

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 6

München, Juni 1957

12. Jahrgang

Schwesternprobleme

Vortrag auf der 74. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in München am 25. 4. 1957

Von Priv.-Doz. Dr. Kurt Spohn, Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg

Aus der Tatsache, daß entgegen allem Herkommen heute „Schwesternprobleme“ auf dem Programm einer rein wissenschaftlichen Tagung stehen, mag man er-messen, welch große Rolle sie für alle Ärzte spielen, deren Tätigkeitsfeld das Krankenhaus ist.

Die Probleme des Krankenpflegeberufes sind kein Produkt der jüngsten Zeit. Sie betreffen auch nicht nur die deutschsprachigen Länder. Sie sind vielmehr ein Weltproblem! Aber — sie waren bei uns noch nie so brennend wie gerade jetzt!

Das Krankenpflegegesetz (Gesetz über die Ausübung der Kranken- und Kinderkrankenpflege) ist noch nicht verabschiedet.

Die Diskussion aller damit zusammenhängenden Fragen sollte nicht nur den Schwesternschaften, Krankenhausträgern, den Gewerkschaften und den Ausschüssen der Länder und des Bundes überlassen werden. Sie geht auch nicht nur die Öffentlichkeit an, die durch die Presse in zunehmendem Maße, aber oft recht einseitig und zum Teil auch völlig falsch informiert ist, sondern ganz vornehmlich uns Ärzte, insonderheit uns Krankenhausärzte!

Wir müssen unsere Ansichten und Vorschläge zur Lösung der bereits an den Lebensnerv einer geregelten Krankenversorgung rührenden Fragen formulieren.

Wer sollte die Nöte der Schwestern und Pfleger, die Möglichkeiten der Rationalisierung, der Unterbringung, der Entlohnung, der Ausbildung und Fortbildung besser beurteilen können als der Arzt im Krankenhaus! Und wem anders sollte jede Verbesserung der Situation der Schwestern mehr am Herzen liegen, als uns, deren nicht wegzudenkende und unersetzliche Helferinnen sie sind. — Nostra res agitur!

Und der bei uns Hilfe suchende Kranke wäre der Leidtragende, wenn die Pflegekräfte nach Zahl und Ausbildung mit den Fortschritten der Medizin schon in naher Zukunft nicht mehr Schritt halten könnten.

Die Probleme sind vielschichtig.

Lassen Sie mich an Hand authentischer Zahlen die gegenwärtige Situation aufzeigen. Patentvorschläge erwarten Sie bitte nicht!

Die zentrale Frage, um die sich alle anderen kristallisieren, ist der seit dem Kriege schnell zunehmende Mangel

Krankenanstalten und Krankenpflegepersonen in Bayern 1938 — 1955

	Kranken-anstalten	Betten	Schwestern	Pfleger
1938	648	62 535	12 401	1 820
1946	804	82 596	13 956	1 620
1950	766	82 710	16 073	1 311
1955	799	94 585	13 606	1 197

+51.2% + 8.8% - 34.2%

Bild 2

(Bayerisches Statist. Landesamt)

an Schwestern und Pflegern. Hier und dort wurde davon geschrieben, es fehlten in Westdeutschland 40 000 Schwestern. Diese Zahl, so horrend sie ist, kommt den tatsächlichen Verhältnissen offenbar ziemlich nahe.

Es gibt seit dem Jahre 1952 wieder eine Bundes-Statistik. Nach ihr hat die absolute Zahl der in den Krankenhäusern tätigen Schwestern in den letzten 4 Jahren nicht abgenommen, sondern ist um 1,7% gestiegen. Relativ besteht dennoch ein merklicher Rückgang:

Auf 1000 Betten kamen 1952 113, 1955 nur noch 110 Schwestern. Katastrophal liegen die Verhältnisse bei den Pflegern. Ihre Zahl ist in 4 Jahren um 46,4% gesunken:

1952 noch 24 Pfleger auf 1000 Betten, jetzt nur noch die Hälfte! Gibt es einen härteren Beweis für die zunehmende Flucht aus dem Pflegeberuf! (Bild 1)

Sagen Sie bitte nicht, das träfe auch für andere Sparten des Gesundheitswesens zu und sei nur eine Folge unserer Hochkonjunktur mit ihren vielfältigen Arbeitsmöglichkeiten für Männer und Frauen:

Die medizinisch-technischen Assistenten, Gymnasten und Masseure haben im gleichen Zeitraum um 67% zugenommen! Ihr Zustrom zu den Schulen hält an, und die vermehrte Nachfrage wird voll gedeckt.

Eine Ursache für den Schwestern- und Pflegermangel liegt zweifellos im ständigen Wachsen der Krankenhäuser. Sehen Sie die Verhältnisse in Bayern:

Das Personal der Krankenanstalten im Bundesgebiet in den Jahren 1952-1955

	1952		1955		
	Anzahl	Auf 1000 Normalbetten	Anzahl	Auf 1000 Normalbetten	
Krankenschwestern	56 985	113	57 969	110	52-55 + 1.7%
Krankenpfleger	11 936	24	6 428	12	52-55 - 46.4%
Krankenschwesternschülerinnen	8 721	17	11 418	21	
Krankenpflegeschüler	884	1	830	2	
Medizinisch-techn. Hilfskräfte (med. techn. Assistenten med. techn. Gehilfen Krankengymnasten Masseure)	9 027	24	15 116	29	52-55 + 67.4%

(Statist. Bundesamt)

Bild 1

**Normalbetten in den Krankenanstalten
des Bundesgebietes u. Berlin (West) am 31.12.1955
nach größeren Verwaltungsbezirken**

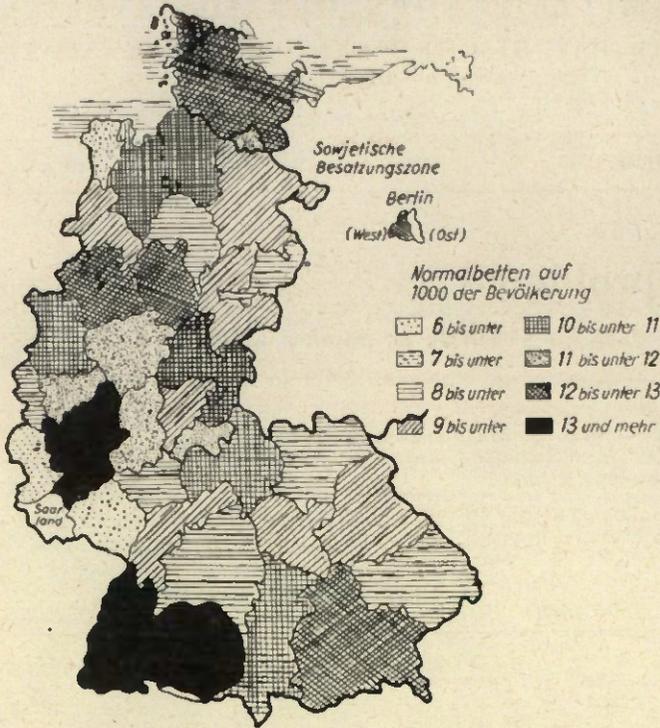


Bild 3 (Statist. Bundesamt)

Die Bettenzahl ist seit 1938 um 51% gestiegen. Die Zunahme der Gesamtzahl der Schwestern hat damit nicht entfernt Schritt gehalten: 8,8%! Die Pfleger sind um 34% weniger geworden. (Bild 2).

Ein Ende dieser Minusbilanz ist keineswegs abzusehen. Überall werden Krankenhäuser neu errichtet oder erweitert. In den angelsächsischen Ländern kommen auf 1000 Einwohner 12-13 Krankenhausbetten. Bei uns gibt es noch große Gebiete mit 6, 7 und 8 Betten pro Tausend der Bevölkerung. Und auch dort, wo es schon 13 sind, wie z. B. in Baden-Württemberg, sind die Krankenhäuser fortwährend überfüllt. Dieses Ausbau-Programm muß zwangsläufig zu einem fortschreitenden Mangel an Schwestern und zu einer kaum tragbaren Mehrbelastung der vorhandenen führen. (Bild 3).

Dabei ist es eine weitverbreitete Ansicht, die Kranken blieben heute länger in stationärer Behandlung als früher, und das müsse die pflegerischen Aufgaben erleichtern. Sie ist irrig: (Bild 4).

Die moderne Therapie und Diagnostik erfordern 2 1/2-mal so viel Pflegekräfte pro Betteneinheit wie vor 50 Jahren. Sie haben andererseits zu einer Verkürzung des stationären Aufenthaltes seit 1934 um 25% geführt: 1934 40, heute 30 Tage.

Auf chirurgischen Abteilungen liegen die Kranken noch kürzer. Bei uns in Heidelberg 18 Tage!

Andererseits nimmt die Bevölkerung die Krankenhäuser um 50% mehr in Anspruch als um die Jahrhundertwende.

Wenn man dazu berücksichtigt, daß wir bei einer Bettenausnutzung von 89% pro Tag angekommen sind und daß jedes Normalbett während des Jahres 1934 278 Tage, 1955 aber 326 Tage lang belegt war, dann wird Zweierlei deutlich:

1. die tatsächliche Notwendigkeit einer Vergrößerung der Krankenhäuser und
2. der tückische Circulus vitiosus, der für das Pflegepersonal daraus resultiert, wenn es nicht gelingt, in der allernächsten Zeit genügend Mädchen für den Schwesternberuf zu interessieren und dort auch zu halten. (s. wieder Bild 1).

Hierzu eine Zahl, die zwar nur scheinbar beruhigend ist, die aber doch auch allen Unkenrufen widerspricht, es fehle der heutigen Jugend generell die Bereitschaft zu diesem opfervollen Frauenberuf. Man macht es sich zu leicht, wenn man den modernen Mädchen den Idealismus abspricht, den die Schwestern vergangener Zeiten besessen haben. Wie anders wäre es zu denken, daß die Zahl der Schwesternschülerinnen von 8700 im Jahre 1952 auf 11 400 im Jahre 1955 gestiegen ist. — Indessen, dieser Zuwachs genügt nicht, bei weitem nicht.

Man hat beim Bundesministerium des Innern errechnet, daß der jährliche Bettenzuwachs in Westdeutschland mit 2%, d. s. 10 000 zu veranschlagen ist.

Bei 113 Schwestern auf 1000 Betten im Jahre 1952 macht das einen jährlichen Mehrbedarf von 1130 Schwestern. Soll dazu noch die Arbeitszeit auf 48 Stunden verkürzt werden, so würde das allein bei jetzt 55 000 Krankenschwestern einen Mehrbedarf von 11 000 bedingen.

Auf 5 Jahre verteilt, wären es zusammen 3300 Schwestern, die pro Jahr mehr aus den Schulen entlassen werden müßten, wenn man die „natürliche Ausscheidziffer“ mit etwa 2500 Schwestern pro Jahr einrechnet. Das entspricht einem jährlichen Fehlbedarf an Schülerinnen von über 60%!

Kalkuliert man schließlich ein, daß jede 3. Schülerin heiratet — auch das läßt sich zahlenmäßig belegen — so ergibt sich, daß sich ihre Zahl nahezu verdoppeln muß, wenn im Laufe von 5 Jahren ein Ausgleich erreicht und die Arbeitszeit auf 48 Stunden herabgesetzt werden soll.

Es wäre eine Utopie zu glauben, das sei zu schaffen, um so mehr, als jetzt die zahlenmäßig schwächeren Kriegsjahrgänge zur Ausbildung heranstehen. Aber ein Teilerfolg kann möglich gemacht werden.

Was aber muß zunächst geschehen, um mit den vorhandenen Pflegekräften nicht Raubbau zu treiben und sie zu entlasten?

Es herrscht Übereinstimmung unter den Kennern der Verhältnisse, auch außerhalb Westdeutschlands, daß Ra-

Durchschnittliche Bettenbelegung je Normalbett in Tagen

Reichsgebiet		} Zunahme 16.9%
1934	278.9	
1938	303.4	
Bundesgebiet		
1953	326.1	
1954	323.6	
1955	326.3	

Grad der Bettenausnutzung je Tag in %

Reichsgebiet		} Zunahme 13%
1934	76.4	
1938	83.1	
Bundesgebiet		
1953	89.3	
1954	88.7	
1955	89.4	

Durchschnittliche Verweildauer der stationär behandelten Kranken in Tagen

Reichsgebiet		} Verkürzung 25.5%
1934	40.0	
1938	36.2	
Bundesgebiet		
1953	30.3	
1954	30.4	
1955	29.8	

Bild 4

(Statist. Bundesamt)

tionalisierungsmaßnahmen im Krankenhausbetrieb und die Herausnahme jeder nichtpflegerischen Arbeit aus dem Aufgabenbereich der Schwester eine Entlastung bis zu

Anteiliger Zeitaufwand für die Pflege, Stationsverwaltung, Hausarbeit in v.H. der Arbeit des gesamten Stationspersonals.

Aufgliederung der Arbeitszeit einer Stationschwester.

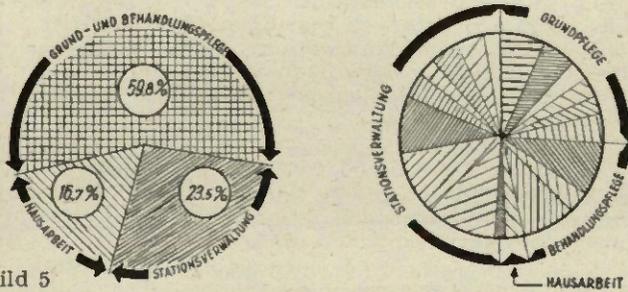


Bild 5

Verantwortungsbereiche auf der Station

Vorgeschlagene Neuorganisation der Verantwortungsbereiche auf der Station

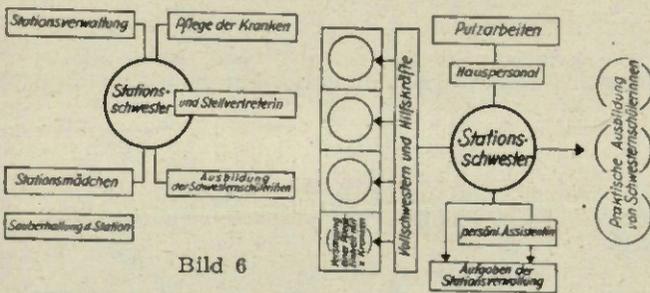


Bild 6

20% herbeiführen können. Das ist an einigen Orten auch in Deutschland bereits realisiert.

Nach einer vom „Deutschen Krankenhausinstitut“ herausgegebenen englischen Arbeitsstudie — ähnliche Ermittlungen durch eben dieses Institut sind auch bei uns im Gange — macht der Zeitaufwand für die Pflege in der Gesamtarbeit des Stationspersonals nur 60% aus. 16% entfallen auf Putzarbeiten, 23% auf Verwaltungsgeschäfte. Eine Stationschwester verbringt genau die Hälfte ihrer Arbeitszeit mit Verwaltungsaufgaben. (Bild 5).

In diesem Sektor finden sich zahlreiche wunde Stellen, auf die bereits im Oktober 1954 die „Deutsche Krankenhausesellschaft“ den Finger gelegt hat. Sie gab „Empfehlungen zur Entlastung der Schwestern“ heraus, die ich nicht einzeln aufzählen kann, die wir aber alle kennen sollten. Sie sind samt und sonders durchführbar, wenn wir Ärzte uns mit aller Entschiedenheit auf die Seite unserer Schwestern stellen und den finanziellen Mehraufwand, den jede Rationalisierung notwendigerweise mit sich bringt, als begründet und dringend allen maßgebenden Stellen gegenüber vertreten.

In der schon genannten Studie wird u. a. eine Neuorganisation der Arbeitsbereiche auf Station vorgeschlagen. So wäre die Anregung, daß die Verwaltungsarbeit einer Bürokräft übertragen wird, die je nach Größe auch zwei Stationen bearbeiten könnte, zumindest zu diskutieren. Der Schwester muß es möglich gemacht werden, daß sie sich wieder nur dem Kranken und seiner Pflege widmet! (Bild 6).

Desgleichen muß jede Möglichkeit einer Verbesserung auf dem baulichen und einrichtungsmäßigen Sektor bereits bei der Planung von Neubauten berücksichtigt werden, so u. a. Verkürzung der Wege, Rufanlagen nach dem Mikrofon-Lautsprecher-Prinzip, durch die sich gut die Hälfte der Gänge einer Schwester ersparen lassen, Warmhaltevorrichtungen für das Essen, Wäscheschächte, elektrische Schnellthermometer und zahlreiche Einzelheiten mehr, die in ihrer Gesamtheit von Bedeutung sind.

Ohne eine solche wirksame Entlastung wird die so wünschenswerte Einführung der 48-Stunden-Woche, die

von der Gewerkschaft ÖTV noch für 1957 gefordert wird, immer nur auf dem Papier stehen. Oder aber, die noch vorhandenen Mutterhaus-Schwestern würden die anfallende Mehrarbeit auch noch übernehmen, würden also nach wie vor 60, 70 und mehr Stunden arbeiten. Damit aber käme der „Arbeitsfriede“, der doch eines der Hauptanliegen der Gewerkschaft ist, in erhebliche Gefahr.

Wie Sie alle wissen, gilt die jetzige gesetzliche Arbeitszeit von 54 Stunden nur für die mit Tarifvertrag angestellten Freien, nicht für die unter Gestellungsvertrag arbeitenden Mutterhaus-Schwestern. Wir liegen in Deutschland mit dieser Arbeitszeit dem Ausland gegenüber noch recht schlecht. Und dennoch: Schon die 54-Stunden-Woche hat sich in der überwiegenden Mehrzahl der Krankenhäuser nicht oder nur mit Mühe und unter Opfern vieler durchführen lassen. Freistunden und Urlaubstermine können nicht eingehalten werden, weil die notwendigen Ablösungen fehlen. (Bild 7).

Wen kann es deshalb wunder nehmen, daß 40% der jährlich aus dem Pflegeberuf Ausscheidenden allein wegen der Ungunst der Arbeitsbedingungen nicht zu halten sind!

Vergessen wir bei all dem aber das Wesentlichste nicht: In der Einstellung der Frau zum Schwesternberuf ist überall in der Welt — in Deutschland, dem Ursprungsland des Diakoniedenkens, nur etwas später — eine Umwertung eingetreten, die noch nicht als beendet angesehen werden kann.

Die Frauenarbeit ist ein unentbehrliches Glied unseres Wirtschaftslebens geworden.

Die Krankenpflege, noch vor 150 Jahren der einzige Beruf der Frau, außer dem ihr von Natur bestimmten, hat von allen Seiten schärfste Konkurrenz erhalten. Kaum ein Berufszweig ist der Frau verschlossen. Man sollte deshalb nicht erstaunt sein, wenn moderne Mädchen sich modernen Berufen zuwenden und sollte mit Schlagworten wie „Mangel an Ethik“ oder „Fehlende Bereitschaft zum Dienen“ solange zurückhaltend sein, solange der Schwesternberuf — sagen wir es ruhig — nicht modernisiert und damit wieder —, und zwar als Erwerbsberuf! — konkurrenzfähig geworden ist.

Will das Mädchen zu heute sich schon dem Dienst am Nächsten widmen, stehen ihm überdies eine ganze Reihe anderer sozialer Frauenberufe offen.

Die junge Generation ist ferner meist darauf angewiesen, sich wirtschaftlich zu sichern, da der Rückhalt durch das Elternhaus fehlt.

Sie verlangt schließlich ein ähnliches Maß an persönlicher Freiheit, das andere Berufe gewähren, auch vom Pflegeberuf. Das sollte uns nicht erregen. Wir vermögen auch dieses Rad der Entwicklung nicht zurückzudrehen.

Alle diese Gesichtspunkte in ihrer Gesamtheit begründen aber maßgebend die rückläufigen Tendenzen bei den Mutterhäusern und das relative Anwachsen der Freien Schwesternverbände. Auch das sind Zeichen dieser unserer Zeit, die aus einer nahezu beispiellosen Not kommt. Wir werden nicht gefragt, ob uns diese Tendenzen lieb sind oder nicht. Je rascher sich aber Staat und Kommunen auf die veränderten Verhältnisse einstellen, desto eher kann dem Pflegeberuf wirksame Hilfe zuteil werden!

Gewiß, eine leistungsgerechte Entlohnung macht noch keine gute Schwester. Ein schlechtes Gehalt ganz sicher

Derzeitige gesetzliche Arbeitszeit in der Krankenpflege

USA	40 Std.	Norwegen	48 Std.
Frankreich	45 Std.	Schweden	48 Std.
Finnland	47 Std.	Belgien	48 Std.
Dänemark	48 Std.	Schweiz	48 Std.
England	48 Std.	Österreich	60 Std.
Holland	48 Std.	Deutschland	54 Std.

Bild 7

Gehalt der Krankenschwester im Vergleich zu anderen Frauenberufen

(Vergleichsalter 21 Jahre)

(Brutto-Anfangs-Gehalt der Schwester in den einzelnen
Ländern = 100 gesetzt)

	Bundes- republik	USA	Schweden	Schweiz
Krankenschwester	100 - 127	100 - 140	100 - 150	100
Kindergärtnerin	110	100	110	—
Fürsorgerin	115	100	111	—
Med. techn. Assistentin	136	140	120	—
Hausmädchen im Krankenhaus	59	bis 80	—	—
Kontoristin	ab 110	ab 80	110	—
Ungelernte Arbeiterin	bis 120	—	90	—
Volksschul-Lehrerin	141	130	95	—

Oberschwester	114	} 160	113	146
Oberin im kl. Krankenhaus	140		131	—
Oberin im gr. Krankenhaus	150	} 180	167	196
Bezirkschwester	114		123	—

Bild 8

aber auch nicht! Der Schwesternberuf wird auch dann noch Raum für alle guten und mütterlichen Kräfte der Frau lassen, wenn die Schwester ihrer Mühe und Verantwortung entsprechend entlohnt wird. Wie steht es damit?

Es ist zunächst nicht richtig, daß die Schwestern in anderen Ländern so sehr viel besser bezahlt werden als bei uns. Die absolute Gehaltshöhe scheint zwar dafür zu sprechen. Jedoch hat nur die Relation zum Verdienst anderer Frauenberufe im betreffenden Land Aussagewert:

Ich habe in der Tabelle die Brutto-Anfangsgehälter der Schwestern = 100 gesetzt und die Gehälter anderer Berufe in Prozenten hiervon ausgedrückt. (Bild 8)

Dabei ergibt sich:

1. Die mögliche Steigerung im Laufe des Schwesternlebens ist bei uns sehr viel geringer als in den Vereinigten Staaten und in Schweden: Bei uns 27%, dort bis 40 und 50%.
2. Rückt die Schwester in eine gehobene Stellung, so kann sie bei uns bis 150% des Anfangsgehaltes verdienen, in Schweden 167%, in den USA 180% und in der Schweiz 196%.
3. Eine medizinisch-technische Assistentin verdient bei uns — alles Anfangsgehälter! — 136%, in den Vereinigten Staaten 140%, in Schweden 120%.
Eine Volksschullehrerin bei uns 141%, in USA 130% und in Schweden nur 95%.
4. In der westdeutschen Radio-Industrie verdienen ledige und ungelernete Arbeiterinnen 120% des Anfangsgehaltes einer Schwester, und zwar schon mit 18 Jahren und bei streng eingehaltener 40-Stunden-Woche! Ähnlich ist es in der Metallindustrie.

