

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 9

München, September 1959

14. Jahrgang

Den Delegierten des Bayerischen Ärztetages 1959 und ihrem Präsidenten zum Gruß!

Wenn sich in diesem Jahr vom 9. bis 11. Oktober die Delegierten des Bayerischen Ärztetages in Bad Reichenhall versammeln, so wird der Ärztliche Kreisverband Bad Reichenhall - Berchtesgaden mit kollegialer Freude ihre Anwesenheit begrüßen. Wir wünschen dem Ärztetag schon jetzt einen guten Verlauf seiner Sitzungen, seinen von Berufsarbeit und Standespolitik geplagten Vertretern aber auch einige stille Herbsttage vor- oder nachher in unserer schönen Heimat. Die Namen ihrer Sehenswürdigkeiten sind ihnen aus Fabel- und Ferienwelt seit langem vertraut: Untersberg mit seinen Höhlen und Raben und dem schlafenden Kaiser Karl, König Watzmann mit seiner Familie, der Beherrscher des ganzen Landes, zu seinen Füßen der Königssee mit lautlosen Booten, darin St. Bartholomä vor der Mauer der Ostwand — manch' ihrer Kletterer schläft heute unter den Kreuzen des alten Gebirgsfriedhofs mitten im betriebsamen Markt Berchtesgaden. Freier und breiter öffnen sich die Täler um Bad Reichenhall, voll südlicher Wärme an den sonenseitigen Berghängen. Aus der Tiefe des Burgfelsens springen hier, wie zu Beginn der Keltensiedlung, die Salzquellen, Reichtum des Landes und jahrhundertealter Zankapfel zwischen den Herzögen in München und den Salzburger Bischöfen, bis schließlich die Baumeister Ludwigs I. das damalige wie heutige technische Wunderwerk der Quellschöpfung in ein kapellengekröntes neuromanisches Brunnhaus faßten, zugleich ein Prunkkleid für den Schutzpatron des Salzlandes, den heiligen Rupertus.

Der festliche Eröffnungsabend des Ärztetages am Freitag, den 9. Oktober, im Kurhaussaal im neuen Teil der Stadt, wird unter dem Zeichen eines Jubiläums der Psychiatrie stehen: 25 Jahre Heilkrampfbehandlung (2. 1. 34 L. von Meduna). Wenn Professor Max Mikorey, Oberarzt der Universitäts-Nervenlinik München — dessen eigene Ideen zur Einführung einer Heilkrampfbehandlung schon 1933 an der Münchner Klinik in den der Psychiatrie ungünstigen Zeitläuften des damaligen Deutschland scheiterten — zu einem Festvortrag „Naturheilung und Kunstheilung in der Psychiatrie“ gewonnen wurde, so möge damit auf einem Ärztetag in Bayern eines bedeutsamen psychiatrischen Jubiläums, aber auch eines für eine bayerische Universität schmerzlichen Prioritätsversäumnisses gedacht werden.

Es bleibt nun noch der Wunsch, der Wettergott möge den bayerischen Ärzten einige klare Herbsttage aufsparen; daß Stadt und Land nach Abzug der sommerlichen Fremdenströme für das leibliche Wohl der späten Gäste des Ärztetages mit umso größerem Eifer sorgen werden, sei unseren Freunden schon jetzt zugesichert.

Dr. V. Schretzenmayr

1. Vorsitzender des Kreisverbandes Bad Reichenhall - Berchtesgaden

Salzgewinnung einst und jetzt

Ein geschichtlich-technischer Abriss vom Salz im Rupertiwinkel zum Bayer. Ärztetag zusammengestellt von Fritz Hofmann, Bad Reichenhall

„In montium faucibus civitas hallensis sita“, so beschrieb einst der Chronist des Klosters St. Zeno in Bad Reichenhall unsere schöne Stadt. Tatsächlich war das Gebiet von Berchtesgaden und Reichenhall in den Frühzeiten ein schier unzugängliches Urwaldgebiet, in dem Wolf und Bär hausten. Trotzdem fand der Jäger der jüngeren Steinzeit schon Pfade in den heutigen „Rupertiwinkel“. Ihn lockte nicht die wildromantische Landschaft, es war das Salz, einst noch mehr begehrte, welches alle Mühe und Plage lohnte.

Es ist deshalb nicht verwunderlich, fast alle Kulturepochen im Rupertiwinkel, besonders aber im Talkessel in und um Reichenhall nachzuweisen.

Die nun folgenden Zeilen sollen einen kurzen geschichtlichen Abriss über Entstehung der Salzlager, der Solequellen, über Gewinnung und Transport von Salz im Wandel der Jahrtausende bringen.

Die Entstehung der Salzlager im Alpengebiet

Ein Binnenmeer von starkem Salzgehalt, mit wenig Zufluß, verdunstete und lagerte seine Salze ab. Nach der Ablagerung der Salze wurden diese durch tektonische Verschiebungen von Deckgebirge überlagert und hochgepreßt. Hier vermischten sie sich mit den Nachbargesteinen, wie Gips, Anhydrit, mit Ton, Mergel und Kalk. Schließlich waren nur noch mehr oder minder große Linsen in dieses „Haselgebirge“ eingebettet. Zähne Tonmäntel schlossen diese Meersalzlager ab. Doch dann kam die Alpenfaltung. Die Berge entstanden, das Salz war dem gewaltigen Druck nicht mehr gewachsen, es wurde „plastisch“ und suchte nach einem Ausweg. Durch die Bruchspalten durchbrach es wie ein Eruptivgestein das Gebirge. Das ursprüngliche Salzlager wurde zum Salzstock. Hätten die nun freiliegenden Salzberge nicht bald einen wasserundurchlässigen Mantel aus den ausgelaugten Salz-Ton-Rückständen bekommen, sie wären den folgenden Eiszeiten, Abschmelzung der Gletscher und Regenzeiten zum Opfer gefallen.

Der prähistorische Mensch und die Salzerzeugung

Schon vor 4500 Jahren finden sich am Dürrenberg nahe der Landesgrenze bei Berchtesgaden Spuren des Menschen der jüngeren Steinzeit, der dort aus Quell- oder Sickersole Salz erzeugte. Auch am Auhögel bei Reichenhall hauste der Mensch dieser Epoche. Streufunde im Gebiet von Reichenhall lassen vermuten, daß auch diese die Solequellen nutzten. Auch in der Bronzezeit (2000 bis 1000 v. Chr.) wurde Salz gewonnen. Mit der älteren Eisenzeit (Hallstattperiode 1000 bis 500 v. Chr.) war hier in unserem Raum das Volk der Illyrer sesshaft geworden, deren bergmännische Tätigkeit sich aber nur auf österreichischem Boden nachweisen läßt.

Römer und Bayern

Die Römer hielten von 11 n. Chr. bis 480 n. Chr. Norikum besetzt und beuteten das Salz aus. Ptolemäus schrieb: „Im Lande der Taurischer, am Fuße der Gebirge Alpes und Carpes lebte der Stamm der Alauni, dem die Salzleute angehörten. Sie verstanden es, Salz aus Felsgesteln und dem Wasser der Quellen zu gewinnen. Da das Salz von vorzüglichem Geschmack war, wurden die Alauni reich, mächtig und stolz, sie waren der Lande, Flüsse, Gebirge kundig“. Grabsteine römischer Salzbeamter geben uns Zeugnis von der Benützung der Solequellen

len. Dann hören wir wieder fast dreihundert Jahre nichts. Vielleicht liegt es daran, daß die Hunnen unter Attila das Römerreich erschütterten und anschließend das römische Reich zu Fall kam. Um 550 ergriffen die Bayern vom Land Besitz.

Die ersten geschichtlichen Urkunden

Sie stammen aus dem Jahre 682, Herzog Theodo II. aus dem Geschlechte der Agilolfinger vergab an Bischof Rupert in Salzburg den dritten Teil der Quellschüttung und 20 Sudpfannen zu Reichenhall. Seit langer Zeit heißt nun dieser Gebirgswinkel „Rupertiwinkel“. Der heilige Rupert aber gilt als Schutzpatron für die Salzbergleute und Salinenarbeiter von Berchtesgaden und Reichenhall. Seit dieser Zeit rissen die Irrungen, Wirrungen, Fehden, Kriege und Verträge um das Salz- und Holzrecht nicht ab.

Der Quellenbau zu Reichenhall

„Totis corporibus nihil esse utilius sale et sole“, so steht auf dem Torbogen des Quellenbaus in Bad Reichenhall. In einer Tiefe von 12 m unter der Stadt Bad Reichenhall am Fuße des Gruttensteins entspringen heute elf laufende Solequellen mit einem Salzgehalt von 0,75 bis 25%. Diese bilden den Heilschatz des Staatsbades. Von Berchtesgaden her schiebt sich ein zungenförmiges Steinsalzlager nach Reichenhall. In der Höhe von Bayerisch Gmain entspringen im Innern der Erde Süßwasserquellen, die diese Lager auslaugen und in dem tieferliegenden Reichenhall als Solequellen austreten. Es war aber ein weiter Weg bis zur Fassung der einzelnen Quellen. Noch im Jahre 1285 arbeiteten 64 „Vaher“-Knechte mit ledernen Handeimern an der Schöpfung der Sole im Quellschacht und 436 Hilfsvaher und andere Personen an den Sudanlagen. Erst im Jahre 1440 wird diese „lebende Kette“ durch ein wassergetriebenes Paternosterwerk des Büchsenmachers Hans von Zabern abgelöst, das ein Hans Karst aus München noch weiter verbesserte. Im Jahre 1501 trafen sich 24 Werksleute aus allen Ländern in Reichenhall, um sich über den Ausbau des Quellenbaus zu besprechen. Eine besondere Rolle spielte dabei der Werkmeister, Steinmetz und Bildhauer Erasmus Grasser, um dessen Gunst die Fürsten buhlten. 1507 baute dieser einen Schacht, faßte die Quellen und verbesserte das Kübelgeschöpf. Ein Problem war die Beseitigung des die Salzquellen verdünnenden Süßwassers. Deshalb errichtete man von 1524 bis 1532 den heute noch bestehenden Grabenbach, einen unterirdischen Kanal von 1975 m Länge, 11,5 m unter der Stadt und in seiner Verlängerung von 2 km Länge als Übertagskanal, bis zur Saalach reichend. Er ist auch heute noch in seiner ganzen unterirdischen Länge mit dem Boot befahrbar. Auch diese gewaltige technische Leistung wurde nach den Plänen Grassers vollendet. 1555 baute Hans Gasteiger, Uhrmacher aus München, die erste Solehebemaschine anstelle des Paternosterwerkes, ein sogenanntes „Druckwerk“ zur Hebung der Sole aus dem Schacht. Erst nach dem letzten Stadtbrand von 1834, welchem auch die gesamten Salinenbauten zum Opfer fielen, schuf Friedrich von Schenk im Jahre 1840 die heute noch in Betrieb stehende Pumpenstation mit ihren 13 m hohen Rädern, bis jetzt ein technisches Wunderwerk, das auch dem Besuch geöffnet ist.

Die Gradierung von Sole

Erst im Jahre 1745 versuchte man mit Erfolg geringprozentige Sole durch Gradieranlagen „hochgrädiger“ zu
(Fortsetzung auf Seite 204)

Vollversammlung der Bayerischen Landesärztekammer

12. Bayerischer Ärztetag

am 9., 10., 11. Oktober 1959
in Bad Reichenhall

Eröffnung des Ärztetages: Freitag, den 9. Oktober 1959,
20 Uhr, im Kursaal

Musikallsche Einleitung

Eröffnung durch den Präsidenten Dr. Sewering

Ansprachen der Gäste

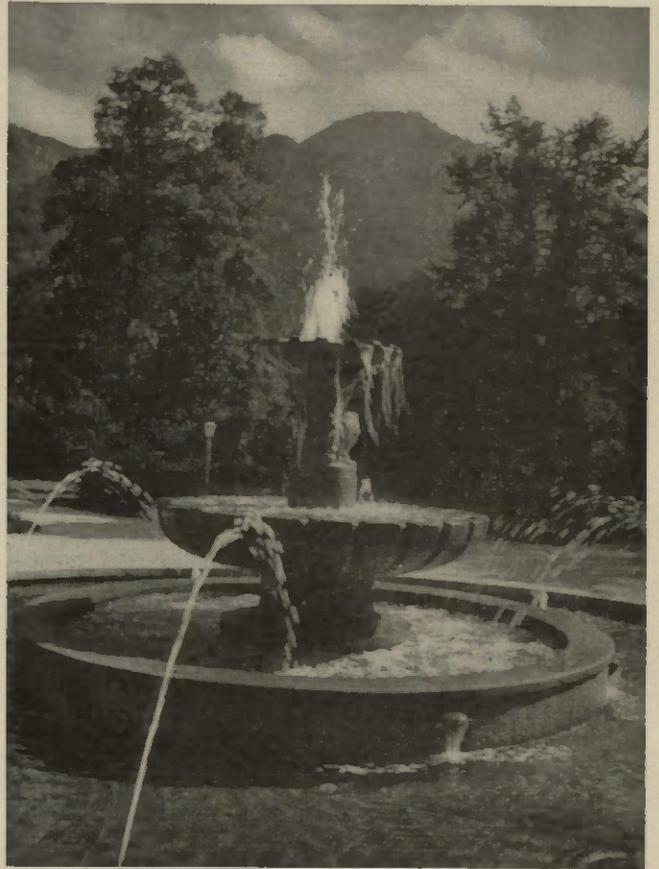
Festvortrag: „Naturheilung und Kunstheilung in der
Psychiatrie“, gehalten von Prof. Dr. med. Max
Mikorey, Oberarzt der Univ. Nervenlinik München

Musikalischer Ausklang

Beginn der Arbeitstagungen:

Samstag, den 10. Oktober 1959, und Sonntag, den 11. Oktober 1959, jeweils um 9.30 Uhr s. t. im Kursaal Bad Reichenhall.

(Die Verhandlungen werden in geschlossenen Sitzungen stattfinden, zu denen außer den Delegierten der Kammer nur Ärzte als Zuhörer gegen Ausweis Zutritt haben. Stimmübertragung ist nach dem Kammergesetz nicht zulässig.)



Solespringbrunnen im Kurgarten von Bad Reichenhall

Tagesordnung:

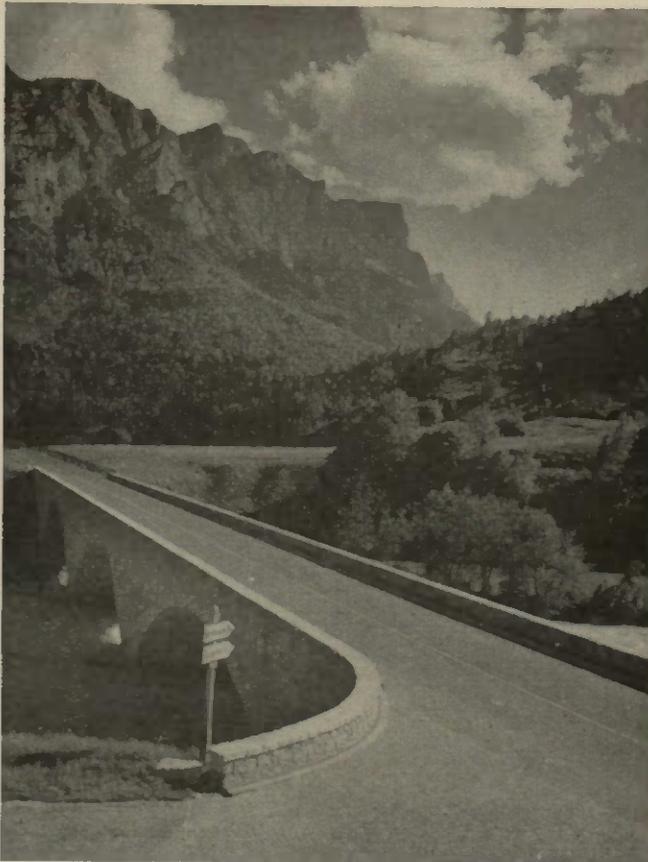
1. Tätigkeitsbericht
2. Rechnungsabschluß 1958 mit Bilanz und Voranschlag 1960
3. Das Schweigerecht des Arztes (Kurzreferat)
Referent: Vizepräsident Dr. S o n d e r m a n n
4. Ärzteschaft und Gesundheitsämter (Kurzreferat)
Referent: Dr. Brentano-Hommeyer, MdL
5. Nachmittagsunterricht an Volksschulen (Kurzreferat)
Referent: Privatdozent Dr. Hellbrügge
6. Wahl weiterer Ausschüsse
7. Liste der für die Weiterbildung zum Facharzt anerkannten Chefärzte und Krankenhäuser.

Rahmenprogramm:

Samstag, den 10. Oktober 1959, 10.30 Uhr, bei günstiger Witterung Ausflug mit Postomnibussen zum Kehlsteinhaus, gemeinsames Mittagessen im „Teehaus“. Rückkehr gegen 18 Uhr.

Bei ungünstiger Witterung Ausflug nach Salzburg. Abfahrtszeiten werden im Tagungsbüro bekanntgegeben.

20 Uhr: Gesellschaftsabend im Kursaal-Restaurant.
(Dunkler Anzug erbeten.)



Zufahrt nach Bad Reichenhall: Saalachbrücke der Alpenstraße mit Reiteralpe

Die Berichte über den Kongreß der „Internationalen Vereinigung der Medizinischen Presse“ sowie über den 9. Internationalen Kongreß für Radiologie mußten aus technischen Gründen einstweilen zurückgestellt werden

(Fortsetzung von Seite 202)

machen. Zu diesem Zweck ließ man Sole mit nur 6 bis 10% Salzgehalt über Dornenwände rieseln. Man wiederholte diesen Prozeß meist dreimal. Das Wasser verdunstet dabei und der Salzgehalt wird auf diese Weise bis auf 18% gebracht. So brauchte man beim Sieden weniger Wasser zu verdunsten und konnte Holz einsparen. Aber auch die Verarbeitung dieser 18%igen Sole ist im Zeitalter der Technik unrentabel geworden, man versiedet nur noch Sole mit 27%, dem höchsten Sättigungsgrad des Wassers mit Salz. Dabei erreicht man diesen hohen Sättigungsgrad durch künstliches Auslaugen des „Haselgebirges“ in den „Sinkwerken“ im Salzbergwerk Berchtesgaden, von wo die Sole nach Bad Reichenhall gepumpt wird. So werden heute 95% der zur Salzerzeugung benötigten Sole aus Sinkwerksole gewonnen, nur der Rest aus den starkprozentigen Reichenhaller Quellen, deren sonstige Hauptschüttung jetzt für den Kurzweck verwandt wird.

Vom Wald und Holz

Der riesige Holzbedarf für die Sudpfannen konnte schon längst nicht mehr von den heimischen Bergwäldern um Bad Reichenhall gedeckt werden. Deshalb bedeutete der Holzreichtum der Saline Reichenhall einen besonderen Wert. Sie besaß in den Saalforsten auf k. und k. österreichischem Boden ein Areal von 54 000 Tagwerk und auf bayerischem Gebiet von 41 000 Tagwerk. Dieses Holz wurde durch „Triften“ nach Reichenhall gebracht. Mit „Triften“ bezeichnet man im bayerischen Oberland das Schwemmen von Brenn-, Kohl- und Langholz in losen Zustand auf Bächen und Flüssen. Schon um 1529 betrug der jährliche Holzbedarf der Saline aus österreichischem Gebiet 35 000 Klafter (ein Klafter = 3 Ster). In den Holzhöfen von Reichenhall konnten um 1800 nicht weniger als 27 000 Klafter Brennholz aufgenommen werden.

Die Soleleitungen

Als im Jahre 1817 die Wälder um Reichenhall „öde“ wurden, da baute Reifenstuhl, des Herzogs Hofbaumeister, eine Soleleitung von 31 km Länge von den Solequellen Reichenhalls vor die Tore der Stadt Traunstein. Über 9000 Holzteilchen (Holzröhren), 7 Brunnhäuser mit Druckwerken sowie eine Anzahl bleierner Röhren waren dazu erforderlich. 238 m Höhe wurden überwunden, wahrlich ein Meisterwerk. Bereits 1619 wurde in Traunstein auf drei Pfannen gesotten. Doch schon 200 Jahre später waren auch die Wälder um Traunstein ziemlich erschöpft. Da war es Georg Friedrich von Reichenbach, der im Jahre 1809 die Sole nicht nur bis nach Traunstein, sondern bis Rosenheim pumpte. 1810 erzeugte man nun auch dort Salz. Dorthin triftete man das Holz aus den Wäldern von Tegernsee und Schliersee über die Flüsse Mangfall und Schlierach, außerdem gab es dort große Torflager zum Beheizen der Pfannen. Der technische Fortschritt brachte es aber mit sich, daß man allmählich durch die Verbesserungen der Salzerzeugung die gesamte Salzproduktion auf die eine Saline in Reichenhall konzentrieren konnte. So kam die Saline Traunstein 1914, die Saline Berchtesgaden 1927, und 1958 die Saline Rosenheim zum Erliegen. Das größte Werk Reichenbachs bleibt aber die

Leitung Berchtesgaden—Reichenhall, welche am 16. Dezember des Jahres 1817 in Betrieb genommen wurde und die Sole aus den Sinkwerken Berchtesgadens in die Saline Reichenhall beförderte. In einer einzigen Druckhöhe von 356 m von Iisank aus auf das Söldenköpf, mit rund 43 atü Druck und einer einfachwirkenden Wassersäulenmaschine mit 112 m Triebwasserdruck löste Reichenbach dieses Problem. Seit dieser Zeit können die Salinen mit Sinkwerksole aus dem Salzbergwerk Berchtesgaden versorgt werden. Auf dem Grabstein des mit 54 Jahren gestorbenen genialen Konstrukteurs (in München) stehen die Worte: „Sein Name genügt. Sein Denkmal sind seine Werke“.

Der Transport des fertigen Salzes

Über die älteste Art des Salztransportes wissen wir so viel wie nichts. Wir nehmen an, daß Leibeigene als Träger das Salz über Bergpfade und Moorsteige in Töpfen, Lederbeuteln oder Körben zu den nächsten und weit entlegenen Siedlungen trugen. Dort erhielten sie als Tauschartikel Rinder, Werkzeug und Schmuck. Früh wurde auch der Wasserweg zum Transport über weitere Strecken benutzt. Koch-Sternfeld, der Salinenhistoriker, schreibt: „So alt die älteste deutsche Saline Reichenhall ist, so alt ist auch die Schifffahrt auf der Salzach, beide erstrecken sich in die vorrömische Zeit zurück“. Bis ins 13. Jahrhundert versorgte die Saline Reichenhall ein Gebiet von 3500 Quadratmellen. Ihr Salz ging bis Polen, Südrubland, bis in die Schweiz. Der Handel mit Salz war ein gewinnbringendes Geschäft; Kirchenfürsten, Adelige, Bürger und die Landesfürsten bezogen durch Zölle und Vertrieb genügend Geld. Unter Kurfürst Karl Theodor (1777 bis 1799) stammte ein Drittel der Staatseinnahmen aus der Salzsteuer! Schon in der Raffelstettener Zollordnung aus



Bergknappenfest in Berchtesgaden

dem Jahre 903/906 lesen wir von Salzschiffen. In Reichenhall bestanden um 970 Landeplätze und im 12. Jahrhundert eine Schiffslände für Salzschiffe auf der Saalach. Laufen = Loufen, das heißt Wasserfall oder Stromschnelle, war nach Koch-Sternfeld schon vor den Römern Stapelplatz im inneren Norikum. Diese Stellung behielt es auch bis zum Erliegen des Salztransportes auf dem Wasser im Jahre 1863. Über Passau gelangte das Salz dann donauaufwärts nach Regensburg, donauabwärts bis Südrußland und über den Goldenen Steig durch den Böhmerwald hinein bis nach Mähren. Noch im Jahre 1860 wurden in Laufen 180 000 Zentner bayerisches und 130 000 Zentner österreichisches Salz verschifft. Von dieser Zeit ab bestanden keine Schiffszüge mehr stromaufwärts. Die „Leinpfade“ an den Ufern, an denen die Pferde von Passau heraufzogen, verfielen. Man baute nur noch „Plätten“; diese fuhren nur noch stromabwärts und wurden um den 4. bis 5. Teil des Baupreises meist als Brennholz verkauft. In den Jahren 1852, 1855, 1858 wurden zum Bau von 1750 Schiffen jährlich 52 000 Fichtenstämme verbraucht!

