr. Werner WACHSMUTH, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Würzburg, Würzburg, Nikolausstraße 20.

Duncker-Medaille für Prof. Schober

Professor Dr. phil Dr. med. Herbert SCHOBER, Leiter des Instituts für medizinische Optik an der Universität München, erhielt in einer Feierstunde am 18. Mai 1965 die Johann-Heinrich-August-Duncker-Medaille von Professor Dr. Rolf RODENSTOCK namens der Fördergemeinschaft der Deutschen Augenoptik überreicht. Professor Dr. Schober hielt anschließend einen Vortrag über aktuelle Probleme der Optik und ihre theoretische und experimentelle Behandlung in seinem Institut, das in neuen, wesentlich erweiterten Räumen eröffnet wurde.

FAKULTÄT**München**

Priv.-Doz. der Inneren Medizin Dr. Werner LANG wurde die Bezeichnung apl. Prof. verliehen.

Würzburg

Der Oberarzt und außerplanmäßige Professor an der Universität München, Dr. Helmut RÖCKL, wurde zum ordentlichen Professor der Haut- und Geschlechtskrankheiten in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg ernannt.

Der apl. Professor an der Universität Bonn, Dr. Heinz SEELIGER, wurde zum ordentlichen Professor der Hygiene und Bakteriologie in der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg ernannt.

Die Bezeichnung „apl. Prof.“ wurde verliehen an Universitätsdozent Dr. Waldemar WAHREN (Neurologie, insbesondere Neuroanatomie),

Privatdozent Dr. Eckart WIESENHÜTTER (Medizinische Psychologie und Psychotherapie).

Zum Privatdozenten wurde ernannt:

Wiss. Ass. Dr. med. Maschallah NADJMI für „Neurologie“.

Der Privatdozent und Oberarzt an der Universitäts-Zahnklinik, Dr. Wilhelm KÜHL, hat vom Preisrichterkollegium der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde den Arnold-Biber-Preis für das Jahr 1964 erhalten.

IN MEMORIAM**Professor Eymert †**

Am 15. Mai 1965 verstarb Herr Professor Dr. Heinrich EYMER, em. Direktor der I. Universitätsfrauenklinik München.

AUS DER GESCHICHTE DER MEDIZIN**Notwendige Richtigstellung einer Dissertation über E. Klebs**

Von Dr. Waither Koerting

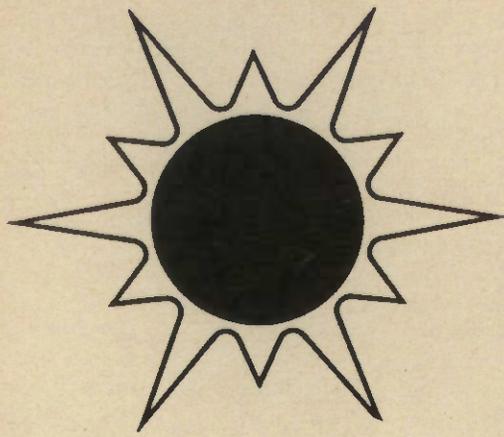
(Fortsetzung)

In früheren Zeiten, die noch nicht so lange hinter uns liegen, war man freilich in den Ansprüchen an den pathologischen Anatomen sehr bescheiden. Wenn nun derselbe eine Section kunstgerecht zu Ende zu bringen und dem behandelnden Arzte einen plausiblen Grund für den eingetretenen Tod zu geben vermochte, so war man mit seinen Leistungen zufrieden.

Ein erster Umschwung trat mit der Einführung des Mikroskopes in die pathologische Anatomie, mit dem Aufblühen der pathologischen Gewebelehre ein, und seit dieser Zeit ist auch die pathologische Anatomie in die Reihe der ordentlichen Professoren der medizinischen Facultät getreten, in welcher Beziehung unsere Universität mit einem rühmlichen Beispiele voranging. Eine weitere ebenso wichtige Umgestaltung ergab sich mit dem Beginne des Studiums der pathologischen Vorgänge an den Elementarteilen, wie es vor allem in der von Virchow begründeten Cellularpathologie und in der neueren Experimentalpathologie sich manifestierte und bald zu ungeahnter Blüte gelangte.

So kam es nach und nach dazu, daß die pathologische Anatomie über ein immer weiteres Gebiet sich ausdehnte und nun einen solchen Umfang erreicht hatte, daß es bald die Kräfte des Einzelnen übersteigen wird, dasselbe auch nur annähernd gleichmäßig ganz zu beherrschen. Wie könnte es in der That einem einzigen Forscher auf die Dauer gelingen, die größere pathologische Anatomie der Organe, die Mißbildungen, die pathologische Gewebelehre, die pathologische Physiologie mit Inbegriff des pathologischen Experimentes und der Lehre von den chemischen Verhältnissen der erkrankten Theile Alle mit gleicher Intensität zu umfassen und dabei auch noch in normaler Anatomie, Embryologie, Histologie und Physiologie, sowie im Gebiete der praktischen Medizin sattelfest zu sein? Die medizinische Facultät sieht auch hier die Zeit kommen, in der, ebenso wie im normalen Gebiete, so auch hier eine Scheidung unabweisbar sein und der pathologische Anatom eine Professur der Experimentalpathologie oder patholog. Physiologie an die Seite treten wird.

So lange jedoch eine solche Scheidung nicht durchführbar erscheint, und vorläufig ist sie es nicht, wird jede medizinische Facultät bei der Wahl eines pathologischen Anatomen mit der größten Umsicht vorzugehen und vor Allem darauf zu achten haben, daß derselbe in drei Hauptgebieten: der größeren pathologischen Anatomie, der pathologischen Gewebelehre und der Experimentalpathologie zu Hause zu sein hat. Zu verlangen, daß jeder zu Berufende aber in Frage kommende in allen diesen Gebieten ganz Hervorragendes geleistet aber auch nur gleichmäßig als Forscher thaetig gewesen sei, hieße dagegen wohl zu weit gehen und hat aus diesem Grunde die medizinische Facultät Veranlassung gefunden, sich diese Frage vorzulegen, welche Richtung bei



Eisenmangel?
Vitamindefizit?
Leistungsabfall?

Pantona[®]

Leber-Eisen-Vitamin-Konzentrat

**schafft neue Kraft
erneuert das Blut**

eine Medizin, die auch dem Gaumen zusagt

Flasche mit 285 g DM 5,95 lt. AT. o. U.
Flasche mit 1100 g DM 16,20 lt. AT. o. U.

den hier obwaltenden Verhaeltnissen die wünschenswertheste und entsprechende sei: Hierbei ergab sich bald, daß in Würzburg, welches namentlich durch sein großes Spital wesentlich eine Pflanzstätte praktischer Medizin ist, bei der Wahl eines pathologischen Anatomen vor Allem ins Auge gefaßt werden müsse, ob derselbe im Stande sei, den Anforderungen der praktischen Medizin nach allen Seiten Gerecht zu werden und es weniger darauf ankomme, ob er auch als Mikroskopiker oder Experimentator die höchste Stufe der Vollendung erreicht habe, obgleich wir allerdings verlangen müssen, daß der pathologische Anatom auch diese Gebiete beherrsche und ihre Errungenschaften für seine Lehrthätigkeit zu verwerthen wisse.

Von diesen Gesichtspunkten aus hat die medizinische Facultät die Personalfrage einer sorgfältigen Würdigung unterzogen und ist hiebei zu folgenden Ergebnissen gelangt.

Unter der nicht unbedeutenden Zahl von jüngeren pathologischen Anatomen, als da sind: Cohnheim in Kiel, Klebs in Bern, Rindfleisch in Bonn, Eberth in Zürich, Neumann in Königsberg, Groté in Greifswalde, Arnold in Heidelberg, Hertz in Amsterdam, Müller in Jena, hat die medizinische Fakultät aus Gründen, die wohl hier nicht weiter auseinander gesetzt zu werden brauchen, nur die drei erstgenannten als bei weitem und ohne Widerrede die Tüchtigsten in nähere Berücksichtigung gezogen und auch von diesen Dreien wurde Einer, nemlich Cohnheim in der entscheidenden Facultätssitzung ganz und gar fallen gelassen, nachdem in Erfahrung gebracht worden war, daß derselbe einen Ruf nach Breslau an die Stelle des nach Straßburg ziehenden Waldeyer erhalten habe. So bleiben nur Klebs und Rindfleisch in Frage, über die wir nun in Folgendem näher berichten.

Theodor Albrecht Edwin Klebs, geboren am 6. Februar 1834 in Königsberg, und somit im 38. Jahre stehend, protestantischer Religion, studirte in Königsberg, Würzburg, Jena und Berlin, wo er am 15. Juni 1857 mit der Dissertation: „de mutationibus, quae in Intestinis inveniuntur, tuberculosis“ doktorirte und im selben Jahre noch die Staatsprüfung ablegte. Im Jahre 1859 wurde er Assistent am physiologischen Laboratorium in Königsberg und Privatdozent daselbst, kam dann 1862 als Assistent von Virchow nach Berlin und hatte in dieser Stellung, die er bis zum Jahre 1866 zum Theil neben Recklinghausen und Cohnheim bekleidete, reichliche Gelegenheit, sich in der pathologischen Anatomie auszubilden. 1866 endlich kam er als Professor der pathologischen Anatomie nach Bern, welche Stelle er jetzt noch einnimmt.

In Betracht der Bedeutung von Klebs als Lehrer hat die Fakultät bestimmte Urtheile von Lücke, und Preisky (Anm. richtig Breisky), Professoren der Chirurgie und Geburtshilfe in Bern, erhalten, denen zufolge Klebs ein sehr beliebter Lehrer und ausgezeichnet guter Redner sein soll, so daß die Fakultät nach dieser Seite nicht die geringsten Bedenken hat. Als Mann der Wissenschaft und als Forscher ist Klebs aus seinen zahlreichen Arbeiten, deren Aufzählung in Beilage I enthalten ist, nicht unschwer zu beurtheilen und läßt sich aus denselben folgendes Facit ziehen:

Im Anfang seiner Thätigkeit und vor allem in Königsberg war Klebs vorwiegend auf dem Gebiete der normalen Gewebelehre thaetig und ist seine beste Arbeit

N. P. 327. p. 25. März 1872.



Handwritten text in cursive script, likely the official appointment document.

Handwritten signatures and names, including 'Klebs' and 'Rindfleisch'.

Ludwig II. ernennt Professor Klebs zum ordentlichen Professor

dieser Art die über die Nerven der organischen Muskeln, die, wenn sie auch nichts ganz Neues bringt, doch die vollständige Untersuchung der damaligen Zeit über diese Frage darstellt. Minder gelungen sind seine Arbeiten über die Contractilität der rothen Blutzellen, die Eierstockseier der Wirbelthiere und eine neue kleinere Arbeit aus dieser Sphäre über den Luftgehalt der frischen Knochenzellen.

Im pathologisch-anatomischen Gebiete ist Klebs vor Allem durch zwei größere Arbeiten aufgetreten, einmal das Handbuch der pathologischen Anatomie, Berlin, von dem in den Jahren 1868—1870 drei starke Lieferungen erschienen sind und die vierte unter der Presse sich befindet. Dieses Werk ist nach dem Urtheile der Fachmänner in der Facultät eine vortreffliche Leistung, einem großen Theile nach auf eigenen Untersuchungen basirt und vor Allem den Bedürfnissen der Kliniker und Ärzte angemessen. Die zweite Abhandlung gibt die Resultate von 115 in den Kriegslazarethen zu Carlsruhe gemachten Sectionen und erörtert in ihrem allgemeinen Theile die Todesursachen bei Verwundungen, wobei eine große Zahl Erfahrungen über den schaedlichen Einfluß mikroskopischer Organismen (Microsporion Septicum und Zoogloca) die Hauptrolle spielen und es als das große Verdienst von Klebs erscheint, den Einfluß dieser Organismen auf die septische Infection nach Verwundungen, an der 73% der von ihm Beobachteten zu Grunde gingen, nach-

gewiesen und genau verfolgt zu haben. In derselben Richtung bewegen sich auch zwei Arbeiten von Schülern von Klebs, und zwar

1. E. Riegel, Über die Fiebererregende Eigenschaft des *Microsporon septicum*, Bern 1871, und

2. F. W. Zahn, Zur Lehre von der Entzündung und Eiterung mit besonderer Berücksichtigung der durch das *Microsporon septicum* hervorgerufenen Erscheinungen, Heidelberg, 1871, sowie drei kleinere Arbeiten von Klebs selbst (Beilage II . . .), in denen der Ozongehalt des Eiters und die Ozontragende Substanz desselben nachgewiesen wird. Die Ergebnisse aus diesen Untersuchungsreihen von Klebs und seinen Schülern sind:

1. die infektiösen Wundkrankheiten werden durch parasitäre Pilze, *Microsporon septicum*, erzeugt, welches bei den mit Eiterung einhergehenden sogenannten pyämischen, wie bei den rein septischen Formen vorkommt. Die Unterscheidung zwischen Pyaemie und Septicaemie muß fallen.

