

## IV.

**Maßnahmen zur Erkennung, Erfassung und Behandlung der Rauschgiftsüchtigen**

In meinen Ausführungen habe ich mich aus der Sicht der Bundesopiumstelle bemüht, Ihnen einen Überblick über den Verbrauch an Betäubungsmitteln und über das Ausmaß und den Umfang der Betäubungsmittelsucht in der Bundesrepublik zu vermitteln. Es geht nun darum, Maßnahmen zur Erkennung, Erfassung und Behandlung der Süchtigen zu erörtern.

Um die Sucht nun wirksam bekämpfen zu können, ist es unerlässlich notwendig,

1. eine rücksichtslose Beschränkung der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln durchzudrücken und
2. eine frühzeitige Erfassung des in Frage kommenden Personenkreises sicherzustellen.

Der weitgehenden Zurückhaltung in der Verschreibung von Betäubungsmitteln aus eigener beruflicher Verantwortung des Arztes kommt eine entscheidende Bedeutung im Kampf gegen die Rauschgiftsucht zu, wie aus der großen Zahl der Süchtigen zu ersehen ist, die auf ungesetzliche Weise Betäubungsmittel erhalten. Da aber auch Ärzte nur Menschen sind und menschlicher Unzulänglichkeit unterliegen, genügt es nicht, sich allein auf ihren guten Willen zu verlassen, sondern mir scheint es besser, strenge Maßnahmen zu ergreifen und durch einschneidende Bestimmungen bezüglich der Überwachung der Verschreibungen eine Beschränkung sicherzustellen. Es kann m. E. gar nicht eindeutig genug gesagt werden, daß der Kampf gegen die Rauschgiftsucht an dieser Stelle, wo sie geboren und unterhalten wird, einzusetzen hat. Alle Maßnahmen, die dies nicht berücksichtigen und zu einem späteren Zeitpunkt einsetzen, wenn das Betäubungsmittel die Apotheke bereits verlassen hat, sind unzureichend. Gelingt es nicht, eine Beschränkung der Verschreibung und dazu eine Kontrolle zu erreichen, so sind alle ärztlichen und behördlichen Bemühungen umsonst.

Ich habe nicht genügend Zeit zur Verfügung, um über Fälle zu berichten, in denen Ärzte unter völliger Außerachtlassung der strengen ärztlichen Indikation durch hemmungsloses Verschreiben von Betäubungsmitteln für sich oder andere eine schwere Schuld auf sich geladen haben. Die Behörden erfahren von diesem unverantwortlichen Tun meist immer erst, wenn es zu spät ist. Aber ein Fall mag kurz erwähnt werden: Ein süchtiger Arzt hat für sich und andere ohne Begründung Betäubungsmittel in großem Umfange verschrieben. Als Entschuldigung gibt dieser Arzt lt. gerichtlichem Urteil an, „daß die Schwierigkeiten beim Aufbau der ärztlichen Praxis ihn veranlaßt hätten, sich ein gewisses Depot an Morphin anzulegen, um damit großzügiger Patienten versorgen zu können. Er wollte also auf Kosten der Gesundheit seiner Patienten seine wirtschaftliche Lage verbessern und seine Einnahmen in geradezu unverantwortlicher Weise erhöhen. M. E. rechtfertigt dieser Fall allein schon Maßnahmen, die es dem Amtsarzt ermöglichen, das gesamte Gebaren eines Arztes bezüglich der Verschreibung von Betäubungsmitteln zu übersehen, nicht also nur einzelne Betäubungsmittelrezepte, die gerade in den Apotheken seines Bereiches eingelöst und zurückbehalten werden.“

In engster Verbindung mit der Beschränkung der Verschreibung spielt die frühzeitige Erfassung der Süchtigen eine besondere Rolle. Bei dieser Erfassung nun werden die Schwierigkeiten offenbar, denen sich die Gesundheitsbehörden, besonders die Gesundheitsämter und der Amtsarzt stets gegenübersehen. Die Problemstellung bei der Erkennung der Süchtigen ist in allen Ländern der Bundesrepublik die gleiche. In keinem Lande besteht eine amtliche Erfassung oder Überwachung der betäubungsmittelbedürftigen oder -süchtigen Personen im Sinne einer laufenden behördlichen Kontrolle. Es gibt keine gesetzliche Vorschrift, nach welcher der behandelnde Arzt gehalten wäre, den Namen eines Patienten, der von ihm als betäubungsmittelbedürftig oder -süchtig festgestellt oder erkannt worden ist, dem Amtsarzt als Gesundheitsbehörde mitzutellen. Allein durch die Überprüfungen der in den Betäubungsmittelbüchern I und II gemäß § 27 der Verschreibungsverordnung gemachten Eintragungen und gegebenenfalls noch auf Grund der Eintragungen in den Morphinbüchern der Ärzte erhält der Amtsarzt Kenntnis

über den Kreis der bedürftigen oder süchtigen Personen innerhalb seines Bereiches. Diese einzige gesetzlich zulässige Quelle ist nach meiner Auffassung völlig unzureichend. Die Erkennungs- und Feststellungsmethode wird der Bedeutung einer wirksamen Suchtkontrolle und Suchtabwehr keineswegs gerecht. Dies geht auch aus den Berichten der obersten Gesundheitsbehörden der Länder an das Bundesgesundheitsamt deutlich hervor. Diese Berichte lassen erkennen, daß sich die Gesundheitsbehörden der Länder die Erfassung der Süchtigen, ihre Überwachung und Behandlung, und die Bekämpfung der Sucht besonders angelegen sein lassen. In erster Linie aber beruht der Erfolg der Gesundheitsbehörden in der Bekämpfung der Rauschgiftsucht auf Maßnahmen, die der gesetzlichen Grundlage entbehren, worauf von seiten der Gesundheitsämter in jedem Jahre immer wieder hingewiesen wird. Dieser Zustand ist im höchsten Maße unbefriedigend. Die Gesundheitsbehörden bedauern diesen Mangel der gesetzlichen Fundierung, sie fordern bundeseinheitliche Maßnahmen und gehen in der Erkenntnis, daß im Hinblick auf die denkbar schlechte Prognose für die Heilung der Süchtigen ihre Erfassung und Behandlung so früh und so umfassend wie nur irgend möglich zu erfolgen hat zur Selbsthilfe über. So wird z. B. aus einigen Ländern berichtet, daß, um eine frühzeitige Erkennung der Süchtigen sicherzustellen, von den Gesundheitsämtern allmonatlich von den Apotheken Abschriften oder Durchschriften der Eintragungen in die Betäubungsmittelbücher angefordert werden. Ferner werden die Ärzte auf Grund früherer, von den Besatzungsmächten erlassener, aber trotz ihrer Rechtsgültigkeit noch beobachteter Anordnungen dazu angehalten, alle Süchtigen oder Bedürftigen, die länger als ein Monat Betäubungsmittel verordnet erhalten, dem Gesundheitsamt zu melden. Ich erinnere in diesem Zusammenhang an die von der amerikanischen Besatzungsbehörde für ihren Sektor angeordnete Meldepflicht oder an die im britischen Sektor bekannte Anordnung 95.

In einigen größeren Städten oder Landesbereichen haben sich Arbeitsgemeinschaften für die Suchtbekämpfung gebildet. An diesen Arbeitsgemeinschaften sind z. B. die Zentralstelle für Suchtgiftbekämpfung beim Regierungspräsidium, der Landesverband gegen die Suchtgefahren, die Rezeptprüfstellen des Landesverbandes der Orts- und Betriebskrankenkassen, die ärztliche Rezeptprüfstelle der Kassenärztlichen Vereinigung, das Gesundheitsamt, die Kreisärzte und Vertrauensapotheker der Apothekerschaft beteiligt. In regelmäßigen Zusammenkünften werden alle Auffälligkeiten, die sich aus den Betäubungsmittelrezepten oder aus den Eintragungen in den Betäubungsmittelbüchern der Apotheken ergeben, erörtert und besprochen. Auf Grund dieser Beratungen erfolgt oftmals eine Sperre zum Bezug von Betäubungsmitteln bei solchen Personen, bei denen eine ärztliche Begründung zum Bezug von Betäubungsmitteln offenbar nicht vorliegt. Weiterhin werden solche Patienten auf einen Arzt oder eine Apotheke festgelegt, bei denen ein Grundleiden den Bezug von Betäubungsmitteln rechtfertigt und notwendig macht. Oftmals wird auch die Gegenzeichnung von Betäubungsmittelrezepten durch das Gesundheitsamt angeordnet.

Alle Beteiligten sind sich dessen bewußt, daß solche Maßnahmen in höchstem Grade bedenklich sind, da sie jeder gesetzlichen Grundlage entbehren. Sicher ist aber, daß sie wirksam sind und für die Bekämpfung der Rauschgiftsucht geradezu unerlässlich. Es wird berichtet, daß die Zusammenarbeit zwischen den Dienststellen der Gesundheitsbehörden und der Kriminalpolizei, vor allen Dingen in großen Städten mit wenigen Ausnahmen eine allgemein gute ist. Um jedoch das Vertrauen der Kranken zu erhalten, wird seitens der Gesundheitsämter eine Beteiligung der Kriminalpolizeibehörden nur auf die Aufklärung besonderer Einzelfälle beschränkt. Es ist begreiflich, daß solche an sich der gesetzlichen Grundlage entbehrenden Maßnahmen meist nur zum Zuge führen in den Fällen, in denen die Patienten einsichtig sind und die Fürsorgearbeit der Behörden anerkennen. Ganz anders ist die Situation, sobald es sich um psychopathische, uneinsichtige Süchtige handelt, die möglicherweise schon mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten sind, rückfällig geworden und obstinat sind oder versuchen, der Überwachung auszuweichen. Ganz besonders wird darüber

geklagt, daß gerade bei den straffälligen Süchtigen, insbesondere bei den Ärzten, die Zubilligung des § 51 des Strafgesetzbuches eine erfolgreiche Fürsorgearbeit ungeheuerlich erschwert.

Die Vorgänge um die aus nichttherapeutischen Gründen süchtig gewordenen und meistens ungesetzlich Betäubungsmittel beziehenden Personen stellen das vordringlich zu lösende Problem dar. Diese Süchtigen sind in den meisten Fällen für sich und ihre Umgebung eine Gefahr. Das gilt naturgemäß von den süchtigen Ärzten und den Angehörigen der Gesundheitsberufe, die unbegründet und somit ungesetzlich Betäubungsmittel verordnen oder sich beschaffen. Die gesetzlich zu ergreifenden Maßnahmen müssen darauf abzielen, diese Gruppe der Süchtigen so fest anzufassen, wie zur Beseitigung der durch sie bedingten Gefahr notwendig ist. Jede Duldung oder Nachsicht solchen Patienten gegenüber ist im Interesse der öffentlichen Gesundheit nicht angebracht und kann nicht einmal verantwortet werden.

Wenn die Bekämpfung der Rauschgiftsucht als Gesundheitsproblem und als eine dringende fürsorgliche Maßnahme des Staates nun nicht in Diskussionen verstanden oder nur als Programmpunkt auf dem Papier stehenbleiben soll, so ist eine grundsätzliche Neuregelung des gesamten Fragenkomplexes notwendig. Als Quintessenz fordern die Gesundheitsbehörden der Länder in ihren Berichten Maßnahmen, die von mir ergänzt und zusammengefaßt sind, und zwar

- I. Bundeseinheitliche allgemeine Bestimmungen über die Erkennung, Meldepflicht und Erfassung der süchtigen Personen, über Neuregelung der Verschreibung von Betäubungsmitteln, über Möglichkeiten der Beschränkung in Verschreibung und Bezug von Betäubungsmitteln, verschärfte Nachweispflicht über Betäubungsmittel besonders in Krankenanstalten und Verschärfung der Strafbestimmungen.
- II. Eine gesetzliche Regelung der Behandlung.
  - a) der betäubungsmittelbedürftigen und -süchtigen Personen, ausgenommen der Ärzte,
  - b) der betäubungsmittelbedürftigen und -süchtigen Ärzte.

Zu I: Unter dem Begriff „Bundeseinheitliche allgemeine Bestimmungen“ sind zu verstehen:

1. Klärung des Begriffes „Betäubungsmittelsucht“ in Anlehnung an die von dem Fachausschuß für suchterregende Drogen der Weltgesundheitsorganisation geprägten Fassung. Hiernach ist Sucht der Zustand periodischer oder chronischer Vergiftung, hervorgerufen durch wiederholten Gebrauch von Substanzen natürlicher oder synthetischer Art, die für das Individuum oder für die Gemeinschaft schädlich sind. Die charakterlichen Zeichen der Sucht sind: unwiderstehlicher Wunsch oder Zwang, die Substanzen einzunehmen und auf jede Art und Weise zu beschaffen, das Bestreben, die Dosis zu erhöhen und die seelische und körperliche Abhängigkeit von der Wirkung der Substanz. In diesem Zusammenhange sollten auch die Begriffe „Gewöhnung“ und „Toleranz“ fixiert werden. Hierzu möchte ich Sie auch auf die Veröffentlichung des ehemaligen Leiters des Fachausschusses der Weltgesundheitsorganisation — Herrn Prof. Dr. Dr. P. O. Wolff in Genf — hinweisen und speziell auf seine letzten Ausführungen in der Deutschen Medizinischen Wochenschrift vom Januar 1956.
2. Erkennung und Erfassung:
  - a) der betäubungsmittelbedürftigen Patienten,
  - b) der betäubungsmittelsüchtigen Patienten, durch Einführung einer Meldepflicht und länderweise Registrierung in einem Süchtigen-Register.
3. Gesetzliche Möglichkeiten der Beschränkung der ärztlichen Verschreibungen für Betäubungsmittel für einen betäubungsmittelbedürftigen Patienten durch Abstellung auf einen Arzt und Regelung des Bezuges durch eine Apotheke.
4. Einrichtung von Sachverständigen-Kommissionen — gegebenenfalls in der von der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde vorgeschlagenen Zusammensetzung — zur Beratung der Ärzte betr. die Verschreibung von Betäubungsmitteln, zur Beurteilung der Verschreibungen im Rahmen einer Selbstkontrolle

KASSE  
PRIVAT

(Nichtzutreffendes durchstreichen)

Serie A  
BTM.-Rezept-Block Nr. 000 001  
Blatt 001

Name und vollständige Anschrift des Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes

Stempeldruck

Name und Vorname des Kranken bzw. des Tierhalters

Anschrift

Sozialversicherungsträger

Mitglieds-Nr. des Versicherten

(Falls nicht zutreffend, durchstreichen!)

(Ort der Ausstellung), den

Rp.

Gebrauchsanweisung, aus der die Einzelgabe und Häufigkeit der Anwendung ersichtlich sein muß

Eigenhändige, ungekürzte Unterschrift des Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes

Das Rezeptblatt ist mit Kugelschreiber oder Tintenstift anzufertigen.

KASSE  
PRIVAT

(Nichtzutreffendes durchstreichen)

Serie A  
BTM.-Rezept-Block Nr. 000 001  
Blatt 001

Name und vollständige Anschrift des Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes

**UNGÜLTIG FÜR BELIEFERUNG!**

Stempeldruck

Name und Vorname des Kranken bzw. des Tierhalters

Anschrift

Sozialversicherungsträger

Mitglieds-Nr. des Versicherten

(Falls nicht zutreffend, durchstreichen!)

(Ort der Ausstellung), den

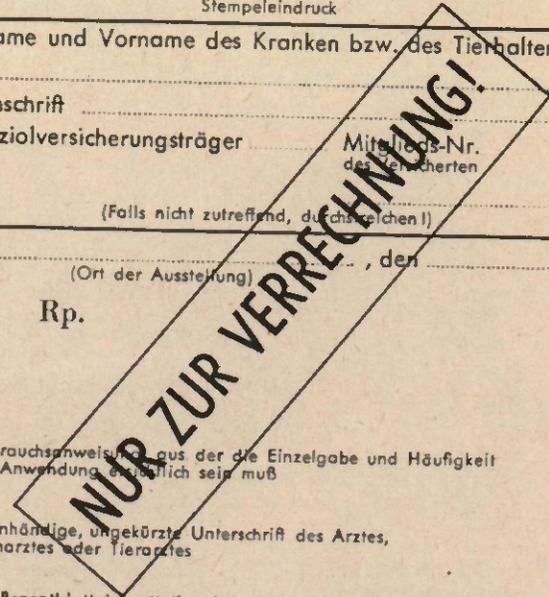
Rp.

Gebrauchsanweisung, aus der die Einzelgabe und Häufigkeit der Anwendung ersichtlich sein muß

Eigenhändige, ungekürzte Unterschrift des Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes

Das Rezeptblatt ist mit Kugelschreiber oder Tintenstift anzufertigen.

Anordnung ersichtlich, Größenverhältnisse nicht zutreffend.



- und zur Entscheidung über die Anwendung der Maßnahmen nach Ziffer 3.
5. Änderung und Ergänzung der Vorschriften über den Nachweis der Betäubungsmittel in öffentlichen Apotheken, ärztl. und tierärztl. Hausapotheken und Krankenanstalten durch Einführung besonderer Karteiblätter, aus denen bei Revisionen jederzeit der Zugang, Abgang und Sollbestand an Betäubungsmitteln zu ersehen ist. (Schon oft konnte nämlich eine Betäubungsmittelsucht nur deswegen lange Zeit verborgen bleiben, weil der Mißbrauch durch fehlende oder unzureichende Buchungen, durch ungenügende Nachweispflicht oder mangelnde Aufsicht speziell in den Krankenanstalten verdeckt wurde und somit unerkannt blieb.)
  6. Änderung der Vorschriften über die Verschreibung von Betäubungsmitteln. Betonte Erschwerung in der Anwendung durch Verschreibung auf amtlich herausgegebenen und numerierten Rezeptformularen besonderer Art. Diese Formulare sind zur Sicherung gegen mißbräuchliche Benutzung, Fälschung, Diebstahl und vornehmlich zur Überwachung der Verschreibungen an Hand der in dem Rezeptblock verbleibenden Rezeptdurchschriften zusammengefaßt. Die Rezeptkopien sind dem Amtsarzt von sämtlichen Ärzten seines Bereiches entweder automatisch oder jederzeit auf Anforderung zugänglich. Diese Kopien geben dem Amtsarzt die Möglichkeit, das gesamte Gebaren eines Arztes im Hinblick auf seine Betäubungsmittelverschreibungen zu übersehen, im Gegensatz zu der bisherigen Regelung, bei welcher der Amtsarzt von seinen Ärzten nur die Verschreibungen einsehen kann, die in den Apotheken seines Bereiches eingelöst werden und dort verbleiben.
  7. Die Ärzte, die nach dem Urteil der Sachverständigen-Kommissionen als süchtig befunden sind, erhalten ein Verschreibungsverbot für Betäubungsmittel durch Entzug der amtlichen Rezeptformularblocks. Bei Weigerung der Durchführung einer von der Kommission empfohlenen Entziehungskur wird ihnen ein Berufsverbot auferlegt, bei Rückfälligkeit die Approbation entzogen.  
Ich habe durchaus Verständnis dafür, wenn Sie über diese einschneidenden Forderungen gegen süchtige Ärzte zunächst bestürzt sind. Ich bitte aber zu berücksichtigen, daß sie durchaus der Zweckbestimmung des Opiumgesetzes entsprechen. Das Opiumgesetz mit seinem ausgesprochen praeventiven Charakter soll in Befolgung der international übernommenen Verpflichtungen durch Beschränkung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln auf einen mit spezieller Erlaubnis ausgestatteten Personenkreis dem Entstehen und der Ausweitung von Rauschgiftsuchten vorbeugen. Wer sich als unzuverlässig erweist, geht auf Grund eines Verwaltungsentscheidendes des Bundesgesundheitsamtes seiner Erlaubnis verlustig. Warum soll ein Arzt, der durch seine Verschreibungen die alleinige Entscheidung über die Anwendung von Betäubungsmitteln besitzt, die ihm automatisch mit der Approbation erteilte Erlaubnis nicht auch verlieren, wenn er als süchtig befunden ist und durch ärztlich unbegründete Verschreibungen für sich und andere im Hinblick auf die öffentliche Sicherheit und Ordnung sich mindestens so gefährlich erweist, wie der Hersteller, Verarbeiter oder Händler mit Betäubungsmitteln, der nachweisbar im Verkehr mit Betäubungsmitteln als unzuverlässig erkannt worden ist. Eine derartige Beschränkung der Berufsausübung liegt im Interesse der öffentlichen Gesundheit und dürfte daher nicht grundgesetzwidrig sein.
  8. Entscheidende Verschärfung der Strafbestimmungen.  
Ich möchte hierzu die Schweizer Regelung anführen. Das sehr moderne Schweizer Bundesgesetz vom Jahre 1951 über den Verkehr mit Betäubungsmitteln kennt keine Verschreibungsverordnung. Als einzige Maßnahme schreibt der Artikel 11 vor, daß Ärzte etc. Betäubungsmittel nur verwenden oder verordnen dürfen, wo es nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaft notwendig ist. (Die deutsche Fassung § 6 der Verschreibungsverordnung, welcher die Forderung nach der ärztlichen Begründung für das Rezept erhebt, ist m. E. nicht gut, da sie dem subjektiven Ermessen Raum läßt.) Verstößt ein Arzt gegen diesen Artikel, so wird er nach Artikel 20 mit Gefängnisstrafe bis zu zwei Jahren oder Geldstrafe bis zu 30 000 Sfr bestraft. Handelt er aus Gewinnsucht, so kann in schweren Fällen auf Zuchthaus bis zu fünf Jahren erkannt werden. (Hier erinnere ich nochmals an den Arzt, der mit seinen Betäubungsmittelrezepten seine Praxis lukrativ gestalten wollte, oder einen anderen Arzt, der seine Verschreibung als „ärztlich begründet“ ansah, als er eine Trunksüchtige mit Morphinspritzen von ihrer Trunksucht heilen wollte und für diese Bemühungen im Laufe von zwei Jahren rd. 24 000 DM liquidiert hatte.)  
Ich bin der Meinung, daß die Schweizer, welche bestimmt nicht weniger gute Demokraten sind als wir, ein gutes und kluges Gesetz geschaffen haben. Die Verschreibungsfreiheit der Ärzte ohne Reglementierung und die volle Verantwortung des Arztes bei einer hohen Strafandrohung haben sicherlich mit dazu beigetragen, daß in der Schweiz nur 1 Süchtiger auf 45 000 Einwohner entfällt. (Bei uns 1:9700.)  
Diese Zusammenhänge sollten zu denken geben.  
Die vorgetragenen acht Forderungen stellen lediglich einen Rahmen dar und können keinen Anspruch darauf erheben, umfassend oder bis in die letzten Einzelheiten durchgearbeitet zu sein. Wenn es auch nicht sicher ist, ob solche Forderungen einmal verwirklicht werden können, so sollten sie doch sehr sorgfältig erörtert und geprüft werden.
- Zu II: Als Grundlage für die Regelung der Behandlung sollten die Leitsätze betr. die Gefahren der Rauschgiftsucht und ihre Bekämpfung, ferner die Richtlinien zur Behandlung von betäubungsmittelgefährdeten und betäubungsmittelsüchtigen Ärzten dienen, die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde in Verbindung mit Vertretern der Gerichtsmedizinischen und Pharmakologischen Gesellschaft aufgestellt worden sind. Wie bekannt, sind aus dem Kreise des Präsidiums des Deutschen Ärztetages im März 1955 gegen diese Vorschläge Bedenken hinsichtlich der praktischen Durchführbarkeit und der Auswirkungen geäußert worden. Die Vorlage ist dem Ausschuß für Suchtgefahren und Suchtbekämpfung bei der Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern überwiesen worden. Dieser Ausschuß hat, wie berichtet wurde, im Juni 1955 ohne Fühlungnahme mit den an der Vorlage besonders interessierten Mitgliedern des Wissenschaftlichen Beirates die wesentlichen Bestimmungen über die Maßnahmen der freiwilligen Selbstkontrolle für die Ärzteschaft herausgenommen. Diese in dem wesentlichen Teil geänderte Fassung, vor allem der Richtlinien, wurde sodann von dem Präsidium des Deutschen Ärztetages angenommen und ist im Oktober 1955 in den Ärztlichen Mitteilungen veröffentlicht worden. Seitens der Psychiatrischen und Gerichtsmedizinischen Gesellschaft wurde hierzu festgestellt, daß sie sich mit der vorliegenden Fassung der



**CEFAK**  
Kempten/Allg.

# Cefangipect

Tropfen / Tabl. / Amp.  
Angina pectoris und verwandte Zustände

Leitsätze und der Richtlinien nicht einverstanden erklären könne, da diese nicht mehr geeignet seien, um mit ihrer Hilfe zu dem gewünschten Erfolg im Abwehrkampf gegen die Rauschgiftsucht zu gelangen. Diese Leitsätze und Richtlinien hier im einzelnen zu erörtern erübrigt sich, da sie mehrfach veröffentlicht und Ihnen bekannt sind.

Ich bedauere es aufs tiefste, daß sich der Deutsche Arztetag und somit die ärztliche Berufsvertretung nicht entschließen konnte, die Richtlinien und Leitsätze in der ursprünglichen Fassung zu den ihren zu machen und sie mit dem ganzen Gewicht ihrer Organisation zu vertreten. Da ich überzeugt bin, daß es mit Hilfe der Richtlinien und der Leitsätze zusammen mit den bereits gemachten Vorschlägen gelingen würde, die Betäubungsmittelsucht ganz bedeutend zu verringern, kann ich die Haltung dieser Berufsorganisation nicht verstehen. Ich kenne aber auch nicht die Gründe, die zu dieser Ablehnung geführt haben.

Das erstrebte Ziel ist eindeutig und klar, der Weg dahin sollte durch Zusammenarbeit der Amtsärzte, Gerichtsmediziner, Fachwissenschaftler aus den wissenschaftlichen Gesellschaften des Ärztestandes und Praktiker mit Vertretern der ärztlichen Berufsorganisationen, Juristen, Verwaltungsbeamten und Parlamentariern ermittelt werden.

Sicherlich gibt es in unserer heutigen Zeit wichtigere Probleme, die zu lösen sind. Ich kann es aber mit der fürsorglichen Pflicht des Gesetzgebers nicht für vereinbar ansehen, die Angehörigen eines hochkultivierten Volkes einer derartig unheimlichen und entwürdigenden Sucht, wie sie die Betäubungsmittelsucht ist, auszusetzen und sie evtl. schuldig werden zu lassen, wo es nur einer geringen, gesetzgeberischen Initiative bedürfte, um diesen Zustand grundlegend zu ändern.

Kleinere Länder als unsere Bundesrepublik haben — wie aus einer von P. O. Wolff im Auftrage der Weltgesundheitsorganisation gemachten Studie hervorgeht — diesbezügliche Versuche unternommen und die eine oder auch andere Maßnahme bereits verwirklicht. So haben bisher 15 Länder der Erde, darunter auch das Saarland, die Verschreibung von Betäubungsmitteln auf besonderen amtlichen Rezeptformularen eingeführt. Dieses Verfahren soll auch, wie ich erfahren habe, in West-Berlin zwischen der Krankenversorgungsanstalt Berlin und der Kassenärztlichen Vereinigung im gegenseitigen Einvernehmen mit dem 1. 4. 1955 eingeführt worden sein. Ich weiß, daß mindestens ein Teil der Ärzteschaft solchen Maßnahmen ablehnend gegenüber steht, bin aber überzeugt, daß sie von bedeutender Wirkung auf die Verschreibung von Betäubungsmitteln sein würden. Es würde zu weit führen, die Auswirkungen hier im einzelnen zu schildern. Stichwortartig möchte ich nur angeben: Schutz gegen Diebstahl und mißbräuchliche Verwendung, sofortige Sperrmöglichkeit, erleichterte amtsärztliche Überwachung der Verschreibungen, allgemeine Zurückhaltung in der Verschreibung von Betäubungsmitteln und Scheu vor leichtfertiger Verschreibung und Vielverschreiben, Erkennen beginnender Sucht, frühe und sichere Erfassung der Süchtigen, auch ohne Meldepflicht.

Die saarländische Regierung teilt mit, daß die Verschreibungen im Jahre 1955 um ca. 25 Prozent zurückgegangen sind und führt aus, daß die saarländischen Ärzte der Neuregelung anfangs ablehnend gegenübergestanden haben, daß heute aber die überwiegende Mehrzahl der saarländischen Ärzteschaft die Notwendigkeit einsieht und sich längst damit abgefunden und vertraut gemacht hat. Es wird betont, daß die durch das neue Formular geschaffene verstärkte Kontrollmöglichkeit zur

Früherkennung der Süchtigen beigetragen und die amtsärztlichen Kontrollen ganz wesentlich erleichtert hat. Diese Regelung wird auch in Zukunft fraglos auf diesem Gebiet sich segensreich auswirken, wie sich die saarländische Regierung abschließend ausdrückt.