Ersparen Sie mir hierzu einen Kommentar! Nur eines muß gesagt sein:

Der Pflegeberuf ist nicht nur ein Spät-Beruf — 21 Jahre wird die Schwester, bis sie ihr Examen hat! — sondern auch nach laut kundgetaner Ansicht staatlicher Stellen ein Fachberuf. Wie groß das Mißverhältnis gegenüber den Gehältern der freien Wirtschaft geworden ist, wird

selbst dem Laien sofort deutlich, wenn man ihm das Maß der Verantwortung aufzeigt, das z. B. eine Operationschwester trägt, in einem Bereich, in dem auch das kleinste Versehen die weitesttragenden Folgen hat.

Es ist in höchstem Maße kurzsichtig, in den Erwägungen um die Rentabilität eines Krankenhauses ausge-rechnet im Punkte „Schwesternbesoldung“ als einem Bereich geringen Widerstandes bei der gegenwärtigen Situation Einsparungen zu versuchen! Betrüblich ist es, daß man darüber ein Wort verlieren muß. Denn was die Schwester tagtäglich dem Kranken schenkt, liegt weit jenseits aller Möglichkeiten einer Abgeltung durch Entlohnung.

Ein weit größeres Anliegen als die Gehaltsfrage ist der Schwester die Achtung vor ihrer Persönlichkeit.

Es stößt zu Recht auf ihr entrüstetes Unverständnis, wenn selbst in Neubauten noch Zwei- bis Vierbett-zimmer für sie eingerichtet werden.

Ein solches Vorgehen dokumentiert eine grobe Mißachtung des Bedürfnisses der Schwester nach Entspannung in einem eigenen, kleinen, aber von niemandem anzutastenden Bereich! Es setzt dann eine Abwanderung in Krankenanstalten ein, in denen die Verhältnisse günstiger gestaltet werden, wie u. a. das Beispiel von Karlsruhe ad oculus demonstriert.

Nur zwei Beispiele zur Unterstreichung des Gesagten:

Der Schwedische Schwesternverband, wohl der bestorganisierte und deshalb auch nach außen mächtigste überhaupt — nahezu 90% aller Schwestern, von den Diakonissen bis zu den Freien Schwestern, gehören ihm an! — hat 1951 seine wesentlichsten Forderungen dem Staate gegenüber unter wahrhaft dramatischen Umständen durchgesetzt. Die Schwesternzahl ist jetzt um nahezu 40% gestiegen, und das, obwohl als Vorbildung „Mittlere Reife“ verlangt wird. (Bild 9)

Aber bleiben wir im Lande:

Der „Bund freier Schwestern“ in der Gewerkschaft ÖTV, der die Gesamtheit der Schwestern, auch das muß an dieser Stelle gesagt werden, letztlich alle wesentlichen Verbesserungen der letzten Jahre verdankt, von den Tarifverträgen über die Arbeitszeitverkürzung bis zum Arbeitsschutz, konnte in 4 Jahren einen Zuwachs von 45% buchen. (Bild 10)

Wer will es der Schwester verdenken, daß sie auch in Zukunft dorthin geht, wo ihr am besten geholfen wird!

Es gibt bereits deutsche Länder, in denen die Freien Schwestern annähernd 50% der Gesamtzahl ausmachen, so u. a. Niedersachsen. Wenn es noch eines Hinweises bedürfte, zu welchen Schwesternverbänden die Tendenzen zielen, dann wäre es folgender:

Das Durchschnittsalter bei den Freien Schwestern beträgt 35 Jahre, bei den Rot-Kreuz-Schwestern 37, bei den Diakonissen 39 und bei den Caritas-Schwestern 46 Jahre! (Bild 11)

Die Caritas hatte nach Auskunft des deutschen Caritas-Verbandes noch 1936 6000 Zugänge pro Jahr, jetzt

Mitgliederstatistik des Schwedischen Schwesternverbandes

(Svensk Sjuksköterskeförening)

1949	12 028
1950	12 777
1951	13 614
1952	14 028
1953	14 825
1954	15 660
1955	16 704

Zunahme in 6 Jahren 38,8 %

Bild 9

Mitglieder-Statistik des „Bundes freier Schwestern“

in der Gewerkschaft ÖTV

1952	7721	Mitglieder
1953	9080	"
1954	10 076	"
1955	10 410	"
1956	11 205	"

Zunahme in 4 Jahren 45%!

Bild 10

Anteil der Verbände an der Gesamtzahl der Krankenhaus-Schwester
in 8 Regierungsbezirken Nieder-Sachsens

Bezirk	Freie Schwestern			Rot Kreuz-Schwester			Jüngere Mission und Diakonissen			Caritas-Verband				
	Zahl	Durchschnitts-Alter	Lernschwestern	Zahl	Durchschnitts-Alter	Lernschwestern	Zahl	Durchschnitts-Alter	Lernschwestern	Zahl	Durchschnitts-Alter	Lernschwestern		
Aurich														
Braunschweig														
Hannover														
Hildesheim	283	57,60	3 593	35,1	637	1 139	36,1	377	1 372	38,1	460	1 166	45,0	163
Lüneburg			+49%		+45%	+15%		+20%	+18%		+2%	+16%		+8%
Oldenburg														
Osnabrück														
Stade														

Bild 11

nur noch die Hälfte. Davon kommen bedauerlicherweise nur 1000 in die Krankenpflege. Gestatten Sie mir angesichts dieser Gesamt-Situation nur ein paar Worte zu zwei Punkten des Krankenpflegegesetz-Entwurfs vom 18. 1. 1957. Im Bulletin vom 21. Februar ist zu lesen, man glaube mit den vorhergesehenen Übergangs-Bestimmungen 10 000 diplomierte Pflegekräfte neu zu gewinnen. Diese Bestimmungen sollen besagen, daß Personen, die 5 Jahre in der Pflege tätig waren, ihre Anerkennung als diplomierte Krankenpfleger erhalten können, ohne daß sie einen Lehrgang oder eine Pflegeschule besucht haben.

So groß der Mangel auch sein mag, es wäre höchst bedauerlich, und wir Chirurgen warnen eindringlich davor, daß hier lockere Maßstäbe angelegt werden. Mit einer Senkung des Niveaus ist niemandem gedient, am wenigsten dem Kranken. Berufliche Aufstiegsmöglichkeiten ohne entsprechende Kenntnisse sind gefährlich!

In die gleiche Richtung weist das Zweite:

Die moderne Medizin fordert eine umfassende Ausbildung. Eine Schulzeit von drei Jahren hat sich in zahlreichen Ländern bestens bewährt. Wenn bei uns nun wieder 2 theoretische und 1 sogenanntes praktisches Jahr eingeführt werden sollten, so wird das zur Folge haben, daß die Schüler im 3. Jahr voll in den Stationsbetrieb eingespant werden, anstatt daß man ihnen das Recht und die Zeit läßt, Lernende zu sein. Das sollte man vor Verabschiedung des Gesetzes bedenken.

Und nun noch ein Letztes:

Lassen Sie uns gemeinsam jeden Vorschlag zur Auffüllung der klaffenden Lücken prüfen und diskutieren:

Daß der von Bundesminister Schäfer projektierte einjährige weibliche Pflichthilfsdienst im Krankenhaus kein guter Weg ist, entspricht nicht nur unserer Ansicht. Ich meine aber, daß man auf die Beschäftigung von Hilfs- pflegekräften mit ein- oder einundehalbjähriger Ausbildung nicht verzichten können wird.

Auch dem Problem der Halbtagschwester sollten wir unsere besondere Aufmerksamkeit zuwenden. Zweifellos wäre eine große Zahl verheirateter Vollschwestern zu gewinnen. In England praktiziert man das mit Erfolg.

Dort sind 14 000 verheiratete Schwestern halbtägig beschäftigt. Das entspricht 25% der Gesamtzahl. — Wir sind uns darüber klar, daß auch das eine Menge Mehrkosten verursachen wird. Alle diese und andere gute Vorschläge sind deshalb zum Scheitern verurteilt, wenn nicht sehr bald die nötigen Gelder freigestellt werden. Es ist hier nicht der Ort, darüber zu befinden, ob das Krankenhaus aus Mitteln der Öffentlichen Hand subventioniert werden muß, oder ob trotz der möglichen Rückwirkungen auf das Lohn- und Preisgefüge eine Erhöhung der Pflegesätze möglich ist.

Daß sich die erste Lösung praktisch durchführen läßt, haben u. a. Hamburg und Hessen bewiesen.

Wir dürfen uns keinem Zweifel darüber hingeben, daß die Medizin in Kürze ernstlich gefährdet wird, wenn die angeschnittenen Probleme nicht einer Lösung zugeführt werden. Die 30 000 bis 40 000 leeren Arbeitsplätze sind eine Gefahr für das Volksganze!

Noch ist es Zeit, daß wir uns zum Anwalt der Belange unserer Schwestern machen. Sie sollen wissen, daß die Chirurgen, mit denen sie in gemeinsamer Arbeit am kranken Menschen schicksalsverbunden sind, warmherzig und tatbereit auf ihrer Seite stehen.

Den verantwortlichen Stellen des Staates aber möchten wir von dieser Stelle aus zurufen: Auch in jedem der kommenden Jahre wird jeder 10. Bürger, wie bereits jetzt, in stationärer Behandlung der Hilfe von Ärzten und Schwestern bedürfen. Krankenhäuser und alles, was damit mittelbar oder unmittelbar zusammenhängt, sind nicht nur für die Erhaltung der Volksgesundheit notwendig, sondern sie sind nicht weniger als Theater, Schulen und Kirchen integrierende Bestandteile unserer Kultur. Aufgabe des Staates ist es, auch diesen Teil zu schützen und zu fördern!

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände: „Krankenhausarzt“ 7, 140—141 (1954).
 Auerbach: „Das Krankenhaus“ 6, 247 (1956) und 7, 332 (1956).
 Bayerisches Staatsministerium des Innern: Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen für die Jahre 1950, 1951. Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen für das Jahr 1955.
 Boehnthke: „Gesundheitsfürsorge“ 2, 9 (1952).
 Burger, W.: „Krankenhausarzt“ 10, 212—213 (1956).
 Burger, W.: „Krankenhausarzt“ 9, 189—191 (1956).
 Bundesministerium des Innern: Gesundheitsstatistischer Bericht der Bundesrepublik Deutschland 1954.
 Coerper, K.: „Deutsche Schwesternzeitung“ 4, 45—46 (1951).
 Cornils, E.: „Krankenhausarzt“ 5, 93—95 (1954).
 Cornils, E.: „Krankenhausarzt“ 3, 54—59 (1957).
 Deutsche Krankenhausgesellschaft: Empfehlungen zur Entlastung der Krankenschwester. „Das Krankenhaus“ 2 (1955).
 Deutscher Caritasverband e. V.: Persönliche Mitteilungen.
 Deutscher Medizinischer Informationsdienst: Die Halbtagschwester im Krankenhaus. D.M.I.-Nachrichten 1953.
 Entwurf eines Gesetzes über die Ausübung der Kranken- und Kinderkrankenpflege. Drucksache 3107 v. 18. 1. 1957.
 Fachgruppenvereinigung des Krankenpflegepersonals und verwandter Berufe im Österreichischen Gewerkschaftsbund. Persönliche Mitteilungen.
 Fauvet: „Der Krankenhausarzt“ 1 (1953).
 Fischer, E.: „Deutsche Krankenpflege im 20. Jahrhundert.“
 Fritz, E.: „Sanitätswarte“ 55 (1956).

- Fritz, E.: „Sanitätswarte“ 250—251 und 287—290 (1956).
Gewerkschaft ÖTV.: Gehaltstarifverträge vom 15. 12. 1955.
Gewerkschaft ÖTV.: Denkschrift zur wirtschaftlichen und sozialen Lage des Personals im Gesundheitswesen in der Bundesrepublik Deutschland (1955).
Gewerkschaft ÖTV.: Darum Verkürzung der Arbeitszeit im Gesundheitswesen (Ergebnis einer Arbeitstagung) (1956).
Großmann, F.: „Deutsche Schwesternzeitung“ 147—149 und 173—176 (1955).
Haas, W.: „Deutsche Schwesternzeitung“ 102—105 (1952).
Hammer, R.: „Der angestellte Arzt“ 7, 146—149 (1954).
Hammer, R.: Persönliche Mitteilung.
Hannemann und Cornils: „Krankenhausarzt“ 12, 259 bis 260 (1956).
Kibler, M.: „Krankenhausarzt“ 9, 189—191 (1956).
Koch, F.: „Bulletin“ 44, 398—400 (1956).
Koch, F.: „Ärztliche Mitteilungen“ 8, 211 (1957).
Koch, F.: Persönliche Mitteilung.
Lersner, O. v.: Denkschrift zum Thema „Schwesternkrise“.
Lersner, O. v.: „Krankenhausarzt“ 10, 208—211 (1956).
Lorenser: „Die Krankenschwester und die Krankenhausverwaltung.“ „Die Sanitätswarte“ (1955).
Lube, F.: „Gesundheitsfürsorge — Gesundheitspolitik“ 3, 60—63 (1956).
Lungershausen, M.: „Das Krankenhaus“ 10 (1953).
Mackowiak, H.: „Die Sanitätswarte“ 368—369 (1956).
National Council of Nurses of Great Britain and Northern Ireland: Persönliche Mitteilungen.
Österle, K.: „ÖTV.-Presse“ 370—377 (1956).
Rüther, B.: „Krankendienst“ 7 (1955).
Scharff, W.: „Krankenhausarzt“ 8, 188—191 (1953).
Schweizerischer Verband diplomierter Krankenschwestern und Krankenpfleger: Persönliche Mitteilungen.
Schwesternarbeit auf Station: Bericht über eine englische Arbeitsstudie, Karlsruhe (1954).
Sonntag, S.: „Das Krankenhaus“ 11, 475 (1956).
Statistisches Bundesamt: Die Krankenanstalten im Jahre 1955. Statistik der Bundesrepublik Deutschlands: Gesundheitswesen, statistische Ergebnisse (1952, 1953, 1954).
Stumpf, L.: „Anstaltsumschau“ 12, 560—563 (1956).
Verband Deutscher Mutterhäuser vom Roten Kreuz: Persönliche Mitteilungen.
Wegel: „Anstaltsumschau“ 3, 78 (1956).
Wegel: „Privatklinik und Sanatorium“ 2, 39 (1956).
Zukschwerdt: „Ärztliche Mitteilungen“ 32, 919 (1956).
Zukschwerdt: „Der Krankenhausarzt“ 11, 234—239 (1956).

Zur Frage der Rauschgiftsucht

Anfragen zur Arbeit von F. Gewehr „Über die Bekämpfung der Rauschgiftsucht aus der Sicht der Bundesopiumstelle unter besonderer Berücksichtigung der Erfassung der süchtigen Personen“, Bayer. Ärzteblatt Heft 1/1957

Von A. Schretzenmayr

In der Zusammenfassung der im Titel zitierten Arbeit stellt F. Gewehr unter Nr. 4 folgende These auf:

„Die Betäubungsmittelsucht wird in Deutschland nicht durch Rauschgift aus dem illegalen Verkehr, sondern weit überwiegend durch die ärztliche Verschreibung erzeugt und unterhalten.“

Diese These wird im Text der Arbeit sowie in anderen Publikationen Gewehrs mit derselben apodiktischen Schärfe mehrfach, teils wörtlich, teils dem Sinne nach, wiederholt, wobei hinzugefügt wird, daß „diese Zusammenhänge bisher für die Bundesrepublik nicht bekannt gewesen sind und erstmalig für das Jahr 1955 festgestellt werden konnten“.

War man bisher der Auffassung, daß Konstitution und Disposition die ausschlaggebenden, wenn auch nicht alleinigen Ursachen der Rauschgiftsucht sind, so glaubt Gewehr seit 1955 den Beweis erbracht zu haben, daß „weit überwiegend“ eine der wichtigsten ärztlichen Funktionen, die ärztliche Verschreibung, dieses Krankheitsbild mit all seinen gesundheitlichen, soziologischen, finanziellen, beruflichen und moralischen Konsequenzen „erzeuge und unterhalte“.

Bei der Schwere dieser Anschuldigung sowie in Anbetracht der Tatsache, daß unsere bisherigen Vorstellungen über die Schmerzbekämpfung, besonders auch die bisherige Ausbildung und Fortbildung in der ärztlichen Verschreibung grundsätzlich falsch sind, wenn die These von Gewehr zutrifft, darf ich an Gewehr einige präzise Fragen stellen, bevor überhaupt in die Diskussion des ganzen Fragenkomplexes eingetreten werden kann.

1. Wo sind die statistischen Beweise dafür, daß in der Bundesrepublik die Rauschgiftsucht weit überwiegend durch die ärztliche Verschreibung erzeugt und unterhalten wird. Die bisher von Gewehr veröffentlichten statistischen Daten beziehen sich lediglich auf die relativen und absoluten Zahlen der süchtigen Ärzte, den relativen und absoluten Verbrauch an Betäubungsmitteln sowie auf einige völlig unklar definierte Prozentzahlen, an denen die „Gruppe der Ärzte“ „beteiligt“ ist. Was bedeutet „zu zirka 70% beteiligt“?
2. An Hand welcher Kriterien unterscheidet Gewehr „die begründeten ärztlichen Verschreibungen“ von den „ohne ärztliche Begründung ausgestellten Verordnungen“? Wie hoch ist, ausgedrückt in kg pro Jahr, in

der Bundesrepublik der Verbrauch an Betäubungsmitteln a) durch die ärztlich begründeten Verordnungen, b) durch die ohne ärztliche Begründung ausgestellten Verordnungen? Letztere spielen für die Beweisführung Gewehrs „eine ganz besondere und wichtige Rolle“! „Welchen Umfang derartige Verschreibungen annehmen“, verspricht Gewehr im Rahmen seiner Arbeit noch darzulegen; er hat es offenbar vergessen! Deshalb die Bitte, diesen „Umfang“ bekanntzugeben, aber nicht in Form von „Beteiligungen“, auch nicht in Form von krassen Einzelfällen, sondern in quantitativ und statistisch einwandfreier Form.

3. Wie kommt es, daß nach Gewehrs eigener Statistik (Ä. M. 6/1957, S. 150) der Verbrauch an Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik nicht aus dem Normalen herausfällt und in manchen Fällen unter dem Verbrauch einiger anderer Länder liegt, obwohl bei uns die Betäubungsmittelsucht nach Gewehr nicht aus dem illegalen Verkehr, sondern aus dem statistisch erfaßten ärztlichen Verschreibungen gespeist wird? Man sollte doch erwarten, daß der statistisch erfaßte Verbrauch in der Bundesrepublik ungleich höher sein müßte wegen der behaupteten Doppelbelastung durch die ärztlich begründeten und die ärztlich nicht begründeten Verschreibungen.
4. Wieso ist in Anbetracht des unternormalen deutschen Verbrauchs „eine rücksichtslose Beschränkung der ärztlichen Verschreibung von Betäubungsmitteln“ unerläßliche Notwendigkeit für eine wirksame Suchtbekämpfung? Nach welchen Gesichtspunkten soll draußen der behandelnde Arzt diese „rücksichtslose Beschränkung“ durchführen? Rezeptpflichtige Schmerzmittel nur für jeden 2. Herzinfarkt und jede 3. Gallenkolik? Oder Kontingentierung nach Alter, Beruf und sonstigen Verdiensten? Was hat der praktische Arzt bei der Schmerzbekämpfung unter „rücksichtslos“ zu verstehen?
5. Warum sind die bisherigen gesetzlich zulässigen Maßnahmen zur Erfassung der Süchtigen und insbesondere zur Überwachung der Verschreibungen in Deutschland nicht ausreichend? Liegt dieser „Mangel“ an der Art der Gesetzgebung oder liegt es an der mangelhaften Durchführung der gesetzlich zulässigen Maßnahmen?
6. Wer trägt die Kosten für die Mehrarbeit, die dem rezeptierenden Arzt durch den vorgeschlagenen Formu-

larkrieg gegen die Rauschgiftsucht entstehen? Die Bundesopiumstelle? Die Krankenkasse? Der Patient? Der Arzt?

7. Inwiefern hat sich die von Gewehr vertretene Einführung der „besonderen amtlichen Rezeptformulare“ bei der Suchtbekämpfung bereits „segensreich ausgewirkt“? Vom Saarland, wo gegen den anfänglichen Widerstand der Ärzteschaft die Neuregelung eingeführt worden sei, berichtet Gewehr im wesentlichen folgendes:

- Die Verschreibungen seien im Jahr 1955 um zirka 25% zurückgegangen;
- die amtsärztlichen Kontrollen seien ganz wesentlich erleichtert worden;
- kein Wort darüber, daß die Rauschgiftsucht zurückgegangen ist!

Ad a) Ist statistisch erfaßt, ob sich diese eingesparten 25% ausschließlich aus ärztlich nicht begründeten Verordnungen zusammensetzten?

Ad b) Ist eine Erleichterung der amtsärztlichen Arbeit vertretbar auf Kosten des schon längst durch Papierkrieg überlasteten Praktikers, evtl. sogar auf Kosten einer möglichen Behinderung seiner Pflicht, Leiden zu lindern?

Ad c) Wenn eine Verringerung der Rauschgiftsucht trotz Einführung der Neuregelung im Saarland nicht feststellbar war, warum festhalten an einem offenbar unfruchtbar Weg, noch dazu unter Diskriminierung und Belastung derjenigen Angehörigen der Ärzteschaft, die als Behandelnde seit jeher das größte Interesse an der Verhinderung von Mißständen auf dem Gebiet der Betäubungsmittelverschreibung und an der Ausmerzungen ungeeigneter Ärzte hatten?

Anschrift: Augsburg, Steingasse 10.