2. Diese Pilzbildungen zerstören local die Gewebe, erregen Eiterung und dringen in die Lymph- und Gefäßbahnen vor, sie sind die Ursachen secundärer, heerdeisener oder diffuser Entzündung.

3. Bei der Entwicklung des *Microsporon septicum* entsteht eine fiebererregende, in die Ernährungsflüssigkeit diffundirende Substanz; Fortdauerndes Fieber wird erst durch fortdauernde Importation dieser Substanz bei Anwesenheit der Pilze im Organismus erzeugt.

Wir hätten nicht so ausführlich bei dieser Angelegenheit verweilt, wenn nicht die Ermittlung der Art und Weise, wie mikroskopische thierische und pflanzliche Parasiten an der Erzeugung und Verbreitung von allen epidemischen Krankheiten sich betheiligen, gerade jetzt eine so große Rolle in der Medizin spielte und die Arbeit von Klebs den Beweis leistete, daß er auch solche vor allem den Praktiker und weniger den Mikroskopiker interessierende Fragen in der richtigen Weise zu behandeln versteht.

Unter den übrigen pathologisch-anatomischen Arbeiten von Klebs sind zu nennen:

1. drei größere Aufsätze über die normale und pathologische Anatomie des Auges (Beilage I. C. 1).

2. Zwei Arbeiten über die Entstehung der Tuberkulose (Beilage I. C. 11. 12).

3. Eine Untersuchung über die Wirkung des Kohlenoxyds auf den Organismus.

4. Zur Pathologie der epidemischen Meningitis, welche Arbeiten ebenfalls alle Zeugniß ablegen von dem Fleiße und der Begabung des Verfassers und zum Theil unter Zuhilfnahme des Experimentes hergestellt sind.

Georg Eduard Rindfleisch, geboren zu Köthen und somit 36 Jahre alt, protestantischer Religion, erhielt

seine erste Bildung zu Wittenberg und studirte zu Heidelberg ... (Anm. Es folgten nähere Angaben.)

Sucht man nun aus den angegebenen Schilderungen das Facit zu ziehen, so ergibt sich, daß die beiden Candidaten Klebs und Rindfleisch auf jeden Fall einander sehr nahe stehen, so daß eine Entscheidung über die Frage, welcher von Beiden für Würzburg der bessere wäre, nicht leicht ist. In der That hat auch die Facultät erst nach langer und reiflicher Erwägung mit sechs gegen eine Stimme, welche Rindfleisch und Klebs in gleicher Linie stellen wollte, den Beschluß gefaßt, Klebs primo loco und Rindfleisch secundo loco vorzuschlagen. Die Erwägungen, die sie hiebei leiteten, waren folgende:

Erstens hat Klebs als fünfjähriger Assistent von Virchow eine ganz andere und gründlichere Schule durchgemacht als Rindfleisch und gebietet als solcher auch über eine größere Summe von Erfahrungen (in Berlin werden an der Charité im Jahre mindestens 700 Leichen secirt), welche in reichlichem Maße zu vermehren, seine Stelle in Bern ihm alle Gelegenheit geboten hat. Rindfleisch dagegen kam erst in Zürich zum selbstständigen Seciren, doch blieb er auch in dieser günstigen Stellung, wo er circa 250 Sectionen im Jahre hatte, nur 3 Jahre und war in den letzten 7 Jahren in Bern nur auf ein sehr spärliches Material angewiesen. Es ist demzufolge nicht anders möglich, als daß Rindfleisch an Schulung und Erfahrung im Gebiete der gröberen und feineren pathologischen Anatomie Klebs nachsteht.

Eine Vergleichung der literarischen Arbeiten beider Forscher führt zweitens zu dem Ergebnisse, daß Rindfleisch mehr Mikroskopiker ist, Klebs dagegen der praktischen Seite der Medizin nähersteht und die pathologische Anatomie mehr von dieser Seite bearbeitet hat. Rindfleisch hat ein Handbuch der pathologischen mikroskopischen Anatomie der Gewebelehre, Klebs ein solches der pathologischen Anatomie oder der Organenlehre geschrieben und auch in ihren übrigen Arbeiten neigen sich beide Forscher, der eine mehr nach der histologischen, der andere mehr nach der praktischen Seite hin.

Da nun beide Forscher als Lehrer gleich hervorragend und beliebt sind und die Erwerbung keines der Beiden unmöglich erscheint, so hat die medizinische Facultät angesichts der Bedürfnisse der Würzburger Universität und in Anbetracht der größeren Erfahrung, Durchbildung und Schulung von Klebs nach der praktischen Seite hin, sich entschlossen denselben in erster Linie vorzuschlagen, für den Fall aber, daß derselbe nicht zu gewinnen sein sollte, auf Rindfleisch zu reflectiren und in einem solchen Falle diesen Forscher ebenfalls allein in Vorschlag zu bringen.

Zur Unterstützung ihrer Auffassung erlaubt sich nun die Facultät noch zwei Zeugnisse Anderer vorzulegen und zwar von Virchow und Socin.

RECORSAN[®]

-HERZSALBE

20 g DM 2.05 o. U.

- Gesellschaften Gräffeling und Lüneburg

Virchow schreibt in seinem Briefe vom 27. Januar Folgendes:

„Klebs ist ein sehr fleißiger und erfahrener Arbeiter, der den Vorzug hat, sich in der systematischen pathologischen Anatomie versucht zu haben und obwohl er sich in einer weit günstigeren Lage befindet als die anderen beiden (Grohé und Cohnheim), so zweifle ich doch nicht, daß er mit Vergnügen gehen wird. Sie können also wie ich denke an alle drei als Candidaten denken und wenn ich gerade drei meiner Assistenten nenne, so geschieht es gewiß nicht, um andere Candidaten auszuschließen, sondern weil ich überzeugt bin, daß sie wirkliche Vorzüge haben. Sie besitzen alle drei ein nicht geringes Lehrtalent, sie haben schon von ihrer Assistentenzeit her eine unvergleichlich große Erfahrung und, was ich wohl auch sagen darf, sie sind streng geschult, wengleich in keiner Weise zu doktrinäer Unterwürfigkeit, sondern vielmehr zu wissenschaftlicher Selbstständigkeit erzogen. Sie kennen die Bedürfnisse der Praktiker und Kliniker eben so gut, wie die der Studirenden.

Wollten Sie keinen von diesen Dreien, so würde meiner Meinung nach zunächst an Waldeyer, Rindfleisch und Eberth zu denken sein. Rindfleisch ist ein begeisterter Lehrer und ein sehr fleißiger Untersucher; aber auch er ist nicht mitten in der Pathologie und obschon aus meinem Institute hervorgegangen, doch nicht mit dem Maße von pathologischer Erfahrung ausgestattet wie meine alten Assistenten, die wirkliche pathologische Anatomen sind.“

Socin, Professor der Chirurgie in Basel, der als oberster Chirurg die Kriegslazarethe in Carlsruhe leitete und somit hinreichend Gelegenheit hatte, Klebs, der neben ihm die Sectionen machte, kennen zu lernen, schreibt am 10. Februar 1872 wörtlich Folgendes:

„Professor Klebs halte ich für einen der besten und begabtesten pathologischen Anatomen der Virchow'schen Schule, von der er sich übrigens vielfach emanzipirt hat, um seine eigenen Wege zu gehen. Er besitzt eine vollendete Technik, wie sie eben nur den Berliner Assistenten eigen ist. Als Forscher ist er durchaus nicht einseitiger Histolog, wofür am Besten seine vielseitigen, auch jüngsten Arbeiten aus dem Gebiete der experimentellen Pathologie zeugen. Als Redactor unserer schweizerischen Correspondenz-Blätter für Ärzte zeigt er einen scharfen kritischen Blick und solide Kenntnisse in den verschiedensten Branchen der Medizin. Von mancher Seite wird ihm sogar zum Vorwurf gemacht, er bliebe nicht genug bei seinem Specialfache, gewiß mit Unrecht. Wie Sie selbst am Besten wissen, darf der Mediziner nicht nur gelehrt, er muß auch möglichst allseitig durchgebildet sein. — Bei den Sectionen weiß Klebs mit großem Verständniß das klinisch wichtige und Interessante hervorzuheben und zu demonstrieren. Über sein eigentliches Lehrtalent kann ich zwar aus eigener Erfahrung nicht sprechen, doch weiß ich, daß er in Bern ein sehr beliebter Lehrer ist und ich höre ihn von Linke, den ich vor einigen Tagen sprach, in dieser Beziehung sehr rühmen. Außer alledem besitzt Klebs eine ganz enorme Arbeitskraft, welche gepaart mit ehrgeizigem Eifer nicht fürchten läßt, daß selbst bei

kleinerem Beobachtungsmaterial seine rege Thätigkeit erlahmen möchte. Ich füge hinzu, daß Klebs von Natur und durch die Virchow'sche Erziehung ein Mann von großer Selbstständigkeit des Urtheils ist. Was den Charakter von Klebs anbelangt, so zeigt der Mensch dieselben Eigenschaften, wie der Gelehrte und kenne ich Klebs als einen durchaus ehrlichen unabhängigen Charakter, mit dem sich gut auskommen läßt“).

So weit Socin. Wir fügen nun noch bei, daß Klebs eingezogenen directen Nachrichten zufolge sehr geneigt ist, einen Ruf nach Würzburg anzunehmen, wenn er finanziell entsprechend gestellt wird. Sein Gehalt in Bern ist 5000 Frs., seine Nebeneinnahmen circa 4000 Frs., in Summa 9000 Frs. = 4200 Fl. In Würzburg betragen die Collegiengelder der pathologischen Anatomen bei guter Frequenz in minimo 2000 Fl, wir würden demnach, wenn wir Klebs den Gehalt von Recklinghausen mit 2800 Fl böten, denselben entschieden besser stellen. Doch ist zu bedenken, daß man in Bern gewiß nichts unversucht lassen wird, um diesen beliebten Lehrer zu halten und daß Klebs, dessen Frau eine Bernerin ist, und der gern in Bern lebt, möglicherweise sehr ins Schwanken kommen könnte. In einem solchen Falle würde die medizinische Facultät auf eine größere Summe v. 3000 Fl. und darüber zu befürworten kein Bedenken tragen, da ihr bei den großen drohenden Verlusten alles daranliegen muß, dieselben durch möglichst tüchtige Kräfte zu ersetzen.

Wir wiederholen zum Schluß noch einmal unseren Antrag,

an die erledigte Stelle der pathologischen Anatomie zu berufen:

Herrn Professor Edwin Klebs in Bern und bitten Einen Hohen akademischen Senat, diesen Antrag mit möglichster Beförderung bei der Höchsten Stelle zu befürworten, indem gegründete Aussicht vorhanden ist, daß wenn noch im Laufe dieses Monats ein Ruf an Klebs erginge, derselbe schon zum Sommersemester kommen könnte, worauf wir ein sehr großes Gewicht legen würden.

Sollten die Unterhandlungen mit Klebs sich zer schlagen, so würden wir dann vorschlagen

Herrn Professor Rindfleisch in Bonn und uns dann erlauben, über denselben noch einige Details beizubringen, die vorläufig noch nicht am Platze waren.

Eines
Koeniglichen
akademischen Senates
ergebene
medizinische Fakultät

A. Fick²⁾
z. Z. Dekan.

(Fortsetzung folgt)

¹⁾ August Socin (geb. 1837 in Vevey, gest. 1899 in Basel) hatte 1857 in Würzburg promoviert, 1861 in Basel habil., 1862 ao., 1864 o. Professor der Chirurgie in Basel. Er führte bereits Mitte der 60er Jahre die antiseptische Wundbehandlung ein. Er war Mitgründer der „Deutschen Gesellschaft für Chirurgie“.

²⁾ Adolf Fick (geb. 1829 in Kassel, gest. 1901 in Blankenberghe) wurde 1855 ao. und 1861 o. Professor der Physiologie. 1866 wurde er nach Würzburg berufen. Mit 70 Jahren verzichtete er auf die weitere Ausübung der Lehrtätigkeit. Seine zum Teil grundlegenden Abhandlungen wurden nach seinem Tode von seinem Sohn, dem zuletzt in Berlin wirkenden Anatomen Rudolf Fick, in vier Bänden als A. Ficks „Gesammelte Schriften“ (Würzburg 1903) herausgegeben.