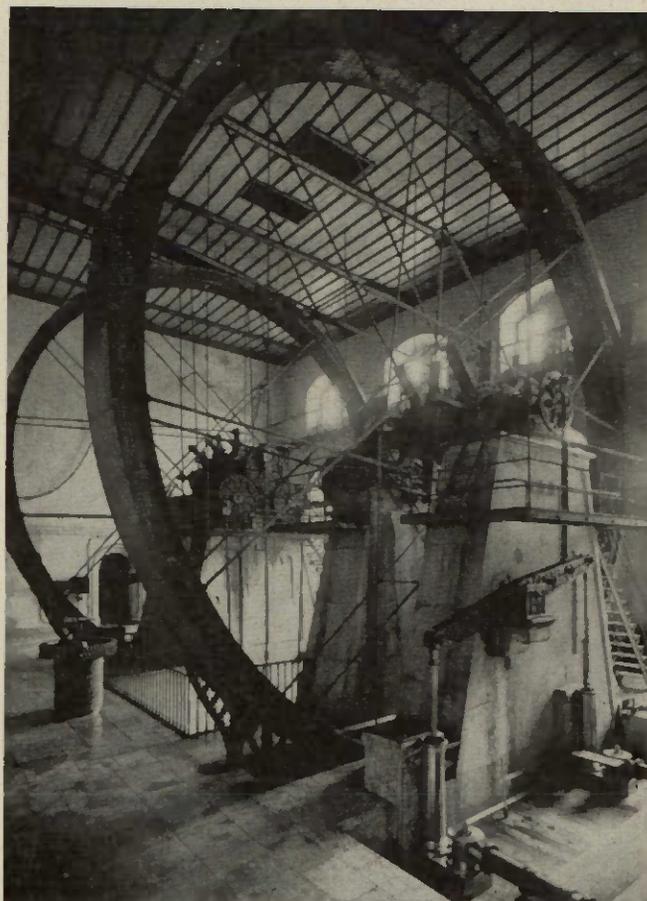
Vom Landtransport erzählt ein anderes Kapitel, die „Sameri“. Wir wissen auch hier nicht, wann zum ersten Mal das Salz auf dem Rücken der Pferde von Reichenhall über den Jochberg, das Weißbachtal hinaus zum Chiemsee bis nach München gebracht wurde. „Sam“ stammt aus dem altdeutschen und heißt „Pferderücken“. Die Samer oder Säumer waren Kleinbauern, die herzoglich privilegiert und in Genossenschaften zusammengeschlossen waren, sie bildeten die Zunft der „Samer“. Eine eigene Ordnung regelte den Salzabgang, Ankunft, Rückladung, An- und Verkauf usw. In einem Privileg von 1558 war ihnen noch bei Strafe verboten „Spielen, Karten, Kugeln und was sonst den Pfennig verlieren mag“. Mit dem Ausbau der Straßen für Fuhrwerke kam auch dieses Gewerbe zum Erliegen. Die Plachenwagen wurden aber ebenso später von der Eisenbahn, dem Auto vertrieben wie die Salzschiffahrt.

Der moderne Salinenbetrieb

Erstmals gelang es im Frühjahr 1885 den Brüdern Josef und John Duncan in Warsaw (New York), das Vakuumsalz zu erzeugen. Während bei der Verdunstung in Siedepfannen eine große Menge an Energie als sogenannter Brüdendampf verlorengeht, kann bei der Verwendung von Vakuumverdampfern (geschlossene Apparate) eine Mehrfachwirkung erzielt werden. Das grundlegende Prinzip beruht auf der Verringerung des Siedepunktes der Sole durch Verminderung des Dampfdruckes über der Sole. Unter Vakuumverdampfung versteht man also das Kochen unterhalb des Siedepunktes bei normalem Druck.

Die Saline Reichenhall entwickelte weiter das Verfahren der Wärmepumpe. Das Verfahren, durch die Verdichtung von Brüden, durch Thermokompression (Wärmepumpe) wässrige Lösungen einzudampfen, ist keineswegs neu. Dennoch bleibt es ein Verdienst der Saline Reichenhall im Verein mit der Maschinenfabrik Escher-Wyss, Zürich, in den Jahren 1925 bis 1928 dieses Problem in technischen Großanlagen erstmals in Europa gelöst zu haben. Von hier aus nahm es den Weg in alle Industriezweige. Die Anwendung dieser Wärmepumpe für Eindampfungszwecke ermöglicht die Einsparung beträchtlicher Mengen Brennstoffs. Zum Vergleich sei gesagt: Um eine Tonne Salz in den Dampfpfannen zu erzeugen, benötigt man etwa 700 Kilo Kohle; im Vakuumverdampfer sind es noch 200 Kilo, bei der Wärmepumpe nur noch 70 Kilo! Die Salinen Schöningen (bei Braunschweig) und Bad Reichenhall sind die größten und modernsten Anlagen dieser Art in Deutschland.

Die Saline Bad Reichenhall besitzt derzeit sechs Dampfpfannen von je 30 m Länge und 5 m Breite mit einem



Oberschlächtinge Wasserräder im Brunnenhaus in Bad Reichenhall

Sämtliche Aufnahmen von Ernst Baumann, Bad Reichenhall

Fassungsvermögen von rund 135 cbm Sole je Pfanne. Eine jede dieser Pfannen läßt täglich bis zu 15 Tonnen Salz gewinnen. Daneben besitzt die Reichenhaller Saline eine zum Teil kombinierte Wärmepumpenanlage mit zwei Kompressoren und eine Vakuumanlage mit zusammen acht Eindampfapparaten. Die tägliche Produktion aller drei Anlagen ermöglicht den Ausstoß von 210–240 Tonnen Siedesalz. Die jährliche Produktion beträgt 60 000 bis 65 000 Tonnen.

Was sind 60 000 Tonnen Salz? Um diese Menge zu erzeugen, benötigt man 240 000 cbm Sole. 8 1/2 Millionen Menschen können damit jährlich versorgt werden, da der Mensch 7 kg Salz pro Jahr benötigt. Die Menge würde aber nicht ausreichen, den Chiemsee mit einer Flächenausdehnung von 85 qkm und einer Durchschnittstiefe von 30 m zu einem „Salzsee“ zu machen. Es würde das süße Chiemseewasser nur einen Salzgehalt von 0,0024% bekommen.

Sole und Salz schufen den Kurort, das Staatsbad

Am 10. Juli 1823 verordnete der Gerichts- und Salinenarzt Dr. Osterhammer das erste Solebad. Am 15. Mai 1846 wurde das Kurhaus Axelmanstein eröffnet. Zu den Solebädern gesellten sich 1856 das Latschenkieferöl und Alpenkräutersäfte von Apotheker Mack. 1863 errichtete Mack die Kur- und Badeanstalt Dianabad und 1866 ließ er unter der Leitung von Prof. Dr. Liebig, dem Neffen des berühmten Chemikers, die erste pneumatische Kammer errichten. Auf den Kurbetrieb soll nicht näher eingegangen werden. Aber Salz, Sonne und Alpenklima waren von jeher die Heilfaktoren unseres Kurorts.

„Schutzengel für junge Mütter“

Von Dr. Waither Koerting

„Schutzengel für junge Mütter“ war der Titel eines großen Artikels in der „Süddeutschen Zeitung“ vom 1. September 1959, der mit den Worten eingeleitet wurde:

„In der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung des Krankenhauses rechts der Isar... wird heute eine Beratungsstelle für werdende Mütter eröffnet. Krankenhausreferent Dr. Erwin Hamm hat die Einrichtung einer solchen Beratungsstelle und zusätzlicher Gymnastikkurse angeregt. Medizinische Experten weisen nämlich immer wieder darauf hin, daß der Müttersterblichkeit, die in Deutschland höher ist als in allen anderen westlichen Kulturländern, durch regelmäßige Untersuchungen und Beratungen der Mütter wirksam vorgebeugt werden könne.“

Es soll hier nicht davon die Rede sein, daß die Propagierung der Schwangeren- und Wochenbett-Gymnastik nichts Neues ist (an zahlreichen deutschen Universitäts-Frauenkliniken wurde sie schon vor vierzig Jahren geübt), auch nicht von dem Stil dieser anderen Ärzte versagten Werbung, sondern von der

„Ärztlichen Prüfungs-Kommission“.

Es heißt in dem Artikel: „Münchens Krankenhausreferent Dr. (Anm. jur.) Hamm... hat angeregt, in München eine von dem Hamburger Professor (Anm. Dr. Hanns Dietel)... geforderte neutrale Ärztekommision zu bilden, die bei Sterbefällen von Müttern zugezogen wird, um jeden einzelnen Fall zu untersuchen und auszuwerten. ...Noch im September wird eine solche Kommission, bestehend aus zwei Gynäkologen, einem Internisten, einem Pathologen, einem Bakteriologen und einem Amtsarzt, berufen werden. Wirklich wertvolle Arbeit allerdings, sagt Dr. Hamm, könne eine solche Kommission nur leisten, wenn auch die anderen Münchner Kliniken sich bereitfinden, sie bei jedem Todesfall hinzuzuziehen.“

Für die „Pressestelle der Bayerischen Ärzteschaft“ kam dieser Vorschlag nicht ganz überraschend, da die „Kleine Rathaus-Umschau, Mitteilungen des Städtischen Nachrichtendienstes München“ bereits in ihrer Juli-Nummer in einer Notiz „Gegen die Müttersterblichkeit“ den Plan des berufsmäßigen Stadtrates Dr. jur. Hamm mitgeteilt hatte.

Im „Informationsdienst der Bayer. Landesärztekammer“ (1959/19) wurde den Beziehern desselben die „Merkwürdige Maßnahme gegen die Müttersterblichkeit“ bekanntgegeben.

Stadtrat Dr. jur. Hamm sandte daraufhin dem „Informationsdienst“ folgendes Schreiben:

„In Nr. 19 Ihres Informationsdienstes vom 9. 7. 1959 bringen Sie als dritte Meldung eine Mitteilung mit der Überschrift „Merkwürdige Maßnahme gegen die Müttersterblichkeit“. Sie erweisen mir darin die Ehre, auch meinen Namen zu erwähnen, als den Initiator dieser „merkwürdigen Maßnahme“.

Obwohl ich Jurist bin, gestatte ich mir die etwas anmaßende Ansicht, daß dem sicherlich ärztlichen Verfasser dieser Meldung nicht der Vorschlag des diesjährigen Gynäkologenkongresses bekannt ist. „Die Welt“, Erscheinungsort Hamburg, hat unter Nummer 4 der wiedergegebenen Forderungen sehr klar und präzise darüber berichtet. Außerdem hat sich die Münchner Medizinische Wochenschrift sehr eingehend mit dieser Frage befaßt und hat energisch die

Forderungen aufgestellt, die in der von Ihnen wiedergegebenen Meldung als „merkwürdige Maßnahme“ bezeichnet werden.

Sie werden sicherlich Verständnis dafür haben, daß ich im nächsten Informationsdienst um eine Berichtigung dieser abwertenden Beurteilung bitte. Das, was ich in der Münchner Gynäkologischen Abteilung zur Einführung angeregt habe, stellt nämlich genau die Erfüllung der Forderung des Gynäkologenkongresses und des Fachartikels in der Münchner Medizinischen Wochenschrift dar.

Sollten Sie glauben, meine Bitte nicht erfüllen zu können, wäre ich gezwungen, dem Münchner Stadtanzeiger als dem offiziellen Organ der Stadt München Kenntnis von dem Vorgang zu geben. Ich darf an dieser Stelle auch nochmals Herrn Prof. Dr. Otmar Bauer besonders erwähnen, der in bester Sachkenntnis des Vorgangs sofort die Angelegenheit positiv aufgegriffen hat.

Dr. Hamm, Berufsm. Stadtrat“

Da die obigen Angaben ungenau waren, insbesondere da 1959 kein Deutscher Gynäkologenkongress stattgefunden hatte, war eine Rückfrage notwendig, deren Beantwortung am 19. August 1959 eintraf. Wir haben den obigen, als Berichtigung gedachten Brief loyalerweise im „Informationsdienst“ vom 31. August 1959, also einen Tag vor dem Erscheinen des eingangs erwähnten Zeitungsartikels abgedruckt, obwohl ein Anspruch dazu nach dem Bayer. Pressegesetz vom 3. Oktober 1959 nicht besteht.

Es wurden u. a. die Bemerkungen angefügt:

Die „Münchner Medizinische Wochenschrift“ hat keineswegs energisch die Forderung aufgestellt, sondern der Direktor der Frauenklinik und Hebammenlehranstalt Hamburg-Finkenau, Prof. Dr. med. Hanns Dietel hat aus der Hamburger Landesstatistik 1953—1958 Folgerungen gezogen und in der „Münchner Medizinischen Wochenschrift“ 1959/27 seinen diesbezüglichen Vortrag auf der 56. Tagung der Norddeutschen Gesellschaft für Gynäkologie veröffentlicht. (Es wird später noch davon die Rede sein.)

„Der Informationsdienst hatte aus grundsätzlichen Erwägungen gegen den Vorschlag Dr. Hamms Stellung genommen. Dabei war keineswegs die Tatsache maßgebend, daß ein Jurist in München die Anregung zur Überprüfung von mütterlichen Todesfällen gegeben hat, sondern durch die Einsetzung einer ‚Kommission‘ eine neue Instanz zur Überprüfung etwaiger mütterlicher Todesfälle geschaffen wird, obwohl z. B. an dem Krankenhaus r. d. Isar ein bewährter Geburtshelfer tätig und außerdem eine Prosektor dem Krankenhaus angegliedert ist. Die Frage, wer eine solche Kommission einsetzen, wer deren Mitglied werden soll, ist ungeklärt. Ich persönlich würde es ablehnen, in eine solche Kommission aus nicht dem Krankenhaus angehörenden Fachärzten zur Überprüfung einzutreten.“

Dr. Koerting.“

Professor Dr. Hanns Dietel hat in seinem (gemeinsam mit G. Keding) verfaßten Artikel in der „Münchner medizinischen Wochenschrift“ (1959, 27) zur Frage Stellung genommen: „Wie können wir die Müttersterblichkeit senken?“ Die Zusammenfassung lautet: „Die Verfasser haben sämtliche von 1953—1958 in Hamburg stattgefundenen Geburten (96 310) in geburtshilflicher Hinsicht ausgewertet und kommen auf Grund ihrer Ergebnisse zu der Forderung, daß klinische Geburtshilfe vom Geburtshelfer be-

trieben werden muß. Außerdem ist es nötig, die Schwangerenberatung zu intensivieren. Die Stellung der Hebammen muß ausbildungsmäßig und in wirtschaftlicher Hinsicht gehoben und gesichert werden. Die Verfasser schlagen außerdem vor, auf der Basis freiwilliger Zusammenarbeit Kommissionen zu bilden, welche — ohne sich eine richterliche Autorität anzumaßen — die einzelnen mütterlichen Todesfälle besprechen und die sich daraus ergebenden Folgerungen ziehen sollen.“

Es darf darauf hingewiesen werden, daß die Bundesrepublik Deutschland seit Mai 1951 als vollgültiges Mitglied der Weltgesundheitsorganisation angehört. Diese hatte ein neues internationales Verzeichnis der Krankheiten und Todesursachen herausgegeben und gleichzeitig die Einführung eines internationalen einheitlichen Leichenschauzeichens empfohlen. Mit der Vorbereitung dieser beiden Maßnahmen war ein Ausschuß für die laufende Bearbeitung des Verzeichnisses der Krankheiten und Todesursachen beauftragt, dem folgende Mitglieder angehörten bzw. noch angehören: W. Bucher, Vereinigung der Ortskrankenkassenverbände, Bad Godesberg; Prof. Dr. med. W. Hagen, Bundesgesundheitsamt, Koblenz; Prof. Dr. med. H. Hosemann, Universitäts-Frauenklinik, Göttingen; Dr. med. H. König, Innenministerium Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf; K. König, Statistisches Amt der Stadt Augsburg, Augsburg; Dr. jur. oec. publ. K. Krieger, Bayerisches Statistisches Landesamt, München; Prof. Dr. med. E. Meier, Bundesgesundheitsamt, Koblenz; Dr. med. H. Schmidt, Hamburg.

(In Bayern wurde der neue bayerische Leichenschauschein ab 1. 1. 1957 vorgeschrieben.)

Unter den Mitgliedern des genannten Ausschusses befindet sich auch Prof. Dr. med. H. Hosemann, Oberarzt der Univ.-Frauenklinik Göttingen. Seinen Anschauungen „Zur Frage der Müttersterblichkeit“ (Medizinische Klinik, 1959, Nr. 7) kommt daher erhöhte Bedeutung zu.

In seinem Referat, erstattet dem Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung am 22. 11. 1958 in Köln, heißt es:

Große Beunruhigung haben unter der Bevölkerung der Bundesrepublik die in den letzten Jahren mitgeteilten Sterblichkeiten der westdeutschen Mütter hervorgerufen. Vor allem haben die nicht immer sachlich begründeten Darstellungen in der Tagespresse, in Illustrierten und im Rundfunk eine Tendenz erkennen lassen, die geeignet ist, das Vertrauensverhältnis zwischen der Bevölkerung und ihren Ärzten und Hebammen zu gefährden.

Auch Professor Dr. Heinz Kirchhoff, der Direktor der Univ.-Frauenklinik Göttingen, hat in seiner Arbeit „Die Müttersterblichkeit“ (Ärztliche Mitteilungen 1958 Nr. 7) darauf hingewiesen, daß leider in jüngster Zeit Laienpressemeldungen über die Müttersterblichkeit, zusätzlich mit einigen unrichtigen Zahlenangaben belastet, eine gewisse Unruhe ausgelöst haben.

Hosemann weist darauf hin, daß letzten Endes alle Meldungen auf den Zahlen der offiziellen deutschen Todesursachenstatistik und einer erstmalig im Jahre 1954 und einer zweiten im Jahre 1956 veröffentlichten Zusammenstellung der Weltgesundheitsorganisation beruhen, in denen die deutschen Sterbeziffern zusammen mit den entsprechenden Ziffern anderer Länder aufgeführt sind. Im „Epidemiological and Vital Statistics Report“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO) sind die Sterblichkeitszahlen nach Kontinenten und in alphabetischer Reihenfolge der Länder geordnet. Der Bericht enthält sich aber einer Wertung der einzelnen Ziffern oder gar eines Vergleiches der einzelnen Länder hinsichtlich ihrer geburthelferischen Leistung. In einer großen Anzahl kleiner Fußnoten und im Begleittext enthaltener Erklärungen wird auf Unterschiede in der Zusammensetzung des Ma-

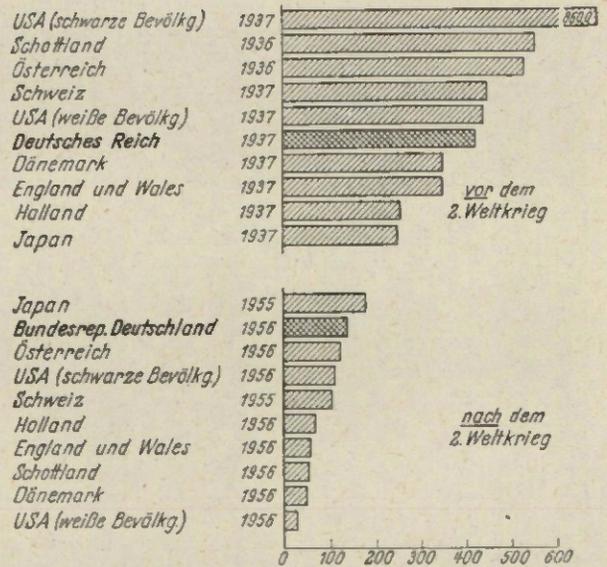


Abb. 1: Die Müttersterblichkeit vor und nach dem 2. Weltkrieg in ausgewählten Staaten. Auf 100000 Lebendgeborene (Nach Mikat, Bundesgesundheitsblatt 1948).

terials hingewiesen. Hosemann verweist darauf, daß man, wenn man die Zahlen verwerten und vergleichende Rückschlüsse aus ihnen ziehen will, alle im Bericht enthaltenen Hinweise auf herabgesetzte Vergleichsmöglichkeiten berücksichtigen muß. „Aber auch das reicht nicht aus, um allen Fußangeln der Statistik zu entgehen, da noch eine Reihe ungeschriebener Erfahrungstatsachen die Vergleichbarkeit der von verschiedenen Ländern mitgeteilten Zahlen beeinträchtigt. Bereits das Ordnen der Länder nach der absoluten Höhe ihrer Sterblichkeitsziffern, also gewissermaßen das Herstellen einer Rangliste, ist eine so ungewöhnlich problematische Angelegenheit, daß die offiziellen Statistiker, denen die Schwierigkeiten wohl vertraut sind, davon absehen. Dabei wäre es rein technisch gesehen überaus einfach, die einzelnen Länder nur nach der Größe ihrer Sterblichkeitsziffern in abfallender Reihenfolge zu sortieren.“

Professor Kirchhoff hebt hervor, daß wir von Jahrzehnt zu Jahrzehnt „mit gewissem Stolz und berechtigter Freude eine stetige Abnahme der Geburtskomplikationen“ beobachten. Ohne Zweifel hat sich diese Kenntnis auch besonders günstig auf die Einstellung der werdenden Mutter zum Geburtsakt ausgewirkt, so daß die dadurch bedingte, eindeutig nachzuweisende schwindende Angst vor der „schweren Stunde“ in einem positiven Circulus dazu beiträgt, daß wiederum die Geburten heute leichter und wesentlich schneller gegenüber früher verlaufen.

Hosemann zeigt anhand der Statistik auf, daß die mütterliche Sterblichkeit in der Bundesrepublik in schnellem Abfall begriffen ist (Abb. 1). Während sie im Jahre 1950 noch (bezogen auf 10 000 lebend geborene Kinder) 20,6 betrug, ist sie im Jahre 1957 schon auf 12,4 abgefallen. Unterschiede in den Sterblichkeiten der einzelnen Länder setzen sich aus den verschiedensten Gründen zusammen. Hosemann gliedert sie nach folgendem Schema:

1. Geburtshilfliche Ursachen.
2. Bevölkerungsstatistische Ursachen:
 - a) Geburtenreichtum,
 - b) Geburtenkontrolle und Abtreibung.
3. Statistisch-organisatorische Ursachen:
 - a) Definition der Lebendgeborenen,
 - b) Definition des mütterlichen Todesfalles,
 - c) Statistische Organisation.
 - d) Meldedisziplin.

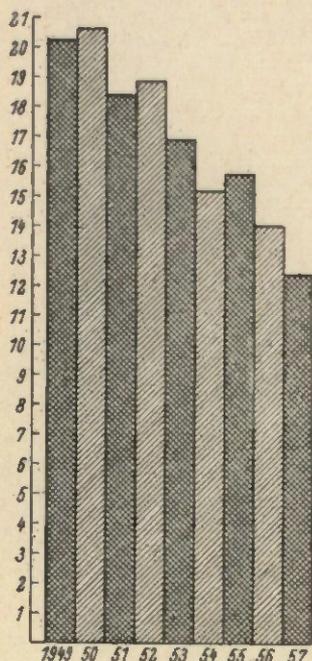


Abb. 1

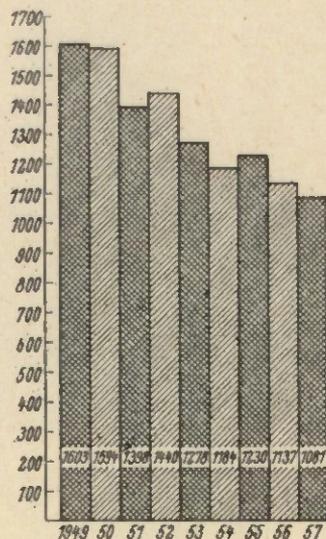


Abb. 2

Abb. 1. Die mütterliche Sterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland in den Jahren 1949—1957, bezogen auf je 10 000 Lebendgeborene.

Abb. 2. Die Grundzahlen der mütterlichen Todesfälle der Bundesrepublik in den Jahren 1949—1957 einschließlich Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Fehlgeburt und Extrateringravidität.

Die den Kern der Müttersterblichkeit ausmachenden geburtshilflichen Ursachen sind die eigentlichen Todesursachen. Sie stehen im Mittelpunkt des Interesses der Ärzteschaft und der Bevölkerung. Ihre Bedeutung für das Zustandekommen der statistischen Meßzahl „Müttersterblichkeit“ wird jedoch in der Regel so sehr überschätzt, daß beide Begriffe miteinander identifiziert und infolgedessen auch verwechselt werden. Eine Rechenschaft über den erzielten Erfolg kann einerseits durch den Vergleich mit den Leistungen der vergangenen Jahre und durch den Vergleich mit den entsprechenden Leistungen anderer Länder erzielt werden. In der Bundesrepublik zeigt eine Gegenüberstellung der absoluten Zahlen (Grundzahlen), daß im Jahre 1949 noch 1600 Mütter, im Jahre 1957 dagegen weniger als 1100 Mütter an den Folgen von Schwangerschaften, Fehlgeburt, Frühgeburt, Geburt und Wochenbett gestorben sind. Der sinkende Trend ist bei den Grundzahlen (Abb. 2) nicht so ausgeprägt wie bei den in Abb. 1 gezeigten Relativzahlen. Hosemann findet dafür als einfache Erklärung eine Zunahme der Geburtenzahl etwa seit 1955, auf die die mütterlichen Todesfälle bezogen werden. Trotz zunehmender Geburtenzahl sind also weniger Mütter gestorben.

Professor Dr. H. O. Kleine (Ärztliche Praxis 1959 Nr. 24 bis 26) ist der Ansicht, daß die in der letzten Statistik der

Weltgesundheitsorganisation mitgeteilten mütterlichen Sterblichkeitsziffern, die, wie auch er sagt, wegen der auffallenden Unterschiede der einzelnen Länder so großes Aufsehen erregt haben, nicht miteinander verglichen werden können. In einer sehr gründlichen Argumentation führt er folgendes aus:

1. Nach internationaler Vereinbarung werden in der Statistik der WHO die Zahlen der mütterlichen Todesfälle auf die Zahl der lebendgeborenen Kinder bezogen (Mikat). Da sich hierdurch für geburtenreiche Länder eine viel günstigere Berechnungsgrundlage ergibt, erscheint ein Vergleich der mütterlichen Sterblichkeitszahlen der einzelnen Staaten auf dieser Basis wenig sinnvoll.

