



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 12

München, Dezember 1957

12. Jahrgang

NEUJAHRSGRUSS

Rückblickend auf das zu Ende gehende Jahr erfüllen uns zwei widerstrebende Gefühle: Befriedigung und Sorge. Während wir auf manchen uns wichtig scheinenden Gebieten Fortschritte machen konnten, fragt man sich doch: Was bedeuten sie wohl in einer Welt, in der unser Schicksal immer mehr von Unruhe und Unsicherheit bedroht ist?

Unser Kammergesetz ist unter Dach und Fach. In der Bayerischen Ärzteversorgung konnten weitere Verbesserungen gerade in diesen Tagen beschlossen werden. Die KVB hat ihr Sozialwerk ausgebaut. Die „Atmosphäre“ des Bayerischen Ärztetags in Lindau ermöglichte eine sachliche Diskussion auf beachtlicher Höhe.

Befriedigt können wir feststellen, daß die Verbindung zwischen den Ärztlichen Kreisverbänden in ganz Bayern und der Kammer eine oft erfreuliche Nähe gewonnen hat und damit das Fundament vertrauensvoller Zusammenarbeit weiter gewachsen ist.

Ganz besonders darf aber hervorgehoben werden, daß auch die Verbindung des einzelnen Arztes zu seiner Standesorganisation in zahlreichen offenen und fruchtbaren Gesprächen weiter vertieft werden konnte. Das ist eine Quelle der Ermutigung für alle, die in der Arbeit für Stand und Beruf Zeit und Kraft einsetzen. Wir möchten es deshalb mit besonderer Dankbarkeit erwähnen, weil die auf solcher Grundlage gegebene Kritik positive Anregung und Förderung hinsichtlich der vielen und großen Probleme, denen wir gegenüberstehen, bedeutet. Der Abschluß gewisser organisatorischer Arbeiten bedeutet ja nicht etwa eine Verminderung unserer Aufgaben, sondern er macht uns frei für die Arbeit an den wesentlichen Problemen unseres Standeslebens.

Dabei sollte uns klar sein, daß die Frage nach dem geistigen Standort der Ärzteschaft innerhalb der freien Berufe und wiederum nach deren Existenz innerhalb einer tiefgreifenden Umwälzung der gesellschaftlichen Struktur unseres Volkes immer drängender auf uns zukommt. Die uns vom Staat gewährte Selbstverwaltung kann und darf nicht nur eine „Verwaltung“ im Sinne einer büromäßigen Abspulung ordnender Vorgänge bedeuten, sondern muß — und dies vor allen Dingen — ein Ringen um die geistig-sittlichen Grundlagen und Voraussetzungen unseres Berufes beinhalten. Darin ist aber auch eine Weitergestaltung aller Prinzipien enthalten, die wir mit dem Begriff des „Arztrechts“ umfassen. Es ist nicht von ungefähr, daß gerade die Arbeit der letzten Monate uns in enge Fühlung mit Vertretern des Rechts gebracht hat, für deren verständnisvolle Hilfe wir auch hier unseren Dank sagen wollen. Die Neugestaltung der Berufsordnung, so sehr sie dominierend vom ärztlichen Gedankengut erfüllt sein muß, wäre uns ohne ihre Hilfe nicht möglich gewesen.

Bei all unserer Arbeit für den Stand dürfen wir aber nie vergessen, daß ein Beruf, wie der unsrige, dem eine so erhebliche geistig-sittliche Bedeutung zugemessen ist, nicht nur sich selber lebt, sondern im Hinblick auf die geistige Haltung des Gesamtvolkes eine hohe Verantwortung trägt, zumal dann, wenn dieses Volk durch chaotische Zusammenbrüche gegangen, in seinen geistigen Grundlagen zerrüttet, innerhalb einer aufs äußerste gefährdeten und verwirrten Welt lebt. Ein Stand, dem die Sorge um die Gesundheit aufgetragen und der stets bereit sein soll, Hilfe für Notleidende zu bringen, muß selbst gesund sein, um seine Aufgabe recht erfüllen zu können.

Daß die ethische Haltung unseres Arztstandes in all den vergangenen Jahren über jeden Zweifel erhaben war, erfüllt uns mit tiefer Befriedigung. Ebenso groß ist aber andererseits unsere Sorge, weil es immer noch nicht gelungen ist, auch die wirtschaftlichen Grundlagen des Arztes so zu sichern, wie es erforderlich wäre, um den Arzt frei zu machen von der drückenden Sorge wirtschaftlicher Not und damit aber auch innerlich frei zu machen für die Hilfeleistung an seinen Mitmenschen. An dieser wirtschaftlichen Sicherstellung weiterzuarbeiten, wird eine unserer vordringlichsten Aufgaben sein.

Man hat manchmal das Gefühl, als gleiche die Welt einem Haus, aus dem bereits die Flammen schlagen, die weil die Menschen drinnen sich noch um die Farbe der Gardinen streiten. Das darf uns aber nicht abhalten, die uns gesetzten Ziele auch weiterhin unbeirrt zu verfolgen.

Für das kommende Fest wünschen wir allen Kolleginnen und Kollegen Tage ruhiger Besinnung und Entspannung, für das neue Jahr Glück und Erfolg in Familie und Arbeit.

G. Sondermann

H. J. Sewering

Statistische Betrachtungen zur Entwicklung der Tuberkulose in Bayern von 1947 bis 1956

Von Dr. A. Keutzer

Die vom Bayerischen Statistischen Landesamt herausgegebenen und von Krieger und Sixt bearbeiteten Berichte über „Die Tuberkulose in Bayern“ liegen für die Jahre 1947 bis 1956 vor und gestatten damit, die Entwicklung der Tuberkulose in Bayern während eines Zeitraumes von 10 Jahren zu beurteilen, in welchem sich die Sterbefälle an Tuberkulose in Bayern von 6176 auf 1991 und die Neuerkrankungen von 34 337 auf 14 506 Personen verringert haben, während der Bestand an Personen mit aktiver Tuberkulose nur von 67 780 auf 58 435 abgenommen hat.

I. Mortalität an Tuberkulose

Bis vor wenigen Jahren erfolgte die Beurteilung des Tuberkulosegeschehens auf der Basis der Entwicklung der Sterblichkeit an Tuberkulose, weil einerseits die sehr hohe Zahl der Sterbefälle durch Tuberkulose noch nach der Jahrhundertwende das ent-

moderne Therapie vorübergehend am Sterben verhindert worden sind.

In bezug auf die Verhältnisse in den verschiedenen Regierungsbezirken zeigt Tabelle 1 ein meist (außer 1947 und 1948) auf Oberfranken entfallendes Maximum und Minimalwerte in Unterfranken bzw. Schwaben. 1955 beträgt der Unterschied zwischen den Extremen annähernd 100%, 1956 noch 50%.

Die Altersverteilung der in Bayern an Tuberkulose verstorbenen Männer ist aus Abb. 1 zu ersehen.

Abbildung 1a. Die 1939 und mehr noch 1948 relativ hohe Sterblichkeit der 20—30jährigen ist völlig abgebaut. Das Maximum liegt 1956 bei den 70 und über 70 Jahre alten Männern; die Sterblichkeit an Tuberkulose spielt für die Männer unter 50 Jahren nur noch eine geringfügige Rolle.

Tabelle 1

Sterblichkeit an Tuberkulose (alle Formen) 1938 bis 1956 auf 10 000 Einwohner

	1938	1948	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
Oberbayern	6,2	7,7	6,5	6,1	4,4	3,8	3,8	2,7	2,3	2,0	1,8	2,0
Niederbayern	6,1	6,6	6,2	6,3	4,5	4,0	3,8	3,5	2,4	2,6	2,5	2,6
Oberpfalz	6,5	8,5	7,8	7,4	5,3	4,5	5,0	3,6	3,1	2,8	2,8	2,6
Oberfranken	7,1	9,0	6,9	7,2	5,4	4,9	5,0	4,1	3,2	3,3	3,4	2,7
Mittelfranken	5,8	8,1	7,1	6,1	4,3	4,2	3,5	2,7	2,4	2,3	2,3	1,9
Unterfranken	6,0	6,6	6,5	5,9	4,1	3,6	3,3	2,8	2,1	2,1	2,3	1,9
Schwaben	5,7	7,4	6,7	6,0	4,7	3,9	3,3	2,8	2,5	2,2	1,8	1,8
Bayern	6,2	7,7	6,7	6,3	4,6	4,1	3,9	3,0	2,5	2,4	2,3	2,2

scheidende Faktum bildete und andererseits zuverlässige Morbiditäts-Statistiken nicht vorlagen. Über die Änderung der Sterblichkeit an Tuberkulose (alle Formen) in Bayern und in den verschiedenen Regierungsbezirken unterrichtet Tabelle 1.

In Bayern beträgt die Tuberkulosesterblichkeit 1938 6,2/10 000 E; 1948 starben 7,7/10 000 E, doch bereits 1948 wurde annähernd der Vorkriegsstand wieder erreicht. Mit dem Einsetzen der modernen Chemotherapie in den Jahren 1948/49 sinkt die Sterblichkeit bis 1950 auf 4,1/10 000 E. ab. Nach einem kurzen Verharren bis zum Jahre 1951 wird durch die ab 1952 zur Anwendung gelangenden Isoniazide eine weitere Verringerung der Sterblichkeit auf 3,0 i. J. 1952 und auf 2,5/10 000 E i. J. 1953 ermöglicht. Seit dieser Zeit hat sich die Sterblichkeit an Tuberkulose nur noch geringfügig verändert. Er erscheint denkbar, daß in dieser Entwicklung ein teilweises Nachholen von Sterbefällen solcher Personen zu sehen ist, die 1952/53 durch die

Abb. 1b zeigt, daß die absolute (auf jeweils 10 000 M bezogene) Änderung der Sterblichkeit seit 1939 in den Altersgruppen zwischen 40 und 55 Jahren ein Maximum erreicht, während oberhalb 70 Jahre ein leichter Anstieg zu beobachten ist.

Aus Abb. 1a und b ist zu ersehen, daß die Sterblichkeit der Knaben und Männer zwischen 1 Jahr und etwa 25 Jahren fast den Wert Null erreicht hat; eine weitere wesentliche Senkung ist also hier nicht mehr möglich. Dagegen kann eine Reduzierung der Sterblichkeit oberhalb 25 Jahre als durchaus wahrscheinlich angenommen werden; in den Altersklassen von über 50 bis 60 Jahren ist allerdings eine entscheidende Änderung wohl nicht mehr zu erwarten, da es sich hier im wesentlichen um den Personenkreis der Chronisch-Tuberkulösen handelt, deren verminderte Widerstandskraft auch der modernen Chemotherapie keine überraschenden Erfolge gestattet. Die Tuberkulose, früher eine häufige Todesursache der jungen Leute, ist somit im Laufe der Entwicklung mehr und mehr zur Todesursache der höheren Altersgruppen geworden. Da der Bestand der an aktiver Tuberkulose erkrankten älteren Personen noch relativ hoch ist, und diese nur schlecht auf die moderne Therapie ansprechen, zum Teil also noch im Laufe der Jahre ihrer Tuberkulose erliegen werden, dürfte mit einem weiteren stärkeren Absinken der Sterblichkeit vorerst kaum zu rechnen sein.

II. Morbidität an Tuberkulose

Nachdem mit dem erheblichen Rückgang der Tuberkulose-Mortalität der bisherige Gradmesser der Entwicklung sehr an Bedeutung verloren hat, kommt der Beurteilung der Morbidität entscheidende Bedeutung zu. Während vor dem zweiten Weltkrieg nur die ansteckende Tuberkulose anzeigepflichtig war, ist die Meldepflicht ab 1946 auf alle Formen der Tuberkulose ausgedehnt worden.

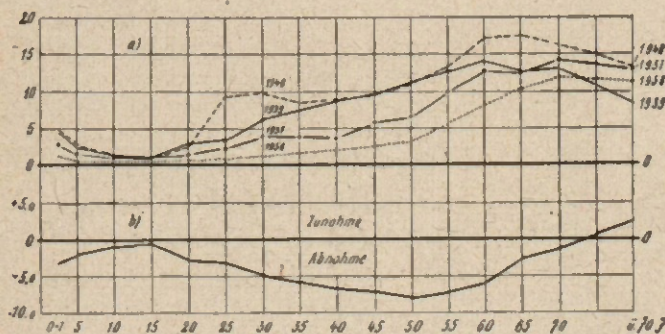


Abb. 1: a) Sterblichkeit der Männer an Tuberkulose (alle Formen) in Bayern 1939—1956, a. 10 000 M.

b) Unterschied der Sterblichkeit zwischen 1939 und 1956, bezogen a. 10 000 M.

In den Tuberkulosefürsorgestellen werden die Neuzugänge und der Bestand an Personen mit aktiver und inaktiver Tuberkulose registriert; es liegt in der Natur der Sache, daß für die Beurteilung einer Erkrankung an Tuberkulose subjektive Momente nicht ausgeschaltet werden können. Da zahlreiche Tuberkulosen nicht oder erst mit dem Tode zur Kenntnis der Fürsorgestellen gelangen, kann es sich bei den Morbiditätsangaben nur um eine untere Grenze der tatsächlichen Zahl handeln. Da die Morbiditätsangaben für Maßnahmen auf dem Gebiet der

Tuberkulosebekämpfung eine wichtige Rolle spielen, ist größter Wert auf die Erstellung einer möglichst umfassenden und zuverlässigen Morbiditätsstatistik zu legen.

a) Neuzugänge

Die Zahl der gemeldeten Neuzugänge an Tuberkulose (alle Formen) hat seit 1947 bis 1956 von 34 337 auf 14 506 abgenommen, und zwar ergeben sich für die verschiedenen Tuberkuloseformen die in Tabelle 2 zusammengestellten Verhältnisse.

Tabelle 2
Neuzugänge an aktiver Tuberkulose in Bayern 1947 bis 1956 auf 10 000 Einwohner

	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	Abnahme
ansteckende Lungentbk. (Ia + Ib)	8,2	7,4	6,0	6,0	6,0	5,6	5,5	4,6	5,4	4,4	— 3,8
nicht ansteckende Lungentbk. (Ic)	24,8	23,4	14,5	12,0	10,8	10,1	9,1	9,0	9,8	9,4	— 15,4
extrapulmonale Tbk. (Id)	4,5	4,1	3,1	2,4	2,4	2,5	2,4	2,2	2,4	2,0	— 2,5
Tuberkulose gesamt	37,5	34,9	23,6	20,4	19,2	18,2	17,0	15,8	17,6	15,8	— 21,7

Die Neuzugänge an ansteckender Lungentuberkulose haben sich in diesen 10 Jahren von 8,2 auf 4,4/10 000 E verringert, die an extrapulmonaler Tuberkulose haben von 4,5 auf 2,0/10 000 E abgenommen; besonders hoch ist der Rückgang bei den nichtansteckenden Fällen (Ic), welche von 1947 bis 1949 von 24,8 auf 14,5 und von 1949

bis 1956 nochmals um 5,1/10 000 E, insgesamt also um 15,4/10 000 E innerhalb von 10 Jahren abgesunken sind. Diese Abnahme der Ic-Fälle allein ist an der Verringerung der Zahl aller Neuzugänge mit 71% beteiligt.

Die absoluten Zahlen der Neuzugänge an Tuberkulose aller Formen lauten:

1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
34 337	32 494	21 971	18 687	17 556	16 709	15 603	14 509	16 083	14 506

Die Gesamtzahl der Neuzugänge ist danach 1956 um 19 831 niedriger als im Jahre 1947. Bis zum Jahre 1950 haben die Neuzugänge um 15 650 abgenommen, so daß also 79% des absoluten Betrages, um den sich die Neuzugänge vermindert haben, auf die Jahre 1947 bis 1950 und nur 21% auf die Zeit von 1950 bis 1958 entfallen. Diese Entwicklung ist einmal darauf zurückzuführen, daß ab 1954 in Bayern systematische Röntgenuntersuchungen (RRU) durchgeführt werden, die zur Aufdeckung zahlreicher bisher unbekannter Tuberkulosefälle geführt haben,

wodurch ein stärkeres Absinken abgebremst wird; andererseits ist mindestens bis 1948 aus prophylaktischen Gründen eine Überwertung der Krankheitserscheinungen der Kinder — und zum Teil auch der Erwachsenen — erfolgt, so daß die Neuzugänge mindestens der Jahre 1947 und 1948 als stark überhöht angesehen werden müssen. Auf diese Entwicklung wurde bereits 1948/49 von Lydtin, Krieger und Sixt aufmerksam gemacht; Einzelheiten sind der Tabelle 3 zu entnehmen.

Tabelle 3
Neuzugänge an aktiver Tuberkulose in Bayern 1947 bis 1956 auf je 10 000 Kinder (bis 15 J.), Männer (üb. 15 J.) und Frauen (üb. 15 J.)

	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
ansteckende Lungentuberkulose (Ia + Ib)									
Ki			0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Mä			10,6	11,0	10,4	10,2	8,8	10,0	8,2
Fr			5,5	5,1	4,6	4,5	3,7	4,3	3,4
nicht ansteckende Lungentuberkulose (Ic)									
Ki	55,2	31,7	23,3	19,3	15,9	15,0	13,7	13,9	13,2
Mä	—	11,2	10,5	10,0	10,5	9,0	9,5	10,8	10,2
Fr	—	7,1	7,1	6,7	6,5	5,9	5,9	6,9	6,9
extrapulmonale Tuberkulose (Id)									
Ki			3,2	3,2	3,2	3,0	2,6	2,5	2,2
Mä			2,2	2,0	2,2	2,1	2,0	2,4	1,8
Fr			2,1	2,2	2,4	2,4	2,1	2,2	2,0
Tuberkulose gesamt (Ia—Id)									
Ki			26,9	22,9	19,4	18,3	16,6	16,7	15,6
Mä			23,3	23,0	23,1	21,3	20,3	23,2	20,2
Fr			14,7	14,0	13,6	12,8	11,7	13,4	12,3

Leider liegen aus der Zeit vor 1950 keine altersgegliederten Angaben für Bayern vor, lediglich die Erkrankungsfälle der Kinder an geschlossener Tuberkulose (Ic)

sind bereits für 1948 angegeben: sie fallen bis 1952 — also innerhalb von nur 4 Jahren — um fast 40/10 000 K ab; von 1952 bis 1958 ist die Änderung nur noch geringfügig.

Von 1948 bis 1956 haben alle Neuzugänge um 17 938 Fälle abgenommen; in demselben Zeitraum hat sich die Zahl der Neuzugänge an geschlossener Tuberkulose der Kinder um 9908 verringert.