AUS DER LANDESPOLITIK

„Gesundes Leben in unserer Zeit“

Das war das Leitmotiv eines Gesundheitspolitischen Kongresses, den die CSU in Bayern am 12. Mai 1965 veranstaltete. Bei einem abendlichen Empfang, der diesen Kongreß einleitete, konnte der Parteivorsitzende der CSU, Herr Bundesminister a. D. Dr. h. c. Franz-Josef STRAUSS, eine große Zahl von Persönlichkeiten des öffentlichen Lebens begrüßen, darunter Frau Bundesministerin Dr. SCHWARZHaupt.

In einem Grußwort sprach sich die Bundesministerin Dr. Schwarzhaupt für eine gute Zusammenarbeit zwischen Bund und Ländern auf dem Gebiete des Gesundheitswesens aus, denn nur dadurch könnten die vielen Probleme, die sich unter anderem aus der zunehmenden Industrialisierung unseres Landes ergeben, befriedigend gelöst werden.

In seiner Begrüßungs- und Eröffnungsansprache betonte der Bayerische Staatsminister des Innern, Herr Dipl.-Ingenieur Heinrich JUNKER, der auch Vorsitzender des Bundsratsausschusses für Gesundheitswesen ist, daß der Schutz der Volksgesundheit eine politische Aufgabe sei. Der Wert der Gesundheit werde von den Menschen mehr und mehr verstanden und die Sorge um die Erhaltung der Gesundheit stehe unter den Sorgen, die das menschliche Leben mit sich bringt, jetzt an erster Stelle. Eine moderne Gesundheitspolitik verlange, daß die wissenschaftlichen Erkenntnisse voll ausgeschöpft werden. Im Gegensatz zu vielen anderen politischen Bereichen seien in der Gesundheitspolitik Alternativen nicht möglich, es gelte vielmehr, eine optimale gesundheitliche Sicherung für die Bevölkerung zu erreichen. Auch in unserer hochtechnisierten Welt, für deren Vorteile wir auch Gefährdungen in Kauf nehmen müßten, gebe es vermehrbare Nachteile. Die Reinhaltung von Wasser und Luft, die Verminderung des unerträglichen Lärms, seien nicht ästhetische, sondern wichtige gesundheitliche Forderungen. Das Wort vom gesundheitlichen Notstand, das Hufeland vor 150 Jahren warnend ausgesprochen habe, sei heute in einem ganz anderen und bedrohlichen Sinn wahrgeworden. Ohne Beseitigung der lebensbedrohenden Störungen auf hygienischem Gebiete würden wir in eine Situation kommen, in der der sogenannte höhere Lebensstandard nicht nur nutzlos, sondern auch unsinnig und gefährlich werde. Zu den gesundheitlichen Forderungen in dieser Beziehung gehöre unter anderem auch richtige Stadtplanung, Fernheizung, Sportplätze, Schulen und Krankenhäuser.

Nach Auffassung der CSU müßten gesundheitspolitische Maßnahmen und staatliche Aufgaben auf

dem Gebiete der Gesundheitspolitik stets ihre klaren Grenzen sehen. Hier habe der einzelne Mensch Vorrang vor den Staatsinteressen. Durch Maßnahmen der Gesundheitspolitik seien die Möglichkeiten für die Erhaltung und Wiederherstellung der Gesundheit zu bieten; es solle aber nicht ein kollektiver organisatorischer Zwang ausgeübt werden.

Den ersten Fachvortrag des Kongresses hielt Herr Professor Dr. Hermann EYER, Ordinarius für Hygiene und Mikrobiologie der Universität München und Direktor des Max-von-Pettenkofer-Instituts für Hygiene und Mikrobiologie, über das Thema „Umwelthygiene als Gegengewicht der zivilisatorischen Überforderung“. Allen Hochkulturen sei eine durch den erreichten Grad des Fortschritts bestimmte Höhe der zivilisatorischen Leistungen zugeordnet. In zunehmendem Maße überspiele die Zivilisation unserer Tage das Rezeptionsvermögen des Menschen, so daß mit Recht nach den Konsequenzen der fortgesetzten Überforderung gefragt werden darf. In unseren Tagen sei die Analytik zum Mittel der Wahl allen Fortschritts geworden. In Gewerbe und Industrie sei man bemüht, die Pegelhöhe der einzelnen Noxen festzulegen. Die Entscheidungen, die anstehen, seien eindeutig. Neben der Anonymität aller Großmaßnahmen dürfe die Beteiligung des einzelnen nicht vergessen werden. Das zunehmende Versagen vieler mahne, daß die Grenzen des Erträglichen überschritten und die zivilisatorischen Überforderungen bereits Trumpf seien. Also müßten Kranksein und Heilen zurückstehen vor Vorbeugen und Bewahren. Technik und Zivilisation seien, je mehr und je schneller sie fortschreiten, in vermehrtem Umfange dem „Risiko der Kinderkrankheiten“ ausgesetzt. Sie auf ein erträgliches Maß einzuschränken und nicht zur Überforderung werden zu lassen, sei das Ziel; um es zu erreichen, sei der einzelne mehr denn je zu kritischem Mitdenken und aktiver Mitarbeit aufzurufen.

Der em. Professor Dr. Ludwig FREUND, Roosevelt-University (Chicago), Hannover, sprach über das Thema „Der Mensch unter den Bedingungen der modernen Arbeitswelt“ und wies darauf hin, daß die Technik als angewandte Wissenschaft Segen, aber auch manchen Fluch erzeugt. Die Technik sei ein Mittel, sie frage nicht nach Endzwecken, sondern nach Nutzen und praktischen Resultaten. Es sei einer der grundlegenden Aufträge an die zivilisierte Gesellschaft, die in jedem gehobenen Kultur-niveau unvermeidliche Spannung zwischen den technisch-ökonomischen Interessen auf

TROPFEN, ELIXIER

die
hormonfreie
Frauenarznei

feminon®

JULIUS REDEL CESRA-ARZNEIMITTELFABRIK HAUENECKERSTEIN 5/BADEN-BADEN

lokal
+ oral

= ideal

Bei
Hämorrhoiden
die überzeugende
Kombinationstherapie

lokal:
Varecort Zäpfchen und Rectacreme

Das Besondere an diesen Therapeutika: Rasche Linderung von Stechen, Brennen, Schmerzen und Juckreiz.

oral:
Varemoid Dragees

Varemoid wirkt kausal, ist einfach und sauber in der Applikation: Ein Hämorrhoidalmittel per se vor allem zur kurmäßigen Verwendung.

ideal:
Varecort + Varemoid

Die überzeugende Kombinationstherapie
bei Hämorrhoiden.

Zyma-Blaes AG München 25

der einen und ihren moralischen Aufgaben auf der anderen Seite auszugleichen.

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Hans SEWERING, behandelte das Thema „Die ärztliche Versorgung der alten Menschen“. Herr Dr. Sewering wies zu Beginn seiner Ausführungen darauf hin, daß man Alter nicht mit Krankheit und Altern nicht mit Krankwerden gleichsetzen dürfe. Viele Krankheiten, die im Alter häufiger auftreten oder die ihre Verlaufsform ändern, seien heute durch die großen Fortschritte der Medizin, insbesondere auch die der modernen Chirurgie und Anästhesie, viel leichter zu heilen oder mindestens zu beherrschen als früher. Durch die Tatsache, daß die Zahl der alten Menschen durch die gestiegene Lebenserwartung ebenfalls ansteigt, würden unserer Gesellschaft Aufgaben gestellt, der sie sich heute noch nicht oder nicht immer mit der gebotenen Sorgfalt annimmt. Unsere Welt, die Welt einer Leistungsgesellschaft, die durch Erfolg, Besitz und Unrast gekennzeichnet ist, habe häufig weder zu den Kindern noch zu den alten Menschen die richtige Einstellung. Die Arbeitsverhältnisse in den Betrieben berücksichtigten oft zu wenig die mit zunehmendem Alter sich wandelnden physischen und psychischen Belastungsmöglichkeiten.

Herr Dr. Sewering ging dann ausführlich auf die Probleme ein, die für alte Menschen und die Gesellschaft auftreten, wenn diese krank und pflegebedürftig werden. Von den alten Menschen leben ca. 14% in der Familiengemeinschaft, 4% in Altersheimen und 82% in der eigenen Wohnung. Wenn eine Pflegebedürftigkeit eintritt, müßten die allein lebenden alten Menschen häufig auch bei solchen Erkrankungen in Krankenhausbehandlung genommen werden, bei denen sonst häusliche Pflege genügen würde. Die Errichtung eigener Alterskrankenhäuser sei abzulehnen, es müßten vielmehr in den allgemeinen Krankenhäusern Abteilungen für alte oder chronisch kranke Menschen eingerichtet werden. Diesen Abteilungen könnten dann alle diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen zur Verfügung stehen.

Vordringlich sei weiterhin auch die Einrichtung von Altersheimen, in denen die volle Pflegemöglichkeit im Sinne der Familienpflege bestehe.

Wer immer auch sich über die Probleme alter Menschen Gedanken mache, müsse bedenken, daß er sich dabei mit seiner eigenen Zukunft befaßt. Im übrigen müsse unserer Gesellschaft stets bewußt sein, daß man die wahre sittliche Größe eines Volkes nicht zuletzt an der Einstellung gegenüber alten Menschen erkenne. Alles, was für die alten und hilfsbedürftigen Mitmenschen getan werde, sei niemals ein Almosen, sondern immer eine sittliche Verpflichtung.

Den letzten Fachvortrag des Kongresses hielt Herr Dr. Walter AURNHAMMER, Chefarzt der Kinderklinik

„St. Elisabeth“ in Neuburg/Donau, über das Thema „Das Leben des Kindes in unserer Verantwortung“. Die Probleme, die mit dem immer größer werdenden Kreis von körperlich und geistig behinderten Kindern zusammenhängen, seien als harte Realitäten anzusprechen, die zu lösen und zu tragen weder Rührung noch Pathos genügen. Alzu häufig werde zwar das Leben, nicht aber die volle Gesundheit erhalten. Das Kind sei ein ausgeliefertes Wesen; ausgeliefert dem, was ihm gegeben und was ihm vorenthalten wird. Die Verantwortung beginne bereits vor der Geburt. Durch das rechtzeitige Feststellen von Blutgruppenunverträglichkeit könne unmittelbar nach der Geburt der Blutaustausch vorgenommen und damit das Leben und die Gesundheit vieler Neugeborener erhalten werden. Die übertragbaren Krankheiten konnten durch die Schutzimpfungen auf ein Minimum reduziert werden; wichtig sei aber, daß auch die nachkommenden Jahrgänge immer wieder solchen Impfungen zugeführt werden und bei den älteren Auffrischimpfungen erfolgen.

Wesentlich für die Betreuung der kranken Kinder sei die Einrichtung von hochqualifizierten Kinderkrankenhäusern. Deshalb habe der neue Krankenhausplan der Bayerischen Staatsregierung festgelegt, daß die Regelung für die stationäre Kinderheilkunde überörtlich zu handhaben sei.

Aufgabe der Politiker sei, die erforderlichen materiellen Werte bereitzustellen. Schwieriger und zugleich unendlich wichtiger sei aber die menschliche Hilfe und das Verantwortungsbewußtsein gegenüber den Kindern.

In seiner Schlußansprache zu diesem Kongreß betonte der Landesvorsitzende der CSU, Dr. Franz-Josef Strauß, daß den Menschen im freien Teil Deutschlands auch auf dem Gebiet der Gesundheitspflege die Freiheit erhalten und sie nicht dem Joch einer totalitären Staatsherrschaft, aber auch nicht anderen Formen staatlicher Gesundheitsdienste unterworfen werden sollen.

Die Fülle und Vielzahl der gesundheitspolitischen Anliegen verlange eine bedeutungsmäßige und zeitliche Rangordnung durch weitschauende Abstimmung der Einzelprobleme. Die CSU werde, aufbauend auf ihren bisherigen Leistungen in der Gesundheitspolitik, künftighin mit großem Nachdruck und auch finanziellem Aufwand ihr Programm verwirklichen. Dr. Strauß dankte ganz besonders für die Leistungen derer, die es sich zur Lebensaufgabe oder auch zur zeitweisen Aufgabe gemacht haben, den kranken und hilfsbedürftigen Menschen zu dienen.

Die Christlich-Soziale Union betrachte es als ihre vornehmste Aufgabe, den gesundheitlich Geschädigten das Gefühl zu geben, gleichwertiges Mitglied der Gemeinschaft zu sein und als solches geachtet zu werden. Die Grundlage ihrer Gesundheitspolitik liege in der Anerkennung des Lebens als Geschenk Gottes. Aus dieser Grundbindung und Einstellung heraus will die Partei ihre Vorstellungen verwirklichen.