Stellungnahme zu den Anfragen von Herrn A. Schretzenmayr

Von Dr. F. Gewehr

Die Grundlagen für meine Veröffentlichungen über die Betäubungsmittelsucht in der Bundesrepublik sind die von zirka 570 Gesundheitsämtern inkl. West-Berlin getroffenen diesbezüglichen Feststellungen, die von den obersten Gesundheitsbehörden der Länder jährlich einmal in zusammengefaßter Form dem Bundesgesundheitsamt — Bundesopiumstelle — zugeleitet werden. Diese Berichte werden nicht nur in der Bundesrepublik, sondern in allen den Genfer Konventionen angeschlossenen oder an ihnen teilnehmenden Staaten der Erde nach einheitlichen, von der Rauschgiftkommission der Vereinten Nationen aufgestellten und von dem Wirtschafts- und Sozialrat mit genauer Fragestellung erlassenen Richtlinien getroffen. Die hiernach im Rahmen des Opiumgesetzes von den zuständigen Behörden angestellten Ermittlungen betreffen den gesetzlichen Verkehr mit Betäubungsmitteln von der Einfuhr, Gewinnung, Herstellung, Verarbeitung und Handel bis zur ärztlichen Verschreibung, deren Überwachung den Amtsärzten obliegt; von den Kriminalbehörden wird der ungesetzliche Verkehr als verbotswidriger Schwarz- und Schleichhandel überwacht.

Die Ergebnisse dieser Kontrollen, die in der z. Z. geübten Form vom Jahre 1945 bis 1951 von den alliierten Mächten selbst, späterhin in engerer Zusammenarbeit mit den Landesbehörden federführend von den Bundesoberbehörden (Bundesgesundheitsamt und Bundeskriminalamt) durchgeführt werden, haben seit dieser Zeit ein, wenn auch natürlich nicht lückenloses — was bei der Schwierigkeit dieser Materie wohl verständlich ist —, so doch aber ein weit umfassendes Bild über den gesamten Verkehr mit Betäubungsmitteln, über ihre Anwendung und deren Folgeerscheinungen im Hinblick auf die Entwicklung und Unterhaltung der Betäubungsmittelsucht, über die Zahl der Süchtigen selbst, ihr Alter, ihre Berufstätigkeit, über den gesetzlichen und ungesetzlichen Bezug von Betäubungsmitteln aus legalen Quellen, also den Apotheken, über den Erwerb der Betäubungsmittel aus illegalen Quellen (z. B. Schwarzmarkt, Schleichhandel, Diebstahl usw.), ferner auch über den Ursprung der Sucht (aus therapeutischen oder sonstigen Gründen), besonders auch über die Zahl und das Verhalten der süchtigen Ärzte und anderer Angehöriger der Gesundheitsberufe und vieles andere mehr vermittelt.

Der sich hiernach hinsichtlich des Problems der Betäubungsmittelsucht ergebende Aspekt ist nicht so düster, daß er den gesundheitspolitischen Horizont verfinstern könnte, er ist aber doch nicht so harmlos, als daß er nach mehrjährigen korrespondierenden Feststellungen als belanglos beschönigt und nicht mit allen Konsequenzen sine ira et studio dargelegt und diskutiert werden sollte.

Die sehr umfangreichen Ermittlungen der Kriminalbehörden der Länder und des Bundes haben ergeben, daß der illegale Handel mit Betäubungsmitteln in der Bundesrepublik und in West-Berlin in den letzten Jahren gegenüber den Vorjahren weiterhin eine absinkende Tendenz zeigt. Nach dem ersten Weltkrieg bestand zweifellos die Gefahr eines illegalen Rauschgifthandels, zumal die strengen Überwachungsbestimmungen des Opium-

gesetzes vom Jahre 1929 und die hierzu ergangenen Durchführungsverordnungen seinerzeit noch fehlten. Nach der Inflationszeit im Jahre 1923 lag der Mißbrauch infolge Geldmangels nach. Die vielen süchtigen Kriegsverehrten und die anderen Süchtigen wurden durch ärztliche Verschreibungen versorgt, an die mangels rechtlicher Bestimmungen noch nicht der scharfe Maßstab wie heute angelegt werden konnte. Während des zweiten Weltkrieges ist der illegale Rauschgifthandel in Deutschland praktisch zum Erliegen gekommen. Die Süchtigen konnten ihren Bedarf nur durch Erschleichen von Betäubungsmitteln unter Vortäuschung von Krankheiten, durch Fremdverschreibung, durch Diebstähle von Betäubungsmitteln oder Rezeptformularen, Fälschungen dieser Formulare usw. besorgen. Andere Süchtige gelangten in den Besitz von Betäubungsmitteln, weil ihnen die Ärzte aus Gutgläubigkeit, Leichtfertigkeit, zum Teil auch aus anderen Motiven, Betäubungsmittelrezepte ausstellten, ohne daß vielfach eine ärztliche Notwendigkeit hierzu bestanden hätte. Nach dem Zusammenbruch änderte sich dieses Bild allerdings schlagartig. Die aus den aufgelösten Beständen der ehemaligen Wehrmacht oder aus ausgelagerten Vorratsbeständen stammenden und im Schwarzhandel vagabundierenden Mengen an Betäubungsmitteln ermöglichten den süchtigen Personen einen relativ leichten Erwerb. Nach der Zeit der Währungsumstellung und in den nachfolgenden Jahren gelang es aber, den illegalen Rauschgifthandel wirksam zu bekämpfen und auf ein Minimum zu reduzieren. Diese auch z. Z. noch bestehende Situation wird dadurch nicht wesentlich beeinträchtigt, daß in Einzelfällen Personen — vielfach nichtdeutscher Staatsangehörigkeit — versuchen, das in Deutschland durchaus nicht übliche Marihuana in den Kreisen der Unterwelt in den Verkehr zu bringen. Andere Betäubungsmittel spielen als Schmugglerware keine Rolle mehr. Dieser Personenkreis steht außerhalb unserer Betrachtung, da es sich hier um Betäubungsmittel handelt, die legal nicht im Verkehr sind und von den Ärzten nicht verschrieben werden.

Seit 1953 sind „zwei Fabrikationsunfälle“ passiert, die aber keine Folgen gehabt haben, da es gelungen ist, die beiseite geschafften Betäubungsmittel zu beschlagnahmen, bevor sie Unheil anrichten oder den Süchtigen zugänglich gemacht werden konnten.

Welche geringe Bedeutung der Schwarzhandel mit Betäubungsmitteln für die Erzeugung und Unterhaltung der Betäubungsmittelsucht in der deutschen Bundesrepublik z. Z. besitzt, möge aus folgenden Zahlenangaben hervorgehen:

Im Jahre 1956 sind z. B. vom Morphin in verschiedenen Zubereitungsformen durch die Verfolgungsbehörden insgesamt 10 g Base beschlagnahmt worden. Selbst wenn man annimmt, daß diese Menge nur den 10. Teil (!) des im Schwarzhandel befindlichen Morphins in den verschiedenen Darreichungsformen darstellte (auch unter Berücksichtigung der Tatsache, daß die Behörden mit Sicherheit nicht alle Rauschgiftfälle aufklären oder erfassen können, ist aber eine solche Annahme im Hinblick auf die Schwierigkeit der unauffälligen Unterbringung

dieser Suchtmittel kaum zutreffend), so würden diese 100 g noch nicht 0,1% des gesamten in der Bundesrepublik ärztlich verordneten Morphins ausmachen. Wäre es tatsächlich so, daß die meisten der 700 Süchtigen, die Morphin bevorzugen, in der Bundesrepublik ihren Bedarf aus dem Schwarzhandel deckten, dann würden unter obiger Prämisse auf jeden der Süchtigen pro Jahr bis 0,15 g entfallen.

Diese geringe Menge dürfte kaum ausreichend sein, eine Morphinsucht über ein Jahr lang zu unterhalten! Bei den übrigen Betäubungsmitteln liegen die Verhältnisse ähnlich.

Woher haben nun diese 700 Süchtigen ihr Morphin bekommen und die übrigen ungefähr 4500 Betäubungsmittelsüchtigen ihre jeweils benötigten Betäubungsmittelmengen erhalten? Sie können es nur aus den legalen Quellen, also aus den Apotheken, erhalten haben, und zwar ausschließlich auf ärztliche Verschreibungen.

Wie bekannt, sind die auf den Rezepten verschriebenen Mengen an Betäubungsmitteln in den Apotheken in die Betäubungsmittelbücher I und II einzutragen. Durch die Kontrolle dieser Bücher haben die Amtsärzte die Zahl und Namen der Süchtigen feststellen können. Aus diesen und weiteren Unterlagen haben wir auch ermittelt, daß zirka 67% der Süchtigen aus therapeutischen Gründen süchtig geworden sind, während 33% aus anderen als therapeutischen Gründen an Betäubungsmittel herangeführt sind und ihre entstandene Sucht durch ärztliche Verschreibungen, die somit unbegründet sind, unterhalten wird. Es sind also die Amtsärzte, die dazu berufen sind, diese Entscheidungen zu treffen, nicht etwa ich, wie Herr Schretzenmayr meint.

Bei ungefähr 2/3 aller Patienten ist nach dem Urteil der Ärzte die Verschreibung von Betäubungsmitteln notwendig, um die Leiden der Kranken erträglich zu gestalten. Bei diesen Patienten muß das Entstehen einer Sucht mit in Kauf genommen werden. Das ist bedauerlich, aber nicht zu ändern. Jeder Arzt, der Betäubungsmittel verschreibt, gerät unvermeidlich in den Konflikt mit dem Risiko und Gewinn oder, mit anderen Worten, mit dem Segen und Fluch, die nun einmal den Betäubungsmitteln anhaften. Es ist die hohe Aufgabe eines verantwortungsbewußten Arztes, dieses Risiko zum Nutzen und Segen des Patienten so niedrig wie möglich zu halten. Ich bin überzeugt, daß der allgrößte Teil der Ärzte diese Aufgabe hingebungsvoll erfüllt. Der große Anteil der aus nichttherapeutischen Gründen süchtig gewordenen Personen beweist aber auch, daß nicht alles so ist, wie es sein sollte, und daß auf diesem Sektor rücksichtslose Beschränkungen der Verschreibungen von Betäubungsmitteln am Platze und gerechtfertigt sind. Die vielen, mir vorliegenden Anklageabschriften, Gerichtsurteile, Gutachten und polizeiliche Meldungen usw. sind hierfür ein Beweis. Diejenigen, die es angeht, werden diese Forderung schon verstehen. Sie hat jedenfalls nichts mit dem 2. Herzinfarkt oder mit der 3. Gallenkolik zu tun.

Dies sind also die schlüssigen Tatsachen, die sich aus der Zusammenfassung und Auswertung der von den Amtsärzten getroffenen Feststellungen ergeben, und die von Herrn Schretzenmayr in dem von mir kurz zusammengefaßten Satz als „schwere Anschuldigung“ empfunden und beanstandet werden.

Die an einem großen Zahlenmaterial erkennbaren Zusammenhänge mögen Herrn Schretzenmayr neu und ihm als Lehrer und Hüter des ärztlichen Ethos ungeheuerlich erscheinen. Ich habe daher Verständnis dafür, daß Herr Schretzenmayr hierüber erregt ist. Er sollte aber über die Tatsachen als solche betrübt sein, nicht jedoch gegen mich Vorwürfe erheben, der ich sie nur herausgestellt

und dargelegt habe. Ich glaube, es auch in sachlicher Form getan und jeden Affront vermieden zu haben. Von vielen Ärzten, von Ärztekammern, Hochschullehrern, Angehörigen der Gesundheitsberufe, Beamten usw. habe ich jedenfalls zustimmende Äußerungen hierzu erfahren.

Daß ich in meinen Ausführungen den Ärzten, die selbst süchtig sind, besondere Aufmerksamkeit gewidmet habe, ist verständlich. Auch der süchtige Arzt ist ein Kranker und sollte wegen seines Leidens und des hierdurch bedingten menschlichen Versagens nicht gescholten werden. Wenn aber in diesem menschlichen Versagen eine Gefahr für die öffentliche Gesundheit erkannt wird, dann ist es Aufgabe jedes Einsichtigen, an einer wirksamen Verhütung oder Beseitigung dieser Gefahr mitzuwirken. Die von vielen Amtsärzten auf Grund ihrer gesammelten Erfahrungen gemachten und von mir zusammengefaßten und ergänzten Vorschläge können, mögen sie auch teilweise unbequem sein, für die Bekämpfung der Betäubungsmittelsucht nützlich und somit für den süchtigen Patienten selbst als auch für die Allgemeinheit von Wert sein.

Dieses darzulegen, war der Sinn meiner Veröffentlichungen.

Es erübrigt sich, zu den von Herrn Schretzenmayr angegebenen Punkten im einzelnen Stellung zu nehmen, da sie im wesentlichen im Rahmen der Gesamtausführungen beantwortet worden sind. Nur noch einige Bemerkungen:

Bei der Frage nach dem Umfang der Betäubungsmittelsucht liegen die Dinge leider nicht so einfach, als daß man dem absoluten Verbrauch an Betäubungsmitteln in einem Lande die Zahl der Süchtigen einfach proportional setzen kann. Ich glaube vielmehr, daß die Zahl der Süchtigen außer von der absoluten in einem Lande verbrauchten Menge ganz wesentlich und in erster Linie neben der Veranlagung des einzelnen durch die Streuung dieser Betäubungsmittel auf einen großen oder geringeren Personenkreis und weiterhin durch die Dosis, die Häufigkeit und Dauer der Anwendung bestimmt wird.

Die bisherigen, gesetzlich zulässigen Maßnahmen zur Erfassung der Süchtigen und insbesondere zur Überwachung der Verschreibungen reichen in Deutschland meines Erachtens z. Z. nicht aus; möglicherweise werden sie aber auch nicht immer konsequent durchgeführt.

Im Saargebiet ist durch Einführung der Rezeptformulare die Zahl der erfaßten Süchtigen naturgemäß gestiegen. Durch die gegebenen Möglichkeiten, entstehende Suchten bereits im Frühstadium zu erkennen und ihnen zu begegnen, ist die Zahl der effektiv Süchtigen nunmehr im Fallen begriffen. Dies ist außer anderem ein ganz wesentlicher Zweck der Einführung der Rezeptformulare.

Wie gerade in diesen Tagen bekannt wird, hat der Vertreter der Bundesrepublik auf der z. Z. stattfindenden Sitzung der Rauschgiftkommission der Vereinten Nationen in New York zum Ausdruck gebracht, daß das Bundesministerium des Innern erwägt, amtliche Betäubungsmittelrezeptformulare in der Bundesrepublik einzuführen.

Wenn es für notwendig erachtet wird, diese Materie im Interesse der öffentlichen Gesundheit im obigen Sinne zu regeln, dann sollte sich Herr Schretzenmayr über die Formalien (Kosten und Organisation usw.) keine unnützen Gedanken machen, sondern nach besten Kräften mit-helfen.

Lediglich zur Vervollständigung und Abrundung meiner Stellungnahme möchte ich auf den Bericht des Polizeipräsidenten im Plenum des Stadtrates München (Münchener Merkur vom Mittwoch, den 8. Mai 1957), auf die Ausführungen von Herrn Dr. Weiler im Bayerischen Ärzteblatt, Heft 6/1952, und abschließend auf die im Deggendorfer Rauschgiftprozeß getroffenen Feststellungen verweisen.

Anschrift: Koblenz a. Rh. 12



CEFAK
Kempten/Allg.

Cefangipect

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

MITTEILUNGEN

Außerordentliche Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer

Der Tagungsort für die am 17. Juni 1957 stattfindende außerordentliche Vollversammlung der Bayer. Landesärztekammer wurde aus technischen Gründen in den Festsaal des Schlosses in Dachau verlegt. Beginn 9 Uhr.

60. Deutscher Ärztetag in Köln am Rhein 25. bis 29. Juni 1957

Der diesjährige 60. Deutsche Ärztetag findet vom 25. bis 29. Juni in Köln am Rhein statt. Der Deutsche Ärztetag ist die alljährlich stattfindende Hauptversammlung der Bundesärztekammer, auf der die gesamte Ärzteschaft der Bundesrepublik durch ihre von den Landesärztekammern gewählten Delegierten vertreten ist und zu der alle deutschen Ärzte, die sich rechtzeitig anmelden, eingeladen sind und Zutritt haben. Auf der Tagesordnung des 60. Deutschen Ärztetages stehen die Arbeiten an einer neuen ärztlichen Gebührenordnung sowie aktuelle berufspolitische Fragen, die in diesem Jahre nicht zuletzt im Hinblick auf die kommenden Bundestagswahlen von besonderer Bedeutung sein dürften.

Fortbildung

Im Rahmen des Ärztetages findet ein durch die Ärztekammer Nordrhein im Zusammenwirken mit den Kölner Universitätskliniken gestalteter Fortbildungskurs statt, zu dem namhafte Forscher, Kliniker und Kollegen aus der Praxis als Referenten gewonnen wurden. Themen des Fortbildungskurses werden Fragen der Atommedizin, Diabetesprobleme, Stoffwechsel und Krebs, Nebenerscheinungen durch Arzneimittel und Körperpflegemittel sowie Themen aus der Arbeitszeit und dem Arbeitsrhythmus im Hinblick auf die heutige Lebensform sein.

Tagungen der Verbände

Dem Ärztetag vorangehend finden außer diesem bereits traditionellen Fortbildungskurs Veranstaltungen der ärztlichen Spitzenverbände — Verband der Ärzte Deutschlands (Hartmannbund), Verband der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands, Verband der angestellten Ärzte Deutschlands (Marburger Bund), Verband der niedergelassenen Nichtkassenärzte Deutschlands — statt.

Rahmenprogramm

Ein umfangreiches und interessantes Rahmenprogramm wird den Teilnehmern des Ärztetages die Möglichkeit bieten, die alte Domstadt Köln und ihre reizvolle Umgebung kennenzulernen. Einen besonderen Anziehungspunkt bieten dabei die Bundesgartenschau, die in diesem Jahre von der Stadt Köln durchgeführt wird, und das neu errichtete Große Haus der Städtischen Bühnen.

Die nordrheinische und besonders die Kölner Ärzteschaft sind in Zusammenarbeit mit der Bundesärztekammer bemüht, den kommenden 60. Deutschen Ärztetag wiederum zu einem berufspolitischen und gesellschaftlichen Ereignis in der Geschichte der Deutschen Ärztetage zu machen.

Nähere Hinweise auf das Programm des Ärztetages bitten wir den „Ärztlichen Mitteilungen“ zu entnehmen.

Alle deutschen Ärztinnen und Ärzte sind zum 60. Deutschen Ärztetag vom 25. bis 29. Juni in Köln schon jetzt eingeladen.

Quartierbestellungen und Bestellungen für das Rahmenprogramm sind an das Verkehrsamt der Stadt Köln, Am Dom, zu richten. Es wird gebeten, hierzu das in Heft 15 der „Ärztlichen Mitteilungen“ vom 21. 5. 1957 befindliche Formular zu benutzen.

Delegierte zum 60. Deutschen Ärztetag 1957 in Köln

München-Stadt und -Land:

Dr. Heinz Breidenbach, Dr. Karl Brentano-Hommeyer, MdL, Dr. Dr. Erich Graßl, Dr. Germanus Lins, Prof. Dr. Alois Scheicher, Dr. Ludwig Schmitt, Dr. Curt Vogt.

Oberbayern:

Dr. Wilhelm Middelmann, Dr. Josef Seidi, Dr. Hans Joachim Sewering, Dr. Hermann Stuhlfelder.

Niederbayern:

Dr. David Forchheimer, Dr. Josef Stein.

Oberpfalz:

Dr. Josef Treutinger, Dr. Ferdinand von Velasco.

Oberfranken:

Dr. Fritz Brendler, Dr. Bruno Hering, Dr. Armin Schleußner.

Mittelfranken:

Dr. Hermann Doerfler, Dr. Hermann Haas, Dr. Dr. Heimit Wendelstein, Dr. Günther Wolterstorff.

Unterfranken:

Dr. Ludwig Diem, Dr. Richard Erk, Dr. Hanns Katzenberger.

Schwaben:

Dr. Robert Bieme, Prof. Dr. Albert Schretzenmayr, Dr. Rudolf Soening, MdL.

Das neue Bayerische Ärztegesetz

Nach fast zweijähriger Beratung in 27 Sitzungen des Ausschusses für sozialpolitische Angelegenheiten und in 12 Sitzungen des Ausschusses für Verfassungsfragen und Rechtsfragen hat der Bayer. Landtag über die Änderung und Ergänzung des bayerischen Ärzterechts beschlossen.

Die Ausschüsse hatten neben umfangreichen Abänderungen des von der Regierung vorgelegten Gesetzentwurfes und der hierzu ergangenen Anträge vorgeschlagen, die Rechtsmaterie in zwei Gesetze zu trennen, von denen das eine die Änderung und Ergänzung des Bayerischen Ärztegesetzes vom 25. Mai 1946 bringt und das andere die Berufsvertretungen und die Berufsgleichheit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker regelt. Einstimmig schloß sich der Landtag der Auffassung der Ausschüsse auf Trennung der Rechtsmaterie an.

Das Gesetz zur Änderung und Ergänzung des Bayer. Ärztegesetzes wurde vom Plenum in der von den Ausschüssen erarbeiteten Fassung einstimmig gebilligt.

Zum Gesetz über die Berufsvertretungen und die Berufsgleichheit hatte Abg. Dr. Franz Lippert (CSU) den Antrag eingebracht, in allen Fällen das im Gesetzestext gewählte Wort „Abgeordneter“ durch das Wort „Delegierter“ zu ersetzen. Der Antragsteller betonte in einer kurzen Begründung, die Legislative sollte daran festhalten, daß der Abgeordnete der durch eine Wahl in den Bundestag oder Landtag geschickte Volksvertreter ist. Deshalb solle hier das Wort „Delegierter“ gewählt werden. Der Antrag Dr. Lipperts wurde mit großer Mehrheit angenommen.

Auch das Gesetz über die Berufsvertretungen und über die Berufsgleichheit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte und Apotheker wurde vom Landtag einstimmig angenommen.

Nach der Verabschiedung der beiden Gesetze im Landtag hat sich nun auch der Bayerische Senat in seinem Ausschuß für kultur- und sozialpolitische Fragen und im Rechts- und Verfassungsausschuß damit befaßt. Beide Ausschüsse sprachen sich hinsichtlich des Gesetzes zur Änderung und Ergänzung des Bayer. Ärztegesetzes vom 25. Mai 1946 dafür aus, einige Einwendungen gegen den Text des neuen Gesetzes zu erheben, das nach dem Wunsche des Landtags am 1. Juli in Kraft treten soll.

Sämtlichen Ausschußsitzungen und der Plenarsitzung des Landtages, die sich mit der Beratung des Bayer. Ärztegesetzes befaßten, wohnte der Präsident der Bayer. Landesärztekammer, Dr. Hans Joachim Sewering, bei.
(Nach I.-D.)