Der Abfall der Ic-Fälle der Kinder ist somit an dem Rückgang der Neuzugänge aller Altersklassen und aller Formen mit 55% beteiligt. In welchem Ausmaß prophylaktische Gründe zu der Überhöhung der Zahl der Neuzugänge in den Jahren 1947/48 und vielleicht noch 1949 beigetragen haben, kann heute nicht mehr festgestellt werden, doch wenn man die Entwicklung der Ic-Fälle bei den Männern und Frauen beurteilt, welche sich seit 1948 kaum noch geändert haben, dann muß man wohl annehmen können, daß die Zahl der geschlossenen Tuberkulosen der Kinder i. J. 1948 um mindestens 50% zu hoch angegeben ist. In Niedersachsen ist die Entwicklung der Neuzugänge an geschlossener Lungentuberkulose von 1947 bis 1950 folgendermaßen vor sich gegangen (auf je 10 000):

	1947	1948	1949	1950
Ki (b. 15 J.)	66,8	75,6	46,4	25,2
Mä (ü. 15 J.)	33,0	20,6	15,9	16,3
Fr (ü. 15 J.)	20,3	13,3	11,1	11,6

Es zeigt sich, daß auch bei den Männern und Frauen (und besonders wohl bei den 15- bis 20jährigen) ein beträchtlicher Abfall der Ic-Fälle von 1947 bis 1950 erfolgt ist, welcher in dieser Größenordnung kaum als reell angesehen werden kann. Da hier eine parallele Entwicklung in Bayern anzunehmen ist, dürften die effektiven Erkrankungsziffern in den Jahren 1947 und 1948 noch niedriger gelegen haben als sich nur unter Berücksichtigung der geschlossenen Tuberkulose der Kinder ergibt. Unter diesen Umständen muß die Abnahme der tatsächlich erfolgten Neuzugänge an aktiver Tuberkulose aller Formen und aller Altersklassen in Bayern seit 1947 auf höchstens 30 bis 35% geschätzt werden, während sich nach den von den Fürsorgestellten gemeldeten Zahlen ein Rückgang der Ziffern der Neuzugänge seit 1947 von fast 58% ergeben würde.

Hinsichtlich der regionalen Verteilung der Neuzugänge ergibt sich die Situation nach Tabelle 4.

1948 differieren die Angaben noch ziemlich, gleichen sich dann aber mehr und mehr an; nur Oberpfalz weicht 1955 und 1956 stark vom Mittelwert ab. Das Minimum

entfällt seit 1952 auf Schwaben, das Maximum von 1952 bis 1954 auf Oberbayern, 1955 und 1956 auf die Oberpfalz. In Schwaben haben die Neuzugänge seit 1948 um 35,2/10 000 E, in Oberfranken um 29,4/10 000 E abgenommen. Die geringsten Unterschiede gegenüber 1948 weisen die Oberpfalz mit nur 8,2 und Unterfranken mit 10,2 a. 10 000 E auf. In Niederbayern, der Oberpfalz und Unterfranken haben sich die Neuzugänge seit 1950 nur geringfügig, in den übrigen Regierungsbezirken beträchtlich geändert. Die Ursache ist wiederum bei den Ic-Fällen der Kinder zu vermuten, deren Neuzugänge 1950 in Niederbayern, der Oberpfalz und Unterfranken um 40–50% niedriger lagen als in den übrigen Regierungsbezirken. Die Frage, ob seinerzeit die niedrigen Angaben zu niedrig, oder die höheren Werte zu hoch waren, soll in diesem Zusammenhang nicht diskutiert werden.

Zusammenfassend kann in bezug auf die Neuzugänge an aktiver Tuberkulose in Bayern gesagt werden, daß diese in dem Zeitraum von 10 Jahren zweifellos abgenommen haben, doch hat sich diese Entwicklung keineswegs in dem Ausmaß vollzogen, welches sich aus einer unkritischen Beurteilung der Zahlen ergibt. Die allgemeine Tendenz deutet auf einen weiteren allmählichen Rückgang hin, der jedoch durch die Ergebnisse der RRU etwas abgebremst werden dürfte.

b) Bestand an Personen mit aktiver Tuberkulose

Der Bestand der jeweils am Jahresende registrierten Personen mit aktiver Tuberkulose setzt sich zusammen aus altem Bestand des Vorjahres + Neuzugänge + Verschlechterungen aus den Gruppen der inaktiven Tuberkulosen, Exponierten und unbestimmten Diagnosen und vermindert sich um

die an Tuberkulose und sonstigen Ursachen Gestorbenen, um die in die Gruppe der Inaktiven usw. übergeführten Personen, um die aus der Fürsorge Entlassenen und in andere Länder Verzogenen und Entwichenen.

Auch bei den Angaben des Bestandes kann es sich nur um eine untere Grenze handeln; außerdem ist zu berücksichtigen, daß infolge der aus Überwachungsgründen notwendigen Verweildauer in den verschiedenen Gruppen auch zahlreiche Personen noch zum Bestand gezählt werden, bei welchen Aktivitätszeichen nicht mehr beobachtet werden.

In Tabelle 5 ist die Entwicklung des Bestandes seit 1947 aufgezeigt.

Tabelle 4

Neuzugänge an aktiver Tuberkulose (Ia–Id) in den Regierungsbezirken, 1947–1956, a. 10 000 Einwohner

	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	Abnahme
Oberbayern		31,0	22,6	20,6	19,6	20,1	18,2	17,4	18,8	14,3	16,7
Niederbayern		28,9	19,8	18,6	17,0	18,2	15,9	16,9	19,8	16,1	12,8
Oberpfalz		29,9	23,8	20,7	21,8	18,5	17,4	15,1	22,4	21,7	8,2
Oberfranken		45,2	25,2	23,9	20,2	18,3	16,5	15,7	19,1	15,8	29,4
Mittelfranken		35,0	26,7	21,3	18,3	17,5	16,5	14,8	15,1	15,6	19,4
Unterfranken		27,1	21,5	17,4	17,6	17,6	18,1	16,6	18,4	16,9	10,2
Schwaben		49,0	25,5	19,9	19,7	15,4	15,2	13,2	14,6	13,8	35,2
Bayern	37,5	34,9	23,8	20,4	19,2	18,2	17,0	15,8	17,6	15,8	

Tabelle 5

Bestand an Personen mit aktiver Tuberkulose in Bayern, 1947 bis 1956 auf 10 000 Einwohner

	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	Abnahme
ansteckende Lg.-Tbk. (Ia + Ib)	20,3	22,7	24,0	25,4	25,9	25,2	25,4	22,9	22,5	21,2	+ 0,9
nichtansteckende Lg.-Tbk. (Ic)	46,5	49,9	45,3	40,0	37,3	36,9	35,4	35,7	34,7	35,2	– 11,3
extrapulmonale Tbk. Id	8,4	9,8	10,1	9,2	8,9	8,6	8,6	8,2	7,6	7,2	– 1,2
Tuberkulose gesamt (Ia–Id)	75,2	82,4	79,4	74,6	72,1	70,7	69,4	66,8	64,8	63,6	– 11,6

Tabelle 6

Bestand der an aktiver Tuberkulose erkrankten Kinder (bis 15 J.), Männer (üb. 15 J.) und Frauen (üb. 15 J.) in Bayern, 1947 bis 1956, auf 10 000

	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	Änderung
ansteckende Lungentuberkulose Ia + Ib)											
Kinder	0,9	1,0	1,1	1,0	1,0	0,9	0,9	0,7	0,7	0,5	- 0,4
Männer	37,4	42,0	44,9	46,9	47,8	46,7	47,9	44,2	43,2	40,7	+ 3,3
Frauen	17,5	19,8	20,7	22,4	22,5	21,2	20,8	18,0	17,0	15,6	- 1,9
nicht ansteckende Lungentuberkulose (Ic)											
Kinder	83,2	88,1	76,8	55,2	45,3	38,6	34,9	32,1	31,6	31,2	- 52,0
Männer	41,5	45,7	43,0	42,7	42,3	44,5	43,7	45,6	44,3	45,9	+ 4,4
Frauen	27,3	31,0	28,8	29,2	28,8	29,6	29,0	29,5	28,5	28,6	+ 1,3
extrapulmonale Tuberkulose (Id)											
Kinder	13,1	14,2	13,7	11,4	10,5	9,8	9,1	8,0	7,0	8,4	- 8,7
Männer	6,7	8,3	8,9	8,6	8,3	8,1	8,2	8,1	7,7	7,3	+ 0,6
Frauen	6,6	8,5	8,9	8,6	8,5	8,4	8,6	8,4	7,8	7,4	+ 1,3
Tuberkulose gesamt (Ia-Id)											
Kinder	97,2	103,3	91,6	67,6	56,8	49,3	44,9	40,8	39,3	38,1	- 59,1
Männer	85,6	96,0	96,8	98,2	98,4	99,3	99,8	97,9	95,2	93,9	+ 8,3
Frauen	51,4	59,3	58,4	60,2	59,8	59,2	58,4	55,9	53,3	51,6	+ 0,2

Tabelle 7

Bestand der an aktiver Tuberkulose (Ia-Id) erkrankten Personen in den einzelnen Regierungsbezirken, 1947 bis 1956, auf 10 000 E.

	1947	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	Änderung
Oberbayern	60,2	68,5	65,3	62,0	61,8	62,8	60,1	56,1	52,1	50,9	- 9,3
Niederbayern	57,2	67,3	66,6	62,5	62,3	61,6	62,3	62,6	65,0	64,2	+ 7,0
Oberpfalz	67,8	76,4	76,7	69,3	70,2	69,2	70,7	66,5	71,2	74,1	+ 8,3
Oberfranken	104,7	110,2	107,8	105,8	101,0	96,3	93,8	85,3	74,7	67,5	- 37,2
Mittelfranken	89,3	100,5	87,7	83,3	80,0	80,0	78,5	76,6	74,5	74,2	- 15,1
Unterfranken	48,2	58,6	62,9	59,0	60,6	57,8	60,2	62,4	62,9	63,3	+ 17,1
Schwaben	105,5	103,6	99,7	90,1	78,0	72,8	72,0	69,7	68,9	67,2	- 38,3
Bayern	75,2	82,4	79,4	74,6	72,1	70,7	69,4	68,8	64,8	63,6	- 11,6

Der Bestand an Personen mit ansteckender Lungentuberkulose hat i. J. 1951 sein Maximum erreicht und sinkt etwa seit 1954 stärker ab, er liegt allerdings auch 1956 noch etwas höher als i. J. 1947. Der stärkste Abfall entfällt auch hier wieder auf die Ic-Fälle, die allerdings seit 1951 praktisch keine Änderung mehr erfahren haben. Die extrapulmonale Tuberkulose (Id) hat sich seit 1947 ebenfalls nur sehr wenig verändert, auch hier ist erst ab 1954 eine absinkende Tendenz zu erkennen. Der Gesamtbestand hat 1948 — entsprechend der hohen Zahl an Neuzugängen in den Jahren 1947 und 1948 — sein Maximum erreicht und ist seit dieser Zeit um 18,6/10 000 E (oder um 22,6%) gefallen.

Über die Entwicklung des Bestandes in den Altersgruppen der Kinder, der Männer und der Frauen unterrichtet Tabelle 6.

Gegenüber 1947 hat der Bestand um 9345 Personen abgenommen, die Tuberkulosefälle der Kinder allein um 14 350; der Bestand an Männern und Frauen mit aktiver Tuberkulose hat somit in diesen 10 Jahren um rund 5000 zugenommen.

Nach Tabelle 6 ist festzustellen:

Die ansteckende Lungentuberkulose steigt bis 1951 an und sinkt ab 1953 stärker ab, obwohl die Sterblichkeit geringer geworden ist und die Neuzugänge nur eine geringe Änderung aufzuweisen haben (s. Tabelle 3). Es darf wohl angenommen werden, daß sich hier die moderne Chemotherapie — besonders ab 1952 — bemerkbar macht und die gebesserten Ia + Ib-Fälle in stärkerem Maße nach Ic und sonstigen Gruppen übergeführt werden

können. Das Ansteigen des Bestandes bzw. die Konstanz an Fällen mit geschlossener Tuberkulose der Erwachsenen spricht ebenfalls für diese Möglichkeit. Der Bestand an extrapulmonalen Tuberkulosen hat besonders bei den Kindern abgenommen.

Nach Tabelle 7 weisen die Regierungsbezirke 1947 Unterschiede von teilweise über 100% auf; bis 1956 ist eine gewisse Angleichung erfolgt, nur Oberbayern, die Oberpfalz und Mittelfranken weichen wesentlich vom Mittelwert ab. Die Ursache dafür liegt in erster Linie bei den Angaben über den Bestand an nichtansteckenden Tuberkulosen, der i. J. 1956 in Oberbayern mit 24,4, in der Oberpfalz mit 39,1 und in Mittelfranken mit 46,9/10 000 E angegeben wird (Mittelwert Bayern 35,2). Im gesamten Bundesgebiet kamen i. J. 1956 auf 100 Offentuberkulose (Ia + Ib) etwa 213 Personen mit nichtansteckender Lungentuberkulose; in Bayern nur 166.

Die Zahl der Ic-Fälle liegt danach entweder in Bayern zu niedrig, oder im übrigen Bundesgebiet zu hoch. Nun sind während der Jahre 1955 und 1956 in Bayern durch die Röntgenreihenuntersuchungen 1619 bisher unbekannte Offentuberkulose und 3995 Ic-Fälle entdeckt worden, auf 100 Offentuberkulose demnach 247 Ic-Fälle. Diese Zahl liegt wesentlich höher als sich aus dem Bestand für 1956 in Bayern ergibt. Da die RRU in diesen beiden Jahren immerhin rund 20% der Gesamtbevölkerung erfaßt haben, liegt die Wahrscheinlichkeit nahe, daß der Bestand an Personen mit geschlossener Tuberkulose in Bayern in Wirklichkeit wesentlich höher liegt, als sich nach den Bestandsangaben annehmen läßt.

Die Altersgliederung der im Bestand erfaßten Tuberkulösen ist aus Abb. 2 zu ersehen.

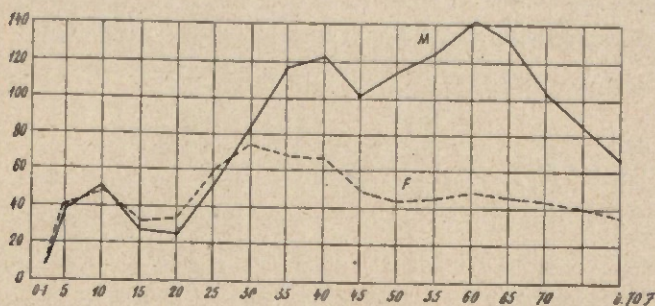


Abb. 2: Bestand an Personen mit aktiver Tuberkulose (Ia-Id) in Bayern, 1956, a. 10 000 E.

Bis zum 10. Jahr etwa stimmen die Werte für beide Geschlechter überein, dann macht sich eine durch Pubertät, später durch Schwangerschaft usw. bedingte erhöhte Morbidität der Frauen bemerkbar, die um das 30. Jahr Maximalwerte erreicht und dann absinkt, während die größte Erkrankungshäufigkeit der Männer etwa um das 60. Jahr festzustellen ist. In diesem Alter sind annähernd 1,5% aller Männer in Bayern in Betreuung der Fürsorgestellen wegen einer aktiven Tuberkulose.

Nach Tab. 7 sinkt der Bestand an Personen mit aktiver Tuberkulose seit 1948 in Bayern ständig ab. Zum Teil ist dieser Vorgang jedoch als eine Bereinigung der Statistik von jenen Fällen anzusehen, welche in den ersten Nachkriegsjahren aus prophylaktischen Gründen Eingang in die Statistik gefunden haben. Der effektive Bestand muß deshalb 1948 wesentlich tiefer gelegen haben und die Abnahme bis 1956 in geringem Umfange vor sich gegangen sein. Da die RRU während der nächsten Jahre zur Auffindung zahlreicher bisher unbekannter bzw. inzwischen erkrankter — Tuberkulöser führen werden, ist mit einer wesentlichen Verringerung des Bestandes in absehbarer Zeit kaum zu rechnen, zumal die geringe Sterblichkeit dem Bestand nur unbedeutende Einbußen zufügt.

III. Letalität

Über die Beziehung zwischen Morbidität und Mortalität sind zuverlässige Angaben nicht möglich, weil diese die Beobachtung von an Tuberkulose neuerkrankten Personen über Jahrzehnte hinweg zur Voraussetzung machen. Dagegen kann eine Art jährlicher Letalität ermittelt werden, welche besagt, wieviel Personen mit offener Lungentuberkulose (Bestand Ia + Ib) jährlich an Lungentuberkulose sterben. Aus diesen Angaben lassen sich für die Praxis ausreichende Schlußfolgerungen ziehen.

Von 100 Offentuberkulösen (M+F) sind in Bayern gestorben:

1947 = 22,6 1949 = 14,1 1951 = 11,4 1953 = 8,1 1955 = 8,5
1948 = 19,5 1950 = 11,8 1952 = 9,3 1954 = 8,3 1956 = 8,4

Es ergibt sich ein ganz erheblicher Abfall der Letalität, die 1947 etwa 22,6%, 1956 noch 8,4% beträgt. Seit 1953 ist praktisch keine Änderung mehr erfolgt. Eine geschlechtsspezifische Gliederung der Letalität zeigt, daß hier —

im Gegensatz zur Morbidität und Mortalität — keine Unterschiede bestehen. Die Frauen erkranken wohl weniger häufig an Lungentuberkulose — und besonders an ansteckender — als die Männer; wenn sie jedoch an ansteckender Tbc erkrankt sind, dann ist die Wahrscheinlichkeit eines letalen Ausgangs genau so hoch wie bei den Männern. Da angenommen werden muß, daß noch zahlreiche Offentuberkulöse nicht bekannt sind, dürfte die tatsächliche jährliche Letalität der Offentuberkulösen niedriger liegen und — wie im übrigen Bundesgebiet — etwa 6—7% betragen. Mit einer wesentlichen Änderung ist auch hier in den nächsten Jahren wohl kaum zu rechnen, zumal die Altersverteilung der Offentuberkulösen Höchstwerte in den höheren Altersklassen aufweist, in denen die Tuberkulosesterblichkeit auch in den letzten Jahren trotz Chemotherapie keine überraschenden Änderungen zeigt.

