

BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 12

München, Dezember 1960

15. Jahrgang

Neueinführung!

Nicopred®

(0,2 g Nicopyron® und 0,75 mg Prednison)

Schnell und sicher wirkendes
Antirheumatikum
Antiphlogistikum
mit breitem Wirkungsspektrum.
Frei von Nebenwirkungen.
Geeignet zur Dauermedikation.

30 Dragées DM 5,70 o. U.
Klinikpackungen mit 150 und 500 Dragées
Suppositorien DM 4,60 o. U.



Literatur und Muster durch: H. TROMMSDORFF · AACHEN · GEGRÜNDET 1797

Aus dem Inhalt:

Rückschau 1960 und Neujahrswünsche	Seite 393
Gritschneider: Die Abtreibung im neuen Strafgesetz-Entwurf	Seite 394
Die ärztliche Fortbildung in Bayern, Die 11. Wissenschaftliche Ärztagung in Nürnberg	Seite 399
Merkle: Der Einsatz des Sanitätsbataillons 5 anlässlich der Erdbebenkatastrophe in Agadir	Seite 408
Die Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Ausbau der wissenschaftlichen Hochschulen	Seite 410
Weiterer Rückgang der Erkrankungen an Tuberkulose	Seite 412
Unbegründete Flucht in die Öffentlichkeit	Seite 413
Weihnachtsaufruf der ärztlichen Organisationen für die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“	Seite 414
Mitteilungen	Seite 414
Personalia	Seite 418
Gesetzes-, Rechts- und Steuerfragen	Seite 418
Rundschau	Seite 419
Buchbesprechungen	Seite 421
Kongresse und Fortbildung	Seite 422
Mitteilungen der Schriftleitung	Seite 423



LINDOPHARM KG Hilden-Düsseldorf

LANATACANTH - Herzinsuffizienz
Tropfen, Zäpfchen und Dragees

VISCOLIND „P“ - Coronare und cerebrals
Durchblutungsstörungen
Tropfen

VISCOSERPIN - Arterieller Hochdruck
Tropfen und Dragees

CHEDOLIND - Cholelithiasis
Tropfen und Dragees

Zuverlässige Gastritis- und Ulcustherapie

MAZUR-A

Bei Hyperacidität

MAZUR-C

Bei Subacidität



DEUTSCHE ARZNEIMITTEL GESELLSCHAFT · BERLIN-LANKWITZ



BAYERISCHES ÄRZTEBLATT

MIT DEN AMTLICHEN MITTEILUNGEN DER MINISTERIEN
HERAUSGEBEN VON DER BAYERISCHEN LANDESÄRZTEKAMMER

Heft 12

München, Dezember 1960

15. Jahrgang

Liebe Kolleginnen und Kollegen

Die Geschichte der deutschen Ärzteschaft kennt gar manche Jahreszahl, mit welcher die Erinnerung an harte Kämpfe und schicksalsschwere Entscheidungen verbunden ist. Das zu Ende gehende Jahr 1960 wird eines Tages ebenfalls zu diesen besonders harten Jahren gerechnet werden müssen. Sein Beginn stand im Zeichen heftiger Auseinandersetzungen um die Neuordnung der sozialen Krankenversicherung. Nachdem unsere wohlbegründeten Argumente kein Gehör fanden, mußten wir zu außerordentlichen Maßnahmen greifen, um uns in der Öffentlichkeit Gehör zu verschaffen. Wie in den anderen Ländern des Bundesgebietes, schlossen sich auch in Bayern Tausende von Kollegen zur Kampfgemeinschaft der bayerischen Ärzte zusammen und erklärten ihre Bereitschaft zu außerordentlichen Opfern im Interesse der guten Sache unseres Standes. Sie taten es in dem Bewußtsein, daß die Erhaltung der Unabhängigkeit und der Rechtsstellung des einzelnen Kassenarztes unabdingbare Voraussetzungen für ein optimales Wirken sind und damit auch im Interesse ihrer Patienten erhalten und ausgestaltet werden müssen.

Als im August der Herr Bundeskanzler die Vertreter der Ärzteschaft zu einer eingehenden Aussprache empfing und volle Übereinstimmung in den Grundsatzfragen erzielt werden konnte, da glaubten wir, der Weg wäre nun frei für eine vernünftige Regelung, die sicher den berechtigten Anliegen aller Beteiligten Rechnung getragen hätte. Leider müssen wir am Ende des Jahres feststellen, daß sich unsere Hoffnung offenbar nicht erfüllt. Mißgunst und Neid drohen wieder die Oberhand zu gewinnen. Der Wunsch, die Kassenärzte um ihre mühsam in Jahrzehnten errungenen Rechte zu bringen, beherrscht viele — leider maßgebliche Geister. Wenn der Gesetzentwurf über die Neuordnung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in den ersten Monaten des neuen Jahres im Strudel der herannahenden Bundestagswahlen untergeht oder Anstand und Vernunft sich durchsetzen, werden wir harten Kämpfen entgegengehen. Möge uns die Geschlossenheit der deutschen Ärzteschaft dazu beschieden sein.