Vermittlung von Vertretungen

Zur bevorstehenden Urlaubszeit sei darauf hingewiesen, daß bei der Bayer. Landesärztekammer eine Vertreterzentrale eingerichtet wurde, welche die Vermittlungen von Vertretungen übernimmt. Kollegen, die einen Vertreter wünschen, werden gebeten, sich rechtzeitig mit unserer Zentrale in Verbindung zu setzen unter genauer Angabe der näheren Verhältnisse, vor allem der Eigenart ihrer Praxis.

Ebenso werden alle Kollegen gebeten, die bereit sind, Vertretungen zu übernehmen, dies uns mitzuteilen unter gleichzeitiger Angabe, ob sie im Besitz eines Führerscheines oder eines eigenen Fahrzeuges sind. Zuschriften sind zu richten an die Vertreterzentrale der Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königlnstraße 85/III.

Die geistige Schicht im Massenstaat

Der Präsident des Deutschen Bundestags, D. Dr. Eugen Gerstenmaier, nahm im „Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung“ (1957 Nr. 70) zur Frage der Förderung der geistigen Schicht Stellung. Daß der unbestreitbare Anspruch der allein auf ihr geistiges Kapital gestellten Berufe in einem freiheitlichen Rechtsstaat heute überhaupt vertreten werden muß, ja daß er nicht selten sogar verteidigt werden muß, zeigt schon an, welches Gefälle die Entwicklung der Gesellschaft genommen hat. „Der Anteil der freien Berufe am Volkseinkommen betrug im Jahre 1936: 1,39 v. H. Eine Zahl, die natürlich in keiner Weise den weit höheren Einfluß dieser Berufsgruppen auf die öffentliche, auf die wirtschaftliche, auf die technische und geistige Entwicklung im ganzen zum Ausdruck bringt. Immerhin, im Jahre 1955 betrug der Anteil dieser freien Berufe am Volkseinkommen nur noch 0,91 v. H. Er ist also in 20 Jahren um rund ein Drittel zurückgegangen. Hier wird eine Entwicklungstendenz sichtbar, die nach allem, was wir wissen, weiter anhält. Die dadurch entstehende Bedrängnis der freien Berufe zusammen mit dem Verlust des alten Selbst- und Wertbewußtseins der geistigen Schicht im ganzen ist kennzeichnend für die Situation. Wir treiben wieder einer zwar rechtsstaatlichen und unzweifelhaft höchst demokratisch verfaßten Form der Staatsomnipotenz zu — und dies im Namen der Wohlfahrt. Die Bundesrepublik Deutschland soll nach dem Willen der Verfassung ein sozialer Rechtsstaat sein. Unter diesem Zeichen ist ihr innerer Ausbau erfolgt. Allmählich aber sind jene Grenzlinien erreicht, die nicht überschritten werden dürfen, wenn wir nicht statt des sozialen Rechtsstaates den totalitären Versorgungsstaat herbeiführen wollen. Es kann gar kein Zweifel sein, daß er nicht der Erhöhung der Krisenfestigkeit und der materiellen Unabhängigkeit des einzelnen dienen würde. Er würde vielmehr eine verfassungswidrige Mediatisierung des Staatsbürgers zur Folge haben, weil er ihn lautlos und bequem vielleicht, aber für die Freiheit unerträglich in die weitere Abhängigkeit vom Staat stoßen würde. Der geistigen Schicht kommt es vor allem zu, hier weitblickend und scharfsinnig über der Grenze zu wachen, die in einem grundsätzlich freiheitlich geordneten Volk dem Staat gezogen ist, und die den sozialen Rechtsstaat jedenfalls vom totalitär gestimmten Versorgungsstaat unter Umständen knapp, aber messerscharf, trennt. I. D.

ADAC-Ärztelkollegium gegründet

In dem Bestreben, die Arbeit des Clubs auf dem Gebiet der Unfallverhütung und der Vermeidung von Gesundheitsschäden durch den Fahrbetrieb zu intensivieren sowie die Erste Hilfe und ärztliche Versorgung nach Verkehrsunfällen zu verbessern, hat der ADAC zu seiner Beratung und Unterstützung am 23. März 1957 ein ADAC-Ärztelkollegium ins Leben gerufen, in dem folgende Ärzte ihre Mitarbeit zugesagt haben:

1. Dr. A. W. Fischer, Professor für Chirurgie in Kiel;
2. Dr. med. Fritz Gastreich, Facharzt für Chirurgie und Chefarzt in Fürth;
3. Dr. M. Hochrein, Professor für Innere Medizin in Ludwigshafen a. Rh.;
4. Dr. Max Lange, Professor für Orthopädie in München;

5. Dr. W. Laves, Professor für Gerichtliche und Versicherungsmedizin in München;
6. Dr. Max Mikorey, Professor für Psychiatrie in München;
7. Dr. med. habil. Schmid, Facharzt für Chirurgie, Kurdirektor in Bad Oeynhausen;
8. Dr. Zuckschwerdt, Professor für Chirurgie in Hamburg.

In der konstituierenden Sitzung hat das ADAC-Ärztelkollegium beschlossen, sämtliche Gespanne der ADAC-Straßenwacht mit einem versiegelten Ärztebesteck auszurüsten. Dieses enthält Instrumente und Medikamente für die ärztliche Versorgung der Verletzten an der Unfallstelle und darf nur von Ärzten geöffnet werden. Das ADAC-Ärztelkollegium trat dafür ein, die Voraussetzungen für die Erste Hilfe für Verkehrsunfallverletzte in enger Zusammenarbeit mit dem Deutschen Roten Kreuz und den über 25 000 Ärzten, die dem Club als Mitglieder angehören, zu verbessern und die Aufklärungsarbeit den Mitgliedern des ADAC sowie der Gesamtheit der Kraftfahrer gegenüber zu erweitern. Unter anderem wird bei den Kultusministern der Länder angeregt werden, im Rahmen des Schulunterrichts die Jugend in Erster Hilfe auszubilden.

In den Straßenwachtstationen, die der ADAC an Unfallschwerpunkten der Autobahnen im Laufe dieses Jahres errichten wird, sollen entsprechend ausgerüstete Unfallhilfsstellen eingerichtet werden.

Zum Krankenpflegegesetz

Wie der Staatssekretär des Bundeskanzleramtes an den 1. Vorsitzenden des bayer. Landesgesundheitsrates im Schreiben vom 29. 5. mitteilt, hat der Bundestag bei Verabschiedung des Krankenpflegegesetzes am 24. Mai folgende Entschliebung gefaßt:

„Die Bundesregierung wird aufgefordert, dem Bundestag baldmöglichst einen umfassenden Bericht zu erstatten

1. über die gegenwärtige wirtschaftliche Lage der öffentlichen, karitativen und privaten Krankenanstalten, insbesondere über die Frage, inwieweit die Selbstkosten durch die Pflegesätze gedeckt sind, und inwieweit notwendige Neuerrichtungen, Erweiterungen und Verbesserungen der Einrichtung infolge Mangel an Geldmitteln unterbleiben;
2. darüber, in welchem Umfange die Neueinstellung von Personal in den Krankenanstalten notwendig ist, um eine fühlbare Entlastung des Pflegepersonals zu erreichen, in welchem Umfange die allgemeine Arbeitsmarktlage die Gewinnung ausreichenden Personals erschwert und in welchem Umfange die Selbstkosten der Krankenanstalten sich durch diese Personaleinstellung und durch eine Hebung der Vergütung des Pflegepersonals erhöhen werden;
3. wie viele deutsche Krankenpflegepersonen durch Vermittlung der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung und Arbeitslosenversicherung im Ausland Beschäftigung gefunden haben, in welchen Ländern sie tätig sind und was der Bundesanstalt über die Motive bekanntgeworden ist, die deutsche Krankenpflegepersonen veranlassen, eine Tätigkeit im Ausland zu suchen;
4. welche Maßnahmen die Bundesregierung zu ergreifen gedenkt, um dafür zu sorgen, daß die Krankenanstalten wirtschaftlich in die Lage versetzt werden, alles zu tun, was zu einer fühlbaren Entlastung des Pflegepersonals beitragen kann, insbesondere welche Möglichkeiten die Bundesregierung sieht, ihrerseits den Krankenanstalten finanzielle Hilfe zu gewähren, und ob und welche verfassungsrechtlichen Bedenken einer solchen Absicht entgegenstehen;
5. ob die Bundesregierung beabsichtigt, dem Bundestag einen Gesetzentwurf vorzulegen, der nicht nur die Aufstellung einer genügenden Anzahl von Krankenhausbetten sichert sondern auch die finanzielle Sicherung der Unterhaltung der Krankenhäuser regelt.“

Ausbildungsprogramm für deutsche Medizinalassistenten

Um in erster Linie die Beziehungen zwischen deutschen und amerikanischen Ärzten zu fördern, beginnt am 1. Juli 1957 in Landstuhl/Pfalz ein Medizinalassistentenprogramm für deutsche Staatsangehörige, welche ihr medizinisches Staatsexamen bestanden haben. Auskunft: Medical Division, Headquarters USAREUR, Heidelberg, Roemerstraße.

Reform des Medizinstudiums

Zu dem in Freiburg/Brg. stattgefundenen „Deutschen medizinischen Fakultätentag“ hatten sich 60 Dekane der medizinischen Fakultäten der Universitäten Ost- und Westdeutschlands eingefunden, um Fragen der Ausbildung der Ärzte und eine Reform des medizinischen Studiums zu erörtern. Der Vorsitzende des Fakultätentages, Prof. Dr. Habs, Heidelberg, teilte mit, daß neben einer zwanglosen Aussprache über zahlreiche Fragen des Medizinstudiums auch zwei Vorträge über die medizinische Ausbildung im Ausland gehalten wurden. Prof. Dr. Schäfer, Heidelberg, der Vorsitzende der „Aktion zur Reform des Medizinstudiums“ berichtete über die Ausbildung der Ärzte in den USA, Prof. Dr. Gärtner, Homburg/Saar, über die ärztliche Ausbildung in Frankreich. Einen vorläufigen Bericht über ihre Arbeit und über einen zweckmäßigen Einbau des naturwissenschaftlichen Unterrichts in das Medizinstudium gab die „Akademie für ärztliche Ausbildung“ in Gießen, die seit über einem Jahr Untersuchungen über die Neugestaltung des klinischen Studiums vornimmt.

Auf 700 Einwohner ein Arzt

Unter der Überschrift „Österreich, Land der Ärzte“ gab die Presse der Bundesrepublik bekannt, daß Österreich das Land mit der höchsten Arztquote sei und die Bundesrepublik mit 740 Einwohnern auf einen Arzt erst an der vierten Stelle der Skala der Arztdichte stehe.

Diese Zahlen entsprechen nicht den Tatsachen. Das Statistische Bundesamt hat in seiner Zeitschrift „Internationale Monatszahlen“, Heft Nr. 6/55, auf Seite 13 eine internationale Übersicht über das Gesundheitswesen veröffentlicht. Hiernach steht zwar Österreich mit 650 Einwohnern je Arzt an der Spitze der Skala, doch folgt unmittelbar die Bundesrepublik Deutschland mit 715 Einwohnern je Arzt. In der Schweiz besteht eine Verhältniszahl von 956:1, in den Vereinigten Staaten von 770:1 und in Neuseeland von 720:1.

Diese Statistik beruht auf den Verhältnissen des Jahres 1953. Seither hat die Zahl der Ärzte in der Bundesrepublik weiterhin erheblich zugenommen. Sie betrug gegenüber 68 909 Ärzten im Jahre 1953 etwa 71 800 Anfang 1957 und ist damit auch im Verhältnis zur Zahl der weniger stark vermehrten Bevölkerung weiter angestiegen. Inzwischen dürfte in der Bundesrepublik Deutschland auf 700 Einwohner ein Arzt kommen. A. P. I.

Kein staatlicher sozialärztlicher Dienst

Der Bundesarbeitsminister hat dem Verband der Angestellten-Krankenkassen mitgeteilt, daß er einen gemeinsamen sozialärztlichen Dienst mit richterlichen Befugnissen niemals gefordert habe. Er halte aber einen einheitlichen vertrauensärztlichen Dienst, der für alle Sozialversicherungsträger verbindliche Entscheidungen treffen könne, für erforderlich, damit es in Zukunft unmöglich sei, daß der Vertrauensarzt einer Landesversicherungsanstalt genau das Gegenteil in seinem Gutachten niederlege als es der Vertrauensarzt der Arbeitsverwaltung eventuell tue. Wenn diese Einheitlichkeit erreicht werden solle, dann müsse dieser vertrauensärztliche Dienst von den Sozialversicherungsträgern gemeinsam aufgebaut und getragen werden. Die Verbände der BILE-Krankenkassen befürworten einen einheitlichen Beratungsarzt (Gutachterdienst) für die Sozialversicherung. Er müßte eine in Selbstverwaltung zu regelnde Gemeinschaftsaufgabe der sozialen Spitzenverbände und der Ärzteschaft sein. GPK 6/57

Leitsätze für die Behandlung von Ärztemustern durch die Apotheker

Das Berufsgeschicht für die Heilberufe in Schleswig-Holstein hat mit Beschluß vom 16. 1. 1957 anläßlich eines

Zu den Ausführungen von Dr. Breidenbach in Nr. 4/1957 über die „Gefährdung der Privatkrankenanstalten“ sind aus Kreisen der beamteten Ärzteschaft ernste Bedenken angemeldet worden. Um bei der Kontroverse alle unnötigen Schärfen zu vermeiden, soll eine Veröffentlichung der zum Thema eingelaufenen Äußerungen zusammenfassend erst dann erfolgen, wenn durch eine gegenseitige Aussprache eine Abklärung der Standpunkte erfolgt ist. Der Abdruck ist für die Juli-Nummer des BÄBL. vorgesehen. Die Schriftleitung

gegen einen Apotheker schwebenden Verfahrens folgende Leitsätze festgelegt, welche die Zustimmung der Apothekerkammer und des Herrn Innenministers als Aufsichtsbehörde gefunden haben:

1. „Ärztemuster“ sind Proben von Arzneifertigwaren, die Ärzten vom Hersteller in begrenzten Mengen kostenlos zur Verfügung gestellt werden und als solche in einer für die beteiligten Fachkreise zweifelsfreien Weise kenntlich gemacht sind. Sie haben den Zweck, den Arzt über Zusammensetzung, Indikation und Dosierung des Mittels zu unterrichten und ihm Gelegenheit zu geben, es am Patienten zu erproben.
2. Ärztemuster dürfen, einerlei von welcher Seite sie stammen, weder in das Warenlager der Apotheken aufgenommen, noch dürfen veraltete Ärztemuster gegen neue Packungen durch den Apotheker umgetauscht werden.
Der Verkauf solcher Muster oder des Inhalts, das Entfernen oder Verändern der Kennzeichen als Ärztemuster sowie jegliche Art von Wertverrechnung ist dem Apotheker verboten.
3. Handlungen, die vorstehenden Leitsätzen zuwiderlaufen, stellen eine Verletzung der Berufspflichten dar. Sie können unabhängig von der Frage, ob die Voraussetzungen des § 263 StGB (Betrug) oder anderer Straftatbestände erfüllt sind, die Einleitung eines Verfahrens nach den Vorschriften des Gesetzes über die Berufsgerichtsbarkeit der Heilberufe vom 22. 2. 1954 (GVBl. Schl.-H. S. 33) zur Folge haben. I. D.

Ausschuß „Krankenhaus-Ernährung“

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung hat einen Ausschuß „Krankenhaus-Ernährung“ gegründet, der jetzt in der Medizinischen Klinik der Medizinischen Akademie in Düsseldorf zusammentrat. Mitglieder des Ausschusses sind Ernährungsphysiologen, Ärzte, Verwaltungsdirektoren, Diätköchenleiterinnen. Zu den Mitgliedern des Ausschusses gehört Professor Dr. Keller, Leipzig.

Krankenkassen- und Arzthonorare

Vertreter der Bundesverbände der Land-, Betriebs- und Innungskrankenkassen sowie der Arbeitsgemeinschaft der Knappschaften und der Ersatzkassen haben auf einer Arbeitstagung in Salzdettfurth eine generelle prozentuale Erhöhung aller Gebührensätze der preußischen Gebührenordnung für Ärzte abgelehnt. Dagegen wurde eine Erhöhung entscheidender Gebührensätze als notwendig anerkannt. Die Tagung beschäftigte sich außerdem mit der Erhöhung der Versicherungspflichtgrenze, der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall und mit der Wiederrückzahlung der Krankenkassen in Berlin.

Überschreitung des Fallkostendurchschnitts

Das Sozialgericht München entschied (am 21. 1. 1957 — AZ 76/AR/56), daß eine nicht durch besondere Umstände begründete Überschreitung des Fallkostendurchschnitts ein Beweis für unwirtschaftliche Leistungen des Kassenarztes ist.

Aus den Gründen: Der Fallkostendurchschnitt ist eines der wenigen wirklich brauchbaren Kontrollmittel der Kassenzahnärztlichen Vereinigung. Der Fallkostendurchschnitt ist nicht, wenn er einmal, sondern wenn er über einen gewissen längeren Zeitraum hin besonders hoch liegt, der Anlaß zu einer Prüfung der Abrechnung. Der Fallkostendurchschnitt kann nach der Regel von der großen Zahl nur da auf die Dauer berechtigt überdurchschnittlich sein, wo z. B. eine Epidemie oder dergleichen

herrscht. Andernfalls ist eine starke Überhöhung des Fallkostendurchschnitts an sich schon ein einwandfreier Beweis für eine unredliche Abrechnung.

Dies ist auch der Grund, warum hergebrachter- und notwendigerweise in solchen Fällen aus der Fülle nur wenige Einzelfälle herausgegriffen zu werden pflegen. Dieses eingebürgerte Verfahren ist bei der Beweiskraft des Fallkostendurchschnitts allein nicht zu beanstanden. Ein Kläger kann daher nicht wie ein Bektager verlangen, daß ihm Fall für Fall von einer Art Staatsanwaltschaft nachgewiesen wird. Ein solches Verfahren würde die Kassenärztliche Vereinigung so schwer finanziell belasten, und damit alle Zahnärzte, daß erhebliche Kürzungen durch Erhöhung der Verwaltungsausgaben entstünden. Es handelt sich demnach nicht um eine pauschale Beschuldigung, sondern um zwei Beweisarten, eine rechnerische, vom Kläger pauschal genannt, und eine probenweise zusätzliche medizinische. Die rein medizinische wird in der Regel, weil sie dem Beschuldigten, wie auch der vorliegenden Fall zeigt, die einleuchtendste ist, lediglich zur Erläuterung herangezogen. (Der Rechtsstreit betraf in diesem Falle einen Zahnarzt.) I. D.

Das Schwesternwesen

wurde in einer ausführlichen Denkschrift der Gesundheitsabteilung des bayer. Innenministeriums behandelt. Die Arbeitszeitverkürzung im Pflegeberuf verstärkte den Schwesternmangel weiter und zwingt zu neuen Maßnahmen. Eine Schwester habe heute über 7 Betten zu betreuen. Würde man auf die erforderliche Zahl von 6 Betten heruntergehen, so müßten 2612 Pflegekräfte mehr beschäftigt werden. Durch die Einführung der 54-Stunden-Woche ist nun noch ein zusätzlicher Mehrbedarf von 1400 Schwestern entstanden, der sich bei Verwirklichung der 48-Stunden-Woche auf insgesamt 3000 Schwestern erhöhen würde. Dieser Mehrbedarf kann zur Zeit weder von den Pflegeorganisationen noch von den in der Ausbildung stehenden Krankenpflegeschülerinnen voll gedeckt werden. Zur Behebung der Schwesternnot regt das Innenministerium die Schaffung eines neuen Berufszweiges, den der Krankenhausgehilfin, an. Die künftigen Krankenhausgehilfinnen sollen bereits mit 14 oder 15 Jahren sofort nach ihrer Schulentlassung eine dreijährige Lehre an den Krankenanstalten absolvieren können, die mit einer Prüfung abschließt. Tüchtige und erfahrene Krankenhausgehilfinnen sollen unter Anrechnung eines Teiles der Ausbildung als Krankenhausgehilfinnen die Möglichkeit erhalten, zur Vollschwester aufzurücken. I. D.

Gefahren der Röntgenstrahlen

Zum Abschluß einer halbjährigen Untersuchungsarbeit kamen Physiker aus den Vereinigten Staaten von Amerika, England, Kanada, Frankreich, Schweden und Deutschland in Genf zu einer zehntägigen Konferenz zusammen. Sie stellten dabei fest, daß es noch nicht genau zu übersehen sei, welches Maß an radioaktiven Gefahren mit der Anwendung von Röntgenstrahlen durch Ärzte und Zahnärzte verbunden ist. Auf Grund ihrer Arbeit erhoben sie die Forderung nach umfangreichem Informationsmaterial, an Hand dessen erst festgestellt werden könne, ob die Anwendung von Röntgenstrahlen, wie sie heute gehandhabt wird, ein wirkliches Wagnis bedeutet oder nicht. Die auf Wunsch der UN-Kommission einberufene Studiengruppe, die zur Untersuchung der Auswirkungen atomarer Radioaktivität eingesetzt wurde, empfiehlt, es solle vermieden werden, Menschen unnötig Röntgenstrahlen auszusetzen.

Über „Aktuelle Krebsfragen“

sprach auf dem Deutschen Chirurgenkongreß in München Prof. Dr. K. H. Bauer (Heidelberg). Außer den bisherigen, müsse man in Zukunft auch noch andere, neue Wege gehen, betonte Prof. Dr. K. H. Bauer. Nicht nur, weil auf die Dauer nur ca. 18% aller Krebse endgültig geheilt werden, sondern auch, weil der Krebs — man denke an das Bronchialcarcinom — weiterhin zunimmt. Krebs aber nimmt nur zu, weil die Ursachen zunehmen, die ihn bedingen. Kurzum, das Problem der Probleme ist die Krebsverhütung durch systematische Verminderung und Ausschaltung carcinogener Noxen. Der Anfang liegt bei den

Ärzten, nicht nur, weil die Ärzte alle Krebszusammenhänge am besten übersehen, sondern auch, weil sie am besten einen Druck auf die öffentliche Meinung auszuüben vermögen. Etwas anderes aber ist es, Forderungen zu erheben, etwas anderes, Forderungen zu verwirklichen.