IV. Stationäre Behandlung

Die Zahl der im Laufe der Jahre stationär behandelten Tuberkulösen in Bayern ist aus Tab. 8 zu entnehmen. Danach waren

1948 10 532 und 1956 9912 Personen in stationärer Behandlung. Die Zahlen haben sich also kaum geändert. Allerdings muß berücksichtigt werden, daß die Wartezeiten 1948 mehrere Monate betragen haben, so daß bei damals ausreichender Bettenzahl auch mit einer größeren Zahl von stationär behandelten Personen gerechnet werden muß. In welchem Ausmaß an diesen Zahlen Erst-, Zweit-, Dritt-Kuren usw. beteiligt sind, kann nicht festgestellt werden. Es erscheint die Tatsache bedeutungsvoll, daß während dieses relativ langen Zeitraumes in der Zahl der stationär behandelten Tuberkulösen — absolut und auf 10 000 E — praktisch keine Änderung erfolgt ist. Wenn 1956 17% und 1948 13,3% des Gesamtbestandes an Tuberkulösen an einer stationären Behandlung teilgenommen haben, dann deutet dies nicht auf eine Verschlechterung der Situation hin, sondern ist auf die Bereinigung des Bestandes zurückzuführen. Tabelle 8 zeigt, daß die Tuberkulose noch immer ein sehr bedeutsames Problem darstellt und daß der Verschiebung des Akzents von der Mortalität auf die Morbidität — und damit auf die Invaldität — auch volkswirtschaftlich Gewicht beizumessen ist.

V. Bekämpfung der Rindertuberkulose

Nach vielen Untersuchungen im In- und Ausland ist der Typus bovinus an der Gesamtzahl von tuberkulösen Erkrankungen und Sterbefällen an Tuberkulose mit schätzungsweise mindestens 10% beteiligt. Erkrankungen dieser Art, die direkt und indirekt überwiegend durch tuberkuloseverseuchte Rinder verursacht werden, sind absolut vermeidbar, da eine Sanierung der Infektionsquellen möglich ist. Dänemark, Holland, Schottland, USA und andere Länder führen das starke Absinken der Morbidität und Mortalität an Tuberkulose nicht zuletzt auf die in diesen Ländern konsequent durchgeführten Maßnahmen zur Bekämpfung der Rindertuberkulose zurück, die in erster Linie in der Ausmerzung tuberkuloseverdächtiger Rinder bestehen. Auch in der Bundesrepublik Deutschland werden in dieser Hinsicht erhebliche Anstrengungen gemacht. Im Rahmen des „Grünen Planes“ werden im Bundes- und Länderhaushalt beträchtliche Mittel für diesen Zweck zur Verfügung gestellt, und die Zahl der dem staatlich gelenkten, freiwilligen Tuber-

Tabelle 8
In stationärer Behandlung befindliche Tuberkulosekranke in Bayern

	1948	1949	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956
absolute Zahl (Ia-Id)	10 532	10 210	10 405	10 729	10 056	10 215	10 112	10 222	9 912
i. % d. Bestandes	13,3	13,8	15,2	16,3	15,5	16,0	16,6	17,2	17,0
a. 10 000 Einwohner	13,3	10,7	11,3	11,7	11,0	11,1	11,0	11,1	11,0

kulosebekämpfungsverfahren angeschlossenen Bestände steigt laufend an. Über die Entwicklung in Bayern unterrichtet Tabelle 9:

Tabelle 9

Prozentsatz der staatlich als tuberkulosefrei anerkannten Bestände in Bayern 1952—1956

	1952	1953	1954	1955	1956
Oberbayern	3,5	5,9	10,5	17,7	26,3
Niederbayern	1,4	3,2	7,0	12,3	21,8
Oberpfalz	0,8	1,9	5,5	11,8	20,2
Oberfranken	8,3	17,7	26,8	35,1	46,3
Mittelfranken	11,8	20,7	32,6	44,7	56,0
Unterfranken	3,8	8,3	19,1	29,0	39,6
Schwaben	1,7	3,7	8,6	14,6	20,8
Bayern	4,0	8,0	14,5	22,1	31,4

Von insgesamt 400 391 Beständen waren am 31. 12. 1956 242 732 = 60,6% dem Verfahren angeschlossen und 125 590 = 31,4% als tuberkulosefrei anerkannt; wobei die 3 fränkischen Regierungsbezirke die größten Fortschritte gemacht haben. Die aufgezeigte Entwicklung ist zweifellos ein Ergebnis, doch werden noch erhebliche Anstrengungen gemacht werden müssen, um zu einem endgültigen Erfolg zu kommen.

Zusammenfassung

Die Entwicklung der Tuberkulose in Bayern seit 1947 kann vom statistischen Standpunkt etwa folgendermaßen charakterisiert werden:

Die Mortalität ist von 6,7 auf 2,2/10 000 E abgesunken; seit etwa 1953 macht sich der Rückgang nur noch schwach bemerkbar. Eine wesentliche Änderung ist vorerst unwahrscheinlich.

An dem Abfall der Neuzugänge von 37,5 auf 15,8/10 000 E sind die Erkrankungen der 0—15jährigen an geschlossener Lungentuberkulose mit 55% beteiligt. Unter Berücksichtigung der Vorbeugungsdiagnosen der ersten Nachkriegsjahre ist der effektive Abbau der Neuzugänge auf höchstens 30—35% für alle Altersklassen und alle Formen von Tuberkulose zu schätzen. Durch die Ergebnisse der RRU dürfte ein langsamer weiterer Rückgang voraussichtlich etwas abgebremst werden.

Der Bestand hat seit 1947 um insgesamt 9345 Personen abgenommen, die Zahl der Kinder mit aktiver Tuberkulose hat sich in den 10 Jahren seit 1947 um 14 350 verringert, so daß der Bestand an Erwachsenen mit aktiver Tuberkulose angestiegen ist. Dies gilt überwiegend für die nicht-ansteckende Lungentuberkulose und kann evtl. als ein Erfolg der modernen Chemotherapie gedeutet werden, da deren Anstieg bzw. Konstanz u. a. durch

Allen unseren Lesern und Beziehern

**Srohe Weihnachten
und ein gutes neues Jahr!**

SCHRIFTFLEITUNG UND VERLAG

den langsamen Abbau des Bestandes an Offentuberkulösen zu erklären ist. Eine stärkere Abnahme des Bestandes dürfte ebenfalls in Hinblick auf die Auswirkungen der RRU in nächster Zeit nicht erwartet werden können.

Die Sterblichkeit der Offentuberkulösen an Lungentuberkulose, die jährliche Letalität, ist seit 1947 von 22,6% auf 8,4% gefallen. Unter Berücksichtigung der noch nicht erfaßten unbekannteren Offentuberkulösen dürfte der tatsächliche Wert etwa 6—7% betragen. Eine Verringerung der seit 4 Jahren annähernd konstanten Letalität ist ebenfalls vorerst kaum wahrscheinlich.

Die Zahl der in stationärer Behandlung befindlichen Tuberkulösen hat sich seit 1948 nur sehr wenig geändert; sie liegt nach wie vor bei etwa 10 000 Personen = 11/10 000 E und beträgt zur Zeit ca. 17% des Gesamtbestandes. Etwa 30—35% der Offentuberkulösen befinden sich ständig in Heilstättenbehandlung.

Ende 1952 waren in Bayern 4% der Ränderbestände staatlich als tuberkulosefrei anerkannt. In den letzten Jahren konnte dieser Anteil erheblich gesteigert werden und erreichte 1956 bereits 31,4%.

Die hier skizzierte Entwicklung in Bayern während der letzten 10 Jahre zeigt, daß die Tuberkulose noch lange kein überwundenes Problem darstellt und daß die Bewertung nach dem Absinken der Sterblichkeit an Tuberkulose zu verhängnisvollen Irrtümern führen kann. Es wird noch erheblicher Anstrengungen im Kampf gegen die Tuberkulose bedürfen, bevor unter dieses düstere Kapitel in der Geschichte der Menschheit der Schlußstrich gezogen werden kann.

Anschr. des Verf.: Westheim/Schwaben, Bergstr. 6

Gröning wieder vor Gericht

Von Dr. med. Walther Koerting

Schluß aus Heft 11/1957

Zeugen und Sachverständige

Einzelne Zeugen, darunter der Professor für Architektur an der Technischen Hochschule in Stuttgart Rolf Gutbrot traten für Gröning ein. Erschütternd waren demgegenüber die Zeugenaussagen der Mutter und der Schwester der Verstorbenen, einer Arztfrau, die ständig, jedoch ohne Erfolg, die Weiterbehandlung durch einen Arzt zu erreichen versucht hatten.

Die Amtsärztin von Säckingen, Dr. Helene Volk, Lungenfachärztin, die das Mädchen bis zu deren Besuch bei Gröning behandelte, erklärte an Hand der Krankengeschichte und Röntgenbilder, daß die Kranke „mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit hätte geheilt werden können“, da ihre Einweisung in die Lungen-

heilstätte Wehrawald bevorstand, die damals schon über die neuesten Mittel zur Behandlung der Tuberkulose verfügte.

Dem Sachverständigen Professor Dr. Karl Lydtin, Direktor des Krankenhauses München-Harlaching, waren vom Gericht folgende Fragen vorgelegt worden:

- ob nach dem damaligen Stand der medizinischen Wissenschaft, insbesondere durch Anwendung der Chemotherapie und den damals im Sanatorium Wehrawald vorhandenen, modernen Heilmöglichkeiten unter Zugrundelegung des Zustandes der Ruth K. vor dem Eingreifen Grönings, also vor dem 5. 11. 1949, ein hoher Grad von Wahrscheinlichkeit für eine Heilung gegeben war,
- ob durch das plötzliche Aussetzen jeder ärztlichen Behandlung ab 5. 11. 1949 der Tod der Kranken am

30. 12. 1950 beschleunigt und vorzeitig herbeigeführt wurde.

Professor Dr. Lydtin verwies auf die Stellungnahme des Chefarztes des Sanatoriums Wehrawald, Dr. Good, vom 4. 7. 55. Daraus ging hervor, daß vor der Behandlung durch den Angeklagten eine schwere doppelseitige Tuberkulose bestand, deren Prognose fraglich erschien. Die Krankheit dauerte schon einige Jahre.

Der Allgemeinzustand der Patientin ist in dem Bericht des Gesundheitsamtes Säckingen vom 15. 8. 49 als ausgezeichnet bezeichnet. Die ambulante Untersuchung im Sanatorium Wehrawald hatte ergeben, daß auf der rechten Lunge trotz der Gasbrust noch eine kleine Caverne vorhanden war mit einer ziemlich diffusen Infiltration. Auch im Unterlappengebiet bestanden noch ausgedehnte Infiltrationsherde. Die Gasbrustbehandlung hatte wohl den tuberkulösen Prozeß aufgefangen, aber zur völligen Heilung war es noch nicht gekommen. Nach eingehender Prüfung der Gesamtsituation war im Sanatorium Wehrawald ein Behandlungsplan aufgestellt, der zunächst den Einsatz der modernen Chemotherapie ins Auge faßte, nach deren Erfolg evtl. eine operative Behandlung der rechten Lunge durchgeführt werden sollte. Prof. Dr. Lydtin, dem die Verhältnisse in der Heilstätte Wehrawald gut bekannt sind, bestätigte, daß dort schon sehr früh alle modernen therapeutischen Möglichkeiten in ungewöhnlicher Weise zur Verfügung standen und auch ausgeschöpft wurden. Prof. Dr. Lydtin gab der Überzeugung Ausdruck, daß Dr. Good die Kranke nicht aufgenommen hätte, wenn er nicht mit der Möglichkeit gerechnet hätte, ihr entscheidend helfen zu können. Es hätte aber zweifellos auch dann noch ein weiter Weg vor der Kranken gelegen, bis sie die Heilung möglicherweise erreicht hätte. Auf einem solchen langen Wege sind nicht-voraussehbare Zwischenfälle nicht ausgeschlossen. Unter solchen Umständen läßt sich nicht sagen, daß vor dem 5. 11. 49 ein hoher Grad von Wahrscheinlichkeit für eine Heilung gegeben war. Es läßt sich nur sagen, daß Heilungsmöglichkeit, daß bei Ausnutzung der im Sanatorium Wehrawald gegebenen Möglichkeiten Heilungsaussicht bestand oder daß — wie Dr. Good dies ausdrückte, — die Kranke eine große Chance hatte, ihre Gesundheit weitgehend zu bessern, ihre Tuberkulose zu stabilisieren.

Zur zweiten Frage äußerte sich Prof. Dr. Lydtin, daß er sich dazu ganz bestimmt äußern könne. Es unterliege für ihn, wie sicher für jeden erfahrenen Facharzt, nicht dem geringsten Zweifel, daß durch das plötzliche Aussetzen jeder ärztlichen Behandlung und durch den Verzicht auf die besonderen Behandlungsmöglichkeiten in Wehrawald der Tod der Kranken beschleunigt und vorzeitig herbeigeführt wurde. Infolge der Aufgabe der Pneumothoraxbehandlung, die die Krankheit bisher einigermaßen aufgefangen hätte, und den gleichzeitigen Verzicht auf die Chemotherapie, wie sie in Wehrawald beabsichtigt war, kam es bei Ruth K., deren Allgemeinzustand in dem Bericht des Gesundheitsamtes Säckingen vom 15. 8. 49 noch als ausgezeichnet bezeichnet ist, zu einem raschen Fortschreiten der Erkrankung.

Die Verteidigung hatte auch ihrerseits Sachverständige geladen. Der praktische Arzt Dr. Freiwald, Stuttgart, teilte die Ansicht des hervorragenden Fachmannes Prof. Dr. Lydtin nicht, da seiner Ansicht nach die Tätigkeit Grönings keinen maßgeblichen Einfluß auf den Ausgang gehabt hätte. Er bemerkte jedoch einschränkend, daß die von den Ärzten vorgeschlagene Behandlung vielleicht noch Erfolg gehabt hätte, doch sei die Kranke arztmüde zu Gröning gegangen, dem sie vertraute. Sie habe sich einer Einweisung in ein Sanatorium und einer evtl. Operation widersetzt.

Zwei „Ärzte für biologische Heilweise“ suchten die Heilweise Grönings zu erklären. Der eine betonte, daß Gröning die Fähigkeit der Beherrschung der toten Materie habe. Grönings Stanniolkugeln könnten bei seelischen Einwirkungen einen Schwingungszustand aufnehmen und weitervermitteln. (Anm. Von Grönings ehemaligem Geschäftsführer Meckelburg wurde festgestellt, daß Gröning für Fernheilung ein weibliches Medium, Grönium, einschaltete.) Dr. Wilhelm Bayer aus Überlingen verstieg

sich zu der Behauptung: „Ein Arzt kann den Kranken nicht heilen, sondern nur behandeln. Heilen kann nur das Leben.“ — Dr. Masemer, Berlin, kam zu dem Schluß, es sei Gröning gegeben, aus „seinen eigenen Urschichten die Urschichten anderer Menschen anzusprechen“.

Das Plädoyer des Staatsanwalts

Staatsanwalt Dr. Helmut Fey bezog sich darauf, daß seinerzeit das Berufungsgericht festgestellt habe, daß Gröning ohne Erlaubnis und ohne als Arzt bestellt zu sein, eine Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten oder Körperschäden bei Menschen vorgenommen hat, die als Heilkunde im Sinne des Heilpraktikergesetzes anzusehen ist und demnach den objektiven Tatbestand eines Vergehens nach §§ 1, 5/1 Heilpraktiker-Gesetz erfüllt habe. Das Gericht war jedoch der Annahme, daß sich Gröning in einem schuldaußschließenden Irrtum befunden und somit nicht vorsätzlich gehandelt habe. — Auch im vorliegenden Gerichtsverfahren ist die Frage, ob es sich um ein Vergehen gegen das Heilpraktikergesetz handle, unbedingt zu bejahen. Wenn Gröning sagt, daß nicht er heile, sondern die göttliche Kraft, so handelt es sich um eine mehr oder weniger geschickte Tarnung der Ausübung der Heilkunde. Er fragte die Zuhörer immer wieder nach ihrem Befinden und forderte sie auf, ihre Aufmerksamkeit auf ihren Körper zu lenken. Er fragte auch, ob sie Wärmeströme oder schon eine Linderung ihrer Krankheit verspürten, was vereinzelt bejaht wurde. Gröning hat auch gewohnheits- und erwerbsmäßig seine Tätigkeit ausgeübt. Er kann es nicht unterlassen, von den Vorträgen Abstand zu nehmen. Jedenfalls hatte er aus seiner Tätigkeit laufende Einnahmen. Rechtlich spielt es keine Rolle, ob das Entgelt verlangt oder freiwillig gegeben wurde. Maßgebend bleibt, daß Gröning sich fortlaufend eine Erwerbsquelle verschafft hat. An sich ist es verständlich, daß Gröning von irgend etwas leben mußte, man hat aber nicht von irgendeiner festen Tätigkeit gehört, vielmehr hat ihn die Ausübung seiner Vorträge voll und ganz erfüllt. Heute kann Gröning sich nicht mehr darauf berufen, daß er sich durch sein Verhalten nicht strafbar gemacht hat, da ihm schon seinerzeit vor dem Amtsgericht München und dem Berufungsgericht klagemacht wurde, daß der Tatbestand eines Vergehens gegen das Heilpraktikergesetz erfüllt ist.

Hinsichtlich des Falles K., dessen trauriger Ausgang der Anlaß zur Anklage wegen fahrlässiger Tötung war, ist die Kardinalfrage, ob das Mädchen hätte geheilt werden können, wenn sie immer in fachärztlicher Behandlung gestanden wäre. Aus dem Gutachten der Lungensachverständigen Frau Dr. Volk vom Staatl. Gesundheitsamt Säckingen und dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. Kurt Lydtin (München), ging hervor, daß in Wehrawald alle Möglichkeiten dazu gegeben waren. Durch die Einflußnahme Grönings nahm die Patientin jedoch den unter großen Schwierigkeiten trotz Bettenmangels für sie freigestellten Platz nicht in Anspruch. Der als Sachverständige seitens der Verteidigung namhaft gemachte praktische Arzt Dr. Freihofer (Heidelberg) hat sich bedingt an die Seite Grönings gestellt. Es ist jedoch klar, daß die Urteile der auf dem Gebiete der Tuberkulosebekämpfung seit Jahren arbeitenden Sachverständigen ein ganz anderes Gewicht haben müssen. Die Mutter der Verstorbenen erklärte als Zeugin, daß ihre Tochter und ihr verstorbener Mann wiederholt erzählt haben, daß Gröning ausdrücklich erklärt habe, daß sie keinen Arzt brauche, und daß sie versprechen mußte, die ärztliche Behandlung zu unterbrechen. Er habe ihr geraten, eine Liegekur zu machen und dabei seine Stanniolkugeln in Händen zu halten, und tagtäglich in der Mittagszeit an ihn zu denken. Auch die Schwester der Verstorbenen bestätigte diese Angaben. Obwohl Gröning selbst angab, daß er sich dessen bewußt war, daß es sich um eine sehr schwere Erkrankung handle, habe er nichts unternommen. Es ist möglich, daß Gröning gewisse Krankheiten, die seelisch überlagert sind, durch seine Persönlichkeit zu heilen oder zu bessern vermag, jedoch niemals eine schwere Tuberkulose. Bei dieser Sachlage durfte er die Behandlung gar nicht übernehmen. Seit Bad Wlessee durfte kein Arzt, sei es praktischer oder Facharzt, zur Patientin kommen. Gröning unternahm in der Folgezeit nichts; lediglich auf Drängen seines Ge-

schäftsführers wurde er gegen seinen Willen veranlaßt, die Patientin in Säckingen am 14. Mai 1950 aufzusuchen. Geschäftsführer Meckelburg erkannte sehr richtig, daß bei einem Todesfall eine schwere finanzielle Schädigung für Gröning die Folge wäre. Auch aus diesem Grunde erscheinen die Ausführungen von Meckelburg durchaus glaubwürdig. Gröning hat es unterlassen, einzugreifen und die Patientin einer fachärztlichen Behandlung zuzuführen. Gröning hätte erkennen müssen, daß seine Fähigkeiten zur Behandlung einer Tuberkulosekranken nicht ausreichen.