Aber auch sonst hat das zu Ende gehende Jahr manches gebracht, was uns ernste Sorgen bereitet. So beobachten wir eine deutliche Entfremdung ärztlichen und juristischen Denkens, die sich in unverständlichen Urteilen über die ärztliche Schweigepflicht oder die Aufklärungspflicht des Arztes offenbart. Um so größere Aufmerksamkeit werden wir deshalb den Verhandlungen über den Entwurf eines Strafgesetzbuches widmen müssen.

Dafür, daß auch die Farce nicht fehle, hat der Bayerische Landtag gesorgt: Er billigte im April den Dehlerschen Antrag, für Ärzte in Heil- und Pflegeanstalten die Bestimmungen anzuwenden, welche auch sonst für Ärzte in Krankenanstalten gelten. Das hätte bedeutet, daß diese Ärzte Fachärzte sein müßten und nicht wie bisher das Physikat, also die Amtsarztprüfung, hätten ablegen müssen. Auf Einwendungen des Senates hob einige Monate später der gleiche Landtag „bei sehr schwach besetztem Hause“ seinen Beschluß wieder auf! Eine Niederlage für den Sachverstand und nicht zuletzt für die Kranken, denen damit der Landtag das Recht auf fachärztliche Behandlung verweigert.

Ein Stein fiel uns vom Herzen, als das Bundesverfassungsgericht im Januar sein Urteil verkündete, durch welches alle gegen die Bayerische Ärzteversorgung vorgebrachten verfassungsrechtlichen Bedenken ausgeräumt wurden. Dem weiteren Ausbau unserer Standesversorgung konnten wir uns seither um vieles unbeschwerter widmen. Der Plan zur Wohnbauförderung der Ärzte hat weites Echo gefunden, und gerade noch für Ende des Jahres konnte endlich die Möglichkeit zur Erlangung eines zusätzlichen Sterbegeldes geschaffen werden. Auch im kommenden Jahr wird die Ausgestaltung unserer Ärzteversorgung eines unserer vornehmsten Anliegen sein. Darüber hinaus sollte es uns aber im kommenden Jahr gelingen, auch diejenigen alten Ärzte und Hinterbliebenen vor Not und Sorge zu schützen, für die wir bisher noch nicht genügend tun konnten.

Ein Urteil, welches für die deutschen Ärzte von überragender Bedeutung ist, fällt das Bundesverfassungsgericht im März dieses Jahres. Das Gericht stellte fest, daß alle Beschränkungen der Zulassung zur Kassenpraxis verfassungswidrig seien. Eine in zahlreichen Beschlüssen Deutscher Ärztetage niedergelegte Forderung wurde damit erfüllt. Die Auswirkungen dieses Urteils lassen sich noch nicht voll beurteilen. Hoffentlich verstehen es die deutschen Ärzte, die großen Freiheiten, welche ihnen damit gegeben wurden, sorgfältig wahrzunehmen!

Ermutigend und erfreulich war auch die gute Weiterentwicklung der ärztlichen Fortbildung in Bayern. Die „Augsburger Fortbildungstage für praktische Medizin“ hatten im März, das „Regensburger Kollegium für ärztliche Fortbildung“ im Oktober ihr 25. Jubiläum; in Nürnberg fand im November die 11. Wissenschaftliche Ärztetagung statt. Erstmals konnte die Kammer — zunächst noch in kleinstem Rahmen — auch eine klinische Fortbildungswoche veranstalten. Gerade diese Form der ärztlichen Fortbildung soll im kommenden Jahr weiter ausgebaut werden. Lassen Sie uns damit Chronik und Ausblick beenden.

Ihnen, liebe Kolleginnen und Kollegen, gelten auch an diesem Jahresende all unsere guten Wünsche. Möge das kommende Jahr Ihnen und Ihren Familien nur Gutes bringen!