Aktuell und akut ist an Stelle der heutigen Zersplitterung die Verwirklichung einer Konzentration der Forschung in einem großen, modernen Krebsinstitut mit zusätzlich neuer Methodik und neuer Zielsetzung einmal in der Ursachenforschung: Noxenaustestung, nicht wie bislang fast nur durch Pinselung und Injektion, sondern noch mehr als bisher durch perorale Zufuhr der zu prüfenden Stoffe, denn Chemo-Noxen der Nahrung sind beim Krebs die Hauptgefahr, denn $\frac{2}{3}$ aller Krebse gehen beim Erwachsenen auf den Magen- und Darmkanal. Und endlich durch langfristige Inhalationsversuche, also Untersuchungen aller mit der Atemluft in unseren Körper gelangenden Fremdstoffe. In der experimentellen Chemotherapie: an Impftumoren Vortestungen, jedoch auch Austestung neuer Agentien an Tumoren, die die Tiere selbst produzieren, sei es spontan, sei es induziert. Dazu natürlich klinische Strahlentherapie und klinische Chemotherapie. Denn Krebserfahrung am Menschen und Krebsexperiment am Tier sind zwar Gegenpole, bedingen sich aber gegenseitig. Sie gehören untrennbar zusammen und zwar unter einem Dach, denn je mehr wir können, um so weniger kann der einzelne alles.

Selbstverständlich müßte ein solches Institut auch eine Trutzburg sein, nicht nur gegen falsche Propheten auf dem Krebssektor, sondern auch gegenüber jenen Falschmünzern, die auch kleine Dinge, noch bevor sie geprüft sind, umprägen zu großen Sensationen. Natürlich sollte das Institut auch Zentrum einer legitimen Aufklärung sein, sowohl gegenüber Öffentlichkeit wie gegenüber Gesetzgebung. Und dies nach der Richtschnur: vergeuden wir doch nicht das Göttergeschenk der Lebensverlängerung durch immer neue Noxen, die das Leben verkürzen. Ist die Gefahr auch groß, größer noch ist — mit Hölderlin — unser Glaube: „Wo aber Gefahr ist, wächst das Rettende auch!“ I. D.

Ferienlager für zuckerkrankte Kinder

Dank der Bemühungen des Deutschen Diabetiker-Bundes e. V. in Stuttgart-Süd, Mühlrain 32, ist es auch heuer wieder gelungen, eine Reihe von Ferienlagern für zuckerkrankte Kinder und Jugendliche zu ermöglichen. Sie finden im Juli und August statt, und zwar in Hösel, Bezirk Düsseldorf, auf der Insel Langeoog und im Schwarzwald.

Auskunft erteilt der Hauptgeschäftsführer R. Beining, Deutscher Diabetiker-Bund e. V., Windsheim/Mfr., Keget-Str. 11.

Betriebsport ist versichert

Die Teilnahme an betriebssportlichen Veranstaltungen unterliegt mit wenigen Ausnahmen dem gesetzlichen Unfallversicherungsschutz, hat das Sozialgericht München in einem rechtskräftigen Urteil festgestellt. Eine Ausnahme davon stellt lediglich die Teilnahme am „sportlichen Wettkampferverkehr“ dar, also an Wettkämpfen mit betriebsfremden Sportlern oder Mannschaften. Wenn aber — wie es im vorliegenden Fall war — ein Wettkampf mit Ausscheidungen, Preisen und Siegesfeier nur mit Betriebsangehörigen untereinander stattfindet, auch wenn nur ein kleiner Teil der Gesamtbelegschaft daran beteiligt war, so gehört eine solche Betriebsveranstaltung zu den Bemühungen des Unternehmens, die Arbeitsfähigkeit und Arbeitsfreude der Mitarbeiter zu heben und ein gesundes Betriebsklima zu schaffen, weswegen die Unfallversicherung für in diesem Zusammenhang entstandene Schäden aufzukommen hat.

Versicherungsschutz bei Erkrankung in Italien

Für viele Reisende ist es wichtig, zu wissen, daß seit dem 1. April 1956 zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der Republik Italien ein Sozialversicherungsabkommen besteht, das für den Fall einer Erkrankung auch während eines nur vorübergehenden Aufenthalts in Italien einen weitgehenden Versicherungsschutz vorsieht. Somit sind auch Urlauber und Touristen, soweit sie in

der deutschen Sozialversicherung pflicht- oder freiwillig versichert sind, mit ihren anspruchsberechtigten Familienangehörigen in den Versicherungsschutz einbezogen.

Will der deutsche Versicherte die Aushilfe der italienischen Krankenversicherung in Anspruch nehmen, so muß er sich als Mitglied einer deutschen Krankenkasse ausweisen. Diese stellt ihm auf Verlangen eine Bescheinigung aus. Die Leistungen müssen bei dem örtlich zuständigen Träger der italienischen Krankenversicherung (Provinzialamt der Nationalen Anstalt für Krankenversicherung = Ufficio provinciale dell' Istituto nazionale per l'assicurazione contro le malattie) beantragt werden. Den Provinzialsitzen dieses Versicherungsträgers sind kleinere örtliche Verwaltungsstellen (Sezione Territoriale) unterstellt, die für die Leistungsgewährung in erster Linie zuständig sind. In den Provinzen Bozen und Trient (Südtirol) wird die Krankenversicherung von selbständigen Versicherungsträgern durchgeführt, deren Anschriften wie folgt lauten:

Cassa Provinciale di Malattia, Bolzano;

Cassa Mutua Provinciale di Malattia, Trento, Piazza Venezia 41.

Bei Krankenhausaufnahme genügt es, wenn der Erkrankte unter gleichzeitiger Unterrichtung der Krankenhausverwaltung die nächste örtliche Verwaltungsstelle des italienischen Versicherungsträgers unter Beifügen der Bescheinigung der deutschen Krankenkasse von der Krankenhausaufnahme in Kenntnis setzt. In diesem Falle übernimmt der italienische Versicherungsträger die Krankenhauskosten zu seinen Vertragsätzen, wenn sich der Versicherte in die allgemeine Pflegeklasse aufnehmen läßt.

GPK 6/57

Rückgang der meldepflichtigen Infektionskrankheiten im Jahre 1956

Mitteilungen dem Statistischen Bundesamt zufolge sind die meldepflichtigen Infektionskrankheiten im Jahre 1956 gegenüber dem Jahr 1955 im allgemeinen schwächer aufgetreten, was sich besonders bei Diphtherie und Scharlach am stärksten auswirkte. Lediglich die Poliomyelitis bildete insofern eine Ausnahme, als sie mit rund 4100 Krankheitsfällen die Bilanz von 1955 um 40% überstieg. Am meisten betroffen waren davon in Nordrhein-Westfalen die Kreise Mörs und Aachen. Dagegen waren im Vergleich zu 1955 Ruhr, Typhus und Paratyphus seltener.

Das Risiko der Krankheit. — Pläne zur Reform der Krankenversicherung. (Prof. Dr. Hans Achinger in der „FAZ“, 4. 5. 1957): — Auszug —

Nach der Verabschiedung der Rentenreform scheint die Reform der Krankenversicherung der nächste große Gegenstand sozialpolitischer Umgestaltung zu werden. Durch den Kieler Streik, der das Einkommen im Krankheitsfalle als Lohnfrage behandelte, ist nun die Überlegung, was nun neben der eigentlichen Krankenhilfe für den Einkommensausfall bei Krankheit aus öffentlichen Mitteln zu leisten wäre, in den Vordergrund geschoben worden. Man kann das bedauern, denn es gibt viele andere Reformwünsche in dem Vierecksverhältnis Arzt, Patient, Kasse und Krankenhaus, die mindestens der gleichen Sorgfalt wert wären. . . .

. . . Was geschehen sollte, wenn die Krankenversicherung tatsächlich durch die Lohnfortzahlung zu Ersparnissen käme, ist häufig genug erwogen worden. Die Wünsche der Ärzte, die auf bessere Bezahlung warten, sind bereits durch Streik verdeutlicht. Vorschläge für den Ausbau der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge sind seit Jahren diskutiert. Die Notlage der Krankenhäuser bei

den bestehenden Pflegesätzen ist ebenfalls bekannt. Die präventive Medizin hat ihre Wünsche ebenfalls angemeldet. Für die Verteilung der Beute wäre also schnell Rat zu schaffen. Nichts erscheint auch zunächst leichter, als den Gewinn auszurechnen, der der Krankenversicherung zufallen würde. Im Jahre 1954 gliederten sich die Aufwendungen der allgemeinen Krankenversicherung wie folgt:

	Prozent
Arztkosten	21,7
Zahnarztkosten	5,5
Arznei und Heilmittel	13,5
Zahnersatz	3,1
Krankenhauspflge	16,6
Krankengeld	21,9
Sonstige Krankenhilfe	2,6
Wochenhilfe	5,7
Sterbegeld	0,9
Verwaltungskosten	6,6
Sonstiges	1,9
	100,0

Die Ersparnis ist für 1954 auf 325 Mill. DM berechnet worden. Bei allen bisherigen Projekten scheint offenbar eine solche Verbesserung der Finanzen der Krankenversicherung stillschweigend angenommen. Man scheint weiter gewiß zu sein, daß sie erwünscht sei, und daß ein solcher evtl. Überschuß nicht zu weiterer Beitragssenkung verwendet werden sollte, sondern zur Erweiterung der übrigen Aufgaben der Krankenversicherung, die ja dann nur noch die Kassenhaltung, den Bankier für ärztliche Hilfe zu machen hat. Die Frage aber, ob diese Überschüsse überhaupt im Ernst zu erwarten sind, könnte allerdings erst beantwortet werden, wenn man den Mehraufwand für Krankenhilfe kennen würde, der durch die Veränderung des Verhaltens der Versicherten herbeigeführt wird. Wer soll den Büttel machen? Mit den Neuregelungen wird die Verantwortung für den, der eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen soll, außerordentlich wachsen. Wer soll diese Verantwortung tragen? . . . Anlässlich des Kieler Streiks hat ein Kassenarzt aus Schleswig-Holstein ausführlich dagegen gesprochen, daß man die Ärzte als Hüter der Gesundheit gleichzeitig zu Schiedsprüchen, in sozialen, wirtschaftlichen und politischen Dingen heranzieht. „Wird bei Kurzerkrankungen der Lohnausgleich an eine bestimmte Dauer der Arbeitsunfähigkeit geknüpft, dann ist ein menschlich verständlicher Anreiz zum ‚Krankfeiern‘ gegeben. Dabei dürfte es nicht den geringsten Unterschied machen, ob es sich um Arbeiter oder Angestellte handelt. Der Arzt aber — gleich ob behandelnder oder begutachtender Arzt — wird zum Büttel oder Prügelknaben, sei es als Gesundheitsreiber oder Gefälligkeitsbescheiniger, in jedem Falle aber zum Gegenstand allgemeinen Mißtrauens.“ Wie nun die leidige, aber jetzt verschärft gestellte Kontrollfrage gelöst werden soll, darüber muß innerhalb der Reform der Krankenversicherung entschieden werden. Das Problem kompliziert sich erheblich dadurch, daß bei Lohnfortzahlung das pekuniäre Interesse der Krankenkassen, die bisher hinter den Ärzten standen, wegfällt. Geht es auf die Dauer ohne Beteiligung der Betriebe an dieser Kontrolle? . . . Die Kontrollfrage ist nicht isoliert, ohne die Frage des einzelnen zu seiner Krankenversicherung überhaupt zu beurteilen. Hier greifen alle die Vorschläge ein, die ein anderes Verhältnis zur Krankenversicherung erstreben, ein Gefühl dafür, daß es sich hier um eine Versicherungsgemeinschaft handelt, bei der jede Ausbeutung ein Betrug an allen übrigen ist.

bei Obstipation und

Dermatitiden:

Rp. Carilaxan-Tee
Stada

Mitgliederversammlung des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose

Am 29. März 1957 fand im Kurhaus in Wiesbaden die Ordentliche Mitgliederversammlung des Deutschen Zentralkomitees statt.

Der Präsident des DZK, Prof. Dr. Schröder, begründete in seiner Ansprache die Ursachen, welche zu einer Neufassung der Satzung des DZK geführt hatten. In erster Linie handelte es sich dabei darum, allen an der Bekämpfung der Tuberkulose interessierten Organisationen die Möglichkeit zu geben, gleichberechtigtes Mitglied des DZK werden zu können. Die der Mitgliederversammlung vorgelegte Satzung wurde einstimmig angenommen.

Der Generalsekretär des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose, Prof. Dr. Griesbach, erstattete anschließend den Geschäftsbericht und erläuterte die Ergebnisse der Tätigkeit der Arbeitsausschüsse.

Im Anschluß daran berichtete Prof. Dr. Dr. h. c. Kleinschmidt über die auf Veranlassung des Bundesministeriums für Ernährung, Landwirtschaft und Forsten vom DZK durchgeführte „Aktion bovine Tuberkulose“, welche den Zweck hatte, Unterlagen über den Anteil des Typus bovinus an der menschlichen Tuberkulose zu beschaffen. Die Untersuchungen führten zu dem Ergebnis, daß die Maßnahmen zur Bekämpfung der Rindertuberkulose durch Ausmerzung der tuberkuloseinfizierten Rinder energisch fortgesetzt werden müssen.

Der Schatzmeister, Ministerialdirektor a. D. Dr. Burman, legte den Rechenschaftsbericht über das vergangene Geschäftsjahr vor und erläuterte den Haushaltsplan, der von der Mitgliederversammlung angenommen wurde.

Der Termin der nächsten Ordentlichen Mitgliederversammlung wird auf April oder Mai 1958 festgesetzt.

„Desmal Wurzelarznei“

Unter der Überschrift „Über die Desmal-Wurzelarznei“ bringt die Pharmazeutische Zeitung in Nr. 21/1957 einen Bericht, der schlagend die Unhaltbarkeit der Zustände im Arzneimittelwesen beleuchtet. Leider sind derartige Schäden an der Volksgesundheit nicht zu verhindern, solange nicht ein neues Arzneimittelgesetz die Handhabe zur Abstellung derartiger Mißstände bietet. Nachfolgend der Wortlaut:

„Die Desmal-Präparate haben schon vor Jahresfrist eine Behandlung in dieser Zeitschrift gefunden. Prof. Dr. Schlemmer veröffentlichte in seinem Halbjahresbericht über die Tätigkeit des Deutschen Arzneiprüfungs-Institutes seine Untersuchungen über Desmal 1 bis 4. Sie hatten ergeben, daß die Präparate — gleichgültig um welche Nummer es sich handelte — im wesentlichen aus Hefe bestehen. Der Hefehalt liegt zwischen 85 und 95%, wobei, in groben Grenzen, der Anteil der noch lebenden Hefezellen zwischen 40 und 60% liegt. Ferner sind in den Präparaten noch eine Reihe von Drogen enthalten, allerdings nur in geringer Menge, so daß die Analyse sich etwas schwieriger gestaltet. Es handelt sich um Flores Millefolii, Fructus Foeniculi, Fructus Carvi, Fructus Anisi, Fructus Juniperi, Herba Absinthii, Radix Pimpinellae. Einen größeren Anteil haben Fabae Sojae, Radix Taraxaci, Folia Sennae, Herba Equiseti. Prof. Schlemmer stellte fest, daß eine besondere Originalität der Präparate nicht bestätigt werden kann. Der Herstellerpreis von 11.— DM erschien wesentlich erhöht. Die Werbemethoden, mit denen Desmal an das Publikum herangetragen wird, seien irreführend.

Nunmehr erscheint in dem Nachrichten-Magazin „Der Spiegel“ (24. April 1957) eine eingehende Untersuchung der Desmal-Präparate unter dem Titel „Vom Rind zum Menschen“. Sie beleuchtet zunächst den etwas wechselhaften Lebenslauf des Desmal-Erfinders, Daniel Schumacher. Schumachers „erfolgreiche“ Desmal-Präparate waren ursprünglich für die Veterinärmedizin vorgesehen. Schumacher wollte ein Mittel gegen die Maul- und Klauenseuche erfinden, verstrickte sich jedoch in Affären, die von der Staatsanwaltschaft wegen Betrugs, Wechselbetrugs und Urkundenfälschung in 17 Fällen verfolgt wurden. Dies hatte eine Unterbrechung seiner Forschertätigkeit für 1½ Jahre zur Folge. Nach der Entlassung aus der Strafanstalt Mannheim entfaltete er in Frankreich eine neue Tätigkeit, aber einige neue Mißgeschicke veranlaßten ihn,

Freies Wochenende 29./30. Juni 1957

seiner Berufung in der Schweiz nachzugehen. Eine Reihe von Schweizer Kaufleuten brachte eine Summe von 350 000 sfr auf, um die Desmal-Forschung zu unterstützen. Ein schweizerischer Haftbefehl machte ihm den Aufenthalt in der Schweiz jedoch unmöglich.

Schumacher ließ sich nach dem Krieg im bayerischen Kempten nieder. Aber dort hatte bald der schwunghafte Desmal-Handel mit der Indikation Maul- und Klauenseuche zur Folge, daß die Gesundheitsabteilung des bayerischen Innenministeriums die Verwendung von Desmal in der Tiermedizin untersagte. Durch einige hintergründige Manipulationen erhielt er am 12. November 1951 die Herstellungserlaubnis für seine Desmal-Präparate zur Anwendung in der humanen Medizin. Die plötzliche Umstellung von der Kuh auf den Homo sapiens verursachte Schumacher keinerlei Schwierigkeiten. Die Zusammensetzung, die Schumacher stolz als sein „Lebensgeheimnis“ zu bezeichnen pflegt, blieb die gleiche. Der Verkauf ließ sich trotz des Preises von 20.— DM pro Pfunddose günstig an. Der Spiegel schreibt weiter:

„Schumachers ‚Lebensgeheimnis‘ wurde in Säcken aus schweizerischen Quellen angeliefert und in der Fabrik mit getrockneten Pflanzen angereichert, wobei sich die Unterschiede von Desmal 1 bis 4 eben aus diesen Zusätzen ergaben. Nun erinnert sich Schumachers ehemaliger Angestellter Reinhold Reinbold deutlich daran, daß gelegentlich nur die Grundmischung — ohne Zusatzkräuter — zur Verfügung stand. Dann wurde, weiß Reinbold, in Ermangelung der anderen Pflanzen lediglich das ‚Lebensgeheimnis‘ mit Hefe vermischt, wobei sich Desmal 1 bis 4 insofern voneinander unterschieden, als beim einen mehr, beim anderen weniger Grundmischung zur Hefe gegeben war.“

Bedauerlich ist allerdings, daß auch ein Apotheker mit Schumacher zusammenarbeitete. Apotheker Fuchsberger übte seine „verantwortliche Leitung“, auf die das bayerische Innenministerium Wert legte, von der Offizin seiner Kemptener Apotheke aus.

Obwohl der Umsatz der Desmal-Präparate in manchen Jahren die Zwei-Millionen-Grenze streifte, ging dem erfolgreichen Desmal-Produzenten allmählich das Geld aus, da er sich wenig um seine zahlreichen Gläubiger kümmerte und auch sein frisch erworbenes Rittergut „Roseneck“ bei Singen/Hohentwiel nichts abwarf. So ist es verständlich, daß es dem Fabrikbesitzer nicht schwerfiel, den deutschen Boden um die Jahreswende 1956/57 unter Mitnahme der vorhandenen Desmal-Dosen in einem unbezahlten Opel-„Kapitän“ zu verlassen, um ein neues Lager in Österreich aufzuschlagen. Inzwischen ist vom Amtsgericht Kempten ein Konkursverfahren über Desmal eröffnet worden. Es ist ein Schuldenstand von einer guten Million entstanden, der einigermaßen drückend erscheint, wenn man ihn mit dem derzeitigen Monatsumsatz von 5000.— vergleicht. Von der Staatsanwaltschaft konnte bisher noch nichts unternommen werden, da sich bisher noch kein Geschädigter zu einer Strafanzeige veranlaßt gesehen hat. Der Spiegel schließt seine Untersuchungen wie folgt:

„Die Desmal-Gläubiger beschlossen inzwischen einmütig, alles zu unternehmen, um dem Desmal-Betrieb wieder zur alten Blüte zu verhelfen. Es trifft sich günstig, daß der wichtigste Bestandteil der Präparate, die geheime Kräutermischung, in ausreichenden Mengen vorhanden ist. Zwar ist die Zusammensetzung des Hefe-Präparates mittlerweile etwas geändert worden, doch wird noch immer ein seit 1955 am Kemptener Ostbahnhof lagernder Kräuterbestand verwendet, der im Augenblick noch etwa sieben Tonnen beträgt und damit die Gewähr bietet, daß das biologische Heilmittel jahrelang hergestellt werden kann, wenn man nichts daran findet, daß abwechselnd Sommer- und Winterwetter die Beschaffenheit der getrockneten Heilpflanzen verändern.

Der Vertrieb der neuen Produktion — die Erlaubnis des Innenministeriums ist immer noch in Kraft — untersteht übrigens wieder der bewährten verantwortlichen Leitung des Apothekers Karl Fuchsberger.“

Warnung vor unverantwortlichem Gebrauch von Glutaminsäure

Das Ergebnis einer fachlichen Umfrage der Presse- und Informationsstelle des Bundesausschusses

Zahlreiche Anfragen an den Bundesausschuß für gesundheitliche Volksbelehrung mit der Bitte um Stellungnahme zu der Wirkungsweise der in sensationell aufgemachten Anzeigen betriebenen Publikumswerbung für Glutaminsäurepräparate, die angeblich als „Gehirn-Direkt-Nahrung“ vor allem die Leistung von Schulkindern wesentlich verbessern sollen, haben unsere Presse- und Informationsstelle veranlaßt, eine fachliche Umfrage bei führenden Kinderärzten, Pharmakologen, Pädagogen und Psychologen durchzuführen.

Dies ist das bisherige Ergebnis unserer Umfrage:

Prof. Dr. de Rudder, Direktor der Universitäts-Kinderklinik Frankfurt/Main, stellte fest, daß die Glutaminsäuremedikation nicht im entferntesten das gehalten hat, was man sich von ihr versprach. Nach seinen eigenen Erfahrungen erreichte man damit ganz vereinzelt eine leidliche Wirkung, nämlich bei Schulkindern, welche im ganzen etwas verschlafen sind. Bei irgendwelchen Idiotieformen, ja schon bei bloß debilen Kindern, die also durchaus noch Kontakt mit ihrer Umwelt haben, sehe man niemals Überzeugendes... Im ganzen sei die Angelegenheit mit der Glutaminsäure im wesentlichen eine Geschäftssache, unterstützt durch die laufenden Klagen von Lehrern und Eltern über Konzentrationsschwäche der Kinder.

Dr. med. Harbauer, Universitäts-Kinderklinik, Köln, macht uns im Auftrage des Klinikdirektors, Prof. Dr. Bennholdt-Thomsen auf eine bereits 1951 von der Klinik durchgeführte Untersuchung über Glutaminsäure bei Schwachbegabten aufmerksam, die zusammen mit der Universitäts-Nervenklinik (Prof. Dr. Scheid) erarbeitet wurde. Diese Untersuchung führte zu dem Ergebnis, daß es nicht gelang, einen faßbaren Einfluß auf die Entwicklung schwachbegabter Kinder im Sinne der Hebung des intellektuellen Niveaus durch Glutaminsäure nachzuweisen.