Das Verfahren ist also im Saarland aus dem Stadium des Experimentierens längst heraus und ein fester Bestandteil der dortigen Opiumgesetzgebung geworden. Sollte das bei uns nicht auch möglich sein? Der Herr Bundesminister des Innern hat in einem Schreiben an das Bundesgesundheitsamt jedenfalls zur gegebenen Zeit die Prüfung dieser Frage unter Beteiligung aller Interessierten zugesagt. Wir können nur wünschen, daß die gegebene Zeit nicht mehr allzufern ist.

## V.

### Zusammenfassung

1. Die Deutsche Opiumgesetzgebung und die Tätigkeit der Gesundheits- und Kriminalbehörden sichern eine zuverlässige Überwachung des legalen Verkehrs mit Betäubungsmitteln als Stoff, obgleich der zugelassene Teilnehmerkreis sehr groß ist.
2. Der legale Verbrauch an Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik ist im Vergleich zu anderen europäischen und außereuropäischen Ländern als durchaus im Rahmen des Normalen liegend anzusehen.
3. Der illegale Verkehr mit geschmuggelten oder gestohlenen Betäubungsmitteln ist in Deutschland offenbar so gering und unbedeutend, daß er keine Rolle spielt.
4. Die Betäubungsmittelsucht wird in Deutschland nicht durch Rauschgift aus dem illegalen Verkehr, sondern weit überwiegend durch die ärztliche Verschreibung erzeugt und unterhalten.
5. Die Zahl der erfaßten Süchtigen in der Bundesrepublik ist in den letzten vier Jahren deutlich und regelmäßig im Steigen begriffen gewesen. Die Verhältniszahl Süchtige : Köpfe der Bevölkerung ist die gleiche wie in einigen europäischen Ländern. Es gibt aber auch Länder mit etwa gleichem Betäubungsmittelbedarf, die eine wesentlich geringere Zahl Süchtiger aufweisen.
6. Der Anteil der süchtigen Angehörigen der Gesundheitsberufe an der Gesamtzahl der Süchtigen ist mit ca. 20 Prozent, der der süchtigen Ärzte mit 14 Prozent ziemlich konstant.
7. Ca. ein Drittel aller Süchtigen ist aus anderen als therapeutischen Gründen süchtig geworden.
8. Die gesetzlich zulässigen Maßnahmen zur Erfassung der Süchtigen zur wirksamen Bekämpfung der Sucht durch Beschränkung und Überwachung der Verschreibungen sind in Deutschland nicht ausreichend. Manche von den Gesundheitsbehörden erzielten Erfolge in der Bekämpfung der Sucht beruhen z. T. auf ungesetzlichen Maßnahmen.
9. Dieser Mangel bedarf dringend einer Abhilfe. Es werden Vorschläge dargelegt zur wirksamen Bekämpfung der Sucht, besonders durch Neuregelung der Verschreibung von Betäubungsmitteln, durch gesetzliche Regelung der Erfassung und durch Maßnahmen zur Behandlung der Süchtigen unter besonderer Berücksichtigung der süchtigen Ärzte.
10. Einige dieser Maßnahmen werden bereits von anderen Ländern erfolgreich durchgeführt. Auch in Deutschland ist eine wirksame Bekämpfung der Betäubungsmittelsucht durchaus möglich, wenn sie vom Gesetzgeber und besonders vom ärztlichen Berufsstand wirklich gewollt und angestrebt wird. Man muß nur den Mut dazu haben!

Bei  
**RHEUMA**

# Thermulsion

Die zuverlässig  
wirkende Einreibung

# Die Rauschgiftsucht in kriminalpolizeilicher Betrachtung

Von Kriminalrat Rudolf Thomsen, Bundeskriminalamt Wiesbaden

Die Rauschgiftsucht scheint bei Auswertung der Statistiken der Bundesopiumstelle und des Bundeskriminalamtes ein Problem geringerer Bedeutung zu sein. Im Jahre 1952 registrierte das Bundesgesundheitsamt ca. 4000 Süchtige und im Jahre 1955 5400. Jährlich werden dort etwa 1100—1200 neue Süchtige erfaßt, denen 800—900 Abgänge gegenüberstehen. Das ergibt eine jährliche Steigerung von etwa 300—400 Süchtigen. Auf die Gesamtbevölkerungszahl bezogen, betrug das Verhältnis der Süchtigen 1951 1 Süchtiger auf 12 700 Köpfe und 1954 bereits auf 9700. Bereits hieraus ist ein absolutes Anwachsen der Zahl der Süchtigen und ihres Verhältnisses zur Bevölkerungszahl ersichtlich.

In der Statistik des Bundeskriminalamtes sind nur solche Süchtige erfaßt, die in irgendeiner Form zwecks Befriedigung ihrer Sucht kriminell geworden sind. Dabei ist es bemerkenswert, daß diese Zahlen eine rückläufige Tendenz aufweisen.

Wurden dem BKA im Jahre 1954 noch 1648 Fälle gemeldet, so sank diese Zahl im Jahre 1955 auf 1219, eine Differenz von 429 Fällen, d. h. mehr als  $\frac{1}{4}$  der Zahl des Vorjahres. Nach den übereinstimmenden Feststellungen von Bundesopiumstelle und Bundeskriminalamt beträgt der Anteil der kriminellen Süchtigen gleichbleibend 30 bis 40% aller Süchtigen. Es hätte demnach auch bei den von der Kriminalpolizei erfaßten Fällen eigentlich eine Steigerung, auf keinen Fall ein Absinken eintreten müssen. Die Divergenz beider Statistiken dürfte in erster Linie darauf zurückgehen, daß auf der einen Seite die Erfassung und Meldung durch die Gesundheitsämter besser geworden sind, während sie sich bei der Kripo verschlechtert haben. Sie dürfte damit zu erklären sein, daß die Zusammenarbeit zwischen Kriminalpolizei und Zentralbehörden noch nicht das wünschenswerte Ausmaß hat und der Kriminalpolizei die ihr früher durch die Besatzungsmächte gegebene weitgehende Möglichkeit zur Einsichtnahme in die BTM-Bücher der Apotheken genommen worden ist.

Die Rauschgiftkriminalität hat an der Gesamtkriminalstatistik des BKA nur geringen Anteil. Er betrug im Jahre 1954 0,12% und ging im Jahre 1955 auf 0,08% zurück. Diese Relation könnte zu dem Schluß führen, daß die Rauschgiftkriminalität eine völlig untergeordnete Rolle spielt und ihr keine Beachtung geschenkt zu werden braucht. Eine solche Auffassung wäre ein verhängnisvoller Irrtum, der schwerwiegende Folgen für die Volksgesundheit nach sich ziehen könnte. Bei der Betrachtung dieses Problems darf man nicht allein Zahlen sprechen lassen, sondern muß vielmehr ihren Wert feststellen. Bei vielen Straftaten wird nur ein materieller Schaden — wenn auch häufig genug von erheblichem Umfang — entstehen. Anders dagegen bei der Rauschgiftsucht. Ihrem Charakter entsprechend, tritt in fortschreitendem Maße ein Abbau der Persönlichkeit des Süchtigen ein, dem ein mehr oder weniger starker Verfall der Gesundheit einhergeht. Beides hat letztlich seine Auswirkungen auf die Familie und schließlich auf die Volksgesundheit, im besonderen Maße dann, wenn der Süchtige Arzt ist. Hier werden die höchsten Rechtsgüter des Menschen gefährdet und zerstört. Ihre Rettung und Erhaltung zwingt zu einer energischen Bekämpfung der Rauschgiftsucht, besonders aber der Rauschgiftkriminalität. Dieser Zwang verstärkt sich noch, wenn nicht nur die Situation in der Bundesrepublik einer Prüfung unterzogen, sondern die Lage in der ganzen Welt betrachtet wird. Wohl ist es zutreffend, daß

der Schmuggel und die illegale Einfuhr durch internationale Rauschgifthändler z. Z. in der Bundesrepublik kaum eine Rolle spielen. Alle gegenteiligen Berichte einer gewissen Presse — selbst wenn sie als Tatsachenberichte bezeichnet werden — sind in das Reich der Fabel zu verweisen. Haschisch gibt es fast nirgends und nur in kleinsten Mengen zu kaufen. Es ist eigentlich nur in Verbindung mit Seeleuten und farbigen Angehörigen der in der Bundesrepublik stationierten alliierten Streitkräfte zu finden. Die Kriminalpolizei hat in den letzten beiden Jahren kaum nennenswerte Mengen an Rauschgiften beschlagnahmen können, während in der übrigen Welt erhebliche Mengen sichergestellt werden konnten. Nach den Unterlagen der IKPO (INTERNATIONALE KRIMINALPOLIZEILICHE ORGANISATION) in Paris betragen die Sicherstellungen allein in den Monaten Juli und August 1956

1717 kg Opium, 107 g Kokain, 318 g Heroin und 639,396 kg Haschisch (*Cannabis indica*).

Wenn wir dabei noch berücksichtigen, daß von der Weltproduktion an Opium nur 10% — einzelne Autoren sprechen gar von nur 7% — medizinischen Zwecken nutzbar gemacht werden, erhält das Problem ein anderes Gewicht. Die Bundesrepublik ist durch internationale Konventionen zu einer energischen Bekämpfung der Sucht verpflichtet. Die Entwicklung des Verkehrs, die an sich begrüßenswerte Erleichterung beim Grenzübertritt von Personen und Kraftfahrzeugen, Aufhebung der Meldepflicht in Hotels, verstärkter Einsatz von Fremdarbeitern, können neben vielen weiteren Faktoren dazu führen, daß auch wir uns in Deutschland einer bedrohlichen Situation gegenüber sehen könnten, falls wir nicht ständig wachsam und stets um eine möglichst vollständige Überwachung und Bekämpfung der Rauschgiftsucht bemüht sind. Die fortgesetzte Drohung der Einschleusung größerer Mengen von Rauschgift und das daraus erwachsende Ansteigen der Zahl der Süchtigen erfordern wirksamere Abwehrmaßnahmen. Die internationale Lage verlangt auch von der Bundesrepublik vermehrte Anstrengungen bei der Bekämpfung. Aber auch für das Inland ist die Ansicht, daß eine Rauschgiftsucht hier nicht vorhanden sei, irrig, wie die steigenden Zahlen der Bundesopiumstelle beweisen.

Dabei darf nicht vergessen werden, daß gerade auf diesem Gebiet eine erhebliche Dunkelziffer in Rechnung gestellt werden muß.

Welche Möglichkeiten bieten sich für die Bekämpfung? Der legale Verkehr mit BTM steht unter der ständigen Kontrolle der Bundesopiumstelle von der Einfuhr über die pharm. Fabriken und Großhandlungen bis zur Abgabe an die Apotheken. Bis zu diesem Zeitpunkt bestehen kaum Möglichkeiten, nennenswerte Mengen für den illegalen Handel abzuweihen. Daran vermag auch die Feststellung nichts zu ändern, daß es bisher in 2 Fällen möglich war, bei der Produktion BTM beiseite zu schaffen. Es ist inzwischen Vorsorge gegen Wiederholung getroffen.

Bereits in den Apotheken ist eine wirksame Kontrolle kaum noch durchzuführen. Wohl ist die Führung der BTM-Bücher I und II vorgeschrieben, aber läßt sich die ordnungsgemäße Führung auch überwachen? Der weitaus größte Teil der ärztlichen Verordnungen vollzieht sich auf Kassenrezept. Für diese besteht aber nach § 26 VVO (Verschreibungsverordnung) keine Aufbewahrungspflicht. Sie gehen an die Versicherungsträger und sind dort nach Vergebung kaum noch aufzufinden, wie sich bei der Durchführung zahlreicher Ermittlungsverfahren immer wieder

**RECORSAN**

**RECORSAN-LIQUID**

zur Crataegus - Kombinationstherapie des Altersherzens

30 ccm DM 1,95

RECORSAN-GESELLSCHAFTEN GRAFELFING U. LUNEBURG

herausstellte. Selbst der gewissenhafteste Amtsarzt kann bei der Vielzahl seiner Aufgaben keine wirksame Kontrolle ausführen. In der Regel dürfte er nur einmal im Jahr in die Apotheke kommen. Da wird es ihm kaum möglich sein, irgendwelche Verstöße festzustellen. Hier macht sich außerordentlich ungünstig bemerkbar, daß die Anordnung 95 der britischen Militärregierung aufgehoben worden ist. Sie gab der Kriminalpolizei das Recht, die BTM-B I und II einzusehen. Der speziell für diese Aufgabe geschulte und eingesetzte Kriminalpolizeibeamte ist besser in der Lage, etwa aufgetretene Verstöße festzustellen. Er kennt seine Kundschaft genau und verfolgt sie durch viele Apotheken, wodurch er einen tieferen Einblick gewinnt. Gegen ein solches Tätigwerden der Kriminalpolizei wird eingewandt, daß darin eine Verletzung des Grundgesetzes zu erblicken sei. Außerdem bedeute es eine Verletzung des Berufsgeheimnisses des Apothekers und der Schweigepflicht des Arztes. Der Apotheker, der seine Bücher den Vorschriften entsprechend korrekt geführt hat, braucht den Besuch eines Kripo-Beamten nicht zu fürchten. Gilt er doch nicht ihm, sondern der Feststellung strafbarer Handlungen. Der Kripobeamte ist zur Verschwiegenheit verpflichtet, so daß durch ihn keine Verletzung des Berufsgeheimnisses zu befürchten ist. Gelangt nicht die überwiegende Zahl der Rezepte in die Hände zahlreicher Angestellter der Apotheken und der Kassen, die vielleicht noch besser als der Kriminalist in der Lage sind, aus dem Rezept Rückschlüsse auf die Krankheit zu ziehen, an denen der Beamte nicht interessiert ist. Durch die Verhinderung der Einsicht in die Bücher ist die Aufklärung einer großen Zahl von Rauschgiftdelikten unterbunden. Daraus erklärt sich auch im wesentlichen der auffällige Rückgang der beim Bundeskriminalamt erfaßten Fälle.

Die Handhabung in den Apotheken ist fast ausnahmslos korrekt. Hier liegt keine wesentliche Quelle für die Rauschgiftsucht. Sie liegt auch nicht im illegalen Handel und Schmuggel, sondern ist in der Bundesrepublik nahezu ausschließlich ein Problem der BTM verschreibenden Ärzte. Nach § 6 VVO dürfen BTM — soweit sie dem Opiumgesetz unterstellt sind — nur dann verschrieben werden, wenn ihre Anwendung ärztlich begründet ist. Es ist damit allein in die Verantwortung des Arztes gestellt, ob er BTM verschreiben darf und will. Nur über die Verschreibung des Arztes kann der Patient BTM erhalten. Der Rezeptblock des Arztes ist der Schlüssel zum BTM-Schrank in der Apotheke. Hieraus erwächst die große Verpflichtung für den Arzt, größte Zurückhaltung bei der Verwendung von BTM zu üben. Erst durch ihn entsteht überhaupt die Sucht, wobei selbstverständlich im Rahmen dieser Ausführungen die Fälle auszuschalten sind, in denen sie auch nach den Gesetzen ärztlicher Kunst eintreten muß. Dadurch wird die weitere verhängnisvolle Entwicklung eingeleitet und gefördert. An diesem Punkt muß die Abwehr einsetzen. Es ist aus diesem Grunde die Forderung nach Änderung der gesetzlichen Bestimmungen des Opiumgesetzes und der VVO erhoben worden. Sicherlich hat die augenblickliche Gesetzgebung Lücken. Dennoch könnte auch sie zu einer wesentlichen Einschränkung der BTM-Sucht führen, wenn die Ärzte sich selbst in der Anwendung von BTM beschränken würden. Deshalb sind die Bemühungen der Ärzteschaft, Grundsätze über die Anwendung von BTM, wie sie in den Richtlinien des Danziger Ärztetages zum Ausdruck gekommen sind, sehr zu begrüßen. Nur scheinen sie wenig Beachtung gefunden zu haben, was ebensosehr aus der steigenden Zahl von Süchtigen erhellt wie aus der Tatsache, daß sie — wenn auch in wenig befriedigender Form — vom Präsidium des Deutschen Ärztetages im Jahre 1955 neugefaßt werden mußten. Da auch sie bisher nicht zum Absinken der Zahl der Süchtigen geführt haben,

ist wohl die Feststellung berechtigt, daß diese Selbsthilfemaßnahmen nicht den gewünschten Erfolg hatten, obwohl sie sicherlich bei entsprechender Beachtung dazu geeignet waren. Dadurch verbietet sich auch bei einer etwaigen Änderung der Gesetzgebung, eine Aufhebung der VVO vorzuschlagen und künftig ohne sie auszukommen, wie z. B. in der Schweiz. Dort gibt es nur 1 Süchtigen auf 33 000 Personen. Allerdings wird jegliche den Grundsätzen ärztlicher Wissenschaft zuwider laufende Verschreibung von BTM hart bestraft. Im Wiederholungsfalle bzw. bei Abgabe aus Gewinnsucht Zuchthaus bis zu 3 Jahren.

Ein anderer Weg zur Einschränkung der Verschreibungsfreudigkeit könnte durch Einführung eines besonderen Rezeptblocks für BTM-Verschreibungen beschritten werden.

In verschiedenen Ländern, z. B. im Saargebiet, West-Berlin (mit gewissen Einschränkungen), Sowjetzone, Griechenland, Spanien, Argentinien, Brasilien, Columbien, Mexiko und einigen Einzelstaaten der USA sind besondere Rezeptformulare für BTM-Verordnungen eingeführt. Im Saargebiet ist allein durch die Einführung der Sonderrezepte die Verschreibung von BTM sofort und anhaltend um etwa 30% zurückgegangen. Außerdem bieten sie größere Sicherheit gegen Diebstahl (Sperrung) und Verfälschung. Sicherlich wird sich Widerstand gegen die Einführung solcher Sonderrezepte in der Bundesrepublik erheben. Deshalb ist es ganz interessant, was LINZ im Archiv für Toxikologie, 14. Band, Heft 5, 1953, S. 289 über die VVO sagt:

„Als die Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken (Verschreibungsverordnung) 1931 in Kraft trat, stieß sie auf den Widerstand der Ärzte und Apotheker. Die anfängliche Ablehnung machte aber bald der Überzeugung Platz, daß die neuen Vorschriften wirksam und notwendig sind. Der Verbrauch ging seitdem bei allen Betäubungsmitteln bis 1945 ständig zurück. Daß als Folge der Verschreibungsverordnung auch die Zahl der Süchtigen stark zurückgegangen ist, haben damals alle Sachverständigen bestätigt.“

Eine ähnliche Entwicklung dürfte auch nach der Einführung der besonderen Rezeptformulare zu erwarten sein. Der mögliche Erfolg sollte allen Verantwortlichen Veranlassung geben, sich energisch für die Einführung einzusetzen.

Eine weitere Selbsthilfemaßnahme hat man in Nordbaden ergriffen. Dort hat sich die Apothekerschaft auf Betreiben der Gesundheitsämter bereitgefunden, die Buchungen über BTM im Durchschreibeverfahren vorzunehmen. Die Durchschriften werden von Vertretern der Gesundheitsbehörde, Ärzte- und Apothekerschaft durchgesprochen. Sowie irgendwie der Verdacht auftaucht, daß die Verschreibung von BTM durch einen Arzt nicht korrekt ist, tritt das Gesundheitsamt an ihn heran und erörtert mit ihm sein Verhalten. Diese Maßnahme könnte noch wirksamer gestaltet werden, wenn man die Kriminalpolizei mit heranziehen würde. Sie kann aus ihrer Sachkenntnis heraus Hinweise geben, sich mit den Nachbarn dienststellen in Verbindung setzen und ein wachsames Auge auf den erstmalig in Erscheinung Getretenen werfen. Dadurch könnte häufig grundsätzlich das Süchtigwerden verhindert oder die Sucht frühzeitig erkannt werden.

Es wäre außerordentlich zu begrüßen, wenn die Ärzte sich freiwillig und ohne gesetzliche Anordnungen zu den geschilderten Methoden bereit finden könnten. Es würde sie als wahre Demokraten kennzeichnen, wenn sie aus der Verpflichtung gegenüber der Allgemeinheit freiwillig gewisse Beschränkungen auf sich nehmen würden.

Sollte jedoch die Wirkung nicht eintreten, dann müssen andere Maßnahmen zur Anwendung kommen. Es muß

TABLETTE

AMPULLEN

SUPpositorien



L. MERCKLE &amp; CO. G. m. b. H. CHEM.-PHARM.-FABRIK BLAUBEUREN

# TOXIMER

Antineuralgicum  
Analgeticum  
Antirheumaticum

betont werden, daß das Rauschgiftproblem nicht nur eine medizinische Seite hat, sondern häufig auch eine strafrechtliche. Jede Verschreibung ärztlich nicht indizierter BTM bedeutet ein Verstoß gegen § 6 VVO und damit gegen das Opiumgesetz. Straffbar machen sich der Arzt, der zudem noch einen Verstoß gegen die ärztliche Standespflicht begeht, und häufig auch der Patient. Ist dieser Verstoß noch mit dem Streben nach finanziellen Vorteilen verbunden, ist er besonders verwerflich. Es darf hier an den Fall Dr. Moritz, München, und der Ärzte in Amberg erinnert werden, ebenso wie an den Fall des Arztes, der angeblich schwere Trunksucht einer Patientin durch Verabfolgung von Morphium mit nachfolgender Entziehungskur heilen wollte und sich dafür mehr als 20 000.— DM geben ließ.

Sind solche Ärzte gar noch selbst süchtig, darf bei der Beurteilung ihrer Handlung nicht falsch verstandene Kollegialität dazu führen, daß sie noch weiter ihre Praxis ausüben können und damit zu einer schweren Gefahr für die sich ihnen anvertrauenden Patienten werden. Wiethold (Vortragsreihe des BKA: Bekämpfung von Rauschgiftdelikten S. 129) vertritt mit Recht den Standpunkt, daß suchtkranke Ärzte für ihren Berufsstand untragbar geworden sind.

Neben den Ärzten, deren Mitwirkung bei der Bekämpfung der Rauschgiftsucht dann besonders erfolgreich ist, fällt den Strafverfolgungsbehörden und Gerichten eine wichtige Aufgabe bei der Bekämpfung zu. Rauschgiftdelikte sollten von ihnen nicht — wie so häufig — als Bagatelldelikte angesehen werden. Sie sind keine Kavaliärsdelikte, denn ihnen kommt doch eine erheblich höhere Bedeutung zu, als sie aus dem geringen Anteil an der Gesamtkriminalistik zu erkennen ist. Es dürften nicht nur Geldstrafen — noch dazu meist in geringer Höhe — ausgesprochen werden. Dies um so weniger, als auch die internationalen Konventionen von den Vertragsschließenden, zu denen auch die Bundesrepublik gehört, die ausschließliche Verhängung von Freiheitsstrafen zur Pflicht machen. Die USA z. B. haben erst im Jahre 1955 die Todesstrafe für Abgabe von Rauschgiften an Kinder und Jugendliche eingeführt. Daraus wird klar, daß die bei uns zumeist verhängten geringen Geldstrafen kaum geeignet sind, unsere Aufgabe bei dem weltumspannenden Problem der Bekämpfung der Rauschgiftsucht gerecht zu werden.

Zur gleichen Beurteilung muß man auch bei den Verfahrenseinstellungen kommen. Von den Verfahren gegen insgesamt 1648 Personen, die im Jahre 1954 eingeleitet wurden, gelangten 530 zur Einstellung. Dazu kommen die Verfahren, die erst im Jahre 1955 eingestellt wurden — mehr als  $\frac{1}{3}$ . Für das Jahr 1955 lauten die gleichen Zahlen 1219 und 245.

Bei diesem Strafverfahren erfüllen die Ärzte, soweit sie als Sachverständige zugezogen werden, eine wichtige Aufgabe. Wenngleich das Gericht in seiner Entscheidung letztlich frei und nicht an das Gutachten des Sachverständigen gebunden ist, wird es sich gerade in Rauschgiftfragen, bei denen die medizinische Komponente überwiegt, im Regelfall dem Sachverständigen anschließen. Er kann daher, vor allem in Fragen der Unterbringung, maßgeblichen Einfluß auf das Gericht ausüben. Hier sollte allein entscheidend sein, ob der Arzt sie für notwendig hält. Sobald die Möglichkeit des Rückfalls bejaht wird, liegt darin stets eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit, der nur durch Unterbringung von ausreichender Dauer begegnet werden kann. Entziehungskuren von weniger als 6 Monaten Dauer sind, wie die

Erfahrung lehrt, fast stets wirkungslos. Hier kann man schon von „Rückfallgewisheit“ reden. Der Sachverständige steht allerdings vor einer schwierigen Aufgabe, wenn er das Gericht von der Unerläßlichkeit einer Unterbringung eines Menschen überzeugen soll, der nach etwa 3 Monaten einwilliger Unterbringung immer frisch und blühend aussieht, einen ruhigen und gesammelten Eindruck macht, aber dennoch nach ärztlicher Erfahrung eine Gefahr für die Allgemeinheit darstellt.

Auch sollte die Frage der Unterbringung durch das Gericht durch den Sachverständigen nicht deshalb verneint werden, weil der Angeklagte sich einer freiwilligen Entziehungskur unterwerfen will. Die Erfahrungen haben immer wieder gelehrt, daß freiwilligen Kuren der Erfolg versagt geblieben ist, weil die Süchtigen nicht an der oft schon nach wenigen Tagen erfolgten Beendigung einer solchen Kur gehindert werden können. Das Bejahen von § 51, Abs. 1 und 2 StGB erfordert stets die Entscheidung über etwaige Unterbringung. Hierbei noch mehr als bisher an den Schutz der Allgemeinheit zu denken, sollte für jeden Sachverständigen bei Rauschgiftsachen Verpflichtung sein.

Das gilt in besonderem Maße bei der Begutachtung süchtiger Ärzte und der anzuwendenden Maßnahmen. Die bisher ihnen gegenüber ergriffenen scheinen jedoch nicht ausreichend, denn nach den Feststellungen der Bundesopiumstelle sind im Jahre 1955 nämlich von insgesamt süchtigen 795 Ärzten und Zahnärzten

520 = 65,5% völlig unbeschränkt geblieben, haben

255 = 32 % ein zeitweiliges Berufsverbot oder eine Einschränkung in der Verschreibung von BTM erhalten und wurden

20 = 2,5% die Approbation entzogen.

Dabei darf hervorgehoben werden, daß vor allem Bayern neben Berlin scharf gegen süchtige Ärzte vorgegangen ist und bei 75 süchtigen Ärzten Maßnahmen gegen 71 ergriffen hat.

Ähnliche Überlegungen, wie bei der Unterbringung nach § 126a StPO, 42b, e, StGB, gelten auch für die Einweisung in Heil- und Pflegeanstalten nach den „Freiheitsentziehungsgesetzen“ der Länder.

In solchen Verfahren sollten die Ärzte, falls sie die Unterbringung für geboten erachten, allen fiskalischen Erwägungen, die zu einer Ablehnung der Einweisung führen, energisch entgegenreten.

Ebenso sollte nicht vergessen werden, auf die Notwendigkeit von Nebenfolgen, wie z. B. Entziehung der Fahrerlaubnis u. ä. hinzuweisen.

Alle diese Maßnahmen sollen mit dazu beitragen, die Rauschgiftsucht zu bekämpfen. Sicherlich bietet der augenblickliche Stand der Rauschgiftkriminalität keinen unmittelbaren Anlaß zu Besorgnissen. Trotzdem ist besondere Wachsamkeit geboten, zumal die gesetzlichen Bestimmungen der Ergänzung und Modernisierung bedürfen. Aber auch mit ihnen ließe sich vor allem bei freiwilliger Übernahme von Beschränkungen eine wesentliche Herabsetzung der Rauschgiftsucht erreichen. Dazu bedarf es außerdem der vertrauensvollen Zusammenarbeit aller an der Bekämpfung beteiligten Dienststellen, Behörden und Organisationen, wobei deren Maßnahmen von dem Grundsatz „Vorbeugen ist besser als heilen“ bestimmt sein sollten. Dann werden die im Interesse der Volksgesundheit wünschenswerten Erfolge der Bekämpfung der Rauschgiftsucht sicherlich erreicht und manche strafbare Handlungen zur Erlangung von BTM und Unterhaltung einer Sucht (wie z. B. Betrug, Diebstahl, Urkundenfälschung usw.) rechtzeitig erkannt und unterbunden werden.

## Arzt und Rauschgiftsucht

Von Obermedizinalrat Dr. L. Gerweck

Der Leiter der Bundesopiumstelle, Dr. Gewehr, und der Leiter der Bayer. Landesopiumstelle, Pharmazierat Paintner, haben jüngst Zahlen über die Rauschgiftsucht veröffentlicht, die an sich nicht hoch erscheinen, verglichen mit andern Krankheitsursachen. Wäre es das allein, was aus den statistischen Tatsachen hervorginge, könnte der Arzt unserer Zeit beruhigt darüber hinwegsehen.