2. Die Zahl der mütterlichen Todesfälle wird in der WHO-Statistik auf die Zahl der lebendgeborenen Kinder bezogen. Nun gibt es aber viele Länder, in denen man aus praktischen Erwägungen auch diejenigen Kinder als Totgeburten registriert, die kurz nach der Geburt sterben, ebenso alle mit Herzschlag geborenen, aber lebensunfähigen Frühgeburten. In anderen Staaten dagegen, wie z. B. in der Deutschen Bundesrepublik, hält man sich streng formal an die Definition „lebendgeboren“ und subsumiert unter diesem Begriff sämtliche mit Lebenszeichen zur Welt gekommenen Kinder. Es ist klar, daß man Zahlen, die durch so unterschiedliche statistische Auswertung gewonnen worden sind, nicht miteinander vergleichen kann.

3. Die mütterlichen Sterblichkeitsziffern der WHO enthalten auch diejenigen Todesfälle, die auf Fehl- und Frühgeburten sowie auf Bauchschwangerschaften zurückzuführen sind. Nun stehen Fehl- und Frühgeburten häufig in einem ursächlichen Zusammenhang mit Abtreibungen, sei es, daß Fehl- und Frühgeburten direkt auf Abtreibung (einschließlich Spätabtreibungen) zurückzuführen sind, sei es, daß vorausgegangene Abtreibungen zu chronischen Eileiterentzündungen geführt haben, die bekanntlich beim Zustandekommen von Eileiterschwangerschaften eine entscheidende konditionelle Rolle spielen. Nachweislich liegt aber die Zahl der Fehl- und Frühgeburten sowie die der Bauchschwangerschaften in Westdeutschland um ein Mehrfaches höher als in vielen anderen Ländern (Mikat), was mit der vermehrten Neigung zu Abtreibungen in Zusammenhang steht, wie sie in allen Staaten zu beobachten ist, die besonders schwer unter den direkten sozialpolitischen Folgen eines verlorenen Krieges zu leiden haben. Gärtner betont ebenfalls, daß die Frühgeburtensterblichkeit nach dem zweiten Weltkrieg in Deutschland gegenüber England und Frankreich bisher deutlich gesteigert war.

Auch aus diesem Grunde erscheint ein Vergleich zwischen den mütterlichen Sterblichkeitsziffern der verschiedenen Länder wenig zweckdienlich.

4. Es gibt mütterliche Todesfälle, die in direktem ursächlichem Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett stehen, und mütterliche Todesfälle, in denen der Tod nur indirekt mit dem Schwangerschaftszustand zusammenhängt oder gar völlig unabhängig davon eintritt.

Die deutsche Statistik hat bisher keinen Unterschied zwischen diesen beiden Arten von mütterlichen Todesfällen gemacht. Andere Staaten hingegen reihen nur solche

Cefadysbasin[®]

TROPFEN

TABLETTEN

AMPULLEN

CEFAK
KEMPTEN

PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

Fälle in die Gruppe „mütterliche Todesfälle“ ein, in denen der Tod nachweislich mit der bestehenden Schwangerschaft in ursächlichen Zusammenhang zu bringen ist.

5. Ganz allgemein gesehen, können Länder, deren Bevölkerung unter den direkten Einwirkungen des Krieges zu leiden haben, hinsichtlich Ihrer Sterblichkeit nicht mit Staaten verglichen werden, deren Bevölkerung wenig oder gar nicht den katastrophalen Einwirkungen des Krieges ausgesetzt war. Denn es ist doch nicht abzustreiten, daß die Gesundheitslage der Bevölkerung sowie der Ärzte- und Hospital-Standard aufs nachhaltigste vom jeweiligen sozialpolitischen Zustand der einzelnen Staaten beeinflußt werden.

Es muß also gefolgert werden, daß die von der WHO veröffentlichten mütterlichen Sterblichkeitsziffern der verschiedenen Länder auf derart unterschiedlich zu bewertenden Berechnungsgrundlagen beruhen, daß ein Vergleich mangels einer einheitlichen Bewertung der mütterlichen Sterblichkeitszahlen überhaupt nicht möglich erscheint.

Da die von der WHO mitgeteilten Müttersterblichkeitszahlen der einzelnen Staaten nicht nach einheitlichen Grundsätzen errechnet worden sind, können sie auch nicht miteinander verglichen werden. Deshalb kommt dieser Statistik kein allgemein verbindlicher Wert zu. Ebenso wenig besitzt sie eine spezielle Bedeutung, wie im folgenden gezeigt werden soll. Sie ist ein typisches bürokratisches Produkt: ohne praktischen Wert, wenn auch mit großer Mühe und erheblichen Kosten aufgestellt.

Während der Zweck einer Statistik über Müttersterblichkeit doch vor allem darin bestehen soll, zu erfahren, wieviel Mütter kurz vor, während oder kurz nach der Entbindung sterben und an welchen Komplikationen, sei es, daß diese direkt oder indirekt in ursächlichem Zusammenhang mit der Schwangerschaft stehen (woraus sich dann entsprechende Konsequenzen hinsichtlich der Vermeidbarkeit oder Einschränkung dieser oder jener Gefahren ziehen lassen), gibt uns die WHO-Statistik keine eindeutige Auskunft über die eigentliche Entbindungssterblichkeit, auf die es dem Geburtshelfer doch in erster Linie ankommt. Der WHO-Statistik können wir lediglich entnehmen, wieviel Frauen insgesamt im Verlauf ihrer Schwangerschaft zugrunde gegangen sind, ohne zu erfahren, in welchem Schwangerschaftsmonat dies geschah, und ohne zu erfahren, ob der Tod in direktem oder nur indirektem ursächlichen Zusammenhang mit der Schwangerschaft stand.

In der WHO-Statistik werden geburtshilfliche und nichtgeburthilfliche Probleme miteinander vermengt, z. B. die Fehlgeburtenfrage mit der Frage des Todes am Ende der Schwangerschaft. Die Problematik der Fehlgeburt ist jedoch eine völlig andere als die des eigentlichen Entbindungsvorganges. Es ist ein offenes Geheimnis, daß die häufigste Ursache der Fehlgeburt — wenigstens bei uns in Westdeutschland — in der Abtreibung zu sehen ist. Diese stellt aber kein geburtshilfliches, sondern ein weltanschauliches bzw. sozialpolitisches Problem dar.

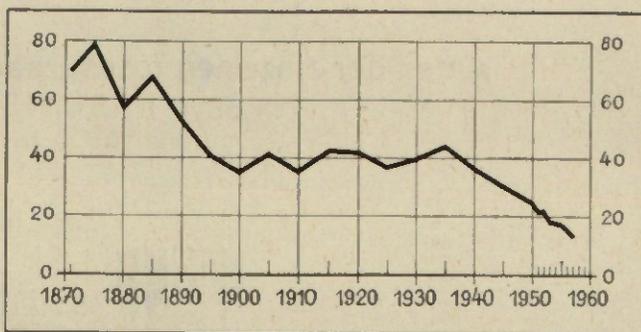


Abb. 3. Die Müttersterblichkeit in Bayern seit 1871.

Bei der WHO-Statistik ist ferner der Umstand von großem Nachteil, daß sie keinen Unterschied macht zwischen Schwangerschaftsmortalität, Entbindungsmortalität, Wochenbettmortalität.

Diese doch grundsätzlich klinisch völlig unterschiedlich zu bewertenden Vorkommnisse werden in der WHO-Statistik ausnahmslos unter der Bezeichnung „mütterliche Mortalität“ zusammengefaßt.

Die Verhältnisse in Bayern

Zeigt die Statistik der Bundesrepublik Deutschland ein ständiges Sinken der Müttersterblichkeit, so bedarf noch

Übersicht 1
Die Müttersterblichkeit in Bayern seit 1871

Jahr 1)	Lebendgeborene	Sterbefälle durch Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Entbindung und im Wochenbett	
		Zahl	auf 10 000 Lebendgeborene
1871	177 290	1236	69,7
1875	209 013	1659	79,4
1880	202 658	1139	58,2
1885	199 648	1372	68,7
1890	195 001	1026	52,6
1895	208 855	848	40,5
1900	226 213	786	34,7
1905	225 584	937	41,5
1910	215 540	762	35,4
1915	151 722	847	42,6
1920	198 857	839	42,2
1925	167 305	810	36,5
1930	149 008	594	39,9
1935	154 890	684	44,2
1940	174 311	635	38,4
1945	115 793	350	30,2
1950	151 752	375	24,7
1951	147 127	313	21,3
1952	146 991	314	21,4
1953	143 618	258	18,0
1954	144 783	258	17,8
1955	145 122	250	17,2
1956	152 876	234	15,3
1957	158 839	207	13,0

1) Bis einschl. 1940 mit Pfalz.

Ferlecit

Tropfen · Dragées · Ampullen

für Mutter und Kind

für schlecht essende Kinder

... weil Eisen fehlt

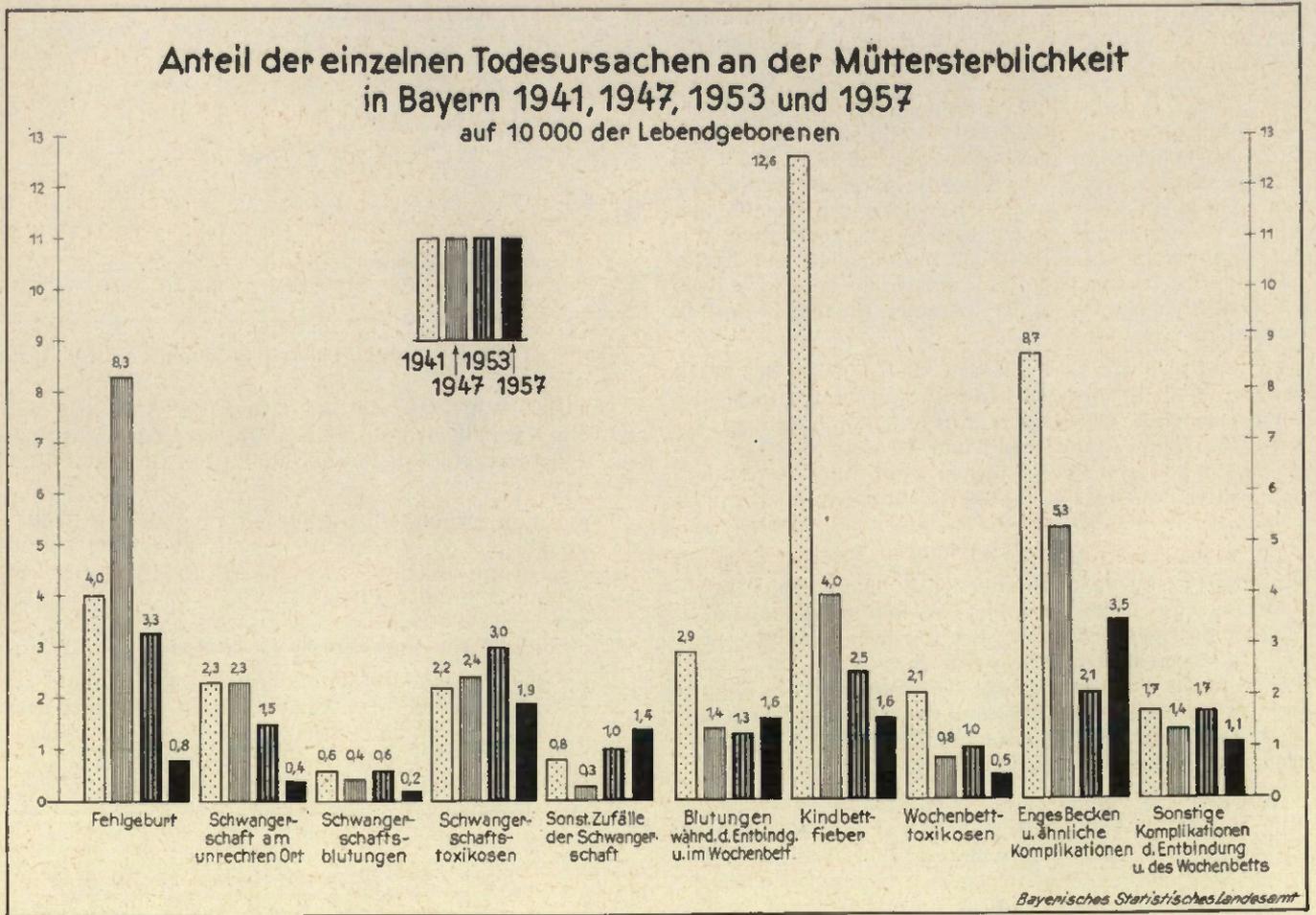


Abb. 4.

die Frage der Beantwortung, ob und inwieweit auch in Bayern die Müttersterblichkeit abgenommen hat.

In Bayern liegen aus den letzten Jahren zwei Arbeiten vor, beide aus dem „Bayerischen Statistischen Landesamt“: die eine von Frau Dipl.-Volkswirt Algard-Hedwig Herrmann („Zeitschrift des Bayer. Statistischen Landesamtes“, 1954, Heft 1—2), die andere von Dr. J. Filser („Bayern in Zahlen“, 1959, Heft 2). Aus beiden Veröffentlichungen geht eindeutig hervor, daß auch in Bayern ein ständiger Rückgang der Müttersterblichkeit zu verzeichnen ist.

Der Aufstellung der Müttersterblichkeit von Dr. J. Filser, bis 1871 zurückgehend, ist zu entnehmen, daß der Rückgang der Müttersterblichkeit (siehe Abb. 3 und Übersicht 1) ständig und gleichmäßig fortschreitet, so daß wohl zu erwarten steht, daß sich diese Bewegung auch in Zukunft fortsetzen und eine Annäherung an die Müttersterblichkeit in anderen Ländern bald erreicht werden wird.

Frau Dipl.-Volksw. Herrmann bemerkt sehr richtig, daß man heutzutage des öfteren davon spricht, daß „den Kindern der Vater fehle“. Noch vor einem halben

Jahrhundert war es viel häufiger, daß die Mutter den Kindern fehlte, weil sie bei der Geburt ihr Leben für das Kind hingab. Der Vergleich mit anderen Todesursachen klärt darüber auf, daß die Müttersterblichkeit, so schwer gerade der Tod einer Mutter auf einer Familie lastet, relativ geringer als andere Todesursachen ist. Der Anteil der Müttersterblichkeit an der Gesamtsterblichkeit der 15- bis unter 55jährigen weiblichen Personen betrug 1957 3,3 v. H. (Filser).

Über den Anteil der einzelnen Todesursachen an der Müttersterblichkeit in Bayern gibt die Übersicht für die Jahre 1941 bis 1957 Aufschluß und die graphische Darstellung (Abb. 4) für die Jahre 1941, 1947, 1953 und 1957. Es erübrigt sich wohl dazu ausführlich Stellung zu nehmen, da die Zahlen und das Bild für sich selbst sprechen.

Von Interesse ist auch der Vergleich der Zahlen in den einzelnen Regierungsbezirken. (Leider standen nur die Daten bis einschließlich 1953 zur Verfügung.) Es geht aus der Übersicht 3 hervor, daß die Verhältnisse am günstigsten in den drei fränkischen Regierungsbezirken, vor allem in Oberfranken, lagen. Herrmann glaubt, daß zu vermuten ist, daß in Mittelfranken und Oberfranken durch die niedrigen Geburtenzahlen auch die Gefahr für



Migräne-Kranit-Tabl.

Cerebral-Antispasmodicum
Migräneanfalle u.
migräneartige Kopfschmerzen
KREWEL WERKE, Erftal b. Köln

Übersicht 2

Komplikationen während der Schwangerschaft im Vergleich zu den Komplikationen während der Geburt und des Wochenbettes in Bayern

A. Durch Fehlgeburt und andere Zufälle der Schwangerschaft starben Mütter (auf 10 000 Lebendgeborene):

Jahr	Insgesamt	davon durch				
		Fehlgeburt	Schwangerschaft am unrechten Ort	blutungen	toxikosen	andere Krankheitsfälle in der Schwangerschaft
1941	9,88	4,04	2,31	0,58	2,16	0,79
1942	12,01	6,19	2,59	0,65	2,13	0,46
1943	10,63	5,46	1,94	0,09	2,13	1,02
1944	10,68	5,51	1,38	0,59	2,97	0,25
1945	11,49	6,74	2,42	0,35	1,47	0,52
1946	14,59	9,92	1,54	0,51	2,24	0,38
1947	13,72	8,30	2,30	0,41	2,41	0,29
1948	13,48	7,69	1,97	0,62	3,14	0,06
1949	11,33	6,21	2,18	0,32	1,98	0,64
1950	10,02	4,09	1,38	0,53	3,49	0,53
1951	8,43	3,19	1,77	0,34	2,79	0,34
1952	9,25	3,06	1,36	0,41	3,40	1,02
1953	9,33	3,27	1,46	0,56	2,99	1,04
1954	7,6	1,9	1,2	0,4	2,0	2,1
1955	6,8	1,7	0,8	0,6	2,4	1,3
1956	5,2	1,3	1,1	0,5	1,2	1,1
1957	4,7	0,8	0,4	0,2	1,9	1,4

B. Durch Komplikationen der Entbindung und des Wochenbetts starben Mütter (auf 10 000 Lebendgeborene):

Jahr	Insgesamt	davon durch							
		Blutungen während der Entbindung und im Wochenbett	Kindbettfieber bei standesamtlich meldepflichtiger Geburt	Wochenbetts-Toxikosen	Enges Becken u. a. Komplikationen während der Entbindung	Sonstige Komplikationen der Entbindung und des Wochenbettes			
1941	27,99	2,89	12,62	2,09	8,66	1,73			
1942	29,29	3,97	12,20	2,40	8,87	1,85			
1943	27,74	3,05	12,21	1,94	9,25	1,29			
1944	25,93	3,39	12,12	1,19	7,80	1,44			
1945	18,74	2,16	8,20	1,21	5,18	1,99			
1946	16,89	2,11	5,82	1,34	5,95	1,66			
1947	12,90	1,41	4,00	0,82	5,30	1,35			
1948	12,06	1,41	4,06	0,55	4,80	1,23			
1949	11,84	1,79	3,52	1,34	4,29	0,90			
1950	14,70	2,11	3,69	1,12	6,92	0,86			
1951	12,85	1,50	3,60	1,29	5,78	0,68			
1952	11,12	1,25	2,11	1,50	4,63	1,63			
1953	8,64	1,25	2,51	1,04	2,09	1,74			
1954	10,2	3,0	1,6	1,0	3,0	1,6			
1955	10,5	2,4	1,8	0,9	3,8	1,6			
1956	10,1	1,8	2,3	1,0	4,1	0,9			
1957	8,3	1,6	1,6	0,5	3,5	1,1			

eine höhere Müttersterblichkeit verringert ist. Bei Unterfranken dürfte mitsprechen, daß dieser Regierungsbezirk in der Regel die niedrigste Unehelichenquote bei den Geborenen hat, da ledige Mütter meist mehr gefährdet sind als verheiratete. Auffallend ist die höhere Müttersterblichkeit in den Großstädten gegenüber den Regierungsbezirken zu denen sie gehören. Für München mit der größten mütterlichen Sterbeziffer handelt es sich „nicht etwa, nur um die Folge der größeren Zahl von Kliniken und Behandlungsmöglichkeiten in der Landeshauptstadt, sondern“, wie Herrmann meint, „um eine echte höhere Sterblichkeit, weil die Erfassung der Todesursachen nach dem Wohnortprinzip erfolgt“. Hervorzuheben ist, daß die mütterliche Sterblichkeit in München gerade in den letzten Jahren wesentlich gesenkt werden konnte. Laut Mit-

teilung des „Statistischen Amtes der Landeshauptstadt München“ betrug diese: 1954 1,03, 1955 2,52, 1956 2,00, 1957 1,54 und 1958 1,21 (vorläufiges Ergebnis). Eine soeben vom Statistischen Amt der Landeshauptstadt München herausgegebene Übersicht über die allgemeine Sterblichkeit in München im Vergleich zu anderen deutschen Groß- und Mittelstädten ergab, daß die Münchner Sterbeziffer fast genau dem Mittel entspricht, das sich für sämtliche 51 westdeutsche Großstädte errechnet, wobei das Statistische Amt der Landeshauptstadt bemerkt, daß dieses Mittel, der Untersuchung zufolge, für die heutigen Sterblichkeitsverhältnisse in den westdeutschen Großstädten typisch ist und sich völlig im engeren Rahmen der ihrer Größe nach mit München vergleichbaren Städte von einer halben Million Einwohner aufwärts hält.)

Übersicht 3. Müttersterblichkeit auf 1000 Lebendgeborene in den einzelnen Regierungsbezirken Bayerns

Jahr	Bayern	Oberbayern		Niederbayern	Oberpfalz	Oberfranken	Mittelfranken		Unterfranken	Schwaben	
		Insgesamt	darunter München				Insgesamt	darunter Nürnberg		Insgesamt	darunter Augsburg
1944	3.66	3.97	.	4.30	3.22	2.67	3.39	.	3.77	3.82	.
1945	3.02	3.37	2.70	3.63	3.01	2.28	2.39	3.81	2.53	3.31	2.63
1946	3.15	3.62	3.46	3.33	2.55	2.95	3.20	4.13	2.75	2.83	4.70
1947	2.72	2.97	3.30	3.19	2.80	1.49	2.82	3.08	2.00	2.88	3.00
1948	2.55	3.19	3.99	2.13	2.17	2.08	2.65	4.17	2.00	2.42	1.50
1949	2.32	2.89	3.78	2.08	2.94	1.53	2.25	3.06	1.73	2.33	2.09
1950	2.46	2.72	2.64	2.33	2.32	2.55	2.29	3.04	2.08	2.80	4.33
1951	2.12	3.05	3.01	1.81	2.17	1.65	1.57	2.07	2.25	1.67	2.10
1952	2.14	2.92	3.51	2.52	1.93	1.33	1.66	0.96	2.03	1.92	2.23
1953	1.79	2.00	2.43	2.29	1.63	0.86	1.53	1.98	1.79	2.32	2.60

HERZ · KREISLAUF · STOFFWECHSEL

NUCLEOTON

HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN

Im besonderen muß noch des Kindbettfiebers gedacht werden, das früher die Hauptursache der Müttersterblichkeit war. Dank der genialen Entdeckung von Ignaz Philipp Semmelweis und den großen Fortschritten der modernen Medizin in der Bekämpfung des Puerperalfiebers konnte ein nachweisbarer bedeutsamer Rückgang erzielt werden. Wenn auch heute noch, vor allem in den Großstädten Puerperalfiebertodesfälle gehäuft vorkommen, so ist dies vor allem auf die Schwangerschaftsunterbrechungen von Nichtärzten zurückzuführen, da gerade in den großen Städten Hilfe von unerwünschter Schwangerschaft gesucht und ärztliche Hilfe oft zu spät in Anspruch genommen wird. Filser konnte den starken Rückgang der mütterlichen Todesfälle durch Kindbettfieber nachweisen. (Übersicht 4.)

Übersicht 4. Sterbefälle an Kindbettfieber in Bayern seit 1871

Jahr ¹⁾	An Kindbettfieber gestorbene Frauen		Jahr ¹⁾	An Kindbettfieber gestorbene Frauen	
	Zahl	auf 10 000 Lebendgeborene		Zahl	auf 10 000 Lebendgeborene
1871	549	31,0	1930	266	17,9
1875	778	37,2	1935	275	17,8
1880	467	23,0	1940	165	9,5
1885	650	32,6	1945	109	9,4
1890	459	23,5	1950	60	4,0
1895	361	17,3	1951	47	3,2
1900	309	13,7	1952	18	1,2
1905	389	17,2	1953	25	1,7
1910	300	13,9	1954	13	0,9
1915	257	16,9	1955	14	1,0
1920	386	19,4	1956	17	1,1
1925	259	15,5	1957	9	0,6

¹⁾ Bis einschl. 1940 mit Pfalz.

Übersicht 5. Müttersterblichkeit in Bayern nach dem Alter der Mütter von 1954 bis 1957

Altersgruppe	Lebendgeborene nach dem vorstehenden Alter der Mutter	In den Jahren 1954 mit 1957 starben ... Frauen an Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Entbindung und im Wochenbett	
		Zahl	auf 10 000 Lebendgeborene der gleichen Altersgruppe
unter 20	29 389	19	6,5
20 bis „ 25	147 826	113	7,6
25 „ „ 30	178 711	208	11,6
30 „ „ 35	149 624	295	19,7
35 „ „ 40	69 048	190	27,5
40 „ „ 45	24 477	114	46,6
45 und mehr	2 259	10	44,3
Insgesamt	601 620²⁾	949	15,8

Der Zusammenhang zwischen dem Alter der Mütter und der Müttersterblichkeit geht klar aus der Übersicht 5 hervor. Daß Frauen im höheren Alter durch Schwanger-

²⁾ Einschl. 286 Lebendgeborene, bei denen das Alter der Mutter nicht festgestellt werden konnte.

schaften wesentlich mehr gefährdet werden als jüngere Frauen ist bekannt. An Hand der von Dr. Filser veröffentlichten Zahlen (Übersicht 5) ist klar zu ersehen, daß gemessen an der Zahl der Lebendgeborenen die Müttersterblichkeit in den höheren Altersjahren ständig und beträchtlich zunimmt. In Bayern waren 41% der in den Jahren 1954 bis 1957 geborenen Kinder von Frauen zur Welt gebracht worden, die älter als 30 Jahre waren. 64% der Frauen, die während dieser Zeit an Komplikationen in der Schwangerschaft, bei der Entbindung und im Wochenbett starben, waren älter als 30 Jahre.