In diesem Falle handle es sich nicht um eine normale, sondern um eine grobe Fahrlässigkeit. Der Staatsanwalt beantragte wegen fahrlässiger Tötung eine Gefängnisstrafe von 10 Monaten. Hinsichtlich des Vergehens gegen das Heilpraktikergesetz erscheine eine Geldstrafe im Hinblick auf die Gröning in den Urteilen des Jahres 1952 erteilte Warnung nicht mehr angemessen, weshalb er für eine Freiheitsstrafe von 3 Monaten Gefängnis eintrete. Aus diesen Einzelstrafen wäre eine Gesamtgefängnisstrafe von einem Jahr zu bilden. Die Stanniolkugeln- und -blättchen sind einzuziehen. Die Kosten des Verfahrens Gröning aufzuerlegen.

Die Ausführungen des Verteidigers

Dr. Schwander (Heidelberg) gipfelte im Antrag auf Freispruch. Vom Heilpraktikergesetz behauptete er, daß es so schlecht sei, daß es jeden Juristen einfach anwidert. Ganz ohne Bezehung zu diesem Prozeß sagte Dr. Schwander, „wenn sich schon Ärzte wie in Deggendorf an ihren Patienten schuldig machten (Anm. Bekanntlich verurteilte das Gericht diese Ärzte wegen Vergehens gegen das Opiumgesetz) und der Prozeß wegen des gleichen Vergehens gegen Dr. Adams (Anm. In England!!) mit Freispruch endete, was will man da gegen Gröning sagen, der immer nur das Beste wollte“. Daß sich der Verteidiger hinsichtlich der Frage der Heilungsmöglichkeit der Verstorbenen auf seinen im Prozeß nicht erwähnten und auch nicht als Sachverständiger vor Gericht erschienenen Schwager, einen Schweizer Arzt, angeblich Besitzer von zwei Lungensanatorien, dessen Namen er nicht einmal nannte, berief, sei als Zeichen der Art der Verteidigung nur angeführt.

Das Urteil

Landgerichtsrat Dr. Huber verkündete als Vorsitzender des Schöffengerichts München-Land folgendes Urteil:

Bruno Gröning, verh., Privatmann in Plochingen, wird wegen eines fortgesetzten Vergehens der unerlaubten Heilkundeausübung zur

Geldstrafe von 2000 DM — m. W.: — zweitausend Deutsche Mark — ersatzweise 100 — hundert — Tage Gefängnis

verurteilt. Die zu Gerichtshänden gelangten Stanniolkugeln und Stannioblättchen werden eingezogen.

Im übrigen wird er freigesprochen.

Soweit verurteilt trägt der Angeklagte die Kosten des Verfahrens, soweit Freispruch erfolgte, fallen die auscheidbaren Kosten der Staatskasse zur Last.

Aus der Begründung sei angeführt: „... Das Gericht kam auf Grund des Bewesergebnisses zu der Überzeugung, daß Ruth K. länger gelebt hätte, wenn die vorgesehene Einschaffung und Behandlung im Sanatorium Wehrawald erfolgt wäre. Diese Überzeugung stützt sich auf die Bekundungen der sachverständigen Zeugin Dr.

Volk, wonach in Wehrawald die bis dahin in der Bundesrepublik noch nicht angewandte Chemotherapie praktiziert wurde, die durch Behandlung mit Streptomycin und Conteben gute Aussicht auf Erfolg versprach. Auch der Sachverständige Dr. Lydtin kommt in seinem Gutachten zu dem Ergebnis, daß die Behandlung in Wehrawald aussichtsreich verlaufen wäre. ... Die von der Ruth K. vorgelegene Einwilligung ist für die Tötungshandlung ohne Rechtswirkung, schließt also die rechtswidrige Tötung nicht aus, §§ 216, 226a StGB. Dem Angeklagten war jedoch nicht nachzuweisen, daß er den Tod durch Fahrlässigkeit herbeigeführt habe. Allgemein wird zwar eine Fahrlässigkeit dann anzunehmen sein, wenn jemand eine Heiltätigkeit ausübt, ohne nach dem geltenden Recht zu dieser Tätigkeit zugelassen zu sein. Der Angeklagte hatte diese Zulassung nicht, er wurde aber, obwohl er bereits ab Mitte 1949 sogenannte Massenbehandlungen durchführte, erst am 22. 9. 1950 durch das Gesundheitsamt München aufgefordert, seine Heilbehandlungen einzustellen. Er konnte also bis zu diesem Zeitpunkt der Meinung sein, daß seine Tätigkeit, da von der zuständigen Behörde nicht beanstandet, zugelassen sei. Eine Fahrlässigkeit allein schon aus seiner damaligen Tätigkeit ist somit nicht gegeben. Dafür sprechen auch die Gründe des Urteils der 2. Strafkammer des Landgerichts München II vom 8. Juli 1952, denen sich insoweit auch das jetzt erkennende Gericht angeschlossen hat. Im vorliegenden Fall ist dem Angeklagten sein Verhalten strafrechtlich nicht vorzuwerfen. Zunächst kann dem Angeklagten nicht widerlegt werden, daß der Vater K. erklärt habe „seine Tochter sei von den Ärzten aufgegeben worden, er denke gar nicht daran, seine Tochter weiterhin den Ärzten als Versuchskaninchen herzugeben“. Es besteht sogar eine gewisse Wahrscheinlichkeit für eine derartige Äußerung.

Denn einmal muß Vater K. einen Grund gehabt haben, sich gerade an den Angeklagten zu wenden. Wenn er dies tat, nachdem seine Tochter jahrelang in ärztlicher Behandlung gestanden war, so ist nicht auszuschließen, daß er zu dieser Behandlung kein Vertrauen mehr hatte. Auch seine Tochter hatte offenbar dieses Vertrauen nicht mehr.

Dies ergibt sich aus den Bekundungen ihrer Mutter, wonach die Behandlung durch die Ärzte immer schwieriger geworden sei und nur noch eine Operation helfen sollte. Vor dieser, so sagte die Mutter weiter aus, habe die Tochter Angst gehabt. Diese Angst der Tochter beruhte nach den Bekundungen der Schwester der Ruth darauf, daß sie im Sanatorium Mammolshöhe erlebt habe, daß viele junge Mädchen gestorben seien. Weiter ist dem Angeklagten nicht zu widerlegen, daß Ruth ihm nach Beendigung seines Vortrages in Bad Wiessee, zu dem Vater und Tochter ohne Zutun des Angeklagten gekommen waren, erklärt habe, sie fühle sich sehr wohl und glaube, daß sie geheilt sei. Bei dieser unwiderlegten Einlassung des Angeklagten, ist ihm strafrechtlich nicht vorzuwerfen, daß er Vater und Tochter nicht abgewiesen hatte. Daß der Angeklagte ein striktes Verbot dahin ausgesprochen habe, daß eine ärztliche Behandlung unterbleiben müsse, war nicht nachzuweisen. Zunächst steht dies schon in Widerspruch zur Einlassung des Angeklagten, wonach der Vater selber erklärt habe, er werde die Tochter nicht mehr zu Ärzten lassen. Andererseits ist nachgewiesen, daß der Angeklagte selber dem Vater aufgegeben hat, eine Röntgenaufnahme machen zu lassen. Daß damit eine Nachuntersuchung durch den Arzt erfolgen würde, konnte der Angeklagte annehmen. Zudem ergibt sich aus der Aussage der Mutter, daß ihre Tochter Ruth dem Angeklagten gesagt hatte, sie sei bei Dr. Volk in Behandlung und dieser erwidert habe: „Gehen Sie ruhig hin und sagen Sie Dr. Volk, Sie wären bei

Cefedrin

Tropfen · Sirup · Amp.

BRONCHITIS · ASTHMA
REIZHUSTEN
KEUCHHUSTEN

CEFAK KEMPTEN



Gröning gewesen und er werde Sie heilen". Die Zeugin Dr. Volk hat bestätigt, daß der Vater bei ihr war und sagte, daß Gröning seine Tochter heilen würde, dabei habe er auch hinzugefügt, daß Ruth nicht mehr zu ihr in Behandlung kommen dürfe. Die Patientin habe, so sagt die Zeugin weiter, am 12. 12. 1949 um eine Röntgenaufnahme gebeten. Die Mutter und die Schwester der Kranken haben zwar auch übereinstimmend bekundet, der Vater habe ihnen erzählt, daß der Angeklagte die Weiterbehandlung durch einen Arzt verboten habe. Aus den Bekundungen dieser Zeuginnen ergibt sich aber auch, daß sie dem Vater immer Vorwürfe gemacht hatten, weil er zu keinem Arzt gehe. Es läßt sich daher nicht ausschließen, daß der Vater, der an die Heilung durch den Angeklagten glaubte, zu seiner Entschuldigung und um weitere Vorwürfe sich zu ersparen, erklärt hat, der Angeklagte habe die Zuziehung eines Arztes strikte verboten. Die Mutter bekundete, der Angeklagte habe zur Tochter u. a. gesagt, „er sei gekommen um den Rest der Krankheit mitzunehmen“. Dann sei der Angeklagte mit Ruth allein beisammen gewesen. Sie, die Zeugin, habe ihn noch gefragt, ob er wirklich glaube, daß er ihre Tochter heilen könne. Der Angeklagte erwiderte, „wenn ein Mitglied der Familie nicht an mich glaubt, so ist es schon schlecht“. Der Angeklagte hat, wie feststeht, dem Vater gesagt, er solle zu Dr. Volk gehen und ihr mitteilen, daß Ruth in seiner Behandlung ist. Diese Mitteilung ist auch erfolgt.

Er konnte daher auch annehmen, daß die behandelnde Ärztin mit seltener Weiterbehandlung einverstanden ist, also die Bestätigung der Behauptung des Vaters, daß die Tochter vom Arzt aufgegeben sei, finden. Wenn er unter dieser Annahme die „Behandlung“ und Heilung versprach, so ist ihm ein Verschulden nicht nachzuweisen, denn es ist nicht ersichtlich wie so gerade er, der damals in der Öffentlichkeit als „Wunderdoktor“ gepriesen wurde, bei seinem Bildungsgrad anders hätte handeln sollen. „Der Angeklagte war daher mangels Beweises freizusprechen.“

Die Aufnahme des Urteils in der Presse

Da Berufung gegen das Urteil eingelegt wurde, und es sich somit um ein noch schwebendes Verfahren handelt, ist es nicht möglich, zur Zeit kritisch zu dem vorliegenden Urteil Stellung zu nehmen. Es ist uns aber nicht ver-sagt, auf das Echo in der Presse hinzuweisen.

„Bruno Gröning lächelte, als Landgerichtsrat Huber das Urteil gegen ihn verlas. Das war allerdings ein ungleich milderer Urteil, als es Staatsanwalt Dr. Fey in seinem Plädoyer gefordert hatte: ein Jahr Gefängnis. Der junge Anklagevertreter nannte Grönings Tätigkeit ‚Scharlatanerlei und Geldmacherlei‘. Nur mit Mühe konnte daraufhin Grönings zahlreicher Anhang beruhigt werden. Der grob gefaßten Urteilsbegründung war die Unlust anzumerken, einen immerhin wissenschaftlich umstrittenen Mann nach einem starren Gesetz bestrafen zu müssen ... Als das Urteil verkündet worden war, stürzten Hunderte von meist älteren Frauen zu Gröning ... Einige der Frauen hatten Tränen in den Augen. ‚Bleiben Sie uns erhalten‘, sagte eine zu ihm, ‚ich bete für Sie zu Gott!‘ Grönings Ausmarsch aus dem Justizpalast wurde zum Triumphzug. Auf der Straße hielten die Omnibusse und die Menschen stürzten aus den Häusern ...“ (Nacht-ausgabe.)

„2000 DM Strafe: Gröning gefeiert wie ein Held. Gefeiert wie ein Held, von seinen jubelnden Anbeterinnen unter Tränen immer wieder stürmisch umarmt und auf die Hände geküßt — so verließ ‚Wunderdoktor‘ Bruno Gröning den Gerichtssaal in München. Das Urteil war selbst für den Angeklagten zu einer unerwarteten Sensation ge-

worden ... ‚Das ist ein mildes Urteil — ich werde natürlich keine Berufung einlegen!‘ stammelte überglücklich der ‚Meister‘. Der Gerichtssaal glich einer Zirkusarena. ... Gröning sagte: ‚Es ahnt ja keiner, wie viele Ärzte schon auf meiner Seite sind!‘ Nur mit Mühe konnte sich Gröning mit seiner hochelegant gekleideten Frau Josetta den Weg zu seinem hellgrünen Opel-Kapitän (Kennzeichen ES C 220) durch die Menschenmauer bahnen. Erst als er Dutzende seiner Photos mit eigenhändiger Unterschrift an bettelnde Kranke verteilt hatte, konnte er sich in die Polster seines Wagens sinken lassen.“ (Bild.)

„... Die ihm auferlegte Geldbuße von 2000 DM kann Gröning auch heute noch, wie Kenner seiner Verhältnisse versichern, ohne Schwierigkeiten zahlen.“ (Der Mittag.)

„Der Richter tat dem Wunderdoktor nicht weh ...“ (Süddeutsche Zeitung.)

„Gröning triumphiert im Gerichtssaal. ... Schon als Grönings Verteidiger den Freispruch seines Mandanten beantragt hatte, kam es zu Händeklatschen und Bravorufen im überfüllten Saal. Unter den Gratulanten waren Funktionäre von rund 35 ‚Gröning-Gemeinschaften‘ aus allen Teilen Deutschlands, deren Mitgliederzahl auf fünftausend bis zehntausend geschätzt wird. Gröning fuhr gleich nach Schluß der Verhandlung mit seinem Auto davon. Seine Frau kündigte an: ‚In einer Woche sind wir in Paris.‘“ (Stuttgarter Zeitung.)

„Das Verhandlungsende glich einem Triumph. ... Der deutsche ‚Rasputin‘ wie Gröning vielfach genannt wird, strahlte über das ganze Gesicht. Ob er wohl selbst nicht geglaubt hätte, diesmal so billig davonzukommen?“ (8-Uhr-Blatt.)

„Gröning fand milde Richter. Nur 2000 DM Geldstrafe. ... Bruno Gröning hatte so viel Milde wohl selbst nicht erwartet.“ (Nachtausgabe.)

„Wunderdoktor hat keine Zeit zur Arbeit — er lebt auch so gut. ‚Was arbeiten Sie?‘ war Gröning gefragt worden. Seine Antwort: ‚Arbeiten? Ich habe keine Zeit zum Arbeiten. Ich habe meine Freunde, denen ich mich widmen muß.‘ Die ‚Freunde‘ ermöglichen ihrem Idol ein sorgenfreies Leben. Es wird geschätzt, daß an Beiträgen aus dem ‚Gröning-Verein‘ etwa 8000 DM monatlich eingehen, über die er schalten und walten kann. Da ist es für ihn auch eine Kleinigkeit, die Geldstrafe von 2000 DM (ersatzweise 100 Tage Haft) zu bezahlen.“ (Abendpost.)

„Für die 12 000 Mitglieder des ‚Gröning-Vereins‘ ist das Urteil des Münchner Schöffengerichts gegen den ‚Mann mit dem Zeichen Rasputins‘ so gut wie ein Freispruch ... ‚Ein so mildes Urteil hätte ich nicht erwartet‘, sagte Gröning. Sogar die Wachtmeister gratulierten. In Uniform und mit Pistolen am Gürtel.“ (Abendpost.)

„Der Freispruch Bruno Grönings von der Anklage der fahrlässigen Tötung ... ist in der Öffentlichkeit nach allem, was über die zu dem Prozeß führenden Vorgänge bekanntgeworden war, auf Unverständnis und Empörung gestoßen. Gröning selbst konnte nichts so gelegen kommen. Was tut's, daß dieser Freispruch aus Mangel an Beweisen erfolgte, für die Unbelehrbaren läßt sich un-schwer ein ‚gewonnener‘ Prozeß daraus machen, und die ‚Gröning-Gemeinde‘ wird neuen Zulauf erhalten.“ (Süd-post.)

Während des Prozesses war Gröning außerhalb des Gerichtssaales in bester Laune, als er in der Pause mit Frau im Hotel Königshof speiste. Und nachher:

„Als Gröning in den Wagen stieg, war er nicht mehr der nervöse Mann, der am Vormittag zusammengesunken auf der Anklagebank saß, mit den Händen nervös durch seine ergrauende Löwenmähne fuhr und sich manchmal

RECORSAN

die älteste **Herzsalbe**

Seit 4 Jahrzehnten bewährt.

O. P. DM 1,80 a. U.

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

eine Tablette aus einem Röhrchen, mit dem er aufgeregt spielte, in den Mund steckte. Er ist plötzlich wieder Majestät geworden, aufrecht und selbstsicher. Ein Mann mit Zukunft, hinter der 12 000 organisierte Anhänger stehen. Hoheitsvoll wie ein König winkte er bei der Abfahrt aus dem Wagen. Und viele, viele winkten zurück.“ (Abendpost.)