Die Statistik zeigt jedoch, daß der Verbrauch an Medikamenten, die als Rauschgifte gelten oder wie Rauschgifte

wirken, im Bundesgebiet, verglichen mit andern Ländern, zugenommen hat. Das Besorgniserregende ist aber weiter, daß 66% der süchtig Gewordenen im Anschluß an die therapeutische Verwendung der Rauschgifte zu ihrer Sucht kamen. Es bestätigt, was man längst weiß, daß Ärzte in der Mehrzahl der Suchtfälle beim Beginn der Sucht ihre Hand, die helfen und nicht verderben wollte — vor allem nicht verderben sollte — im Spiele hatten. Alarmierend und das Gewissen belastend ist gar, daß 20,2% der Süchtigen

gen aus Heilberufen stammen, 13,9% allein aus dem ärztlichen Beruf, wobei die Ärzte unter allen Heilberufen 64,5% ausmachen. Auf 95 Ärzte kommt 1 süchtiger Arzt.

Sehr bedenklich für uns ist noch, daß 30—42% aller Süchtigen ihre Rauschgifte durch ungesetzliche Handlungen aus der Apotheke beziehen. Und davon sind wieder 60—62,5% Angehörige der Heilberufe.

Lassen wir es bei der Anwendung der Rauschgifte an der nötigen Aufmerksamkeit und Wachsamkeit unseren Patienten gegenüber fehlen? Oder an Selbstdisziplin?

Welche Medikamente werden als Rauschgifte verwendet? In der Reihenfolge des Verbrauchs folgende: Morphin, Polamidon, Dolantin, Eukodal, Pervitin, Dilaudid, Dicodid, Aedicon, Cliradon, Dromoran, Cocain, Codein, Extr. u. Tct. opil, Pantopon, Paracodin und Elastonon, (nach Rommeney, Inst. f. gerichtl. u. soz. Medizin der fr. Univ. Berlin), außerdem Ritalin, Preludin, Metrotonin, Romila, Tilcarda und Cafflon. Als neue Suchtmittel erwiesen sich überdies die Schlafmittel, besonders die der Barbitursäure-Reihe. Und wenn man liest, daß Miltaun, ein „Tranquillizer“, zur Entziehung verwendet werden kann, wird der moderne Arzt allen neuen Mitteln gegenüber, die die pharmazeutische Industrie in reicher Fülle auf den Markt bringt, wachsam sein müssen. Dabei regen gerade diese Neuerscheinungen den pharmakologisch und überhaupt wissenschaftlich interessierten Arzt an in seiner Praxis Versuche damit zu machen.

Vielleicht ist es eine Erklärung für die besondere Anfälligkeit des ärztlichen Berufs, daß so mancher unserer Kollegen zunächst die Versuche an sich selbst anstellt und seinen Wissensdurst dabei (in einer oft heroischen Weise der Anwendung der Mittel) befriedigen will. Wenn es sich dabei um Selbstversuche mit allen wissenschaftlichen Kautelen handeln würde, wie sie z. B. Beringer bei seinen Meskalin-Forschungen anwandte, wäre nichts einzuwenden. Wilde Selbstversuche ohne Kontrolle nützen der Wissenschaft aber keinen Deut.

Der Arzt hat ohnedies Gelegenheit, die Wirkung der Mittel und leider auch Formen der Sucht in seiner Praxis zu sehen. Am häufigsten wohl den Alkoholismus. Rauschgiftsucht ist im Vergleich hierzu selten. Jeder Fall ist anders. Verallgemeinerungen aus der Beobachtung eines Falles zu machen und eine Erfahrung auf andere Fälle zu übertragen ist nicht gestattet. Nur die gesammelten Erfahrungen vieler Beobachter ergeben das richtige Bild der Sucht.

#### Das Bild der Rauschgiftsucht

Die Sucht läßt sich am besten an der chronischen Vergiftung mit Morphinum, der ältesten und auch heute noch von Süchtigen meistgebrauchten Droge, studieren und darstellen. Die Rauschgiftsucht — so ergibt sich seit den ersten Beobachtungen des Morphinismus in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts — entwickelt sich aus der Euphorie, die der disponierte Mensch bei der Einwirkung des Rauschgifts auf seinen Organismus erlebt. Bei diesen disponierten Menschen, die wir als abnorme, als psychopathische Persönlichkeiten der Gruppe der depressiven, der stimmungslabilen und noch der hyperthymischen Psychopathen oder der Neurotiker zurechnen können, entwickelt sich bei Morphin zum Beispiel die suchterzeugende Euphorie schon bei der 1. Spritze. Aber bei jedem Menschen kann sich aus der Gewöhnung (= Notwendigkeit der Dosissteigerung bei längerem Gebrauch) eine psychische und physische Abhängigkeit von dem Mittel ergeben. Beim Normalen etwa nach der 30. Gabe. Die Gewöhnung geht also bei jeder langdauernden Anwendung unmerklich in Sucht über. Der aufmerksame Arzt kann bei therapeutischer Anwendung von Morphin oft feststellen, wie der Kranke mit Zeichen einer gewissen Angst unter nicht stichhaltiger Begründung um Fortsetzung der Anwendung bittet. Ist es soweit, so ist es höchste Zeit das Morphin abzusetzen oder es durch ein anderes Analgeticum oder Spasmolyticum zu ersetzen. Sind die ersten unangenehmen Nebenwirkungen des Morphins nicht mehr spürbar, sondern nur noch die Schmerzstillung und Euphorie, so ist wohl der optimale Effekt für den Kranken erreicht. Das Heimtückische ist nur, daß der Kranke immer und der Arzt häufig die Grenze nicht mehr wahrnimmt, an der die Sucht beginnt.

Es muß doch wohl — sonst könnten wir uns nicht erklären, wie vorzügliche Persönlichkeiten süchtig werden — der Begriff „Euphorie“ nur ungenügend den sublimen Rausch, den Morphin erzeugt, kennzeichnen. Man muß sich

vorstellen, daß ebenso, wie alle großen und kleinen Schmerzen, auch alle sonstigen lästigen Leibgefühle verschwinden, daß im seelischen Ablauf alle „innere Reibung“, alle dranghaften Regungen, unbestimmte Spannungen und Hemmungen, alle „nervösen Reizzustände“ gelöst werden. Der Morphinist in diesem ersten Stadium fühlt sich innerlich frei, abgedämpft, abgeschirmt gegen ungünstige Wirkungen von außen, in der Stimmung ausgeglichen. Er ist mit sich und der Welt in Frieden. Abgewogene feinsinnige Gedanken von seltener Klarheit, wie er meint, fließen ihm zu und er kann sie in nie erlebter Gewandtheit und besonderer Gesprächlichkeit von sich geben. Die Kontaktfähigkeit mit Fremden ist erleichtert, seine Überzeugungskraft gesteigert. Aber hier schon zeigt sich, daß die durch den Morphinrausch erzeugte Lockerung des seelischen Gefüges erstes Zeichen der Desintegration der Persönlichkeit ist. Seine ursprüngliche Charakterstruktur kann er spielerisch — schauspielerisch — umfügen, wie er es will, wie er es braucht.

Gute Bekannte, Angehörige, die mit dem ursprünglichen Wesen des Kranken vor der Sucht vertraut waren, bemerken das Unechte im Wesen. Sie spüren zu allererst das Versacken wertvoller Eigenschaften und sind davon bedrückt, auch wenn sie die Ursache nicht kennen. Gerade die ihrem Gefühl nach unmotiviert Euphorie der Süchtigen verursacht kühles Befremden bei den Vertrauten. Es entsteht eine peinigende, bedrückende Atmosphäre des Beobachtens, des Belauerns und des Argwohns in der Familie. Es wird eine Vergiftung der sozialen Bindungen deutlich. Es ist der Beginn der Lockerung familiärer Bande, Beginn der Zerrüttung von Ehen. Der Morphinist in diesem Stadium merkt nichts davon, solange er in seinem Rausch ist. Fühlt er sich doch geradezu gehoben in seinem Selbstgefühl, im Bewußtsein seiner Macht, diesen Rausch jederzeit selbst erzeugen zu können durch einen einfachen Kunstgriff (von dem übrigens niemand etwas weiß, niemand etwas zu wissen braucht), durch die heimliche Anwendung einer Droge. Immerhin gibt es außer dem beginnenden Verfall des Charakters in diesem 1. Stadium unangenehme Nebenwirkungen, die der Morphinist doch bemerkt: Die Abmagerung durch vermindertes Hungergefühl, die Magen-Darm-Störungen (die Obstipation) vor allem. Daneben die Folgen von Gefäßschädigungen (anginöse Beschwerden), Hautausschläge, Schweißausbrüche, Erschlaffung von Haut und Muskulatur, Sensibilitätsstörungen, Potenzverlust und Schlafstörungen. All dies, auch wenn ihm eine ständige optimale Anwendung des Rauschgifts möglich ist, wenn noch gar keine Abstinenzerscheinungen vorliegen.

Abstinenzerscheinungen sind freilich schlimmer, wenn das Rauschgift einmal fehlt: Erbrechen, Durchfälle, Unruhe, Angst, Schweißausbrüche, Schwächegefühl, Herzklopfen, manchmal sogar Herz- und Kreislaufschwäche bis zum Kollaps. Diese Abstinenzerscheinungen können rasch kupert werden, schon durch eine relativ geringe Menge des Rauschgifts. Das weiß der erfahrene Arzt. Das weiß auch der Süchtige bald aus eigener Erfahrung. Deshalb sucht er das Mittel, sein Mittel, unter allen Umständen wieder zu erlangen, sucht sich damit vollzupumpen in übergroßen Dosen, um, wie er meint, ja nicht mehr in die Lage zu kommen, es entbehren zu müssen. Deshalb die im Laufe der Gewöhnung oft unerhört hohen Dosen. Muß er, um das Rauschgift zu bekommen, einen Arzt aufsuchen, so versteht er es, diesen in einem überlegen geführten Gespräch gerade auf „sein, nun einmal bewährtes Mittel“ hinzulenken. Wenn es sein muß, nötigt er ihn oder zwingt ihn durch geschickt hingelegte Szenen, durch raffinierte Simulation von Krankheitszuständen, das Mittel sofort zu geben. Der beste, der erfahrenste Arzt kann so einmal, vielleicht auch einige Male getäuscht werden, zumal er mit Recht voraussetzt, daß ein Hilfesuchender, ein in Not befindlicher Kranker, selbst alles aufwendet, vertrauensvoll alles sagt, um die richtige Hilfe zu bekommen.

Was ist nun die richtige Therapie der Sucht, sobald der Arzt die Täuschung durchschaut? In der freien Praxis ist es durchaus richtig, in allen Fällen der Sucht das verlangte Mittel zunächst zu geben, wenn es der Gesundheitszustand, der durch Untersuchung festgestellt sein muß, erfordert. Allerdings in wesentlich kleinerer Dosis als verlangt, denn schon durch die Verabreichung einer kleinen Dosis werden die Abstinenzerscheinungen

rasch kupt und Schmerzen der Grundkrankheit genügend gelindert. Aber der Arzt muß das Mittel selbst geben, per os oder per injectionem. Er darf es nicht dem Süchtigen überlassen oder es ihm als Rezept verschreiben. Und außerdem muß er dem Süchtigen ruhig und bestimmt seine Auffassung mitteilen, die Auffassung nämlich, daß eine Suchtkrankheit vorliegt, die nicht ambulant in der Praxis behandelt werden kann. Zieht ihn der Süchtige wiederholt zu, so muß er auf seinem Behandlungsvorschlag, auf der Entziehung in einer Klinik bestehen, darf mit dem Süchtigen nicht um den Zeitpunkt feilschen, wann die letzte Spritze noch ambulant zu verabreichen ist. Wie bei jeder andern Krankheit muß der Arzt die Führung unbeirrbar, überzeugend behalten.

Hier erweist sich die wirklich souveräne Haltung eines in seiner Wissenschaft beschlagenen Arztes. Er muß schließlich erkennen, ob es sich um reine Sucht oder ob es sich um Morphinismus als Folge einer schmerzhaften Grundkrankheit handelt. Er muß diese Frage wirklich gewissenhaft prüfen, nicht nur durch eigene Untersuchung, sondern auch durch Spezialuntersuchungen anderer Ärzte und Fachärzte oder einer Klinik. Es ist leicht abzuschätzen, welche Hilfe die gemeinsame Beratung mehrerer Ärzte gerade bei einer so verantwortungreichen Aufgabe, wie der Behandlung eines Morphinisten, bringt, welche Erleichterung der Verantwortung dem Kranken, seiner Familie und seiner weiteren Umgebung gegenüber, welche Rückendeckung bei Nachforschungen der Gesundheitsbehörden.

Es muß einmal eindringlich gesagt werden, daß der Arzt einen Kunstfehler begeht, für den er haftbar ist, wenn er anders verfährt. Wenn er gar dadurch, daß er ohne strenge Indikation Suchtmittel anwendet, eine Sucht erzeugt, macht er sich strafbar, denn das Gericht wird in solchem Falle wohl eine Körperverletzung bejahen. Außerdem liegt ein Vergehen gegen das Opiumgesetz vor, das ja ausdrücklich verlangt, daß die Verschreibung von Rauschgift an und für sich, aber auch in der Höhe der Dosis streng indiziert sein muß.

Unter den erwähnten Kautelen kann es der Praktiker auch einmal wagen, die Behandlung und Beobachtung von Morphinismus bei einer Grundkrankheit für einige Monate (sagen wir höchstens bis zu 12 Monaten) selbst in der Hand zu behalten, natürlich nur bei geringster Dosissteigerung, mit der ständigen Bereitschaft die Dosis wieder zu mindern, wenn eine Besserung im Zustand eintritt. Nach einiger Zeit ist es aber auch in solchen, mild verlaufenden Fällen von Morphinismus nötig, eine Entziehungskur und eine Entwöhnungskur in einer Klinik und zwar einer dazu eingerichteten Nervenklinik zu machen. (Wie, beschrieb Kurt Kolle kürzlich ausgezeichnet in der MMW Heft 1/1956.) Hanns Schwarz machte wiederholt Erhebungen, die 40—42% Heilungen ergaben.

Es gibt Morphinisten — vor allem solche, deren Beruf eine geruhsame Lebensführung gestattet, die sich an ein wohl abgewogenes Regime in der Mittelanwendung halten, die Erholungspausen einschalten (z. B. während der Ferien), in denen sie in aller Stille ihre regelmäßigen Entziehungs- und Entwöhnungskuren machen. Es gibt auch solche, bei denen, vielleicht im Verlaufe depressiver Stimmungsschwankungen, nur vorübergehend eine Sucht vorkommt. Grühle hat sie die Morphin-Dipsomanen genannt. Leider glauben die meisten Morphinisten, daß sie zu diesem stillen Typ gehören, der in diesem 1. Stadium der optimalen Wirkung bleibt und das Mittel jederzeit lassen kann. Mag sich der Morphinist täuschen, der Arzt von Ruf soll sich nicht täuschen. Eine Selbstentziehung, wie sie manchmal behauptet wird, ist so eine Seltenheit, daß sie als Wunder bezeichnet werden muß. Daß so ein Wunder eintritt, wie es fast jeder Morphinist hun-

derte Male verspricht, darauf dürfen wir uns nicht verlassen, denn höhere Grade der Sucht mit rapider Dosissteigerung werden von den einzelnen verschiedenen schnell erreicht. Es können Jahre vergehen, es kann sich aber auch nur um Monate handeln, daß sich dieser maligne Verlauf der Sucht manifestiert, geradezu in einem Taumel der Sucht, galoppierend, wie ein Krankheitsprozeß (wie bei einer Schizophrenie, sagt Kolle)! Es ist ein körperlicher und geistiger Verfall. In diesem fortgeschrittenen Stadium macht sich der Morphin hunger ausgesprochen bemerkbar. Rücksichtslos gegen menschliche Würde, Ansehen und Ruf sucht sich der Morphinist das Mittel zu verschaffen. Er wendet alles auf an List, alles an heimtückischer Methode, um es zu erlangen. Der magere Körper ist bald mit Injektionsstellen bedeckt, die nicht selten vereitert sind, weil der Süchtige in seiner Gier, die Injektionen mangelhaft steril, oft durch die Kleider macht. Bei intravenöser Anwendung, die man in letzter Zeit wegen der ungemein raschen Wirkung häufiger kennenlernte, sieht man Anstiche der Venen und Narben entlang den Venen in den Ellenbeugen, an den Armen und Oberschenkeln, manchmal vor der erwarteten ärztlichen Untersuchung gepudert, um das Ausmaß der Sucht zu verschleiern. Die allgemeine Empfindlichkeit, insbesondere gegenüber Schmerzen, die Hautempfindlichkeit überhaupt, nimmt enorm zu. Alles wird als Schmerz bezeichnet, schon die Berührung, als geradezu „unerträglich, als wahnsinnig“. Und bezeichnenderweise ist jedes andere Mittel wirkungslos dagegen, nur nicht das Suchtmittel. Es allein „hilft“ dem Süchtigen. Im Kampf um die Spritze lamentiert und tobt er. Es kommt zu dramatischen, widerlichen Szenen, die sich in Wohlgefallen auflösen, sobald die Spritze gegeben ist. Das Lamento, die ganze Misere, die drohende Katastrophe sind sofort vergessen.

Dies ist schon der Übergang zum Stadium der Depravation, zum Persönlichkeitsabbau. In diesem äußersten Stadium der Sucht, nennen wir es das dritte Stadium, zeigt sich der gebieterische Charakter des Morphin hunger in einer völligen Hemmungslosigkeit, sich mit allen Mitteln — auch gesetzwidrig — den gewünschten Stoff zu verschaffen. Der Arzt wird offensichtlich und mit kläglichem Dreistigkeit belogen, wird umschmeichelt, um hinterher belacht oder verleumdet zu werden. Man läuft von Arzt zu Arzt, fährt mit dem Taxi weit übers Land, um immer neue Ärzte und Apotheken aufsuchen zu können, die nicht orientiert sind, macht Schulden, schreibt Rezepte auf gestohlenen Formularen, und macht Rezeptfälschungen. Morphinisten sind stets unzuverlässig und lägenhaft in Angaben über die Dosierung des Mittels, während sie auf anderen Gebieten ihre Ehrlichkeit behalten können. Aber bei den ethisch weniger festen Charakteren greift im Laufe der Depravation die Unzuverlässigkeit um sich, es zeigt sich ein auffälliges Nachlassen der Wahrheitsliebe überhaupt und erst recht, wenn es sich um die Beschaffung der Rauschgifte und auch die Beschaffung der Mittel zu ihrem Erwerb dreht. „Es lügt sich und betrügt sich besser unter Suchtmitteln“, sagte ein schwer Suchtkranker. Die Arbeit wird natürlich vernachlässigt auf der Jagd nach dem Mittel. Unabwendbare Schwankungen zwischen Heiterkeit und hoffnungsloser Niedergeschlagenheit treten ein, je nachdem, ob er, seiner Gewöhnung entsprechend, genügend Mittel intus hat. Es kommt weiter zu einer Vernachlässigung aller Pflichten, zu einer seelischen Verwahrlosung, zu einer völligen Gleichgültigkeit gegenüber der äußeren Erscheinung. Man wird schlampig, ungepflegt in Kleidung und persönlicher Reinlichkeit bis zu dem Grade, daß man die Regulierung der Ausscheidungen nicht mehr wahrnimmt.

Wenn der Morphinist soweit ist und sich zur Entziehung in eine Anstalt (auf Grund des Verwahrungsgesetzes oder auf Grund der Entmündigung wegen Geisteschwäche) einweisen lassen muß, ist er meist ein körper-



HELOPHARM  
KG  
BERLIN

Zur Behandlung rheumatischer Erkrankungen, Tendovaginitis, spez. Pleuritis, Nachbehandlung von Frakturen, Luxationen, Zerrungen und Prellungen  
Zus.: Jad, Kampfer, Chloroform  
Nikotinsäuremethylester, veg. Ole

# Jodosan

Externes Antirheumaticum

O.P. Tube ca. 25,0

O.P. Flasche 30 ccm

liches Wrack, ist er ein geistig, sozial und wirtschaftlich ruinierter Mensch.

Soweit muß es aber nicht kommen, wenn der Arzt seine Patienten gut beobachtet, gut untersucht, Auskünfte bei früheren Ärzten, frühere Untersuchungsergebnisse von Kliniken einholt, wenn er sich mit den Angehörigen in Verbindung setzt (unauffällig natürlich), sobald er den Verdacht auf eine Sucht hat. Frühzeitig ist er mit relativ geringer Mühe noch Herr der Situation und damit eine wirkliche, vom Suchtkranken freilich zunächst nicht gerne anerkannte, Hilfe für den Kranken selbst, mehr noch für die Familie und die Gemeinschaft, der der Patient angehört. Sein einziges Ziel muß sein, den Kranken möglichst umgehend einer Entziehung in einer zuverlässigen Klinik zuzuführen.

Aber auch nach der Entziehung und Entwöhnung bedarf der Geheilte noch der Führung und Beobachtung. Da selten der Idealfall gegeben ist, daß Entziehung, Entwöhnung und psychotherapeutische Führung in einer Hand bleiben, muß allermeist für den psychagogischen oder psychotherapeutischen Teil der Behandlung der Süchtigen nach der Anstaltsentlassung wieder der Arzt in der Praxis einspringen. Man weiß, daß die Kontrolle eines Rückfalls schwierig ist, daß es nicht damit getan ist, auf enge, wenig ausgiebig reagierende Pupillen, auf frische Injektionsstellen am entkleideten Körper zu achten. Es ist auch sehr unerfreulich für den Arzt, die Überführung eines leugnenden Morphinisten zu betreiben. Da ist die Methode von Jatzkewitz, die Papierchromatographie, als Nachweis von Suchtmitteln im Urin ein zuverlässiges Mittel, das der geheilte Süchtige, routinemäßig angeordnet, nie so beschämend empfindet, wie die körperliche Kontrolle, selbst wenn man ihn bitten muß, den Urin im Sprechzimmer zu lassen.

Bei allen Suchtmitteln, wie sie eingangs erwähnt wurden, ist die Erzeugung der Euphorie die Grundlage der

Sucht. Bei der einen Gruppe (Morphin und Morphinpräparate sowie morphinähnliche synthetische Mittel) ist es die betäubende Wirkung auf das Großhirn, bei der zweiten Gruppe (Weckamine, Benzdrin, Pervitin, Preludin u. a.) ist es die Reizung des Großhirns, was Euphorie hervorruft. Die Bilder der Sucht sind, dem entsprechend, mehr oder weniger variierend. Gleich bleibt aber bei all diesen Mitteln die Gefahr der Destruktion der ursprünglichen Persönlichkeit.

Ganz gefährlich und den raschen Verlauf der Destruktion fördernd ist die Kombination mehrerer Suchtmittel. Man achte auf die gelben Finger der süchtigen Raucher, auf den Alkoholkonsum, insbesondere auf die Rauschgiftkombination: Morphin-Weckamin (Pervitin). Eine rasche destruiierende Wirkung auf die Persönlichkeit hat aber auch die Kombination mit Schlafmitteln, insbesondere der Barbitursäure-Gruppe, ja selbst mit den neuen barbitursäurefreien Schlafmitteln. Kann doch schon langdauernde Einnahme von Barbituraten allein, wenn sie schließlich gar noch bei Tage verwendet werden, rapide schwerste Persönlichkeitsveränderungen setzen, wobei interessanterweise die schlafmachende Wirkung völlig verlorengeht. Sinnlos ist es daher in solchen Fällen, Schlaf einfach durch Erhöhung der Schlafmitteldosis erreichen zu wollen. Unter gleichzeitiger Alkohol- und Schlafmittelsucht sieht man nicht selten schwere delirante Bilder und Zustände, die an pathologische Rausche erinnern.

So zeigt sich denn, daß wir Ärzte wirklich sehr genau in der Abwägung der Indikation sein müssen bei der Anwendung der Mittel, die uns die moderne Pharmakologie und die pharmazeutische Industrie zur Verfügung stellen. Wie auf allen Gebieten der Medizin, hängt es allein vom behandelnden Arzt ab, von seiner Erfahrung und seiner Aufgeschlossenheit für die Problematik der modernen Therapie, ob sie zum Segen oder zum Verderben der Kranken verwendet werden.

München 27, Mauerkircherstraße 26

## Berufsvertretung und Bekämpfung der Rauschgiftsucht

Von Dr. Walther Koertling

Nach Art. 4 des derzeit gültigen Bayerischen Ärztegesetzes (vom 25. Mai 1946) ist der Arzt zum Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes berufen. „Jeder Arzt ist verpflichtet, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben und sich durch sein Verhalten in und außer dem Beruf der Achtung, die sein Beruf erfordert, würdig zu erweisen.“

Die Berufsvertretung hat die Aufgabe, im Rahmen der Gesetze die beruflichen Belange der Ärzte wahrzunehmen, die Erfüllung der ärztlichen Berufspflichten zu überwachen... sowie an der öffentlichen Gesundheitspflege mitzuwirken.

Dadurch obliegt der ärztlichen Berufsvertretung auch die Aufgabe, an der Bekämpfung der Rauschgiftdelikte, soweit hier mittel- oder unmittelbar Ärzte eingeschaltet sind, tätigen Anteil zu nehmen.

### Die Zahl der Betäubungsmittelsüchtigen

Daß die Rauschgiftsucht ein durchaus ernst zu nehmendes Problem ist, geht eindeutig aus den Zahlen hervor, die der Leiter der Bundesopiumstelle beim Bundesgesundheitsamt, Reg.-Direktor Dr. Gewehr, vor kurzem<sup>2)</sup> veröffentlicht hat. Danach ist die Zahl der gemeldeten Süchtigen in den Jahren 1952 bis 1955 um ca. 30% gestiegen. „Dies ist mit dadurch bedingt“, sagt Dr. Gewehr, „daß die Berichterstattung von Jahr zu Jahr umfassender zu werden scheint und besonders die nicht unerhebliche Gruppe der Süchtigen seit 1954 miterfaßt wird, die durch die Verordnung vom 16. 6. 1953 dem Opiumgesetz unterstellten synthetischen Betäubungsmittel Polamidon, Cliradon, Dromoran u. a. bevorzugen.“

Nach der gleichen Arbeit ist der Anteil der Angehörigen der Gesundheitsberufe am Gesamtbestand der Süchtigen

	1952	1953	1954	1955
Zahl der Betäubungsmittelsüchtigen in der Bundesrepublik	ca. 4000	4 373	5 228	5 378
Davon Angehörige der Gesundheitsberufe in %	848 (21,2%)	958 (22%)	1 062 (20,3%)	1 088 (20,2%)
Davon süchtige Ärzte	536 (13,5%)	618 (14,2%)	723 (13,9%)	737 (13,6%)
in % von allen Süchtigen	(63,5%)	(64,5%)	(64,5%)	(67,5%)
in % von Angehörigen der Gesundheitsberufe				
Verhältniszahl bezogen				
auf alle Ärzte	1:130	1:112	1:95	1:95
auf alle Zahnärzte	1:230	1:230	1:214	1:220
auf alle Apotheker	1:840	1:840	1:570	1:670
auf die Krankenpflegeberufe	1:610	1:570	1:570	1:490
Ungesetzlicher Bezug von Betäubungsmitteln				
a) durch die erfaßten Süchtigen zu	ca. 30%	35%	42%	37%
b) durch die süchtigen Angehörigen der Gesundheitsberufe zu	nicht ermittelt	60%	72,5%	71,0%

# Pectamed



## Bei Husten

Pectamed · Tropfflasche mit 15 ccm DM 1.15 a.U.

## Bei Reizhusten

Pectamed mit Cadein (1%) · Tropfflasche mit 15 ccm DM 1.50 o.U.

Pectamed ist vielseitig anwendbar:

**Als Hustengrog** (15-20 Tropfen Pectamed in  $\frac{1}{2}$  oder 1 Tasse kachend heißes Wasser oder Tee mit 1-2 Teelöffel Zucker).

**Auf Zucker** (Pectamed auf ein Stück Würfelzucker tropfen, dann im Munde langsam zergehen lassen).

**Als Aerosol** in der Praxis (1 Teil Pectamed, 1-2 Teile Wasser, Anwendung 3mal in der Woche bis täglich).

Bei Penicillin-Aerosol vermindert Pectamed-Zusatz die Trockenheit der Schleimhäute.

DARMSTADT



Zur Prophylaxe, Kupierung und Behandlung von  
Schnupfen, Grippe und Erkältungskrankheiten.