In einem Viertel der Fälle konnte eine gewisse motorische Stimulierung und Antriebsbereicherung beobachtet werden. Es bliebe jedoch offen, ob auf diesem Wege eine Entwicklungsreifung der Minderbegabten zu den Normalbegabten hin angebahnt wird. Diese Untersuchung ist sehr sorgfältig durchgeführt worden, wobei auch eine Kontrollgruppe von Kindern, denen Traubenzucker verabreicht wurde, mitgetestet wurde. Außerdem deckten sich die Protokolle der Klassenlehrer im wesentlichen mit den ärztlichen Befunden.

Prof. Dr. Karl Mierke, Direktor des Instituts für Pädagogik und Psychologie der Universität Kiel, weist darauf hin, daß sich der unbedachte und unverantwortliche Gebrauch von Glutaminsäure allmählich zu einer Gefahr auswächst. Wenn kindliche Konzentrationsschwäche ohne Ursachenbestimmung und ohne ärztliche Kontrolle mit irgendwelchen Drogen behandelt würde, könnten dadurch leicht Erethismus, Neurasthenie usw.) noch verschlimmert werden, ganz abgesehen davon, daß weitere für eine gedeihliche Entwicklung des Kindes bedeutsame (pädagogische, soziale usw. Fak-

toren vernachlässigt werden. Prof. Mierke hat sich bereits in Vorlesungen, Vorträgen und Aufsätzen mit Entschiedenheit gegen den Glutaminsäure-Rummel gewandt, insbesondere auch in Fällen praktischer Erziehungsberatung. In den „Kieler Nachrichten“ stellte er fest, daß bei Unkonzentriertheit und angewöhnter Unaufmerksamkeit auf keinen Fall ohne ausdrücklichen ärztlichen Rat zu irgendwelchen Drogen und Medikamenten gegriffen werden dürfe. Als bewährte „Hausmittel“ empfehlen sich dagegen die Sorge um ausreichenden Schlaf, für vitaminreiche Kost, für eine geregelte Tagesrhythmik, für Reizschutz und für Abschirmung gegen Über- und Fehlforderungen aller Art.

Aus dem Institut für Psychologie der Universität Marburg (Direktor: Prof. Dr. Düker) teilt uns Dr. G. A. Lienert mit, daß das Ausmaß der Leistungssteigerung durch Glutaminsäure in keinem Verhältnis zu der damit getriebenen Propaganda stehe. Eigene Versuche mit einer Glutaminsäurekombination in kleinen Dosen ohne Verbindung mit einem Vitaminkomplex ergaben, daß hierdurch keine nachweisbaren Wirkungen entfaltet würden.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Forst, Direktor des Pharmakologischen Instituts München stellt u. a. fest, daß der alltägliche Bedarf an Glutaminsäure durch den Gehalt der Nahrung an pflanzlichem und tierischem Eiweiß (100 g Eiweiß liefern 10 g Glutaminsäure) sowie durch die Leichtigkeit ihrer Synthese im Organismus überreichlich gedeckt sei.

Es habe sich in Einzelfällen zwar gezeigt, daß teilnahmslose Kinder mit trägem Gedankenablauf, durch chronische Verabreichung hoher Glutaminsäuredosen über 4 bis 6 Monate hindurch eine bessere psychische Regsamkeit erlangen, für eine gedankliche Beeinflussung ansprechbarer und zugänglicher werden mit der Folge einer besseren Aufnahmefähigkeit. Die erforderlichen hohen Dosen (meist wurden 10 bis 12 g pro Tag gegeben) führen jedoch leicht zu motorischer Unruhe, erheblicher Ablenkbarkeit und Schlafstörungen (!!).

Die Pharmakologie der Glutaminsäure sei noch recht problematisch. **Irgendein Beweis, der die Bezeichnung „Gehirn-Direkt-Nahrung“ rechtfertigt, ist bisher noch nicht geliefert worden.**

Vom ärztlichen Standpunkt aus könne die ungezügelt Verabfolgung von Glutaminsäure an Jugendliche ohne Indikationsstellung und Überwachung nicht gebilligt werden.

Eine Nachprüfung durch das Deutsche Arzneiprüfungsinstitut in München zu Ende des vergangenen Jahres habe ergeben, daß der Gehalt an Glutaminsäure in den einzelnen Handelspräparaten großen Schwankungen unterliegt. Die Dosen seien häufig so gering, daß sie wohl als unschädlich betrachtet werden können, aber auch keine therapeutische Wirkung versprechen.

Prof. Dr. med. Dr. phil. Neumann, Vorstand des Pharmakologischen Institutes der Universität Würzburg, reichte eine besonders ausführliche Stellungnahme ein. Er weist darauf hin, daß darüber, ob eine zusätzliche Zufuhr von Glutaminsäure auf die „Leistungsfähigkeit“ von Kindern Einfluß habe, die widersprechendsten Äußerungen vorlägen. Die meisten Arbeiten hierüber seien insofern unkritisch, als keine Kontrollversuche der nur scheinbar — mit einem sog. Placebo — behandelten Vergleichspersonen vorliegen. Selbst günstige Berichte betonten, daß ein Erfolg erst nach Monaten fest-

Neu!

Ekzemolux

Das neuartige Hauttherapeuticum gegen Dermatitiden und Ekzeme jeder Genese (auch parasitär), besonders erfolgreich bei therapieresistenten harten Hautausschlägen an den Fingern u. Händen (Neurodermitiden), juckreizstillend. — Sauber und angenehm in der Anwendung, geruchlos! Bereits zahlreich bewährt!

Im Verzeichnis „Rote Liste“ soll es heißen 0,3% und nicht 3% Sublimat.

Meissner & Co., Bayr. Gmain, Obb.

Alkohol und Verkehr

Die Frage, wieviel Alkohol ein Kraftfahrer zu sich nehmen darf, ohne eine Einbuße an Fahrsicherheit zu erleiden, wird viel zu häufig nur schematisch beantwortet. Es gibt keine festen Regeln, schon deswegen nicht, weil die psychische Reaktion des einzelnen auf Alkohol sehr verschieden ist, abgesehen von physiologischen Grundlagen, wie Körpergewicht, Füllungs- zustand des Magens usw. Auch die von den Gerichten gezogene 1,5-Promille-Grenze ist kein allgemeinverbindliches Richtmaß, sondern stellt nur den Wert dar, der unter allen Umständen Straffälligkeit bedingt. Am häufigsten übersehen wird die Bedeutung des Zeitfaktors. Der kritische Wert von 1,5 Promille wird um so eher erreicht, je konzentrierter und je schneller man trinkt. Da gerade der Arzt öfter in die Lage kommt, einen Rat erteilen zu müssen, sei auf die Broschüre „Mutter kann ganz ruhig sein“ (Alkohol und Verkehr?), Dortmund: Dortmunder Zeitschriftenverlag (1957), DIN A 5, 28 Seiten mit vielen, teils farbigen Abbildungen und Tabellen (Umschlagtitel: „Alkohol und Verkehr?“) verwiesen, aus der wir das nebenstehende Kilschee übernehmen.

Klage gegen Kindergeldgesetz abgewiesen

Das Kindergeldgesetz ist gültiges Recht und verfassungsmäßig. Dieses Urteil fällt am 24. 5. der Zweite Senat des Landes- sozialgerichts in Schleswig und wies damit die Klage eines Kieler Rechtsanwaltes im Auftrag von mehreren hundert in Schles- wig-Holstein freiberuflich Tätigen gegen die Familienausgleichskasse bei der Ver- waltungsberufsgenossenschaft Hamburg ab. Das Sozialgericht Schleswig hatte bereits in erster Instanz eine gleiche Entscheidung getroffen. In der Urteilsbegründung des

Landessozialgerichts heißt es, daß das Kindergeld nicht als ein Teil der öffentlichen Fürsorge anzusehen sei, sondern als ein Zweig der Sozialversicherung.

(Schlesw. Holst. Volksztg., Kiel, 27. 5. 1957.)

UdSSR wieder Mitglied der Weltgesundheitsorganisation

Der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation (WGO) wurde vor kurzem durch die Regierung der Sowjet- union davon informiert, daß Rußland von 1957 ab wieder aktiv an der Arbeit der WGO sich beteiligen wolle. Nach ihrem Beitritt im Jahre 1948 hatte die UdSSR ihre Mit- arbeiter ein Jahr später wieder abberufen.

Ähnliche Erklärungen wurden von den Regierungen Albanien, Bulgariens und Polens abgegeben. DMI

Arzt Dr. Sroka des Elternmordes verdächtig

Der des Mordes an seinen in Potsdam wohnhaft gewesenen Eltern verdächtige Arzt Dr. Sroka aus Singen wird sich in Konstanz vor einem Schwurgericht zu verantworten haben und nicht an die Behörden der Sowjetzone ausgeliefert werden, da es dort noch die Todesstrafe gibt.

Zugrunde gelegte Rechnungsgrößen

Körpergewicht 70 kg
Resorptionszeit 1 Stunde
Alkoholabbau im Blut 0,1‰ pro Stunde
1 Glas Bier = 1/2 Liter mit 10 g Alkohol

Wussten Sie das schon?



	Alkohol	Promille	im Blut	
1. Glas Bier →	0,1‰	0,0‰		
2. Glas Bier →	0,2‰	0,1‰	0,0‰	
3. Glas Bier →	0,3‰	0,2‰	0,1‰	0,0‰
4. Glas Bier →	0,4‰	0,3‰	0,2‰	0,1‰
5. Glas Bier →		0,7‰	0,7‰	0,6‰
6. Glas Bier →		0,8‰	0,9‰	0,8‰
7. Glas Bier →		0,9‰	1,1‰	1,0‰
8. Glas Bier →		1,0‰	1,3‰	1,2‰
12. Glas Bier →			1,6‰	2,0‰

Denke daran als Verkehrsteilnehmer!

zustellen sei und hierzu bemerken kritische Untersucher, daß bei „Leistungsschwäche“ ein gewisser Erfolg schon dadurch eintreten müsse, daß man sich monatelang mit diesen Kindern beschäftige. Wenn bei psychiatrischer Behandlung geeigneter Patienten Erfolge einer Glutaminsäureverabreichung gesehen worden seien, so dürften diese keinesfalls aus „zusätzlicher Gehirn-Ernährung“ beruhen. Die Ursachen dieser individuellen Erfolge beruhten wohl auf einer glutaminsäureeigenen stimulierenden Wirkung, die im Schrifttum mit der von kleinen Coffein- oder Pervitindosen verglichen worden ist und in amerikanischen Äußerungen analog als amphetamin-ähnlich bezeichnet wird. Amphetamin ist ein in Deutschland als Bazedrin bekannter und als „zentrales Weckmittel“ verwendeter, rezeptpflichtiger Stoff.

Soweit pharmakologische und toxikologische Erwägungen in Frage kommen, sollte Glutaminsäure nach Ansicht von Prof. Neumann im Einzelfall nur nach fachärztlich-psychiatrischer Untersuchung und Aufsicht verwendet werden, zumal es solche Fälle gibt, bei denen sie wegen der ange- deuteten Wirkungsweise bei antriebsgesteigerten Pati- enten kontraindiziert wäre.

Dr. med. v. Tischendorf

RECORSAN

RECORSAN-LIQUID

zur Crataegus - Kombinationstherapie des Altersherzens

30 ccm DM 1,95

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

AUS DER FAKULTÄT

Der außerplanmäßige Professor Dr. med. Gustav Schimert wurde mit ME. Nr. V 15 238 vom 16. 4. 1957 mit Wirkung vom 1. Mai 1957 zum planmäßigen Extraordinarius für „Prophylaxe der Kreislauferkrankungen“ in der Med. Fakultät München ernannt.

Der Priv.-Dozent für „Innere Medizin“ Dr. med. Hermann Zickgraf (wiss. Oberassistent an der II. Med. Klinik) ist mit ME Nr. V 35 870 vom 21. Mai 1957 zum außerplanmäßigen Professor ernannt worden.

PERSONALIA

Der Abgeordnete des Bayerischen Landtags Dr. Klaus Dehler, Nürnberg, wurde von der Wahlkreisversammlung der Freien Demokratischen Partei in Nürnberg als

Bundestagskandidat zu den Wahlen vom 15. 9. 1957 aufgestellt.

Der em. ord. Professor für Innere Medizin, Dr. med. Wilhelm Stepp, wurde zum Ehrenmitglied der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin ernannt.

IN MEMORIAM

Der em. ord. Professor für Anatomie und chem. Direktor der Anatomie München, Herr Dr. med. Robert Heiß, ist am 9. 5. 1957 im 74. Lebensjahr in München gestorben.

Der em.o. Professor für Gerichtl. Medizin, Dr. med. Hermann Merkel (ehem. Direktor des Instituts f. Gerichtl. Medizin) ist am 27. Mai 1957 im 83. Lebensjahr in München gestorben.

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Sudetendeutscher Ärztetag 1957

Die Vollversammlung des „Verbandes der sudetendeutschen Ärzte“, die für den 22. Juni 1957 vorgesehen war, findet erst im Herbst statt.

18. Deutscher Sportärztekongreß

In der Zeit vom 26. bis 28. Juli findet in Hamburg, veranstaltet vom Hamburger Sportärztebund, der 18. Deutsche Sportärztekongreß statt mit dem Hauptthema: „Möglichkeiten der Anpassung an extreme körperliche Belastungen“. Am 1. Tag wird referiert über „Regulationsmöglichkeiten des Organismus bei sportlicher Leistung“, am 2. Tag über „Der Mensch unter extremen Umweltbedingungen“ und am 3. Tag findet eine Round-table-Konferenz über „Probleme des modernen Leistungstrainings“ statt. Auskunft: Dr. A. Metzner, Hamburg 13, Rothenbaumchaussee 80.

Internationaler Lehrgang für praktische Medizin in Meran

vom 19. bis 31. August 1957.

veranstaltet im Auftrag und für Rechnung der westdeutschen Ärztekammern → BUNDESÄRZTEKAMMER (Arbeitsgemeinschaft der Westdeutschen Ärztekammern) in Zusammenarbeit mit der Österreichischen Ärztekammer.

Vorläufiges Programm

Thema:

„Wandlungen im Krankengut und Therapie-schätz der Praxis“.

A. Round-table-Gespräch: Der Mensch zwischen der 1. und 2. industriellen Revolution.

B. Hauptreferate und Colloquien.

I. Theorien kommen und gehen:

- Was bleibt übrig von der Fokaltheorie?
- „Vertebragen“, Wege und Irrwege
- Grenzen der psychosomatischen Denkweise
- Frischzellen- und Trockenzellentherapie kritisch betrachtet
- Speckbehandlung in der modernen Kinder- und Erwachsenen-Therapie

II. Eine neue Aera durch:

- Cortison
- Aldosteron
- Tabletten in der Diabetes-Therapie
- das Properdinsystem
- Neuroplegica und Tranquillizep
- Antidote

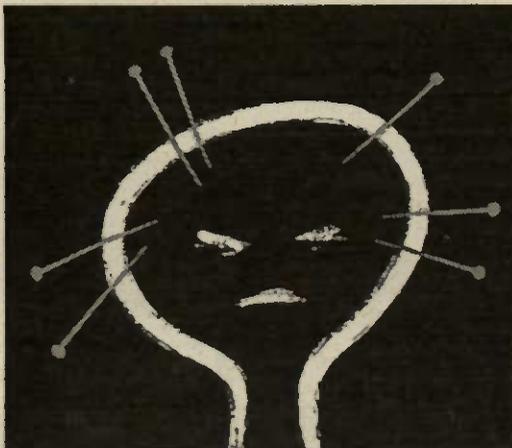
III. Neue und wiedererstandene Disziplinen:

- Präventive Medizin
- Geriatric
- Psychochirurgie
- Kosmetik und ästhetische Chirurgie
- Moderne Anaesthetie

IV. Der Wandel in den alten Disziplinen:

- Wandel der Krankheitsbilder durch chemische und antibiotische Therapie;
- Gestaltwandel innerer Krankheiten;
- Der Wandel in der Therapie der Geisteskrankheiten;
- Fortschritte der modernen Chirurgie aus der Sicht des Pathologen;
- Der Wandel in der Rezeptur: Das Ende der individuellen Verschreibung;
- Neue Wege zur Ca-Diagnostik und Ca-Therapie?

C. Strahlenschutz.



Dolviran®

Aspirin 0,2 g 10,1 g, 0,05 g; Phenacetin 0,2 g 10,1 g, 0,05 g;
Codein phosph. 0,01 g (0,005 g, 0,0025 g), Coffein anhydr. 0,05 g (0,0025 g, 0,00125 g);
Luminal™ (Acidum Phenylbarbituricum) 0,025 g (0,03 g, 0,015 g)

bei Schmerzen

Tabletten, Kinder- und Säuglingszäpfchen



„Bayer“ Leverkusen

D. Berufspolitisches Thema: Wege und Irrwege der Sozialpolitik seit Gründung der Bundesrepublik.

Ferner Facharzt-Colloquien, Diskussionen über Einzelfragen aus der Praxis, klinische Visiten und Demonstrationen, ständige Vorführungen wissenschaftlicher Filme.

Teilnehmergebühren: DM 30.— für Ärzte in selbständiger Stellung, DM 15.— für eine Woche; für Ärzte in nichtselbständiger Stellung ermäßigt sich diese Gebühr um die Hälfte.

Anmeldungen an Bundesärztekammer — Kongreßbüro, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

KONGRESSKALENDER

INLAND

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

Juni

- 16.—29. in Frensdorff: 6. Deutscher Sportärzte-Lehrgang. Auskunft: Stadt. Kurverwaltung Frensdorff/Schwarzwald.
- 19.—21. in Lübeck: Hauptversammlung der Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften.
- 25.—27. in Berlin: Internationale Arbeitstagung über Fragen der Hygiene des Kindes- und Jugendalters. Auskunft: Prof. Dr. Winter, Berlin W 8, Neue Wilhelmstr. 15.
- 25.—30. in Köln: 60. Deutscher Ärztetag. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstr. 1.

Juni/Juli

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

Juli

- 1.—5. in Lindau/Bodensee: 7. Tagung der Nobelpreisträger, 3. Tagung der Mediziner. Auskunft: H. F. Kiderlen, Lindau i. B., Postfach 11.
- 8.—10. in Gießen: Hochschulkurs für Fachärzte und praktische Ärzte mit dem Thema: Strahlenbehandlung der Krebskrankheiten. Auskunft: Prof. Dr. Gg. Herzog, Pathol. Institut, Gießen, Klinikstraße 32 g.
- 19.—20. in München: 34. Tagung der Bayerischen Chirurgenvereinigung (Chirurgische Klinik, Nußbaumstraße 20). Auskunft: Prof. Dr. W. Hoffmeister, München 27, Normannenplatz 8.
- 25.—27. in München: VII. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kiefer- und Gesichtschirurgie. Auskunft: Prof. Dr. Dr. K. Schuchardt, Hamburg 15, Johusallee 3.
- 26.—28. in Hamburg: 18. Deutscher Sportärztekongreß. Auskunft: Dr. A. Metzner, Hamburg 13, Rothenbaumchaussee 80.
- 30.—31. in Tübingen: 5. Kongreß der Gesellschaft für Konstitutionsforschung. Auskunft: Prof. J. Hirschmann, Tübingen, Universitäts-Nervenambulanz.

August

- 1.—9. in Neutrauburg über Isny: 2. Fortbildungskurs (Dritt-kurs) in manueller Wirbelsäulen- und Extremitätentherapie. Auskunft: Dr. Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.
- 12.—23. in Neutrauburg über Isny: 1. Fortbildungskurs (Zweitkurs) in manueller Wirbelsäulen- und Extremitätentherapie. Auskunft: Dr. Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.

September

- 1.—7. in Karlsruhe: 9. Deutsche Therapiewoche. Auskunft: Wissenschaftl. Kongreßbüro, Karlsruhe, Molkestraße 18.
- 1.—15. in Langeoog: Fortbildungskurs für praktische Medizin unter besonderer Berücksichtigung der Balneologie und der Klima-

heilkunde der Nordsee, veranstaltet von der Ärztekammer Niedersachsen, Auskünfte erteilen: Bundesärztekammer — Kongreßbüro, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1, Telefon 41 32 41, sowie die Kurverwaltung des Nordseeheilbades Langeoog. Anmeldungen nimmt die Kurverwaltung des Nordseeheilbades Langeoog entgegen.

- 5.—6. in Karlsruhe: Europäische und Internationale Therapie-Kongreßtagung. Auskunft: Dozent Dr. Dr. F. Kienle, Karlsruhe, Molkestraße 18.
- 10.—13. in Köln: Kongreß der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft. Auskunft: Deutsche Orthopädische Gesellschaft, Köln-Lindenthal, Josef-Stelzmann-Straße.
- 16.—18. in Düsseldorf: 56. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Auskunft: Kongreßbüro der Kinderklinik der Medizinischen Akademie, Düsseldorf, Moorenstr. 5.
- 19.—22. in Stuttgart: 3. Internationaler Vitalstoff- und Ernährungskongreß. Auskunft: Internationale Gesellschaft für Nahrungs- und Vitalstoff-Forschung e. V., Hannover-Kirchrode, Bemeroder Straße 61.
- 19.—27. in Neutrauburg über Isny: 2. Fortbildungskurs (Dritt-kurs) in manueller Wirbelsäulen- und Extremitätentherapie. Auskunft: Dr. Sell, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.
- 20.—21. in Passau: 41. Tagung der Südwestdeutschen Hals-Nasen-Ohrenärzte. Auskunft: Priv.-Doz. Dr. H. Nannmann, Würzburg, Staatl. Luitpoldkrankenhaus.
- 21.—29. in Nürnberg: 2. Ausbildungskurs für Sportärzte der Kreisgruppe Mittelfranken-Oberpfalz des Bayerischen Sportärzteverbandes. Auskunft: Dr. H. J. Basel, Nürnberg, Maxtorgraben 45.
- 27.—29. in Lindau/B.: 10. Bayerischer Ärztetag.

AUSLAND

Juni

- 13.—15. in Wien: Zentraleuropäische Anaesthesie-Tagung. Auskunft: Oberarzt Priv.-Doz. Dr. L. Zürn, Chirurgische Klinik der Universität München, München 15, Nußbaumstraße 20.
- 24.—29. in Scheveningen (Holland): VI. Internationaler Kongreß für prophylaktische Medizin. Auskunft: Dr. F. L. L. M. Merckelbach, Wassenaar, Lange Kerckdam 97.