Es wurde schon darauf hingewiesen, daß im Verhältnis zu anderen Todesursachen die Müttersterblichkeit — deshalb nicht weniger zu beklagen — verhältnismäßig gering ist. Bei einem Vergleich der Todesfälle bei Frauen zwischen 15 und 55 Jahren ergibt sich, daß der Krebs eine steigende Tendenz aufweist, gegenüber dem Sinken der Todesfälle der Mütter (Abb. 5).



Abb. 5.

Zur Schaffung einer „Ärztlichen Prüfungskommission“

Nun zu der Schaffung einer „Ärztlichen Prüfungskommission“. Diese von Dr. jur. Hamm, dem Krankenhausreferenten der Landeshauptstadt München angeregte neue Einrichtung zu „einer Art freiwilliger Selbstkontrolle, evtl. in Zusammenhang mit Geburten vorkommender Todesfälle“, wird nach Mitteilung Dr. Hamms mit zwei Gynäkologen, einem Internisten, einem Pathologen einem Bakteriologen und einem Amtsarzt besetzt werden. Von „freiwilliger Selbstkontrolle“ kann schon durch die Art ihrer Berufung nicht gesprochen werden. Es wird sich kaum ein Arzt finden — außer einem dem Krankenhausreferenten mittel- oder unmittelbar unterstehenden — der sich dieser „freiwilligen Selbstkontrolle“ unterziehen oder in diese Kommission eintreten wird. Es ist vor allem kaum anzunehmen, daß die in dem Zeitungsartikel angesprochenen Münchner Kliniken sich dieser „Ärztlichen Prüfungskommission“ unterstellen werden.

Dr. Hamm beruft sich bei der Schaffung der „Ärztlichen Prüfungs-Kommission“ auf die Arbeit von Prof. Dr. Hanns

upha
HAMBURG

Khellicor

20 ccm DM 2,30

zur digitalisfreien Herztherapie

Diétel in der „Münchner medizinischen Wochenschrift“ (1959, Nr. 27) „Wie können wir die Müttersterblichkeit senken?“ Es ist Prof. Diétel ohne Einschränkung zuzustimmen, wenn er verlangt, daß die seit langem von der „Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie“ erhobenen Forderungen verwirklicht werden müssen, daß die klinische Geburtshilfe in die Hand des Spezialisten gehört! Es ist durch nichts mehr zu vertreten, daß z. B. der Chirurg im Krankenhaus im Nebenberuf die Geburtshilfe mit betreibt. Krankenhäuser, die glauben, sich keinen Geburtshelfer leisten zu können, sollen auf die Geburtshilfe verzichten!

„Amerikanische Statistiken machen deutlich, daß ein Zusammenhang zwischen der mütterlichen Sterblichkeit und dürftiger Einrichtung geburtshilflicher Abteilungen besteht, wie ja auch Schwalm und Schaudig uns gezeigt haben, daß kleine Abteilungen mit einer Geburtenzahl von höchstens 100 im Jahr eine doppelt so hohe mütterliche Sterblichkeit aufweisen wie die großen Entbindungsanstalten! Wir müssen verlangen, daß geburtshilfliche Abteilungen gewissen, von der Fachgesellschaft aufzustellenden Mindestforderungen in personeller, räumlicher und instrumenteller Hinsicht entsprechen.“ Diétel führt des näheren aus:

„In jeder Berufsgruppe gibt es tüchtige und weniger tüchtige Vertreter. Es ist eine wichtige, aber auch sehr schwierige Frage, wie wir uns vor den Versagern in den eigenen Reihen schützen sollen. Es ist gelegentlich angeregt worden, nach amerikanischem Beispiel eine Kommission zu bilden, der die Überprüfung der einzelnen Todesfälle obliegt. Wenn wir bedenken, wie in Amerika diese Joint-Commission arbeitet, die z. B. jährlich über ein Budget von 500 000 Dollar verfügt und die allein 20 Ärzte-Inspektoren angestellt hat, die mit der praktischen Überprüfung von Leistungsstandards der einzelnen Krankenhäuser beschäftigt sind; wenn wir weiterhin bedenken, welche ungeheure Autorität diese Joint-Commission hat, hinter der nicht nur die American Med. Assoc., sondern auch die Canadian Med. Assoc. und die American Hospital Assoc. stehen, so müssen wir uns wohl überlegen, ob wir etwas Ähnliches bei uns einführen wollen. Eine Kommission zur Überprüfung der einzelnen mütterlichen Todesfälle dürfte auch bei uns eine Senkung der mütterlichen Sterblichkeit ergeben, aber wir fürchten, nur auf dem Papier. Gleichwohl ist dieses wichtige Problem der ersten Überlegung wert, um eine vernünftige Lösung zu finden, die nicht einem Stoß ins Leere gleichkommt. Da die überwiegende Zahl der Todesfälle in den Kliniken sich ereignet, wäre es aber vielleicht doch zu erreichen, daß alle Geburtshilfe treibenden Kliniken freiwillig einer Kommission ihre Unterlagen zu gemeinsamen Besprechungen zur Verfügung stellen. Eine solche Regelung auf Landesebene sollte versucht werden.“

(Anm.: Sperrungen nicht im Original.)

Unsere Verhältnisse sind von denen in Amerika grundverschieden. Weder würde ein so hoher Betrag bei uns für diesen Zweck aufgebracht werden noch wäre die Anstellung von Ärzte-Inspektoren mit den genannten Befugnissen denkbar. Die Krankenanstalten unterstehen bei uns nach den geltenden Vorschriften der Aufsicht der Gesundheitsämter in gesundheitspolizeilicher Hinsicht. Wenn Prof. Dr. Diétel auf die Erfolge der Joint-Commission in Amerika hinweist, so darf nicht vergessen werden, daß in USA (siehe Abb. 6) die Sterbeziffern der Mütter, besonders bei der farbigen Bevölkerung bedeutend höher waren, als bei uns, aber seit 1930 rasch und erheblich gesenkt werden konnten, während sie z. B. in Bayern seinerzeit wesentlich niedriger als in USA waren.

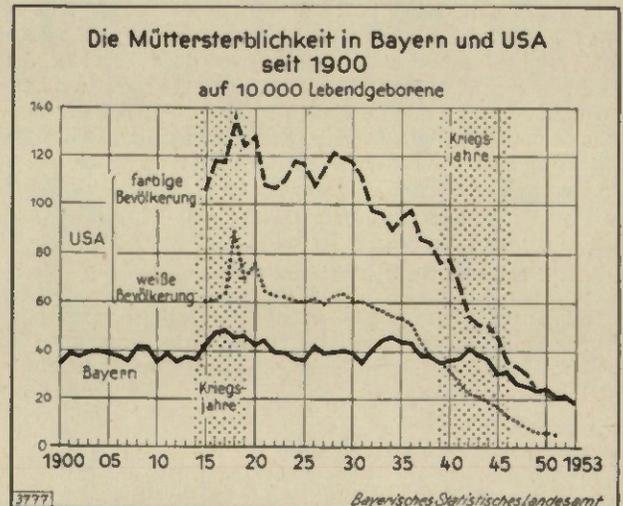


Abb. 6.

Über die Senkung der Müttersterblichkeit in Bayern (siehe Abb. 3) wurde bereits gesprochen. (Anm. Die Vergleichszahlen für USA und Bayern seit 1953 standen zur Zeit der Abfassung der vorliegenden Veröffentlichung nicht zur Verfügung. Eine Ergänzung bleibt vorbehalten.)

Gegen die Schaffung von Kommissionen hat sich Hosemann (a. a. O.) gewandt. Bei der Besprechung der Bedeutung des reibungslosen Arbeitens der statistischen Organisationen für das Zustandekommen einer Sterblichkeitsziffer verwies er darauf, daß eine genauere und vollständige Erfassung aller Sterbefälle auch ein Steigen der Sterblichkeitsziffer bedingt. Eine schlechte Erfassung der Todesfälle führt naturgemäß zu scheinbar besseren Ergebnissen. Ein einziger nicht erfaßter Todesfall entscheidet darüber, ob ein Land in der Statistik der Müttersterblichkeit an erster oder letzter Stelle steht. Noch ausschlaggebender ist aber die Melde- disziplin der Hebammen und Ärzte. Von allen nicht geburtshilflichen Faktoren übt sie den größten Einfluß auf die Sterblichkeitsziffer aus. Dabei ist sie, betont Hosemann, mit keiner Berechnung zu erfassen. Seit Einführung eines vertraulichen Leichenschauheines in West-Berlin im Jahre 1956 stieg die Anzahl der mütterlichen Sterbefälle nach Fehlgeburt wesentlich an. Hosemann vermutet ähnliches für die Todesfälle während der Schwangerschaft, bei Entbindung und im Wochenbett, wobei er besonders auf die Bedeutung der provozierten Frühgeburt in Deutschland hinweist. Man kann, schließt er weiter, annehmen, daß jede Meldung auf einem auch von nichtbeteiligten Personen einzusehenden Totenschein manche Schwangerschaft offenbaren muß, die bis dahin zu verschweigen oder zu verheimlichen gelungen war. Es ist ein aus allgemein menschlichen Erwägungen berechtigter Schluß, daß solche Meldungen besonders in jenen Ländern gehäuft unterlassen werden, bei denen uneheliche Schwangerschaften eine Schande bedeuten und bei denen ein nur wenig autoritatives Meldesystem der Praxis des meldenden Arztes abträglich ist. Hosemann führt weiter aus, daß auch andere psychologische Momente eine Rolle spielen. Der Arzt dürfe nicht noch dadurch belastet werden, daß die Meldebögen Kopfzerbrechen und Zeitverlust mit sich bringen. (Hosemann führt als Beispiel das sofortige „Erlöschen“ einer Grippe-Epidemie im Raum von Göttingen — natürlich auf dem Papier — an, als die Besatzungsbehörde für jeden neuen Grippefall einen vier Seiten langen Meldebogen einführte.) Ähnliches sei zu befürchten, meint Hosemann, wenn durch Rückfragen, Einsetzen von Kommissionen u. a. die Meldedisziplin auch bei mütterlichen Todesfällen belastet würde. „Wenn eine

solche Kommission dann gar ein Urteil darüber fällt, ob ein bestimmter Todesfall ‚vermeidbar‘ gewesen wäre, falls der meldende Kollege dies oder jenes unternommen oder unterlassen hätte, dann sind alle psychologischen Voraussetzungen dafür gegeben, daß in Zukunft nur noch ‚unvermeidbare‘ Todesfälle als mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett zusammenhängend gemeldet werden.“

(Anm.: Sperrung nicht im Original.)

„Bei den übrigen bleibe es dem Zufall überlassen, ob die Maschinerie der Statistik, die hierzu auch die Geburtenmeldungen bis zu drei Monaten vor dem Todesfall berücksichtigen muß, tatsächlich herausbekommt, daß die Verstorbene Mutter wurde. Wenn die Entbindung in einer Anstalt erfolgte, die durch Kreis- oder Landesgrenzen vom Wohnort der Mutter getrennt ist, entstehen fast unüberwindliche Schwierigkeiten. Wenn aber gar kein Kind standesamtlich gemeldet wurde, z. B. bei Extrateringravität, Fehlgeburt oder in manchen Ländern auch bei Totgeburt, dann ist es unmöglich, den Todesfall als mütterlichen Tod zu registrieren. Damit sinkt die Müttersterblichkeit in der Landesstatistik, aber nicht etwa infolge Vermeidung von mütterlichen Todesfällen, sondern infolge Nachlassens der Meldedisziplin.“

Es muß noch auf die Vorschriften über die Leichenschau besonders hingewiesen werden. Diese hat zum Zweck die Verheimlichung von gewaltsamen oder durch strafbare Vernachlässigung oder medizinische Puschereien herbeigeführten Todesarten zu hindern... („Leben und Sterben in der Bundesrepublik Deutschland, Merkheft für Ärzte.“ Herausgegeben vom Bundesministerium des Innern.) Sind Anhaltspunkte für die Annahme eines nicht natürlichen Todes vorhanden, so hat der Leichenschauer unverzüglich Anzeige und Befundbericht an die Gemeinde zu erstatten, von welcher nach § 159 StGB und nach der Ministerialbekanntmachung vom 3. 12. 53 sofort weitere Einleitung zu treffen ist. Bei Todesfällen in Kliniken und Krankenhäusern ist unter Umständen die Obduktion im Pathologisch-Anatomischen Institut oder in der angeschlossenen Prosektur möglich. Darüber hinausgehende Untersuchungen greifen in die ärztliche Schweigepflicht ein. Diese ist auch für den behandelnden Arzt nach dem Tode des Patienten verbindlich. Es sei hier auf § 300 StGB hingewiesen und auf § 383 der ZPO, ferner auf die Ausführungen des Reichsgerichts in seinen Entscheidungen vom 12. 5. 1922 (RGSt. Bd. 57 S. 63 ff.) und vom 17. 10. 1927 (RGSt. Bd. 61 S. 384 ff.). In seinem Aufsatz „Zur Frage der Schweigepflicht beamteter Ärzte“ (Ärztliche Mitteilungen 1956 S. 621) hat Oberregierungsrat W. S. Kierski die Auffassung vertreten, daß der untersuchende Arzt, insbesondere also der Amtsarzt, sich bei der Aufklärung des Sachverhalts nur der Mittel und Erkenntnisse bedienen darf, die ihm selbst zugänglich sind, ohne daß bei der Ermittlung Dritte veranlaßt werden, die ihnen obliegenden Pflichten zu verletzen. Weiter wird dort ausgeführt, daß beamtete und angestellte Ärzte in staatlichen oder städtischen Krankenhäusern in der Regel als behandelnde Ärzte hilfeschender Patienten tätig werden. In Ausübung dieser Tätigkeit unterliegen sie im

vollem Umfange der Schweigepflicht gemäß § 300 StGB. Im Handbuch „Das gesamte Recht der Heilberufe“ von Rechtsanwalt Richard R. Kuhns vertritt Rechtsanwalt Clemens Bewer (I — 623) den Standpunkt, daß über den Rahmen der Leichenschau beim Tode einer Frau Fragen hinausgehen nach der Zahl der geborenen Kinder, einschließlich der totgeborenen, darunter in der letzten Ehe. Gleiches gilt seiner Ansicht nach von Fragen, die sich auf Todesursachen erstrecken, ohne daß es sich um Endzustände oder um gemeingefährliche Krankheiten oder um Gefahr von Seuchen handelt, z. B. Fragen nach der Zeitdauer zwischen Krankheitsbeginn und Tod, welche Krankheiten und äußeren Schäden dem Leiden ursächlich vorangegangen sind, welche anderen wesentlichen Krankheitszustände zur Zeit des Todes bestanden haben. Gewisse Fragen können erst nach Befragen der Hinterbliebenen beantwortet werden. Der Arzt kann hierbei in einen Konflikt mit seiner Stellung als Arzt kommen. Wenn die Ärzte sich trotzdem um die Aufklärung gewisser Fragen bemühen und die Hinterbliebenen ihnen weithin Auskunft geben, so geschieht das, abgesehen davon, daß Arzt und Hinterbliebene sich möglicherweise hierzu für verpflichtet halten, in dem Bestreben, durch die Beantwortung der Fragen zu der für das Gesundheitswesen so bedeutsamen Statistik die gewünschten Angaben beizutragen. Für den Arzt ergibt sich allerdings noch die Frage, ob er, ohne seine Schweigepflicht zu verletzen, auch die Fragen des Leichenschauscheins beantworten darf, zu deren Beantwortung er an sich nicht verpflichtet ist. Bewer betont, daß auch nach dem Tode des Patienten die Schweigepflicht des Arztes weiter besteht. Die Schweigepflicht steht nach Bewer nicht im Wege, und die Beantwortung der Fragen ist keine unbefugte Offenbarung von dem Arzt anvertrauten Geheimnissen, wenn an der Offenbarung, also an der Auskunftserteilung überwiegend berechtigte Interessen bestehen. Solche kann man nach Bewer annehmen, da der Bundesminister des Innern bekanntgegeben hat, daß die der Todesursachenstatistik dienenden Angaben die wichtigste Grundlage für die Beurteilung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung ist, um eine zielbewußte Gesundheitspolitik zu ermöglichen. Dagegen kann von der Schweigepflicht nicht deshalb abgesehen werden, weil der Arzt den Leichenschauschein dem Amtsarzt zukommen läßt. „Wo eine Mitteilung von Arzt zu Arzt der Weiterbehandlung des Patienten dient, handeln die Ärzte im Interesse und regelmäßig im Einverständnis des Patienten. Der Amtsarzt erhält aber den Leichenschauschein als Vertreter seiner Behörde. Die Schweigepflicht besteht auch gegenüber Behörden, also auch gegenüber dem Amtsarzt; sie wird nicht beseitigt, wenn die Behörde selbst zur Verschwiegenheit verpflichtet ist... Niemand kann dem Arzt seine Pflicht zur Verschwiegenheit abnehmen, auch nicht der Amtsarzt.“ Damit ist aber gleichzeitig die Frage beantwortet, ob ein Arzt nach dem Tode seiner Patientin einem Kreis von Ärzten ohne weiteres Auskunft zu geben berechtigt oder gar verpflichtet ist.

Es erübrigt sich wohl, auf die nicht streng genug auszu- legende ärztliche Schweigepflicht noch besonders einzugehen. Senatspräsident Dr. Friedrich Grosse sagt (in dem zitierten Handbuch I—760) ausdrücklich „Grundsätzlich ist auch unter Ärzten die Schweigepflicht zu wahren. Dies

TYROSPIROL

freie
Atemwege



gilt nur dann nicht, wenn eine Auskunft oder Unterlage aus ärztlichem Berufsinteresse von einem anderen Arzt benötigt wird.“ (Im Falle der eingangs erwähnten Ärztlichen Prüfungs-Kommission kann aber von einem Berufsinteresse nicht gesprochen werden. Es ist auch unwesentlich, ob der behandelnde Arzt seine Zustimmung dazu gibt, daß eine Kommission in die Geburtsgeschichte im engeren und weiteren Sinne Einsicht nehmen will, um gewisse Tatbestände von sich aus zu prüfen.) Es darf auch auf die Ausführungen von Bundesanwalt Dr. Max Kohlhaas zur Schweigepflicht (im genannten Handbuch, I-781) hingewiesen werden. „Unter Offenbarung eines Geheimnisses ist nicht die Preisgabe an die Allgemeinheit zu verstehen, vielmehr genügt jede Mitteilung an eine andere Person, die nichts von dem Geheimnis weiß. Es fällt hierunter jede Mitteilung unbekannter oder die Bestätigung als unsicher bekannter Tatsachen an andere, mögen diese auch selbst einem schweigepflichtigen Kreise angehören. So ist es nicht gleichgültig, ob auch eine andere Person aus diesem Kreise, die nicht selbst aus Heilungsgründen zwingend mit dem Geheimnis vertraut gemacht werden muß, von dem Geheimnis erfährt... Das Offenbare kann mit Worten, Andeutungen, aber auch vielsagendem Schweigen... Einsichtgewährung in Krankenblätter oder Krankenkarteblätter, Akten erfolgen.“

Von Offenbarung auf Grund gesetzlicher Pflichten kann im Falle der geforderten Kommission natürlich nicht gesprochen werden. Daß unter Umständen auch eine zivilrechtliche Haftung eintreten kann, sei erwähnt.

Kein Verschulden der Ärzte

Da die Schaffung der „Ärztlichen Prüfungs-Kommission“ den Zweck haben soll, das ärztliche Handeln zu überprüfen und gegebenenfalls Kritik zu üben — siehe Hosemanns Ausführungen dazu — erscheint es angebracht, sich mit der Frage zu beschäftigen, ob die verhältnismäßig hohe mütterliche Sterblichkeit den Ärzten zur Last gelegt werden darf. Prof. Dr. H. O. Kleine hat sich (a. a. O.) in dankenswerter Weise damit des näheren beschäftigt. Vor allem weist er darauf hin, daß in den bisher veröffentlichten Zahlen Angaben über Rußland, die Ostblockstaaten usw. fehlen. Er setzt sich, ohne sich damit zu beschäftigen, ob die in der Statistik der Weltgesundheitsorganisation veröffentlichten Daten nach einheitlichen Gesichtspunkten gewonnen wurden, worüber schon gesprochen wurde, ausschließlich mit der Frage auseinander, ob für die erhöhte Müttersterblichkeit die Ärzte verantwortlich gemacht werden dürfen. Professor Kleine verneint dies aus folgenden Gründen:

1. In der angegebenen mütterlichen Gesamtmortalitätsziffer sind auch die Todesfälle enthalten, die auf eine Fehlgeburt zurückzuführen sind. Aus einer von Mikat (im Bundesgesundheitsblatt 1958, S. 193) mitgeteilten Statistik geht hervor, daß Westdeutschland 1956 viermal mehr Fehlgeburten hatte als etwa Holland oder die USA (weißer Bevölkerungsteil).

Gegenwärtig ist bei uns jeder 8. mütterliche Todesfall auf eine Fehlgeburt zurückzuführen (Hosemann). Es ist ein offenes Geheimnis, daß sehr viele Fehlgeburten Abtreibungen sind. Diese aber gehen primär zu Lasten der betreffenden Frauen, nicht der Ärzte.

2. Die angegebene mütterliche Gesamtmortalitätsziffer enthält auch viele durch Frühgeburten verursachte Todesfälle, die von Frauen in der Form sog. Spät-abtreibungen zwecks Beseitigung unerwünschter Schwangerschaften provoziert worden sind. Die Zahl dieser Fälle läßt sich zwar aus erklärlichen Gründen nicht exakt ermitteln, aber jeder erfahrene Frauenarzt weiß, daß sie nicht gering ist. Im übrigen hat die Zahl der Frühgeburten nach dem Kriege im Vergleich zu anderen Staaten bei uns zugenommen (Mikat, Hosemann, Gärtner). Keinesfalls können hierfür die Ärzte verantwortlich gemacht werden.

3. In der angegebenen mütterlichen Gesamtmortalitätsziffer sind auch diejenigen Todesfälle enthalten, die durch eine Bauchschwangerschaft, also eine rupturierte sog. Eileiterschwangerschaft, entstanden sind. Durch das Entgegenkommen des Statistischen Bundesamtes in Wiesbaden (Min.-Rat Dr. Mikat) verfügte Kleine über die Häufigkeitszahlen für die in den Jahren 1955 und 1956 an Bauchschwangerschaften verstorbenen Frauen in England und Wales einerseits und in der Bundesrepublik andererseits.

Der Vergleich der beiden Länder zeigt, daß die Häufigkeit der tödlich endenden Bauchschwangerschaften in Westdeutschland etwa dreimal größer ist als in England.

Müttersterblichkeit an Extrauterinraviddität, berechnet auf 100 000 Lebendgeborene.	
England (und Wales)	Deutsche Bundesrepublik
1955 3,3	10,3
1956 3,0	8,8

Es ist bekannt, daß viele Trägerinnen einer Bauchschwangerschaft nur geringfügig nach außen bluten, weshalb sie die Gefährlichkeit ihrer Situation völlig verkennen und daher zu spät ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen. Je später sich aber die Trägerin einer Bauchschwangerschaft in klinische Behandlung begibt, desto ungünstiger wird die Prognose. Es kommt gar nicht selten vor, daß solche Frauen infolge profuser Blutungen in die Bauchhöhle bereits während des Transportes in die Klinik sterben. Den Ärzten kann in solchen Fällen keine Schuld beigegeben werden.

(Kleine verweist auf die verhängnisvolle Rolle der Abtreibungen als Ursache späterer Eileiterschwangerschaften.)

4. Unter den mütterlichen Todesursachen stehen heute die durch Toxikosen (Gestosen) bedingten an erster Stelle. Zweifellos ließe sich die Zahl der tödlich endenden Eklampsien beträchtlich herabsetzen, wenn sich die eklampsiegefährdeten Frauen eher in ärztliche Behandlung begeben würden. Dies wird durch die Beobachtungen von G. Döderlein eindeutig bewiesen. Daran aber, daß die reichlich gegebenen Möglichkeiten der Schwangerenüberwachung in Westdeutschland von den Frauen nur höchst mangelhaft ausgenutzt werden, tragen nicht die Ärzte Schuld.

5. Unter den mütterlichen Todesursachen stehen die Verblutungen und Infektionen an zweiter und dritter Stelle. Jeder Arzt wird bestätigen können, daß sich blutende und infizierte Wöchnerinnen nicht selten zu spät in ärztliche Behandlung begeben, dafür können die Ärzte nicht verantwortlich gemacht werden.

6. Für die schlechte Prognose schicksalhaft bedingter Kombinationen zwischen schweren extragenitalen Leiden

upha
HAMBURG

Khellicor

20 ccm DM 2,30

zur digitalisfreien Herztherapie

und Schwangerschaft können die Ärzte nicht verantwortlich gemacht werden.