TROPONWERKE KÖLN-MÜLHEIM 

WIEDER IN DEUTSCHLAND HERGESTELLT:

Wärmepackung - Wärmeumschlag  
bei:

**Antiphlogistine** \*  
\* eingetr. Wz.

neuer Preis DM 2,65



Gelenkentzündung  
Nervenentzündung  
Rippenfellentzündung  
Hals- und Brustschmerzen  
Rheumatismus

IN LIZENZ DER  
DENVER CHEMICAL MFG. CO., INC., NEW YORK

LYSSIA-WERKE · WIESBADEN

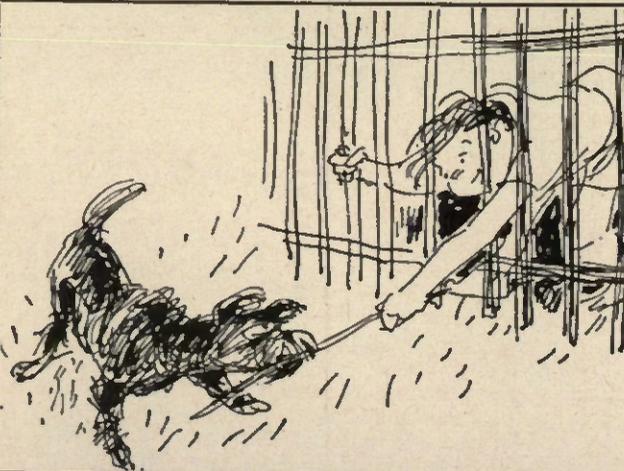
**Liquirit**

DR. GRAF & COMP. NACHF., HAMBURG-BAHRENFELD SEIT 1889

bei  
Zus.

Ulcus ventriculi u. duodeni, Gastritis, Hyperacidität, nervösen Magenbeschwerden.  
Suc. Lic. präp., Bism. subnit., Mogn. carb., Natr. bic., Ala. hydr. coll., Extr. Cort. shamll. frang.,  
Extr. Rhiz. col., Extr. Val., Extr. flor. Chamom., Extr. Melliss., Extr. fol. Menh. pip.

*Wirtschaftlich weil wirksam*  
KRZTEMUSTER AUF WUNSCH



FRITZ KÖHLE

**DIE SAUBUAM**

160 Seiten, mit 17 Textillustrationen von Trude Richter  
Ganzleinen DM 7.80

...dieses Buch müssen Sie lesen! Sie amüsieren sich köstlich

In jeder Buchhandlung zu haben!



RICHARD PFLAUM VERLAG MÜNCHEN

**R-MALLEBRINETTEN**

(Respectal-Mallebrinetten)

Adstringo-antiseptische Rachentabletten

mit ca. 20% ziemlich gleichbleibend, ebenso auch die Zahl der Ärzte mit 13 bis 14% an der Gesamtzahl oder mit 63 bis 67% an der Zahl der 1088 süchtigen Angehörigen der Gesundheitsberufe. („Die Zahlen der süchtigen Zahnärzte und Apotheker bieten keinerlei Besonderheiten und sind bedeutungslos gering. Im übrigen verteilen sich die Süchtigen auf alle Berufe.“)

Die auf Seite 14 stehende Tabelle in der Arbeit Dr. Gewehr's bietet eine anschauliche Übersicht.

Während die Zahl der süchtigen Ärzte in der Bundesrepublik in den Jahren 1952 bis 1955 im Durchschnitt 13,5%, 14,2%, 13,9% und 13,6% aller Süchtigen betrug, beträgt die Verhältniszahl in Bayern fast 21%. Schon damit ist — abgesehen von dem Gesamtproblem — die Verantwortung sichtbar gemacht und die Aufgabe klargestellt, die der Berufsvertretung in Bayern bei der Bekämpfung der Rauschgiftsucht obliegt. Dabei ist hervorzuheben, daß nicht nur die süchtigen (und suchtgefährdeten) Ärzte Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit bedürfen, sondern nicht weniger jene, die in der Bundesrepublik gültigen, auf dem internationalen Haager Opiumabkommen vom 23. Januar 1912 (und fgd. internationalen Abkommen) basierenden gesetzlichen Bestimmungen bewußt mißachten, ohne selbst süchtig zu sein.

In Bayern kam (nach Dr. Gewehr<sup>3)</sup>

	1 Süchtiger auf Personen	Süchtige auf 10 000 Personen
1952	17 377	0,58
1953	14 428	0,7
1954	12 310	0,81
1955	12 100	0,82

Aus einer Abhandlung von Kriminalkommissar Ackermann vom Bundeskriminalamt<sup>4)</sup> sei zitiert, daß die Verstöße gegen die Verschreibungs- und Abgabeordnung 1954 im Vergleich zu 1953 um 34,5% angestiegen sind und somit ein beachtliches Anwachsen verzeichnen.

#### Die gesetzlichen Bestimmungen

Das in der Bundesrepublik Deutschland noch gültige „Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) vom 10. Dezember 1929 — RGBl. I. S. 215 1/2 — führt in § 1 Abs. 1 die „Stoffe im Sinne dieses Gesetzes“ einzeln auf und sieht in § 1 Abs. 2 und 2a die Gleichstellung von Stoffen, die „die gleichen schädigenden Wirkungen auszuüben vermögen“, vor. In ähnlicher Weise sind die Bestimmungen im neuen Schweizerischen „Bundesgesetz über die Betäubungsmittel“ formuliert. Das österreichische „Suchtgiftgesetz 1951“ sagt dagegen in seinem § 1 Abs. 1:

„Suchtgifte im Sinne dieses Gesetzes sind Stoffe und Zubereitungen, die wegen ihrer Eignung, eine Sucht hervorzurufen, durch zwischenstaatliche Abkommen (... ) Beschränkungen hinsichtlich der Erzeugung, des Verkehrs, der Ein-, Durch- und Ausfuhr, der Gebarung und Anwendung unterworfen sind.“

Die auf Grund des Opiumgesetzes erlassene „Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken“ vom 19. Dezember 1930 in der Fassung der Verordnungen vom 24. 3. 1931, 8. 7. 1932, 20. 5. 1933, der Sechsten Vdg. über die Unterstellung weiterer Stoffe unter die Bestimmungen des Opiumgesetzes vom 12. 6. 1941, i. d. F. der Berichtigung vom 22. 7. 1941 und der Vdg. vom 31. 6. 1943 bestimmt in § 6:

„Die Arzneien dürfen nur von Ärzten, Zahnärzten oder Tierärzten und nur dann verschrieben werden, wenn die Anwendung des Betäubungsmittels ärztlich, zahnärztlich oder tierärztlich begründet ist.“

Wenn auch durch die zitierte Verordnung (§ 6) dem pflichtbewußten Arzt klare Grenzen bei der Verschrei-

bung von Suchtgiften gezogen sind, so sei doch darauf hingewiesen, daß das österreichische „Suchtgiftgesetz 1951“ im § 4 die bezüglichen Bestimmungen enger formuliert:

„Suchtgifthaltige Arzneien dürfen nur verschrieben werden, wenn ihre Anwendung nach den Grundsätzen der ärztlichen bzw. tierärztlichen Wissenschaft begründet ist und mit anderen Arzneien das Auslangen nicht gefunden werden kann.“

In der Schweiz hat man sich bei der Erlassung des (schweiz.) Bundesgesetzes betreffend Betäubungsmittel v. 2. Oktober 1924 auf den Artikel 69 der (schweiz.) Bundesverfassung berufen:

„Der Bund ist befugt, zur Bekämpfung übertragbarer oder stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren gesetzliche Bestimmungen zu erlassen.“

Die Betäubungsmittelsüchte werden hier also bösartigen Krankheiten gleichgesetzt. „Das Betäubungsmittelgesetz ist demnach ein sanitätspolizeiliches Gesetz zur Bekämpfung bösartiger Krankheiten“<sup>7)</sup>.

Am 1. Juni 1952 ist ein neues eidgenössisches Betäubungsmittelgesetz und die dazu gehörige Verordnung<sup>8)</sup> in Kraft getreten als Frucht vieljähriger Beratungen, an denen praktische Ärzte und Vertreter der Zahn- und Tierärzte, Pharmakologen, Amtsärzte, Pharmazeuten, Vertreter der chemisch-pharmazeutischen Industrie und Juristen teilgenommen hatten.

Der Art. 11 dieses Gesetzes lautet:

„Die Ärzte ... sind verpflichtet, Betäubungsmittel nur in dem Umfange zu verwenden, abzugeben und zu verordnen, wie dies nach den anerkannten Regeln der medizinischen Wissenschaften notwendig ist.“

Jedoch können Ärzte, die ihren Beruf nicht selbständig ausüben, Betäubungsmittel nur im Rahmen der Befugnisse ihrer Anstellung und unter Aufsicht eines Arztes beziehen, verwenden und verordnen. (Art. 37 der „Vollziehungsverordnung“.)

Krankenanstalten ... haben nach Art. 44 der Vollziehungsverordnung Betäubungsmittel mit Rezept oder schriftlicher Bestellung des verantwortlichen Arztes (Anm. also des Klinikleiters, Chefarztes oder Oberarztes) aus einer öffentlichen oder Spitalsapotheke zu beziehen. Wissenschaftliche Institute ... können Betäubungsmittel mit schriftlicher Bestellung des verantwortlichen Leiters ... beziehen.

#### Die Maßnahmen der deutschen Ärzteschaft

Die deutsche Ärzteschaft hat sich schon auf dem 47. Deutschen Ärztetag 1928 in Danzig mit diesem Problem befaßt. „Die Gefahren der Rauschgifte für das deutsche Volk und ihre Bekämpfung“ wurden durch die Referenten, den Psychiater Gaupp (Tübingen) und Rost vom damaligen Reichsgesundheitsamt, eingehend behandelt. Als für die deutsche Ärzteschaft verbindliche Richtlinien wurden 12 Leitsätze angenommen, die heute noch Bedeutung haben. Im Jahre 1943 wurden über Initiative der Reichsärztekammer mit Zustimmung der „Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater“ „Richtlinien zur Behandlung von morphinistischen Ärzten“ ausgearbeitet. (Professor Dr. Dr. H. Ehrhardt<sup>9)</sup> führt an, daß diese Richtlinien praktisch wichtige Fragen, so die Finanzierung, die Vertreterbeschaffung, die Voraussetzungen für die Beantragung des Ruhens der Berufsausübungsbefugnis oder die Zurücknahme der Bestellung vermissen lassen, während die Einzelheiten über die Durchführung der Entziehung einen

# Stas

percutanes Expectorans

Tube zu 18 g DM 1.45 o. U.

Stada

großen Raum wegnehmen. (Seit jener Zeit hat sich in der Suchtbehandlung manches gewandelt.) Im Gesundheitspolitischen Ausschuß der deutschen Ärzteschaft hielt Dr. habil. Schmieder am 19. November 1950 einen Vortrag „Kampf der Sucht“<sup>10)</sup>. Um eine Aktivierung der Suchtbekämpfung in den Reihen der Ärzteschaft selbst zu erzielen, wurde der Wissenschaftliche Beirat des Präsidiums des Deutschen Ärztetages am 5. 3. 1953 mit der Ausarbeitung von Vorschlägen beauftragt. Man war sich darüber einig, daß es in erster Linie darauf ankomme, neue Mittel und Wege zur Erfassung, Behandlung und ggf. Ausschaltung von süchtigen Ärzten zu finden. „Die gelegentlich erhobene Forderung nach neuen gesetzlichen Regelungen wurde als unzweckmäßig und wenig aussichtsreich erkannt“ (Ehrhardt). Allenfalls könne man an eine Ergänzung der Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches über die Entmündigung im Sinne des Vorschlages von Langelüddecke denken und § 6, Abs. 1 Ziff. 3 BGB wie folgt formulieren:

„Entmündigt kann werden: . . . . .

3. wer infolge Trunksucht oder Rauschgiftsucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich und seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder sich oder andere gefährdet.“

Das Präsidium des Deutschen Ärztetages hat „Leitsätze betr. die Gefahren der Rauschgiftsucht und ihre Bekämpfung“ und „Richtlinien zur Behandlung von rauschgiftgefährdeten und rauschgiftsüchtigen Ärzten“ (in gegenüber den Vorschlägen des Wissenschaftlichen Beirates geänderter Fassung) angenommen und in den „Ärztlichen Mitteilungen“ vom 21. Oktober 1955 veröffentlicht.

Es sei auch angeführt, daß nach dem (bayer.) „Gesetz über die Zulassung von Ärzten zur Tätigkeit bei den Krankenkassen“ (vom 14. Juni 1949, BGVB. 1949, S. 162) bei der Bewerbung um eine ausgeschriebene Kassenarztstelle nach § 11 dem Bewerbungsschreiben u. a. „eine eidesstattliche Erklärung des Bewerbers, daß er nicht rauschgiftsüchtig ist oder gewesen ist“, beizufügen ist.

Das Arzneibüro der Arbeitsgemeinschaft der Berufsvertretungen Deutscher Apotheker hat in Verbindung mit der Bundesärztekammer ein Verzeichnis der Arzneyspezialitäten und Rezeptursubstanzen<sup>11)</sup> herausgegeben, bei deren Verordnung eine ärztliche Gebrauchsanweisung vorgeschrieben ist. (Stand vom 1. Oktober 1956.)

#### Die Verantwortung des Arztes

Es kann kein Zweifel bestehen, daß bei der Bekämpfung der Rauschgiftsucht einer ausreichenden Kontrolle besondere, wenn nicht ausschlaggebende Bedeutung zukommt. Die Suchtmittel gelangen fast ausnahmslos über Ärzte in die Hand des Verbrauchers. Schon Kraepelin sagte: „Gäbe es keine Ärzte, so gäbe es auch keinen Morphismus.“ Es ist keine Entschuldigung, aber eine Erklärung, wenn darauf hingewiesen wird, daß die Hast, mit der der vielbeschäftigte Arzt oft zu arbeiten gezwungen ist, die Suggestion einer eindrucksvollen Arzneimittelreklame u. a. und der Medikamentenhunger des Publikums den Arzt veranlassen können, zumindestens Rezepte für Mittel auszustellen, deren suchtmachende Wirkung ihm und vielleicht auch den zuständigen Stellen vorerst nicht bekannt

sein mag. Die Süchtigen, die fallweise eine Art Geheimgesellschaft bilden und ihre Erfahrungen über noch nicht behördlich erfaßte Ausweichmittel austauschen, wissen oft besser und schneller Bescheid und erreichen einen Vorsprung, bis die langwierige Feststellung der Suchterzeugung durch ein Mittel beendet ist. Wie schwierig das ganze Problem ist, geht aus der Besprechung des neuen eidgenössischen Betäubungsmittelgesetzes in der „Schweizer. Ärztezeitung“ (1952, Nr. 44) hervor. Während von den suchtgefährlichen zentralen Analgetika des Morphinotypus früher nur die von den Phenanthrenalkaloiden des Opiums abgeleiteten Morphinderivate wie Heroin, Dilauid, Permonid, Eukodal, Acedicon, Dicodid, Paramorphan usw. unter Kontrolle gestellt werden konnten, zu denen sich als neuestes das Metopan hinzugesellt hat, sind bis heute bereits drei Gruppen volkssynthetischer Suchtgifte unter internationale Kontrolle gestellt worden, die nun auch in der Schweiz kontrollpflichtig geworden sind:

1. Die Dolantin- oder Pethidingruppe, mit Dolantin (= Pethidin) und Cliradon (Keto-Bemidon) u. a.;
2. die Amidon- oder Methadongruppe, mit Methadon · Isomethadon, Phenadoxon usw.;
3. die Morphinangruppe mit dem (Hydroxy-3N-Methylmorphinan) oder Dromoran und dem Methoxy-3N-Methylmorphinan.

Pethidin (Dolantin) wird unter verschiedenen Namen nicht nur durch ausländische Firmen in die Schweiz eingeführt, sondern dort z. B. als Centralgin, Sauteralgyl usw. in Verkehr gebracht. Das Pethidin (Dolantin) wirkt etwa fünf- bis zehnmal weniger intensiv schmerzstillend als Morphin, besitzt dafür aber gleichzeitig eine ausgesprochene spasmolytische Wirkung. Methadon (Amidon, Polamidon) hat in analgetischer Hinsicht eine beinahe doppelte Morphinwirksamkeit. Eine ähnlich hohe analgetische Wirksamkeit besitzt auch das ausgesprochen suchtgefährliche Cliradon (Keto-Bemidon). In der „Schweizerischen Ärztezeitung“ (1952, Nr. 44) wird auch darauf hingewiesen, daß bei diesen neuen volkssynthetischen, suchtgefährlichen Stoffen und Präparaten „in der Fachreklame nicht oder nur sehr sporadisch darauf hingewiesen wird, daß es sich um suchtgefährliche Stoffe handelt. Der Arzt war auch besonders wegen der unzähligen Phantasienamen, unter welchen sie verbreitet werden, bisher vielfach gar nicht in der Lage, festzustellen, ob er es mit einem Betäubungsmittel zu tun habe. Dolantin z. B. ist unter etwa 40 verschiedenen Phantasienamen in den Arzneischatz eingeführt worden.“ (Hier sei auf § 4 der deutschen „Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien . . .“ vom 19. Dezember 1930 — RGBl. I S. 635 — hingewiesen: „Die Bestimmungen dieser Verordnung gelten auch dann, wenn ein Betäubungsmittel unter einem anderen Namen in dem Verkehr ist, als in dieser Verordnung angegeben.“)

Wie schwierig das ganze Problem liegt, geht z. B. aus der Tatsache hervor, daß das Mittel Ticarda und die Mittel gegen Fettleibigkeit: Eventin und Preludin als Ausweichmittel von Süchtigen verwendet werden, wobei Ticarda nur in West-Berlin einer Abgabenbeschränkung in den Apotheken unterliegt.



HELOPHARM KG  
BERLIN

# Helogastrid

Spasmolytisch wirkendes Antacidum,  
Adsorbens und Ulcus-Therapeuticum

bei Magen- und Zwölffingerdarmgeschwüren mit  
ihren Begleit-Gastroduodenitiden und sonstigen  
Schmerzständen bei Hyperacidität und Hyper-  
sekretion

Pulver  
Tabletten

Es seien hier auch die Weckamine (z. B. Pervitin, Benzedrin, Elastonon) nicht vergessen, die in den letzten Jahren eine zunehmende Bedeutung als Suchtmittel gewonnen haben, wobei deren aufpeitschende Wirkung wieder durch gegensätzlich wirkende Suchtmittel auszugleichen versucht wird. Im ständigen Kreislauf löst ein Mittel dann das andere ab. (Es ist unverständlich, wenn ein ärztlicher beamteter Sachverständiger vor kurzem in einer Verhandlung gegen einen wegen fortgesetzten Vergehens gegen das Opiumgesetz [Pervitin-Eigenverbrauch und -verkauf] rechtskräftig verurteilten und neuerlich Angeklagten, sich dahin äußerte, daß das seit der Sechsten Verordnung vom 12. Juni 1941 den Bestimmungen des Opiumgesetzes unterstellte Pervitin nur in großen Mengen nicht harmlos sei.) Es sei noch auf die vermutlich besondere Bedeutung erlangenden Transquilizers (Ataractica), wie z. B. Miltan, hingewiesen.

Im neuen schweizerischen Betäubungsmittelgesetz hat in Art. 7 eine sehr wichtige, als vorbeugend zu bezeichnende Maßnahme Aufnahme gefunden:

„Stoffe und Präparate, die nicht Betäubungsmittel im Sinne von Art. 2 sind, die aber eine solche ähnliche chemische Konstitution aufweisen, oder mit denen eine den Betäubungsmitteln ähnliche Wirkung beabsichtigt ist, dürfen nur mit ausdrücklicher Bewilligung des Eidgenössischen Gesundheitsamtes und gemäß den von ihm verfügten Bedingungen zu Handelszwecken hergestellt, eingeführt oder verwendet werden. Diese Bewilligung ist maßgebend, bis das Eidgenössische Gesundheitsamt festgestellt hat, ob der Stoff oder das Präparat als Betäubungsmittel zu betrachten ist oder nicht.“

Solche Stoffe stehen also solange unter Kontrolle, bis festgestellt ist, ob sie tatsächlich suchtfährlich sind oder nicht.

Es erübrigt sich wohl, hier die Bestimmung des § 19 der „Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken“<sup>2)</sup> hinzuweisen, die Form und Inhalt der Verschreibung festlegt. Die Vollziehungsverordnung zum eidgenössischen Bundesgesetz über Betäubungsmittel schreibt — durchaus beachtenswert — vor, daß beim Namen, Vornamen, Adresse des Patienten und auch sein Geburtsjahr anzuführen sind.

In Österreich muß die Verschreibung (Rezept) u. a. enthalten: „die Angabe und die Menge des Suchtgiftes und der übrigen Bestandteile der Arznei, wobei die Menge des Suchtgiftes ziffernmäßig und wörtlich anzugeben ist“.

Während die „Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien usw.“ (vom 19. Dezember 1930)<sup>2)</sup> in § 20 vorschreibt: „Die Verschreibungen dürfen weder vor- noch zurückdatiert werden“, wird in der österr. Suchtgiftverordnung 5 „die wahrheitsgetreue Angabe des Ausstellungstages (Datum)“ gefordert.

In der Schweiz dürfen Betäubungsmittelrezepte ausländischer Ärzte für in der Schweiz wohnhafte Personen nicht ausgeführt werden; ausgenommen sind nur Rezepte der zur Grenzpraxis in der Schweiz zugelassenen Ärzte.

Es ist selbstverständlich, daß es dem gewissenhaften Arzt unbenommen bleiben muß, dem Opiumgesetz unterstellte Medikamente anzuwenden, wo ein Ersatz durch andere Mittel nicht möglich ist und die Anwendung solcher Medikamente notwendig erscheint. Er muß sich dabei allerdings immer im klaren darüber sein, daß von ihm nicht erwartete Neben- und schwerwiegende Nachwirkungen auftreten können.

Eine Lücke bei der Nachprüfung von ärztlichen Verschreibungen entsteht dadurch, daß zwar die Privatrezepte in den Apotheken durch mindestens fünf Jahre aufzubewahren sind, daß aber die Rezepte für die Krankenkassen zwecks Verrechnung an diese gehen und dort unter Umständen nach einer wesentlich kürzeren Frist für etwaige Erhebungen nicht mehr vorhanden sind. (§ 26 der Verordnung<sup>2)</sup> besagt u. a.: „Die Verschreibungen sind in den Apotheken zurückzubehalten, ausgenommen die Verschreibungen, die die Apotheke einem Träger der Reichsversicherung oder einer Ersatzkasse zurückzugeben hat, sowie die Verschreibungen auf Kosten der Reichswehr, der Reichsversorgung, der staatlichen Polizeiverwaltungen und der Verbände der öffentlichen Fürsorge und der kommenden Wohlfahrtspflege.“)

In diesem Zusammenhang muß neuerlich die schon wiederholt erörterte Frage der Einführung besonderer Formulare für die Verschreibung von Betäubungsmitteln angeschnitten werden, mit der auch der Verf. sich schon vor vielen Jahren befaßt hat. Das vor kurzem in die Bundesrepublik Deutschland zurückgekehrte Saarland hat hier vorbildliche Arbeit geleistet, indem es die „Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien usw.“<sup>2)</sup> durch zwei Verordnungen ergänzt bzw. geändert hat, und zwar durch Verordnung vom 21. 3. 1952 (veröffentlicht im Amtsblatt des Saarlandes Nr. 18/1952) und durch Verordnung vom 19. 5. 1953 (Amtsblatt 1953, S. 377). Das Ministerium für Arbeit und Wohlfahrt des Saarlandes hatte festgestellt, daß die Fälle, in denen mit unrechtmäßig erworbenen und gefälschten Rezepten in den Apotheken Betäubungsmittel beschafft wurden, erheblich zunahmen. Aus diesem Grunde wurde die Einführung numerierter Rezeptformulare für erforderlich gehalten. Bei Diebstahl oder Verlust solcher Formulare besteht die Möglichkeit, die betreffenden Nummern für ungültig zu erklären und damit eine mißbräuchliche Benutzung zu verhindern. Die Ärzte haben sich zwar anfangs mit dieser Maßnahme nicht einverstanden erklärt, aber später die Richtigkeit und Zweckmäßigkeit der Maßnahmen anerkannt. Seitens der Versicherungsträger, die bekanntlich durch die mißbräuchliche Erlangung von Betäubungsmitteln oft schweren Schaden erleiden, wurde die Einrichtung begrüßt. Ebenso wie es ein Rückschritt wäre, wenn mit der Wiedereingliederung des Saarlandes diese sinnreiche Bekämpfungsmaßnahme gegen die Rauschgiftsucht wieder im Wegfall käme, wäre es ein großer Fortschritt, wenn vorerst länderweise, wenn nicht in der ganzen Bundesrepublik, Sonderrezepte für Betäubungsmittel eingeführt würden. Derartige Maßnahmen bestehen bereits in ca. 15 Ländern der Erde. (Siehe auch *Gewehr*, S. 6 dieser Nummer.)



KREWEL-WERKE  
Eitorf b. Köln

# STANDARTINE

Experimentell wirkungsbestimmte Hustensäfte

Die Notwendigkeit eines solchen Vorgehens wird durchaus klar, wenn nach *Gewehr*<sup>12)</sup> die Gruppe der Betäubungsmittelsüchtigen, die Betäubungsmittel durch ungesetzlichen Bezug aus der Apotheke erhalten, ungefähr 40% beträgt, d. h., von ca. 5000 erfaßten Personen (also die sog. „Dunkelziffer“ nicht eingerechnet) beziehen ca. 2000 Betäubungsmittel auf Grund irgendwelcher ungesetzlicher Handlungen bei der Verschreibung oder Einlösung der Rezepte in den Apotheken. Hierzu gehören entweder Verschreibungen, die der Verschreibungsverordnung nicht entsprechen, oder geänderte oder gefälschte Rezepte oder solche Verschreibungen, die auf Grund vorgetäuschter Krankheit ausgestellt sind, u. a. m.

Daß der nur einmal jährlich vorgeschriebene Besuch der Apotheken durch das Gesundheitsamt unzureichend ist, wenn man bedenkt, was der beamtete Arzt dabei alles zu beachten hat, braucht wohl nicht hervorgehoben zu werden. Sparmaßnahmen hinsichtlich des Beamtenstandes sind hier nicht angebracht, und eine Mehrbelastung den Amtsärzten andererseits nicht zumutbar.

#### Die Strafbestimmungen

Hinsichtlich der Strafbestimmungen besagt das Opiumgesetz vom Jahre 1929 in § 10, daß mit Gefängnis bis zu drei Jahren und mit Geldstrafe oder mit einer dieser Strafen bestraft wird, sofern nicht nach anderen Strafgesetzen eine schwerere Strafe verwirkt ist, ... 6. wer den auf Grund ... § 8 erlassenen Bestimmungen zuwiderhandelt. Auch der Versuch ist strafbar. Wer die Tat fahrlässig begeht, kann im Fall des § 10 Abs. 1 Nr. 6 mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft bestraft werden.

Das österreichische Suchtgifgesetz 1951<sup>5)</sup> setzt in § 9 fest, daß einer Übertretung sich schuldig macht, wer einem anderen ein Suchtgift überläßt, zu dessen Bezug dieser nicht berechtigt ist, ... wer bei Ausübung der Heilkunde, ohne daß es nach den Grundsätzen der ärztlichen ... Wissenschaft geboten ist, einem anderen ein Suchtgift verordnet oder überläßt ... Der Täter wird, sofern die Handlung keiner strengeren Strafe unterliegt, vom Gericht wegen Übertretung mit Arrest von einer Woche bis zu sechs Monaten, wenn aber die Tat gewerbsmäßig begangen worden ist, mit ebenso langem, strengem Arrest bestraft. Ist aus der Tat eine schwere körperliche Beschädigung oder der Tod eines Menschen erfolgt, so ist der Schuldige wegen Vergehens nach dem Strafgesetz (§ 337) zu bestrafen. Neben der Freiheitsstrafe kann auf eine Geldstrafe bis zu 15 000 S erkannt werden; ist die Tat gewerbsmäßig begangen worden, so ist auf eine Geldstrafe bis zu 150 000 S zu erkennen. In § 10 dieses Gesetzes wird weiter bestimmt, daß, sofern die Handlung nicht gerichtlich strafbar ist, von der Bezirksverwaltungsbehörde bzw. von der örtlichen Bundespolizeibehörde bei Zuwiderhandlung gegen die Bestimmungen dieses Bundesgesetzes oder einer auf Grund desselben erlassenen Verordnung an Geld bis zu 15 000 S oder mit Arrest bis zu drei Monaten bestraft wird.