Cor-Vel[®]

liquidum

bei Herzinsuffizienz im Intervall, Cor nervosum sowie Altersherz

„NEOS“-DONNER K.-G., 1 BERLIN 36

AMTLICHES

Approbatians- und Bestallungsangelegenheiten

Betreff: Zurücknahme der Bestallung der Frau Dr. med. Gisela Klapsing, geb. Schulte-Wintrup, geb. am 2. 7. 1920 in Fritzlar, zur Zeit im Psychiatrischen Krankenhaus Merxhausen.

Der hessische Minister für Arbeit, Volkswohlfahrt und Gesundheitswesen teilt mit, daß der Frau Dr. Klapsing die Bestallung als Ärztin durch rechtskräftige Verfügung vom 14. 1. 1965 des Reglerungspräsidenten in Kassel zurückgenommen worden ist. Die Bestallungsurkunde wurde eingezogen.

Betreff: Ruhen der Bestallung; hier: Dr. med. Nicolaus Maiwald, geb. 3. 3. 1910, zur Zeit Städt. Karl-Bonhoeffer-Heilstätten.

Die Ärztekammer Berlin hat auf Grund § 6 Abs. 1 Ziff. 2 in Verbindung mit § 3 Abs. 1 Ziff. 4 der Bundesärzteordnung die Bestallung des Genannten für ruhend erklärt und gemäß § 80 Abs. 1 Ziff. 4 der Verwaltungsgerichtsordnung vom 21. 1. 1960 (GVBl. S. 207) die sofortige Vollziehung angeordnet.

Betreff: Ruhen der Bestallung; hier: Frau Eleonore Müller, geb. Lichtenstein, geb. 27. 7. 1910, wohnhaft Eßlingen-Zoiberg, Eichendorffstraße 44.

Das Regierungspräsidium Nordwürttemberg hat mit Schreiben vom 26. 11. 1964 an die Landesärztekammer Baden-Württemberg gem. § 6 Abs. 1 Nr. 2 der Bundesärzteordnung das Ruhen der Bestallung als Arzt für Frau Eleonore Müller angeordnet.

Betreff: Ruhen der Bestallung; hier: Dr. Rose-Marie Koblitz-Freytag, geb. 21. 6. 1919, wohnhaft Berlin 12, Weimarer Straße 26.

Der Senator für Gesundheitswesen in Berlin hat durch Verfügung vom 8. 2. 1965 auf Grund § 6 Abs. 1 Ziff. 3 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 bei Frau Dr. Koblitz-Freytag das Ruhen der Bestallung als Arzt angeordnet. Die Verfügung ist unanfechtbar.

Betreff: Ruhen der Bestallung; hier: Dr. med. Wilhelm Schulze-Kump, geb. 7. 12. 1922 in Leichlingen, wohnhaft Düsseldorf, Erkrather Straße 442.

Der Regierungspräsident von Nordrhein hat mit sofort zu vollziehender Verfügung vom 24. 9. 1964 das Ruhen der ärztlichen Bestallung des Obengenannten angeordnet. Dr. Schulze-Kump ist nicht mehr berechtigt, ärztliche Tätigkeit auszuüben.

Betreff: Aufhebung des Ruhens der Bestallung; hier: Dr. med. Else Voß, geb. 13. 11. 1914 in Ohrsee, Kreis Rendsburg, wohnhaft zuletzt: Hamburg-Wandsbek, Schloßstraße 2—6.

Die Gesundheitsbehörde der Freien und Hansestadt Hamburg hat mit Bescheid vom 9. 3. 1965 ihre Verfügung über das Ruhen der Bestallung der Ärztin Dr. med. Else Voß vom 25. 3. 1964 mit sofortiger Wirkung aufgehoben. Frau Dr. Voß ist ab sofort berechtigt, den ärztlichen Beruf auszuüben.

Betreff: Befugnis zur Ausübung des ärztlichen Berufs; hier: Hermann Tillmann, geb. 6. 6. 1922 in Bonn, zuletzt wohnhaft gewesen: Berlin 33, Finkenstraße 11.

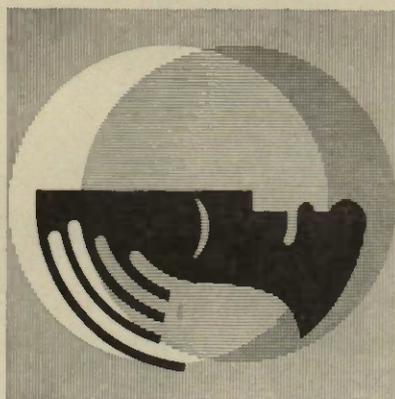
Der Senator für Gesundheitswesen in Berlin teilte am 6. 4. 1965 folgendes mit:

„Mit der vorgenannten Verfügung habe ich die Bestallung als Arzt des Hermann Tillmann gemäß § 5 Abs. 1 Ziff. 2 der Bundesärzteordnung vom 2. 10. 1961 (Bundesgesetzblatt I S. 1857 / Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin, S. 1697) zurückgenommen. Die Verfügung ist jetzt unanfechtbar geworden. Ich bitte um Kenntnisnahme. Die Ruhensanordnung vom 12. 6. 1962 ist damit gegenstandslos.“

Betreff: Ruhen der Approbation als Arzt Dr. med. Kurt Walter, geb. 7. 4. 1932 in Reichenberg.

Das ostzonale Ministerium für Gesundheitswesen teilte dem Bayer. Staatsministerium am 25. 3. 1965 folgendes mit: „Der Rat des Bezirkes Gera — Abt. Gesundheits- und Sozialwesen — hat mit Entscheidung vom 11. 11. 1964 das Ruhen der Approbation des Herrn Dr. Kurt Walter gemäß § 7 Abs. 1 der Anordnung vom 16. 2. 1949 über die Approbation der Ärzte (Approbationsordnung für Ärzte) (ZVOBl. S. 120) verfügt. Herr Dr. Walter fehlt z. Z. wegen Schwäche seiner geistigen Kräfte die für die Ausübung der Heilkunde erforderliche Eignung und Zuverlässigkeit. Die Entscheidung ist rechtskräftig. Wir setzen Sie davon in Kenntnis für den Fall, daß sich Herr Dr. Walter, der sich z. Z. im Gebiet der Bundesrepublik (Schwäb. Gmünd) aufhält, um Aufnahme einer ärztlichen Tätigkeit bemüht.“

tempidorm®



Ein
Stufenschlafmittel,
das Ihr Vertrauen
verdient

Tabletten, Suppositorien
Supp. pro inf., comp. (Kapseln)



costopalm 7067 Plüderhausen bei Stuttgart

Amuno[®]

Indometacin

Preis: 20 Kapseln zu 25 mg
DM 5.65 o.U.

AMUNO bedeutet den ersten grundlegenden und bemerkenswerten Schritt in der nicht-hormonalen Therapie rheumatischer Erkrankungen seit über einem Jahrzehnt.

AMUNO wirkt eindrucksvoll entzündungshemmend rasch schmerzstillend und nachhaltig fiebersenkend.

AMUNO spart Steroide ein oder macht sie entbehrlich, ist jedoch selbst kein Steroid und zudem mit keinem der bisher vorhandenen Antirheumatika verwandt.

AMUNO ist angezeigt bei rheumatischen Erkrankungen: den entzündlichen wie degenerativen, artikulären und extraartikulären klinischen Erscheinungsformen.

ein Schritt voran in der **Rheuma-Therapie**



Sharp & Dohme GmbH
8 München 51
Postfach 1

Tochtergesellschaft der
Merck & Co., Inc., Rahway, N.J. (U.S.A.)

GESETZES- UND RECHTSFRAGEN

Neue Ausbildungszulagen ab 1. April 1965

Es ist eine bekannte Tatsache, daß der Schul- oder Hochschulbesuch eines Kindes der Familie erhebliche Belastungen bringt. Durch die Einführung der Lehr- und Lernmittelfreiheit in mehreren Bundesländern wurden diese Belastungen etwas gemildert. Auch die verschiedenen Arten von Ausbildungsbeihilfen, bei denen aber meist eine gewisse Bedürftigkeit vorausgesetzt wird und die nur einem begrenzten Personenkreis zugute kommen, brachten vielfach eine finanzielle Erleichterung. Allein im Jahre 1963 wurden nach bundeseinheitlichen Regelungen Ausbildungsbeihilfen in einer Gesamthöhe von 363 Millionen DM ausgezahlt, wobei die Leistungen der Kriegsofopferfürsorge mit etwa 184 Millionen DM vor denen des Honnefer Modells mit ca. 70 Millionen DM liegen. Es folgen nach der Höhe der Ausgaben die Ausbildungsbeihilfen des Lastenausgleichs mit 42 Millionen DM, der Arbeitsverwaltung mit 37 Millionen DM und der Sozialhilfe mit etwa 15 Millionen DM. Mit diesen Beträgen konnten etwa 330 000 Personen gefördert werden. Eine weitere Entlastung soll nun die Einführung von sogenannten Ausbildungszulagen bringen. Der Deutsche Bundestag hat am 10. Februar 1965 den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung und Ergänzung des Kindergeldgesetzes verabschiedet. Damit sollen vom 1. April 1965 ab die Leistungen für die Familien erheblich verbessert werden. Es wird jetzt eine Ausbildungszulage von monatlich 40 DM für jene Kinder zwischen dem vollendeten 15. und 27. Lebensjahr gewährt, die eine staatliche, kommunale oder staatlich anerkannte Schule besuchen oder in Ausbildung in einem anerkannten Lehr- oder Anlernverhältnis stehen, sofern keine Erziehungsbeihilfe oder Vergütung vom Ausbildungsbetrieb gezahlt wird. Diese Ausbildungszulage ist steuer- und sozialabgabenfrei, die Auszahlung erfolgt durch die Arbeitsämter. Diese Ausbildungszulage soll abweichend von der Kindergeldregelung auch für das erste Kind gewährt werden, wenn der Ehegatte noch ein weiteres Kind hat. Verwitwete, geschiedene und ledige Elternteile sollen die Ausbildungszulage auch dann erhalten, wenn sie nur ein Kind haben. Auch die Angehörigen des öffentlichen Dienstes sowie die Empfänger von Renten aus der gesetzlichen Rentenversicherung und der gesetzlichen Unfallversicherung sollen, auch wenn die Kindergeldregelung für sie nicht zutrifft, diese Ausbildungszulagen erhalten. Man rechnet damit, daß für etwa 990 000 Familien Ausbildungszulagen gezahlt werden, die einen Aufwand von etwa 447 Millionen DM erfordern.

Gleichzeitig mit der Einführung der Ausbildungszulage wird die Einkommensgrenze beim Zweitkindergeld erhöht werden, und zwar bereits ab 1. Januar 1965. Sie

wird von bisher 600 DM monatlich auf nunmehr 650 DM angehoben. Ab 1. April 1965 entfiel die Einkommensgrenze bei Familien mit mehr als zwei Kindern ganz.
-alpe-

Wiederholtes Überschreiten der Höchstgeschwindigkeitsgrenze: Entziehung der Fahrerlaubnis möglich

(C.) Es kann nicht dem Ermessen des einzelnen Verkehrsteilnehmers überlassen bleiben, wann die Überschreitung der Höchstgeschwindigkeit nicht eine Gefährdung der anderen Verkehrsteilnehmer herbeiführt. Auch wiederholte geringfügige Verstöße gegen die Verkehrsvorschriften können die Entziehung der Fahrerlaubnis rechtfertigen. Denn auch derartige Verstöße können nämlich zu der Feststellung führen, daß der Betreffende nicht gewillt ist, die im Interesse der Verkehrssicherheit erlassenen Verkehrsvorschriften zu befolgen und sein Verhalten einen Hang zur Nichtbeachtung solcher Vorschriften erkennen läßt. Eine andere Beurteilung ergibt sich auch nicht daraus, daß der Kraftfahrer die zulässige Höchstgeschwindigkeit nur dann überschritten hat, wenn die Straße völlig frei gewesen ist (Beschluss des Bundesverwaltungsgerichts vom 14. 12. 1962 — VII B 68/61).

Warnschilder: Haftung der Verkehrsbehörde

(C.) Eine schuldhaftige Amtspflichtverletzung der Straßenverkehrsbehörde ist zu bejahen, wenn auf Autobahnen an Straßenstellen, die nach allgemeiner Erfahrung zu besonderer Glatteisbildung neigen (Fahrtstrecken durch Waldungen, über Brücken usw.), Warnschilder teils aufgestellt und teils nicht aufgestellt werden und beim Kraftfahrer dadurch der Eindruck erweckt wird, nur wo derartige Warnschilder stehen, sei mit einer Glatteisgefahr zu rechnen (Urteil des Bundesgerichtshofs vom 12. 7. 1962 — III ZR 139/61).

Muß der Vermieter einen vom Mieter vorgeschlagenen Nachmieter aufnehmen?