7. Kleine verweist weiter auf die vielfach noch unzulänglichen Wohnungsverhältnisse.

8. Daß in vielen westdeutschen Städten infolge der kriegsbedingten Zerstörungen auch die geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser bisher oft noch recht unzulänglich arbeiten konnten, ist bekannt. Die Zahl der geburtshilflichen Betten in den Krankenhäusern der Deutschen Bundesrepublik beträgt heute nach einer Zusammenstellung von Schwalm und Schaudig nur 165 pro Million Einwohner, dagegen vergleichsweise z. B. in Schweden 737 pro Million! Für diesen schlechten westdeutschen „Hospital-Standard“ sind indessen nicht die Ärzte verantwortlich.

Aus den angeführten Tatsachen geht eindeutig hervor, daß gegen die Schaffung einer „Ärztlichen Prüfungskommission“ zur Überprüfung mütterlicher Todesfälle nicht nur ärztlicherseits schwerste Einwände und Bedenken bestehen, abgesehen davon, daß es nicht einzusehen ist, daß eine solche Kommission für eine geburtshilfliche Abteilung unter einem bewährten Geburtshelfer geschaffen wird, dem im Krankenhaus selbst für alle Disziplinen gegebenenfalls Konsiliarii zur Verfügung stehen, für die Klärung von Todesfällen überdies die angegliederte Prosektur.

Einer Senkung der Müttersterblichkeit dienen die Besetzung eigener geburtshilflicher Abteilungen mit Fachgynäkologen bzw. -Geburtshelfern und die Intensivierung der seitens der „Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie“ und dem „Deutschen Senat für ärztliche Fortbildung“ geförderten ärztlichen Fortbildung sowie eine erweiterte planmäßige Fortbildung der Hebammen und finanzielle Sicherstellung derselben.

Zusammenfassend kann gesagt werden:

1. Die Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland einschließlich des Freistaates Bayern ist ständig gesunken.

2. Den Ärzten ist bereits die Senkung der allgemeinen Sterblichkeit gelungen. Es ist selbstverständlich und bedarf keiner Einflußnahme nichtärztlicher Stellen, daß die Ärzte auch ferner bemüht sein werden, auch die Müttersterblichkeit noch weiter zu senken.

3. Ärztliche Prüfungs-Kommissionen, von Amts wegen „zur freiwilligen Selbstkontrolle“ eingesetzt, sind abzulehnen. Darüber hinaus ist ihre Propagierung besonders in der Tagespresse geeignet, in Laienkreisen den Eindruck schuldhaften Verhaltens der Ärzte zu erwecken und das Vertrauen zu denselben zu erschüttern.

Dem „Bayerischen Statistischen Landesamt“ sei für die auch diesmal gewährte Unterstützung und die Überlassung der Bildstöcke herzlich gedankt, insbesondere Herrn Oberregierungsrat Dr. Taupitz und Herrn Dr. J. Filser. Herrn Dr. Filser ist auch die Ergänzung der Übersicht 2 bis zum Jahre 1957 zu danken, dem Statistischen Amt der Landeshauptstadt München (Herrn Dr. Schmid) die Ergänzung der Zahlen der Müttersterblichkeit in München bis 1958.

Die Abbildungen 1 und 2 sind der Arbeit von Prof. Dr. Hosemann (Medizinische Klinik, 1959, Heft 7) entnommen, Abb. 3 nach den von Dr. Filser veröffentlichten Zahlen und die Übersichten 1, 4, 5 der Arbeit von Dr. J. Filser („Bayern in Zahlen“, 1959, Heft 2), die Abb. 4, 5 und 6, sowie die Übersichten 2 und 3 der Arbeit von Herrmann („Zeitschrift des Bayer. Statistischen Landesamtes“ 1954, Heft 1—2).

Anschrift des Verf.: München 27, Holbeinstrasse 16

Knollenblätterpilzvergiftung

I. Giftstoffe:

Jährlich sterben mehrere hundert Menschen auf der Erde an Vergiftungen durch Pilze der Gattung Amanita. Der gefährlichste mitteleuropäische Vertreter ist der grüne Knollenblätterpilz (*Amanita phalloides*). Sein Geruch und Geschmack sind unverdächtig, und er wird am häufigsten mit dem Wald- und Wiesenchampignon verwechselt. Der Toxingehalt in einem grünen Knollenblätterpilz von 50 g ist ausreichend, um einen Erwachsenen zu töten, da die letale Dosis ungefähr 0,1 mg/kg beträgt. Wechselwarme Tiere (Schnecken und Frösche) sind 10- bis 20mal weniger empfindlich. Durch Prof. Dr. Th. Wieland wurden die Giftstoffe unter Anwendung von Papier-elektrophorese, Papierchromatographie, Gegenstromverteilung und anderen Methoden untersucht. Wieland fand in 100 g von frischen Knollenblätterpilzen 10 mg Phalloidin, 8 mg Alpha-Amantin, 5 mg Beta-Amantin, 0,5 mg Gamma-Amantin und Spuren von Phalloin (*Angew. Chemie, Seite 44—50, 1957*). Hauptsächlich ist das Alpha-Amantin für den toxischen Effekt verantwortlich, welches ungefähr 20mal mehr toxisch wirkt als Phalloidin. Chemisch ist das Alpha-Amantin ein Cyclopeptid (Molekulargewicht 1072), aufgebaut aus den Aminosäuren: Cystein, Glycin, Hydroxyprolin, Isoleucin und einer laetonisierenden Aminosäure. Alpha- und Beta-Amantin bestehen aus denselben Aminosäure-Resten, doch enthält Alpha-Aman-

tin zusätzlich noch 1 Molekül Ammoniak chemisch gebunden. Beim ähnlich zusammengesetzten Gamma-Amantin ist das Glycin durch Alanin ersetzt.

Das Phalloidin hat die Bruttoformel $C_{35}H_{46}O_{10}N_8S$ und das Molekulargewicht 770. Auch hier liegt ein Cyclopeptid vor. Als Bausteine wurden unter anderem: 1 Molekül Cystein, 2 Moleküle Alanin sowie Hydroxyprolin, Threonin, Oxindolylalanin und Oxyleucin vorgefunden. Das Phalloin ist chemisch nahe verwandt zum Phalloidin.

II. Vergiftungsbild:

Auffällig ist die lange Latenzzeit zwischen Pilzgenuss und Auftreten der ersten Symptome. Meist 10 bis 20 Stunden. Es setzen dann plötzlich heftige Leibschmerzen mit unstillbarem Erbrechen und profusen Diarrhöen ein. Die Stuhlentleerungen sind reiswasserähnlich, wie Cholera-stühle. Extreme NaCl und Wasserverarmung, evtl. Hypokaliämie treten auf. Die Pat. zeigen ein verfallenes Aussehen, klagen über Durstgefühl und Krämpfe in der Wadenmuskulatur. Das Sensorium bleibt ungetrückt, die Haut ist blaß und kühl, die Zunge trocken, der Puls frequent. Nach Überwinden dieser Phase tritt eine Zeit relativen Wohlbefindens ein. Am 3. bis 4. Tag nach der Vergiftung kann es zu einer schmerzhaften Leberschwellung und einem Ikterus kommen. Subfebrile Temp. treten ein, und nach einer anfänglichen Hyperglykämie und Gly-

Ecoomytrin
Salbe

Ö/W.-Emulsion mit Breitband-Lokalantibiotikum

Ecoomytrin H.
Salbe

1% Hydrocortison plus idem

Wieder ein Schritt vorwärts

in der

ambulanten Hochdrucktherapie

Adelphan-Esidrix[®]

verstärkte Blutdrucksenkung

erhöhte Kochsalzausscheidung

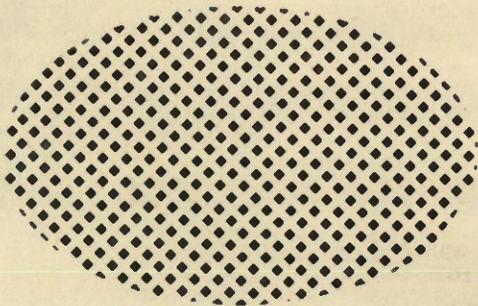
vereinfachte Behandlung



Tabletten mit 0,1 mg Serpasil[®],
10 mg Nepresol[®], 10 mg Esidrix[®]
Packungen zu 20, 50 und 250 Stück

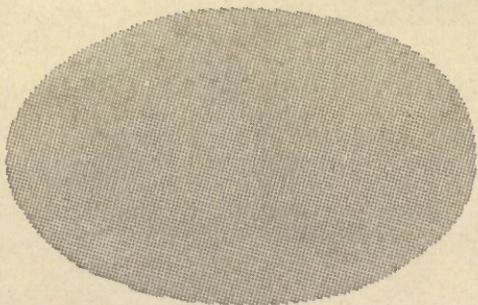
C I B A

Trennung von Spezifika und Laxantia



Bei entzündlichen
Erscheinungen
der Gallenwege
und zur Leberschutztherapie

CHOL-OMPIN[®]



Zusammensetzung: Chologagum et Spasmalyticum:
1 Dragée = Natr. aleinic. 0,026; Natr. choleinic. 0,04;
Bald. 0,1; Curcum. 0,075; Chelidan. 0,052; Camphar.
et Thymal. $\bar{a}\bar{a}$ 0,00325. Laxativum et Antisepticum:
1 Dragée = Phenyl. salic. 0,1; Extr. Frangul. 0,03; Cart.
Frangul. 0,055; Phenalpthal. 0,0375; Menthol. 0,00625.
Dosierung: 3 x täglich 4-5 gelbe und 1-2 grüne Dragées.
Handelsfarm: 120 Dragées DM 2.85 a. U.

LUDWIG HEUMANN & CO. · NURNBERG · CHEMISCH · PHARMAZEUTISCHE FABRIK



kosurie kommt es zu einem Blutzuckerabfall, zu plötzlicher motorischer Unruhe und tonisch-klonischen Krämpfen. Meist tritt der Tod um den 4. bis 7. Tag nach der Vergiftung im hepatischen Koma ein. Nach manchen Beschreibungen kommt es zu einer Kapillarschädigung durch die Toxinwirkung. Blutungen der Retina und Conjunktiva treten auf, Petechien an der Haut und ein pos. Rumpelleede-Phänomen. Ebenso wurde über Auftreten einer hypoplastischen Anämie nach schweren Amanita-Vergiftungen berichtet.

Post mortem findet sich eine fettige Degeneration des Herzens, der Leber, der Niere und der Skelettmuskel. Es finden sich Extravasate an den serösen Membranen und an den Schleimhäuten, und häufig kommt es zu einer Schwellung des lymphatischen Gewebes des Darmes. Außerdem tritt eine fettige Degeneration und Destruktion der Leber auf wie bei der Phosphorvergiftung und bei der akuten gelben Leberatrophie. Die Nieren zeigen das Bild einer Nephrose mit trüber Schwellung und fettiger Degeneration.

III. Therapie:

Das Verabreichen von Glukose zeigt mehr einen symptomatischen Effekt als einen therapeutischen Wert. Schutzwirkungen gegen das Toxin wurden dem Cholin und Methionin zugeschrieben. Über erfolgreiche Behandlungen mit Nebennierenextrakten wurde berichtet, ebenso mit hypertoner NaCl-Lösung, die bei intraperitonealer Injektion 70 Prozent der Versuchstiere am Leben erhielt, an welche letale Dosen von Toxin verabreicht wurden.

Interessant ist das Problem der Immunisierung. Dieses Verfahren wurde von französischen Autoren vorgeschlagen. Kritische Untersuchungen ergaben, daß in Fällen einer erhöhten Toleranz nach Verabreichung wiederholter unterschwelliger Dosen von Toxin eher eine erhöhte Resistenz als eine echte Immunität bestand. In keinem Fall konnten spezifische Antikörper überzeugend nachgewiesen werden. Am allerwenigsten in dem französischen „Serum-Antiphallinique“, von welchem behauptet wird, es wäre in einigen Fällen der Vergiftung beim Menschen wirksam gewesen. Letzteres kann telegraphisch, nur als Pferdeserum, auf dem Luftwege beim Institut Pasteur in Paris angefordert werden:

Serpasteur, Paris. Priere envoyer par avion... ampoules serum antiphalloïdien (Unterschrift, genaue Anschrift).

Eine Amp. zu 10 ccm kostet ca. 400 fr. Anwendung: Sofort 40 ccm i. m., 2—3 weitere Injektionen von je einer Amp. in 24stündigen Abständen.

Da es sich beim „Serum Antiphalloïdien“ um ein ungeeignetes Pferdeserum handelt, ist vor der Verabreichung eine Prüfung auf Überempfindlichkeit unerlässlich. Bei der Vorprobe gibt man von einer Serumverdünnung von 1:10 mit physiologischer Kochsalzlösung einen Tropfen in den unteren Conjunktivalsack (zum Vergleich ins andere Auge 1 Tropfen physiologische Kochsalzlösung). Bei einer bestehenden Allergie stellen sich nach 10 bis 15 Minuten Brennen, Rötung, Tränen und Schwellung ein.

Therapeutisch erscheinen Magenspülungen mit Tierkohlegaben angezeigt, da noch nach Tagen Pilzreste im Magen nachweisbar sind. Ausgiebige Infusionsbehandlung mit NaCl-Lösung, evtl. mit Kalium-Zusatz. Analeptica, Cardia. Intensive Leberschutztherapie.

Eigentlich gehören solche Pat. in eine Klinik oder in ein Krankenhaus, wo die Möglichkeit einer exakten Messung der Elektrolyte besteht. Bei einer auftretenden Hypokaliämie ist die Therapie oft recht problematisch. Entwickelt sich eine Oligurie bei einem Nierenversagen oder

bei einem Kreislaufkollaps, so wird Kalium nicht mehr ausgeschieden und es kommt zu einem gefährlich hohen Spiegel von Kalium im Serum. Kaliummangel kann die Nierenfunktion soweit alterieren, daß eine Alkalose in Erscheinung tritt, die persistieren kann. Die hauptsächlichsten Gegenindikationen einer Kaliumtherapie sind unbehandelte Niereninsuffizienzen und ein Nierenversagen. Eine beschleunigte Ausscheidung von Kalium durch die Niere wurde nach Gaben von ACTH, Desoxycorticosteron und Cortison beschrieben.

IV. Eigene Fälle:

Sechs Pat. kamen am 17. 8. 59 zur Klinikaufnahme. Die Latenzperiode nach dem Pilzgenuß betrug 10 bzw. 15 Stunden. Alle bis auf den jüngsten Pat., der kaum Pilzsuppe verzehrt hatte, zeigten das typische Bild der Vergiftung. Es wurde wie oben beschrieben therapiert und auch an alle Pat. Serum Antiphalloïdien verabreicht. Schmerzen wurden im rechten Oberbauch angegeben ohne nachweisbare Vergrößerung der Leber. Im Urin fand sich ausgenommen beim jüngsten Pat. Eiweiß in leichter Trübung, sonst waren die Urine ö. B. Die Serumbilirubinwerte waren auch bei den beiden am schwersten erkrankten, weiblichen Pat., 3 J. und 76 J., normal. Es kam bei allen Pat. zu einem initialen Blutzuckeranstieg. Am 8. Tag nach der Erkrankung sanken die Blutzuckerwerte bei allen Pat. um durchschnittlich 20 mg Prozent und stiegen am 9. Tag wieder an. Die Pat. konnten in gutem Gesundheitszustand entlassen werden.

Literatur:

Abel, J. J. and Ford, W. W.: On the poisons of Amanita Phalloïdes. *J. biol. Chem.* 2: 273—288, 1907;

Menzel, W. and Orzechowsky, G.: Über die Behandlung der Knollenblätterschwammvergiftung mit Cholin, *Arztl. Wochenschrift* 1: 961—963, 1947;

Neuhann, W.: Über Pilzvergiftungen, *Samml. Vergiftungsf.* 12: 59—118, 1941—43;

Reiter, M. and Borchers, H. G.: Hypoplastische Anämie nach Knollenblätterschwammvergiftung. *Med. Klinik* 43: 1—10, 1948;

Reiter, M. and Wieland, O.: Zur Cholintherapie toxischer Lebererkrankungen. *Klin. Wschr.* 28: 615—617, 1950;

Wieland, Th. and Wieland O.: Chemistry and Toxicology of the Toxins of Amanita Phalloïdes, *Pharmacol. Rev.* Vol. 11 No. 1 March 1959.

Anschrift des Verf.:

Dr. A. Roscher, Rosenheim, Privatklinik, Dr. phil. et. med. J. Golling.

Zusatz der Schriftleitung:

Die Häufung der Fälle von Pilzvergiftungen, besonders aber die sensationellen Pressemeldungen über die Wirkung eines „neuen Serums“, hat die Schriftleitung veranlaßt, einen Erfahrungsbericht zu erbitten, vor allem über die Anwendung und Auswirkungen des französischen Serums. Es sollte in erster Linie an Kollegen auf dem Lande Anhaltspunkte für die Behandlung von Knollenblätterschwammvergiftungen geben, die durch ihre lange Latenzzeit besonders gefährlich sind. Leider hat sich die Wirksamkeit des Serums als recht fragwürdig erwiesen, vor allem aber mahnt die Tatsache, daß es sich um ein ungeeignetes Serum handelt, zur Vorsicht. Dies geht auch aus persönlichen Mitteilungen des Leiters der Internen Abteilung des Krankenhauses r. d. Isar, Herrn Professor Dr. Bauer, hervor, bei dem zeitweise nicht weniger als 16 Fälle von Knollenblätterschwammvergiftungen behandelt wurden.

LITRADERM®

HYDROCORTISON SALBE



Ekzeme und Dermatitis

0,2% fettarm	25 g 3.60 lt. AT. a. U.
0,5% fett	10 g 3.60 lt. AT. a. U.
1,0% stark fetthaltig	10 g 5.80 lt. AT. a. U.

Nachklänge zum Deutschen Ärztetag

Wenn man versucht, eine Bilanz des letzten Deutschen Ärztetages zu ziehen, dann wird man den Wert einer repräsentativen Veranstaltung sicherlich an dem Grad der Beachtung messen dürfen, den sie bei den maßgeblichen Persönlichkeiten aus Kreisen von Regierung und Politik wie auch im Presse-Echo unserer führenden Blätter findet. So gesehen darf man ohne Übertreibung sagen, daß der Lübecker Ärztetag einen Gipfel darstellt, der seit dem Wiederaufbau bisher in seiner Bedeutung von keinem anderen Ärztetag erreicht wurde. Zahl und Rang der Männer des öffentlichen Lebens, die daran teilgenommen haben, beweisen dies, und es verdient vermerkt zu werden, daß ihre Ansichten sich weitgehend in den wesentlichen Punkten mit den programmatischen Forderungen der Ärzte deckten. Auch die Presse widmete der Tagung einen ungewöhnlich breiten Raum, und gerade in den führenden Blättern wurde die Bedeutung des Ärztetages für die aktuellen Probleme unserer gesamten Gesundheitspolitik voll und ganz anerkannt, und die Stellungnahme der Ärzteschaft zu den einzelnen Fragen bejaht.

Zwei Umstände waren es vor allem, denen die Ärzteschaft diesen Prestigegewinn verdankte. Nach dem Vacuum einer rechtsstaatlichen Ordnung während des Dritten Reiches und unter dem nachfolgenden Druck eines dissoziierenden Besatzungsrechtes, war es für den Wiederaufbau der Standesorganisation nicht möglich, da wieder anzuknüpfen, wo unsere alte Rechtsordnung im Jahre 1933 abgerissen war. Zudem hatten sich die Verhältnisse, besonders auf dem Gebiet des sozialen Gesundheitswesens, so verändert, daß die alten Formen nicht mehr ohne weiteres auf die neue Situation anwendbar waren. So war denn der Wiederaufbau der ärztlichen Organisationen unendlich mühsam, und Jahre hindurch verfügte die Ärzteschaft, deren Ansehen zudem durch eine völlig ungerechtfertigte Verallgemeinerung von Verfehlungen einzelner ihrer Standesgenossen schwer gelitten hatte, über keine gemeinsame Plattform, von der aus zu den einzelnen Problemen der Volksgesundheit sie ihre Stimme hätte geltend machen können. Es ist eines der Hauptverdienste des scheidenden Präsidenten Dr. Neuffer, daß es unter seiner Führung gelungen ist, die im ganzen Bundesgebiet aufgebauten starken, gesetzlich fundierten Standesorganisationen unter der Dachorganisation einer Bundesärztekammer zu vereinigen, und damit den Weg freizumachen für die eigentliche Aufgabe der Ärzteschaft, die ihr im öffentlichen Leben des ganzen Volkes zukommt.

Mit dieser Konsolidierung des Apparates war es aber auch möglich, die zweite Voraussetzung zu schaffen, die für ein Wirken in der Öffentlichkeit notwendig ist: die Einheit der Zielsetzung und die Einigung über den einzuschlagenden Weg. Sicherlich war es nicht leicht, diese Einigkeit unter den zahlreichen Verbänden der freiwilligen oder gesetzlichen Organisationen herbeizuführen, und daß es gelungen ist, über die großen aktuellen Probleme diese Einigung zu erzielen, stellt der Einsicht und dem Opferwillen der Verbände ein ehrendes Zeugnis aus. Diese geschlossene Einheit gab dann auch dem Lübecker Ärztetag sein Gepräge, und so konnten mit der ganzen

Autorität des freien Entschlusses eines ganzen Standes die Forderungen der Ärzteschaft vorgetragen werden zu den wesentlichen derzeit schwebenden Fragen der Gesundheitspolitik. Gerade die drei Hauptthemen des Ärztetages mußten die Allgemeinheit im besonderen Maße interessieren. Einmal die Stellungnahme der Ärzteschaft zu den Fragen der sozialen Krankenversicherung, ferner die in der letzten Zeit viel in der Öffentlichkeit diskutierten Fragen der künstlichen Insemination, drittens die Reform des Medizinstudiums, welche die fachlichen Qualitäten des künftigen Arztes festlegen sollte. In der gesamten Öffentlichkeit, wie sie vor allem durch die Presse repräsentiert wird, wurden — von unbeachtlichen Ausnahmen abgesehen — die Entschlüsse der Ärzteschaft gebilligt und ganz besonders die Einmütigkeit in der Beschlußfassung hervorgehoben.

Welches Gewicht auch gerade im politischen Raum einer einheitlichen Willenskundgebung eines ganzen Standes zukommt, mögen führende Köpfe schon längst erkannt haben, ehe es sich in Lübeck so deutlich manifestierte. So ist es dann begreiflich, daß schon frühzeitig der Wunsch nach einem festeren Zusammenschluß der westdeutschen Ärzteschaft sich regte und erstmals auf dem Ärztetag in Baden-Baden im Jahre 1955 sich zu einem Beschluß verdichtete, in dem eine neue Bundesärzteordnung gefordert wurde. In konkreter Form stand dieser Gedanke als Antrag auf Schaffung einer Bundesärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts auf dem 61. Deutschen Ärztetag in Garmisch zur Diskussion. So bestehend der Gedanke einer Zentralinstitution mit öffentlich-rechtlichen Vollmachten vom organisatorischen Standpunkt aus auch sein mag, so wurden doch gegen den Plan sehr erhebliche Bedenken geltend gemacht. Selbst von seiten höchster Regierungsstellen wurde es bezweifelt, ob eine derartige Institution auf dem Gebiete des Gesundheitswesens mit dem Grundgesetz vereinbar sei. Weit stärker aber waren die Bedenken, die in der außerordentlich eingehenden Debatte besonders von den Vertretern Bayerns (Dr. Soening, Dr. Brentano-Hommeyer u. a.) und Westfalen-Lippes (Dr. Krabbe u. a.) ins Feld geführt wurden. Vor allem schien vielen Delegierten die Begründung der Antragsteller zu dürftig, wenn sie sich nur stützte auf die Notwendigkeit

1. „die bisher geltenden Vorschriften der Reichsärzteordnung über die Bestallung als Arzt den veränderten politischen Verhältnissen und der Entwicklung der medizinischen Wissenschaft anzupassen,
2. eine bundeseinheitliche Berufs- und Facharztordnung und
3. eine für alle deutschen Ärzte gültige Gebührenordnung aufzustellen.“

Da bei all diesen Fragen unter den Landesärztekammern wohl kaum grundsätzliche Meinungsverschiedenheiten zu erwarten waren, mußte doch, nachdem sehr viel schwierigere Fragen unter den einzelnen Verbänden durch Übereinkunft geregelt wurden, auch hierin eine Einheitlichkeit zu erzielen sein. In keinem Falle aber wurde die Notwendigkeit zu einer gesetzlichen Regelung

Serato^l *seit über 50 Jahren*

BEI MAGEN-, DARM-, LEBER-, GALLENLEIDEN u STOFFWECHSELSTÖRUNGEN

ARZNEIMITTELFABRIK CHR. LUDWIG JACOBI, BERLIN SW 61, HASENHEIDE 54

so hoch eingeschätzt, daß man dafür bereit war, die Gefahr in Kauf zu nehmen, die man glaubte befürchten zu müssen von einer Zentralinstanz mit hoheitlichen Befugnissen. So wurde denn auch vom 61. Deutschen Ärztetag mit 87:59 Stimmen

„der Vorstand der Bundesärztekammer beauftragt, die Möglichkeiten für eine Bundesärzteordnung weiter zu untersuchen und deren Auswirkungen vor allem auch auf die Stellung der Landesärztekammern zu prüfen“.