Die Schweiz hat in ihrem Betäubungsmittelgesetz die Strafbestimmungen folgendermaßen festgesetzt: Nach Art. 20 wird, wer als Arzt Betäubungsmittel anders als nach Art. 11 (siehe oben) verwendet oder abgibt, und wer als Arzt Betäubungsmittel anders als nach Art. 11 verordnet, wenn er die Tat vorsätzlich begeht, mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Buße bis zu dreißigtausend Franken bestraft. Handelt er aus Gewinnsucht, so kann in schweren Fällen auf Zuchthaus bis zu fünf Jahren erkannt werden. Nach Art. 23 gelten die gesetzlichen Strafandrohungen als verdoppelt, wenn sich ein mit der Handhabung dieses Gesetzes oder der Vollzugsverordnung betrauter Beamter einer vorsätzlichen Widerhandlung nach Art. 19 bis 22 schuldig macht.

#### Die Bayer. Landesärztekammer und die Suchtbekämpfung

Die Bayer. Landesärztekammer hat seit langem dem Problem der Bekämpfung der Rauschgiftsucht besonderes Augenmerk geschenkt. Es sei nur an die Mahnung des früheren Präsidenten Dr. Karl Weiler „Verkehr mit Betäubungsmitteln“<sup>13)</sup>, seine Stellungnahme „Zum Gesetz über die Verwahrung geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen“<sup>14)</sup> und den Artikel von Pharmazierat K. Paintner „Aktuelle Fragen der Rauschgiftsucht in Bayern“<sup>15)</sup> erinnert. Auch Präsident Dr. Hans-Joachim Sewering und Vizepräsident Dr. Gustav Sondermann wenden dieser Frage ihr ganz

besonderes Interesse zu. Seit Jahresfrist, also lange vor dem in der Presse eingehend behandelten Prozeß gegen eine Münchener Ärztin, nimmt ein Beobachter an Gerichtsverhandlungen teil, die Vergehen gegen das Opiumgesetz zum Gegenstand haben. Dadurch wird ein tiefer Einblick in die grauenhaften Verheerungen durch die Rauschgifte ermöglicht und damit die Notwendigkeit eines rechtzeitigen Einschreitens von ärztlicher Seite vor Augen geführt. Es wird aber auch gleichzeitig ein Einblick in die Verbindungen der Süchtigen zu gewissen Ärzten ermöglicht, die mit Schuld tragen an der Entstehung und Ausbreitung dieser tragischen Entwicklung. (Dabei sind nicht jene Ärzte gemeint, die allzurasch gewillt sind, den vermeintlich begründeten Klagen der Patienten Glauben zu schenken und, ohne vorerst die Wirksamkeit anderer Mittel im Einzelfall zu prüfen, gleich zu einem Rauschgiftmittel greifen.)

Sowohl von Reg.-Direktor Dr. *Gewehr* wie von Kriminalrat *Thomsen* wurde bei der nachstehend angeführten Tagung des Bundes Deutscher Medizinalbeamter ausdrücklich darauf hingewiesen, daß vor allem Bayern bei dem Vorgehen gegen süchtige Ärzte erfolgreich war. Die Bayer. Landesärztekammer ist auch weiterhin bestrebt, mit allen jenen Stellen im Bund und im Freistaat Bayern, denen die Bekämpfung der Rauschgiftsucht obliegt, in enger persönlicher Fühlungnahme zusammenzuarbeiten.

#### Süchtigkeit und ärztliche Schweigepflicht

Trotz der von mancher offizieller Seite behaupteten Abnahme der Rauschgiftsucht unterliegt es keinem Zweifel, daß eine stetige Zunahme der Süchtigkeit zu verzeichnen ist. Genauso, wie sich Staat und Ärzteschaft gegen Seuchen wehren, die Volk und Land bedrohen, und zu diesem Zweck die Seuchenherde zu erfassen trachten sowie die Ausbreitung der Krankheit mit allen Mitteln der Wissenschaft zu bekämpfen suchen, so muß auch bei der Bekämpfung der Rauschgiftsucht durch ein gleichförmiges Erfassungs- und Bekämpfungssystem einem Übel der Kampf angesagt werden, das nicht nur für den einzelnen, die Familie, sondern das Volksganze eine große Gefahr darstellt. Das schweizerische Bundesgesetz über die Betäubungsmittel hat im Art. 15 festgestellt:

„Die Ärzte sind ermächtigt, die bei der Berufsausübung festgestellten Fälle von Betäubungsmittelsucht, bei denen sie behördliche Maßnahmen im Interesse der Angehörigen des Süchtigen oder der Allgemeinheit als notwendig erachten, der zuständigen kantonalen Behörde zur Kenntnis zu bringen. Die gleiche Ermächtigung steht den Apothekern zu, wenn sie Verdacht auf mißbräuchliche Verwendung von Betäubungsmitteln haben.“

Das Berufsgeheimnis kann in der Schweiz auch nach dem neuen Gesetz bei bestimmten Fällen von Betäubungsmittelsucht völlig gewahrt werden. Da jedoch auch bei der Bekämpfung der Betäubungsmittelsucht der Hauptwert auf ihre Verhütung zu legen ist, wird des öfteren die Frage aufzuwerfen sein, ob man hier, wie bei einer ansteckenden Krankheit, im Interesse des Suchtgefährdeten und seiner Familie handeln muß, um Schlimmeres zu verhüten. (In Deutschland besteht zur Zeit für die Ärzte mangels einer anderen gesetzlichen Bestimmung nach wie vor Schweigepflicht.)

Es sei hier auf die Worte von *Müller-Heß*<sup>16)</sup> hingewiesen: „Die Suchtbekämpfung ist ebenso ein öffentliches Anliegen wie etwa die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Der einzelne Rauschgiftsüchtige bildet einen Ansteckungsherd, den einzudämmen sowohl im Interesse des einzelnen, als auch der Allgemeinheit liegt.“

Welche Wichtigkeit dem ganzen Problem beigemessen wird, geht daraus hervor, daß das Bundeskriminalamt (Wiesbaden) vom 21. bis 26. November 1955 eine große Tagung veranstaltet hat, bei der von Fachleuten die Bekämpfung der Rauschgiftsucht eingehend behandelt wurde. Die dort gehaltenen, sehr instruktiven Vorträge sind in einer umfangreichen Schrift zusammengefaßt, die auch für den einzelnen Arzt viel ihm sicher Unbekanntes, aber Wissenswertes enthält<sup>17)</sup>.

Der „Bund der Deutschen Medizinalbeamten“ hielt vor kurzem (22. bis 24. November 1956) eine Fortbildungs-



KREWEL-WERKE  
Eitorf b. Köln

# PERNIONIN

Durchblutungssteigernde Frostsalbe

Astronomie  
Geologie  
Geographie  
Klimakunde  
Wirtschaft  
Bevölkerungskunde

## GOLDMANN'S GROSSER WELTATLAS

Ein ganz neuartiges kartographisches Werk, das eine Riesenfülle von Informationen bietet, so daß man es eine Enzyklopädie des geographischen und wirtschaftlichen Wissens nennen kann.

340 Seiten, in Leinen gebunden DM 173.— Teilzahlung: 10 Monatsraten zu je DM 19.—

Verlangen Sie kostenlos,  
mehrfarbigen Prospekt von

CARL GABLER GMBH  
MÜNCHEN 2  
Koufingerstraße 10

# Jod-Vasogen

<sup>3</sup>/<sub>6</sub> + 10%

PEARSON + CO. AG. UETERSEN/HOLSTEIN · GEGR. HAMBURG 1883

3%: O. P. 20 g DM 1.15  
O. P. 30 g DM 1.30  
6%: O. P. 20 g DM 1.25  
O. P. 30 g DM 1.45  
10%: O. P. 20 g DM 1.35  
O. P. 30 g DM 1.60

gegen Husten

# PURAETON

Expektorantien

### — HUSTEN-SAFT

mit der antasthmatischen und kreislaufstimulierenden PURAETON —  
„E“-Substanz u. 0,001 g Vitamin C in einem Teelöffel Sirup.

PREIS: Kl.-P., ca. 120 g DM 1,40 o. U.

### — HUSTEN-TROPFEN

kräftiger bakterizider Effekt, besonders wirtschaftliche Medikation.

PREIS: Kl.-P., ca. 15 ccm DM 0,95 o. U.

DOLORGIET  BAD GODESBERG

ARZNEIMITTELFABRIK

# CAFILON

Die neue pharmakologische Idee  
Entfettung ohne Kreislaufbelastung



RAVENSBERG GMBH · CHEMISCHE FABRIK · KONSTANZ



## HEILSTÄTTEN · BÄDER · KURORTE

### Sanatorium **ST. BLASIEN**

südlicher Schwarzwald — 800 m ü. d. M.

Deutschlands höchstgeleg. Privatheilanstalt  
für *Lungenkranke*

und andere Formen der Tuberkulose — Alle neuzeitlichen  
Behandlungsmethoden.

Chefarzt: Obermedizinalrat Dr. Fritz BRECKE

Kinderarzt Dr. Schede's Kindersanatorium  
Klaus-Andreas-Haim  
(175) Obilingen, 79  
Breitwiesenhof, südl. Hoch-  
schwarzw. 650-950 m, 35 Rd.  
0-13 J., Unterricht, Ständ.  
kinderärztliche Betreuung  
im Hause, Hallenschwimb.



Anzeigenschluß  
für die Februar-Ausgabe  
ist am 28. Januar 1957

### Wildbad

IM SCHWARZWALD

BERGBAHN 430-750 m · GANZJÄHRIGER KURBETRIEB

Rheuma · Ischias · Arthrosen  
Lähmung · Aufbrauchschäden  
Thermen 33-37° C

### Privatklinik

#### Dr. C. Ph. Schmidt

für Nerven- und Gemütskranke  
Neuzeitliche Diagnostik und  
Therapie, Elektroschock-Anoxie,  
Heilschlaf, Psychotherapie etc.

München 15

Pettenkoferstr. 32, Tel. 5 10 02

### PARKSANATORIUM WALCHENSEE

600 m — Oberbayern  
Alle inneren Erkrankungen, bes.  
Herz-Kreislaufkr. - Stoffwechsel  
(einschl. Diab.), Asthma  
Rheuma-Spezial-Kuren  
Heilschlaf-, Frischzellen-,  
Bogomoletz-Behandlung  
Leitender Arzt: Privat-Doz. Dr.  
Dr. Wünsche, Internist  
Consiliar Univ.-Prof. Dr. med.  
habil. Szerreiks, Internist

Beachten Sie unsere Beilagen

### Seilanzeigen deutscher Bäder, Kurorte und Sanatorien

Abbach (372 m). Schwefelhaltige Quelle gegen Rheuma, Frauen-  
leiden, Nervenentzündungen, Hautkrankheiten.

Füssen-Fanleubach (804 m ü. d. M.) Sanatorium Nothargaheim  
Moor- und Schwefelheilbad / Kneippkuranstalt  
Neugebautes Kurmittelhaus — Ärztliche Leitung  
Pflege durch Ordensschwwestern — Heilmassagen — Diätische.  
Indikationen: Rheuma (Arthritis und verwandte Erkran-  
kungen), Frauenleiden, Nervenentzündungen (Ischias), Haut-  
krankheiten, Erkrankungen des vegetativen Nervensystems,  
Stoffwechselerkrankungen.

# Felsolyn

Suppositorien pro infantibus

bei spastischer Bronchitis  
Tracheo-Bronchitis · Pseudokrapp  
fieberhaften grippalen Infekten



ROLAND G.M.B.H. · CHEMISCHE FABRIK · ESSEN

tagung in Nürnberg ab. In Würdigung der Wichtigkeit des Problems war ein ganzer Tag der Bekämpfung der Rauschgiftsucht gewidmet. Die dort gehaltenen Vorträge brachten den Teilnehmern eine wesentliche Bereicherung ihres Wissens und wertvolle Anregungen für ihr Wirken bei der Bekämpfung der Rauschgiftsucht.

### Zusammenfassung

Auf Grund der angeführten Tatsachen ist zu einer erfolgreichen Bekämpfung der Rauschgiftsucht folgendes anzustreben:

1. Maßnahmen, die der Vorbeugung dienen sollen;
2. rechtzeitiges Eingreifen gegenüber Suchtgefährdeten, vor allem auch Ärzten;
3. rasche Ausschaltung von Ärzten aus ihrem Beruf für die Zeit ihrer Süchtigkeit;
4. Förderung aller Maßnahmen, die eine ausreichende, also mindestens sechsmonatige Entziehungskur in einer Anstalt gewährleisten, mit Bedachtnahme auf eine entsprechende Betreuung von Frau und Kindern während dieser Zeit;
5. bei unheilbar oder latent süchtigen Ärzten Hilfe zu einem Berufswechsel;
6. Selbst nicht süchtige, aber die Rauschgiftsucht systematisch fördernde Ärzte haben keinen Anspruch auf besonderen Schutz seitens der Berufsvertretung.
7. Schaffung eines eigenen Betäubungsmittelrezeptes und Ausweispflicht bei der Abholung des Medikaments.
8. Verbesserung der Kontrollmöglichkeiten in den Apotheken zwecks frühzeitiger Erfassung der Süchtigen;
9. Unterstellung von Mitteln, die nach Zusammensetzung oder Wirkung Suchtgefahr beinhalten, unter das Rauschgiftgesetz bis zur Klärung ihrer Eigenschaften;
10. Vertiefung der Zusammenarbeit aller irgendwie in Betracht kommenden Stellen.
11. Änderung des Opiumgesetzes vom Jahre 1929 unter Berücksichtigung der Erfahrungen im In- und Ausland.

Erst nach Drucklegung erhielt ich von der wichtige Gesichtspunkte enthaltende Arbeit von Dr. H. J. Femmer und Dr. H. J. Agthe „Zur Bekämpfung des Betäubungsmittelmissbrauchs“ (Zeitschrift „Deutsche Verwaltung“, Nov. 1956) Kenntnis.

### Schriftennachweis

- 1) Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) vom 10. Dezember 1929 (RGBl. I S. 215) i. d. F. d. Ges. v. 22. 5. 1955 (RGBl. I 287), v. 9. 1. 1954 (RGBl. 122) und der VO v. 12. 6. 1941 (RGBl. I 528).
- 2) Verordnung über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken (vom 19. Dezember 1930, RGBl. I S. 635) in der Fassung der Verordnung vom 24. 3. 1951, 8. 7. 1932, 20. 5. 1935, der Sechsten Vdg. über die Unterstellung weiterer Stoffe unter die Bestimmungen des Opiumgesetzes vom 12. 6. 1941, i. d. F. der Berichtigung vom 22. 7. 1941 und der Vdg. vom 31. 6. 1945.
- 3) F. Gewehr, Betäubungsmittelverbrauch und -sucht im Spiegel der Statistik („Pharmazeutische Zeitung“, Bd. 101, Nr. 30, 26. Juli 1956).
- 4) Ackermann (Kriminalkommissar im Bundeskriminalamt), Die Rauschgiftkriminalität im Spiegel der polizeilichen Kriminalistik ... in „Bekämpfung von Rauschgiftdelikten“<sup>14)</sup>.

<sup>1)</sup> In „Die Sanitätsgesetze Österreichs, Kapitel IV, Verkehr und Gebahrung mit Giften und Suchtgiften“. Wien 1955, Verlag A. Göschl & Co.: „Suchtgiftgesetz 1951“ vom 18. Sept. 1951, „Suchtgiftverordnung“ vom 20. Dez. 1946 u. dgd. Verordnungen.

<sup>2)</sup> Dr. Friedrich Patzak, Die Bestimmungen der Suchtgiftverordnung über das Verschreiben von Suchtgiften enthaltenden Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken. Wien, o. J., Bruno Bartelt A. u. P. Trapp).

<sup>3)</sup> „Bundesgesetz über die Betäubungsmittel“ („Schweizerische Ärztezeitung“, 1952, Nr. 15). — Hans Fischer, „Zum neuen eidgenössischen Betäubungsmittelgesetz“ („Schweizerische Ärztezeitung“, 1952, Nr. 44, 45).

<sup>4)</sup> Sammlung der eidgenössischen Gesetze, 1952, Nr. 12: „Bundesgesetz über die Betäubungsmittel“ vom 3. Okt. 1951, und „Vollziehungsordnung zum Bundesgesetz über die Betäubungsmittel“ vom 4. März 1952.

<sup>5)</sup> Dr. Dr. H. Ehrhardt, Aktuelle Probleme der Rauschgiftsuchtbekämpfung durch den Arzt. (In „Bekämpfung von Rauschgiftdelikten ...“<sup>14)</sup>).

<sup>6)</sup> Dr. Schmieder, Kampf der Sucht („Ärztl. Mitt.“, 1951, Heft 2).

<sup>7)</sup> Die gelbe Liste (Frankfurt/M., Govi-Verlag 1956).

<sup>8)</sup> F. Gewehr, Die gesetzlichen Grundlagen der Bundesopiumstelle und ihr Aufgabebereich (in „Bekämpfung von Rauschgiftdelikten“<sup>14)</sup>).

<sup>9)</sup> Dr. Karl Weiler, Verkehr mit Betäubungsmitteln („Bayer. Ärzteblatt“ 1952, Nr. 6).

<sup>10)</sup> Dr. Karl Weiler, Zum Gesetz über die Verwahrung geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen (Verwahrungsgesetz). („Bayer. Ärzteblatt“ 1953, Nr. 4.)

<sup>11)</sup> K. Paintner, Aktuelle Fragen der Rauschgiftsucht in Bayern. („Bayer. Ärzteblatt“ 1956, Nr. 27).

<sup>12)</sup> Bekämpfung von Rauschgiftdelikten. Arbeitstagung im Bundeskriminalamt Wiesbaden vom 21. bis 26. November 1955 (Wiesbaden, Bundeskriminalamt 1956).

<sup>13)</sup> Armin Linz, Die deutsche Opiumgesetzgebung (Berlin-Göttingen, Springer-Verlag 1948).

<sup>14)</sup> Zit. nach Gerhard Rommney, Die sozialmedizinische Bedeutung der Arzneimittel-sucht (Hoheneck-Verlag, Hamm/Westf. 1956).

München 19, Laimer Straße 28

## MITTEILUNGEN

### Weihnachtsspende 1956

Es ist mir eine besondere Freude, allen Kollegen, die in hochherziger Weise unseren Weihnachtsfonds durch ihre Spenden unterstützt haben, den Dank weiterzugeben, der in zahlreichen Briefen der von uns Bedachten zum Ausdruck gebracht wurde. Es war uns wiederum möglich, auch in diesem Jahre einer großen Anzahl von Kollegen, die in Not geraten sind, und Hinterbliebenen von Ärzten, eine kleine Weihnachtsfreude zu bereiten. Von den Gesamtausgaben für die Weihnachtsspende im Betrag von DM 37 750.— verdanken wir

DM 11 580.30

den freiwillig gespendeten Beiträgen. Eine schriftliche Bestätigung der erhaltenen Summe, welche als gemeinnützige Spende dem Finanzamt vorgelegt werden kann, wird den Kollegen zugesandt werden.

Es wird die Kollegen fernerhin interessieren, daß außer der Weihnachtsspende der Betrag von DM 188 295.34 im Jahre 1956 an Unterstützungen ausbezahlt wurde.

Dr. Sewering

BIOLOGISCHES  
GALLEN-  
STOFFWECHSEL-  
PRÄPARAT

Bei Gallen- und Leberleiden  
Verstopfung und Völlegefühl  
unspezifischen Magen-Darmerkrankungen

Orig. Flaschen zu 30 ccm, 100 ccm

Choldestal

» Krüggmann «



KRÜGGMANN & CO · HAMBURG II

### Der Neubau der Münchener Kliniken

In einer an den Kultusminister gerichteten schriftlichen Anfrage weist Abg. Dr. Soenning (CSU) auf die völlig unzulängliche Unterbringung der Münchener Universitätskliniken hin. Er fragt, ob die Standortfrage für den Klinikneubau schon gelöst sei, wann mit der Vorlage eines zeitlich festgesetzten Aufbau- und Finanzierungsplanes zu rechnen sei, welche Mittel für das Jahr 1957 für das Not- und Sofortprogramm vorgesehen seien und ob der Minister bereit sei, den Wiederaufbau der Universitätskliniken in das vom Ministerpräsidenten Dr. Hoegner vorgeschlagene Förderungsprogramm der Länder für die Wissenschaften einzubeziehen.

I. D.

### Zur Gründung eines „Rudolf-Virchow-Krebsinstituts“ in München

Der „Deutsche Zentralausschuß für Krebsbekämpfung und Krebsforschung“ legt Wert auf die Feststellung, daß er mit der in medizinischen Zeitschriften mitgeteilten Gründung eines „Rudolf-Virchow-Krebsinstituts“ in München keinerlei Zusammenhang hat.

I. D.

### Mikrofilm für Gelähmte

Zur Erleichterung des Lesens von gelähmten Schwerkranken, die bewegungsunfähig ans Bett gefesselt sind, bringt eine Münchener Firma das Mikrofilm-Lesegerät „Bibloscope“ nunmehr auch auf den deutschen Markt. In den skandinavischen Ländern wurde dieses Gerät bereits mit großem Erfolg verwendet.

Es ist vollautomatisch und kann durch eine leicht bewegliche Taste bedient werden. Selbst wenn der Patient seine Hände nicht bewegen kann, läßt sich das Gerät durch eine Berührung der Taste mit dem Kopf oder mit dem Fuß Seite für Seite vor- und rückwärts schalten. Der Buchtext wird mit angenehmem Licht auf eine Mattscheibe projiziert.

I. D.

Die Gesundheitsabteilung des Bundesinnenministeriums wird nunmehr in zwei Unterabteilungen geteilt. Die Abteilung 1 der Gesundheitsabteilung — die medizinische Abteilung — übernimmt Ministerialdirigent Dr. Koch, die Abteilung 2 — Lebensmittel- und Arzneiwesen — der frühere stellvertretende Bundespressechef, Ministerialdirigent Forschbach. Das juristische Referat — künftig Generalreferat für Rechts- und Verwaltungsangelegenheiten des Gesundheitswesens — ist der Abteilung 2 angeschlossen.

I. D.

## Aus dem Landtag

### Die Kassenzulassung der Ärzte

Der Antrag des Abg. Dr. Schier (GB/BHE) auf Aufhebung aller Beschränkungen für Ärzte usw. bei der Zulassung für Kassenpraxis (ID 26/1956) wurde vom Sozialpolitischen Ausschuß des Bayer. Landtags am 29. 11. 1956 weiter verhandelt. Es wurde eine Reihe von Sachverständigen gehört.

Der Präsident der Bayer. Landesärztekammer, Dr. Hans-Joachim Sewering, vertrat den Standpunkt, es müsse angestrebt werden, daß jeder Arzt, der seine Ausbildungszeit beendet hat, nicht nur für einen begrenzten Personenkreis, sondern für alle Patienten zur Verfügung steht. Dieses Ziel könne aber nicht von heute auf morgen erreicht werden, denn die sofortige Beseitigung der jetzigen Zulassungsbeschränkung würde in manchen Gebieten untragbare Verhältnisse hervorrufen. Die Aufhebung der bestehenden Beschränkungen müsse vielmehr organisch erreicht werden, indem man langsam die Verhältniszahl für die Zulassung senkt. Man könne sich vorstellen, daß in absehbarer Zeit ein Verhältnis von einem Arzt auf 400 Versicherte von selbst erreicht werde, weil die Fortschritte der Medizin es einfach erforderlich machen, daß mehr Ärzte zur Verfügung stehen. Es sei unlogisch, wenn man auf der einen Seite den Zugang zum medizinischen Studium freigebe, der Arzt aber nach Abschluß des Studiums vor die Tatsache gestellt werde, daß er noch ein Jahrzehnt warten muß, bis er umfassend als Arzt tätig werden kann. Man könnte überlegen, wie in irgendwelcher Weise eine gewisse Regelung des Zugangs zum medizinischen Studium möglich wäre, etwa indem man die Zahl der Ausbildungsplätze an den Universitäten etwas beschränke. Heute sei die soziale Lage einer großen Anzahl von Ärzten „geradezu katastrophal“. Es sei eine

Gefahr, wenn dem nicht irgendwie begegnet werde, aber ein abruptes Handeln von heute auf morgen wäre falsch.

Der Landesvorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung, Dr. Friedrich Völlinger, führte aus, auf dem ao. Deutschen Ärztetag 1952 sei man sich darüber einig gewesen, daß eine Freigabe der Zulassung bei der derzeitigen Sozialgesetzgebung unmöglich sei, eine Meinung, der sich auch die Jungärzte angeschlossen hätten. Die Aufhebung der Beschränkung sei ein Ziel, das einmal erreicht werden müsse. Zur Zeit müsse man jedoch die bestehende Verhältniszahl von 1:500 als gegebene Größe annehmen; darüber hinaus könne man für die nächste Zeit eine Aufhebung der Beschränkung nicht gutheißen.

Namens des Verbandes der Nichtkassenärzte erklärte Dr. Helmut Surén, daß die freie Zulassung von der deutschen Ärzteschaft grundsätzlich bejaht werde, daß dies aber eine Frage der Reform der Sozialversicherung sei, die nicht sofort gelöst werden könne, die aber mit gutem Willen in Angriff genommen werden sollte. Es sei nicht mehr als recht und billig, wenn die Ärzte an den Staat die Forderung stellen, daß er jene kleine Gruppe von Ärzten berücksichtige, die als einzige in der Bundesrepublik im Gegensatz zum Grundgesetz noch ein „Arbeitsverbot“ habe. In Bayern solle man bei der neuen Zulassungsordnung dafür sorgen, daß eine gerechte und alle Teile befriedigende Lösung für die hier in Frage kommende Kriegsgeneration der Ärzte gefunden werde.

Direktor Max Schmeuser vom Landesverband der Ortskrankenkassen berief sich darauf, daß die Zulassung bereits eine ständige Erweiterung auf jetzt 1:500 erfahren habe. Würde die Zulassung völlig frei, so würde die Verteilung der Ärzte jeder Planung entzogen und dadurch das berechnete Interesse der Versicherten unterbunden, den Arzt möglichst nahe zu haben. Jede weitergehende Ausweitung der Zulassung müsse einen unmittelbaren Einfluß auf die wirtschaftliche Lage der Versicherungsträger haben. Man müsse bedenken, daß die Leistungen, die die Versicherungsträger erbringen müssen, aus den Beiträgen geschöpft werden müssen und daß, je größer der Aufwand sei, um so höher auch die Beiträge sein müßten.

Abg. Alfred Euerl (CSU) stellte die Frage, ob tatsächlich die Kassenärzte ihren Patienten teure Medikamente nicht verschreiben dürften. Direktor Schmeuser erklärte, daß die Arzneiversorgung „ausreichend und zweckmäßig“ sein müsse, aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfe, daß also von gleichwertigen Mitteln das Billigere genommen werden müsse.

Der Ausschußvorsitzende Heinrich Stöhr (SPD) verwies darauf, daß mit Ausnahme der 6—7% Verwaltungskosten alle Ausgaben der Krankenkassen nicht von diesen, sondern von den Ärzten bestimmt werden. Gewiß seien die Verhältnisse unzulänglich geworden, aber das Problem könne nur in einer umfassenden Sozialreform vielleicht geregelt werden. Wir hätten nicht die Mittel, unbeschränkt den Menschen zu geben, wozu die Wissenschaft imstande wäre, und wir dürfen uns nicht Experimenten und Illusionen hingeben. — Dazu bemerkte der Antragsteller Dr. Schier, hier gehe es ausschließlich darum, ob der Strom der Mittel der Krankenkassen nur einer „auserwählten Kaste von Ärzten“ zukommen solle, oder ob alle Ärzte die gleichen Rechte besitzen sollten. In einer ganzen Reihe von europäischen Staaten könne man eine Beschränkung der Ärztezulassung nicht.

Als letzter Sachverständiger äußerte sich dann für den Marburger Bund Dozent Dr. Vogt, der mitteilte, daß seit mehreren Jahren ein Prozeß beim Bundesverfassungsgericht mit dem Ziel der freien Zulassung anhängig sei, weil die gegenwärtige Regelung mit dem Grundgesetz nicht vereinbar sei. Für die Patienten sei es wünschenswert, Ärzte zu haben, die nicht über 45 und 50 Jahre alt sind, sondern in der Vollkraft der Leistungsfähigkeit stehen. Mit ihrer Ausschließung sei weder der Öffentlichkeit noch den Ärzten gedient. Das sei eine Feilentwicklung, die sich ein Kulturland eigentlich nicht leisten könne. Wenn man eine Bedarfsregelung für den Nachwuchs für notwendig halte, dann müsse man sie — wenn das nicht gegen das Grundgesetz verstoße — an den Beginn des Studiums stellen. Hier liege der Angelpunkt. Man könne aber nicht eine große Zahl von jungen Leuten medizinisch ausbilden und ihnen hinterher sagen: Ihr könnt an der Krankenversorgung nicht teilnehmen!