(C.) Vielfach versucht ein Mieter bei vorzeitigem Auszug aus den gemieteten Räumen, durch Namhaftmachung von Mietinteressenten von diesen einen Teil seiner früher dem Hausbesitzer gezahlten Abstandssumme zurückzuerhalten. Dazu hat der Bundesgerichtshof entschieden (Aktenz.: VIII ZR 219/61):

Der Mieter hat gegenüber seinem Vermieter keinen Anspruch darauf, daß der von ihm vorgeschlagene Mieter berücksichtigt wird, wenn im Mietvertrag keine Vertragsbestimmung des Inhalts besteht, daß der Vermieter verpflichtet ist, einen vom Mieter vorgeschlagenen Nachmieter in die Wohnung aufzunehmen.

Strophoperm

zur perlingualen Herztherapie

Salistoperm

zur percutanen Heilanaesthesie

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern im Monat April 1965¹⁾

(Zusammengestellt auf Grund der Wochenmeldungen)

An Scharlach erkrankten im April weniger Personen als im Vormonat, auf 100 000 der Bevölkerung trafen 64, im März noch 78 Fälle (auf ein Jahr umgerechnet). Lediglich zwei Diphtheriefälle wurden gemeldet; Erkrankungen an übertragbarer Kinderlähmung traten im Berichtsmonat nicht auf. Die Zahl der an Meningokokken-Meningitis (übertragbare Genickstarre) Er-

krankten ging zurück. — Bakterielle Ruhr trat im April wieder nur mehr vereinzelt auf, nachdem es im Vormonat zu einigen kleineren örtlichen Häufungen gekommen war. Die Erkrankungsziffer für Hepatitis infectiosa (übertragbare Leberentzündung) sank von 37 Fällen je 100 000 der Bevölkerung im März auf 31 Fälle im April.

Die meldepflichtigen übertragbaren Krankheiten in Bayern

Neuerkrankungen und Sterbefälle in der Zeit vom 4. April bis 1. Mai 1965 (Vorläufiges Ergebnis)

Gebiet	1		2		3		4		5		6		7		8		9		
	Diphtherie		Scharlach		Übertragbare						Typhus ob-dominalis		Paratyphus A und B		Bakterielle Ruhr (ohne Amöbenruhr)				
					Kinderlähmung		Hirnhautentzündung				Gebirnentzündung								
	E ¹⁾	ST ²⁾	E	ST	dar. paral. Fälle	E	ST	Meningokokken-Meningitis		Übrige Formen		E	ST	E	ST	E	ST	E	ST
Oberbayern	—	—	214	—	—	—	—	8	—	9	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Niederbayern	1	—	54	—	—	—	—	1	—	—	—	—	2	1	—	—	—	1	—
Oberpfalz	1	—	19	—	—	—	—	1	—	2	—	—	1	—	—	—	—	11	—
Oberfranken	—	—	49	—	—	—	—	5	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	—	—	87	—	—	—	—	1	—	2	1	2	2	1	—	—	—	—	—
Unterfranken	—	—	20	—	—	—	—	5	—	7	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	—	—	51	—	—	—	—	2	—	1	—	—	—	1	—	—	—	2	—
Bayern	2	—	494	—	—	—	—	23	—	23	1	2	2	5	1	—	—	17	—
München	—	—	138	—	—	—	—	4	—	6	—	—	—	—	—	—	—	3	—
Nürnberg	—	—	46	—	—	—	—	—	—	1	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	2	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	1	—
Regensburg	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	5	—
Würzburg	—	—	2	—	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Gebiet	10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22	
	Enteritis infectiosa				Datu-llismus		Hepatitis infectiosa		Oralithose				Verdachtsfälle von Tollwut 3)		Tularämie		Bang'sche Krankheit		Malaria Erst-erkrankung		Q-fieber		Toxoplas-mose		Wundstarr-kampf	
	Salmo-nellose		Übrige Formen						Psitta-cose		Übrige Formen															
	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	15	—	—	—	—	—	59	1	—	—	1	—	6	—	1	1	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—
Niederbayern	9	—	—	—	—	—	32	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Oberpfalz	3	—	—	—	—	—	25	—	—	—	—	—	36	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	3	—	—
Oberfranken	4	—	—	—	—	—	31	—	—	—	1	—	16	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Mittelfranken	2	—	—	—	—	—	22	1	—	—	1	—	10	—	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	1	—
Unterfranken	2	—	1	—	—	—	59	—	1	—	—	—	21	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Schwaben	1	—	—	—	1	—	10	—	—	—	—	—	7	—	—	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—
Bayern	36	—	1	—	1	—	238	3	1	—	3	—	96	—	1	1	3	—	1	—	2	—	5	1	1	—
München	10	—	—	—	—	—	21	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	—	1	—	1	—	1	—	—	—
Nürnberg	—	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Augsburg	—	—	—	—	—	—	3	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Regensburg	1	—	—	—	—	—	6	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Würzburg	—	—	—	—	—	—	9	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

Bericht des Bayerischen Statistischen Landesamtes

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

2) ST = Sterbefälle.

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

STEUERFRAGEN

Antrag auf Anpassung der Einkommensteuer-Vorauszahlungen 1965 an den neuen Tarif stellen

(C.) Nach den neuen Vorschriften des am 22. 11. 1964 in Kraft getretenen Steueränderungsgesetzes sind Steuerermäßigungen ab 1. 1. 1965 eingetreten. Eine pauschale Anpassung der ESt.-Vorauszahlungen an die neuen Vorschriften ist wegen der unterschiedlichen Auswirkungen im Einzelfall nicht möglich. Es ist daher geboten, daß bei der Festsetzung der ESt.-Vorauszahlungen vom 10. 3. 1965 an im Rahmen der Veranlagung 1963 die Vorschriften des Steueränderungsgesetzes 1964, insbesondere der neue Einkommensteuertarif, weitgehend berücksichtigt werden. Soweit die Veranlagung bereits durchgeführt und die Vorauszahlungen noch nach den bisherigen Vorschriften festgesetzt worden sind, kann eine Anpassung nur auf Antrag des Steuerpflichtigen im Rahmen des § 35 EStG vorgenommen werden (Erlaß der Oberfinanzdirektion Frankfurt/vom 25. 11. 1964 — S 2211 A — 8 — St 11 10).

Steuerberatungskosten bei den Einkünften aus Vermietung und Verpachtung

(F.) Nach Auffassung der Finanzverwaltung können die Kosten, die einem Hausbesitzer dadurch entstehen, daß er seine steuerlichen Angelegenheiten durch einen Steuerberater oder Steuerbevollmächtigten erledigen oder daß er sich steuerlich beraten läßt, nicht als Werbungskosten berücksichtigt werden, weil sie zu den nichtabzugsfähigen Kosten der Lebensführung gehören. Der Bundesfinanzhof hat in einem Urteil aus dem Jahre 1960 diese Auffassung mit der Begründung gebilligt, daß die Einkommensteuer und die Vermögensteuer, um deren Bearbeitung es dabei geht, auch zu den Lebenshaltungskosten gehören. Nur soweit auch die Grundsteuer bearbeitet wird, sei ein (anteiliger) Abzug möglich.

Das Finanzgericht Münster hat dagegen in seinem Urteil vom 25. 10. 1962 — I A 473/61 (EFG 1963 S. 152) entschieden, daß die Kosten des Steuerberaters, die für

die Ermittlung der Einkünfte aus Vermietung und Verpachtung aufgewendet werden, als Werbungskosten bei diesen Einkünften abgezogen werden können. Es liegen dabei keine Aufwendungen für die Lebensführung vor, sondern Kosten, die den Kosten der Grundstücksverwaltung ähnlich seien. Daran ändern auch die Tatsachen nichts, daß die Kosten erst später entstehen, nachdem die Einkünfte bereits erzielt worden sind.

Der Abzug ist in dem Jahr vorzunehmen, in dem der Betrag bezahlt worden ist (§ 11 EStG).

Ein zum Betriebsvermögen gehörender Kraftwagen verunglückt auf einer Privatfahrt

(C.) Das Finanzgericht Rheinland-Pfalz hat im rechtskräftigen Urteil (III 248/61) entschieden, daß die Zerstörung eines zum Betriebsvermögen gehörenden Kraftwagens auf einer Privatfahrt nur dann einer Entnahme gleichzustellen ist, wenn der Betriebsinhaber die Privatfahrt entweder selbst unternommen oder zugelassen hat. Zur Begründung führt das Gericht u. a. aus:

Das Gesetz knüpft die Zulässigkeit der Absetzung des restlichen Buchwertes lediglich an die objektive Voraussetzung, daß das Wirtschaftsgut in einem außergewöhnlichen Maß abgenutzt worden ist. Es kommt für die Absetzung nicht etwa auch darauf an, ob die außergewöhnliche Abnutzung auf ein betriebliches oder außerhalb der betrieblichen Sphäre liegendes Ereignis zurückzuführen ist und ob der Steuerpflichtige sie verursacht oder gar verschuldet hat. Trotz der Absetzung tritt eine Gewinnminderung aber nicht ein, wenn der Verlust des zum Betriebsvermögen gehörigen Gegenstandes einer Entnahme gleichzustellen ist. Diese Voraussetzung ist aber bei Zerstörung eines Personenkraftwagens nur dann gegeben, wenn der Wagen bei Gelegenheit einer vom Betriebsinhaber selbst unternommenen oder von ihm zugelassenen Privatfahrt zu Schaden gekommen ist. Diese Behandlung scheidet im Berufungsfall jedoch an der Tatsache, daß der Berufungsführer von der Privatfahrt seines Sohnes unstreitig nichts gewußt hat.

Für
Ihre
Magen-Patienten

ULCOLIND®

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



Lindopharm KG Hilden Rhld

schirmt übersteigerte vegetative Reize ab
Haloperidol

löst Spasmen im Verdauungs-
trakt und hemmt übermäßige
Sekretion

Dilsoprominhydrochlorid

stellt an der
Magenschleimhaut
physiologische

Verhältnisse wieder her
Bismut. aluminicum, Succus Liquiritiae

bedeutet gleich-
zeitige Leberschutztherapie
Cholin orotat

BUCHBESPRECHUNGEN

Die Einkommensteuer-Erklärung für 1964. Leitfaden zur Einkommensteuer-Erklärung, 7,40 DM; Wilhelm Stollfuß Verlag, Bonn.

Die mit Recht unbeliebte und immer schwieriger werdende Erklärungsarbeit wird durch die „Stollfuß-Leitfäden für Steuererklärungen“ von Rechtsanwalt und Fachanwalt für Steuerrecht, H.-E. Hansen, wesentlich erleichtert. Anhand der amtlichen Formulare werden alle Fragen Punkt für Punkt unter Berücksichtigung der neuesten Rechtsprechungen erläutert und ausführliche Hinweise auf alle Steuervergünstigungen und Abzugsmöglichkeiten gegeben.

Dr. H. MELLEROWICZ: **Präventive Cardiologie**, 128 Seiten, 38 Abbildungen, 8 Tabellen. Ganzleinen DM 9,80, Medicus Verlag, Berlin.

Das Büchlein setzt sich aus 10 Vorträgen auf dem IX. Deutschen Kongreß für ärztliche Fortbildung zusammen, die in gut abgestimmter Form zusammengefaßt sind. Ausgehend von der Frage, warum trotz statistisch gleichgebliebener organischer Herz-Kreislauf-erkrankungen sich in den letzten Jahrzehnten diese Krankheitsgruppe an die Spitze aller Morbiditätsstatistiken geschoben habe, wird die Zunahme der funktionellen Kreislaufstörungen mit ihren Folgeerscheinungen hierfür verantwortlich gemacht.

In einzelnen Kapiteln werden anhand von Beispielen elektrocardiographisch und ergometrisch diagnostische Probleme erörtert. „Psychische Hygiene“, gemeint sind Entspannung und Erholung, wird im Rahmen pathophysiologischer Erörterungen neben einer Trainingswirkung auf Herz- und Kreislauf als wesentliches Mittel der präventiven Cardiologie herausgestellt. In diesem Rahmen wird auf die kreislauffördernde Wirkung der Hydrotherapie und Sauna, wie der Licht- und Luftwirkungen eingegangen. Ebenso werden Ernährungsfragen, speziell im Hinblick auf den Lipoid- und Cholesterinstoffwechsel, erörtert. Nach einem kurzen Überblick über den rheumatischen Formenkreis und seine infektoxische Bedeutung werden praktische Hinweise zur Durchführung einer präventiven Cardiologie gegeben.

Alles in allem ist das Buch gerade wegen seiner kurzgefaßten Form für den Praktiker in Zeitnot geeignet, schnell einen Einblick in die heutigen pathophysiologischen Vorstellungen der Cardiologie zu geben, die allein für die therapeutischen Konsequenzen richtunggebend sein müssen.