Die Stellungnahme in der Zeitschrift „Der Heilpraktiker“ lautet auszugsweise:

„Gröning selbst hat sich in diesem Prozeß nicht mit Ruhm bedeckt. Unser Berichterstatter fand bestätigt, daß die Ablehnung Grönings durch die Deutsche Heilpraktikerschaft die einzige mögliche Einstellung zu diesem Mann war und ist. Gröning ist einfach kein Objekt, an dem man exemplarisch die Frage zu prüfen vermöchte, ob es eine geistige Heilung gibt und wieweit diese reicht, wo ihr eigentliches Geblet und wo ihre Grenze ist, schließlich, wie sie sich erklärt, wenn sie überhaupt bei dem Stand unserer Erkenntnis zu erklären ist. Ihm fehlt das Zeug zu einem Heiler, denn er ist ohne jede noch so liberal aufgefaßte Ordnung, ohne Empfinden für das gerechte Maß, ohne geistige Direktion, und der gerade dem geistigen Heller so unbedingt abzuverlangende Sinn für die Ethik des heilenden Standes scheint ihm ebenfalls weitgehend abzugehen. Für uns kann er niemals die Erinnerung an die schandbaren Vorfälle im Traberhof bei Rosenheim tilgen: damals, als er Tausende kranke Menschen viele Stunden lang im Freien auf sich warten ließ. Die Leute standen im fortwährenden Regen, niemand hatte für gewisse hygienische Einrichtungen gesorgt und so standen die Menschen schließlich in ihrem eigenen Kot, während sie unentwegt auf den Wundertäter warteten, der nicht kam und nicht einmal dafür sorgte, daß die Menschen rechtzeitig wieder nach Hause geschickt wurden. Damals hat die Deutsche Heilpraktikerschaft Gröning bei sich abgeschrieben und alles spätere war nur ein Beleg für die Richtigkeit dieser Maßnahme.

Wir verdenken es Gröning auch, daß er bei der jetzigen Verhandlung im Gerichtssaal die von ihm gebrauchten Stanniolkugeln zu verleugnen suchte. Er hat sie kistenweise unter Gläubige und Ungläubige verteilt und immer wieder erklärt, sie gehörten zu seiner Heilmethode, die er als ein Mitteilend zwischen Geistheilung und Übertragung von strahlenden Kräften aus göttlichem Auftrag darstellt. Vor Gericht gab er die Stanniolkugeln einfach preis.

Als ausgesprochen kläglich muß man auch Grönings stetige Versuche bezeichnen, abzuleugnen, daß er behandelt habe und heilen wollte. Er hätte uns einige Hochachtung abringen können, wenn er erklärt hätte: ich heile aus mir unbekanntem und unerklärlichen Kräften; ich bin ein einfacher, sogar primitiver Mensch, dessen Kopf medizinisches Wissen einfach nicht aufnehmen kann; deswegen kann ich auch die Heilpraktikerprüfung nicht bestehen, ich bitte aber, nicht mein Wissen, sondern meine Heilungen zu prüfen, gleichgültig, ob sich diese als Suggestion oder Geistheilung oder wie sonst erklären! Tatsächlich aber galt Grönings Verteidigung nur der Ent-

kräftung der Behauptung, er habe Heilbehandlung betrieben. Er verleugnete also sich selbst.“

Heilpraktiker Dr. Trampler, ehemals Manager Grönings

„Die große Umkehr, Fragen um Bruno Gröning“, hieß ein Buch, das Dr. Kurt Trampler im Heering-Verlag (Seebuck am Chiemsee) 1950 herausgab. Trampler war bis April/Mai 1952 engster Mitarbeiter von Gröning, mit dem er 1949 erstmals zusammenkam, als er für ein Münchner Blatt einen Artikel über das Wirken Grönings auf dem Traberhof bei Rosenheim schreiben sollte. Trampler versuchte, allerdings erfolglos, zu erreichen, daß Gröning seine Tätigkeit ohne die nach § 1 des Heilpraktikergesetzes erforderliche Erlaubnis ausüben darf.

Von 1950 an hielt Dr. Trampler bei Anwesenheit Grönings in Gräfelfing Vorträge an die Heilungsuchenden, in denen er sie psychisch auf die „Heilung“ vorbereitete. In dem Vorwort zu dem genannten Buch, das zahlreiche Bilder Bruno Grönings enthält, schreibt Dr. Trampler, daß sich nicht nur die Augen der hilfsbedürftigen Kranken auf Gröning richten, sondern „auch die Gesunden fragen, ob seine unerklärlichen Heilungen sich zu den Zeichen fügen, die eine Wende der Zeiten ankündigen.“ Ein Faksimile eines Schreibens von Gröning liegt bei. („Ich bin nichts, der Herrgott ist alles. Ich will weder Geld noch Gold. Was ich will und kann, allen Menschen helfen und heilen. . .“) Dr. Trampler studierte Rechtswissenschaft und promovierte an der Universität Innsbruck als Doktor der Staatswissenschaften. Seit ca. 30 Jahren ist er Journalist. Im Herold-Verlag gab er 1952 (München) ein Buch „Gesundung durch den Geist“ heraus, dem eine geprägte Aluminium-Folie beiliegt. Diese gehört (siehe Seite 130) zu den „Durchströmten Gegenständen“. Diese sind nach Angabe Dr. Trampfers „keine ‚Wundermedizin‘, sondern können am ehesten der Antenne eines Radioempfangsgerätes verglichen werden. Ihre Verwendung erleichtert (Anm. Auch im Original gesperrt gedruckt) den Empfang von Lebenskraft . . . Diese Gegenstände werden indessen nur dann (gesperrt gedruckt) wirksam, wenn der Benützer sein ‚geistiges Empfangsgerät‘ bewußt auf Empfang geschaltet und richtig eingestellt hat. Man nimmt den durchströmten Gegenstand am besten in die rechte Hand (wer auf dem Herzen gesund ist, kann ihn auch in die linke Hand nehmen) oder man legt ihn so zwischen Kopfkissen und Kopfkissen-Bezug, damit wenigstens dann und wann des Nachts ein Kontakt zum Hinterkopf (vegetatives Nervensystem) entsteht . . .“ Dr. Trampler, der nunmehr Heilpraktiker ist, versucht durch Luftfernbehandlung zu heilen, indem er Stanniolfolien auch nach Berlin verschickt, die nach bestimmten Vorschriften dem Körper aufgelegt werden sollen. Die Bayer. Landesärztekammer hat im Hinblick auf die der Volksgesundheit erwachsenden Gefahren durch diese Fernbehandlung die zuständigen Stellen in Bayern benachrichtigt. Die Bayer. Landesärztekammer hat die um ihr Einschreiten bittenden Berliner Stellen davon unterrichtet, daß die Staatsanwaltschaft München I (unter AZ: 2d Js 326/57) das Ermittlungsverfahren jedoch teils wegen Verjährung, teils mangels Nachweises gem. § 170 II StPO eingestellt hat.

Anschr. des Verf.: München 38, Laimer Straße 28.

(Anm.: Der Verteidiger Grönings, Dr. Schwander, erklärte laut „Nachtausgabe“, daß er dafür sorgen will, daß Gröning endlich eine Genehmigung als Heilpraktiker erhält.)



R-MALLEBRINETTEN

(Respectol-Maillebrinetten)

Adstringo-antiseptische Rachentabletten



Kleinste Glukocorticoid-Dosen in de

PYRAC PYRAC

Die Kombination der beiden Antirheumatica
und Pyramidon bietet durch hervorragende W
Verträglichkeit neue therapeutische Mögli

„Zusammenfassend stellen wir fest, daß die in Pyrocortin vorliegende Kombination von Hydrocortin (Prednison »HOECHST«) und Pyramidon uns die Möglichkeit gibt, eine wirksame Rheumatherapie auch in der Allgemeinproxis zu betreiben.

Die besonderen Vorzüge dieser Behandlung liegen in der guten Verträglichkeit des Medikaments und in der bei langdauernder Behandlung besonders bedeutungsvollen Wirtschaftlichkeit . . .

Auf diese Weise gelingt es, auch Patienten mit schweren polyarthritischen Erscheinungen auf die Dauer beschwerdefrei zu halten.“

H. H. HELM und H. HELM, Med. Klin. 52, 3:102 (1957)

FARBWERKE

Therapie rheumatischer Erkrankungen

CORTIN[®]

CORTIN »FORTE«

dnison
ung und
keiten.

PYRACORTIN

1 Tablette enthält: 0,75 mg Hostacortin[®] (Prednison »HOECHST«)
+ 150 mg Pyramidon[®] (Dimethylaminaphenazon)

PYRACORTIN »forte«

1 Tablette enthält: 1,5 mg Hostacortin ± 300 mg Pyromidon

HANDELSFORMEN:

PYRACORTIN Glas mit 20 Tabletten DM 4,40 a. U.
Anstaltspackungen mit 100, 500 und 1000 Tabletten

PYRACORTIN »forte« Glas mit 20 Tabletten DM 8,45 a. U.
Anstaltspackungen mit 100 und 500 Tabletten



HOECHST AG

vormals Meister Lucius & Brüning

FRANKFURT (M) - HOECHST

„PAMIR“

„Und setzet ihr nicht das Leben ein,
Nie wird euch das Leben gewonnen sein!“

Vierzehnmals habe ich als Schiffsarzt den Äquator überquert und sechszehnmals bin ich „durch den Kanal geschwommen“. Ich bereiste verschiedene Länder Europas und befuhr alle Weltmeere und Erdteile. In jedem Erdwinkel war ich einmal zu Gast, in Ländern, die so weit auseinanderliegen wie Ceylon und Pennsylvanien, ein so verschiedenes Klima haben wie Chile und Somaliland, politisch so unterschiedlich denken wie Durban und Tsingtau und so romantisch liegen wie die Robinsoninsel und Formosa. Ich habe trepanierte Schädel in Lima und reduzierte Köpfe in Guajakil gesehen, Medizinmänner auf Bali und Schlangenbeschwörer in Indien besucht, das Internationale Krebsinstitut in Tokio und Mammutkrankenhäuser in New York und Montevideo frequentiert. Leichenverbrennungen in Buenos Aires beigewohnt, Grabkammern in Ägypten in Augenschein genommen, habe die „schlafende Katze“ und die 3 „weisen Affen“ in Nikko angestaunt und in den Jangtsekiang geguckt. Auch sah ich Peron und den Tenno. Um meine Schiffsarztstätigkeit abzuschließen, bewarb ich mich jetzt auf meiner dritten Japanreise um die Schiffsarztstelle auf dem deutschen Segelschiff. Wer auf die „Pamir“ ging, tat das aus freiem Entschluß und persönlicher Begeisterung; wer angenommen wurde war stolz, die strenge Auswahl bestanden zu haben.

Das Schicksal wollte es anders! Am 17. 5. 57 erhielt ich über den NDL von der Hamburger Reederei Zerssen & Co., der die Betreuung der deutschen Segelschiffe „Passat“ und „Pamir“ untersteht, eine Absage. Schiffsverluste sind heute noch, trotz Radar und Wetterfunk, leider nichts Ungewöhnliches. 1956 verzeichnet 188 Havarien bei westdeutschen Schiffen, darunter 15 Schiffsuntergänge. Zweimal im Jahr hört man von langanhaltenden Stürmen. Man liest die kurzen Berichte über Seenot und legt sie beiseite. So wies unlängst nur ein Satz in der Presse darauf hin, daß ein 22 000 BRT großer US-Marinetanker im Stillen Ozean auf ein Korallenriff auflief und dort auseinanderbrach; der Untergang eines der neuesten Riesentanker bei Suez wurde kürzlich nur mit wenigen Worten abgetan. Wie kommt es nun, daß der vielfache Tod der jungen Pamir-Besatzung von der gesamten Weltpresse mit tiefster Anteilnahme aufgenommen wurde?

Nachdem auch die Ärzteschaft einen Berufskameraden zu betrauern hat, fragen wir uns, warum uns gerade das Schicksal der Jungen von der Pamir so sehr beeindruckt und innerlich aufgewühlt hat. Es war nicht allein die Erinnerung an das Schicksal des Toppsegelschoners „Niobe“, an die „Admiral Karpfanger“ der Hapag oder an die Dreimastbark „Pommern“; auch nicht, weil man etwa befürchten muß, von „Leichtsinn und großen Fehlern bei der Verhandlung vor dem Seemannsamt“ hören zu müssen. Die „Pamir“ war ein gutes Schiff, wie man zu sagen pflegt. Es war auch nicht der Gedanke, daß hier junge Leute Gefahren auf sich nehmen, die „vermeidbar und unzumutbar“ waren.

Die Entscheidung der jungen Menschen istes, die uns alle ausnahmslos getroffen hat. Wir haben gefühlt, daß ihr Entschluß das Problem einer ganzen Generation anpackt. Drohen wir nicht allesamt im Streben nach Geborgenheit in der „uferlosen Ausdehnung der Sozialversicherung“ zu vergessen, daß die Auseinandersetzung mit dem ungewissen Wagnis zu dem unabdingbaren Vermächtnis des Menschen gehört, ja den Inhalt seines Lebens ausmacht? Wenn das Leben nur zu einem biologischen Ablauf wird, den es mit allen wissenschaftlichen Kniffen zu konservieren gilt, wird selbst die Ehrfurcht vor dem Tode gegenstandslos. Wenn erst die letzten Unsicherheitsfaktoren aus unserem Leben verschwinden, lohnt es gar nicht mehr, als Mensch zu leben. Wir sind daher in der Schuld der blutjungen Seeleute, die noch für ein Ideal starben. In allen Gazetten stand zu lesen: „Mit der Pamir sank die Segelschiffahrt.“ Wir „alten Seebären“ hoffen aber nur, daß der Jugend die Möglichkeit der

Segelschiffausbildung erhalten bleibt. Dort steht noch im Mittelpunkt der Ausbildung nicht allein der Fachmann, sondern der Mensch, der sich im unmittelbaren Kampf mit dem Element bewähren muß.

Drei Schiffe sind schon untergegangen, die ich einst befuhr, 1934 passierten wir unmittelbar nach dem Untergang der „Sisto“ deren Katastrophenstelle, und bei der zweiten Japanreise entgingen wir mit knapper Not einem Taifun, der dann in Japan bekanntlich so überaus große Verheerungen anrichtete. Und doch, man muß ganz und gar mit der See verwachsen sein, um sie zu kennen, um sie — trotz allem! — zu lieben. Der Mensch spürt nun einmal in sich die Sehnsucht ins Weite, fort zu neuen Ländern und Meeren. Die Gezeiten der See, dieses ewige Gleichnis von Werden und Vergehen, bestimmen pausenlos Tag und Nacht der Überseereisen. Der Schiffsarzt muß in allen Sätteln gerecht sein und die innere Medizin ebenso beherrschen wie die äußere. Er muß ein Empiriker und Praktiker, ein Organisator und Improvisator, kurz ein Souverän praktisch ärztlichen Denkens und Handelns sein. Unter schwierigen Bedingungen bei hoher See und schwerem Sturm muß man stets seinen Mann stehen. Vor allem aber ist man auf großer Fahrt nur auf sich selbst angewiesen. Da gibt es kein Laboratorium, keine Röntgenstation. Selbst ist man da Dringlichkeitsstufe I. Hier gilt das „Dozet“ der Äsopschen Fabel 203: *Hic Rhodus, hic salta!* Die rauhe Schule der See lehrt das Wesentliche und Notwendige vom Unwesentlichen und Unnötigen zu unterscheiden, mit einfachen Mitteln auszukommen und praktisches Erprobtes nicht für theoretisches Empfohlenes hinzunehmen. Wichtig ist daher beim Schiffsarztberuf vor allem gründliches Wissen und praktisches Können in allen Sparten der Medizin.

Nach 1945 hat man, wie die Engländer nach dem vorigen Krieg, auf die Segelschiffszeit als Ausbildungsvoraussetzung verzichtet. Die für den Seesteuermann auf großer Fahrt erforderliche Segelschiffszeit kann auch auf anderen Schiffen abgeleistet werden; je moderner dort die Ausstattung, desto vollkommener die Ausbildung. Es scheint aber doch, daß die Seemannsausbildung am besten und erfolgreichsten auf dem Segelschiff möglich ist, weil nur dort, in der unmittelbaren Begegnung mit den Naturgewalten menschliche Eigenschaften geweckt werden, die durch keinen technischen Apparat zu ersetzen sind. Die materialistische Weltanschauung unserer Tage führt leider allerwegen zu einer Verhärtung der Seele. Weil nun die Seekadetten nicht dem Rausche elektronischer Perfektion erlagen, sondern vielmehr aus freiem Entschluß in ihrer Jugend Tatendrang aufs Segelschiff gingen und ihr junges Leben einsetzten, hat kaum ein Ereignis unserer Tage je so viel Anteilnahme aller Schichten und Kreise ausgelöst, wie das Seemannsschicksal der Viermastbark, die am 21. September in einem Orkan auf dem Mittelatlantik sank. In der Rangstellung gehört der Schiffsarzt zu den Offizieren. Der hoffnungsvolle Nachwuchs eines Jahres an Schiffsoffizieren ist in den Wellen versunken. Unser Volk trauert um achtzig junge Menschenleben, die dereinst berufen gewesen wären, einmal auf der Kommandobrücke deutscher Schiffe am Steuerrad zu stehen. Auch wir Ärzte haben Grund, Trauer zu tragen und besonders den Angehörigen des Pamirschiffsarztes unser tiefempfundenes Beileid auszusprechen.

Wohin kein Bus, keine Bahn, kein Aeroplan führte, kam ich einst per Lastwagen, Jeep, Rikscha, Schiebkarre oder Sessellift: ich reiste zu Pferd, Muli, Esel und Kamel; ging zu Fuß wie welland die Apostel; ich fuhr auf Ochsenkarren, Dschunken, Einbäumen, Binsenbooten und Ziegenfell-Flößen, und wurde in der Indischen See von Eingeborenen sogar „auf Händen“ an Land getragen. Ich fuhr auf Dampfern, Kohlenschiffen und Motorbooten.

Die stärksten und nachhaltigsten Eindrücke aber, die man zur See erleben darf, sind doch die der Segelschiffe, der „Windtöter“.

Dr. med. Bruno Friton VDI
Schiffsarzt a. D.
Laufen/Oberbayern

MITTEILUNGEN

Freie Berufe im neuen Bundestag

Nach den Berufsangaben der neuen Bundestagsabgeordneten kommen 74 Abgeordnete aus dem freien Beruf. Diese Zahl ist absolut und in dem Verhältnis zur Gesamtzahl der Abgeordneten größer als im letzten Bundestag. In der Reihenfolge der meist vertretenen Berufe ergibt sich folgendes Bild:

Rechtsanwälte und Notare = 45 (1953: 33);
davon gehören 27 der CDU/CSU, 10 der SPD, 7 der FDP und 1 der DP an.

Schriftsteller und Journalisten = 10 (1953: 14);
davon gehören 3 der CDU und 7 der SPD an.

Ärzte = 6 (1953: 6);
davon gehören 4 der CSU und 2 der SPD an.