Der Vertreter des Arbeitsministeriums, Oberreg.-Rat Weigel, betonte, daß die Zulassungsbeschränkung „keine Ideallösung“ sei, daß aber ihre Beseitigung bei der gegenwärtigen Überfüllung des Ärzteberufes und den sonstigen Verhältnissen auch nicht ein ungeteilter Wunsch der Ärzteschaft selbst sei. Den vorliegenden Antrag betrachte er so, daß er im Kern auf eine dauernde Hilfe für die Jungärzte abziele, die an den Klippen des Kassenarztrechts scheitern müssen. Von 3000 Jungärzten seien im Jahre 1952 nur 800 untergekommen und über 2000 „hängen geblieben“. Es stelle sich die Frage, ob diesem Überhang der Ärzte durch die Aufhebung der Zulassungsbeschränkung auch wirklich geholfen würde. Das sei zu verneinen, weil damit eine wesentliche Verringerung des Lebensstandards der Ärzte verbunden wäre. Die Regierung habe nichts gegen eine Konkurrenz unter den Ärzten, aber sie müsse eine obere Grenze finden da, wo die Gesundheit der Bevölkerung Schaden nehmen könnte. Die bayerische Staatsregierung sei ernstlich bemüht, das Ihrige zu einer bestmöglichen Lösung der Frage beizutragen, und sie sei für jeden realisierbaren Vorschlag dankbar, der gestattet, daß an die Stelle des jetzigen etwas Besseres gesetzt werde. Bisher sei es aber noch nicht gelungen, diese Frage zu lösen.

Schließlich einigte sich der Ausschuß dahin, in einer weiteren Sitzung unter nochmaliger Hinzuziehung der Sachverständigen die Angelegenheit neuerdings zu behandeln.

I. D.

#### Landesärztekammer Baden-Württemberg

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg hat auf ihrer Vollversammlung am 5. 12. 56 in Tübingen Dr. med. Bernhard Villinger, Freiburg, zu ihrem neuen Präsidenten gewählt. Der bisherige Präsident, Prof. Dr. Hans Neuffer, hat aus gesundheitlichen und beruflichen Rücksichten auf eine neue Kandidatur verzichtet. Zum Vizepräsidenten wurde der Präsident der Bezirksärztekammer Nordwürttemberg, Dr. med. Theodor Dobler, Schorndorf, gewählt.

#### Freies Wochenende

##### Sperrkalender für das Jahr 1957

Das Kuratorium „Freies Wochenende“ hat nach Abstimmung mit Parteien, Organisationen und Verbänden sowie mit Persönlichkeiten des öffentlichen und privaten Lebens den Sperrkalender für das Jahr 1957 aufgestellt.

Es wurde, wie bisher, das jeweils letzte Wochenende des Monats bestimmt:

26./27. Januar	27./28. Juli
23./24. Februar	24./25. August
30./31. März	28./29. September
27./28. April	26./27. Oktober
25./26. Mai	23./24. November
29./30. Juni	28./29. Dezember

#### Gespräch zwischen dem Bundesarbeitsminister und dem Präsidenten der Bundesärztekammer

Bonn (ÄPI) — Die Bedenken der Ärzteschaft gegen die Gesetzentwürfe zur Rentenreform, zur Neuordnung der Unfallversicherung und zur Verbesserung des Jugendarbeitsschutzes waren Hauptgegenstände einer mehrstündigen Besprechung zwischen dem Bundesminister für Arbeit, Anton Storch, und dem Präsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages, Professor Dr. Hans Neuffer. Die Aussprache fand auf Einladung des Bundesarbeitsministers in Bonn statt.

In erster Linie wurde der Regierungsentwurf zur Rentenreform und der Einbau der sogenannten präventiven Medizin und der Rehabilitation in dieses Gesetz er-

örtert. Professor Dr. Neuffer wandte sich gegen die im Regierungsentwurf zum Ausdruck gekommene Tendenz, die Rentenversicherung neben oder an Stelle der Krankenversicherungen in die Durchführung der ambulanten Behandlung der Versicherten einzuschalten. Er wies darauf hin, daß nach Auffassung der Ärzteschaft diese Vorschriften lediglich eine Intensivierung der bisher bereits von den Rentenversicherungsträgern durchgeführten stationären Beobachtungen und Behandlungen in Spezialkrankeanstalten ermöglichen sollten.

Der Minister erklärte, daß durch die Vorschriften in der derzeitigen Fassung des Gesetzentwurfs die Zuständigkeit der mit der Durchführung der Heilbehandlung beauftragten Krankenversicherungsträger und Institutionen nicht berührt würde. Die Rentenversicherungsträger würden danach lediglich die Ermächtigung bekommen, zusätzlich notwendige Heilbehandlungsmaßnahmen im Sinne der Prävention und Rehabilitation zu gewähren. Professor Dr. Neuffer brachte zum Ausdruck, daß wesentliche Bedenken der Ärzteschaft gegen den Gesetzentwurf beseitigt würden, wenn diese Einschränkung im Gesetz klar zum Ausdruck käme und bei den entsprechenden Vorschriften nicht allgemein von „Heilbehandlung“, sondern von „stationärer Beobachtung oder Behandlung in Spezialkrankeanstalten“ die Rede wäre.

Zur Neuregelung der gesetzlichen Unfallversicherung trug der Präsident der Bundesärztekammer dem Arbeitsminister die grundsätzlichen Bedenken der Ärzteschaft dagegen vor, daß die Träger der Unfallversicherung nunmehr gesetzlich ermächtigt werden sollen, unter Aufhebung der freien Arztwahl von sich aus zu bestimmen, welchen Arzt und welches Krankenhaus ein Unfallverletzter aufzusuchen hat. Minister Storch erklärte hiezu, daß nicht daran gedacht sei, die bisherige Praxis zu ändern, d. h. die Ermächtigung der Unfallversicherung zu erweitern. Die entsprechenden Hinweise im Referententwurf seien wieder beseitigt worden.

Im Sinne der Forderungen des 59. Deutschen Ärztetages empfahl Professor Dr. Neuffer dringend, nicht nur von diesen Plänen Abstand zu nehmen, sondern im Gegenteil den z. Z. praktizierten weitgehenden Ausschluß eines Teiles der Ärzteschaft von der Behandlung Unfallverletzter und die damit gegebene Beeinträchtigung der freien Arztwahl zu beseitigen. Durch eine derartige Regelung werde zum Schaden der Bevölkerung der größte Teil der Ärzteschaft von der ärztlichen Versorgung und Behandlung bei Berufsunfällen weitgehend ausgeschlossen und damit gehindert, seine praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten auf diesem wichtigen Gebiet ärztlicher Berufsausübung anzuwenden und zu erhalten. Dadurch werde auch die im Interesse der Allgemeinheit notwendige Mitarbeit der Ärzte im Deutschen Roten Kreuz sowie im Luft- und Katastrophenschutz einern ernsthaft gefährdet, wenn nicht überhaupt in Frage gestellt werden.

Zu den Entwürfen einer Neuregelung der gesetzlichen Jugendschutzbestimmungen unterstrich der Präsident der Bundesärztekammer die Bedenken der Ärzteschaft gegen die bisher bekannt gewordenen Pläne. Diese Bedenken richten sich einerseits dagegen, den Jugendlichen die Erlaubnis zur Ausübung der von ihnen gewählten Tätigkeit ohne Rücksicht auf ihre oder ihrer Erziehungsberechtigten Meinung nur geben zu wollen, wenn das Ergebnis von Pflichtuntersuchungen durch einen staatlichen Gesundheitskontrollapparat dieses gestattet. Andererseits richten sich diese Bedenken gegen die Absicht, die Untersuchungen nur durch Gewerbeärzte und von diesen eigens hierzu ermächtigte Ärzte durchführen zu lassen.

Zu den erstgenannten Bedenken der Ärzteschaft wies der Bundesarbeitsminister darauf hin, daß diesen bereits

# INSPIROL

freie  
Atemwege



durch eine Änderung des Referentenentwurfs Rechnung getragen worden sei. In gemeinsamen weiteren Beratungen zwischen dem Bundesarbeitsministerium und der Bundesärztekammer soll für die Durchführung der Untersuchungen ein Weg gefunden werden, der unter Würdigung der besonderen Notwendigkeit des Jugendarbeitsschutzes eine diskriminierende Ausschaltung der freipraktizierenden Ärzteschaft auf jeden Fall vermeidet.

#### Zulassung zum Hochschulstudium ohne Reifezeugnis

Das Bayerische Staatsministerium für Unterricht und Kultus hat die Zulassung zum Hochschulstudium ohne Reifezeugnis neu geordnet. Durch die Prüfung soll Personen, die bei angemessener Allgemeinbildung für bestimmte Fachgebiete besonders begabt sind und keine Möglichkeit hatten, eine Reifeprüfung abzulegen, der Zugang zum Hochschulstudium ohne Reifezeugnis ermöglicht werden.

Die Prüfung soll feststellen, ob der Prüfling seiner Persönlichkeit und seinen geistigen Fähigkeiten nach für das wissenschaftliche Studium geeignet ist. Insbesondere wird geprüft, ob der Prüfling über eine angemessene Allgemeinbildung verfügt, eine deutlich erkennbare Begabung für ein bestimmtes Studienggebiet, mit dessen fachlichen Grundlagen er vertraut sein soll, besitzt und angemessene Kenntnisse in einer Fremdsprache hat. Diese Prüfung stellt somit eine Möglichkeit des sog. zweiten Bildungswegs zum Hochschulstudium dar, soweit man unter dem ersten den über die Höhere Schule versteht.

Die Neufassung der Prüfungsordnung hat einen Prüfungstyp geschaffen, der die frühere Sonderreifeprüfung und die sog. Begabtenprüfung in sich vereinigt. Neu ist dabei u. a., daß in den Kreis der allgemeinbildenden Fächer Geschichte, Literatur und Erdkunde nach Wahl des Prüflings ein naturwissenschaftliches Fach — Biologie oder Physik — aufgenommen worden ist. I. D.

#### Neuordnung des Rechts der Heilberufe

gpk. Die Bundesregierung hat drei Gesetzentwürfe zur Neuregelung verschiedener medizinischer Hilfsberufe verabschiedet und den parlamentarischen Instanzen zur Beschlußfassung zugeleitet. Der Entwurf über die Ausübung der Kranken- und Kinderkrankenpflege (Krankenpflegegesetz, Bundesrats-Drucksache Nr. 385/56) will auf dem Gebiete der Krankenpflege wieder bundeseinheitliches Recht herbeiführen. Er faßt zugleich die Berufe der Krankenpflege und der Kinderkrankenpflege, die bisher durch verschiedene Vorschriften geregelt waren, zusammen. Der Entwurf sieht wie bisher eine zweijährige Ausbildungsdauer in Form eines Lehrgangs vor, macht aber darüber hinaus die Erlaubnis der Berufsausübung unter der Bezeichnung Krankenschwester, Kinderkranken-schwester oder Krankenpfleger von einem im Anschluß an die bestandene Prüfung abzulegenden weiteren Jahr praktischer Tätigkeit abhängig. Die nach bisherigem Recht erworbene Erlaubnis zur Berufsausübung soll weiterhin anerkannt werden. Auch die Gesetzentwürfe über die Ausübung des Berufs des Masseurs, des Masseurs und medizinischen Bademeisters und des Krankengymnasten (BR-Drucksache Nr. 386/56) sowie des Berufs der medizinisch-technischen Assistentin (BR-Drucksache Nr. 388/56) streben eine bundeseinheitliche Regelung dieses Berufsrechts an. Sie machen die Berufsausübung ebenfalls von dem erfolgreichen Bestehen eines Lehrgangs mit Abschlußprüfung und einer weiteren praktischen Tätigkeit abhängig.

#### Sozialversicherung — 75 Jahre Kaiserliche Botschaft

Am 17. November 1956 waren es 75 Jahre, daß die Kaiserliche Botschaft von 1881 über neue Maßnahmen zur Förderung des Wohls der Arbeiter mit dem ihr folgenden Gesetz über die Krankenversicherung der Arbeiter (1883), dem Unfallversicherungsgesetz (1884) und dem Gesetz über die Invaliditäts- und Altersversicherung (1889) eine soziale Kraftentfaltung in Deutschland einleitete, die in der ganzen Welt beachtet und anerkannt wurde. Sie verband mit dem Gedanken des Schutzes sozial noch ungesicherter Schichten zugleich die Absicht, genossenschaftliche Zusammenschlüsse zu fördern, die die Versicherten näher an den Staat heranführen und ihre Bemühungen um eine bessere Gestaltung der eigenen Lebensbedingungen der allgemeinen wirtschaftlichen und sozialen

Entwicklung nutzbar machen sollten. Diese Gedanken sind heute so neu wie damals. Auch die Reichsversicherungsordnung von 1911, die die drei grundlegenden Sozialversicherungsgesetze zusammenfaßte und dem wachsenden Schutzbedürfnis der Arbeiter und Angestellten anpaßte, ist alles andere als veraltet, wie es mitunter hingestellt wird. Sie hat in guter Voraussicht der Notwendigkeiten im Industriezeitalter und in geradezu klassischer Sprache alle Möglichkeiten für die soziale Weiterentwicklung eröffnet. Zusammen mit dem Angestellten-Versicherungsgesetz, dem Reichsknappschaftsgesetz und dem Gesetz über Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung wird sie nach gehöriger Anpassung an die Rechtsentwicklung und einige Erfordernisse der heutigen Zeit auch weiterhin die Grundlage des deutschen Sozialversicherungsrechts bleiben. (GPK 12/56.)

#### Agitation mit schlechten Arztfilmen in der Ostzone

Der Film, der unter dem Titel „Weil du arm bist, mußt du früher sterben“ in Filmtheatern der Bundesrepublik lief, war für seine Hersteller eine finanzielle Enttäuschung, weil er wegen seines unwahren Inhaltes vom Publikum als Sozialkitsch abgelehnt wurde. Schon in der Kritik dieses Films wurde darauf mehrfach hingewiesen, daß solche Filme lediglich geeignet seien, die kommunistische Propaganda zu unterstützen. Prompt wurde der Film dann auch von der ostzonalen DEFA und wenig später auch von dem Sowjetischen Progreß-Verleih erworben. Die ostzonale „Nationalzeitung“ schreibt über diesen Film u. a.: „Der Film hält nicht, was der Titel verspricht. Wohl zeigt er in Einzelheiten die westdeutsche Wirklichkeit härter als der Danwitz-Film („Die Ehe des Dr. med. Danwitz“), gibt aber insgesamt kein so klares Bild. Eine Fülle publikumswirksamer, aber überflüssiger Gags und Nebenhandlungen belastet das eigentliche Thema: Ein Mittelloser, der ein neues teures Heilmittel benötigt, soll er von schwerer Krankheit gerettet werden, erhält dieses nicht von der kapitalistisch verwalteten Krankenkasse und muß trotz aller Bemühungen seines Arztes sterben.“ Abgesehen davon, daß dieser Film eben nicht die westdeutsche Wirklichkeit zeigt und abgesehen auch von der Ungenauigkeit, daß die Krankenkassen im Bundesgebiet nicht kapitalistisch, sondern paritätisch von den Arbeitgebern und Arbeitnehmern (bei den Ersatzkassen nur von ihren Mitgliedern) verwaltet werden, zeigt sich hier sehr anschaulich, welche bedenkliche politische Wirkung Filme haben können, die lediglich aus Sensationsgründen segensreiche Einrichtungen der Bundesrepublik, wie es die soziale Krankenversicherung fraglos ist, verunglimpfen. (GPK, 11/56)

#### Strahlungsschäden bei Spätheimkehrern

Heimkehrer, die in der Gefangenschaft auf Grund ihrer Zwangsarbeit im Uranbergbau arbeiten mußten, sind deshalb besonders gefährdet, weil die häufige Staublungenerkrankung durch die Radioaktivität des sich in den Lungen ablagernden Staubes noch verschärft wird und in vielen Fällen zum Lungenkrebs führt. Nachdem das Bundesarbeitsministerium bisher weder zur Erfassung des in Frage kommenden Personenkreises noch zum Anlaufen von Untersuchungen irgendwelche Maßnahmen getroffen hat, sind auf Veranlassung des bayerischen Arbeitsministeriums die ersten Spezialuntersuchungen von gefährdeten Spätheimkehrern aus Joachimsthal angelaufen. Es dürfte sich um eine wahrscheinlich mehrere tausend Köpfe umfassende Gruppe von Spätheimkehrern handeln. Durch die Maßnahmen des bayer. Arbeitsministeriums sollen nicht nur akute Gesundheitsschäden infolge von Strahleneinwirkung festgestellt, sondern auch Strahlenwirkungen einbezogen werden, die erst in späteren Jahren zu ernsthaften Schäden führen können. (I.D.)

#### Die Wirkung des Fluor-Ions auf die Schilddrüse

Die in der Schweiz getroffenen Maßnahmen, den Kariesbefall durch Verabreichung von Fluor-Tabletten, fluorhaltigem Salz oder mit Fluor versetzter Milch einzudämmen, hatten es erforderlich gemacht, auch die Wirkung des Fluor-Ions auf die Schilddrüse und das Jod zu studieren, da ein Antagonismus zwischen Jod und Fluor bekannt war. Es mußte vor allem sichergestellt werden, daß die zuverlässige Wirkung des Jodsalzes auf den endemischen Kropf durch Fluor nicht behindert oder gar aufgehoben wird.

Die Befürworter der Fluor-Kariesprophylaxe stützen sich auf die überzeugenden Erfolge der Trinkwasser-Fluoridierung in den USA und auf Mitteilungen aus jenen Gebieten, deren Bewohner seit Jahrzehnten Wasser mit hohem natürlichen Fluorgehalt zu sich nehmen, ohne daß jemals Schädigungen der Schilddrüse zu bemerken waren. Selbst aus den Dentalfluorosegebieten werden keinerlei nachteilige Einwirkungen auf die Schilddrüse bzw. deren Jodstoffwechsel gemeldet, wie Ata/Türkei, Hofmann-Axt-helm/Berlin, berichten konnten. Andererseits müssen aber auch die Argumente der Gegner dieser Fluor-Massenprophylaxe geprüft werden: Fluor wurde in der Therapie der Hyperthyreosen (Goldemberger, Kraft, May, Gorlitzer) viel verwendet. Weiter konnte v. Fellenberg in der Schweiz ermitteln, daß bei einer bestimmten Fluor-Konzentration in jodfreiem Trinkwasser eine antagonistische Wirkung des Fluors gegenüber dem Jod im Organismus vorhanden zu sein scheint. Ferner ermittelten Minder und Gordonoff in Tierversuchen, daß die den Calcium-Umsatz fördernde Wirkung des Thyroxins durch Fluor aufgehoben wird. Wespi vermutet, daß das anorganische Fluor den Eintritt des Jods in die Schilddrüse hindert und die Jodausscheidung durch die Nieren erhöht. Neuerdings haben Galletti, Hs. R. Held, Korrodi und Wegmann wiederholt in ausgedehnten und jahrelangen Untersuchungen klinischer und tierexperimenteller Art nachweisen können, daß Fluor in Tagesdosen von 1—2 mg, wie sie für die Kariesprophylaxe erforderlich sind, sicherlich keine Schädigungen der Schilddrüse bewirkt.

Auch die seit vielen Jahren in einer Reihe von Ländern, wie in den USA, der Schweiz, Österreich, der Bundesrepublik, im Großversuch durchgeführte Kariesbekämpfung mit Fluor ergab keine Anhaltspunkte dafür, daß Fluor in Tagesmengen bis zu 2 mg einen ungünstigen Einfluß auf den Jodstoffwechsel der Schilddrüse ausübt.

Für die gezielte Kariesprophylaxe, die im Gegensatz zur Jodprophylaxe des Kropfes nur Kinder und Jugendliche bis zum Alter von etwa 18 Jahren sowie werdende und stillende Mütter umfaßt, eignen sich Fluor-Tabletten am besten. Eine generelle Trinkwasser-Fluoridierung ist bei uns — nicht nur aus technischen Gründen — derzeit undurchführbar.

#### Reduzierung der Röntgen-Untersuchungen in Großbritannien

In Großbritannien macht sich seit einiger Zeit die Tendenz bemerkbar, Röntgendurchleuchtungen und Röntgentherapie, besonders bei Schwangeren, möglichst einzuschränken mit Rücksicht auf die möglichen Folgen für die Nachkommenschaft. Der Vorsitzende der International Commission on Radiological Protection warnte auf einer Tagung der Hebammen- und Krankenschwesternverbände und betonte, daß die Strahlenanwendung auf ein Minimum beschränkt werden müsse, besonders soweit es sich um die Unterleibsorgane handele.

#### Selbsthilfe trotz sozialistischer Gesundheitsfürsorge in Großbritannien

Wie wir einer Mitteilung der „Ersatzkasse“ entnehmen, berichten private englische Krankenkassen von einer

ständigen Zunahme ihrer Mitglieder. Die Gesellschaften „Western Provident“ und „British United Provident“ haben ihren Mitgliederbestand in den letzten drei Jahren verdoppelt. „British United Provident“ — gegründet 1947 — berichtet dazu, daß es ein Risiko gewesen sei, eine private Krankenversicherung zu gründen. Man habe nicht wissen können, ob es noch Menschen geben würde, die im Zeichen des in England für alle geltenden freien staatlichen Gesundheitsdienstes, noch die Selbsthilfe vorziehen. Allein 2000 Privatbetriebe haben jedoch nun besondere Gruppentarife für ihre Mitarbeiter abgeschlossen.

#### AUS DER FAKULTÄT

Dem Vorsitzenden des Bundes Deutscher Medizinalbeamter und Ehrenvorsitzenden des Bayer. Medizinalbeamtenvereins, Dr. Fritz Pürkhauer, wurde vom Bundespräsidenten als erstem bayerischen Arzt das Große Verdienstkreuz der Bundesrepublik Deutschland verliehen. Damit fand die Tätigkeit eines hervorragenden bayerischen Medizinalbeamten ihre verdiente Ehrung. Dr. Pürkhauer, der zuletzt das Amt eines Leiters der Gesundheitsabteilung der Regierung von Oberpfalz und Niederbayern ausgeübt hat, trat nach seinem 65. Geburtstag am 15. 9. 1956 in den Ruhestand. Die bayerische Ärzteschaft, der er als Delegierter des Bayer. Ärztetages besonders verbunden ist, und die seiner Initiative den Wiederaufbau des Bayerischen Roten Kreuzes nach dem Kriege verdankt, beglückwünscht ihn von Herzen zu dieser verdienten Ehrung.

München: Dr. med. Max Eder (wiss. Assistent am Patholog. Institut München) wurde mit M.E. Nr. V 96021 vom 11. 12. 1956 zum Priv.-Dozenten für „Allgemeine Pathologie und Patholog. Anatomie“ in der med. Fakultät der Universität München ernannt.

Der Privatdozent für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde Dr. med. Karl Mündnich (wiss. Oberassistent der Hals-Nasen-Ohrenklinik) wurde mit M.E. Nr. V 64412 vom 13. 11. 1956 mit Wirkung vom 1. Dezember 1956 zum außerplanmäßigen Professor in der med. Fakultät der Universität München ernannt.

#### PERSONALIA

Professor Dr. Hermann Fischer, Direktor des städtischen Krankenhauses Fürth i.B., hat vom Bundespräsidenten das Verdienstkreuz I. Klasse der Bundesrepublik Deutschland erhalten.

Prof. Dr. Alfred Marchionini (Direktor der Dermatolog. Klinik München) wurde seitens der Brasilienschen Regierung das Großkreuz des Südkreuzordens verliehen.

Würzburg: Unterm 21. Dezember 1956 wurden dem planmäßigen ao. Professor für „Medizinische Poliklinik“ und Direktor der Medizinischen Poliklinik der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg, Dr. med. Hans Franke, die Amtsbezeichnung sowie die akademischen Rechte und Pflichten eines ordentlichen Professors verliehen.



bei Erkältung der Atemwege:

# Tumarol-Balsam

perkutanes Expektorans



ARZNEIMITTEL ROBUGEN ESSLINGEN/N

Tube mit 30g DM 1.70

## KONGRESSE UND FORTBILDUNG

### Fortbildungskurs in Bäder- und Klimaheilkunde

Vom 10. März bis 2. April 1957 veranstaltet die Gießener Akademie für medizinische Forschung und Fortbildung der Justus-Liebig-Hochschule im Einvernehmen mit dem Verband Deutscher Badeärzte und dem Österreichischer Badeärzte den jährlichen Fortbildungskurs in Bäder- und Klimaheilkunde. Die fachliche Gestaltung des Kurses liegt in den Händen der Herren Dr. Fr. Hopmann und Dr. A. Evers vom Verband Deutscher Badeärzte, Prof. Dr. V. R. Ott, Direktor des Gießener Instituts für Balneologie und physikalische Medizin in Bad Nauheim, und Prof. Dr. R. Thauer, Direktor der Gießener Physiologischen Instituts und des Kerckhoff-Instituts Bad Nauheim, sowie Prof. Dr. Scheminzky, Direktor des Physiologischen und des Balneologischen Instituts der Universität Innsbruck. Neben Dozenten der Gießener Akademie sprechen zahlreiche Kollegen aus Deutschland und Österreich. — Während der ersten zwei Wochen werden die Bäder Hessens besucht: An mehreren Tagen das mit der Gießener Hochschule engverbundene Bad Nauheim, weiter Bad Schwalbach, Schlangenbad, Bad Salzhausen, Bad Soden und Wiesbaden. Die traditionelle Bäderreise führt vom 27. März bis 2. April in bayerische Badeorte: Bad Kohlgrub, Bad Heilbrunn, Bad Tölz, Bad Wiessee, Bad Reichenhall, Bad Steben und Bad Neustadt/Saale.

Auskunft, Prospekte und Anmeldung durch Prof. Dr. Gg. Herzog, Pathologisches Institut Gießen, Klinikstr. 32g.

### Bund der Deutschen Medizinalbeamten

Die Fortbildungstagung des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten findet vom 14. bis 16. März 1957 in Celle statt.

Themen: 1. Vergiftungen und Vorschriften über den Verkehr mit Giften.  
2. Hygiene der Luft.  
3. Rachitisprophylaxe.

Auskunft: Med.-Rat Dr. Kohlhausen, Rotenburg/Hann., Staatl. Gesundheitsamt.

### 5. Bayerischer Internistenkongreß

Vom 15. bis 17. März 1957 findet in Nürnberg auf der Burg (Kaiserstallung) der 5. Bayerische Internistenkongreß mit folgendem Hauptthema statt: „Prophylaxe, Früherkennung und vorbeugende Therapie innerer Erkrankungen.“

Vortragsanmeldungen und Anfragen sind zu richten an den Leiter der Tagung: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, städt. Krankenanstalten, Flurstraße 17.

### Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer

#### 19. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“ am 30./31. März 1957

Kursleitung: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg, Vorsitzender des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung.

Tagungsort: Neuer Großbau der National-Registrier-Kassen, Augsburg, Ulmer Straße 160a.

Gesamthema:

„Die Schmerzbekämpfung in Praxis und Klinik“.

Samstag, 30. 3. 57, 8.30—10.30 Uhr:

Pharmakologie der modernen Narkose

Priv.-Doz. Dr. Reiter, München

Polenzierte Narkose, Hibernisation und Muskelrelaxantien in der modernen Chirurgie

Prof. Dr. Zukschwerdt, Hamburg

Moderne Narkoseverfahren im kleinen und mittleren Krankenhaus, sowie in der ambulanten Praxis

Prim. Dr. Bergmann, Linz/Donau

Pause, Besuch der Ausstellung

11—12.30 Uhr:

Neurochirurgische Eingriffe bei Schmerzzuständen

Prof. Dr. Riechert, Freiburg/Br.

Heilanaesthesia

Dr. Feuerstein, Salzburg

Sonntag, 31. 3. 57, 8.30—10.30 Uhr:

Psychologie des Schmerzes

Prof. Dr. Schulte, Gütersloh

Pharmakologie des Schmerzes

Prof. Dr. Schaumann, Innsbruck

Atiotrope Schmerzbekämpfung innerer Erkrankungen

Prof. Dr. Dennig, Stuttgart

Pause, Besuch der Ausstellung

11.15—12.45 Uhr:

Schmerzbekämpfung in der Geburtshilfe und Gynäkologie

Prof. Dr. Bickenbach, München

Differentialdiagnose und Operationsindikationen beim Bauchschmerz

Prof. Dr. Niedner, Ulm/Donau

Mittagspause.

14—16.15 Uhr:

Der vertebrale Schmerz, Deutung und Grenzen

Dr. Gleibel, Hamburg

Differentialdiagnose neurologischer Schmerzzustände

Prof. H. Hoff, Wien

Phenothiazinschlaf und Schmerzgeschehen

Dr. Linke, Magdeburg

Der Schmerzmittelmissbrauch

Prof. Dr. Mikorey, München

Samstag, 30. 3. 57, 15 Uhr: Round-Table-Gespräch über

„Moderne Narkose“ im Tagungsort, sowie klinische Visiten, Demonstrationen und Colloquien in den Augsburger Krankenhäusern.