Dr. Dürk, München

Wissenschaft und Sicherheitsfragen, Heft 1/1965 der Schriftenreihe des Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft; DM 2,50; Vertrieb: Gemeinnützige Verwaltungsgesellschaft für Wissenschaftspflege mbH., 43 Essen-Bredeney, Postfach 360.

Ausgehend von der Frage, ob heute die Wissenschaft ihrer Rolle in der öffentlichen Verantwortung gerecht wird, untersucht in diesem Vortrag Bundesverteidigungsminister von Hassel, die Aufgaben und Probleme der Wissenschaft im Rahmen der Sicherheitspolitik. Das weite Feld, auf dem sich hier die Wissenschaft bewähren muß, beschränkt sich nicht nur auf den naturwissenschaftlichen Bereich, sondern umfaßt genauso die Disziplinen der Geisteswissenschaft, die sich der Herausforderung unseres Jahrhunderts stellen müssen. Gerade wer sich der Verantwortung des Heute für die Zukunft bewußt ist, wird mit Interesse den hier aufgezeigten Zusammenhängen folgen, deren Bogen sich von der geistigen Bewältigung unserer technisierten Zeit mit ihren Gesellschaftsumschichtungen bis zu Planung, Forschung und Entwicklung der Rüstungstechnik und deren Auswirkungen auf die künftige Gesamtwirtschaft des Staates spannt. Die Folgerungen, die der Bundesverteidigungsminister aus der Erkenntnis zieht, daß Wissenschaft und Sicherheit nicht nur ideell, sondern auch in der Praxis ihrer Aufgabenstellungen ein Ganzes bilden, geben der Wissenschaft und unserer akademischen Jugend, aber auch der unserem Gemeinwesen verpflichteten Presse interessante Hinweise für ihre Arbeit.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

36. Vortragsreihe des „Augsburger Fortbildungskongresses für praktische Medizin“

vom 24. bis 26. September 1965

Kongreßleitung: Professor Dr. A. Schretzenmayer. Thema: „Haut und Schleimhaut als diagnostisch-therapeutischer Angriffsort in der Praxis“. Auskunft: Kongreßbüro, 89 Augsburg, Schaezlerstraße 11.

42. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung in Erlangen am 23. und 24. Juli 1965

Hauptthemen:

ALLGEMEINE THEMEN

E. Rügheimer, Erlangen:

Behandlung und Prognose des Wundstarrkrampfes

K. E. Loose, Itzehoe:

Diagnostik, Indikation, Technik und Spätergebnisse bei operativer Varizenbehandlung

UNFALLCHIRURGIE

J. Boehler, Linz:

Die Überwachung und Behandlung bei konservativer und nach operativer Versorgung von Frakturen

B. G. Weber, St. Gallen:

Die Überwachung und Behandlung nach operativer Versorgung von Frakturen

MALIGN ERKRANKUNGEN IM HALSBEREICH

F. Gall, Erlangen:

Indikation und Technik der radikalen Halsdissektion

H. G. Borst, München:

Struma maligna

MAGENCHIRURGIE

N. Henning, Erlangen:

Diagnostik des Magenkarzinoms

M. Schwaiger, Marburg:

Therapie des Magenkarzinoms

F. Holle, München:

Die Indikation zur Operation beim Magenulcus

M. Allgöwer und J. Hegglin, Chur (Schweiz):

Magenresektion versus Pyloroplastik plus Vagotomie

NICHTMALIGN ERKRANKUNGEN DES ENDDARMES

B. C. Morson, London:

Polypen des Enddarmes

F. Stelzner, Hamburg:

Diagnostik und Operationstechnik bei Analfisteln

F. Rehbein, Bremen:

Diagnostik und Operationsmethoden bei der Hirschsprungschien Erkrankung.

Auskunft: Oberarzt Dr. J. Hoferichter, Chirurgische Univ.-Klinik Erlangen, Krankenhausstraße 12.

Der 18. Bayerische Ärztetag

findet vom 15.-17. Oktober 1965 in

Bayreuth statt

Die

16. Wissenschaftliche Ärztetagung Nürnberg

findet vom 10. bis 12. Dezember 1965 statt. Auskunft: Bayerische Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85.

**17. Deutsche Therapiewoche 1965
vom 29. 8. bis 4. 9. 1965 in Karlsruhe**

Die 17. Deutsche Therapiewoche findet zusammen mit der 17. Deutschen Heilmittelausstellung statt.

Hauptthemen:

„Elementartherapie akuter lebensbedrohender Zustände in der Praxis“:

Präsident: Prof. Dr. H. Baur, München.

„Chemotherapie heute und morgen“:

Präsident: Prof. Dr. W. Walter, Wuppertal-Eiberfeld.

„Die Wechselwirkung zwischen Organismus und Arzneimittel“:

Präsident: Dr. W. Graubner, Ingelheim.

„Der heutige Stand der Geriatrie“:

Präsident: Prof. Dr. Schubert, Nürnberg.

„Therapie maligner Tumoren und Hämoblastome in der Praxis, unter besonderer Berücksichtigung der Zytostatika“:

Präsident: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg-Erlangen.

„20 Jahre Antibiotika bei Infektionskrankheiten“:

Präsident: Prof. Dr. Höring, Berlin.

„Behandlung der Kreislaufkrankheiten“:

Präsident: Prof. Dr. W. H. Hauss, Münster/Westf.

„Augenbellkunde“:

Präsident: Doz. Dr. med. R. Seitz, Karlsruhe.

„Herd — Krankheit — Behandlung“:

Präsident: Prof. Dr. Dittmar, Bielefeld.

„Dermatologie“:

Präsident: Prof. Dr. Schneider, Tübingen.

„Psychiatrische Probleme in der Allgemeinpraxis“:

Präsident: Prof. Dr. H. Völkel, Kiel.

„Psychiatrie für den praktischen Arzt“:

Präsident: Dr. med. Stolze, München.

„Orthopädie“:

Präsident: Prof. Dr. Haekenbroeh, Köln.

„Geburtshilfe“:

Präsident: Prof. Dr. Probst, Tübingen.

„Gynäkologie“:

Präsident: Prof. Dr. Knörr, Tübingen.

Kurse und Demonstrationen:

Einführung in die Elektrokardiographie (Kurs für Anfänger).

Elektrokardiographie in der täglichen Praxis (Kurs für Fortgeschrittene).

Leitung: Prof. Dr. E. Zeh und Mitarbeiter, Karlsruhe.

„Reanimation und Erste Hilfe am Unfallort“:

Leitung: Prof. Dr. K. Spohn und Mitarb., Karlsruhe.

Adrologische Demonstrationen:

Leitung: Prof. Dr. R. Pfister und Mitarb., Karlsruhe.

„Säuglingsernährung und Ernährungsstörungen“:

Leitung: Prof. Dr. Viveli und Mitarb., Karlsruhe.

„Praxis und Laboratorium“:

Leitung: Prof. Dr. N. Hennig u. Mitarb., Erlangen.

„Gerätekunde und Bedienungstechnik, Indikation“:

Leitung: Doz. Dr. med. Sehöler, Karlsruhe, Ing. W. Präsel, Karlsruhe, und Dr. Faust, Karlsruhe.

Auskunft: Dr. P. Hoffmann, Karlsruhe, Kaiserallee 30 (Wissenschaftliches Kongreßbüro), Tel. 5 53 21.

Nächster Kurs für RöntgenhelferInnen

Der nächste Kurs für Röntgenhelferinnen wird voraussichtlich in der Zeit vom 11. bis 21. Oktober 1965 in Erlangen stattfinden. Meldungen zu diesem Kurs sollen umgehend, spätestens jedoch bis zum 30. August 1965, bei der Bayerischen Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 85, erfolgen.

Klinische Fortbildung in Bayern 1965

Kurseinteilung:

1. INNERE KRANKHEITEN

8. bis 13. November 1965

Würzburg, Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Wollheim.

18. bis 23. Oktober 1965

München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar

Chefarzt: Prof. Dr. H. Ley.

25. bis 30. Oktober 1965

München, I. Med. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Schwiegk.

25. bis 30. Oktober 1965

München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar

Chefarzt: Prof. Dr. Blömer.

2. KINDERKRANKHEITEN

25. bis 30. Oktober 1965

München, Städt. Kinderkrankenhaus

München-Schwabing

Chefarzt: Prof. Dr. Hilber.

3. CHIRURGIE

18. bis 22. Oktober 1965

München, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Zenker.

25. bis 29. Oktober 1965

München, Städt. Krankenhaus r. d. Isar

Direktor: Prof. Dr. Maurer.

25. bis 30. Oktober 1965

Erlangen, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Hegemann.

25. bis 30. Oktober 1965

Würzburg, Chirurg. Univ.-Klinik

Direktor: Prof. Dr. Wachsmuth.

4. FRAUENKRANKHEITEN

UND GEBURTSHILFE

25. bis 29. Oktober 1965

München, I. Univ.-Frauenklinik

Direktor: Prof. Dr. Bickenbaeh.

25. bis 30. Oktober 1965

Würzburg, Univ.-Frauenklinik

Direktor: Prof. Dr. Schwalm.

Unterkunft und Verpflegung in der Klinik möglich.

5. PHONOKARDIOGRAPHIE

8. und 9. Oktober 1965

München, Stiftsklinik Augustinum

Chefarzt: Prof. Dr. Michei.

Alle Kolleginnen und Kollegen, welche an einem der vorstehend angekündigten Kurse teilnehmen wollen, werden gebeten, sich wegen Auskunft nur an die Bayerische Landesärztekammer zu wenden und auch nur dort anzumelden. Außer der Teilnahme an den vorstehend aufgeführten Kursen besteht auch die Möglichkeit, als Gastarzt an den genannten Kliniken und darüber hinaus an allen Fachabteilungen der Städt. Krankenanstalten in Augsburg, München und Nürnberg tätig zu sein. Sofern kein persönlicher Kontakt dorthin besteht, vermittelt die Bayerische Landesärztekammer auf Wunsch gerne eine solche Gastarztstelle.

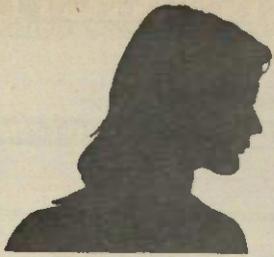
KONGRESSKALENDER

Da die Termine der Kongresse manchmal geändert werden, empfehlen wir auf jeden Fall, vor dem Besuch einer Tagung sich noch einmal mit dem Kongreßbüro bzw. der Auskunftsstelle in Verbindung zu setzen.

Juni 1965:

- 24.—25. 8. in Paris: 12e Congrès de l'Association des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française. Auskunft: Dr. Georges Garnier, 14, Rue Cimara, Paris 16e.
- 24.—26. 8. in Linz (Österreich): Kongreß für ärztliche Fortbildung der Medizinischen Gesellschaft für Oberösterreich (Jubiläumskongreß anlässlich des 100jährigen Bestehens). Auskunft: Doz. Dr. Pilgerstorfer, Linz, Dinghofer Straße 4 (Österreich).
25. 8. in Kiel: Marinemedizinisch-Wissenschaftliches Symposium. Auskunft: Schifffahrtmedizinisches Institut der Marine, 2300 Kiel-Kronshagen, Kopperpähler Allee 120.
- 25.—26. 6. in Mainz: 1. Mainzer Unfall-Symposium. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. G. Heinemann, Chirurgische Universitätsklinik, 6500 Mainz, Langenbeckstraße 1.
- 26.—27. 6. in Hennef/Sieg: Wochenendkurs zur Ausbildung und Fortbildung als Sportarzt. Auskunft: Sportärztebund Nordrhein, 4100 Duisburg, Friedrich-Alfred-Straße 15 (Sportschule).
- 26.—27. 6. in Bad Bergzabern: Wochenendkurs in praktischer Elektrokardiographie (für Fortgeschrittene). Auskunft: Herz-Spezialklinik Bergzabern, 6748 Bergzabern.
- 26.—27. 8. in Bonn: Kongreß der Deutschen Sektion der Internationalen Liga gegen Epilepsie. Auskunft: Geschäftsstelle 6 Frankfurt am Main, Handschuheimer Landstraße 46.
26. 6.—2. 7. in Cortina d'Ampezzo: III. Internationaler Kongreß für Strahlenforschung. Auskunft: Secretarial Office of the Third Congress of Radiation Research, Cortina (Belluno).
26. 8.—2. 7. in Wien: 7. Internationaler Kongreß für Gerontologie. Auskunft: Sekretariat des 7. Internationalen Kongresses für Gerontologie, Wiener Medizinische Akademie, Wien IX, Alser Straße 4.
28. 6.—2. 7. in Lindau: 15. Nobelpreisträgertagung, 5. Tagung der Physiker. Auskunft: Fremdenverkehrsamt der Stadt 899 Lindau im Bodensee, Postfach 11.
28. 6.—2. 7. in Neuberberg bei München: Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs) für Werksärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuberberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1.
29. 6.—2. 7. in Bad Godesberg: Arbeitstagung über die gesundheitlichen Probleme des Mannes. Auskunft: Geschäftsstelle des Bundesausschusses für gesundheitliche Volksbelehrung, 5320 Bad Godesberg, Bachstraße 3—5.
- Juli 1965:**
- 3.—4. 7. in Stuttgart-Möhringen: Grundkurs des Deutschen Roten Kreuzes über „Ärztliche Versorgung am Unfallort“. Auskunft: Geschäftsstelle des Gau 8 der KVDA, 7000 Stuttgart-N., Goethestraße 3, Dr. Spriegel.
- 4.—10. 7. in Oxford (England): Conference internationale pour la Rehabilitation des Handicapés. Auskunft: Jan. R. Henderson, Tavistock House (South), London W. C. 1.
- 5.—7. 7. in Glasgow (Schottland): 17th British Congress of Obstetrics and Gynaecology. Auskunft: Hon. Sec. Br. Congress, Queen mother's Hospital Glasgow, Scotland.
- 5.—9. 7. in Neuberberg b. München: Einführungskurs in den Strahlenschutz für Ärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuberberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 5.—11. 7. in Tokio: 11. Internationaler Kinderärztekongreß. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut gaku Snonika, Motofujicho, Bunktoku, Tokio, Japan.
- 5.—23. 7. in Neuberberg b. München: Strahlenschutzkurs (Einführungskurs, 1. und 2. Fortbildungskurs) für Ärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuberberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 9.—11. 7. in Wangen/Allgäu: 10. Allgäuer Tuberkulose-Fortbildungskurs. Auskunft: Professor Dr. H. Brügger, 7988 Wangen im Allgäu, Kinderheilstätte.
- 10.—11. 7. in Hennef/Sieg: Wochenendkurs zur Ausbildung und Fortbildung als Sportarzt. Auskunft: Sportärztebund Nordrhein, 4100 Duisburg, Friedrich-Alfred-Straße 15 (Sportschule).
- 10.—11. 7. in Pfalzgrafenweiler: Ärzte-Tag des Deutschen Roten Kreuzes über „Ärztliche Versorgung am Unfallort“. Auskunft: Geschäftsstelle des Gau 8 der KVDA, 7000 Stuttgart-N., Goethestraße 3, Dr. Spriegel.
- 11.—15. 7. in Zürich: II. Internationales Forum für Psychoanalyse. Auskunft: OMR Dr. W. Schwidder, 3405 Tiefenbrunn bei Göttingen.
- 11.—17. 7. in *Madrid: 8. Internationaler Kongreß über Erziehung und Gesundheit. Auskunft: Dr. L. P. Qujoulat, 1, Rue de Tilsit, Paris 8.
- 10.—18. 7. in Madrid: 6e Conférence internationale sur la santé et l'éducation sanitaire. Auskunft: Dr. Louis-Paul Aujoulat, 1, Rue de Tilsit, Paris 8e.
- 12.—18. 7. in *Stockholm: 4. Internationaler Kongreß für Diätetik. Auskunft: Mrs. M. Neumüller, Svenska Ekonomiföreständarinnors Förenning, Kungsgatan 54, 5 tr., Stockholm C.
- 12.—16. 7. in Neuberberg b. München: Strahlenschutzkurs (1. Fortbildungskurs) für Ärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuberberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.
- 17.—18. 7. in München: 5. Wissenschaftliche Tagung der deutschsprachigen Mykologischen Gesellschaft. Auskunft: Professor Dr. K. Ullrich, 8 München 22, Veterinärstraße 13.
- 18.—24. 7. in Timmendorferstrand: Diagnostikkurs (D-Kurs) der ärztlichen Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie (FAC) e. V. Auskunft: Sekretariat der FAC, 4700 Hamm, Ostenallee 83.
- 19.—21. 7. in Rio de Janeiro: 1. Internationaler Kongreß für Handchirurgie. Auskunft: Sociedade Brasileira de mão, Avenida Churchill 97—100, Rio de Janeiro.
- 19.—23. 7. in London: 28. Internationaler Kongreß für homöopathische Medizin, Liga Homoeopathica, Internationalis Medicorum. Auskunft: Dr. med. Alva Benjamin, London W 1, 46, Bickenhall Mansions, Gloucester Place.
- 19.—23. 7. in Neuberberg bei München: Strahlenschutzkurs (2. Fortbildungskurs) für Ärzte. Auskunft: Dr. R. Wittenzellner, Institut für Strahlenschutzkunde, 8042 Neuberberg b. München, Ingolstädter Landstraße 1.

Zu den mit einem * versehenen Tagungen wird eine Kongreßreise veranstaltet; Prospekte durch: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstr. 1 (Telefon 41 32 41).



Dismenol

zur gezielten Therapie
der Dysmenorrhoe

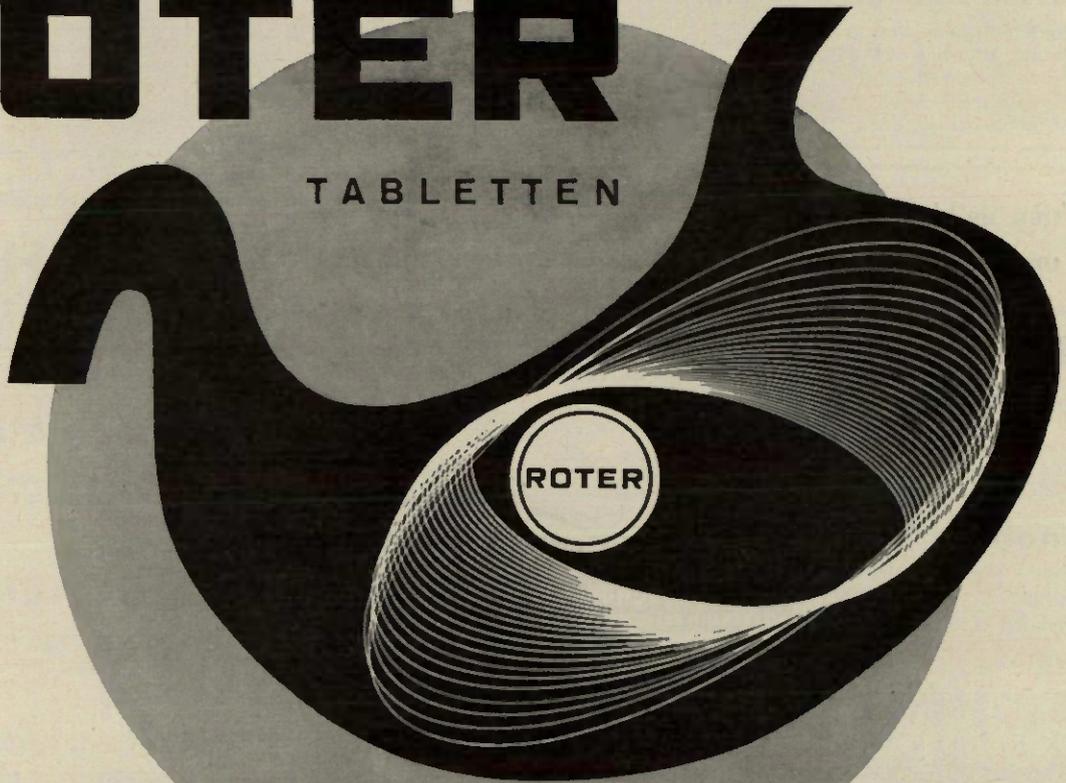
durch Spasmolyse im Genitaltrakt
und zuverlässige Analgesie

(Parasulfamidobenzoesäure 0,05 g
Dimethylamino-phenyldimethylpyraz. 0,25 g)
AGpharm, Luzern
Hersteller in Deutschland:
Simons Chemische Fabrik, Gauting bei München

ROTER

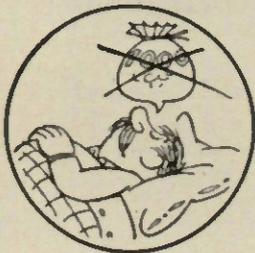
TABLETTEN

bei Ulcus
und
Gastritis



PHARMAZEUTISCHE FABRIK ROTER · HILVERSUM
DEPDT: DELTA-CHEMIE PAULY & CO. KG. HAMBURG I

Jacosulfon ist die heilende Hand des Arztes



Herr Maier will seit Jahr und Tag
abschließen einen Sparvertrag.
Da er nichts tut, vom Spar'n nur träumt,
hat den Termin er glett versäumt.



Herr Klüger zeigt mehr Disziplin,
läßt nicht verstreichen den Termin:
schließt 'nen Vertrag vor Juni-Ende...
Und reibt zufrieden sich die Hände.



Wer »Köpfchen« hat, kann Zeit gewinnen
— ein gutes helbes Jahr kommt reus.
Nicht zögern jetzt, nicht lang besinnen:
Ein Sparvertrag zahlt stets sich eust



Wenn's um Geld geht
SPARKASSE

Heilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

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

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

Neustadt (800—1200 m). Kneippkurort. Ganzj. Klima- und Wasserkuren. Kurmittelh., Kurorchester, Schwimmb., Tennis, Kleingolf.

Privatnervenklinik Dr. Ph. Schmidt

Gauting b. München, Bergstr. 58
Telefon: München 86 12 26
mit Sanatoriumscharakter
Alle modernen
Behandlungsmethoden

Beachten Sie bitte

● unsere Beilagen

Hammond Orgeln

weltbekannt, für das Heim
und für Räume jeder Größe
Preise ab DM 3660.—

Pianohaus Lang

München, Kaufingerstr. 28/1
Augsburg, Bahnhofstr. 15/1
Regensburg, Kassians-Platz 3

Gegen

Enuresis nocturna

hat sich HICOTON als Spezifikum
seit Jahrzehnten bestens bewährt in
allen Apotheken erhältlich. Prospekt
und Muster kostenlos durch den
Alleinhersteller: „MEDIKA“
Pharm. Präparate, 8 München 42

Unübertroffen!

Der erprobte und bekannte SANIFORM-Arzt-Schuh,
in hervorragender Polymorph und Qualität. Aus erstklas-
sigem, geschmeidigem Rindbor, ledergelüftet, mit der
millionenfach bewährten Fußgelenk- und Ferseinstütze.
Eine wirkliche Wohltat für jeden Fuß. Parakrapplauf-
sohle, Farben: Modebraun, schwarz, grau und weiß.

Modell S 4
Größe: 5 1/2-11 DM 28,90

auch in Übergrößen lieferbar
mit Ledersohle DM 31,50



SANIFORM-SCHUHE ART. 2a
8635 ESBACH BEI COBURG - Tel. 09563/346



BAD BERTRICH MOSEL

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

MAGEN-DARM-LEBER-GALLE- und STOFFWECHSELKRANKHEITEN

Pensionspreise 13,50 bis 27,- DM. Prospekte durch Staatl. Kurdirektion u. Reisebüros

ORIENT-TEPPICHE

seit 1925

Nichts ist so sehr Sache des Vertrauens als der Kauf eines Orient-
Teppichs. Nur der autorisierte Fachmann kann Ihnen durch jahr-
zehntelange Erfahrung mit niedrigsten Preisen und besten Qualitäten
den vollen Gegenwert Ihres Geldes gewährleisten. Schenken auch
Sie dem alten erfahrenen Fachgeschäft, welches seit Jahrzehnten
traditionsbewußt seine Kunden bedient, Ihr Vertrauen.

Direkt-Importe aus dem ganzen Orient
Riesen-Auswahl in allen Größen
Spezialität: Orientteppiche in Übergrößen

MAX STEINHAUSEN

8 MÜNCHEN 2, Briener Straße 19, Telefon 22 61 61 — 29 70 23
(Genau gegenüber Café Luitpold)

HEMDEN NACH MASS

aus feinsten und hochwertigsten Papelineen.
Spezialanfertigungen für Ärzte je nach Wunsch:
mit abknäpfbaren Manschetten oder Ärmeln,
Oberhemden mit halbem Arm u. ä.

HEMDEN-SCHERER

MÜNCHEN
am Platzl 5
Telefon 22 18 24

Ihr Telefon ist nie allein



Vermietung kurz- und langfristig von Anruf-
beantworter und Gesprächsaufzeichner

TELEMIET — SYSTEM GMBH

8 München 2, Pacellistraße 7, Tel.: 29 32 54

NEU!