So stand die Frage erneut unter Punkt 4 als „Änderung der Satzung der Bundesärztekammer“ auf der Tagesordnung des Lübecker Ärztetages. Warum sie unmittelbar vor ihrer Behandlung zurückgezogen wurde, ist nicht bekannt geworden, eine Aktualität erlangte sie aber trotzdem von einer anderen Seite her. Auf der Schlußkundgebung des Lübecker Ärztetages setzte sich Prof. Neuffer mit großer Wärme für den Gedanken einer Bundesärztekammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts ein, in der er wohl die Erfüllung seines Wunsches erblickte, die von ihm so heiß ersehnte Elnigkeit des ärztlichen Standes auch für alle Zukunft sicherzustellen.

Auf der gleichen Veranstaltung gab auch der Bundesinnenminister Dr. Gerhard Schröder bekannt, daß in seinem Ministerium schon seit langem an einem Entwurf eines Bundesärztegesetzes gearbeitet würde, das die Reichsärzteordnung von 1935 ersetzen und eine Reihe von Fragen bundeseinheitlich regeln wolle, so die Bestallung von Deutschen mit ausländischen Examina, die Erteilung der Bestallung an Ausländer und die widerrufliche Erlaubnis zur Ausübung ärztlicher Tätigkeit u. a. Obwohl verfassungsrechtliche Bedenken dagegen bestünden, eine Bundesärztekammer mit der Eigenschaft der Körperschaft des öffentlichen Rechts auszustatten, glaubte er doch, daß sich ein gangbarer Weg dafür werden finden lassen.

So wird denn in absehbarer Zeit der von Bundesinnenminister Dr. Schröder in Aussicht gestellte Entwurf nach seiner Fertigstellung im Bundesinnenministerium den interessierten Verbänden zugeleitet und erneut zum Gegenstand einer Diskussion innerhalb der Ärzteschaft werden. Sowohl in Garmisch wie auch in Lübeck war gegen die Bedenken, daß damit die Selbständigkeit der Landesärztekammern und der Einfluß der freien Verbände gefährdet werden könne, immer wieder versichert worden, daß die Selbständigkeit dieser Organisation in keiner Weise angetastet werden solle. Gegen eine derartige unverbindliche Zusicherung ergaben sich allerdings erhebliche Bedenken, und mehrere Redner erklärten, erst nach Vorliegen eines Entwurfes, vor allen Dingen der Satzungen der neuen Bundesärztekammer, lohne es sich überhaupt, das Thema ernstlich zu diskutieren.

Wie dem auch sei, und immer eine Bundesärzteordnung aussehen mag, es wird wie bei allen Organisationsgesetzen im wesentlichen auf die Handhabung ankommen. Die Gefahr ist nicht von der Hand zu weisen, daß anstelle eines mühsam zu erringenden consensus omnium alle Möglichkeiten ausgenützt werden könnten, die das kommende Gesetz dem Zwang offen läßt. Denn gerade die Vergangenheit hat es gezeigt, wie schwer es ist und welch starker Argumente es bedarf, um diese Elnigkeit herbeizuführen. Die neuesten innenpolitischen Ereignisse in der Bundesärztekammer sind jedenfalls nicht geeignet, Bedenken zu zerstreuen. Sie seien daher nachfolgend in Kürze mitgeteilt:

Satzungsgemäß gehören dem Gesamtvorstand außer den gewählten acht Mitgliedern des Geschäftsführenden Vorstandes (Präsident, Vizepräsidenten und Beisitzer) noch die Vertreter der Landesärztekammern an sowie die Vertreter nachfolgender Gruppen und Organisationen:

Angestellte Ärzte	3 Vertreter
Leitende Krankenhausärzte	1 Vertreter
Niedergelassene Ärzte	2 Vertreter
Deutsche Medizinalbeamten	1 Vertreter
Westdeutscher Medizinischer Fakultätentag	1 Vertreter
Deutsche Ärztinnen	1 Vertreterin

Auf Grund von Vorstandsbeschlüssen wurden jeweils zu den Sitzungen des Gesamtvorstandes eingeladen die Vertreter

der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
des Verbandes der Angestellten Ärzte Deutschlands
des Verbandes der Niedergelassenen Ärzte
des Verbandes der leitenden Krankenhausärzte
der Arbeitsgemeinschaft fachärztlicher Berufsverbände
der Arbeitsgemeinschaft der Werkärzte, ferner
die Deutsche Arzneimittelkommission
der Wissenschaftliche Beirat
der Deutsche Senat für ärztliche Fortbildung
und die Pressestellen der Deutschen Ärzteschaft.

Auf seiner ersten Sitzung am 1. August hat nun der neue Gesamtvorstand der Bundesärztekammer beschlossen, künftig die Teilnahme der Eingeladenen an den Sitzungen zu beschränken auf die Vertreter der Berliner Ärzteschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, die Leiter der Gesundheitsabteilung im Bundesinnenministerium und den Inspekteur für das Sanitäts- und Gesundheitswesen der Bundeswehr.

„Die Vorsitzenden der Arzneimittelkommission,
des Wissenschaftlichen Beirates,

Röntgen- und elektromedizin. Apparate

KURT PFEIFFER

Ärzte- und Krankenhausbedarf

NURNBERG, Marienbühlgraben 17
FRANKFURT a. M., Elbeinstr. 50

Generalvertretung der Firmen: Röntgenwerk F. Hafmann GmbH., Erlangen
Elektrofrequenz F. Schwarzer GmbH., München, und Albert Dargatz, Hamburg

Projektierung und Ausführung kompletter Ärzte- und Krankenhauseinrichtungen

Besuchen Sie bitte unsere Ausstellungsgrüne!

MAZUR

Präparate
in Granulatform

Zuverlässige Gastritis- und Ulcustherapie

MAZUR-A

Bei Hyperacidität

MAZUR-C

Bei Subacidität



Deutsche Arzneimittel Gesellschaft • Berlin-Lankwitz

NEU

TRAZU®
Antihypotonicum

bei hypotonen Kreislaufstörungen,
Erschöpfungszuständen, Klima-
krankheiten und migräneartigen
Störungen.

- Steigerung der Herzkraft und
Verbesserung der peripheren Durchblutung.
- Anhebung und Normalisierung des Blutdrucks.
- Anregung der Psyche.
- Belebung und Besserung des Wohlbefindens.

Zusammensetzung: 1 Oblongette enthält:

Coffein 15 mg, Nar-Pseudo-Ephedrin HCl 7,5 mg, Ephedrin HCl 7,5 mg,
Acid. aminoglutar. 30 mg, Glycyrrhizin ammon. 60 mg, Extract. Cra-
taegi 50 mg, - Cacti 40 mg, - Veratri 1 mg, Fenchon 5 mg, Sacch.
abd. foenicul.

OP mit 30 Oblongetten DM 2,65 m. U.

OP mit 60 Oblongetten DM 4,65 m. U.

APOTHEKER A. DIEDENHOFEN K.G.

Pharmazeutische Fabrik - Bad Godesberg/Rhein

AMPULLEN

O. P. 10 AMP. à 2 ccm . . . DM 4,70
O. P. 10 AMP. à 5 ccm . . . DM 9,90

TROPFEN

O. P. 18 ccm DM 1,80
O. P. 50 ccm DM 3,80

DRAGEES

O. P. 40 STÜCK DM ,80
O. P. 100 STÜCK DM 3,80

SALBE

O. P. 20 g DM 1,30
O. P. 50 g DM 2,40

ZÄPFCHEN

O. P. 10 STÜCK DM 1,80.

Diese

Cycloven®
FORMEN

Inhalt je ccm/Ampulle:
25 mg Rutinsulfat
25 mg Aesculus-Substanz
(biolog. standardisiert)
5 mg Vitamin B₁
1.5 mg Aesculin

gewährleisten die individuelle
- gleichzeitig erfolgsichere - Behandlung
peripherer Gefäßerkrankungen
venöser, arterieller und funktioneller Art!

CHEMISCHE FABRIK TEMPELHOF / BERLIN-TEMPELHOF



des Deutschen Senates für ärztliche Fortbildung, der Werksärztlichen Arbeitsgemeinschaft

sowie der Vertreter der fachärztlichen Berufsverbände und die Pressestellen der deutschen Ärzteschaft in Hamburg, Köln, Stuttgart und München sollen in Zukunft zu ihrer Entlastung nur noch dann zu den Sitzungen des Gesamtvorstandes eingeladen werden, wenn Fragen behandelt werden, von denen der Vorstand annimmt, daß sie für sie von besonderem Interesse sind oder zu denen er ihren sachverständigen Rat erbittet.

Dem genannten Personenkreis sollen die Einladungen zu den Gesamtvorstandssitzungen mit Tagesordnung künftig nachrichtlich zur Information übersandt werden. Falls die Vorgenannten aufgrund der Tagesordnung ihre Teilnahme an den Vorstandssitzungen für notwendig halten, wird ihnen anheimgestellt, einen entsprechenden Wunsch an den Präsidenten der Bundesärztekammer heranzutragen, der über eine evtl. Einladung befinden wird.

Zur Intensivierung der Pressearbeit verweist der Vorstand auf die Möglichkeit von besonderen Aussprachen zwischen dem vom Geschäftsführenden Vorstand bestimmten Referenten für Pressefragen, Dr. Berensmann, und den Leitern der ärztlichen Pressestellen.

(Hervorhebungen durch die Schriftleitung.)

Soweit Inhalt und Text des Vorstandsbeschlusses. Ge-
wiß wird man die Bestrebungen verstehen und billigen, zur Intensivierung der Arbeit des Gesamtvorstandes den Kreis der Teilnehmer zu beschränken, wenn man weiß, daß die Schwierigkeit einer Beschlußfassung meist proportional mit der Zahl der Beschließenden steigt. Das Thema aber so zu bagatellisieren, daß man glaubte, es im letzten Punkt der Tagesordnung unter „Verschiedenes“ ohne vorausgegangene Information der Beteiligten unterbringen zu können, läßt denn doch auf eine allzu große Sorglosigkeit im Aufgeben bisher bewährter Einrichtungen schließen. Denn es kommt ein starkes zentralistisches Moment in den Aufbau unseres höchsten Gremiums, wenn die Teilnahme von großen Gruppen — und sei es auch, daß sie nur über beratende Stimme verfügen — abhängig gemacht wird von dem Ermessen und der Machtbefugnis eines oder weniger Vorstandsmitglieder. Auch mag es die betroffenen Organisationen, vor allem die großen Gruppen der praktischen Ärzte und der fachärztlichen Berufsverbände befremden, daß sie offenbar in der standespolitischen Wertskala hinter anderen Gruppen, beispielsweise den Vertretern der jüngeren Ärztesgeneration, dem Marburger Bund und den Niedergelassenen Ärzten rangieren, von denen nach den Satzungen

Freies Wochenende

26./27. September

gen zwei Mitglieder im Geschäftsführenden Vorstand und weitere fünf Mitglieder im Gesamtvorstand vertreten sind, während sie selbst offenbar nicht zu den in § 5c der Satzung der Bundesärztekammer genannten „anderen bedeutenden Gruppen des Ärztestandes“ gerechnet werden, aus denen der Gesamtvorstand nach § 5 sich zusammensetzen soll. Es wäre zu erwarten gewesen, daß sie mindestens nicht von der Teilnahme an den Sitzungen des Gesamtvorstandes ausgeschlossen werden. Doch sollen diese Fragen hier nicht weiter erörtert werden, es wird Sache der betroffenen Verbände sein, wie sie sich dazu stellen wollen.

Viel mehr als die Interessengebiete der einzelnen Berufsgruppen unseres Standes wird hier eine zentrale Frage berührt, die uns alle angeht, weil sie aufs engste mit dem föderalistischen Charakter unseres Aufbaues überhaupt unlöslich verbunden ist: Die Frage, unter welchen Bedingungen unsere ärztliche Publizistik künftig arbeiten soll! Entgegen allen demokratischen Spielregeln hat der Beschluß in brüsker Weise für die ärztliche Standespresse — soweit ihre Schriftleiter nicht selbst als Vertreter ihrer Landesärztekammer an den Sitzungen des Gesamtvorstandes teilnehmen — die Tür zur ärztlichen Öffentlichkeit zugeschlagen. Die Standespresse aber ist auf eine völlig neutrale Berichterstattung über die Sitzungen angewiesen, nicht so sehr, weil die einzelnen Phasen, in denen ein Problem behandelt wird, unmittelbar für eine Berichterstattung geeignet wären, als vielmehr, weil kein Schriftleiter ohne lebendige Fühlungnahme mit dem zentralen Geschehen arbeiten kann. Darin liegt die Aufgabe der Pressestellen der einzelnen Ärztekammern. Eine Berichterstattung aber, die durch das Filter einer vom Vorstand benannten Persönlichkeit gelaufen ist, wird schwerlich anders als mit Mißtrauen beim Leser und mit Mißbehagen vom Schriftleiter aufgenommen werden. Mit Besorgnis wird sich jeder, dem die Freiheit der eigenen Landesärztekammern wichtiger ist als die Reibungslosigkeit des Verwaltungsapparates, fragen, wie die Verhältnisse sich gestalten, wenn erst eine Körperschaft des öffentlichen Rechts einmal an Stelle einer freien Arbeitsgemeinschaft treten soll!

Nein, in dieser Hinsicht stand das Debut unseres neuen Bundesvorstandes unter keinem glücklichen Stern! Vestigia terrent! Wa.

Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung



Indikation:
Altersherz
Zirkulationsstörungen
Hypertonie
nervöse und
krampfartige
Herzbeschwerden



Zusammensetzung:

Papaverin 0,3%, Nitroglyc. 2,5 mg%, Tinct. Adonid. 7%, Tinct. Bellad. 4%, Tinct. Valerian., Extr. Costan. Vesc. fluid., Vit. B₁ u. C

K. P. Flasche 15 ccm DM 1.60
O. P. Flosche 30 ccm DM 2.60

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

Bundeskongreß der freien Berufe in Berlin

Der IV. Bundeskongreß der freien Berufe findet vom 9. bis 11. Oktober 1959 in Berlin statt. Die Hauptversammlung des Kongresses wird als öffentliche Veranstaltung am Samstag, den 10. Oktober, in der Berliner Kongreßhalle stattfinden. Sie wird unter dem Leitgedanken „Der Staat und die freien Berufe“ stehen. Führende Sprecher der Parteien werden zu Grundproblemen der freien Berufe Stellung nehmen, und zwar insbesondere zu den Fragen der Berufsordnungen, der Altersvorsorge, der Steuerpolitik, des Urheberrechts und zur besonderen Lage der freien Berufe in Berlin.

Die Jahresmitgliederversammlung der im Bundesverband der freien Berufe vereinigten Berufsstände wird ebenfalls in der Kongreßhalle am Sonntag, den 11. Oktober, durchgeführt werden. Dabei wird u. a. das Thema „Die Kartellbehörden und die freien Berufe“ ausführlich erörtert werden.

Im Anschluß an den Bundeskongreß der freien Berufe wird in Berlin am Montag und Dienstag, den 12. und 13. Oktober, ein internationaler Kongreß der Geisteswissenschaftlichen abgehalten werden, den mit Federführung des Bundesverbandes der freien Berufe die Confédération Internationale des Travailleurs Intellectuels (CITI, Paris) veranstaltet. Präsident der CITI ist der letzte Präsident des ehemaligen Völkerbundes, Costa du Reils. Damit findet zum erstenmal ein Kongreß der CITI in Deutschland statt, das durch den 1. Vorsitzenden des Bundesverbandes der freien Berufe, Rechtsanwalt Dr. Max Horn, Düsseldorf, als einem der Vizepräsidenten der CITI an der internationalen Zusammenarbeit dieser Organisation beteiligt ist.

Im Rahmen der Veranstaltungen des Bundeskongresses der freien Berufe wird in Berlin auch eine Sitzung des Kuratoriums der „Stiftung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung über Wesen und Bedeutung der freien Berufe“ unter dem Vorsitz des Stifters, Dr. Ludwig Sievers, Hannover, abgehalten werden, auf der die ersten von der Stiftung geförderten Forschungsarbeiten vorgelegt werden.

Wissenschaftliche Filme

Die wissenschaftliche Abteilung der Firma Byk-Gulden hat zwei Lehrfilme herausgebracht, die nur zu wissenschaftlichen Zwecken von Ärzten geschaffen wurden und interessierten Stellen, Ärztlichen Bezirksvereinen usw. zur Verfügung stehen.

1. „Schieloperation und Hornhauttransplantation“.

Es handelt sich um einen Farbfilm (Magnet-Tonfilm) mit Zwischentexten. In dem Film ist es der Kamera gelungen, das operative Arbeiten am Auge aus nächster Nähe einzufangen und die wichtigsten Abschnitte zweier Operationen, eine Schieloperation und eine Keratoplastik in Großaufnahme zu zeigen. Daneben wurde nicht vernachlässigt, die Vorbedingungen für den reibungslosen Ablauf eines derartigen Eingriffes in Wort und Bild wiederzugeben: modernste Anästhesie-Verfahren (gezielte Anwendung von Curare, Leitungs- und Lokal-Anästhesie), moderner lokaler Antibiotika-Schutz (Nebacetin) und die Maßnahmen zur Überwachung des Patienten während der Operation. Bei der Aufbereitung des Transplantates und dessen Fixierung werden einige Errungenschaften der operativen Technik anschaulich vor Augen geführt. Der Schluß des Filmes zeigt das Ergebnis dieses eindrucksvollen, diffizilen operativen Vorgehens.

Trotz der sehr speziellen Thematik dürfte der Film auch von allgemeinem Interesse sein, da die entsprechenden Indikationen nicht selten sind. Vorführzeit: 22 Minuten.

2. „Der rote Fleck am Muttermund und seine kolposkopische Differentialdiagnose“

Farbfilm, Stummfilm. Diesem Film ist zum besseren Verständnis eine Reihe von Diapositiven (schematische anatomisch-histologische Darstellungen und Kolpogramme) vorgeschaltet, die — wie auch der Film selbst — mündlich kommentiert werden. Die einleitend gezeigten historischen vaginal-Spekula leiten über zu modernen Untersuchungsmethoden und zur Kolposkopie. Im Film selbst wurde erstmalig die nicht einfache Technik des intravaginalen Filmens festgehalten. Befunde, die sich

dem Untersucher makroskopisch als roter Fleck an der Portio anbieten, werden durch die Kolposkopie einer weiteren Klärung zugeführt. Aus der differentialdiagnostischen Untersuchungsmethode ergibt sich die Aufteilung des Befundmaterials im Film: Originäres Epithel, Ektopie, Umwandlungszone, Ektopie mit Umwandlungszone, Kolpitis, atypische Umwandlungszone und atypisches Epithel (Leukoplakie und Feiderung).

Es werden Methoden aufgezeigt, die sich zur besseren Kenntlichmachung und Abgrenzung des Befundes im kolposkopischen Bild eignen, weiterhin die Möglichkeit für eine konservative Therapie mit ALBOTHYL. Der Film soll auf die Notwendigkeit hinweisen, eine Erythroplakie, einen roten Fleck am Muttermund, abzuklären und dessen Sanierung im Sinne einer modernen Karzinom-Prophylaxe durchzuführen.

Vorführzeit: 25 Minuten (mit Vorführung der Diapositiv-Reihe). Die Filme sind abzufordern bei Firma Byk-Gulden, Lomberg, GmbH, Med. Wiss. Büro, München 19, Nördliche Auffahrtsallee 60.

Curt-Adam-Preis 1960

Der im Jahre 1956 anlässlich des 5. Deutschen Kongresses für ärztliche Fortbildung gestiftete Curt-Adam-Preis ist für das Jahr 1960 erneut ausgeschrieben worden, und zwar für die beste

Arbeit auf dem Gebiet der Geburtshilfe und Gynäkologie, die eine besondere wissenschaftliche Leistung darstellt und gleichzeitig den Gesichtspunkt der ärztlichen Fortbildung berücksichtigt.

Arbeiten, die im Jahre 1959 fertiggestellt oder veröffentlicht werden, können bis zum 31. Dezember 1959 zur Bewerbung um den Preis (in vierfacher Ausfertigung als Sonderdruck oder Manuskript) eingereicht werden an: Kongreßgesellschaft für ärztliche Fortbildung e. V., Berlin-Steglitz, Kiingsorstraße 21.

Durch den Barpreis von 2000,— DM soll vorwiegend ein Studienaufenthalt an einer deutschen oder ausländischen Klinik ermöglicht werden.

Preis Ausschreiben

Der Medizinischen Fakultät der Universität Erlangen sind Mittel zur Verfügung gestellt worden für Preisarbeiten

über den Problemkreis der Homosexualität aus medizinischer Sicht

Bisher unveröffentlichte wissenschaftliche Arbeiten, die mit Einzelpreisen bis zu 1000 DM ausgezeichnet werden können, sind bis spätestens 1. April 1960 an den Dekan der Medizinischen Fakultät Erlangen einzureichen. Teilnahmeberechtigt ist jeder immatrikulierte Student einer deutschen Hochschule sowie jeder in Deutschland wohnende, approbierte Arzt, im Ausnahmefall auch jeder andere deutsche Wissenschaftler mit abgeschlossener Hochschulbildung.

Redaktionstechnischer Hinweis

Infolge Platzmangels mußte der Umfang der Mitteilungen stark reduziert werden.

AUS DER FAKULTÄT

Dr. med. Rudolf Berchtold (wiss. Assistent an der Chirurg. Univ.-Klinik), ist mit M. E. Nr. V 65 581 vom 18. 8. 1959 zum Privatdozent für Chirurgie in der Medizin. Fakultät der Univ. München ernannt worden.

Der Privatdozent für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Dr. med. Gerhard Döring (wiss. Oberassistent an der I. Univ.-Frauenklinik), ist mit M. E. Nr. V 56 610 vom 30. 6. 59 zum außerplanmäßigen Professor in der Medizin. Fakultät der Univ. München ernannt worden.

Der Privatdozent für Chirurgie in der Medizin. Fakultät der Universität München, Dr. med. Walter Hartenbach (Oberarzt an der Chirurg. Univ.-Klinik), ist mit M. E. Nr. V 67 104 vom 5. 8. 1959 zum außerplanmäßigen Professor ernannt worden.

Der außerplanmäßige Professor und Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik München, Dr. Georg Heberer, wurde mit Wirkung vom 1. 7. 1959 auf den zweiten Chirurgischen Lehrstuhl der Universität Köln berufen.

MITTEILUNGEN

Der Präsident der Bayerischen Landesärztekammer,

Dr. H.-J. Sewering, nimmt an der II. Weltkonferenz für ärztliche Ausbildung in Chicago teil und wird dort ein Referat über Probleme der Facharztweiterbildung halten. Anschließend vertritt er als einer der deutschen Delegierten die deutsche Ärzteschaft auf der Generalversammlung des Weltärztebundes in Montral. (I. D. bay.)

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer tagte in Lübeck

Der Wissenschaftliche Beirat der Bundesärztekammer trat am 26. 6. 1959 unter Vorsitz von Professor Dr. Berthold Müller (Heldelberg) zu seiner 10. Sitzung zusammen und beriet die mit der Beimengung von Antibiotika in der Tierernährung zusammenhängenden Probleme für die Humanmedizin. Insbesondere wurden Fragen der Allergisierung der Bevölkerung und die Resistenzveränderungen von pathogenen und von lebensnotwendigen Bakterien für den menschlichen Organismus beraten. Hierbei konnten nach Referaten von dem Veterinärmediziner Professor Brügemann, dem Pharmakologen Professor Lendle, dem Kliniker Professor Bansl und dem Hygieniker und Bakteriologen Professor Knothe die bisher geäußerten Bedenken gegen die Beimengung von Antibiotika in der Tierernährung eingeschränkt werden. Die neuesten Ergebnisse der medizinischen Forschung auf diesem Gebiet haben gezeigt, daß die Verfütterung von Antibiotika bei Tieren, die für die menschliche Ernährung wichtig sind, keine schädliche Wirkung beim Verbraucher hervorrufen.

Die Vertreter von 25 führenden medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften berieten ferner Fragen des Bluttransfusionswesens und der international gebräuchlichen Nomenklaturen für Arzneimittel.

Eine Erhöhung der Versicherungspflicht von 660 DM auf 1250 DM strebt die Deutsche Angestellten-Gewerkschaft (DAG) an. Dann müßte fast jeder Angestellte in der Bundesrepublik in einer öffentlichen Krankenkasse versichert sein. (I. D. bay.)