Anfragen und Anmeldungen sind zu richten an das Sekretariat der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“, Augsburg, Schälzlerstraße 19/II.

## KONGRESSKALENDER

### INLAND

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

Januar 1957

21.—23. in München: 64. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Balneologie, Bioklimatologie und physikalische Therapie. Auskunft: Prof. Dr. Birkendörfer, Bad Salzungen, Balaeol. Institut.

25.—26. in München: Fortbildungskursus für Balneologie. Auskunft: Verband Deutscher Badeärzte e. V., Sekretariat, Bad Oeynhausen, Westkorso 7.

Januar/Februar 1957:

28.—8. in Neutrauburg b. Isny: Einführungslehrgang für manuelle Wirbelsäule- und Extremitäten-Therapie (I. Kurs). Auskunft: Dr. Karl Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.

Februar 1957-

4. 2.—13. 4. in Hamburg: Kurs über Tropenmedizin und medizinische Parasitologie im Bernhard-Nocht-Institut. Auskunft: Bernhard-Nocht-Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg 4, Bernhard-Nocht-Straße 74.

Bei *Schwindel* **Vertigo-Heel**

50 Tabletten  
10 cem und 30 cem  
liquidum

Biologische  
Heilmittel  
Heel G. m. b. H.  
BADEN-BADEN

# MILTAUN

---

*Ein zuverlässiges Tranquillans  
bei vegetativer und psychischer Dystonie*

Hervorragend bewährt bei klinischen und ambulanten Patienten, peroral wirksam bei

## *Angst-, Erregungs- und Spannungszuständen*

Beklemmungen, Depressionen, Überarbeitung, Wetterfühligkeit, Schlafstörungen sowie zur psychischen Ruhigstellung vor operativen Eingriffen.

- Seelische Ruhe bei geistiger Wachheit
- Keine Verwandtschaft mit Reserpin oder Sedativa
- Nicht toxisch – frei von Nebenwirkungen
- Einleitung eines natürlichen Schlafes ohne Nebenwirkung
- Keine Beeinflussung des Blutdruckes
- Vollkommen neuartiger Wirkungsmechanismus

### Dosierung

Beruhigung: 3 mal täglich 1 Tablette

Natürlicher Schlaf: 1-2 Tabl. 1 Stunde vor dem Schlafengehen

Beseitigung von Muskelspasmen: 3-4 mal täglich 1-2 Tabl.

### **Neue ermäßigte Preise:**

10 Tabletten zu 400 mg	DM 2.70 o.U.
25 Tabletten zu 400 mg	DM 5.75 o.U.
100 Tabletten zu 400 mg	DM 17.60 o.U.



LEDERLE ARZNEIMITTEL

CYANAMID G.M.B.H. MÜNCHEN · CHEMIE GRÜNENTHAL G.M.B.H. STOLBERG/RHLD.

10.—16. in Freudenstadt/Schw.: III. wissenschaftliche Arbeitswoche über Fragen der Jugendgesundheit. Auskunft: Dr. H. Herke, Köln-Müngersdorf, Postfach.

#### März 1957

7.—9. in Freiburg/Br.: 5. Symposion der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Dozent Dr. H. Nowakowski, II. Medizin. Univ.-Klinik und -Poliklinik, Universitäts-Krankenhaus, Hamburg-Eppendorf.

11.—22. in Neutrauburg b. Isny: 1. Fortbildungslehrgang für manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie (II. Kurs). Auskunft: Dr. Karl Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.

15.—17. in Nürnberg: 5. Bayerischer Internisten-Kongreß. Auskunft: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, städt. Krankenanstalten, Flurstraße 17.

16.—23. in Bad Pyrmont: 12. Kurs für Naturheilverfahren, veranstaltet vom Zentralverband der Ärzte für Naturheilverfahren, der Ärztekammer Hannover und dem Kneippärztebund e. V. Bad Wörishofen. Auskunft: Dr. med. Hans Haferkamp, Mainz, Adam-Karillon-Straße 15.

27.—30. in Hamburg: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Arbeitswissenschaftliche Forschung e. V. Hauptthema: „Probleme der Arbeitszeit“. Auskunft: Geschäftsstelle der Gesellschaft für Arbeitswissenschaftl. Forschung e. V., München 8, Schneckenburgerstraße 41.

30.—31. in Augsburg: Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin. Auskunft: Sekretariat der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“, Augsburg, Schüzlerstraße 19/II.

#### März/April 1957

10.—12. in Gießen: Fortbildungskurs in Bäder- und Klimabeilkunde. Auskunft: Prof. Dr. Gg. Herzog, Pathologisches Institut Gießen, Klinikstraße 32g.

#### April 1957:

5.—6. in Bad Pyrmont: Deutscher Krebskongreß 1957. Hauptthema: Karzinogenese. Auskunft: Dozent Dr. H. Hartl, Universitäts-Frauenklinik, Göttingen, Kirchweg 3.

5.—7. in Wiesbaden: Tagung des Deutschen Ärztinnenbundes. Bahmenthema: Adoleszenzfragen. Auskunft: Dr. Maria Ries, München 25, Penzberger Straße 21.

8.—18. in Neutrauburg b. Isny: Einführungslehrgang für manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie (I. Kurs). Auskunft: Dr. Karl Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.

16.—17. in Bad Lippspringe: 3. Aerosol-Kongreß. Thema: Neue Ergebnisse der Aerosolforschung. Auskunft: Generalsekretariat des Deutschen Kuratoriums für Aerosol-Forschung, Bad Lippspringe/Westf., Arminiuspark 3a.

23.—25. in Bad Nauheim: Kurs der Elektrokardiographie und der modernen Kreislaufdiagnostik unter der Leitung von Prof. Dr. A. Weber und Prof. Dr. R. Knebel. Auskunft: Kardiolog. Abteilung des W.-G.-Kerckhoff-Instituts der Max-Planck-Gesellschaft, Bad Nauheim.

23.—25. in Bad Nauheim: Jahrestagung 1957 der deutschen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung e. V. Thema: Reaktionsweise bei Herdkrankungen. Auskunft: Prof. Dr. Thielemann, Frankfurt/M., Rubensstraße 28.

23.—26. in Berlin: 26. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie. Hauptthemen: Fortschritte auf dem Ge-

biet der serologischen Diagnostik. — Ernährung und Nahrungsmittelhygiene. Krankenhaushygiene. Auskunft: Prof. Dr. med. J. Wüstenberg, Gelsenkirchen, Rotibauser Str. 19.

23.—30. in Neutrauburg b. Isny: 2. Fortbildungslehrgang für manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie (III. Kurs). Auskunft: Dr. Karl Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.

24.—27. in München: 74. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Reichle, Stuttgart. Auskunft: Prof. Dr. Maurer, Krankenhaus r. d. Isar, München 8, Ismaninger Straße 22.

26.—28. in Bad Nauheim: Deutsche Gesellschaft für Kreislaufforschung. Vorsitz: Prof. Dr. E. Derra. Auskunft: Prof. Dr. R. Thauer, W.-Kerckhoff-Institut, Bad Nauheim.

#### April/Mai 1957

29.—2. in Wiesbaden: 65. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Vorsitz: Prof. Dr. Hansen, Lübeck. Auskunft: Prof. Dr. Dr. Kauffmann, Wiesbaden, Städt. Krankenanstalten.

#### Mai 1957

2.—5. in Bad Brückenau: Arbeitstagung der „Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsbeilkunde“. Auskunft: Arbeitsgemeinschaft für Erfahrungsbeilkunde, Ulm/Do., Neue Straße 70.

4.—5. in Stuttgart: Tagung der Südwestdeutschen Dermatologenvereinigung. Auskunft: Universitäts-Hautklinik, Tübingen.

5.—12. in Bad Wörishofen: 9. Ärztlicher Fortbildungslehrgang für Hydrotherapie, Phytotherapie und naturgemäße Diätetik. Auskunft: Sekretariat des Kneippärztebundes e. V., Bad Wörishofen, Aggensteinstraße 6.

6.—11. in Lindau: 7. Lindauer Psychotherapiewoche. Auskunft: Prof. Dr. Speer, Lindau/Bodensee.

7.—17. in Neutrauburg b. Isny: Ausbildungsabschluß des Lehrganges für manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie (IV. Kurs). Auskunft: Dr. Karl Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.

#### Mai/Juni

30.—1. Juni in Warnemünde: V. Tagung der Bahnärzte der Deutschen Reichsbahn. Thema: Arbeitsschutz und Sicherheit. Auskunft: Sekretariat des Chefarztes der Deutschen Reichsbahn, Berlin-W 8, Leipziger Straße 125.

#### AUSLAND

#### Jänner/Februar 1957:

19. 1.—2. 2. in Davos: Sportärztekurs im Wintersport des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Obermedizinalrat Dr. F. Friedrich, München, Wilhelmstr. 16.

26.—2. Februar in Zell am See: Internationales Sportärzttreffen. Themen: Bedeutung des Sportes in der prophylaktischen Medizin. Sport und Kreislauf. Ernährung des Sportlers. Bedeutung des bioklimatischen Einflusses auf den Sport. Arbeit und Sport. Auskunft: Kurdirektion Zell am See (Österreich).

9.—25. in Madonna die Campiglio: Sportärztekurs im Wintersport des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Obermedizinalrat Dr. F. Friedrich, München, Wilhelmstr. 16.

10.—25. in Bad Gastein: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Thema: Sulfonamide, Antibiotika und Cortisone. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.



KREWEL-WERKE  
Eitorf b. Köln

# CHININ-VERALGIT

Gegen Grippe und Erkältungsinfekte

## März 1957

11.—23. in Davos: Fortbildungskurs für Praktische Medizin. Thema: Sulfonamide, Antibiotica und Cortisone. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

15.—20. in Bad Hofgastein: Fortbildungskurs für Geriatrie. Auskunft: Prim. Dr. W. Doberauer, Wien XIV, Hütteldorferstraße 188.

## Mai 1957:

6.—25. in Bad Gastein: 3. Balneologischer Fortbildungskurs. Thema: Balneologie und Kreislauf. Veranstalter: Forschungsinstitut Gastein der Österreichischen Akademie der Wissenschaften in Verbindung mit der Medizinischen Universitätsklinik Innsbruck. Auskunft: Kurverwaltung Bad Gastein.

6.—25. in Bad Gastein: 3. Balneologischer Fortbildungskurs. Auskunft: Prof. Dr. Scheminzy, Bad Gastein 148, Badbergstraße.

7. in Genf: 10. Weltgesundheitsversammlung. Auskunft: WHO Palais des Nations, Genf.

19.—22. in Wien: Tagung der Bayerischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde zus. mit der Österreichischen Gesellschaft für Gynäkologie und der Gynäkologischen Gesellschaft der Deutschen Schweiz. Auskunft: Priv.-Dozent Dr. J. Breitner, München 15, Universitäts-Frauenklinik, Maistraße 11.

## Mai/Juni 1957

31.—2. in Wien: Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Hygiene und prophylaktische Medizin. Präsident: Prof. Dr. J. H. Tuntler-Groningen. Thema: Universität und öffentliche Gesundheitspflege. Auskunft: Sekretariat der Österreichischen Gesellschaft für Sozialmedizin, Wien 9, Spitalgasse 32.

## AMTLICHES

## Verlust von Urkunden

Die nachstehend aufgeführten Ärzte haben beim Bayer. Staatsministerium des Innern den Verlust ihrer Bestallungsurkunden glaubhaft nachgewiesen. Falls eine der verlorengegangenen Urkunden vorgezeigt werden sollte, wird um Einziehung und Übersendung mit kurzem Bericht ersucht:

Ochs, Dr. med. Hans, geb. 24. 11. 1927 in Wöllstein.

Ausst. Behörde: Ministerium d. Innern v. Rheinland-Pfalz. Ersatzurkunde ausgestellt: 10. 1. 1956.

Seellger, Dr. med. Heinz, geb. 7. 5. 1926 in Speyer.

Ausst. Behörde: Ministerium d. Innern v. Rheinland-Pfalz. Ersatzurkunde ausgestellt: 14. 12. 1955.

Goos, Dr. med. Bernhard, geb. 19. 4. 1920 in Mainz.

Ausst. Behörde: Ministerium d. Innern v. Rheinland-Pfalz. Ersatzurkunde ausgestellt: 11. 4. 1956.

Sudergat, Dr. med. Johannes, geb. 29. 8. 1911 in Enid/USA.

Ausst. Behörde: Bayer. Staatsministerium des Innern. Ersatzurkunde ausgestellt: 15. 3. 1956.

Stangl, Dr. med. Engelbert, geb. 30. 9. 1911 in Deutsch-Beneschau/CSR.

Ausst. Behörde: Bayer. Staatsministerium des Innern. Ersatzurkunde ausgestellt: 21. 4. 1956.

Betz, Dr. med. Rudolf, geb. 3. 9. 1928 in Wassertrüdingen.

Ausst. Behörde: Bayer. Staatsministerium des Innern. Ersatzurkunde ausgestellt: 23. 4. 1956.

Konopka, Dr. med. Helmut, geb. 12. 1. 1924 in Prostken.

Ausst. Behörde: Bayer. Staatsministerium des Innern. Ersatzurkunde ausgestellt: 28. 5. 1956.

## RUNDSCHAU

**Ärztegutachten allein nicht entscheidend.** Wenn jemand infolge Invalidität, Berufsunfähigkeit überhaupt, Versorgungsbezüge begehrt, dann geht das nicht ohne ärztliches Gutachten. Die Bedeutung dieser Gutachten für sozialgerichtliche Entscheidungen wird jedoch häufig von den Rechtsuchenden verkannt. Es entspricht nämlich der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtes in Kassel, daß die oben angeführten Begriffe von den Sozialgerichten „in freier Beweiswürdigung“ geprüft werden müssen. Diese Ansicht der letzten Instanz über Sozialgerichtsbarkeit der Bundesrepublik deckt sich mit der des früheren Reichsversicherungsamtes und Reichsversicherungsgerichtes. Die Anwendung der Begriffe Invalidität, Minderung der Erwerbsfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit sowie Arbeitsunfähigkeit ist also keine medizinische, sondern

eine überwiegend juristische Aufgabe. Es soll in erster Linie Aufgabe des Richters und nicht des Arztes sein, die Tatbestandsmerkmale für die Beurteilung der entsprechenden Rechtsfälle zusammenzutragen und zu würdigen. . . . („Stuttgarter Zeitung“ v. 30. 10. 56)

**Adenauer will geistig Schaffenden helfen.** Bundeskanzler Dr. Adenauer hat die Förderung des unselbständigen Mittelstandes und der geistig schaffenden freien Berufe zu einer Daueraufgabe der Bundesregierung erklärt. Er sah sich zu dieser Grundsatzentscheidung, wie vom Bundespresseamt kürzlich mitgeteilt wurde, durch die zunehmenden Sorgen veranlaßt, die sich aus seinen eigenen Beobachtungen und aus den bisherigen Untersuchungen auf diesem Gebiet ergeben hätten. Dr. Adenauer habe festgestellt, daß sich die für eine ausgewogene innere Ordnung des Volkskörpers wichtigen Mittelschichten durch eine ständige materielle Unterbewertung in der Gefahr eines sozialen Abstiegs befinden. Schon heute seien sie weithin nicht in der Lage, ihren kulturpolitischen und staatspolitischen Aufgaben in wünschenswerter Weise gerecht zu werden. In wichtigen geistigen Berufen mache sich bereits ein bedenklicher Nachwuchsmangel bemerkbar. Der Unterschied zu den Verhältnissen in den USA und in anderen Ländern sei beträchtlich. Deshalb müßten nach Ansicht Dr. Adenauers alle organisatorischen Voraussetzungen geschaffen werden, um eine wirkungsvolle Förderung dieser Mittelschichten dauernd sicherzustellen. („Stuttgarter Zeitung“, 4. 10. 56)

Zu dieser Erklärung des Bundeskanzlers schreibt die „Frankfurter Allgemeine“:

„... Es ist keine leichte, aber eine auf lange Sicht lohnende Aufgabe, der sich Dr. Adenauer hier annehmen will. Die Bedachten selbst, jedenfalls soweit sie in ihren freien Berufen am rechten Platz sind, wären die letzten, die behaupteten, die Aufgabe erschöpfe sich in materieller Aufwertung mit Hilfe des Staates. Riefen die Geistig-Schaffenden bloß nach dem Staat und seiner Hilfe, so würden sie bald dessen Knechte. Freiheit kann nicht ohne Risiko sein.“

(Auszug aus einer Meldung der „Frankfurter Allgemeinen“, 4. 10. 56)

**Reklame bei Ärzten.** Das Landesberufungsgericht der Ärzte in Münster hat kürzlich ein Urteil des Berufungsgerichtes der Ärztekammer Nordrhein bestätigt, das einem Arzt wegen unzulässiger Werbung einen Verweis erteilt und ihn zu einer Geldstrafe von tausend Mark verurteilt hatte. Der Arzt aus Bad Honnef hatte zur Wiedereröffnung seiner mit neuzzeitlichen Heilmitteln ausgestatteten Praxis Vertreter der Ortsbehörden und der Lokalpresse eingeladen und eine Zeitungsanzeige erscheinen lassen. Bei dem Empfang in der Praxis wurden in öffentlicher Rede Glückwünsche ausgesprochen, und die örtliche Presse meldete u. a., es hätte sich „einer Einladung folgend, ein großer Kreis von Gästen in der neuen Praxis“ eingefunden.

Die Ärzteorganisation sah die Anzeigen und die auf die Einladung folgenden Presseberichte als einen Verstoß gegen die Berufsordnung der Ärzte an, die — ähnlich wie bei Rechtsanwälten — die Werbung stark einschränkt. Bei der Handlungsweise des Honnefer Arztes habe es sich um unzulässige Reklame gehandelt; denn sogar bei der Besprechung von Heilmitteln werde ein strenger Maßstab angelegt, und auch dabei dürfe keine Werbung vorgenommen werden.

Dr. St.  
(MMWo.)

**Alarm für Apotheker** (Hbg. Anzeiger, 23. 11. 56): Wie eine Bombe schlug ein Urteil des Bundesverwaltungsgerichts in Berlin bei den Apothekern ein. Denn am 22. 11. 56 wurde die Bedürfnisprüfung bei der Zulassung von Apotheken als verfassungswidrig erklärt. Das bedeutet die völlige Gewerbefreiheit der Apotheker ohne den bisherigen staatlichen Schutz. Dr. Werner Klie, der neue Präsident der Bundesapothekerkammer, Sitz Frankfurt, sagte, daß dieses Urteil das Ende der deutschen Apotheke in ihrer jetzigen, für viele Länder vorbildlichen Form bedeute. Ein Urteil des ebenfalls mit der Sachlage befaßten Bundesverfassungsgerichts in Karlsruhe wird in nächster Zeit erwartet. — Tradition spielt wohl nur noch wenig eine so große Rolle wie bei den Apothekern. Eine strenge und lange Ausbildung von der Lehrlingszeit über das Studium führt zum Provisor. Aber nur ein kleiner Teil wird einmal Apothekenbesitzer, denn die Konzessionen für die Zulassung einer Apotheke werden erst nach jahre-

langer Bewährungszeit und genauester Prüfung gegeben. Der Apotheker selbst muß ein Betriebsberechtigungsalter von 30 Jahren aufweisen. Die Vorschrift bestimmt weiter, daß auf 8000 Einwohner eine Apotheke kommen darf. Erhebliche Unruhe kam daher schon unter die Apotheke, als die Bundesregierung den Entwurf für ein neues Apothekengesetz ausarbeitete, das u. a. eine Apotheke auf 7000 Einwohner zulassen wollte. Jedoch wurde über dieses Gesetz noch nicht endgültig entschieden.

... Das Grundsatzurteil des Bundesverwaltungsgerichts wurde auf die Klage der Apothekerin Fanny Lettau aus Düren gefällt. Sie hatte das Innenministerium von NRW verklagt, denn als sie vor 4 Jahren die Apotheke ihres verstorbenen Vaters übernahm, verweigerten ihr die Behörden die Konzession mit der Begründung, daß sie erst ein „Betriebsberechtigungsalter“ von nur 12 Jahren aufzuweisen hätte. Wirtschaftliche Sicherung der Existenz der Apotheken als Betrieb war der Grund der bisherigen Einschränkung. Das Bundesverwaltungsgericht bekannte sich jedoch zu dem Grundsatz, daß die Apotheke ein Gewerbebetrieb sei und nicht durch den Staat vor der freien Konkurrenz geschützt werden dürfe. Außerdem schränke die Bedürfnisprüfung bei der Zulassungserteilung das Recht der freien Berufswahl ein, das im Art. 12 des Grundgesetzes verankert ist. Nur die ältesten, unselbständigen Apotheker wurden bisher in die behördlich konzessionierten Apotheken eingesetzt. Nach diesem Urteil kann jeder Apotheker, der ein erfolgreich abgeschlossenes Studium aufweisen kann, eine Apotheke eröffnen. Die deutschen Apotheker müssen sich aufs schärfste gegen dieses Urteil wenden. Denn die Bedürfnisprüfung ist unumgänglich notwendig. Der Apotheker braucht den Schutz des Staates, da er, um die Arzneivorschriften zu erfüllen, oft gegen die wirtschaftlichen Interessen handeln muß.

DZA

**Kassen umwerben Rentner.** (Industriekurier, Dsdf., 16. 10. 1956): Nach der Verabschiedung des Gesetzes über die KVdR erschienen große Inserate der AOKen in der Presse, in denen die Rentner darauf aufmerksam gemacht wurden, wie sie sich künftig zu verhalten hätten, und wo sie sich in ihrem wohlverstandenen Interesse melden sollen. Diese wohlmeinende Betreuung hat ihre Hintergründe, die jetzt in der Zeitschrift „Die Krankenversicherung“ (Sept.) aufgedeckt werden. Hier gibt Dr. O. Estenfeld, Köln, Einblick in die internen Beratungen und Wünsche der Kassen und teilt mit, daß das zuständige Arbeitsministerium in Düsseldorf sich Mitte des Jahres nicht entschließen konnte, die ihm vorgelegten Stellenplanrichtlinien zu genehmigen, weil im Zuge der Durchführung der neu geordneten KVdR eine sehr erhebliche Veränderung in den Mitgliederzahlen eintreten könnte. Der künftige Stellenplan, sagt Dr. Estenfeld, und die Zahl der versicherten Rentner stehen bei jeder Orts-, Land- und Innungskrankenkasse in direkten Wechselbeziehungen. „Die Rentner werden umworben wie die schönen Mädchen auf dem Tanzboden“, schreibt er weiter... — Daß diese Werbung nicht immer ganz fair war, beweist ein Schreiben des Bundesarbeitsministers vom 19. 7. 1956 an den Hauptverband der Betriebskrankenkassen... u. a.: „Ich bedaure gleich Ihnen die Einzelaktionen verschiedener AOKen zur Durchführung des Gesetzes über die KVdR, die vor Erlass der entsprechenden Verwaltungsvorschriften in Gang gesetzt wurden. Die

von den Kassen hierbei benutzten Vordrucke weisen, wie mir bekannt geworden ist, z. T. nicht nur Abweichungen von den in den Verwaltungsvorschriften vorgeschriebenen Vordrucken auf, sondern darüber hinaus Unrichtigkeiten gegenüber dem Wortlaut des Gesetzes. Soweit die von den Rentnern hierbei abgegebenen Erklärungen dem Gesetz über die KVdR entsprechen, wird ihnen jedoch die rechtsverbindliche Wirkung nicht abgesprochen werden können. Eine vor Inkrafttreten des Gesetzes abgegebene Erklärung hat dagegen vor dem 1. 8. 1956 m. E. keine rechtsverbindliche Wirkung.“

Die AOKen sind sehr emsig gewesen. Das ging so weit, daß in Moers die Rentner sogar von den Kanzeln der katholischen Kirchen aufgefordert wurden, sich zwecks Vermeidung von Nachteilen bei ihrer AOK anzumelden, während die anderen Kassenarten überhaupt nicht erwähnt wurden. DZA

**Versichertenzahlen:** Aus der kürzlich veröffentlichten amtlichen Statistik, die von den sozialen Krankenkassen für 1954 durchgeführt worden ist, ergibt sich, daß 4 von 5 Einwohnern, einschl. Rentnern und Familienangehörigen, krankenversichert sind. Unmittelbar versichert sind 23,8 Mill., mit Angehörigen insgesamt 38 Millionen. Mit privaten Krankenversicherungen wurden etwa 6,5 Mill. Krankenkosten- und rund 1,5 Mill. selbständige Zusatzversicherungen abgeschlossen. Rechnet man die nur ergänzend zu einer Krankenkostenversicherung abgeschlossenen Zusatzversicherungen hinzu, so ergibt sich eine Gesamtzahl von ca. 10,2 Millionen privater Krankenversicherungs-Verträge. — Die Entwicklung der letzten 25 Jahre läßt sich daraus entnehmen, daß eine Kasse 1930 durchschnittlich nur 3000, 1954 aber (ohne Rentner) rund 8600 Mitglieder hatte. Der Privatpatient scheint auszusterben.

DZD 88/56

**Geburtenkontrolle in China.** Die chinesische Frauenführerin Tsai Tschang erklärte auf dem kommunistischen Parteikongreß, China sollte die Geburtenkontrolle „entschlossen in die Tat umsetzen“. Das wäre für die Gesundheit der Frauen, die Erziehung der Kinder, das Familienleben und für den Wohlstand des Landes von großem Nutzen. Frau Tschang betonte, der Konflikt zwischen Frauenarbeit und -studium einerseits sei heute größer als je zuvor. Die Bevölkerung Chinas nimmt derzeit zu, doch erklärten verantwortliche Funktionäre, die geplante Einführung der Geburtenkontrolle habe nichts mit einer Furcht vor Übervölkerung zu tun. Durch sie solle nur die Gesundheit der Frauen geschützt und den Frauen bei ihrer Arbeit geholfen werden.

Öe. ÄZtg. Nr. 10/56

**Indien. Geburtenkontrolle.** Der zu hohe Geburtenüberschuß stellt zur Zeit eine große Sorge für die indische Regierung dar. Er droht, alle Bemühungen, der Bevölkerung einen besseren Lebensstandard zu verschaffen, wieder zu vernichten. In kurzer Zeit wird die Einwohnerzahl eine Höhe von 390 Millionen erreichen. Steigt sie, wie bisher, gleichmäßig um 5 Millionen jährlich weiter an, so ist 1981 mit einer Bevölkerungszahl von 520 Millionen zu rechnen. Bereits heute leben auf einer Fläche, die halb so groß ist wie die USA, mehr als doppelt so viele Menschen wie dort. In einem großen Familienplanungsprogramm sollen bis 1961 300 städtische und 2000 ländliche Kliniken für diesen Zweck eingerichtet werden. Man will dort die Bevölkerung in der Geburtenkontrolle unterrichten.

Ö. Ä. Z.

BEI GRIPPE

ANGINOS

Temperatur

MUND- UND  
RACHENDESINFIZIENS

**Japan.** Die japanische Bevölkerung war im Oktober 1955 nach einer Meldung der Zeitung „Asahi“ auf über 89 Millionen angestiegen. Das bedeutet innerhalb von fünf Jahren einen Zuwachs von sechs Millionen Menschen — trotz der in Japan stark propagierten Geburtenkontrolle.  
O. A. Z.

**1 1/2 Millionen neue Nichtraucher in den USA** meldet amtlich das US Census Bureau. Diese Männer, die meist unter 45 Jahren sind, haben innerhalb der letzten 18 Monate das Zigarettenrauchen völlig aufgegeben. Wie die Gesellschaft für Gesundheitskultur e. V. dazu schreibt, sei es erstaunlich, in welchem Umfang die breite amerikanische Öffentlichkeit auf die mit erheblichem Aufwand durchgeführte Aufklärungskampagne des amerikanischen Gesundheitsdienstes reagiert hat.  
M.Klin. 41/56

**Professoren und Fabrikarbeiter in USA.** Der Hilferuf der Harvard-Universität, die zusätzliche Gelder in Höhe von 75 bis 100 Millionen Dollar benötigt, zeigt die Schwierigkeiten jener amerikanischen Universitäten, die ein kleineres Budget haben. Das jährliche Einkommen der Harvard-Universität hat sich in den letzten 25 Jahren verdoppelt, die Kosten haben sich aber vervierfacht. Die Kaufkraft der Gehälter der Universitätslehrer ging um die Hälfte zurück, während die Kaufkraft der Fabrikarbeiterlöhne sich verdoppelte. Die New York Times (vom 2. II. 1956) fügt hinzu, daß es ein erschreckendes Zeichen für die Nachlässigkeit sei, mit der in den USA die wichtigste nationale Kraftquelle behandelt wird. (Anm.: Es erübrigt sich wohl, auf die Gleichartigkeit der deutschen Verhältnisse hinzuweisen.) ID

## BUCHBESPRECHUNGEN

**Deutsches Handbuch für Fremdenverkehr,** Band III, Hessen, Rheinland, Pfalz und Westfalen. 712 S., Halbin., DM 15.—, Band I (Württemberg-Baden-Bodensee), Band II (Bayern), Band IV (Berlin-West, Niedersachsen, Hamburg, Bremen), alle vier Bände zusammen: DM 45.—.