Juni/Juli

- 25.—1. in Stockholm: Internationaler Kongreß für Urologie. Auskunft: Prof. Dr. Girz, Stockholm, Karolinska-Klinikhuset.

Juli

- 1.—6. in Helsinki: 12. Internationaler Kongreß über Industrie-Medizin. Auskunft: Generalsekretär Dr. Pertti Sumari, Työterveyslaitos Hartmaninkatu 1, Helsinki-Töölö/Finland.
- 6.—12. in London: 7. Internationaler Krebskongreß unter dem Präsidium von Sir Stanford Cade. Auskunft: The Secretary General Seventh International Cancer Congress, 45 Lincoln's Inn, Fields, London W. C. 2.
- 8.—12. in Genf: 4. Internationale Poliomyelitis-Konferenz. Auskunft: S. E. Henwood, 120 Broadway, New York, N. Y.
- 9.—12. in Paris: 6. Konferenz der Internationalen Gesellschaft für Geographische Pathologie. Auskunft: Generalsekretär Prof. Fred. C. Roulet, St. Albanrheinweg 174, Basel.
- 12.—20. in Brüssel: 3. Internationaler Kongreß für klinische Pathologie. Auskunft: Gen.-Sekr. Prof. M. Welsch, Service de Bactériologie et de Parasitologie, Université de Liège 32 Blvd. de la Constitution, Liège/Belgien.
- 14.—19. in Meran: IV. Kongreß der Internationalen Gesellschaft für Gerontologie. Auskunft: Sekretariat des Kongresses für Gerontologie, Florenz, Viale Morgagni 85.
- 20.—21. in Venedig: Internationales Symposium über die medizinisch-sozialen Aspekte der senilen Psycho-Neuropathien. Auskunft: Sekretariat des Kongresses für Gerontologie, Florenz, Viale Morgagni 85.
- 21.—28. in Brüssel: 1. Internationaler Kongreß der neurologischen Wissenschaften (Neurologie, Neurochirurgie, Neuropathologie,



Spasmo-Kranit

Tabl. Supp.

Visceral-Antispasmodicum
Spasmen und Koliken an den
glattmuskuligen Bauchorganen
KREWEL-WERKE, Eltorf b. Köln



HELOPHARM
KG
BERLIN

Helo-acid

bei An- und Subacidität, nach Magenresektion, bact. Gastroenteritiden u. ä.

ohne Salzsäure - trotzdem starke Säurewirkung

DRAGÉES

hohe koheptische und peptische Aktivität!

Helo-acid comp.

... bei gleichzeitiger Erkrankung des Verdauungssystems und Zuständen von Dysfermentie

Neurophysiologie, Elektroenzephalographie, Epilepsieforschung sowie Neuroradiologie). Vorsitz: Prof. Dr. P. van Gehuchten, Löwen, und Generalsekretariat Prof. Dr. L. van Bogaert, Berchem-Antwerpen. Auskunft und Anmeldung: Prof. Dr. Schaltenbrand, Würzburg.

- 12.—26. in London: 7. Weltkongress der Internat. Gesellschaft für Krüppelfürsorge. Auskunft: Miss M. Drury, 34 Eccleston Square, London-SW 1, U. K.

Juli/August

- 26.—1. in Paris: 4. Internationaler Kongress über Ernährungsfragen. Auskunft: Gen.-Sekr. Miss Gaucher, 71 Blvd. Pereire, Paris.
28.—1. in Paris: XX. Internationaler Kongress für Psychoanalyse. Auskunft: Dr. S. Nacht, 187, rue St. Jacques, Paris.
28.—3. in Brüssel: 15. Internat. Kongress über Psychologie. Auskunft: Gen.-Sekr. Louis Delys, 296 Ave. Jan van Ryswyck, Antwerpen.
31.—6. in Stockholm: XI. Internationaler Dermatologischer Kongress. Auskunft: Sekretariat des Internationalen Dermatologischen Kongresses Hudkliniken, Karolinska Sjukhuset, Stockholm 60.

August

- 5.—16. in Genf: Dritter europäischer Sommerkurs zum wissenschaftlichen Studium der Verhütung des Alkoholismus. Auskunft: Internationales Bureau zur Bekämpfung des Alkoholismus, Case Gare 49, Lausanne.
19.—23. in Stockholm: Zweiter Internationaler Europäischer Kongress für klinische Chemie. Auskunft: Kongressbüro des Zweiten Europäischen Kongresses für klinische Chemie, Box 12 024, Stockholm 12.
19.—31. in Meran: Fortbildungskurs für praktische Medizin. Auskunft: Kongressbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedekampstraße 1.
26.—31. in Kopenhagen: 6. Europäischer Hämatologenkongress unter dem Präsidium von Prof. Dr. J. Wyrsh, Zürich 8, Lenggstr. 28. Generalsekretär des Kongresses Dr. A. Videbaek, Blegdamsvej 14, Kopenhagen.
29.—31. in Zürich: II. Internationaler Kongress für Gruppen-Psychotherapie. Auskunft: Dr. A. Guggenbühl-Craig, Zürich, Lenggstrasse 28, Schweiz.

September

- 1.—7. in Zürich: II. Internationaler Kongress für Psychiatrie. Auskunft: Kongress-Sekretariat des II. Internationalen Kongresses für Psychiatrie, Prof. Dr. J. Wyrsh, Zürich 8, Lenggstr. 28.
2.—7. in Wien: 50. Jubiläumskongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie. Vorsitz: Prof. Dr. Deuticke, Wien, Auskunft: Deutsche Gesellschaft für Urologie, Homburg/Saar.
13.—14. in London: 3. Kongress der Internationalen Union der medizinischen Presse. Auskunft: British Medical Association, Tavistock Square, London W. C. 1.
15.—24. in Velden/Wörther See: Internationaler Herbstkurs 1957 für Ganzheitsmedizin und Naturheilverfahren des Bundesverbandes Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V. in Verbindung mit dem Verein Österreichischer Kur- und Badeärzte. Auskunft: Bundesverband Deutscher Ärzte für Naturheilverfahren e. V., Verbandsbüro München, Richard-Wagner-Straße 10.

RUNDSCHAU

Freie Marktwirtschaft im Krankenhaus. Mit der schlechten wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser beschäftigt sich ein längerer Artikel der „Deutschen Zeitung und Wirtschaftszeitung“. Der Artikel setzt sich insbesondere mit den Pflegesätzen auseinander. Weiter heißt es dort:

„... Die Krankenkassen behaupten immer, daß kostendeckende Pflegesätze ihre Etats zu stark belasten würden. Dem ist entgegenzuhalten, daß nur etwa ein Fünftel der Einnahmen der Krankenkassen für Leistungen an die Krankenhäuser aufgewendet wird. Würden deren Tarife um etwa 20 Prozent erhöht — was für die meisten, wenn auch nicht für alle, ausreichen würde —, dann ergäbe sich für die Kassen nur eine Mehrbelastung von vier Prozent des Gesamtetats.

Diese Mehrbelastung könnten die Kassen auf verschiedene Weise wieder ausgleichen. So ist anzunehmen, daß die Zahl der Einweisungen in die Krankenhäuser zurückginge, wenn endlich die Forderung der Ärzte nach einer Leistungsentlohnung anstelle der bisherigen Pauschsätze erfüllt würde. Ferner würde eine Entlastung der Kassen auch mit einer Verkürzung der Verweildauer zu erreichen sein. Heute bleiben die Patienten in Deutschland viel länger im Krankenhaus als in anderen Ländern, davon die Kassenpatienten erheblich länger als die Privatpatienten. Nach einer Statistik von 1954 hielten sich im Durchschnitt die Privatpatienten 18 Tage, die Kassenpatienten aber 24 Tage im Krankenhaus auf. Das sollte zu denken geben.

Wäre es nicht vernünftiger und auf längere Sicht hin auch wesentlich sparsamer, wenn die Krankenkassen ihre Beiträge vorübergehend um ein Geringes erhöhten? Dabei ist es noch sehr die Frage, ob diese Erhöhung überhaupt erforderlich ist. ... Den Eigentümern der Krankenhäuser sollen keine Lasten auferlegt werden, die eigentlich die Krankenkassen zu übernehmen haben. Warum sollen die Steuerzahler einspringen, wenn die Kassen versagen? Die Ansprüche der Patienten steigen, sie wollen besser untergebracht und gepflegt sein und erwarten, nach den neuesten medizinischen Erkenntnissen behandelt zu werden. So weit, so gut. Aber diese Mehrleistungen müssen auch von denen bezahlt werden, die sie fordern und dürfen nicht zu Lasten der Schulen, des Straßenbaus und des unterbezahlten Pflegepersonals gehen.“

Hinter den Kulissen der Krankenhäuser. Niemand käme auf den Gedanken, die Institution der Bundeswehr oder der Schulen nach Gesichtspunkten der Rentabilität betrachten zu wollen. Das Krankenhaus jedoch, das innerhalb der kulturellen Aufgaben des Staates einen so wichtigen Platz einnimmt, wird immer noch mit derartigen Maßstäben gemessen. Das ist falsch, sagte Prof. Zukschwerdt, Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Eppendorf (Hamburg), auf einer von der Pressestelle der Norddeutschen Ärzteschaft veranstalteten Zusammenkunft zwischen Ärzten und Journalisten. Auf keinen Fall aber darf die Tatsache, daß das Krankenhaus immer gewisse staatliche Zuschüsse erfordern wird, zu einer



HELOPHARM KG
BERLIN

acut. Ulcusventriculi et duodeni
Gastroduodenitiden
chron. Ulcusleiden
Hyperacidität und
Hypersekretion

Helogastrid

Spasmolytisch wirkendes Antacidum,
Adsorbens und Ulcus-Therapeuticum

Pulver

Tabletten

Bevormundung des Arztes durch Verwaltungsstellen bei irgendwelchen ärztlichen Entscheidungen führen. Wenn heute oft die wissenschaftliche Tätigkeit eines Krankenhausleiters nicht gern gesehen wird oder wenn ihm sogar verboten wird, auswärtige Patienten aufzunehmen oder zu behandeln, weil ja jedes Bett einen Zuschuß des betreffenden Landes erfordert, so ist dies völlig unhaltbar. ...

(„Die Welt“, Hamburg, 22. 5. 57)

Privat-Krankenhäuser wollen gleichgestellt sein. Man schreibt uns: In einer Zeit, in der die öffentlich-rechtlichen Krankenanstalten außer hohem Investierungsaufwand jährlich mehrere hundert Millionen DM Zuschuß für den laufenden Betrieb beanspruchen, ist viel zu wenig bekannt, was rein private Initiative auf einem privatwirtschaftlicher Betätigung scheinbar so abgelegenen Gebiet wie dem Krankenhauswesen auch heute noch vollbringt. Rund 5% der Krankbetten des Bundesgebietes bestehen noch heute ohne Zuschüsse in privater Hand. Nimmt man den Wert des Krankbettes nur mit 20 000 DM an — Neubauwerte belaufen sich heute auf 30 000, 40 000 DM und noch mehr —, so ist bei 25 000 Betten in diesen rein privaten Krankenhäusern ein Kapital von 500 Millionen DM investiert.

Zwei Arten privater Krankenanstalten sind zu unterscheiden: die kleinere Gruppe jener Privatkliniken und Sanatorien, die Kranke nur als Privatpatienten zu frei bestimmten höheren Pflegesätzen aufnehmen, und die größere Gruppe der gemeinnützigen Privatkrankenanstalten — gemeinnützig dadurch, daß sie 40% und mehr, meist über 80 bis zu 100% Kranke der Versicherungsträger, der Fürsorgeverbände und solche Selbstzahler beherbergen, die keine höheren Pflegesätze bezahlen als jene, und daß ihre Pflegesätze denen der benachbarten gleichartigen öffentlich-rechtlichen Anstalten entsprechen. Diese doppelte Bindung bildet die Voraussetzung dafür, daß sie von Grund- und Gewerbesteuer, von Umsatzsteuer sowie von der Vermögensabgabe des Lastenausgleichs befreit sind.

Bedenkt man, was die gemeinnützigen Privatkrankenanstalten für das Gemeinwohl leisten, wie viele Millionen Zuschuß sie jährlich der öffentlichen Hand ersparen, so mag wohl als grotesk bezeichnet werden, daß sie einen jahrzehntelangen, immer noch nicht beendeten Kampf um steuerliche Gleichstellung für gleiche Leistung führen müssen: Grotesk angesichts dessen, daß auch diese Anstalten der Bundespflegesatzverordnung unterstehen, die als Grundlage der behördlich zu bewilligenden Pflegesätze eine Selbstkostenrechnung verlangt, in die eine Verzinsung des im Krankenhaus investierten Vermögens nicht eingerechnet werden darf — grotesk erst recht angesichts dessen, daß hinreichend bekannt ist, wie notleidend heute alle Krankenhäuser geworden sind, denn die Verordnung verbietet ja nicht nur jene Zinseinbeziehung in die Selbstkostenrechnung, sie macht darüber hinaus den zuzubilligenden Pflegesatz von der Leistungsfähigkeit des Versicherungsträgers abhängig. Dabei benötigen alle Krankenhäuser heute größere finanzielle Mittel, um den immer noch vorhandenen Aufholbedarf zu decken und den Anforderungen der Zeit gewachsen zu bleiben. Was hierin im öffentlichen Krankenhaus mit öffentlichen Mitteln geschieht, muß das private aus sich selbst und mit Krediten schaffen.

Ist bei diesem Tatbestand die Meinung abwegig, anzunehmen, daß mit einem Bruchteil der laufend für öffentliche Krankenhausbauten verwendeten Mittel in Form unverzinslicher oder doch niedrig verzinslicher und niedrig amortisierbarer Darlehen bei den privaten Krankenanstalten ein relativ größerer Wirkungsgrad erzielt werden könnte? ERP-Mittel stehen nur in bescheidenstem Umfang für Forschungszwecke zur Verfügung.

Die finanziellen Kräfte der in der „Arbeitsgemeinschaft Krankenhaus“ vereinten Verbände reichen nicht für die große Aufgabe; das Bundesinnenministerium sollte sich auch dieser Einrichtung von weittragender Bedeutung für das gesamte Krankenhauswesen annehmen. Die freien gemeinnützigen und privaten Krankenanstalten bedürfen, um weiter zu bestehen, der Gleichstellung mit den öffentlich-rechtlichen und den freien gemeinnützigen Krankenanstalten wenigstens auf steuerlichem Gebiet. Die Erhaltung der privaten Krankenanstalten erspart der öffentlichen Hand Millionenbeträge und vermag ihr zugleich zu zeigen, was private Wirtschaftsführung auch auf dem Gebiet der Krankenhausbetreiber zu leisten vermag. D. L. (Wirtschaftsztg. Stuttgart, v. 24. 4. 57)

Die Fünftageweche der Ärzte. „Der Arzt kommt von Gott“ sagte Paracelsus im Anfang des 16. Jahrhunderts und wies dem Arzt seine Stellung in der menschlichen Gesellschaft zu — Priester und Künstler zugleich zu sein, erfüllt von Gottes Geist und bemüht, seine Werke in der Natur zu erkennen und diese Erkenntnis zu Nutz und Frommen der leidenden Menschen anzuwenden. Die Reichsärzteordnung von 1035 sagte es nüchterner: „Der Arzt ist zum Dienst an der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes berufen. Er erfüllt eine öffentliche Aufgabe.“ In 400 Jahren hatte sich aber der Begriff des wahren Arztums unverändert erhalten: der Arzt steht zwischen Gott und dem Menschen, berufen, der immer bereit Heiler, Freund und Helfer zu sein, zwar staatlich lizenziert um der gesellschaftlichen Ordnung willen, aber frei in seiner Berufsausübung ohne Schematismus und geschäftliches Gewinnstreben. Die freie Stellung hob ihn einerseits auf einen besonders hohen gesellschaftlichen Stand, band ihn andererseits mehr als jeden anderen in Verantwortung und nötigte ihn zu einem außergewöhnlichen sittlichen Verhalten, denn der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe.

Der Arzt steht aber auch mitten im Lebenskampf des modernen Menschen. Sorgen und Nöte plagen ihn genauso wie jeden seiner Patienten. Die sozialen Veränderungen und die Lockungen des Massenzeitalters machen auch vor den Ärzten nicht halt. Klage noch im September 1955 der Landarzt Dr. O. L. in H. im „Hamburger Ärzteblatt“ über die anspruchsvolle Haltung der jungen Ärztevertreter: „Wenig arbeiten, 40-Stunden-Woche und mehr Geld!“ Wollen die Herren Kollegen mit diesen Ansichten ihre spätere Praxis aufmachen?, so kann die „Ärztliche Praxis“ in ihrer Ausgabe vom 20. 4. 1957 bereits scherzen: „Warum wirft man denn dem Kollegen die Fensterscheiben ein?“ — „Ach, er hat in seiner Praxis die 40-Stunden-Woche eingeführt und nun wirft man ihm unsoziales Verhalten vor.“ Die Zeiten ändern sich.

Die Kassenärzte der Stadt Bonn haben ab 1. Mai 1957 den arbeitsfreien Sonnabend eingeführt. Sie folgen damit dem Beispiel der Kölner Kassenärzte, die ihrerseits sich die Forderungen der Arbeiterschaft zu eigen machen. Selbstverständlich wird in Ansehung der öffentlichen Aufgabe der Ärzte die unbedingt notwendige ärztliche Versorgung der versicherten Bevölkerung durch einen ärztlichen Notdienst aufrechterhalten werden, aber man muß sich nur daran gewöhnen, daß die Ärzte nicht mehr in gewohnter Hilfsbereitschaft zur Verfügung stehen. Aus dieser Angleichung an eine berufs-fremde Arbeitseinteilung werden sich sicher Veränderungen im Ärztestand ergeben, die heute noch nicht in allen Einzelheiten erkennbar sind. Dem Arzt gehen durch sein menschlich verständliches Verlangen nach vermehrter Freizeit, nach der Gleichstellung mit seinen Patienten, wesentliche Inhalte seiner früheren Stellung verloren.

Die Selbstbeschränkung der Ärzte auf eine 5-Tage-Leistung braucht schließlich nicht zu einer Überlastung der Notdienstpraxen zu führen, denn man weiß ja nun, daß der Arzt am Sonnabend „nicht da ist“, weil er frei hat. Trotzdem kann der

Mirfulan

DIE VITAMINREICHE
WUND- UND HEILSALBE

auch zur Säuglingspflege

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



Überhang an Ärzten zum Verlangen nach neuen Zulassungen zur Kassenpraxis und einer weiteren Herabsetzung der Verhältniszahl führen. Es könnte auch die Forderung erhoben werden, ärztliche Leistungen an Sonnabenden besonders zu vergüten, weil sie in der arbeitsfreien Zeit erfolgen. Auch wird die Unterbrechung der ärztlichen Behandlung am Wochenende mit Sicherheit das Ende mancher Arbeitsunfähigkeit auf den Montag oder Dienstag der nächsten Woche hinausschieben und zur längeren Krankengeldzahlung führen. Die Krankenkassen haben daher Grund, den Bestrebungen nach allgemeiner Einführung des verlängerten freien Wochenendes der Ärzte besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Höhere Leistungen an die Ärzte werden mit höheren Beiträgen der Versicherten erkaufte. Die Krankenhausärzte werden allerdings kaum von dem verlängerten Wochenende der Kassenärzte profitieren. Eher werden sie wieder stärker durch Eilfälle belastet, wenn die Ärzte in der Stadt ins verlängerte Wochenende fahren.

Die Ersatzkasse 5/1957

Roms Ärzte streiken. In einen unbefristeten „Streik“ traten am 22. 5. die Kassenärzte in der Stadt und in der Provinz Rom. Die Ärzte behandeln zwar weiter die Kranken, füllen jedoch die Formulare der staatlichen Kassen nicht aus und halten sich auch sonst nicht an deren Vorschriften. Bei den Forderungen an die Krankenkasse, die die Ärzte mit ihrem Streik durchsetzen wollen, steht an erster Stelle die freie Arztwahl für Kassenpatienten und die unbeschränkte Zulassung aller Ärzte zur Kassenpraxis.

(„Die Welt“, Hamburg, 23. 5. 57)

Schattenseiten des Wohlfahrtsstaates. (Industriekurier, Dsd., 11. 5. 57): In Bonn finden die sich mehrenden Nachrichten aus Schweden und Dänemark Beachtung, die die besonders ausgeprägte wohlfahrtsstaatliche Entwicklung dieser skandinavischen Länder einer scharfen Kritik unterziehen. Dabei wird nicht allein auf die volkswirtschaftlich-währungs-

politischen Gefahren der sozialpolitischen Staatsfürsorge hingewiesen, sondern auch auf eine psychologische Folge der staatlichen Bevormundung aufmerksam gemacht. — Als eine Analyse dieser Entwicklung kann der Bericht der Psychiaterin Dr. Ruth Poort gewertet werden, die bisher Chefarztin der kommunalen Kopenhagener Nervenanstalt „Montebello“ war und diese Stellung freiwillig aufgab. Sie schreibt: „Es ist leider eine Tatsache, daß der Wohlfahrtsstaat jetzt auch das Bild einer städtischen Heilanstalt prägt ... Staat und Gemeinde sind die großen Geber, und alles ist so gut gemeint. Aber die Kehrseite der Medaille sieht man in der Tatsache, daß unsere Nervenanstalten in steigendem Maße mit jungen Menschen belegt werden. Woran kranken diese jungen Menschen? Überwiegend an Unreife, Unselbständigkeit, Angst und Anpassungsschwierigkeiten. Wie sollen sie auch reifen in einer Gesellschaft, die alles für sie ordnet?“ — Daß es sich hier nicht um einen vereinzelt Warnruf handelt, zeigt der Bericht des schwedischen Arztes Dr. Olaf Johansson, Vorsitzender des „Verbandes jüngerer Ärzte Schwedens“. Darin heißt es: „Dauernd wird auf unseren hohen Lebensstandard und unseren wohlausegebauten sozialen Apparat hingewiesen, aber gleichzeitig wächst der Verbrauch gewisser beruhigender Medikamente in Schweden. Ich kann mich nicht freimachen von der Auffassung, daß „Neurose-Schweden“ bloß eine Funktion von „Wohlfahrts-Schweden“ ist.

Plakate warnen vor nutzlosen Krebskuren. Nachdem amerikanische Regierungsstellen während der vergangenen neun Jahre vergeblich versucht hatten, die Verbreitung eines von einem Mr. Hoxsey angepriesenen nutzlosen Krebsheilmittels zu unterbinden, hat sich die Nahrungsmittel- und Arzneimittel-Überwachungsbehörde der Bundesregierung, die Food and Drug Administration, zu einer in der Bekämpfung der Quacksalberei neuartigen Maßnahme entschlossen. 46 000 Plakate werden in Postämtern der USA die Bevölkerung auf die Wertlosigkeit dieser Krebskur aufmerksam machen.