Die Deutsche Schwesterngemeinschaft zu Anaesthesiefragen

Da es in Deutschland nicht genügend Anaesthetisten gibt, hat die Deutsche Schwesterngemeinschaft als Übergangslösung folgendes vorgeschlagen: 1. Zur Ausführung von Narkosen sollten Ärzte herangezogen werden. Stehen Anaesthetisten nicht zur Verfügung, so sind nicht Schwestern, sondern Assistenten (Assistentinnen) oder auch Internisten heranzuziehen. 2. Es sollte so oft wie irgend möglich geprüft werden, ob durch Anwendung von örtlicher Betäubung oder Leitungsanaesthetie eine Allgemeinnarkose umgangen werden kann. 3. In Notfällen können Schwestern zur Äthertropfnarkose oder Maskennarkose unter alleiniger, ausdrücklicher Verantwortung des Arztes herangezogen werden. 4. Bei Rektalnarkosen, soweit sie noch durchgeführt werden, muß die Schwester sich auf eine ausdrückliche schriftliche Dosierungsanweisung des Arztes stützen können. 5. Die Schwesternschaften können sich nicht damit einverstanden erklären, daß intravenöse Narkosen, Intubationsnarkosen oder Narkosen mit Curare-Mitteln von Schwestern ausgeführt werden. (I. D. bay.)

Schlichtung

der Angelegenheit von Herrn Prof. Dr. Forßmann

Die Ärztekammer Nordrhein hat in Erfüllung ihrer im Heilberufsgesetz vorgesehenen Aufgabe den Versuch einer Schlichtung in der Angelegenheit des Herrn Prof. Dr. Forßmann mit dem Evangelischen Krankenhaus Düsseldorf mit folgendem Ergebnis unternommen:

1. Die Ärztekammer stellt nach eingehender Überprüfung der Angelegenheit fest, daß sich dabei nichts ergeben

hat, das geeignet wäre, die ärztlich-fachliche Qualifikation des Herrn Prof. Dr. Forßmann als Leiter einer großen chirurgischen Abteilung in Zweifel zu ziehen.

2. Das Kuratorium des Evangelischen Krankenhauses sieht damit die in seinem Schreiben vom 26. Juni 1959 ausgesprochene vorsorgliche Kündigung des Vertragsverhältnisses im beiderseitigen Einvernehmen als erledigt an.
 3. Herr Prof. Dr. Forßmann erklärt, daß entgegen verschiedenen anderslautenden, von ihm nicht gebilligten Presseveröffentlichungen wesentliche Anregungen seiner Denkschrift vom 18. Januar 1958 erfüllt worden sind. Das Kuratorium wird auch in Zukunft allen berechtigten Anregungen im Rahmen der bestehenden finanziellen Möglichkeiten entsprechen.
 4. Allseits wird bedauert, daß durch die öffentliche Behandlung der Angelegenheit Mißverständnisse, Entstellungen und Schärfen entstanden sind. Auch die gegen das Kuratoriumsmitglied Frau Schröder erhobenen Vorwürfe haben sich als auf mißverständlichen Informationen beruhend und damit als gegenstandslos erwiesen.
 5. Die Ärztekammer wird in Zukunft allen ihr bekanntwerdenden herabsetzenden Äußerungen über das Evangelische Krankenhaus und die dort tätigen Ärzte im Rahmen der ihr gegebenen gesetzlichen Möglichkeiten, gegebenenfalls unter Einschaltung des Berufsgerichts, entgegnetreten und die Urheber unnachsichtlich zur Verantwortung ziehen.
 6. Die Vertragspartner versprechen sich loyale Zusammenarbeit. Sie sind sich darüber einig, daß angesichts der vorstehenden Regelung alle Schritte gegenüber Gerichten und Behörden entfallen.
- Düsseldorf, den 23. Juni 1959.
Für die Ärztekammer Nordrhein: I. V. gez. Dr. Roos.
Für das Kuratorium des Evangelischen Krankenhauses:
I. V. gez. Koslowsky.
Prof. Dr. Forßmann (gez. Forßmann).

Praktische Ärzte und Urlaubsvertretungen

Zu unserer Veröffentlichung in Heft 7/59 über „Praktische Ärzte und Urlaubsvertretungen“ erhalten wir von einem Kollegen aus Mittelfranken eine Zuschrift, der wir folgendes entnehmen:

„Es möge sich theoretisch die Zahl der Kollegen, die eine Vertretung übernehmen wollen, erhöht haben, praktisch ist es außerordentlich schwer, auf dem Lande eine für die Besonderheiten einer Landpraxis auch nur einigermaßen brauchbare Vertretung zu erhalten bzw. auf ein Angebot mit Erfolg jemand zur Vertretung in der Landpraxis zu gewinnen. Aus diesem Grunde pflegen wir uns in unserer Gegend schon seit Jahren turnusmäßig zu vertreten und zwar nicht nur im Urlaub, sondern auch im Sonntagsdienst und im Sommer sogar Mittwoch nachmittags. Obwohl wir selbstverständlich in jedem Kollegen auf Grund der derzeitigen Lage des Arztstandes einen Konkurrenten sehen müssen, läßt sich bei einigermaßen vernünftiger Einsicht die gegenseitige Vertretung ohne große Schwierigkeiten realisieren. Auf Grund unserer jahrelangen Erfahrungen können wir beurteilen, daß weder durch den Sonntagsdienst noch durch den Urlaub eine erkennbare Abwanderung der Patienten eingetreten ist. Sogenannte Wanderpatienten gibt es überall und sollten bei der Beurteilung der gegenseitigen Vertretung gar nicht zur Diskussion stehen. Wir pflegen unsere gegenseitige Vertretung so zu machen, daß der vertretende Kollege auf Formblatt 14 seine Leistungen genau so einträgt, als wäre es ein ordnungsgemäß bestellter nicht ortsansässiger Vertreter. Es verrechnet also die Leistungen der vertretene Kollege. Unter uns gleichen wir uns am Jahresende aus. Dabei stellt sich heraus, daß praktisch, von ganz geringen Ausnahme- oder Sonderfällen abgesehen, sich die jeweiligen Leistungen abgleichen.“



**Der ganze inländische
und ausländische
Büchermarkt**

steht Ihnen bei der Auswahl zur Verfügung, wenn Sie Ihre Bücher durch die

FACHBUCHHANDLUNG CARL GABLER

München 2, Kaufingerstr. 10, Telefon 5579 91

kaufen oder bestellen. Seit über 10 Jahren beliefern wir unseren großen Kundenkreis mit Büchern und Zeitschriften aus aller Welt.

Wir bedienen auch Sie zuverlässig und individuell; wir informieren Sie über Neuerscheinungen auf allen Fachgebieten und veranlassen Geschenksendungen und Abonnements. Verlangen Sie bitte die kostenlose Zusendung von Katalogen und Prospekten.

RECORSAN[®] RECORSAN-LIQUID
zur Crotoegus - Kombinationstherapie des Altersherzens
30 ccm lt. AT. DM 1,95 o.U.
RECORSAN-GMBH. APOTHEKER REINHARD & SOHN · MÜNCHEN · GRAFELFING



**In drei
Ärztegenerationen
bewährt!**

Leo-Pillen

Rein pflanzliches Laxans



LEO-WERKE · FRANKFURT/M

iii

Denken Sie bei Ihrer Geldanlage an den Kauf von Immobilienzertifikaten des

iii

iii-Fonds Nr. 1

iii

Sie werden dadurch Beteiligter an hochwertigen Geschäfts- und Wohnhäusern und deren Erträgen.

iii

Beratung und Verkauf durch die

iii

Bayerische Hypotheken- und Wechsel-Bank und die Bayerische Vereinsbank

iii

mit allen ihren Niederlassungen sowie über jede das Effektengeschäft betreibende Bank.

iii

Internationales Immobilien-Institut A.G. München, Salvatorstraße 3

iii

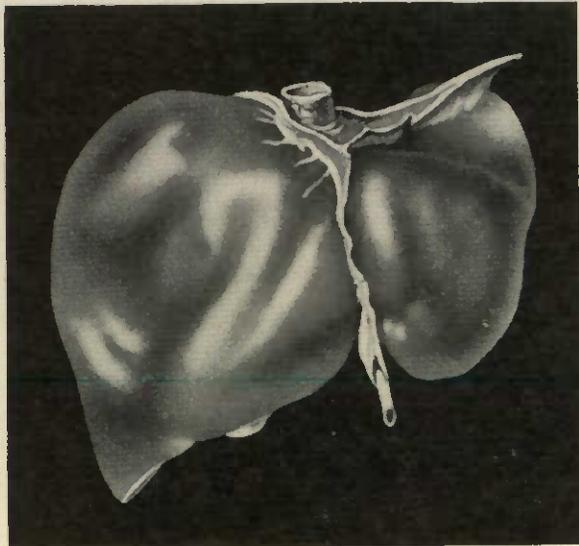


*Versorgungsversicherungen
für freie Berufe*

**BAYERISCHE BEAMTENVERSICHERUNGSANSTALT
ALLGEMEINER LEBENSVERSICHERUNGSVEREIN A.G. IN MÜNCHEN**

Für die Leber

HEPA-TISSAN ^{DMW}



C-W A 17/59

DRAGEES

COMPOSITUM-DRAGEES

SIRUP ^{SIMPLEX}
^{FORTE}
^{FORTE MIT CHOLIN}

**zur Wiederherstellung der Struktur
und Funktion der Leberzellen**

Drogees auch bei Eiweißmangel und negativer Stickstoffbilanz, zum Beispiel bei Behandlung mit Cortisonderivaten

Zusammensetzung

Biologisch vollwertiges Fermenthydrolysat aus Milcheiweiß, Hefe und Leber mit allen essentiellen Aminosäuren in unverändert natürlicher Form einschließlich der schwefelhaltigen Aminosäuren;
alle Vitamine des B-Komplexes, besonders B₁, B₂, PP und B₁₂, Vitamin C und Vitamin E, Purine und Cholin.
Sirup mit den Monosacchariden Dextrose und Löwulose.
Kochsalzfrei!

Packungen

Drogees 50, 150, 850 und 1000 Stück
Sirup 500 und 1000 Gramm



DEUTSCHE MILCHWERKE DR·A·SAUER ZWINGENBERG/BERGSTR

KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Das Regensburger Kollegium für Ärztliche Fortbildung veranstaltet im Auftrag der Bayerischen Landesärztekammer vom 15. bis 18. Oktober 1959 den
23. Fortbildungskurs für Ärzte in Regensburg

Kursleitung: Professor Dr. Dietrich J a h n , Nürnberg

Donnerstag, 15. Oktober 1959

Festvortrag

Professor Dr. Adolf Portmann, Basel
 „Der biologische Beitrag zu einem Bilde vom Menschen“

Freitag, 16. Oktober 1959

Hauptthema: „Anämien“

9.00— 9.30: Begrüßung

9.30—10.10: Dr. U. Haenel, I. Med. Abt. d. Städt. Krankenanst. Mannheim
 „Pathologische Morphologie der roten Blutbildung“

10.10—10.50: Prof. Dr. F. Jung, Dir. d. Inst. f. Pharmakologie und Toxikologie d. Humboldt-Univ. Berlin:

„Der normale und pathologische Haemoglobinstoffwechsel“

10.50—11.20: Pause

11.20—12.00: Prof. Dr. K. Betke, Univ.-Kinderklinik Freiburg i. Br.:
 „Anämien des Kindesalters und ihre Behandlung“

12.00—13.00: Prof. Dr. Dr. h. c. L. Heilmeyer, Dir. d. Med. Univ.-Klinik Freiburg i. Br.:
 „Klinik der Eisenstoffwechselstörungen“

13.00—15.00: Pause

15.00—15.40: Prof. Dr. H. E. Bock, Dir. d. Med. Univ.-Klinik Marburg/Lahn:
 „Fortschritte in der Erkennung und Behandlung megaloblastärer Anämien“

15.40—16.20: Doz. Dr. H. Schubothe, Med. Univ.-Klinik Freiburg i. Br.:
 „Pathogenese, Differentialdiagnose und Therapie erworbener, immunhaemolytischer Erkrankungen“

16.20—17.00: Doz. Dr. C. Gasser, Zürich:
 „Konstitutionelle haemolytische Anämien in Symptomatik und Therapie“

17.00—17.30: Pause

17.30—18.10: Prof. Dr. H. Begemann, Med. Univ.-Klinik Freiburg i. Br.:
 „Ursache und Therapie der aplastischen Anämien“

18.10—18.50: Prof. Dr. F. Heni, Med. Univ.-Klinik und Poliklinik Tübingen:

„Krankheitsbilder endokriner Anämien“

Samstag, 17. Oktober 1959

Hauptthema: „Autoantikörper“

9.00— 9.40: Prof. Dr. H. O. Vorlaender, Med. Univ.-Klinik für Innere- und Nervenkrankheiten Bonn:

„Die Entwicklung der Lehre der Autoantikörper und ihre klinische Bedeutung“

9.40—10.20: Prof. Dr. E. Letterer, Dir. d. Pathol. Inst. d. Univ. Tübingen:
 „Das pathologisch-anatomische Bild allergischer Vorgänge“

10.20—11.00: Doz. Dr. P. Klein, Inst. f. Hygiene u. Mikrobiologie der Medizinischen Akademie Düsseldorf:
 „Über die Rolle des Komplements bei der Allergie“

11.00—11.30: Pause

11.30—12.10: Doz. Dr. P. Miescher, Med. Univ.-Poliklinik Basel:
 „Klinische Symptomatik und Therapie der Autoantikörperwirkungen im Blut“

12.10—12.50: Prof. Dr. F. Dittmar, Chefarzt i. d. Weserberglandklinik Höxter/Weser:
 „Autoallergisierungen durch Fokalinfektionen, ihre Symptomatik und Therapie“

12.50—15.00: Pause

15.00—15.40: Dr. med. habil. M. Werner, Lehrbeauftragter f. Allergische Krankheiten a. d. Univ. Kiel, Chefarzt d. Med. Abt. d. Kreiskrankenhauses Pinneberg (Schleswig-Holst.):
 „Über die pathologisch-physiologischen Grundlagen allergischer Organreaktionen und autoallergischer Vorgänge“

15.40—16.20: Priv.-Doz. Dr. Pfeiffer, I. Med. Klinik d. Univ. Frankfurt/M.:
 „Klinische und experimentelle Beiträge zum Problem der Autoantikörper unter besonderer Berücksichtigung von Niere und Auge“

16.20—16.50: Pause

16.50—17.30: Prof. Dr. F. Scheiffarth, Med. Univ.-Klinik Erlangen:
 „Die Rolle der Autoantikörper bei rheumatischen Erkrankungen“

17.30—18.10: Prof. Dr. F. E. Schmengler, Chefarzt der Inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses Bad Reichenhall:
 „Autoantikörper in der Genese der Lebererkrankungen“

Sonntag, 18. Oktober 1959

Hauptthema: „Elektrolytstoffwechsel“

9.00— 9.40: Prof. Dr. W. Wilbrandt, Dir. d. Pharmakol. Inst. d. Univ. Bern:
 „Die Elektrolytverteilung und ihre Ab-

EUSEDON

Neurosedativum



In umfangreichen pharmakolog. Testreihen eingestellt
 auf
 ausgewogen-harmonischen Wirkungs-
 charakter u. hohen Verträglichkeitsindex

- 1) Angenehme Nervenberuhigung (bei Tagesdosierung)
- 2) Erquickender Schlaf (bei Nachdosierung)

KREWEL-WERKE, Eitorf b. Köln

Die Medizinische Fakultät der Universität München hat Dr. Knecevic, Privatdozent für Pathologische Anatomie der Universität Zagreb, die venia legendi für das Gebiet „Allgemeine und Pathologische Anatomie“ verliehen.

Dr. med. Clemens Otto Netzer (wissenschaftl. Assistent an der Chirurg. Poliklinik), ist mit M. E. Nr. V 71 009 vom 19. 8. 1959 zum Privatdozent für Chirurgie in der Medizin. Fakultät der Univ. München ernannt worden.

PERSONALIA

Der Ordinarius für Zahnheilkunde und Direktor der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität München, Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Josef Helss, wurde von der Società Italiana di Odontostomatologia e Chirurgia Maxillo-Facciale zum Ehrenmitglied ernannt.

Auf dem in der Zeit vom 3. bis 5. 7. 1959 in Köln abgehaltenen Kongreß der Union Internationale de la Presse Médicale, dessen Leitung in Händen des Hauptschriftleiters der Münchener Medizinischen Wochenschrift, Dr. Hans Spatz, München, lag, wurde Dr. Spatz zum Vizepräsidenten der Union Internationale de la Presse Médicale gewählt.

Professor Dr. Alois Scheicher, leitender Arzt des Krankenhauses des III. Ordens, München-Nymphenburg, wurde mit dem Bayerischen Verdienstorden ausgezeichnet.

Auf der 36. Tagung der Bayerischen Chirurgen-Vereinigung wurden zu Ehrenmitgliedern gewählt: Professor Dr. A. Scheicher, Honorarprofessor für Chirurgie, München, Professor Dr. L. Schönbauer, ordentlicher Professor für Chirurgie, Wien, und Professor Dr. Dr. med. h. c. A. Stleda, em. Professor mit vollem Lehrauftrag für Chirurgie an der Universität Halle, jetzt Holz am Tegernsee.

Gelegentlich des letzten internationalen Lehrganges für praktische Medizin in Grado wurde dem Präsidenten des Deutschen Senats für ärztliche Fortbildung, Professor Dr. Schretzenmayr, Augsburg, von der italienischen Regierung das Croce di Cavallere al Merito della Repubblica (Ritterkreuz der Republik für Verdienste) verliehen.

Am 24. 9. 1959 begeht Sanitätsrat Dr. med. Hans Wolf in Greiding/Mfr. seinen 90. Geburtstag. In staunenswerter körperlicher und geistiger Frische kann der Jubilar mit Stolz und Befriedigung auf ein mehr als 50jähriges erfolgreiches und segensreiches Wirken in dem kleinen mittelfränkischen Städtchen zurückblicken, das ihm schon vor Jahren als Zeichen der allgemeinen Hochschätzung die Ehrenbürger-Urkunde verliehen hat. Der Bayerische Rundfunk würdigte in zwei Sendungen seine aufopferungsvolle Lebensarbeit, während der er eine ganze Epoche der medizinischen Entwicklung als praktischer Arzt und Landarzt miterleben konnte. Als ehem. bezirksärztlicher Stellvertreter und als Gründungsmitglied des Hartmannbundes hat Kollege Dr. Wolf den standespolitischen Fragen immer größtes Interesse entgegengebracht. Ad plurimos annos!

Fortbildungsveranstaltungen in Bayern

veranstaltet von — oder im Auftrag — der Bayerischen Landesärztekammer

26.—27. September in Augsburg: 24. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“.

Leitung: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg, Schaezlerstraße 19.

Thema: Sexualpathologische Probleme in der Praxis.

15.—18. Oktober in Regensburg: 23. Fortbildungskurs des „Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung“.

Leitung: Prof. Dr. Dietrich Jahn, Regensburg, Altes Rathaus.

Thema: Anämien, Autoantikörper, Elektrolytstoffwechsel.

13.—15. November in Nürnberg: 10. Wissenschaftliche Ärztagung.

Leitung: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, Flurstraße 17.

Thema: Neueste Therapie in der Praxis.

1960:

25.—27. März in Augsburg: 25. Vortragsreihe der „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“.

Leitung: Prof. Dr. Schretzenmayr, Augsburg, Schaezlerstraße 19.

Thema: Das Carcinom aus der Sicht der Praxis, der Klinik und der Forschung.

IN MEMORIAM

Dr. med. Kunz Riefler, Facharzt für Hals, Kehlkopf, Nase und Ohren und Chefarzt der Privatklinik Dr. K. Riefler in München, ist am 18. 7. 1959 kurz vor Vollendung seines 74. Lebensjahres gestorben.

In memoriam Professor Dr. Max Nonne

Im patriarchalischen Alter von 99 Jahren verstarb am 12. August in Hamburg der Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft, Professor Dr. Max Nonne, em. o. Professor für Neurologie der Universität Hamburg. Nonne ist nicht nur einer der großen Begründer der deutschen Organneurologie, auch die Psychiatrie verdankt ihm neue wertvolle Erkenntnisse und Therapiemethoden. Wohl am bekanntesten ist sein Standardwerk über „Syphilis und Nervensystem“. In bewundernswerter geistiger Frische hat er noch im höchsten Alter seiner Wissenschaft gelebt, und unvergeßlich ist allen Teilnehmern des Lindauer Ärztesages im Jahre 1953 die geist- und humorvolle Rede, mit der er die Ehrung der ihm überreichten Paracelsus-Medaille entgegennahm.

Resedorm

Bromfreies, mehrschichtig wirkendes
NERVINUM · SEDATIVUM · HYPNOTIKUM
125 ccm DM 1.55

PAUL LAPPE
CHEM. PHARM. FABRIK
BENSBERG-KÖLN

- 11.10—11.40: Primarius Dr. J. Kretz,
Wien I, Universitätsstraße 11:
„Erfahrungen mit der internistischen Krebs-
behandlung“
- 11.40—12.10: Prof. Dr. A. Pillat,
Vorstand der I. Augenklinik der Univ. Wien:
„Was leistet die Chemotherapie bei Tumoren
des äußeren Auges?“
- 12.10—12.30: Prof. Dr. K. Podleschka,
Vorstand der Frauenklinik der Städtischen
Krankenanstalten Nürnberg:
„Der Nasen-Syntocinonspray als Behandlung
der schwer gehenden Brust und der
Stauungsmastitis“
- 12.30—12.50: Doz. Dr. K. H. Hackethal,
Chirurgische Univ.-Klinik Erlangen:
„Ärztliche Erstversorgung am Unfallort“
- 12.50:
Diskussion
Mittagspause (Restaurant im Hause)
- 15.00 s. t.: Beginn
- 15.00—15.40: Prof. Dr. H. Gros,
Med. Klinik der Johannes-Gutenberg-
Universität Mainz:
„Der derzeitige Stand der Therapie akuter
und chronischer Leberkrankheiten“
- 15.40—16.10: Prof. Dr. H. Franke,
Vorstand der Chirurgischen Klinik der Städt.
Krankenanstalten Nürnberg:
„Das verschleppte Gallensteinleiden und seine
chirurgische Behandlung“
- 16.10—16.40: Pause
- 16.40—17.10: Prof. Dr. A. Oberriedermayr,
Chefarzt der Chirurgischen und Orthopädi-
schen Abteilung der Kinderklinik der Uni-
versität München:
„Akute chirurgische Bauchkrankungen im
Säuglings- und Kleinkinderalter“
- 17.10—17.40: Doz. Dr. P. Biesalski,
Univ.-Hals-Nasen-Ohren-Klinik Mainz:
„Aktuelle Fragen zur Klinik der Tonsillen-
erkrankungen im Kindesalter“
- 17.40:
Diskussion
Filmvorführung „Hypertension“
(Pfizer G.m.b.H., Karlsruhe)
- Sonntag, 15. November 1959
- 9.00 s. t.: Beginn der Tagung
- 9.00—9.40: Doz. Dr. F. Loogen,
I. Med. Klinik der Med. Akademie Düsseldorf:
„Die Diagnostik intracardialer Defekte und
ihre Operationsindikation“
- 9.40—10.10: Prof. Dr. H. Vieten,
Direktor des Institutes und der Klinik für
Med. Strahlenkunde der Med. Akademie
Düsseldorf:
„Möglichkeiten und Probleme der Röntgen-
untersuchung des Herzens und der großen
Gefäße“
- 10.10—10.40: Pause
- 10.40—11.30: Prof. Dr. E. Derra,
Direktor der Chirurgischen Klinik der Med.
Akademie Düsseldorf:
„Möglichkeiten der operativen Korrektur
intracardialer Herzfehler mittels der Hypo-
thermie und der Herz-Lungen-Maschine und
ihre Ergebnisse“
- 11.30—12.00: Doz. Dr. B. Löhr,
Chirurgische Klinik der Med. Akademie
Düsseldorf:
„Die Herz-Lungen-Maschine im klinischen
Betrieb“
- 12.00—12.30: Prof. Dr. Th. Hockerts,
Univ.-Kinderklinik Würzburg:
„Das kindliche Herz“
- 12.30:
Diskussion
Filmvorführung:
„Die Katheterisierung des rechten Herzens“
(C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H.,
Mannheim)

Anfragen sind zu richten an den Leiter der Tagung:
Prof. Dr. Meythaler, städt. Krankenanstalten Nürn-
berg, Flurstraße 17.

Deutsche Gesellschaft für Dokumentation

Am 22. und 23. Oktober 1959 findet in Berlin im Westend-
Krankenhaus die 6. öffentliche Tagung des Arbeitsaus-
schusses Medizin und der Arbeitskreise Innere Medizin,
Chirurgie, Augenheilkunde und der HNO-Heilkunde der
Deutschen Gesellschaft für Dokumentation statt.

Unter anderem werden behandelt: Der Primat der
Fragestellung für eine wissenschaftlich nutzbare Doku-
mentation. Das Wahrheitsproblem in der Medizin. Die
automatisierte Kausalanalyse mit der IBM 650. Trenn-
schärfenanalyse an Symptomen mit der IBM 704. Der ali-
gemeine deutsche Krankenblattkopf. Medizinische Litera-
tur in der UdSSR., Fragen der Bilddokumentation, der
Publikationstechnik u. a. m.

Näheres: Dr. O. Nacke, Bielefeld, Stapenhorststr. 62.

Bund der Deutschen Medizinalbeamten

Der Bund der Deutschen Medizinalbeamten veranstaltet
seine nächste Fortbildungstagung in der Zeit vom 22. bis
24. Oktober in München. Das Programm sieht u. a. einen
Besuch der Sanitäts-Truppschule und eine Besichtigung
des Atomreaktors vor.

Auskunft: ORMR Dr. Pucher, München 8, Hochstr. 65.