Angehörige der wirtschafts- und steuerberatenden Berufe = 6 (1953: 6);

davon gehören 2 der CDU, 2 der SPD, 1 der FDP und 1 der DP an.

Architekten, Ingenieure und Techniker = 6 (1953: 5);
davon gehören 3 der CDU und 3 der SPD an.

Apotheker = 1 (1953: —);
dieser gehört der CDU an.

API.

Aus dem Bayerischen Landtag

Entschädigung für Hilfeleistungen

Nach einem von Abg. Rudolf Hanauer (CSU) im Bayer. Landtag eingebrachten Antrag soll die Staatsregierung ersucht werden:

1. Bestimmungen zu treffen und die erforderlichen Mittel bereitzustellen, um Sach- und Personenschäden auszugleichen, die entstanden sind gelegentlich der Hilfeleistung bei gegenwärtiger Lebensgefahr, gemeiner Gefahr oder sonstigen Unglücksfällen und für die anderweitig Ersatz nicht zu erlangen ist;
2. insbesondere sicherzustellen, daß Personen, vor allem Fischer, die Hilfe in Seenot leisten, einen angemessenen Ausgleich für eingetretene, anderweitig nicht gedeckte Schäden erhalten.

I. D.

Neues Bayerisches Besoldungsgesetz

Zu dem neuen Bayerischen Besoldungsgesetz, das in den kommenden Wochen im Bayer. Landtag entschieden werden soll, haben die Abgeordneten der FDP, Dr. Hildegard Brücher und Dr. Klaus Dehler mit Unterstützung ihrer Fraktion einen Abänderungsantrag zur Hochschul-lehrerbesoldung eingebracht, der für alle Angehörigen der Hochschulen von größter Bedeutung ist:

1. Schaffung einer eigenen Bayerischen Besoldungsordnung „H“ für Hochschullehrer,
2. Anpassung der Höhe der Eingangsstufen der Besoldungsgruppe „H 1“ und ihrer Fortrückungsstufen an die Fortschritte der Besoldungen vergleichbarer akademischer Berufsgruppen,
3. Vermeidung haushaltsrechtlicher Schwierigkeiten bei Ernennung zum Privatdozenten durch reibungsloses Fortrücken in der gleichen Besoldungsgruppe,
4. Fortrückungsmöglichkeit für Privatdozenten und wissenschaftliche Räte bis zur 10. Dienstaltersstufe gemäß

den tatsächlichen Gegebenheiten der durchschnittlichen Lebensalter,

5. Ermöglichung der Garantie an Unterrichtsgeldern auch für außerplanmäßige Professoren, Oberassistenten und Privatdozenten,
6. Verbesserung der Garantie an Unterrichtsgebühren für außerordentliche und ordentliche Professoren, Fortfall der oberen Limitierung.

Bei all diesen Abänderungsvorschlägen ging es darum, die Voraussetzungen zu schaffen, die unerlässlich sind, wenn mit der Förderung von Wissenschaft und Forschung wie auch des Nachwuchses ernst gemacht werden soll.

Landesversammlung

des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins e. V.

Am 30. November 1957 fand in Regensburg die diesjährige Landesversammlung des Bayerischen Medizinalbeamtenvereins statt. Der Vormittag war wissenschaftlichen Themen, der Nachmittag der Mitgliederversammlung gewidmet.

Anschließend an die Begrüßungsansprachen referierte Regierungsschemierat Dr. Unger von der Staatlichen bakteriologischen Untersuchungsanstalt München über das Thema: „Die technischen Voraussetzungen für die Trink- und Abwasserchlorung und die Wartung der Chlorungsapparate“.

Als zweiter Vortragender sprach Oberregierungsrat Büttner von der Regierung von Mittelfranken zum Thema: „Überwachungsaufgaben der Amtsärzte und Schutzzoneeinrichtungen bei Wasserversorgungsanlagen im Lichte der derzeitigen Rechtslage“.

In der Mitgliederversammlung wurden im Anschluß an den Rechenschaftsbericht der Vorstandschaft eine Reihe von aktuellen Fragen diskutiert. Im Vordergrund des Interesses standen die durch das neue Ärztegesetz geschaffenen Verhältnisse und die immer noch aktuellen Pläne, den Gesundheitsämtern ihre Selbständigkeit zu nehmen und sie unter dem Vorwande einer (in diesem Falle gar nicht vorhandenen) Verwaltungsvereinfachung in die Landratsämter einzugliedern.

Als Tagungsort für die Landesversammlung 1958 wurde Landshut bestimmt.

Medizinalrat Dr. Walter Bachmann, München

Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.

Die Hauptversammlung des „Verbandes der niedergelassenen Nichtkassenärzte Deutschlands e. V.“ hat am 10. November 1957 in Wiesbaden die Forderung erhoben, bei der kommenden Reform der sozialen Krankenversicherung die uneingeschränkte freie Arztwahl aller Versicherten der sozialen Krankenkassen zu verwirklichen. Im Zusammenhang damit beschloß der Verband, seinen Namen umzuändern in „Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V. (NAV)“.

Wie der Vorsitzende des Verbandes, Dr. Kaspar Roos, erklärte, hält der „Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e. V.“ die völlig freie Arztwahl für die wesentliche Voraussetzung, das persönliche Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt wiederherzustellen und zu festigen. Auf dieses Ziel sei auch die weitere Forde-

Stas

Tube zu 18 g
DM 1.45 o. U.

Das percutane
Expectorans

Stada

zung des Verbandes gerichtet, die freiberufliche Tätigkeit der niedergelassenen Ärzte in Deutschland bei der künftigen Reform aufrechtzuerhalten und zu festigen.

Gesamtzahl der Studierenden an den bayer. Universitäten

Die Medizinstudierenden deutscher Staatsangehörigkeit (davon in Klammer weibliche Studierende)

München	1370 (379)	1371 (398)	1386 (428)	1299 (394)	1501 (482)	1506 (499)
Erlangen	446 (102)	433 (87)	410 (96)	384 (90)	423 (106)	412 (109)
Würzburg	359 (104)	363 (107)	367 (101)	368 (100)	421 (116)	502 (138)

I. D.

Krankenstand mehr als verdoppelt

Nach Angaben aus gewerkschaftlicher Quelle ist der Krankenstand im Bergbau seit dem 1. Juli dieses Jahres sprunghaft angestiegen. Das Organ der Industriegewerkschaft Bergbau veröffentlichte die Krankenstandsziffern, die die knappschaftliche Krankenversicherung in eine schwere Finanzkrise gebracht haben. Im Juli 1956 betrug der Krankenstand im Bergbau 5,64 Prozent aller Versicherten. Zwölf Monate später zählte die Krankenkasse 7,15 Prozent, am 30. September 1957 sogar 15,7 Prozent gegenüber 6 Prozent am gleichen Tage des Vorjahres. Bereits im Juli 1957, also wenige Wochen nach dem Inkrafttreten des Lohnfortzahlungsgesetzes für erkrankte Arbeiter, meldete die knappschaftliche Krankenkasse einen Fehlbetrag von 13 Millionen DM. Im September fehlten sogar 9,7 Millionen DM in der Kasse. (bs)

„Stalinon“ und andere Wundermittel

(bs) „Stalinon“ hat 102 Menschen den Tod gebracht und weitere 150 Menschen sind nach dem Gebrauch von „Stalinon“ schwer erkrankt. Das angebliche Heilmittel mit der makabren Bezeichnung sollte gegen Abszesse und gewisse Infektionen helfen; es enthielt aber einen lebensgefährlich hohen Prozentsatz eines Zinnpräparates, das unkontrolliert beigemischt worden war. Dem Erfinder und dem Hersteller der tödlichen Arznei wurde der Prozeß gemacht. Das war in Frankreich — aber auch für die Bundesrepublik sollte dieser Sensationsprozeß eine Warnung sein. Das Deutsche Arzneiprüfungs-Institut in München weiß von gefährlicher Gesundheitsbedrohung durch manches Mittel zu berichten, das unkontrolliert im Versand- oder Hausierhandel vertrieben wird.

So wurden beispielsweise von einer Schweizer Firma Tabletten gegen Trunksucht nach Westdeutschland versandt, die Originalpackung zu 70 DM. Diese Tabletten bestanden zu 77,5 Prozent aus einem Stoff, der in der Bundesrepublik streng rezeptpflichtig ist. Ganz abgesehen davon, daß Versand- und Bezahlungsmodus illegal waren — die unkontrollierte Einnahme dieses Mittels konnte zu schwersten Gesundheitsschädigungen führen. Vergleichsweise harmlos müten andere Mittelchen an: Ein als „Manager-Gewürz“ angepriesenes Präparat enthielt nur gemischte Kräuterpulver; ein „Rheuma-Wunder“ bestand aus Terpentinöl, Essigsäure, Elweißhydrolysat und Wasser. Viel bedenklicher: Von 25 „Gesundheitstee“-Mischungen, die ein westdeutsches Unternehmen unkontrolliert in den Handel bringt, müßten zwölf als apothekenpflichtig betrachtet werden. Von der besonders üppigen Busenkosmetik soll in diesem Zusammenhang gar nicht die Rede sein.

Deutsches Rotes Kreuz und Ärzteschaft

Das Zentralorgan des Deutschen Roten Kreuzes stellt seine Januar-Ausgabe 1958 unter das Gesamtthema

„Der Arzt in unserer Zeit“

Das Deutsche Rote Kreuz möchte mit dieser Ausgabe seine Verbundenheit mit der gesamten deutschen Ärzteschaft und im besonderen seinen Dank für die ehrenamtliche Mitarbeit von ca. 7000 Ärzten in seiner Organisation zum Ausdruck bringen.

Das 40 Seiten starke Heft beginnt mit Geleitworten von Herrn Ministerialdirektor Dr. Stralau, Bundesministerium des Innern

Herrn Professor Dr. Neuffer, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages

Herrn Professor Dr. Grebe, Präsident des Deutschen Sportärztebundes

Herrn Dr. Carow, Geschäftsführender Vorstand der Werksärztlichen Vereinigung

Der allgemeine Teil enthält Beiträge von Herrn Professor Dr. Bürger-Prinz, Hamburg „Der Arzt in unserer Zeit“

Herrn Dr. Rüder, Hamburg „Arzt und Presse“

Herrn Dr. Stefan W. Escher, Offenhausen „Der Auslandsarzt im Fernen Osten — ein zoon — politicon“

Herrn Dr. Gehlen, Bad Bramstedt „Die Praxis des Badearztes als Forschungsauftrag“

Herrn Dr. Müscher, Bad Godesberg „Bäder helfen heilen“

Herrn Oswald Gerhardt, Köln „Das Arzneimittel als Helfer“

Der dem Arzt im Roten Kreuz gewidmete Teil bringt Beiträge von

Herrn Professor Dr. von Redwitz, Bundesarzt des DRK, „Arzt und Rotes Kreuz“

Herrn Dr. Jeschonnek, DRK-Generalsekretariat, „Die Mitwirkung des Arztes im freiwilligen Blutspendedienst des DRK“

Herrn Dr. Mechling, Radiologisches Institut der Universität Freiburg i. B., „Der Strahlenschutzarzt des DRK“

Frau Dr. Fischer, DRK-Generalsekretariat, „Der Arzt im Gesundheitsdienst des DRK“

Es folgen weitere Beiträge von im DRK ehrenamtlich tätigen Ärzten aus der praktischen Rotkreuz-Arbeit. In der ersten Ausbildungsbeilage 1958 des DRK-Zentralorgans wendet sich der Leiter der DRK-Bundesschule, Dr. med. Stoeckel, an seine ärztlichen Kollegen, um ihnen die ausbildungstechnischen und ärztlichen Belange in der Rotkreuz-Arbeit nahezubringen. Über die Mitwirkung von Ärzten in den Auslandsmissionen des Internationalen Komitees vom Roten Kreuz in Genf im Rahmen der Genfer Konventionen und in der medico-sozialen Arbeit der Liga der Rotkreuzgesellschaften in Genf berichten zwei weitere Aufsätze.

Aus dem Buch „Das Haus der tausend Ärzte“ von Dr. med. Cutilo, New York, bringt die Ausgabe einen Nachdruck aus dem Kapitel „Stadt in der Stadt“ (Scherz Verlag, Stuttgart).

Das Deutsche Rote Kreuz verbindet mit dieser dem deutschen Arzt gewidmeten Ausgabe den Wunsch nach einer weiteren Vertiefung der Partnerschaft zwischen der deutschen Ärzteschaft und seiner Organisation, um auch in Zukunft gemeinsam den Idealen der Menschlichkeit und dem Wohle der Kranken und Hilfsbedürftigen zu dienen.

Die Januar-Ausgabe des DRK-Zentralorgans ist zum Preis von DM —.90 zu beziehen. Es wird gebeten, Bestellungen bis zum 23. 12. 1957 an das Deutsche Rote Kreuz, Generalsekretariat, Bonn, Friedrich-Ebert-Allee 71, zu richten.

Falscher Diabetes

Zu den unerwünschten Nebenwirkungen der Antibiotika der Tetracyclinreihe gehört auch die Reaktion der Reduktionsproben im Harn, wie sie zum Nachweis von Zucker angewandt werden. Schon nach Verabreichung von etwa 1 g eines Tetracyclins und unter Umständen schon bei geringen Dosen fallen die Proben nach Nylander, Fehling, Trommer und Moore positiv aus. Auch die Polarisationsmethode wird durch die Anwesenheit der Fremdstoffe beeinflusst. Unbeeinflusst dagegen bleibt die Gärrungsprobe.

Rückgang der Kinderlähmung um vier Fünftel in den USA

Anlässlich des Endes der sonst durch die besondere Häufung der Kinderlähmungsfälle gekennzeichneten Sommermonate veröffentlicht das Gesundheitsministerium eine Statistik über den Stand der spinalen Kinderlähmung in den Vereinigten Staaten. Aus dieser Statistik geht hervor, daß die gefährlichste Art der Kinderlähmung, die paralytische Poliomyelitis, in der Stadt New York in den letzten zwei Jahren um 93% und im ganzen Gebiet der Vereinigten Staaten um 80% zurückgegangen ist. Dieser gewaltige Rückgang wird in erster Linie der Wirkung des Salk-Vakzins zugeschrieben.

Der Leiter des Gesundheitsdepartments erklärte, daß der endgültige Schlag gegen die Krankheit im nächsten Jahr geführt werde, indem sich die 77 Millionen Amerikaner unter 40 Jahren, die entweder noch gar nicht oder nur unvollständig gegen Poliomyelitis geimpft worden sind, der Impfung unterziehen. ID.

Kurverweigerungen nahmen zu

Im Bereich des Landesversorgungsamtes Schleswig-Holstein haben die Kurverweigerungen im Tbc-Heilverfahren, von 37,6% im Jahre 1953 auf 53,2% im Jahre 1956 zugenommen, wobei die Vollrentner am stärksten vertreten waren.

Unzufriedenheit, Kurmüdigkeit und Uneinsichtigkeit seien die Hauptgründe. Man will ihnen durch verbesserte seelische Betreuung, eventuelle berufliche Fortbildung und stärkere materielle Sicherung der Patienten und ihrer Familie für die Dauer der Behandlung begegnen. Notfalls müßte durch fühlbare Gegenmaßnahmen die eigene Verantwortlichkeit dem Patienten stärker zum Bewußtsein gebracht werden.

Dieser Mitteilung aus der „Münchener Medizinischen Wochenschrift“ ist hinzuzufügen, daß bekanntlich auch viele Patienten der Ansicht sind, durch ambulante Behandlung bei Anwendung der modernen Tuberkulostatica den gleichen Erfolg erzielen zu können wie durch eine Kur. Eine sachliche Aufklärung ist notwendig, da auch heute noch die Sanatoriumskur nur in seltenen Ausnahmen durch eine ambulante Behandlung ersetzt werden kann. DMI

Wirkt die Tonsillektomie Polio-gefährdend?

In den letzten 20 Jahren ist man von der früher so häufigen Tonsillektomie wieder etwas abgekommen. Im allgemeinen ist sie (bzw. die Adenoidektomie) nur noch indiziert bei wiederholten schweren Infektionen der Gaumen- oder Rachenmandeln, dauernden chronischen Infekten mit beeinträchtigtem Allgemeinbefinden und metastatischen, toxischen oder allergischen Fokalinfektionen.

In den letzten Jahren wurde festgestellt, daß bei Auftreten einer Poliomyelitis innerhalb der ersten vier Wochen nach einer Tonsillektomie sich die schwereren bulbären und bulbospinalen Formen häufiger entwickeln. Folgerungen daraus sind aber sehr mit Vorsicht zu ziehen. So ist daran zu denken, daß Kranke, die für die Poliomyelitis besonders disponiert sind, vielleicht auch wegen

Freies Wochenende

28./29. Dezember

allgemeiner Empfänglichkeit viel häufiger Anginen bekommen und deshalb auch häufiger tonsillektomiert werden. Nach Cunnig (Laryngoscope: 60, S. 615, 1950) war nur bei 62 von über 19 000 Polio-Patienten innerhalb von zwei Monaten vor Erkrankungsbeginn eine Tonsillektomie durchgeführt worden, dagegen bei 162 Polio-Kranken Operationen anderer Art.

Die Vorteile einer Tonsillektomie bei den angegebenen Indikationen sind trotz der möglichen Gefahr einer gesteigerten Empfänglichkeit gegenüber der bulbären Poliomyelitis so groß, daß der Eingriff weiterhin seine Berechtigung behält. Es ist allerdings zweckmäßig, ihn nicht gerade dann durchzuführen, wenn eine Polio-Epidemie grassiert. (PRO MEDICO 1957/8)

Kieferhöhlen-Krebs

Als frühes Zeichen eines sich in der Kieferhöhle entwickelnden Karzinoms gilt nach amerikanischen Untersuchern die Unempfindlichkeit der Wange auf der betroffenen Seite, wenn sich gleichzeitig anhaltender Schmerz, Taubheitsgefühl oder Schwellung am Oberkiefer einstellen. Die Symptome erklären sich mit dem Druck auf den N. maxillaris (2. Ast des Trigeminus) durch den wachsenden Tumor. (PRO MEDICO 1957/8)

Kein Öl in küstennahen Seegewässern

Den vielen Menschen, die alljährlich die Seebäder an der Nord- und Ostsee zum Ziel ihres Erholungsurlaubes machen, wird ein Abkommen, das nunmehr nach jahrelanger Vorbereitung in Kraft treten kann, große Freude bereiten. Am 26. Juli 1958 wird nämlich das 1954 in London abgeschlossene internationale Übereinkommen zur Verhütung der Verschmutzung der See durch Öl wirksam werden, nachdem es von vorerst zehn Ländern ratifiziert worden ist. Damit wird es Tankern nun auch rechtsverbindlich verboten sein, innerhalb bestimmter Zonen in Küstennähe Öl oder ölhaltige Gemische in das Meer abzulassen. Dem Abkommen sind neben Belgien, Irland, Kanada, Mexiko und der Bundesrepublik auch England, Dänemark, Norwegen, Schweden und Frankreich beigetreten, die sämtlich mehr als je 500 000 Tankertonnage besitzen. Damit ist die Gefahr einer Ölverschmutzung am Strand der Seebäder, wenn sie auch glücklicherweise nur vereinzelt akut geworden ist, nunmehr in größtmöglichem Umfang gebannt worden.