NUCONVAL®

Nukleasidhaltiger Organextrakt mit
Convallaria-Glykosiden

3 mg Adenasin und 2 000 MSE
Convallaria-Glykoside/ml

Zur Therapie der Koronar- und
Myokorderkrankungen



HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN

EIGENTUMSWOHNUNGEN
aller Größen in der
STADT SALZBURG
Bauförderungsgemeinschaft
GABELSBERGERSTR. 4, Tel. 06222/74516



Kieselgur-Wasseraufbereitungsanlagen

Mod. 65
zur Badewasseraufbereitung
von Privatschwimmbädern

Kunststoff-Schwimmbädern

in allen Ausführungen
Schwimmbadenanstriche
Algenverhütungsmittel

SIEGFRIED MEHRING

7315 Weilheim/Teck, Postfach 18, Telefon 070 23 / 339

- 20.—25. 7. in Stockholm: 14. Internationaler Krankenhaus-Kongreß. Auskunft: Mr. D. G. Harrington Hawes, International Hospital Federation, 24, Nutford Place, London W 1.
- 23.—24. 7. in München: Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung. Auskunft: Prof. Dr. med. W. Fick, 8 München 19, Hubertusstraße 1.
- 24.—25. 7. in Bad Bergzabern: Einführungskurs in praktische Elektrokardiographie. Auskunft: Doz. Dr. Dr. F. Kienle, 6748 Bad Bergzabern/Südl. Rheinpfalz.
- 25.—29. 7. in Amsterdam: 24. Psychoanalytischer Kongreß. Auskunft: Dr. E. R. Zetzel, 14, Hubbard Park, Cambridge 38, Mass.
26. 7.—5. 8. in London: 2. Internationale Tagung für Protozoologie. Auskunft: Dr. R. S. Bray, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel St., London, W. C. 1.
26. 7.—6. 8. in Isny (Allgäu, Schloßgut Neutrauchburg): Einführungsiehgang in die Manualtherapie (Wirbelsäule und Extremitäten). Auskunft: Sekretariat der MWE, 7972 Schloßgut Neutrauchburg über Isny (Allgäu).
- 28.—31. 7. in Hamburg: 44. Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin. Auskunft: Prof. Dr. E. Fritz, 2000 Hamburg-Lokstedt, Butenfeld 34.

August 1965:

- 1.—6. 8. in Jülich: Diagnostikkurs (D-Kurs) der ärztlichen Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie. Auskunft: Sekretariat der FAC, 47 Hamm/Westfalen, Ostentallee 83.
- 2.—5. 8. in Kopenhagen: 3. Europäische Konferenz für vergleichende Endokrinologie. Auskunft: Dr. C. Barker, Jørgensen, Lab. of Zoophysiology, A. Juliane Mariesvej 32, Kopenhagen Ö.
- 3.—7. 8. in Hamburg: V. Acta Endocrinologica Kongreß. Auskunft: Kongreßbüro II. Med. Univ.-Klinik, 2 Hamburg 20, Martinstraße 52.
- 8.—14. 8. in Wiesbaden: 8. Internationaler Kongreß für Anatomie. Auskunft: Prof. Dr. M. Watzka, Anatomisches Institut der Universität Mainz, 65 Mainz, Langenbeckstraße 1.
- 14.—20. 8. in Perth (Australien): 2. Australischer Medizinischer Kongreß. Auskunft: Dr. O. R. Corr, Honorary Secretary, 8 King's Park Road, West Perth, Western Australia (Australien).
- 21.—26. 8. in Sydney (Australien): Internationaler Kongreß für Hämatologie. Auskunft: Kongreßreisebüro DER, 6000 Frankfurt a. M. 1, Postfach 3621.
- 22.—27. 8. in Tokio: 8. Internationale Konferenz über medizinische Elektronik. Auskunft: Prof. Dr. K. Sahara, Japan Soc. of Med. Electronics & Biological Engineering, Old Toden Building, 1 — 1 Shibatomura-cho, Minatoku, Tokyo, Japan.
- 23.—28. 8. in Straßburg: 10. Europäischer Hämatologenkongreß. Auskunft: Dr. J. Lewin, Centre de Transfusion Sanguine, 10, Rue Spielmann, Strasbourg.
- 23.—28. 8. in Kopenhagen: 3. Internationaler Neurochirurgenkongreß. Auskunft: Dr. W. C. Northfield, London Hospital, London, E 1.
- 23.—29. 8. in Wien: 13. Internationaler Kongreß für Logopädie und Phoniatry. Auskunft: Prof. Dr. W. Trojan, Ambulatorium für Sprach- und Stimmstörungen der II. Univ.-HNO-Klinik, Wien IX, Lazarettgasse 14.
23. 8.—4. 9. in Meran: Internationaler Fortbildungskongreß der Bundesärztekammer (Thema: „Die Enzyme in der Pathogenese, Diagnostik und Therapie“). Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, 5000 Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 24.—31. 8. in Warschau und Krakau (Polen): 11e Congrès international d'Histoire des Sciences. Auskunft: Institut: d'Histoire des Sciences et des Techniques de l'Académie Polonaise des Sciences, Nowy Swiat, 72 p 19, Warschau (Polen).

Resedorm®



Sicher

weil durch ausgewogene Dosierung jedes einzelnen der Hauptbestandteile — Barbitursäurederivate von kurzer und langanhaltender Wirkung — das Einschlafen und Durchschlafen ermöglicht wird. Jahrzehntelange klinische und pharmakologische Erfahrungen mit den Barbituraten ermöglichen den bemerkenswert sicheren therapeutischen Einsatz.

Sicher

weil durch das Zusammenwirken der Komponenten ein zuverlässiger hypnotischer, sedativer und das übererregte vegetative Nervensystem entspannender Effekt erzielt wird.

Zur Nacht Resedorm — am Tage in Form

Indikationen:

Primäre und sekundäre Schlafstörungen, Angst, Nervosität und Reizbarkeit, vegetative Dystonie, Zerebralsklerose.

Handelsformen:

Packung mit 125ccm Saft. Packung mit 20 Tabletten.



PAUL LAPPE GMBH
Chem. Pharm. Fabrik 506 Bensberg-Köln

- 26.—28. 8. in München: Symposium der International Association of Microbiological Societies. Thema: Neurovirulenz. Auskunft: Prof. R. H. Regamey, Institute of Hygiene, Genf (Schweiz).
26. 8.—2. 8. in London: Seconde Conférence Internationale de Protozoologie. Auskunft: Dr. R. S. Bray, Department of Parasitology, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Keppel Street, London W. C. 1.
- 28.—29. 8. in Bad Bergzabern: Wochenendkurs für praktische Elektrokardiographie (Fortgeschrittene). Auskunft: Doz. Dr. Dr. F. Kienle, 6748 Bad Bergzabern (südl. Rheinpfalz), Herz-Spezialklinik.
28. 8.—4. 9. in Karlsruhe: 17. Deutsche Therapiewoche und 17. Deutsche Heilmittelausstellung. Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, 7500 Karlsruhe, Kaiserallee 30 (Wissenschaftliches Kongreßbüro).
28. 8. in Madonna di Campiglio (Brenta-Dolomiten):
- 11. 9. 4. Bergsteigerlehrgang des Deutschen Sportärztebundes zur Erlangung des Sportärztdiploms. Auskunft: DER Frankfurt a. M., Eschersheimer Landstraße 25 und Dr. Fr. Friedrich, 8000 München, Wilhelmstraße 18.
- 29.—30. 8. in Karlsruhe: Tagung der Deutschen Medizinischen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung im Rahmen der Therapiewoche. Auskunft: Sekretariat, 6000 Frankfurt a. M., Hallgartenstraße 73.
28. 8.—3. 9. in Montreal (Kanada): 6e Congrès International de Criminologie. Auskunft: M. Claude A. Bouchard, 55, avenue Parkdale, Ottawa 3, Ontario (Kanada).
29. 8.—5. 9. in Wien: 12e Congrès International des Sciences Historiques. Auskunft: Wiener Medizinische Akademie für ärztliche Fortbildung, Wien IX, Alserstraße 4.
30. 8.—3. 9. in Salzburg: 2. Fortbildungskurs für Elektroenzephalographie. Auskunft: Dr. H. Petsche, Kongreßbüro der Wiener Medizinischen Akademie, Wien IX, Alserstraße 4.
30. 8.—3. 9. in Zürich: 5. Internationaler Kongreß für Neuro-pathologie. Auskunft: Dr. A. Bischoff, Neurologische Universitätsklinik, Zürich.
30. 8.—4. 9. in Langeoog: Sportärztelehrgang des Sportärztebundes Niedersachsen. Auskunft: Ärztekammer Niedersachsen, 3 Hannover, Sallstraße 18.
- 4.—10. 9. in Wien: 8. Internationaler Kongreß für Neurologie. Auskunft: Kongreßbüro der Wiener Medizinischen Akademie, Wien IX, Alserstraße 4.
- 4.—12. 8. in Wien: VI. Internationaler Kongreß der Internationalen Vereinigung der Gesellschaften für Elektroenzephalographie und klinische Neurophysiologie. Auskunft: Doz. Dr. K. Pateisky, Kongreßbüro der Wiener Medizinischen Akademie, Wien IX, Alserstraße 4.
5. 9. in Wien: Quadriennale wissenschaftliche Tagung der Internationalen Liga gegen Epilepsie. Auskunft: Doz. Dr. K. Pateisky, Kongreßbüro der Wiener Medizinischen Akademie, Wien IX, Alserstraße 4.
- 5.—9. 9. in Stockholm: 8. Europäischer Allergie-Kongreß. Auskunft: Dr. S. Kraepelien, Sachs Children's Hospital, Stockholm Sö.
- 5.—10. 9. in Mitterndorf/Steiermark: 8. Internationaler Kongreß für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene. Auskunft: Generalsekretariat der Weltunion für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene, Wien VIII, Plaristengasse 41.
- 5.—10. 8. in Freudenstadt: Atemtherapie-Seminar der Forschungs- und Arbeitsgemeinschaft für Atempflege. Auskunft: Städt. Kurverwaltung, 729 Freudenstadt (Schwarzwald).
- 5.—14. 8. in Madrid: 5. Internationaler Kongreß über Fertilität und Sterilität. Auskunft: Dr. J. Ascenzo Cabello Parque Melton Porras, 161, Miraflores, Lima (Peru).
- 5.—18. 9. in Velden/Wörthersee: Internationaler Herbstkongreß für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren. Auskunft: Büro des Bundesverbandes Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren, 8 München 2, Richard-Wagner-Straße 10/1.
- 8.—9. 8. in Düsseldorf: 21. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Auskunft: Prof. Dr. H. Dettmar, Urologische Klinik der Medizinischen Akademie, 4000 Düsseldorf, Moorenstraße 5.

Bellagenhinweis

Dieser Ausgabe sind Prospekte folgender Firmen beigelegt: Klinge, München 23; Byk-Gulden GmbH, Konstanz; Dr. F. Sasse, Berlin; Chem. Fabrik v. Heyden AG., München; A. Boegiers Ärzte-Verlag, Würzburg.

September 1965

- 1.—4. 9. in Magdeburg: Fortbildungslehrgang über Hauptprobleme der perinatalen Mortalität und der Säuglingssterblichkeit. Auskunft: Deutsche Akademie für ärztliche Fortbildung, X-1134 Berlin-Lichtenberg 4, Nöldnerstraße 40—42.
- 1.—9. 9. in Tokio: 23. Internationaler Kongreß für physiologische Wissenschaften. Auskunft: Congress of Physiology, Keio University School of Medicine, Shinjuku, Tokyo.
- 2.—5. 9. in Karlsbad: 4. Weltkongreß der Internationalen ärztl. Vereinigung für das Studium von Lebensbedingungen und Gesundheit. Auskunft: Prof. Dr. J. Lukas, 18 Apolinarska, Prag II.
- 3.—6. 9. in Lausanne (Schweiz): 21e Congrès de la Fédération des Sociétés de Gynecologie et d'Obstétrique de Langue Française. Auskunft: Dr. P. Bloch, 2, avenue de la Gare, Lausanne (Schweiz).

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, 8 München 23, Königinstraße 66/III, Tel. 36 11 21. Schriftleiter: Dr. med. Willy Reichstein.

Die Zeitschrift erscheint monatlich.

Bezugspreis vierteljährlich DM 3,40 einschl. Postzeitungsgebühren. Für Mitglieder im Mitgliedsbeitrag enthalten. Postscheckkonto Nr. 52 52, Amt München, Bayerische Landesärztekammer (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung:

ATLAS Verlag und Werbung GmbH & Co. KG., 8 München 15, Postfach, Sonnenstr. 29, Tel. 55 80 81, Fernschreiber: 05 23663, Telegrammadresse: atlaspress. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharfing, München. Druck Richard Pfaum 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.

Auch bei

Mykosen=Jacosulfon

ungt.
pulv.

im Wechsel
auftragen