DMW/15/57

AMTLICHES

Poliomyelitischutzimpfung durch die freitägige Ärzteschaft

Auf Grund einer Mitteilung der Gesundheitsabteilung des Bayer. Staatsministeriums d. Innern vom 28. 5. 1957 kann nun nach genügender Lieferung von Impfstoff auch die freitägige Ärzteschaft bei Gewährleistung einer entsprechenden Überwachung an den Poliomyelitischutzimpfungen beteiligt werden. Das Büro München des Serumvertriebes Marburg GmbH, München 15, Landwehrstraße 46—48, Tel. 55 41 44, wurde ermächtigt, von dem für Bayern bestellten Impfstoff der Fa. Parke, Davis & Co., zunächst 70 Liter zur handelsmäßigen Auslieferung gelangen zu lassen.

Da in Erfüllung der amerikanischen Lieferbedingungen nur überwachte Impfungen vorgenommen werden dürfen, sind freitägige Ärzte, welche selbst die Poliomyelitischutzimpfung vornehmen, gehalten, nach Abschluß der zweiten Einspritzung den zuständigen Gesundheitsämtern eine Liste der geimpften Personen mit Angaben über Vorname, Name, Geburtstag, Wohnort, Zeitpunkt der 1. und 2. Einspritzung, Körperstelle der Impfung und Herstellerfirma des Impfstoffes zu übermitteln. Auch wird daran erinnert, daß gemäß § 21 der VO über Impfstoffe und Sera vom 25. 3. 1929 (GVBl. S. 45) der Impfstoff nur gegen Anweisung eines Arztes von den Apotheken abgegeben werden darf.



KREWEL-WERKE
Eitorf b. Köln

ASTHMO-KRANIT

Bronchial-Antispasmodicum

Der Impfstoff der Firma Parke, Davis & Co. stammt aus der jüngsten Herstellung; er verliert seine volle Wirksamkeit im Oktober 1957.

Geimpft können werden Kleinkinder und Schulkinder sowie Erwachsene jeder Altersstufe, soweit sie in der Behandlung und Pflege von Kinderlähmungskranken tätig oder sonst einer erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt sind.

Zur Einführung und Unterrichtung der Ärzteschaft über die Poliomyelitischutzimpfung wird auf die jüngsten Veröffentlichungen im „Bayer. Arzteblatt“, Heft 5, S. 101, und in den „Ärztlichen Mitteilungen“, Heft 13, S. 364, hingewiesen.

I. A.: Dr. S o n d e r m a n n, Vizepräsident

Gesetz zur Änderung des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen

Vom 29. Mai 1957

Der Landtag des Freistaates Bayern hat das folgende Gesetz beschlossen, das nach Anhörung des Senats hiermit bekanntgemacht wird:

§ 1

Der Artikel 47 des Gesetzes über das öffentliche Versicherungswesen vom 7. Dezember 1933 (GVBl. S. 467 ff.) erhält folgenden Wortlaut:

Art. 47

I. Mitglieder der Anstalt sind alle approbierten Ärzte, Zahnärzte und Tierärzte sowie Medizinalassistenten, die Deutsche im Sinne des Artikels 116 des Grundgesetzes, in Bayern beruflich tätig, nicht dauernd berufsunfähig sind und ihren Hauptwohnsitz in Bayern haben.

II. Ausnahmen bestimmt die Satzung.

§ 2

Das Gesetz tritt am 1. Juli 1957 in Kraft.
München, den 29. Mai 1957

Der bayerische Ministerpräsident
Dr. Wilhelm Hoegner

Untersagung der ärztlichen Berufsausübung

Der Bescheid der Regierung von Mittelfranken vom 28. 1. 1956, wodurch dem Arzt Wilhelm Kaes in Schwabach die Ausübung des ärztlichen Berufes untersagt wurde, erhielt nach Zurückweisung seiner Anfechtungsklage durch Urteil des Bayer. Verwaltungsgerichtshofes vom 19. 2. 1957 Rechtskraft.

Gemeinsame Bekanntmachung der Staatsministerien des Innern und der Justiz vom 8. April 1957 Nr. I C 5 — 2505/7 — 13 und 4103 — II — 13 762/55 über

Feststellung von Alkohol im Blut bei strafbaren Handlungen

1. Bei Verdacht einer mit Strafe bedrohten, unter der Einwirkung von Alkohol begangenen Handlung ist zu prüfen, ob eine ärztliche Untersuchung und eine Blutentnahme anzuordnen sind. Besonders wichtig sind diese Maßnahmen bei Verkehrsstraftaten.

2. Bei Beschuldigten sind die körperliche Untersuchung sowie die Entnahme von Blutproben ohne ihre Einwilligung zur Feststellung von Tatsachen zulässig, die für das Verfahren von Bedeutung sind, wenn kein Nachteil für ihre Gesundheit zu befürchten ist (§ 81a Abs. 1 StPO).

Bei anderen Personen als Beschuldigten ist

- die körperliche Untersuchung ohne ihre Einwilligung nur zulässig, wenn sie als Zeugen in Betracht kommen und zur Erforschung der Wahrheit festgestellt werden muß, ob sich an ihrem Körper eine bestimmte Spur oder Folge einer strafbaren Handlung befindet (§ 81c Abs. 1 StPO),
- die Entnahme von Blutproben ohne ihre Einwilligung nur zulässig, wenn kein Nachteil für ihre Gesundheit zu befürchten und die Maßnahme zur Erforschung der Wahrheit unerlässlich ist (§ 81c Abs. 2 StPO).

In den Fällen des Abs. 2 können die Untersuchung und die Blutentnahme aus den gleichen Gründen wie das Zeugnis verweigert werden. Beide Maßnahmen sind ferner unzulässig, wenn sie dem Betroffenen bei Würdigung aller Umstände nicht zugemutet werden können.

3. Eine ärztliche Untersuchung sowie eine Blutentnahme sind hiernach insbesondere anzuordnen

- bei Personen, die im Verdacht stehen, unter der Einwirkung von Alkohol ein Verbrechen oder Vergehen begangen zu haben,
- bei Personen, die im Verdacht stehen, als Führer von Kraftfahrzeugen (einschließlich der Fahrräder mit Hilfsmotor) am Straßenverkehr teilgenommen zu haben, obwohl sie infolge des Genusses von Alkohol nicht in der Lage waren, das Fahrzeug sicher zu führen. Die Blutprobe ist auch bei weiteren unter Alkoholeinwirkung stehenden Personen zu entnehmen, die sich in oder auf dem Kraftfahrzeug befinden oder befunden haben, wenn der Führer des Fahrzeugs nicht mit Sicherheit festzustellen und der Tatverdacht gegen sie nicht auf andere Weise auszuschließen ist,
- bei unter Alkoholeinwirkung stehenden anderen Personen (z. B. Belfahrern von Kraftfahrzeugen, Führern von Fuhrwerken, Radfahrern, Fußgängern), wenn sie — abgesehen von den Fällen des § 315a Abs. 1 Nr. 2 und des § 316 Abs. 2 StGB, in denen bereits nach a) eine Blutentnahme anzuordnen ist — im Verdacht stehen, den Straßenverkehr durch ihr Verhalten erheblich gefährdet zu haben und andere Personen verletzt worden sind oder größerer Sachschaden entstanden ist.

4. Eine ärztliche Untersuchung sowie eine Blutentnahme sollen unterbleiben, falls sie nicht nach pflichtmäßiger Prüfung wegen der Besonderheiten des Einzelfalles ausnahmsweise geboten sind:

- bei den Privatklagedelikten des Hausfriedensbruchs (§ 123 StGB), der Beleidigung (§§ 185 bis 187a, § 189 StGB) und der einfachen Sachbeschädigung (§ 303 StGB),
- bei leichten Vergehen, die nicht bei der Teilnahme am Straßenverkehr begangen sind, es sei denn, daß Anhaltspunkte dafür bestehen, daß der Täter wegen Trunkenheit unzurechnungsfähig sein könnte (§§ 51, 330a StGB),
- wenn bei Prüfung mit dem Atem-Alkohol-Prüfergerät „Alcotest“ die Verfärbung der Reaktionsschicht den auf 0,7‰ eingestellten gelben Markierungsstrich nicht erreicht.

5. Die Anordnung einer körperlichen Untersuchung sowie einer Blutentnahme steht dem Richter, bei Gefährdung des Untersuchungserfolges durch Verzögerung auch der Staatsanwaltschaft und deren Hilfsbeamten zu (§§ 81a Abs. 2, 81c Abs. 3 StPO).

6. Blutproben dürfen nur von einem Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst entnommen werden. Um die Durchführung ist der nächste Arzt zu ersuchen. Privatärzte sind jedoch nicht verpflichtet, solchen Ersuchen nachzukommen.

7. Die ärztliche Untersuchung ist nach Maßgabe des anliegenden Formblattes vorzunehmen. Sie ist möglichst umgehend nach der Tat durchzuführen, um den zur Zeit der Tat bestehenden Grad der alkoholischen Einwirkung festzustellen. Das Protokoll ist in zweifacher Ausfertigung herzustellen. Ein Stück verbleibt bei den Akten, das zweite Stück ist der Untersuchungsstelle zu übersenden.

85 JAHRE



HELFENBERGER
HEILMITTEL

ENATIN
Helfenberger Ölkapseln

Das seit Jahrzehnten führende Spezifikum zur konservativen Behandlung von Nieren-, Ureter- und Gallensteinen sowie entzündlicher Zustände im Leber-Galle-System.

Ausführliche Literatur und Muster auf Wunsch.

CHEMISCHE FABRIK HELFENBERG A. G. VORM. EUGEN DIETERICH WEVELINGHOVEN - RHEINLAND

8. Beschuldigte, die sich der ärztlichen Untersuchung oder der Blutentnahme nachhaltig widersetzen, sind mit den nach den Umständen erforderlichen Mitteln zu zwingen, die ärztliche Untersuchung und die Blutentnahme zu dulden.

Gegen andere Personen als Beschuldigte (vgl. Nr. 2 Abs. 2) darf unmittelbarer Zwang nur auf besondere Anordnung des Richters angewandt werden (§ 81c Abs. 4 StPO).

9. Da der Wert der Blutalkoholuntersuchung wesentlich von der sachgemäßen Blutentnahme abhängt, ist dabei grundsätzlich wie folgt zu verfahren:

- a) Die Blutprobe ist möglichst bald nach der Tat zu entnehmen.
- b) Die Blutprobe ist durch Venen-Punktion mittels einer Kollerventüle mit oder ohne Zusatz in der Regel aus der Ellenbeugvene zu entnehmen. Die Einstichstelle ist mit dem der Kollerventüle beigegebenen Tupfer zu desinfizieren. Eine Desinfektion mit Äther, Benzin, Alkohol o. ä. ist keinesfalls zulässig. Die Venüle ist nach der beigegebenen Gebrauchsanweisung zu verwenden und soweit wie möglich mit Blut zu füllen. Bei der Verwendung von Venülen mit Natriumfluoridzusatz ist der Venüleninhalt sehr gut durchzuschütteln.
- c) Bei Leichen ist das Blut aus einer durch Einschnitt freigelegten Oberschenkelvene zu entnehmen. Dabei ist darauf Bedacht zu nehmen, daß keine Spuren der Tat vernichtet werden. Falls bei einer Obduktion die Blutentnahme aus der Oberschenkelvene nicht möglich ist, müssen die Entnahmestelle und die Gründe für ihre Wahl angegeben werden.

10. Die Entnahme einer zweiten Blutprobe ist nur in Ausnahmefällen anzuordnen. Dazu besteht vor allem Anlaß

- a) bei Verdacht eines Verbrechens oder eines schwerwiegenden Vergehens gegen § 315a Abs. 1 Nr. 2 StGB,
- b) wenn Anhaltspunkte für die Annahme bestehen, daß der Beschuldigte nach der Tat noch Alkohol zu sich genommen hat oder wenn er dies behauptet,
- c) wenn der Arzt sie für erforderlich hält.

Die zweite Blutprobe ist etwa 45 Minuten nach der ersten Blutprobe zu entnehmen.

11. Der die ärztliche Untersuchung und die Blutentnahme anordnende Beamte oder ein von ihm zu beauftragender Beamter muß bei dem gesamten Blutentnahmevergange gegen sein. Wird die Anordnung vom Richter getroffen, so muß ein mit der Durchführung beauftragter Beamter zugegen sein.

Der bei der Blutentnahme anwesende Beamte ist auch für die ausreichende Kennzeichnung der Blutprobe(n) verant-

wortlich. Zu diesem Zweck ist ein viertelliger Klebezettel zu verwenden, der mit fortlaufenden Nummern zu versehen ist. Der für die Überwachung verantwortliche Beamte hat die vier Teile des Klebezettels übereinstimmend mit Namen, Vornamen, Geburtag und Wohnort des Untersuchten zu beschriften. Ein Teil ist auf die Venüle aufzukleben. Der zweite Abschnitt ist auf das Untersuchungsprotokoll, das der Untersuchungsstelle übersandt wird, aufzukleben. Ihm ist zugleich der dritte Abschnitt lose anzuheften. Er ist nach Feststellung des Blutalkoholgehalts für das Gutachten zu verwenden. Der vierte Teil des Klebezettels ist in die Ermittlungsvorgänge einzukleben.

Die Richtigkeit der Beschriftung ist von dem Arzt zu bescheinigen.

12. Die gefüllten und bruchsicher verpackten Venülen sind nebst einem Stück des Protokolls auf dem schnellsten Wege der nächsten Untersuchungsstelle zuzuleiten. In den Fällen der Nr. 10 a) sind die Blutproben getrennt zu übersenden. Bis zur Versendung sind die Blutproben im Sommer vor allzu starker Wärmeeinwirkung und im Winter vor Frost zu schützen.

13. Die Untersuchungsstelle hat die erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um sicherzustellen, daß Verwechslungen von Blutproben ausgeschlossen werden. Die Protokollbücher über die Kennzeichnung der Proben und die Ergebnisse der Alkoholbestimmung sind aufzubewahren, damit sie gegebenenfalls dem Gericht vorgelegt werden können.

14. Bei der Durchführung der Blutalkoholuntersuchung ist davon auszugehen, daß die Widmark-Methode bei Beachtung der für die Blutentnahme und für die Technik der Durchführung der Alkoholbestimmung gegebenen Richtlinien ein ausreichend zuverlässiges Verfahren zur Feststellung des Blutalkoholgehalts ist. Die Richtlinien für die Durchführung der Blutalkoholuntersuchung nach Widmark sind in der Anlage 3 zu dem Gutachten des Präsidenten des Bundesgesundheitsamtes vom 1. 3. 1955 niedergelegt. Danach ist grundsätzlich zu verfahren.

15. Eine Kontrolluntersuchung (Parallelbestimmung) nach dem ADH-Verfahren ist durchzuführen, wenn

- a) bei der Untersuchung nach der Widmark-Methode ein Blutalkoholgehalt unter 2‰ festgestellt wird,
- b) wenn der Leiter der Untersuchungsstelle auf Grund besonderer Umstände des Einzelfalles (z. B. Diabetes, Narkose, Leichenblut) sie für erforderlich hält.

Die Richtlinien für die Durchführung der Parallelbestimmung nach der ADH-Methode sind in Anlage 4 des Gutachtens des Präsidenten des Bundesgesundheitsamtes vom 1. 3. 1955 niedergelegt. Danach ist grundsätzlich zu verfahren.

18. Ergeben sich bei beiden Untersuchungen Unterschiede, so sind in dem Gutachten beide Werte anzugeben. Übersteigt der Unterschied die übliche Streubreite der Untersuchungsverfahren, so sind die vermutlichen Gründe der Differenz sowie die Versuche zu ihrer Aufklärung näher darzulegen.

17. Der Sachverständige, der im Einzelfall Abweichungen von den Grundsätzen zu Nr. 14 Satz 2 und Nr. 15 Abs. 2 für angebracht hält oder für die Parallelbestimmung eine andere wissenschaftlich anerkannte spezifische Methode anwendet, hat dem Gericht auf Verlangen darzulegen, daß hierdurch die Zuverlässigkeit des Untersuchungsergebnisses nicht beeinträchtigt wird.

18. Das Gutachten der Untersuchungsstelle ist umgehend der Behörde zuzuleiten, die die Untersuchung veranlaßt hat, sofern diese nicht die Übersendung an eine andere Stelle angeordnet hat.

19. Die Kosten der ärztlichen Untersuchung, der Blutentnahme sowie der Blutuntersuchung sind zu den Akten des Strafverfahrens mitzuteilen. Über die Pflicht zur Kostentragung wird im Rahmen des Strafverfahrens entschieden. Eine vorherige Einziehung unterbleibt.

„Bayerisches Ärzteblatt.“ Herausgeber: Bayer. Landesärztekammer. Schriftleitung: Mü. 25, Königinstr. 85/III, Tel. 36 11 21-25, Schriftleiter Dr. W. Wack, München. Die Zeitschrift erscheint monatlich im Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2-4, Telefon 6 31 21-23, 6 25 34, 6 00 81. Verlagsgeschäftsstelle: Nürnberg; Breite Gasse 25/27, Telefon 2 51 33. — Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Ärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto München 159 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. Scharfing, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München.



Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.

INSPIROL

freie
Atemwege



20. Diese Bekanntmachung tritt am 1. 5. 1957 in Kraft. Frühere Entschließungen werden, insoweit aufgehoben, als sie Anweisungen über die Durchführung der Blutentnahme und die körperliche Untersuchung enthalten.

Bayerisches Staatsministerium des Innern
I. A. gez. Platz, Ministerialdirektor
Bayerisches Staatsministerium der Justiz
I. A. gez. Walther, Ministerialdirektor

Anlage

zur Bekanntmachung über Feststellung von Alkohol im Blut bei strafbaren Handlungen

Protokoll und Antrag zur Feststellung des Alkohols im Blut
A. Polizeibericht

Vom Polizeibeamten auszufüllen

- 1. Vor- und Zuname:..... Alter:..... Jahre
2. Beruf:..... Wohnort:.....
3. Anlaß zur Blutentnahme:
(kurze Schilderung des Vorgangs, bei Verkehrsunfällen mit Angaben über die Art der Verkehrsteilnehmer und der Verkehrsmittel)
Besteht Verdacht eines Verbrechens — eines schwerwiegenden Vergehens gegen § 315a Abs. 1 Nr. 2 StGB? Ja — Nein —
4. Veranlassende Dienststelle:
5. Zeitpunkt des Vorfalles nach Tag, Stunde und Minute:
6. Angaben des (der) Untersuchten über
a) Alkoholgenuß in den letzten 36 Stunden:
Beginn:
Ende:
Menge und Art der alkoholischen Getränke:
b) Alkoholgenuß nach dem Vorfall:
Beginn:
Ende:
Menge und Art:
c) Letzte Nahrungsaufnahme:
Wann:
Art und Menge:
d) Alkoholgewöhnung (starker Trinker, mittlerer, mäßiger, seltener Alkoholgenuß, abstinent):
Die Angaben zu 6 a) — d) wurden — nicht — nachgeprüft.
Ergebnis vgl. Bl. der Ermittlungsvorgänge.
7. Feststellungen zur Kleidung: geordnet — ungeordnet.
Das Untersuchungsergebnis ist zu senden an:
Ort:..... Datum:.....

(Unterschrift des Beamten, Dienstgrad)

B. Ärztlicher Untersuchungsbericht

Vom Arzt auszufüllen

Zur Desinfektion den der Venüle beigefügten Tupfer verwenden! Nicht mit Alkohol, Äther, Karbolsäure, Lysol, Sagrotan, Jodtinktur oder anderen flüchtigen organischen Flüssigkeiten desinfizieren!

I. Blutentnahme:

Der vorstehend bezeichneten Person habe ich die in der beigefügten Venüle enthaltene Blutprobe am..... um..... Uhr entnommen. Eine 2. Blutprobe wurde am..... um..... Uhr entnommen. Bei Leichen Blutentnahme nicht aus dem Herzen sondern nur aus einer freizulegenden Oberschenkelvene. Wenn kein Blut fließt, Bein hochheben und ausstreichen! Kein Blut aus Wunden oder Blutlachen! Keinen Liquor! Todeszeit:..... Zeitpunkt der Leichenschau bzw. Obduktion:..... Todesursache:.....

II. Ärztliche Untersuchung:

1. Körperlicher Befund:

Körpergewicht:..... kg (mit/ohne Kleidung)
Körpergröße:..... cm (mager/fettleibig)
Gesicht: normal — stark gerötet —
Bindehäute: gedunsen
Alkoholgeruch der Atemluft: normal — gerötet
Erbrechen: ja — nein
Verletzungen:.....

Blutverlust: ja — nein
Hirnerschütterung: ja — nein
Körperbehinderung (alte Hirnverletzung):.....
Pupillen: weit — mittel — eng
Pupillenreaktion: prompt — träge
Nystagmus (Einstellunge oder spontan):.....
Gang (mit off. oder geschloss. Augen): sicher — unsicher
Beim Sichdrehen: sicher — unsicher
Romberg: sicher — leichtes Schwanken — starkes Schwanken
Fingerprobe: sicher — unsicher
Sprache: deutlich — Silbenstolpern — verwaschen

Schriftprobe:

2. Psychischer Befund:

Orientierung i. bezug auf Raum und Zeit: gut — verwirrt
Benehmen: beherrscht — stumpf — erregt — höflich — unhöflich
Stimmung: redselig — enthemmt — heiter — depressiv — Stimmungsschwankungen
Urteilsvermögen: sicher — prahlerisch — kritiklos
Ermüdungszeichen:

3. Angaben über Krankheit (Diabetes, Epilepsie):.....

4. Narkose:

ja — nein — Wenn ja, womit (Menge) und wann?.....

III. Diagnose:

nicht merkbar — leicht — mittelgradig — hochgradig — sinnlos betrunken

Bemerkungen:

Es wird bescheinigt, daß die Desinfektion der Haut nicht mit Alkohol, Jodtinktur, Äther, Benzin, Zephirol oder Sagrotan vorgenommen wurde, und daß diese Mittel vor der Blutentnahme nicht zur Reinigung und Aufbewahrung der Instrumente oder Gefäße gedient haben. Die Venüle und der Antrag sind in meiner Gegenwart mit übereinstimmenden vorschriftsmäßig mit Namen, Geburtstag und Wohnort des Untersuchten beschrifteten Klebezetteln versehen worden.

Datum:

Unterschrift des Arztes

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei: Adolf Klinge, München 23, UPHA GMBH, Hamburg 20, Dr. Hommel's Chem. Werke und Handelsgesellschaft mbH, Hamburg 6, Concordia, Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft, Köln, Herder Verlag, Freiburg/Brsg.