Bayerische Röntgenvereinigung e. V.

Die Tagung der Bayerischen Röntgenvereinigung findet
am 24./25. Oktober 1959 in Würzburg statt.

Anfragen: Oberarzt Dr. Alt, München, Krankenhaus
r. d. I., Ismaninger Str. 22, Röntgenabteilung.

Der IV. Kongreß der Deutschen Zentrale für Volks- gesundheitspflege e. V.

findet am 29. und 30. 10. 1959 in der Johann-Wolfgang-
Goethe-Universität in Frankfurt/Main, Mertonstr. 17—25,
statt. Im Rahmen des Gesamthemas: „Probleme der
Jugendgesundheit“ wird auch der Präsident der Bayeri-
schen Landesärztekammer H. J. Sewering, München, spre-
chen über: „Mitwirkung des praktischen Arztes im Rah-
men der pränatalen Vorsorge.“

19. Deutsche Sportärztekongreß

(in Verbindung mit der Tagung der Deutschen Gesell-
schaft zur Förderung der Rehabilitationsmedizin e. V.)
findet am 29. 10. bis 1. 11. 1959 in Nürnberg statt. Inter-
essenten wenden sich an das Amtliche Bayerische Reise-
büro, Nürnberg, Hauptbahnhof.

Der 10. Einführungskurs über die wichtigsten Tropen- krankheiten

des Institutes für Infektions- und Tropenmedizin
der Universität München, findet in der Zeit vom
2. 11. bis 7. 11. 1959 statt. Kursgebühr für Ärzte und Tier-
ärzte: DM 60.—, für Studierende DM 30.—.

Anmeldung bis 15. 10. 1959 erbeten an: Prof. Dr. A.
Herrlich, Institut für Infektions- und Tropenmedizin der
Universität München, München 9, Am Neudeck 1 (Bayer.
Landesimpfanstalt).

KONGRESSKALENDER

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

INLAND

Oktober:

- 1.—3. 10 in Lindau/Bodensee: Gemeinsame Tagung der Schwei-
zerischen, Österreichischen und Bayerischen Gesell-
schaft für Geburtshilfe und Gynaekologie. Auskunft:
Dozent Dr. J. Breitner, I. Universitäts-Frauenklinik
München, München 15, Malstraße 11.
- 2.—4. 10. in Wiesbaden: 2. Internationaler Kongreß für Zellular-
therapie der Deutschen Gesellschaft für Zellular-
therapie. Auskunft: Dr. Thomae, Frankfurt a. M.,
Lillencronstr. 23.

- hängigkeit von Zellpermeabilität und Transportsystemen
- 9.40—10.20: Prof. Dr. W. Hadorn,
Dir. d. Med. Klinik d. Univ. Bern:
„Probleme des Kaliumhaushaltes
in der Praxis“
- 10.20—11.00: Prof. Dr. H. Jesserer,
Med. Univ.-Klinik Wien:
„Der Calciumhaushalt in seiner Beziehung
zu praktisch wichtigen Krankheitsbildern“
- 11.00—11.30: Pause
- 11.30—12.10: Dr. Koczorek,
I. Med. Univ.-Klinik München:
„Der Natriumstoffwechsel und die Bedeutung
des Aldosterons für den Wasser-Salzhaushalt
des Körpers“
- 12.10—12.50: Prof. Dr. H. Schwlegk,
Dir. d. I. Med. Univ.-Klinik München:
„Fortschritte in der Therapie des cardialen
Oedems, Indikationen und Wirkungen neuer
Diuretica“
- 12.50—15.00: Pause
- 15.00—15.40: Prof. Dr. H. Heusser,
Chefarzt d. II. Chir. Abt. des Bürgerspitals
Basel:
„Die Bedeutung des Wasser-Elektrolythaus-
haltes bei der Frühbehandlung des Schocks“
- 15.40—16.10: Pause
- 16.10—16.50: Prof. Dr. H. Hungerland,
Dir. d. Kinderklinik u. Kinderpoliklinik der
Univ. Bonn:
„Erkennung und Behandlung der Störungen
des Wasser-Elektrolythaushaltes beim Kind“
- 16.50—17.30: Prof. Dr. H. Baur,
Chefarzt d. 2. Med. Klinik d. Städt. Kranken-
hauses r. d. Isar München:
„Niereninsuffizienz und Elektrolythaushalt in
Diagnostik und Therapie“
- Jeweils anschließend Diskussion und Beantwortung der
eingegangenen Fragen zum Thema des Tages.
- Anfragen und Anmeldungen nimmt das Sekretariat der
ärztlichen Fortbildungskurse, Regensburg, Altes Rathaus,
entgegen. Telefon: Regensburg 2 36 51.
- 10. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg**
veranstaltet von der Bayerischen Landesärztekammer
unter der Leitung von Prof. Dr. F. Meythaler
vom 13.—15. November im Messehaus der Stadt Nürnberg
am Stadtpark
- Thema der Tagung: „Neueste Therapie für die Praxis“
- Freitag, 13. November 1959
- 9.30 s. t.: Beginn der Tagung
- 9.30—10.00: Eröffnung der Tagung
- 10.00—10.40: Prof. Dr. H. Franke,
Vorstand d. Med. Univ.-Poliklinik Würzburg:
„Zum Problem der Kombinationskrankheiten“
- 10.40—11.10: Pause zum Besuch der pharmazeutischen und
medizinisch-technischen Industrie-Ausstel-
lung (Restaurant im Hause)
- 11.10—11.50: Prof. Dr. H. Ley,
II. Med. Klinik der Universität München:
„Therapie der Herzinsuffizienz unter beson-
derer Berücksichtigung der Ödembehandlung“
- 11.50—12.30: Prof. Dr. B. Schuler,
Leitender Arzt des Landesbades Aachen:
„Die Behandlung der entzündlichen rheuma-
tischen Erkrankungen“
- 12.30: Diskussion
Mittagspause (Restaurant im Hause)
- 15.00 s. t.: Beginn
- 15.00—15.40: Dr. G. R. Constam,
Leiter der Diabetiker-Beratungsstelle der
Med. Univ.-Poliklinik Zürich:
„Die Sulfonylharnstofftherapie des Diabetes“
- 15.40—16.10: Prof. Dr. H. Krainick,
Univ.-Kinderklinik Freiburg i. Br.:
„Die therapeutische Kontrolle des kindlichen
Diabetes“
- 16.10—16.20: Dr. A. Rosenkranz,
Univ.-Kinderklinik Wien:
„Erfahrungen über die Betreuung diabeti-
scher Kinder im Ferienlager“
- 16.20—17.00: Pause
- 17.00—17.30: Prof. Dr. G. Mohnike,
I. Med. Klinik der Humboldt-Universität
Berlin:
„Über die Behandlung der diabetischen
Angiopathie“
- 17.30—17.50: Doz. Dr. A. Kaeding,
Med. Univ.-Poliklinik Rostock:
„Über die Häufigkeit des Herzinfarktes beim
Diabetes mellitus“
- 17.50: Diskussion
Filmvorführungen
„Der alte Mensch“ und „Synthetischer Ersatz
der Aortenbifurkation“
(E. Merck A.-G. Darmstadt)
„Megaphen-Film“
(Farbenfabriken Bayer A.-G., Leverkusen)
- Samstag, 14. November 1959
- 9.00 s. t.: Beginn der Tagung
- 9.00— 9.40: Prof. Dr. G. Domagk,
Farbenfabriken Bayer, Wuppertal-Elberfeld:
„Neue Erkenntnisse auf dem Gebiete der
Cytostatica“
- 9.40—10.20: Doz. Dr. A. Linke,
Med. Univ.-Klinik Heidelberg:
„Die medikamentöse Behandlung von Haemo-
blastosen und malignen Tumoren“
- 10.20—10.40: Filmvorführung
„Experimentelle Krebsforschung“
(Farbenfabriken Bayer A.-G., Leverkusen)
- 10.40—11.10: Pause

B12

ANKERMANN

ANKERMANN & CO.

FRIESOYTHE (OLDB.)


Injektionen · Tropfen

Indikationstabelle auf Anforderung

RECHTS- UND STEUERFRAGEN

Heilmittelwerbung

Der Bundesgerichtshof hatte bereits in mehreren Urteilen entschieden, daß die Polizeiverordnung über die Werbung auf dem Gebiete des Heilwesens aus dem Jahre 1941, die sogenannte Heilmittel-Verordnung, zumindest in einzelnen Vorschriften geltendes Recht ist, das dem Grundgesetz nicht widerspricht. Nunmehr hat auch das Bundesverfassungsgericht auf Grund einer Verfassungsbeschwerde durch Beschluß vom 17. März 1959 entschieden, daß § 5 dieser Verordnung — wonach Laienwerbung für bestimmte Heilmittel verboten ist, so daß für sie also nur in Fachkreisen geworben werden darf — geltendes Recht ist. Nach Auffassung des Gerichtes verstößt die Bestimmung weder gegen das Grundgesetz noch gegen die Gewerbeordnung; sie ist auch weder durch Besatzungsrecht noch durch Gewohnheitsrecht aufgehoben worden.

Versicherungspflicht eines Arztvertreters

In zwei Grundsatzentscheidungen hat das Bundessozialgericht den Vertreter eines freiberuflich tätigen Arztes bzw. Zahnarztes während eines Urlaubs oder während einer (selbst länger dauernden) Krankheit — auch wenn dieser Kassenarzt bzw. Kassenzahnarzt ist — als nicht versicherungspflichtig erklärt, da er keine persönlich abhängige Beschäftigung ausübe. Diese Auffassung wird entsprechend auch auf Vertreter in anderen freien Berufen anzuwenden sein.

Aus Urteilen der Berufsgerichte

Dr. X-Y hat sich einer Berufsverletzung schuldig gemacht dadurch, daß er seinen Beruf nicht gewissenhaft ausübte und auf seinem Praxisschild unzulässige Zusätze führte. (Verweis und Geldbuße von 500 DM.) Dr. X-Y wurde von einem Gericht wegen eines Vergehens der einfachen Körperverletzung, eines fortgesetzten Vergehens der einfachen Körperverletzung, eines fortgesetzten Vergehens des Betrugs und mehrerer fortgesetzter Vergehens gegen das Opiumgesetz zu Geldstrafen von 100, 500, 1500 und 1000 DM verurteilt.

Aus der Begründung:

Die Aburteilung durch das Strafgericht hindert nicht die Durchführung eines berufsgerichtlichen Verfahrens wegen des gleichen Sachverhalts. Strafverfahren und berufsgerichtliches Verfahren verfolgen verschiedene Zwecke. Das strafrechtliche Verfahren dient dem Schutze der Allgemeinheit gegen die Verletzung gewisser Rechtsgüter, das berufsgerichtliche Verfahren der Aufrechterhaltung der Ordnung und einer hochstehenden Berufsauffassung innerhalb des ärztlichen Standes.

Dem Urteil lag folgender Sachverhalt zugrunde:

1. Der Beschuldigte entfernte einem Patienten, der an einer Hodenentzündung litt, den einen Hoden ohne dessen Einwilligung. Eine histologische Untersuchung des entfernten Organs fand nicht statt. Der ärztliche Eingriff führte zu keinen nachteiligen Folgen für den Patienten. Sein Allgemeinbefinden besserte sich. Er billigte nachträglich die Operation. Es ist davon auszugehen, daß auch ein Eingriff lege artis zu Heilzwecken der Billigung des Patienten bedarf. Eine ausdrückliche oder mutmaßliche Einwilligung liegt hier nicht vor. Ein allgemeines Berufsrecht des Arztes, das ihn zu Eingriffen schlechthin berechtigt, gibt es nicht. Der Beschuldigte, der bereits vor der Operation die Notwendigkeit des Eingriffs erkannt haben will, hätte als gewissenhafter Arzt den Patienten unter Vorstellung aller Gründe und Gegenstände auf die Dringlichkeit eines Eingriffs hinweisen müssen. Daß er dies unterließ und sich über die Entscheidungsfreiheit des Patienten hinwegsetzte, begründet sein standeswidriges Verhalten. Die nachträgliche Einwilligung des Patienten kann die Standesunwürdigkeit nicht beseitigen.

2. Das fortgesetzte Vergehen des Betrugs bestand darin, daß Dr. X-Y Leistungen verrechnete, die er überhaupt nicht erbracht hatte.

3. Der Beschuldigte bezog Opiate für sich selbst auf falsche Rezepte in einer Reihe von Fällen.

4. Der Beschuldigte bezeichnet sich mindestens seit 1953 auf einem Schild an seiner Wohnung als Facharzt für Urologie und urologische Chirurgie. Seit 1956 fügte er außerdem den Zusatz „Röntgen“ an, obwohl er durch die Berufsvertretung in vier Schreiben auf die Unzulässigkeit der Bezeichnung Facharzt für urologische Chirurgie und Röntgen hingewiesen wurde, änderte er sein Verhalten nicht und führte die Bezeichnungen weiter.

Außer der Bestrafung durch Gericht und Berufsgericht wurde dem Beschuldigten die Zulassung zu den Kassen entzogen.

AMTLICHES

Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst

Das Bayer. Staatsministerium des Innern wird in der Zeit vom 4. November 1959 bis 27. Februar 1960 in München einen Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst abhalten. Zu diesem Lehrgang können 30 Teilnehmer zugelassen werden. Die Teilnahme am Lehrgang ist Voraussetzung der Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst (Bekanntmachung des Bayer. Landespersonalamtes vom 21. 12. 1951 über Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst — BayBSVI I S. 225 —). Ärzte, die an dem Lehrgang teilnehmen wollen, haben ihr Gesuch bis spätestens 10. Oktober 1959 beim Bayer. Staatsministerium des Innern, München, Odeonsplatz 3, einzureichen.

Die Voraussetzungen zur Teilnahme an dem Lehrgang sind:

1. die medizinische Doktorwürde, die an einer Universität des Bundesgebietes oder vor dem 8. Mai 1945 an einer Universität des ehemaligen Reichsgebietes erworben worden sein muß,
2. eine Tätigkeit von mindestens 3 Jahren nach der Approbation als Arzt,
3. eine Tätigkeit von mindestens je 3 Monaten als Arzt an einer Anstalt für Geisteskranke und als Arzt oder Medizinalassistent an einem Gesundheitsamt.

Der Bewerbung sind folgende Unterlagen beizufügen:

1. Die Approbation als Arzt in Urschrift; für volksdeutsche Flüchtlinge gilt § 92 des Bundesvertriebenengesetzes,
2. das Doktordiplom der medizinischen Fakultät einer deutschen Universität in Urschrift oder amtlich beglaubigter Abschrift; für volksdeutsche Flüchtlinge gilt die Entschl. des Bayer. Staatsministeriums für Unterricht und Kultus über Vollzug des Flüchtlingsgesetzes; hier Anerkennung ausländischer akademischer Grade vom 19. Oktober 1948 (BayBSVK I S. 320),
3. ein Nachweis über die bisherige ärztliche Tätigkeit,
4. der Ausweis über den Besitz der deutschen Staatsangehörigkeit,
5. der Spruchkammerbescheid in amtlich beglaubigter Abschrift.

Die Lehrgangsgebühr beträgt DM 150.—; sie ist nach Zulassung zum Lehrgang an die Staatsoberkasse München, Postscheck-Konto München Nr. 9430 einzuzahlen. Unterkunft kann nicht gestellt werden.

Die Teilnahme am Lehrgang und das Bestehen der Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst begründen keinen Rechtsanspruch auf Anstellung im Staatsdienst.

Für die Meldung zur Prüfung für den öffentlichen Gesundheitsdienst gilt Abschnitt B der Bekanntmachung des Bayer. Landespersonalamtes vom 21. 12. 1951 betreffend Lehrgang, Prüfung und laufende Beurteilung für die Anstellung als Arzt im öffentlichen Gesundheitsdienst (BayBSVI I S. 225).

I A gez. Dr. Mayer, Ministerialdirigent

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:
 Klinge, München 23
 Klinge, München 23
 Farmaroy-Arzneimittel, Berlin
 Dr. Rudolf Reiss, Berlin-West
 „Steigerwald“ Arzneimittelwerk GmbH., Darmstadt
 Spezialchemie GmbH., Berlin SO 36

- 2.—4. 10. in Karlsruhe: 15. Tagung der Studiengesellschaft für praktische Psychologie e. V.
Thema: „Der familienlose Mensch“. Auskunft: Geschäftsstelle der Studiengesellschaft f. prakt. Psychologie e. V., Köln-Klettenberg, Siebengebirgsallee 189.
- 3.—4. 10. in Bad Homburg v. d. H.: Fortbildungstagung „Therapie über das Nervensystem“. Auskunft: Krankenhaus Maingau, Frankfurt a. M., Blebergasse 1.
- 7.—11. 10. in Konstanz und Zürich: 5. Internationaler Vitalstoff- und Ernährungskonvent. Auskunft: Internationale Gesellschaft für Nahrungs- und Vitastoff-Forschung e. V.,
- 6.—10. 10. in Bad Lippspringe: 7. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Allergieforschung. Auskunft: Kurverwaltung Bad Lippspringe.
- 9.—11. 10. in Bad Reichenhall: 12. Bayerischer Ärztetag.
- 13.—18. 10. in Baden-Baden: Jahreshauptversammlung des Verbandes der Ärzte Deutschlands e. V. Auskunft: Verband der Ärzte Deutschlands e. V., Frankfurt/Main, Niedenau 69.
- 14.—17. 10. in Kassel: 20. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. Vorsitz: Prof. Dr. H. Kalk, Kassel. Auskunft: Prof. Dr. H. Kalk, Kassel, Stadtkrankenhaus Möncheberg.
- 15.—18. 10. in Regensburg: 23. Fortbildungskurs des „Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung“. Auskunft: Sekretariat des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung, Regensburg, Altes Rathaus, Zimmer 5a.
- 18.—21. 10. in Freiburg: 9. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Elektronenmikroskopie e. V. Auskunft: Dr. H. Kehler, p. Adr. Farbwerke Hoechst A.G., Frankfurt/Main-Höchst.
- 19.—24. 10. in Bad Lauterberg/Harz: 13. Ärztlicher Fortbildungslehrgang des Kneippärztebundes e. V., Bad Wörishofen: Thema: Physikalische Medizin und naturgemäße Heilweisen in Klinik und Praxis. Auskunft: Kneippärztebund e. V. Bad Wörishofen, Bezirksgruppe Norddeutschland, Hannover, Jordanstraße 17.
20. 10. in Frankfurt: Kongreß der Deutschen Gesellschaft für ästhetische Chirurgie und medizinische Kosmetik. Auskunft: Dr. Nuernbergk, Frankfurt/M., Rathenauplatz 1.
- 20.—24. 10. in Gießen: IX. Hochschulkurs in Radiologie, „Strahlenbiologie und Strahlentherapie“. Auskunft: Prof. Dr. Gg. Herzog, Gießen, Pathologisches Institut der Universität, Klinikstraße 32 G.
- 22.—23. 10. in Berlin: 6. öffentliche Tagung des Arbeitsausschusses Medizin und der Arbeitskreise Innere Medizin, Chirurgie, Augenheilkunde und der HNO-Heilkunde der Deutschen Gesellschaft für Dokumentation. Auskunft: Dr. O. Nacke, Bielefeld, Stapenhorststraße 62.
- 22.—24. 10. in Freiburg: 7. Symposium an der Medizinischen Universitäts-Klinik, zugleich Symposium der Gesellschaft Deutscher Haematologen. Auskunft: Professor Dr. Dr. h. c. L. Hellmeyer, Direktor der Medizinischen Universitäts-Klinik, Freiburg, Hugstetter Straße 55.
- 22.—24. 10. in München: Fortbildungstagung des Bundes der Deutschen Medizinalbeamten. Auskunft: ORMR Dr. Pucher, München 3, Hochstraße 65.
- 22.—25. 10. in Münster/Westf.: Arbeitstagung der Deutschen Gesellschaft für Arzneipflanzenforschung. Auskunft: Dr. H. Tombergs, Münster/Westf., Wlenburgstraße 17.
- 24.—25. 10. in Würzburg: Tagung der Bayerischen Röntgenvereinigung. Auskunft: Oberarzt Dr. Alt, München, Städt. Krankenhaus r. d. I., Röntgenabteilung, Ismaninger Straße 22.
- 24.—26. 10. in Erlangen: 5. EKG-Fortbildungskurs. Leitung: Prof. Dr. C. Korth. Auskunft: Sekretariat der Medizin. Univ.-Poliklinik, Erlangen, Ostl. Stadtmauerstr. 29.
- 29.—30. 10. in Frankfurt/M.: 4. Kongreß der Deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege. Auskunft: Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e. V., Frankfurt/M., Alte Rothofstraße 6.
- 29.—31. 10. in Baden-Baden: 3. Balneologisch-physikalischer Fortbildungskurs. Auskunft: Kurdirektion Baden-Baden, Augustaplatz 1.

Oktober/November:

26. 10.—6. 11. in Neutrauburg: Einführungslehrgang in die manuelle Wirbelsäulen- und Extremitäten-Therapie. Auskunft: Dr. med. K. Seil, Schloßgut Neutrauburg bei Isny/Allgäu.
29. 10.—1. 11. in Nürnberg: 19. Deutscher Sportärztekongreß (in Verbindung mit der Tagung der Deutschen Gesellschaft zur Förderung der Rehabilitationsmedizin e. V.). Auskunft: Amtliches Bayerisches Reisebüro, Nürnberg, Hauptbahnhof.

November:

- 2.—7. 11. in München: 10. Einführungskurs über die wichtigsten Tropenkrankheiten. Auskunft: Prof. Dr. A. Herrlich, Institut für Infektions- und Tropenmedizin der Universität München, München 9, Am Neudeck 1.
- 12.—14. 11. in Düsseldorf: Kongreß für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Anmeldungen bis zum 30. 10. 59 an die Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsschutz, Frankfurt/Main, Mainzer Landstraße 176.
- 13.—15. 11. in Nürnberg: 10. Wissenschaftliche Ärztetagung. Auskunft: Prof. Dr. Meythaler, Nürnberg, Flurstraße 17.
14. 11. in Frankfurt: Erste wissenschaftliche Arbeitstagung der Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung. Auskunft: Dozent Dr. Kuhlendahl, Neurochirurg. Abteilung der Chirurgischen Klinik der Medizinischen Akademie, Düsseldorf, Moorenstraße 5.
- 26.—28. 11. in Gießen: IV. Arbeitstagung für Fachärzte der Chirurgie. Auskunft: Professor Dr. Gg. Herzog, Gießen, Pathologisches Institut der Universität, Klinikstraße 32 G.

November 1959 / Februar 1960:

4. 11. 59—27. 2. 60: in München: Lehrgang für den öffentlichen Gesundheitsdienst. Auskunft: Bayer. Staatsministerium d. Innern, München, Odeonsplatz 3.

Dezember:

12. 12. in München: Fortbildungskurs über Tuberkulose. Auskunft: Deutsche Forschungsanstalt für Tuberkulose e. V. München, München 15, Pettenkofferstraße 14 b.

AUSLAND

September/Oktober:

28. 9.—3. 10. in Wien: 13. Österreichischer Ärztekongreß — Van-Swieten-Tagung. Auskunft: „DER“ Deutsches Reisebüro, Frankfurt a. M., Mainzer Landstraße 42, Abt. Ärtl. Kongreßreisen.

Oktober:

- 1.—4. 10. in Verona: Internationale Ärztetagung. Auskunft: Prof. Dr. G. Cevolotto, Ist. Ospitalieri, Verona, Via Bassini.
- 5.—10. 10. in Zürich: Internat. Fortbildungskurs in Pädiatrie. Auskunft: Sekretariat der Internationalen Pädiatergesellschaft, Kinderspital, Zürich 7/32, Steinwiesstr. 75.
- 14.—15. 10. in Straßburg: 6. Internationaler Kongreß für Therapie. Vorsitz: Prof. Portmann. Auskunft: Dr. L. Grollet, 7 rue Gustave-Nadaud, Paris 16.
- 19.—24. 10. in Zürich: Allgemeiner Fortbildungskurs der Medizinischen Fakultät. Auskunft: Sekretariat der Internationalen Pädiatergesellschaft, Kinderspital, Zürich 7/32, Steinwiesstraße 75.

Nov.:

- 9.—14. 11. in Innsbruck: 6. Fortbildungskurs in prakt. Elektrokardiographie für Fortgeschrittene. Auskunft: Doz. Dr. M. J. Halhuber, Medizinische Universitätsklinik, Innsbruck.
- 14.—15. 11. in Innsbruck: 13. Klinisches Wochenende der Medizin. Universitätsklinik Innsbruck. Thema: Noch immer „Vegetative Dystonie?“ Auskunft: Doz. Dr. M. J. Halhuber, Medizinische Universitätsklinik Innsbruck.
- 16.—17. 11. in Innsbruck: Im Anschluß an den 6. Fortbildungskurs in praktischer Elektrokardiographie 2tägiger Übungskurs in klinischer Elektrokardiographie (als Praktikum für Teilnehmer früherer Kurse gedacht). Auskunft: Doz. Dr. M. J. Halhuber, Medizinische Universitätsklinik Innsbruck.
- 16.—21. 11. in Innsbruck: Einführung in die Haematologie mit praktischen Übungen. Auskunft: Sekretariat der Medizin, Universitätsklinik Innsbruck.