Ein grotesker Vergleich

Köln (API) — Mitte November wurde durch Veröffentlichung im Gesetzblatt für Baden-Württemberg eine vom

Chinaspin®

0,03 g Chinindihydrochlorid und 0,25 g Aspirin®

Zur Kupierung von Grippe und Erkältungskrankheiten

® Reg. Wz.

»Bayer« Leverkusen



Innenminister dieses Landes im Einvernehmen mit dem Wirtschaftsministerium nach Anhörung der Landestierärztekammer erlassene Gebührenordnung für Tierärzte in Kraft gesetzt. Ein Vergleich einiger wesentlicher Positionen der Mindestsätze der amtlichen tierärztlichen und der amtlichen ärztlichen Gebührenordnung (Preugo) führt zu Ergebnissen, die einfach grotesk anmuten:

Tierarzt

Einfache Beratung und einfache Untersuchung im oder am Hause des Tierarztes (I,1 + I,2)	
Großtier	4.—
Hund oder Katze	3.—
Geflügel und Kaninchen	1.—
Dringender Besuch bei Tage (I,1 + I,3a + I,4a)	
Großtier	10.—
Hund/Katze	6.—
Aufsuchen des Tierarztes bei Nacht (I,1 + I,2 + I,4a)	
Großtier	8.—
Hund/Katze	6.—
Verweilgebühr (über 1/2 Stunde hinaus) für die angefangene halbe Stunde bei Tage (I, 4c)	5.—

Arzt

Beratung beim Arzt einschließlich gewöhnlicher Untersuchung und qualitative Harnuntersuchung auf Zucker und Eiweiß sowie Verordnung (II A 1a in Verbindung mit § 6 der „Bekanntmachung“) entsprechende Gebühr in der ärztlichen Gebührenordnung (II A 2a Abs. 2)	2.—
entsprechende Gebühr in der ärztlichen Gebührenordnung (II A 1b)	8.—
entsprechende Gebühr in der ärztlichen Gebührenordnung (II A 4a)	4.—
	3.—

Die Bundesärztekammer wird voraussichtlich in einigen Wochen den Entwurf einer in langjähriger Arbeit erstellten neuen Gebührenordnung verabschieden und den zuständigen Stellen des Bundes zur Genehmigung als amtliche Gebührenordnung zuleiten.

Der vorstehende Vergleich zwischen der Bewertung ärztlicher Leistungen an Mensch und Tier wird hoffentlich dazu beitragen, daß sich ein ähnliches unwürdiges und ungerechtfertigtes Tauziehen, wie es bei der bescheidenen Erhöhung der Mindestsätze der derzeit noch gültigen, überholungsbedürftigen amtlichen Gebührenordnung für Ärzte im vergangenen Jahr beobachtet werden mußte, nicht wiederholt.

St.

RECHTS- UND STEUERFRAGEN

Hoheitliche Aufgaben und Landesärztekammer

Immer wieder wird die Behauptung aufgestellt, daß die Landesärztekammer sozusagen ein verlängerter Arm des Bayer. Staatsministeriums des Innern sei und als solcher vorwiegend hoheitliche Aufgaben erfülle. Daß dem nicht so ist, geht aus einem Urteil des Bundesfinanzhofes vom 22. 8. 1957 (IV 255/56 U) hervor. Der Bundesfinanzhof stellte ausdrücklich fest, daß bei der Bayer. Landesärztekammer im Vordergrund nicht hoheitliche Aufgaben, sondern solche der ärztlichen Selbstverwaltung stehen, wenn auch die im Bayer. Ärztesgesetz erwähnte Mitwirkung in der öffentlichen Gesundheitspflege die Ausübung hoheitlicher Aufgaben offen lasse. Die Bayer. Landesärztekammer ist weder ganz noch überwiegend mit hoheitlichen Aufgaben betraut.

I. D.

Überstunden für Ärzte anerkannt. Das Landesarbeitsgericht Kiel hat in zweiter Instanz entschieden, daß die Arbeitszeitordnung und die Vorschriften über die Entgeltung von Über-

stunden auch für angestellte Ärzte Rechtskraft haben. Damit hat das Gericht in einem Grundsatzurteil eine Klage des Chirurgen und Assistenzarztes Dr. Drogula anerkannt, der früher am Krankenhaus in Glückstadt beschäftigt war. Die Kreisverwaltung Steinburg in Holstein hatte es abgelehnt, den Arzt für 214 Überstunden innerhalb zweier Wochen zu entlohnen.

(„Frankfurter Allgemeine“ v. 6. 11. 57)

Die gleiche Zeitung schreibt dazu in einem Kommentar:

„... Nichts gegen den Stundenlohn. Er ist ehrbar; und wer heutzutage in unserem Lande davon leben muß, lebt in der Regel recht gut. Aber es war einmal der Standpunkt der akademischen Berufe, und nicht nur dieser, daß ihre Arbeit nicht ‚bezahlt‘, sondern ‚honoriert‘ würde. Darüber läßt sich leicht witzeln. Doch stand dahinter die Auffassung — höhertönend: das Ethos —, daß sie mit ihrer ganzen Kraft und mit dem Wissen, das zugleich als Vorzug und Verpflichtung galt, ihrem Unternehmen, ihrem Gemeinwesen, ihren Klienten, die Information, Recht oder eben Heilung suchten, zu dienen hätten; und daß die, denen sie dienten, ihnen ein angemessenes Auskommen sicherten, um sie von wirtschaftlichen Sorgen zur Leistung zu befreien. Frellich: dieses Berufsethos war zugleich — und nachher manchmal vor allem — auch ein Standesethos; und die Stände gibt es nicht mehr. Auch haben die Bedienten das Ethos des freien Dienens bisweilen schamlos ausgenützt. Gerade manche angestellten Ärzte wissen davon ein Lied zu singen. Dennoch fragte man sich, ob es nur altmodisch ist, wenn beispielsweise Arbeiter immer wieder bereitwillig auf hohe Akkordlöhne verzichten, um mit dem Meisterposten jenes freiere Verhältnis zur Arbeit zu gewinnen, bei dem nicht mehr jeder Handschlag und jede Sekunde in Mark und Pfennig umgerechnet werden kann.

Vielleicht mußte einmal ein Exempel statuiert werden, was bei der Strapazierung von Assistenzärzten noch als recht und billig gelten kann. Vielleicht hat auch die schlechte Bezahlung so vieler Honorierter gar zu viele schon um ihre ‚Honorarwürde‘ gebracht. Ein Arzt hat recht bekommen. Aber er und seine Kollegen werden darüber keine ungeteilte Freude empfinden können.“

(Auszug aus einer Meldung der „Frankfurter Allgemeinen“ v. 5. 11. 57.)

Dürfen die Prämien für allgemeine Haftpflichtversicherungen erhöht werden?

(C.) Bei ablaufenden Haftpflichtversicherungen drängen die Haftpflichtversicherer auf Zahlung einer wesentlich erhöhten Versicherungsprämie. Dazu ist folgendes zu sagen.

Die Prämie in der allgemeinen Haftpflichtversicherung hat gegenüber dem Verbandstarif des Jahres 1936 eine zweimalige Erhöhung von je 50% (in den Jahren 1949 und 1951) erfahren mit der Begründung, daß die bisherigen Beiträge infolge gestiegener Preise und Schadenshäufigkeit nicht mehr zur Deckung der Schadensaufwendungen ausreichen.

Bei einem demnächst ablaufenden Haftpflichtversicherungsvertrag hat der Versicherer das Recht, den Vertrag fristgerecht zum Ablauf (d. h. drei Monate vorher) zu kündigen und dann zu versuchen, einen neuen Vertrag mit dem Versicherungsnehmer zu schließen. Der Anwendung der erhöhten Prämien auf diesen neu abzuschließenden Vertrag steht dann rechtlich nichts im Wege.

In diesem Zusammenhang sei bemerkt, daß es in der allgemeinen Haftpflichtversicherung keinen Einheitsstarif gibt, sondern daß die Prämien jeweils frei zwischen den Parteien vereinbart werden. Die Versicherer richten sich allerdings im allgemeinen nach einem sogenannten Verbandstarif. Da es aber auch einige Versicherer gibt, die im Einzelfall günstigere Prämien zubilligen, ist es ratsam, Konkurrenzangebote einzuholen und dann das günstigste Angebot zu akzeptieren.

Anschrift: Dr. jur Cordes, Vechta, Falkenrotterstr. 30.

Antrag auf Fortschreibung von Einheitswerten

Auf Antrag des Steuerpflichtigen, der bis zum 31. Dezember 1957 gestellt sein muß, wird der Einheitswert rückwirkend auf den 1. Januar 1957 neu festgestellt (Wertfortschreibung) bei einem land- und forstwirtschaftlichen Betrieb, einem Grundstück oder einem Betriebsgrundstück, wenn der Wert, der sich für den Beginn eines Kalenderjahres ergibt, entweder um mehr als 1/10, min-



Steuerabzugsfähig!

Tuberkulose-Marken
und Stiftungen



gegen **Grippe**
und
Erkältungskrankheiten

L. MERCKLE & CO. G.M.B.H. BLAUDEUREN

destens aber um 1000 DM (bisher 500 DM), oder um mehr als 100 000 DM von dem Einheitswert des letzten Feststellungszeitpunktes abweicht. Wurde die Grundstücksfläche verkleinert oder vergrößert, so wird der Einheitswert immer neu festgestellt, wenn der neue Wert um mindestens 1000 DM von dem Einheitswert des letzten Feststellungszeitpunktes abweicht.

Bei einem Betriebsvermögen erfolgt eine Wertfortschreibung, wenn der Wert, der sich für den Beginn des Kalenderjahres 1957 ergibt, entweder um mehr als $\frac{1}{5}$ (bisher $\frac{1}{10}$), mindestens aber um 5000 DM (bisher 500 DM), oder um mehr als 100 000 DM von dem Einheitswert des letzten Feststellungszeitpunktes abweicht.

Cordes, Vechta

PERSONALIA

Dem ordentlichen Professor für Allgem. Pathologie und Patholog. Anatomie und Direktor des Patholog. Instituts der Universität München, Dr. Walter Büngeler, wurde von der Brasilianischen Regierung der Orden „Cruzeiro do Sul“ verliehen.

Prof. Dr. Alfred Marchionini, Direktor der Dermatologischen Klinik in München, ist zum Mitglied der Deutschen Akademie der Naturforscher (LEOPOLDINA) gewählt worden.

Dr. med. Hans Spatz, Schriftleiter der Münchner Medizinischen Wochenschrift, wurde von der Internationalen Vereinigung der Medizinischen Fach- und Standespresse in deren Vorstand gewählt.

IN MEMORIAM

Der em. o. Professor für Zahnheilkunde, Dr. med., Dr. phil., Dr. med. dent. h. c. Peter Paul Kranz (ehem. Direktor der Univ.-Zahnklinik) ist am 2. 11. 1957 im 73. Lebensjahr in München gestorben.

AMTLICHES

Stellenausschreibung für die staatlichen Gesundheitsämter

Beim Staatlichen Gesundheitsamt Kronach ist eine Hilfsarztstelle (Vergütungsgruppe III TO A) neu zu besetzen. Bewerben können sich Ärzte, die die Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst abgelegt haben und in der Anwärterliste für den öffentlichen Gesundheitsdienst geführt werden. Bewerbungsgesuche sind bei der für den Wohnort zuständigen Regierung einzureichen, für außerhalb Bayerns wohnhafte Bewerber beim Bayer. Staatsministerium des Innern. Die Gesuche müssen bis spätestens 1. Januar 1958 eingegangen sein.

I. A. gez. Dr. Riedl, Ministerialdirektor

RUNDSCHAU

Defizit der sozialen Krankenversicherung. Bei steigenden Zahlen auf der ganzen Linie läßt der Abschluß der sozialen Krankenversicherung im Jahre 1956 wieder die Schwierigkeit des Rechnungsausgleichs erkennen. Für die Beurteilung der Lage ist die Tatsache entscheidend, daß der Ausgleich zwischen Einnahmen und Ausgaben seit Jahren auf des Messers Schneide liegt. Angesichts des immer schwieriger werdenden Ausgleichs ist es kaum noch von besonderem Belang, daß für das Berichtsjahr wieder ein Defizit von 10 Mill DM ausgewiesen werden muß. Es ist alarmierend, daß bei Millionenrisiken, die Beitragseinnahmen von annähernd 5 Milliarden DM erbringen, nur ein ganz knapper Ausgleich erzielt werden kann. Es ist ein deutliches Zeichen für die Enge, unter der die soziale Krankenversicherung bei ständig zunehmenden Einnahmen, aber noch stärker steigenden Ausgaben seit Jahr und Tag zu leiden hat...

(Auszug aus einer Meldung der „Stuttgarter Nachrichten“ v. 12. 11. 57.)

In einem Kommentar zu diesem Thema heißt es in der „Welt“:

... Das gesamte deutsche Krankenversicherungssystem befindet sich längst in einer Krise, die durch die Grippewelle nur deutlicher in Erscheinung getreten ist. Die soziale Krankenversicherung, die ursprünglich nur als Schutz gegen Lohnausfall gedacht und auf einen kleinen Personenkreis beschränkt war, umfaßt heute vier Fünftel der Bevölkerung. Ein Mißbrauch der gesetzlichen Großzügigkeit läßt sich nur durch scharfe Kontrollmaßnahmen verhindern.

Dennoch ist die Zahl der Krankmeldungen durch das Gesetz über die Lohnfortzahlung für Arbeiter im Krankheitsfall sprunghaft in die Höhe geschneit... Der gewohnte Streit der Ärzte mit den Kassen um die Behandlungskosten hat in den letzten Wochen ebenfalls ein kaum erträgliches Maß erreicht. Alle diese Mißstände machen eine Reform der Krankenversicherung notwendig. Ein erster Schritt hierzu wäre die Einführung einer verantwortlichen Selbstbeteiligung jedes Versicherten. Die Erfahrungen der letzten Jahre haben gezeigt, daß weder dem Arzt noch dem Patienten gedient ist, wenn die Kasse dem Versicherten jede Verantwortung abnimmt.

(Auszug aus einer Meldung der „Welt“, Hamburg, v. 13. 11. 57.)

Bayerische Ärzteschaft: Gegen Lohnfortzahlung bei Krankheit (Schwäb. Landesztg., Augsburg, 9. 9. 57): Auf einer Veranstaltung des Hartmannbundes (Bezirksverein Schwaben) in Augsburg forderte der bayerische Landesvorsitzende im Verband der Ärzte Deutschlands, Dr. Dr. v. Gugel, die Politiker auf, endlich einmal auf die Ärzte zu hören. Die ganze Sozialpolitik werde nämlich erst durch eine überspitzte Gesetzgebung so kompliziert gemacht, daß sich fast niemand mehr in diesem Gestrüpp auskenne. So bleibe dann die Lösung den Leuten überlassen, die selber Funktionäre oder reine Nutznießer dieser Institutionen sind und deshalb deren angebliche Vorteile ins grellste Scheinwerferlicht rücken. — Als idealtypischen Fall einer Fehlzündung bezeichnete der Redner das Gesetz zur Lohnfortzahlung im Krankheitsfall,



Spasmo-Kranit

Tabl.
Supp.

Visceral-Antispasmodicum
Spasmen und Koliken an den
glattmuskuligen Bauchorganen
KREWEL-WERKE, Biberach b. Künz.

weil es den Willen zur Gesundung lähme. Solange die Krankheit nicht auch eine finanzielle Last bedeute, werde es viele geben, die sich in diesem Zustand noch wohlfühlen. Eine hundertprozentige Hilfe dürfe nur den wirklich sozial Hilfsbedürftigen und bei echten Katastrophenfällen gegeben werden. Es sei aber sinnlos, die über ein proletarisches Dasein heute längst hinausgerückten Lohn- und Gehaltsempfänger durch weitere Zuschüsse in ihrer sozialen Begehrlichkeit zu unterstützen. Dr. v. Gugel wandte sich auch schärfstens dagegen, daß der Arzt zum reinen Erfüllungsgehilfen der Krankenkasse und von den leitenden Laiengremien der sozialen Krankenversicherung innerlich abhängig geworden sei. Ausgerechnet die ärztliche Tätigkeit sei heute immer noch zwangsbewirtschaftet. Der Redner forderte den freien Kassenarzt mit stärkerer Eigenverantwortlichkeit und den schärfsten Kampf gegen die fortschreitende Vermassung und totale Entmündigung des Arztes. Die kassenärztlichen Vereinigungen müßten sich auch einmal weigern, nach dem bisherigen Modus weiterzuarbeiten. Leider drohe auch dem Krankenhauswesen ein hemmungsloser Schematismus, meinte der Referent und wandte sich im Interesse der Patienten entschieden gegen Pläne zur Auflösung der kleinen Landkrankenhäuser.

Mit der wirtschaftlichen Lage des Arztes befaßte sich eingehend die FDP-Bundestagsabg. Dr. Herta Ilk. Der Anteil der freien Berufe, vor allem der der Ärzte an der Zuwachsrate des Volkseinkommens gehe immer mehr zurück. Zudem stehe der Arzt teilweise unter einem Prinzip staatlicher Bevormundung und sozialistischer Tendenzen; er sei im Entgelt für seine Leistungen an staatliche Gebührenordnungen gebunden und auf das Entgegenkommen der Krankenversicherungsanstalten angewiesen. „Wenn aber ein Arzt, um den notwendigen Lebensunterhalt für seine Familie zu erlangen, Scheinen nachjagen muß, wenn er genötigt ist, eine Schar von Patienten um sich zu versammeln, die er aus Zeitmangel gar nicht mehr ordentlich behandeln kann, dann leidet auch der Patient und die Volksgesundheit. Jeder Arzt müßte so gestellt sein, daß er in der Lage ist, nur so viele Patienten zu behandeln, wie er dies selbst verantworten kann.“ Wenn man schon solche überspitzten Sozialgesetze für notwendig erachte, durch die der Arzt benachteiligt und in seiner wirtschaftlichen Entwicklung beeinträchtigt werde, dann müsse man ihn anderweitig entschädigen. Die einzige Möglichkeit dazu sei in der jetzigen Situation der Weg der Steuererleichterung, meinte Frau Dr. Ilk. „Die physische und geistige Leistungskraft ist das einzige Betriebsvermögen des Arztes. Er zehrt dieses Vermögen auf und kann dafür im Gegensatz zum gewerblichen Unternehmer keinerlei Abschreibungen machen. Es muß daher ein Steuersystem geschaffen werden, das dem Arzt ermöglicht, eine ausreichende Alters-, Hinterbliebenen- und Invalidentversorgung aus eigener Kraft sicherzustellen.“ Leider seien aber alle entsprechenden Anträge der FDP-Fraktion im Bundestag abgelehnt worden.