Die in vielen Jahren bewährte Einteilung in Reisegebiete des Handbuchs für Fremdenverkehr vermittelt ohne langes Studium das Wesentliche über Land und Leute, über landschaftliche, künstlerische und historische Sehenswürdigkeiten. Wenn das Werk nunmehr bereits in seiner 15. Ausgabe erscheint, so spricht diese Tatsache doch für sich.

3600 Fremdenverkehrsorte werden beschrieben, über 5000 Bilder lassen ein lebendiges Bild der deutschen Landschaft entstehen. Ein ausführliches Unterkunftsverzeichnis mit Richtpreisen hat bereits in der letzten Ausgabe großen Anklang gefunden. Von dem insgesamt vier Bände umfassenden Werk liegt jetzt Band III fertig vor, der auf 712 Seiten die Gebiete Hessen, Rheinland, Pfalz und Westfalen behandelt.

Allen, die tiefer in die Materie eindringen wollen, bieten die Anhänge lückenlose Unterlagen. Die Angaben über Heilbäder und Kurorte wurden vom Deutschen Bäder-Verband überprüft — wie überhaupt den Aufstellungen über Sanatorien und Heilstätten, Landschulheimen und Kinderheimen, Jugendherbergen, Campingplätzen, Grenzauskunftsstellen u. v. a. m. offensichtlich besondere Aufmerksamkeit zugewendet wurde. Diese Angaben machen das Werk noch nützlicher für alle, die beruflich oder zu ihrer Erholung reisen, und unentbehrlich für den Fachmann.

Nicht zuletzt sei das reichhaltige Kartenmaterial erwähnt. Selbstverständlich erscheint das Werk wieder, wie seine Vorgänger, im Auftrag des Bundes Deutscher Verkehrsverbände.

**Ärztetadrebuch von Niedersachsen.** 3. Jahrgang. Schlütersche Verlagsanstalt und Buchdruckerei, Hannover. 220 Seiten, Ganzleinen DM 12.—.

Im Niedersächsischen Ärztetadrebuch sind nicht nur die Anschriften der Ärzte, Krankenanstalten und Gesundheitsämter, sondern auch die der Zahnärzte, Dentisten, Tierärzte, Apotheken, Hebammen und Dienststellen des Deutschen Roten Kreuzes aufgeführt. Die genannten Personen und Körperschaften sind ortsweise alphabetisch vorgetragen. Da ein Namensregister fehlt, ist ein Arzt nicht auffindbar, wenn der Praxisort nicht bekannt ist. Das Verzeichnis ist wohl für örtliche am Gesundheitswesen Interessierte wertvoll, gibt aber keinen Überblick über die standespolitisch interessanten Verhältnisse im Lande Niedersachsen.

**Arzneiverordnungen, Ratschläge für Ärzte,** herausgegeben von der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. 10. Auflage, 1956. S. Hirzel Verlag, Stuttgart. 387 S., flexibel geb. DM 12.—.

Wer eine frühere Auflage der „Arzneiverordnungen“ kennt, wird schnell feststellen und zugleich begrüßen, daß die neue Auflage kein restauriertes Museumsstück ist, sondern etwas Neues. Wertvoll ist das gut ausgestattete Taschenbuch in zweierlei Hinsicht: einmal als äußerst gewissenhaft und nach gut durchdachten Grundsätzen geordnetes Auskunftsmittel für den Arzt, das sehr wohl geeignet erscheint, eine pharmakologisch sinnvolle rationale Arzneitherapie zu fördern, und zum anderen für die pharmazeutische Industrie als ein mahrender und richtungweisender Finger. So heißt es im Vorwort, daß neue Präparate, insbesondere Mischpräparate, ohne wesentliche therapeutische Vorteile nicht aufgenommen werden. Phytotherapeutischen Mitteln wurde wenig, homöopathischen gar kein Raum gegeben.

Ein Taschenbuch dieser Art kann kein Lehrbuch sein; dennoch ist in dieses didaktischer Geist geflossen, zu seinem Vorteil, und man darf annehmen, daß die „Arzneiverordnungen“ noch an Beliebtheit und Bedeutung gewinnen werden.  
R. Schenk

**Kleines Lexikon für Zuckerkrankte,** von O. Vontz. Verlag Kirchheim & Co., GmbH., Mainz, 1956. 35 Seiten, 3 Tabellen, karton, DM 1.60.

Die Therapie der Zuckerkrankheit ist in optimaler Form nur dann möglich, wenn der Zuckerkrankte selbst Verständnis für die ärztlichen Verordnungen besitzt und in der Lage ist, sie sinngemäß durchzuführen. Ein starres Schema z. B. für die Diätverordnung, kann es nicht geben, da gerade durch die Kohlenhydratgaben die Tagesschwankungen ausgeglichen werden müssen. Was wir sonst als Ärzte verurteilen, nämlich die Beschäftigung eines Kranken mit seiner Störung, ist beim Diabetes bis zu einem gewissen Grad unbedingtes Erfordernis. Es kommt deshalb der Laienaufklärung im Rahmen der Diabetestherapie eine besondere Bedeutung zu. Diesem Zweck dienen verschiedene Bücher und Broschüren, die dem Patienten, aber auch dem Arzt als Hilfsmittel für diese Aufklärung dienen können.

Das vorliegende kleine Lexikon für Zuckerkrankte soll dazu dienen, Fremdworte und Begriffe zu verdolmetschen, d. h. also, dem Diabetiker die Möglichkeit geben, sich über alle mit dem Diabetes zusammenhängenden Fachausdrücke zu informieren. Inwieweit ein solches kleines Lexikon im Rahmen der Belehrung seinen Zweck erfüllt, bzw. erfüllen kann, sei dahingestellt. Es besteht immerhin die Gefahr, daß der Diabetiker angereizt wird, nun sich auch an wirkliche Fachliteratur zu wagen, etwas, was wir keinesfalls als wünschenswert bezeichnen möchten. Das Prinzip der Belehrung und Aufklärung ist hier vielleicht etwas zu wenig berücksichtigt. Die Erklärung der einzelnen Worte und Begriffe ist klar und verständlich, die beigefügten Tabellen verzichten erfreulicherweise auf unnötige Fülle, sondern beschränken sich auf das Wesentliche. Man kann das kleine Werk deshalb zweifellos dem gebildeten Diabetiker ohne Bedenken anraten, wenn er sich über Begriffe informieren will. Man kann es aber besonders allen jungen Kollegen und Studenten zu schneller Information empfehlen.

Prof. Dr. Dr. F. Steigerwaldt

**Grundriß der pathologischen und klinischen Physiologie.**

Von E. Fischbach. Verlag R. Müller & Steinicke, München 1956, 446 S., 13 Abb., karton, DM 15.—.

Die Grundrisse der Müller-Steinicke'schen Sammlung erfreuen sich schon jahrzehntelang großer Beliebtheit als Vorbereitungsbücher und Repetitorien für das Examen. Hier handelt es sich um eines der wichtigsten Fächer, von dem der Verfasser mit Recht sagt, daß es die wichtigste Grundlage des medizinischen Denkens ist. Der Autor hat sich mit Erfolg bemüht, die großen Spezialwerke dieses Gebietes mit ihrem individuellen Gepräge zusammenfassend zu berücksichtigen und eine einführende Übersicht zu liefern. Sie ist deshalb nicht nur für den stoffbehafteten Studierenden, sondern nicht zuletzt auch für den vielbeschäftigten Praktiker geeignet. Liefert diesem doch die pathologische Physiologie auch die Hauptgrundlagen für die Pathogenese, was für Begutachtungen wesentlich ist. Der kleine Band umfaßt 446 Seiten, wobei noch von Kleindruck reichlich Gebrauch gemacht wurde, zeigt viele schematische Tafeln und 13 instruktive Abbildungen. Der Inhalt bearbeitet die Störungen des Kohlenhydrat-Eiweiß-Fett-Gesamtstoffwechsels und Energiehaushalts sowie der Leberfunktion. Es folgen die pathologische Physiologie

der Wirkstoffe, des Blutes und des Blutkreislaufs und schließlich die Störungen des Wärmehaushalts, der Atmung, der Nierenfunktion und des Nervensystems. Das kleine, aber inhaltsreiche und klar geschriebene Werk kann als Einführungsbuch und Repetitorium bestens empfohlen werden.

H. Kämmerer, München

**Praktische Gastroenterologie.** Von E. Haffter unter Mitarbeit von H. W. Hotz und F. Deuschler, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1956. 380 S., 148 Abb. Ganzleinen DM 48.—.

Dieses von drei Schweizer Autoren verfaßte und in einem deutschen Verlag erschienene Werk, — ein Zeichen vorbildlicher europäischer Zusammenarbeit, — wird vermutlich über die Grenzen der beiden Länder hinaus Interesse finden. Das Schrifttum, nicht nur für die wissenschaftlichen, auch für die rein praktisch-ärztlichen Belange, ist auch auf diesem wesentlichen Teil der inneren Medizin sehr angewachsen und die dicken Handbücher sind allzu teuer geworden. Aber hier ließ der von den Autoren eingehaltene und vom Verlag gewünschte Verzicht auf historische Aspekte und theoretische Erwägungen einen Leitfaden der Diagnostik und Therapie entstehen, der einem dringenden Bedürfnis entgegenkam. Dabei läßt das Buch hinsichtlich Diagnostik und Therapie auch über die neuesten Methoden eine erstaunliche Vollständigkeit erkennen. Eine wesentliche Bereicherung sind die ausgezeichneten photographischen, z. T. farbigen, aber auch vor allem die vielen röntgenologischen und didaktisch-schematischen Abbildungen, recht wichtig ist das Kapitel über Differentialdiagnose der Oberbauchbeschwerden.

Außer den Darstellungen der Oesophagus-Magen-Duodenum- und Darmkrankheiten folgen, wie zu erwarten, sehr ausführliche Abhandlungen über die Erkrankungen der Gallenblase und Gallenwege, der Leber und des Pankreas. Ein zehntes, aber besonders willkommenes und nützliches Kapitel ist „Beschwerden ohne objektiven Befund“ überschrieben.

Bei der Röntgendiagnostik wird besonders die Doppelkontrastmethode ausführlich geschildert und durch vorzüglich reproduzierte Röntgenbilder ergänzt. Die Porcker'sche Technik der Phosphorautoradiographie kann bei Atonie oft noch Antrum, Bulbus und Pylorus zur Darstellung bringen. Die Technik der fraktionierten Magensaftuntersuchung nach Histamininjektion ist genau beschrieben. Das Kapitel „Allgemeine Therapie“ trägt (wie auch mancher andere Abschnitt) ein französisches Motto, das mit trefflicherem Humor nicht nur den schematischen Tropfen- und Pillenverschreiber trifft. Es lautet: „Malheur au chef qui arrive sur le champ de bataille avec un système“ (Napoleon Bonaparte). — Es ist klar, daß unter den Medikamenten auch die neueren Antibiotica ihren gebührenden Platz finden. — Gegen Oesophagusblutungen ist besonders auf die Sengstabenprobe hingewiesen. Für die Ulcusdiagnostik sind allein die schematischen und röntgenologischen Bilder so zahlreich und belehrend, daß der Anfänger sich kaum eine bessere Grundlage wünschen kann. Ebenso sei auf die instruktiven Schemata der karzinomatösen Magenwandstarre und ihre Belege durch Röntgenbilder hingewiesen.

Unter dem Titel „Syndrome“ erfahren das „akute Abdomen“ von Deuschler und die „Dünndarminsuffizienz“ von Hotz vorzügliche Darstellungen. Es würde für dieses Kurzreferat zu weit führen, auch noch auf die Erkrankungen des Darmes, der Gallenwege, der Leber und des Pankreas einzugehen, aber es wird auch der Erfahrene viel Neues und Belehrendes aus diesen Kapiteln entnehmen können, besonders da sich der Autor bestrebt, das ausländische Schrifttum weitgehend zu berücksichtigen. H. Kämmerer, München

**Entfesselte Medizin.** Von Gerhardt Giehm. Verlag Klepenheuer, Witsch & Co., Köln-Marienburg. 176 S., brosch., DM 9.80.

Mit einer unerhört scharfen Feder unterzieht der Verfasser unsere schulmedizinischen und außenseiterischen Heilmethoden einer eingehenden Kritik. Dabei gelangen ihm oft ganz ausgezeichnete Bonmots, die den Leser zum lauten Heiterkeitsausbruch zwingen. Wenn nicht auch die Kurpfuscher eine noch gehörigere Lektion bekämen, wäre das Buch in der Hand von Laien sehr gefährlich. Der Verfasser versteht es meisterhaft, mit wenigen, aber sehr prägnanten Worten bei den einzelnen Kapiteln auch die diesbezügliche soziale Situation zu beleuchten. Das Heft ist nicht nur äußerst amüsant zu lesen, sondern vermag den ärztlichen Leser auch durchaus zum Nachdenken anzuregen.

Si.

**Die Grundlagen der Charakterkunde.** Von Ludwig Klages.

Elfte, durchgesehene Auflage. H. Bouvier u. Co. Verlag, Bonn. Studienausgabe, 230 S., kart. 6.— DM.

Klages' „Grundlagen“ stellen seit fast fünf Jahrzehnten das führende und inzwischen klassisch gewordene Werk der Charakterkunde (der Wissenschaft von der Persönlichkeit und den Spielarten der persönlichen Charaktere) dar. Aufgabe der Charakterologie ist die Erforschung der Wesensqualitäten des Menschen. Den Namen prägte Bahnsen, dessen zweibändige „Beiträge zur Charakterologie“ im Jahre 1867 erschienen. Der jedoch wichtigste Vorgänger der Wesensforschung vor Klages ist Friedrich Nietzsche. Seine seelenkundlichen Funde und Errungenschaften sollte jeder Charakterologe gegenwärtig haben. Unter anderem zeigte er, daß Charakterkunde unmöglich ist, wenn nicht zuvor die Selbsttäuschungen durchschaut und aufgelöst wurden. „Was eine Wissenschaft der Seele so schwierig macht, ist nicht die Seele, sondern es ist die Seelenmaskerade, die der Wille zur Macht zwischen sie und den Betrachter geschoben. Darum, wer alle Larven lüftend auch nur bis zur Seele gekommen wäre, hätte vom Forschungsweg der Charakterkunde weitaus die größere Strecke hinter sich.“ (PS. N. p. 82) Das Buch entwickelte sich aus den bereits 1910 erschienenen „Prinzipien der Charakterologie“, die Klages nach vorausgegangenen bewußtseinskundlichen Forschungen 1926 völlig umgearbeitet und erweitert mit dem neuen Titel herausgab. Als die „Grundlagen“ ergänzende Schrift ist Klages' Veröffentlichung „Die psychologischen Errenschaften Nietzsches“ anzusehen, die dem Seelenforscher unentbehrlich für sein Fachstudium ist.

Nach den einführenden Kapiteln über die allgemeinen Grundlagen der Charakterforschung, über das Wesen des Charakters, über die Aufgaben und Methoden der Charakterologie, über die Findung der Fremdseele behandelt Klages die fünf wichtigsten Charaktereigenschaftsklassen: Fähigkeiten oder Begabungen, Ablaufsbedingungen oder Eigenschaften des Charaktergefüges, Triebfedern oder Artungseigenschaften, Aufbau-eigenschaften, Haltungsanlagen. Dem für die Praxis besonders wichtigen System der Triebfedern widmet Klages ein eigenes Kapitel, dem drei Tafeln beigegeben sind. Dem Zerfall, der Zersetzung der Person im hysterischen Charakter geht Klages bis ins einzelne nach, sich der Vorarbeiten Nietzsches bedienend.

Höhepunkte und außerordentliche Leistungen charakterologischen Denkens sind die Ausführungen des achten Kapitels mit der Überschrift „Zur Metaphysik der Persönlichkeitsunterschiede“, wo nicht eine Vielzahl von Charakterbildern, sondern vielmehr die Wesenschichtung eines jeden in der Wirklichkeit jemals möglichen Charakters dargelegt wird.

Das Studium der Klageschen Charakterkunde vermittelt sonst nirgends auffindbares, seelenkundliches Wissen und bedeutet außerdem einen erlesenen geistigen Genuß.

Bei der neuesten Auflage handelt es sich um eine besonders preiswerte Studienausgabe.

Dr. W. Schürer, Berchtesgaden

#### Beilagenhinweis:

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:  
 Adolf Klinge GmbH., München 23,  
 Adolf Klinge GmbH., München 23,  
 UPHA GmbH., Hamburg 20,  
 Dr. Rud. Reiß, Berlin-West,  
 Chemische Fabrik Helfenberg, Wevelinghoven,  
 Vial & Uhlmann, Frankfurt/Main,  
 Bonomedic-Fabrik, München 19.

„Bayerisches Ärzteblatt.“ Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: Mü. 23, Königinstr. 85/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 53. — Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postcheckkonto München 139 00, Richard Pflaum Verlag (Abt. „Bayerisches Ärzteblatt“). Anzeigenverwaltung: Carl Gabler, München 1, Theaterstraße 8, Telefon-Sammelnummer 2 86 86. Fernschreiber 052/3662. Telegrammadresse: Gablerpress. Für den Anzeigenteil verantw.: Ernst W. Scharshinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.

Inhaber des Richard Pflaum Verlages ist die Richard Pflaumsche Erbgemeinschaft mit Anteilen von Frau Elfriede Meckel, geb. Pflaum, Verlegerin, München, und Herrn Carl Heinz Pflaum, Kaufmann, London, zu je 50%. Stille Gesellschafter sind nicht vorhanden.

**Medizinische Meilensteine.** Von Henry J. L. Marriott. Mit einem Vorwort des Nobelpreisträgers und Mitentdeckers des Penicillins, Alexander Fleming. Aus dem Amerikanischen übersetzt durch Dr. J. M. Gradaus. Mathtlas-Grünwald-Verlag, Mainz. 320 Seiten (mit mehreren Zeichnungen). Leinen DM 13.50.

Es liest sich gut, dieses Informierende und zugleich besinnliche Buch von Marriot, Schüler der Oxfordschule, deren berühmter Lehrer, Nobelpreisträger und Mitentdecker des Penicillins, Alexander Fleming, das Vorwort dazu schrieb. Mit der deutschen Übersetzung der „Medical Milestones“ machte der Mathtlas-Grünwald-Verlag eine empfehlenswerte Veröffentlichung des Auslandes der deutschen Leserschaft zugänglich. Ein fremdsprachiges Buch wird eigentlich erst durch eine geglückte Übersetzung in einem anderen Volke heimisch. Dem wohl unterrichteten, humorigen Verfasser kommt es hauptsächlich auf eine Darstellung der Therapiefortschritte der letzten zehn Jahre an; und hier führt er uns eine Straße, die dem Zukunftsfreudigen und Fortschrittsgläubigen allzu leicht als eine via triumphalis erscheinen mag und deren Meilensteine stolze Namen tragen, wie Antibiotica, Antiallergica, Antikoagulantia usw. Marriot jedoch läßt die selten gewordene Gabe der Kritik und Urteilkraft walten und scheut kein freies und offenes Wort, wo es nottut, z. B. gegen die Auswüchse des Medikamentenverbrauches. Er weist mit Recht darauf hin, daß manches heute von der Ärzteschaft gepriesene, neue Heilmittel innerhalb kurzer Frist in Mißkredit geraten kann und von ihr als schädlich abgelehnt wird. Es erhebt sich die Zweifelsfrage, ob die Arzneiherstellung wirklich noch allein der Gesunderhaltung und Heilung von Kranken dient oder ob sie nicht Selbstzweck geworden ist. Die kritische Überlegung ruft das Bedenken, ob nicht die Medikamentenproduktion der Kontrolle der Ärzte entglitt und dem Reklameunwesen und anderen Interessen verfiel. Wir wissen, daß eine Diagnose oft leichter zu stellen ist, als die Wirkung eines neuen Heilmittels objektiv-sachlich abzuschätzen.

Der Inhalt reicht von der Geschichte der Schimmelpilze als Lieferanten der Antibiotica, der Behandlung der Anämie, des Aussatzes, der Malaria, des Hyperthyreoidismus, der operativen Fortschritte der Therapie der angeborenen und erworbenen Herzfehler, der Einführung der Antikoagulantien, der Entdeckung des Rhesusfaktors bis zum DDT und Dramamin.

Der ärztliche Arzneltschatz bereicherte sich in den letzten zehn Jahren mit neuen, wertvollen Heilmitteln, wenn auch keine Allheilmittel gefunden wurden.

Gewiß wird es gelingen, weitere Krankheiten einzukreisen und niederzuhalten und eine fortschrittsgläubige Menschheit wird Grund haben, neue Erfolge und Triumphe zu begrüßen und zu bejubeln. Meint doch Fleming am Ende des Vorwortes: „daß wir in den nächsten zehn Jahren noch größere Fortschritte machen und noch mehr Krankheiten besiegen werden; wir haben die Aussicht auf weniger Leiden und höhere Lebensdauer.“

Als Arzt kann man bei diesen optimistischen Worten nur aufhorchen und sich freuen, mag sich auch die Frage nach dem metaphysischen Werte solcher Errungenschaften und Erfolge melden. Wie der Verfasser im ersten Kapitel auf die Auswüchse des Arzneimittelkonsums hinweist und die täuschende Reklame, so erhebt er im Schlußkapitel seine mahnende Stimme gegen den wissenschaftlichen Dünkel, der sich brüstet, wie herrlich weit wir es gebracht haben, und weist auf die Gegenseite allen Fortschrittes hin. Nicht mehr zu übersehen — auch im Bereiche der eigentlich dem Leben dienenden Heilkunde — sind die Folgen der Erfolge des Fortschrittes; jene zeigen uns ernsthaft die Doppelgesichtigkeit aller Erfindungen und Errungenschaften der Wissenschaft und ihrer Anwendungen auf den Gebieten des Lebens. Der Fortschritt ist durchaus nicht über jeden Verdacht erhaben. Mit Marriot teilen die gleiche Ansicht viele einsichtige Geister der Vergangenheit und Gegenwart. Der Mensch entzweite sich mit der Erde, unser aller Mutter, worauf besonders Klage mit bewegten Worten in der Schrift „Mensch und Erde“ hinwies.

Bei der Lektüre von Marriotts „Meilensteinen“ spürt man, daß die medizinische Forschung eine Angelegenheit der Gesamtmenschheit wurde. Abschließend ist es lehrreich, die Geschichte des therapeutischen Fortschrittes jenseits der eigenen Grenzpfähle geschrieben zu sehen und Einblick zu erlangen in die Forschung des Auslandes.

Dr. W. Schürer

Schon mit



ist ein Infarkt möglich — wenn er auch als Folge von Gefäßwand-Atheromen am häufigsten in den Jahren zwischen 50 u. 60 auftritt. Durch vasotrope sowie lipid- und stoffwechselaktive Substanzen gelingt es, den cardialen Beschwerde-Komplex kausal anzugehen und so die Rezidivgefahr herabzusetzen

Als klinisch-experimentell geprüftes Spezificum bewährt sich hier

# Lipostabil

Gelatinekapseln zur oralen Medikation

O. P. 36 Stück 4,30  
Kursp. 100 Stück  
Großp. 400 Stück

 **NATTERMANN**  
KÖLN

# Cor-Vel

## Herzsalbe

Cor-Vel O.-P. DM 1,30 o. U. »NEOS« - DONNER KG., BERLIN JO 36 Cor-Vel D.-P. DM 2,40 o. U.

### Stellenangebote

An der Heil- und Pflegeanstalt des Bezirkes Schwaben in Günzburg ist die Stelle eines

### Vertragsarztes

sofort zu besetzen. Vergütung entsprechend TO A III. Psychiatrisch-neurologische Vorkenntnisse Voraussetzung. Bewerbungen mit handschriftlichem Lebenslauf und Zeugnisabschriften an die  
Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Günzburg/Donau.

Der Zweckverband „Stadt- und Kreiskrankenhans Kulmbach“ baut in Kulmbach (Ofr.) ein Krankenhaus mit 200 Betten und der Möglichkeit einer Erweiterung auf 300 Betten. Das Krankenhaus wird voraussichtlich 1959 in Betrieb genommen. Für die Besetzung der Chefarztstelle wird gesucht

### Chirurg oder Internist

mit den einschlägigen  
Prüfungen  
und Berufserfahrungen.

Der Chefarzt soll dem Bauherrn bei der Planung und der Durchführung des Baues beratend zur Verfügung stehen. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen werden erbeten an den Zweckverband, Kulmbach (Ofr.), Rathaus, bis 30. 1. 1957. Persönliche Vorstellungen nur nach Aufforderung.

Für geburtsbiffl.-gynäkolog. Privat-Klinik in Regensburg wird

### Assistenzarzt oder -ärztin

oder Pflichtassistenztarzt oder -ärztin gesucht.  
Die Anrechnung zur Facharzt-Ausbildung für Gynäkologie für zwei Jahre ist möglich. Eintr. nach Vereinbarung. Vergütung nach TO A III. Bewerbungen mit Lebenslauf, Approbation u. Zeugnissen erb. an  
Dr. Robert Steininger, Regensburg, Prüfeninger Straße 24

Beim Kreiskrankenhans Moosburg in Oberbayern ist ab 1. Februar 1957 die Stelle des

### 2. Assistenzarztes

neu zu besetzen. Gehalt nach Gruppe III TO A. Bewerbungen mit Lichtbild, Approbationsurkunde und Zeugnisabschriften umgehend erbeten an das Landratsamt Freising in Oberbayern. Das Krankenhaus Moosburg hat 304 Betten. Im Jahre 1954/55 wurde ein Um- und Erweiterungsbau durchgeführt.

Außerdem sucht das Kreiskrankenhaus Moosburg ab sofort einen  
Medizinalassistenten.

Gewährt werden neben freier Wohnung u. Verpflegung monatl. DM 150.—

### Assistenzarzt

für größere, modern eingerichtete Privatklinik in Oberbayern gesucht. Interne und chirurgische Vorbildung erwünscht. Weiterbildung in Chirurgie und Geburtshilfe gegeben. Bezahlung nach TO A III. Antritt 15. Februar 1957. Bewerbungen mit Bild, Lebenslauf und Zeugnissen unter 27/460 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

### Med.-techn. Assistentin

wird ab sofort für das Labor des Stadtkrankenhanses Hof/Bayern gesucht. Bezahlung nach TO A VII. Übliche Bewerbungspapiere erbeten an den  
Ärztlichen Direktor des Stadtkrankenhauses Hof/Bayern.

### Facharzt für Chirurgie

oder langjährig ausgebildeter Chirurg für größere, modern eingerichtete Privatklinik in Oberbayern gesucht. Bezahlung nach TO A II. Dienstantritt 1. bzw. 15. Februar 1957. Bewerbungen mit Bild, Lebenslauf und Zeugnissen unter 27/468 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

### Assistenzarzt

für die Innere Abteilung des Kreiskrankenhanses Füssen/Allgäu (Leit. Arzt Dr. med. habil B. Deppe) zum 1. Mai 1957, eventuell früher, gesucht.

Vergütung nach TO A III mit Austrückungsmöglichkeit in TO A II. Voraussetzungen sind eine gute interne Ausbildung (evtl. Facharzt), Beherrschung der Röntgendiagnostik, EKG usw. sowie die Fähigkeit, den leit. Arzt zu vertreten.

Bewerbungen mit üblichen Unterlagen und Lichtbild sind zu richten an den Herrn

Landrat des Landkreises Füssen a. Lech/Allgäu

Alle Formen  
**Pertussis**

Bronchitis

# Mona- pax

(Name geschützt)



Ohne Codein und Antibiotica  
Prompt wirksam, gut verträglich

Muster und Literatur bereitwillig durch

APOTHEKER MÜLLER GMBH  
ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

Das Städt. Medizinische Krankenhaus Freising sucht eine

### med. techn. Assistentin

mit Ausbildung im Röntgenraum und Laboratorium, staatl. Examen und perlekten Kenntnissen in Kurzschrift und Maschinensreiben. Bezahlung nach Vergütungsgruppe VII TO A. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen und einem Lichtbild sind an die Stadt Freising zu richten.

### Gewandte Sprechstundenhilfe

für große Allgemeinpraxis sofort gesucht. Bedingung: Kleines Labor, Steno, Schreibmaschine, Kassenabrechnung. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen erbeten unter 27/477 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

# Hylak

TROPFEN  
TROPFEN FORTE

Zur Wiederherstellung der physiologischen Darmflora

L. MERCKLE & CO. G. m. b. H. CHEM.-PHARM.-FABRIK BLAUBEUREN