Die Sucht nach Pulvern und Pillen wird tödlich. Der Krankenkassenarzt klagte: „Kein Patient glaubt mehr an die natürlichen Heilmittel. Da gibt es beispielsweise ein hervorragendes Mittel gegen schlechten Stuhl: Trink jeden Morgen auf nüchternen Magen ein Glas heißes Wasser — es wirkt Wunder. Empfehle ich das meinen Patienten, so glauben sie

mir nicht. Sie meinen, ich gönnte ihnen nicht die Medikamente. Sie werden mißtrauisch, und nicht selten sagt einer ganz offen: „Ein Glas Wasser? Dafür zahle ich nicht meinen horrenden Krankenkassenbeitrag. Geben Sie mir lieber richtige Pillen.“

Diese Klage des Arztes wurde jetzt statistisch untermauert. Eine Untersuchung der Wiener Gebietskrankenkasse bestätigt sie: Die Wiener schlucken stündlich Tausende von Pillen, die ungefähr 5000 DM kosten. In ganz Österreich werden täglich etwa 560 000 Tabletten geschluckt. Ihr Wert beträgt ungefähr 32 300 DM.

Ein erster Stelle stehen Pulver gegen Kopfschmerzen. An zweiter Schlafmittel, an dritter Medikamente für den Magen- und Verdauungstrakt. Frauen neigen mehr zur Medikamentensucht als Männer, das Verhältnis ist ungefähr 55:45 Prozent. Bei den Schlafmitteln führen die Frauen mit 70:3 Prozent, bei den Magen- und Verdauungsmedikamenten führen die Männer im Verhältnis von 75:25 Prozent.

Die verheerenden Folgen dieser Medikamentensucht: jährlich sterben durchschnittlich 60 Wiener an den Folgen des Mißbrauchs von Arzneimitteln. Etwa 3500 Patienten werden jährlich mit ernstesten Vergiftungserscheinungen ins Krankenhaus eingeliefert. („Welt am Sonntag“ v. 13. 10. 57.)

Vorkommnisse infolge der Grippewelle. „Der Betriebsrat eines der größten Industriewerke in Deutschland sah sich in diesen Tagen genötigt, zusammen mit der Geschäftsleitung vor den ernstesten Gefahren zu warnen, die auf Grund zahlreicher Vorkommnisse infolge der Grippewelle zu vermerken waren. Angesprochen waren damit die Ergebnisse der Stichproben, die bei den zeitweise 6000 Grippeopfern des Werkes besuchsweise gemacht wurden. Dabei stellte sich heraus, daß durchaus nicht alle der Besuchten ihre Influenza zu kurieren hatten. In zahlreichen Sonderfällen lauteten die Feststellungen beim Besuch nämlich so: ... im Neubau gearbeitet — Fußball gespielt — bei der Weinlese angetroffen — Kartoffeln ausgemacht — seinen Garten umgegraben — Holz gehackt — an der Dreschmaschine gearbeitet — auf der Kirchweih angetroffen — mit dem Traktor gefahren — nach auswärts gefahren — landwirtschaftliche Arbeiten verrichtet — auf der Kirchweih musiziert ... Das sind eben Beschäftigungen, die einem Grippeopfer, das sich den Lohn für seine Krankheit fortzahlen läßt, nicht gut zu Gesicht stehen.“ („Mindener Tageblatt“, 5. November)

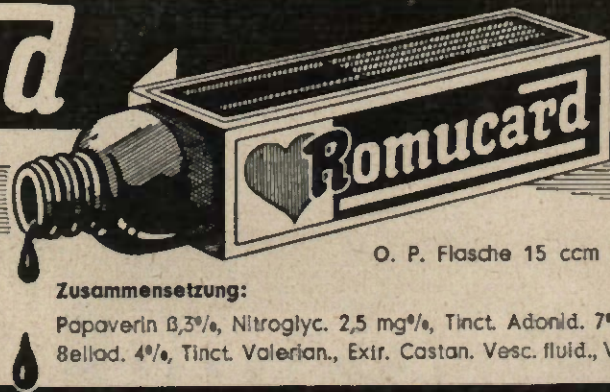
„Krankfeiern — gesetzlich gefördert?“ (Dr. W. Stupenning, Frankfurt, in der „FAZ“, 26. 11. 1957): Man ist nur allzuoft angewidert, mit welcher Selbstverständlichkeit — um nicht zu sagen Schamlosigkeit — und für welche Dauer Arbeitsunfähigkeitsbestätigungen bei ausgesprochenen Bagatelldfällen vom Arzt gefordert werden. Und dennoch! Der behandelnde Arzt muß der Helfer und Dritten gegenüber der Anwalt seiner Patienten bleiben. Macht man ihn zum Polizisten, der in seinem Gegenüber nicht mehr den Rat- und Hilfesuchenden, sondern zunächst einmal den potentiellen Drückeberger sieht, dann ist es mit dem Vertrauen zum Arzt bald zu Ende. Der Kassenarzt von morgen würde sich dann von der wohlbekannten Karikatur des Militärarztes von vorgestern kaum noch unterscheiden. Welcher Gedanke überhaupt, wollte man zur Ausweitung der Folgen eines schlechten Gesetzes ausgerechnet den Mann heranziehen, der von allen anderen der

Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung.



Indikation:
 Altersherz
 Zirkulationsstörungen
 Hypertonie
 nervöse und
 krampfartige
 Herzbeschwerden



O. P. Flasche 15 ccm DM 1,50

Zusammensetzung:

Papaverin 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Bellad. 4%, Tinct. Valerian., Extr. Castan. Vesc. fluid., Vit. B u. C

ROMU · ROMAN UNGLERT · PHARMAZÉUT. FABRIK · ESTING b/MÜNCHEN

meist Belastete und der wenigst Geschützte ist: den abgehetzten Kassenarzt. Wir müssen anständige Gesetze schaffen, dann werden wir auch wieder eine gesunde Arbeitsmoral haben. Mit solchen Gesetzen, die den Mißbrauch geradezu provozieren — wird man selbst die beste Substanz verderben.

Ärzteschaft weist Vorwurf zurück. (FAZ, 13. 11. 1957): Der Vorwurf, die Ärzteschaft sei mitverantwortlich dafür, daß der Krankenstand in der Bundesrepublik in diesen Wochen fast doppelt so hoch sei wie im Vorjahr, ist am 12. 11. von der Bundesärztekammer in Köln zurückgewiesen worden. Diese Entwicklung sei im wesentlichen auf die Asiatische Grippe zurückzuführen. Die Bundesärztekammer schließe sich jedoch der allgemeinen Auffassung an, daß es ohne das seit dem 1. 7. gültige „Gesetz zur Verbesserung der wirtschaftlichen Sicherung der Arbeiter im Krankheitsfall“ durch die Grippe-epidemie allein nie und nimmer zu einem solchen Ausmaß von Arbeitsunfähigkeitsmeldungen gekommen wäre.

Bundesärztekammer verlangt Umorientierung der Sozialpolitik. Die Bundesärztekammer verlangt, daß die Sozialpolitik und die Sozialversicherung in der Bundesrepublik grundlegend „umorientiert“ werde. Die Kammer begrüßt in diesem Zusammenhang, daß der Bundeskanzler und der Bundestagspräsident den Begriff der „Selbstverantwortung“ des einzelnen Menschen in den Vordergrund gerückt hätten. Selbstverantwortung dürfe allerdings nicht dort gefordert werden, wo sie nicht geleistet werden kann, wie es beispielsweise bei der Kostenbeteiligung in der Krankenversicherung der Rentner versucht worden sei. Vielmehr müsse die Fähigkeit zur Selbstverantwortung zuvor entsprechend gestärkt werden. Der Steuerpolitik komme dabei eine zentrale Bedeutung zu. Sie müsse von Grund auf nach „familiensoziologischen Gesichtspunkten“ umgestaltet werden.

(„Stuttgarter Zeitung“ v. 7. 11. 57.)

BUCHBESPRECHUNGEN

Ein Tropenarzt erzählt sein Leben. Von Prof. Dr. Ernst Rodenwaldt. Ferd. Enke Verlag, Stuttgart-W., 476 S., Ganzleinen, DM 23.40.

Wenn ein Buch schon damit beginnt, daß der Biograph und Autor Rodenwaldt sein Werk, einer altindischen Sitte folgend, dem elefanten-häuptigen Sohn SHIVAS, GANESHA, dem Gott der Weisheit und der Wissenschaften widmet, so muß es schon eine Biographie besonderer Art darstellen. Der bekannte Tropenarzt und Hygieniker Rodenwaldt berichtet und erzählt in einer äußerst geistreichen, humorvollen und sehr lebhaften Art sein Leben, seine weiten Reisen nach fremden Ländern, von seiner Arbeit in Niederländisch-Indien, in der Türkei, in Togo und gibt auch seine in beiden Weltkriegen gewonnenen und erlebten Erfahrungen wieder. Sein Hauptsteckenpferd war neben vielen anderen Seuchen die Bekämpfung der Weltkrankheit, der Malaria, und man darf wohl heute sagen, daß er wohl der bedeutendste und erfahrendste Forscher und Wissenschaftler auf diesem Gebiete ist.

Sein Buch ist so interessant zu lesen wie ein Roman, den

man — wenn man einmal angefangen hat — nicht wieder aus der Hand gibt, ehe man ihn durchgelesen hat. Und alles entspricht, dank seines ungeheuren Gedächtnisses, wahren Begebenheiten. Jahrelange Freundschaft verbindet mich mit ihm, und es waren immer für mich unvergeßliche Stunden, wenn man mit ihm zusammen sein durfte, sei es auf der Akropolis in Athen, oder auf Kreta, oder irgendwo anders. So wie er als Hygieniker sein Handwerkszeug in Wissenschaft und Laboratorium beherrscht, so beherrscht er genauso sein Lieblingsgebiet, die Archäologie und die Kunst der Völker. Seine Erzählungen sprühen geradezu immer neue Erlebnisse um sich. Sein Werk „Ein Tropenarzt erzählt sein Leben“ gehört in die Bibliothek eines jeden Arztes. Das Buch ist vom Enke Verlag in der bekannten wunderschönen Weise ausgestattet.

Meythaler, Nürnberg

Deutscher Ärztekalendar 1958, 31. Jahrgang, Verlag Urban Schwarzenberg, München, 600 S., flexibl. Kunststoffeinband, DM 7.50.

Die Ausgabe 1958 des Deutschen Ärztekalendar enthält nahezu alle Kapitel der vorjährigen Ausgabe unter Berücksichtigung des neuesten Standes der Erkenntnisse auf den einzelnen Gebieten. Neu hinzugekommen sind die Richtlinien für die Behandlung der Verbrennungskrankheiten, welche in ihrer klaren und übersichtlichen Form eine wertvolle Ergänzung des Kalendar bedeuten. Das bewährte Nachschlagewerk wird damit auch für das kommende Jahr zum unentbehrlichen Begleiter des Arztes bei seiner Berufstätigkeit.

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Adolf Klinge GmbH., München 23

Adolf Klinge GmbH., München 23

UPHA GmbH., Hamburg 20

Dr. Hommel's chem. Werke, Hamburg 6

Rowa — Wagner KG., Bensberg b. Köln

Artesan GmbH., Wiesen/Lahe

Dr. Rudolf Reiß, Chem. Werke, Berlin-West

Bonomedic-Fabrik, München 19

„Bayerisches Ärzteblatt.“ Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: Mü. 23, Königinstr. 95/III, Tel. 36 11 21—25, Schriftleiter Dr. W. Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2—6, Telefon 6 31 21—23, 6 25 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg: Breite Gasse 25/27, Telefon 2 51 33. — Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto München 139 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theatinerstraße 8. Telefon-Sammel-Nummer 2 86 86. Fernschreiber 052 3662. Telegrammadresse: Gablerpreß. Für den Anzeigenteil verantw.: Ernst W. Scharfingher, München. Druck: Richard Pflaum Verlag München.



Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie 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 Einwendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

Bei allen Erkältungskrankheiten

Thymodrosin

auch mit Codein (0,1%)

— GEDORA vormals Thymodrosin-Ges. Arzneimittelfabrik Bad Godesberg —

gedora

CAFILON

bremst den Fettansatz
belastet Herz und Kreislauf nicht
regt milde an, ohne aufzuregen



RAVENSBERG GMBH · CHEMISCHE FABRIK · KONSTANZ

Stellenangebote

Am künftigen Kreis Krankenhaus Münchberg ist zum 1. 4. 1958 die Stelle des

leitenden Arztes

der Inneren Abteilung (ca. 40 Betten) zu besetzen. Vergütung nach TO A III. Ambulante Überweisungspraxis wird angestrebt. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen und Gehaltsansprüchen bis 8. 1. 1958 an das Landratsamt Münchberg erheben.

Persönliche Vorstellung nur auf Ersuchen.

Bei der Prosektur der Städtischen Krankenanstalten Augsburg ist ab sofort die Stelle

eines Assistenzarztes

zu besetzen. Die Beschäftigung erfolgt im Angestelltenverhältnis mit Bezügen nach Vergütungsgruppe III TO A. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind bis längstens 7. 1. 1958 an das Personalamt der Stadt Augsburg, Maxstraße 4, zu richten.

Das Kreis Krankenhaus Kronach, Oberfranken, 290 Betten, sucht für die chirurg. Abteilung (145 Betten), zum baldmöglichsten Zeitpunkt, spätestens zum 1. 1. 1958 einen

Assistenzarzt

Vergütung nach TO A III, Nebeneinnahmen aus Gutachtenerstattung, Möglichkeit zur chirurg. Fachausbildung. Unterkunft und Verpflegung im Krankenhaus. Für Verheiratete steht auch Neuhauwobnung zur Verfügung. Bewerbungen sind zu richten an die Verwaltung des Kreiskrankenhauses Kronach.

Die Landesversicherungsanstalt Unterfranken sucht zum 1. Januar 1958, spätestens 1. Februar 1958, für ihre im Raum Garmisch-Partenkirchen gelegene Anstalt zur Behandlung Kreislaufgeschädigter mit Heilgymnastik und Hydrotherapie in Obi s t a d t / Obb.

zwei Assistenzärzte

Vergütung erfolgt nach TO A III. Nach genügend langer Einarbeitung bei Bewährung besteht in einer der beiden Stellen Aufstiegsmöglichkeit nach TO A II. — Wohnraum kann vermittelt werden. Gesunde, möglichst ledige Bewerber mit interner Vorbildung und Kenntnissen in Röntgen und EKG werden gebeten ihre Bewerbung mit Lebenslauf, Lichtbild und Zeugnisabschriften an die Geschäftsführung der Landesversicherungsanstalt Unterfranken, Würzburg, Friedenstraße 14, zu richten.

Für das Gebiet
Groß-München

suchen wir

einen jüngeren
Arzt oder Apotheker

als wissenschaftlichen Mitarbeiter im Außendienst. Herren, die beste Umgangsformen mit entsprechender Kontaktfähigkeit und überzeugender Gesprächsführung zu verbinden wissen, werden gebeten, ihre Bewerbung mit Foto jüngeren Datums, handgeschriebenem Lebenslauf, Zeugnisabschriften, Referenzen und Gehaltsansprüchen unter 334/822 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13, einzureichen.

Am Kreis Krankenhaus Vohenstrauß/Opf., (Neubau, 120 Betten), ist ab sofort eine planmäßige

Assistenzarztstelle

nach TO A III zu besetzen. Ein- bis zweijährige interne Vorbildung erwünscht, aber nicht unbedingt Bedingung. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen sind zu richten an das Landratsamt Vohenstrauß/Opf.

Das Kreis Krankenhaus Schrobenhausen sucht ab sofort für die chirurg. gynäk.-geburtshilf. Abteilung sowie für die interne Abteilung je einen

Medizinalassistenten

Entschädigung nach Vereinbarung bei freier Kost und Wohnung im Hause. Schönes modernes Haus mit ca. 150 Betten. Gesuche mit Lebenslauf und Zeugnisabschriften an das Landratsamt Schrobenhausen

Jodex 1.15

gibt es was Besseres?

Privatsanatorium in Starnberg/am See

sleift für Facharzt 12 Stellen zur Verfügung

Schwesternpersonal und Wirtschaftsführung vorhanden. Erstklassige, verkehrsgünstige Lage am See, Liegeterrasse, Liegewiese, Wintergarten und Ölheizung. Internist kann Behandlung von Privatpatienten übernehmen. Zuschriften unter M. M. 21 539 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Für interessante Außendiensttätigkeit im Raum Nordbayern suchen wir einen

wissenschaftlichen Mitarbeiter

(Arzt oder Apotheker)

zum möglichst baldigen Eintritt. Handschriftliche Bewerbungen mit ausführlichen Unterlagen und Lichtbild erbeten an die

MBK-Abteilung der Firma

C. F. Boehringer & Söhne G. m. b. H. · Mannheim.

Bekannte, größere Arzneimittel-fabrik sucht für ihren wissenschaftlichen Außendienst

Arztbesucherlänen

mit entspr. fachlichen u. menschlichen Qualifikationen. Für diese interessante Tätigkeit besteht Einarbeitungsmöglichkeit. Bevorzugte Wohnsitze: Ansbach, Chiemgau u. Regensburg. Jüngere Ärztinnen werden um Einsendung ihrer Unterlagen, Lichtbild, Lebenslauf usw. gebeten unter 334/829 u. CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Kleinklaviere

einzigartige Auswahl
bis zu 30 Monatsraten

Pianohaus Lang

München, Kaufingerstraße 28/1
Augsburg, Bahnhofstraße 15/1
Regensburg, Kasiansplatz 3

Anzeigenschluß für 10. Januar-Ausgabe ist am 28. Dez. 1957

Lyobalsam

percutanes Expektorans
und Inhalat

O.-P. DM 1,35 »NEOS« · DONNIR KG., BERLIN SO 36 D.-P. DM. 2,20 o. U.