DEZEMBER 1960

Hans J. Sewering

Gustav Sondermann

Die Abtreibung im neuen Strafgesetzbuch-Entwurf

Von Dr. Otto Griltschneder

Die Bundesregierung hat den jahrzehntelang hin und her beratenen Entwurf eines längst fälligen neuen Strafgesetzbuches nunmehr den gesetzgebenden Körperschaften vorgelegt, und Bundesjustizminister Fritz Schäffer hat ihn ausdrücklich zur öffentlichen Diskussion gestellt. Trotz allen Vorzügen, die den neuen Entwurf auf vielen Gebieten — 484 Paragraphen nebst 541 Druckseiten amtlicher Begründung — auszeichnen, muß leider gesagt werden, daß die Bestimmungen über die Abtreibung und die dazugehörige amtliche Begründung mißglückt sind. Sie sind ein wirrer Kompromiß. Terminologisch schief, begrifflich unklar und rechtspolitisch verfehlt, müssen diese regierungsamtlichen Gesetzesvorschläge den Widerspruch aller herausfordern, die sich seit Jahren beruflich mit diesem lebenswichtigen Problem zu befassen haben und daher nicht nur die theoretische Seite, sondern vor allem auch die „Praxis“ dieses so trüben Kapitels „Abtreibung“ kennen.

Was zunächst die Systematik und Terminologie angeht:

Hier fällt vorweg auf, daß die systematische Einordnung der neuen Abtreibungsparagraphen (§§ 140 bis 145) geändert werden soll. Während im geltenden Strafgesetzbuch das bereits vollentwickelte und das erst werdende Leben zutreffend in einem einzigen Abschnitt „Verbrechen und Vergehen wider das Leben“ gemeinsam mit Mord, Totschlag, Kindstötung usw. geschützt werden, will der neue Entwurf die Entwicklungsstufen des Lebens trennen in „Straftaten gegen das Leben“ (Totschlag, Mord, Kindstötung usw.) und „Straftaten gegen das werdende Leben“. Für die Rechtsordnung bestehe, so meint die Begründung, „ein Wertunterschied zwischen dem in das Leben eingetretenen Menschen, gegen den sich die Tötungsdelikte richten, und dem werdenden Leben, das Gegenstand der Abtreibung ist“. Dem Leben der Schwangeren komme, unabhängig von der „Wertung des keimenden Lebens in der Ethik“, der „Vorrang“ gegenüber dem des werdenden Kindes zu. Hier also bereits der fundamentale Irrtum, daß der Mensch erst nach der Geburt in das Leben „eintrete“, während er doch in Wirklichkeit schon von der Zeugung an Mensch ist, wenn er auch vor der Geburt nicht außerhalb des Mutterleibes leben kann. Wollte man zwischen Zeugung und Tod Wertstufen des menschlichen Lebens je nach dem Maß seiner Entwicklung oder seines Verfalls einführen, so müßte man folgerichtig zum Beispiel die Tötung eines 80- oder 90jährigen für weniger rechtswidrig halten als etwa die eines 20jährigen, weil der alte Mensch ja sozusagen schon am Grab stehe und sein Leben dann nicht mehr so viel Wert sei wie das eines Jüngeren. In tyrannisch regierten „Staaten“ könnte das weiter dazu führen, daß man außerdem auch nach politischen Kategorien abgestufte Tarife einführt, ähnlich wie wir sie im Dritten Reich hatten, wo man allen Ernstes von „lebensunwertem Leben“ sprach, etwa aus rassischen, biologischen, gesundheitlichen oder sonstwie neben der Sache liegenden Gründen.

Außerdem: Wenn die Begründung meint, einen solchen Wertunterschied unabhängig von der „Wertung des keimenden Lebens in der Ethik“ aufrechterhalten zu können, dann übersieht sie in sehr bedenklicher Weise, daß gesetzliche Regelungen nie den ethischen Kategorien zuwider sein dürfen, wollen sie nicht den Anspruch, einer Rechts-Ordnung zu dienen, aufgeben. Wenn schon nicht alles, was die Ethik gebietet, staatliches Gesetz zu werden braucht, so kann doch nie ein Gesetz Rechtens sein, das die ethische Ordnung außer acht läßt oder verletzt. Die amtliche Begründung leitet den vermeintlichen Wertunterschied „aus der verschiedenen Ausgestaltung der Strafdrohung“ ab; in Wirklichkeit müßte sich gerade umgekehrt die Strafdrohung nach dem (hier eben nicht verschiedenen) Wert des bedrohten und zu schützenden Rechtsgutes richten.

Sodann verwendet der Entwurf an mehreren Stellen sowohl der neuen Bestimmungen als auch der Begründung recht gedankenlos das Wort „Schwangerschaftsunterbrechung“. Diese Bezeichnung ist sachlich falsch. Sie täuscht über Natur und Tragweite des Eingriffs. In Wahrheit handelt es sich um die Tötung eines Kindes im Mutterleib. Es wird hier nichts unterbrochen, was doch bei genauer Erfassung des Wortsinnes nur bedeuten könnte, daß es später fortgesetzt wird, wie etwa eine unterbrochene Reise. Solche sachlich schiefen und verharmlosenden Schlagworte sind gerade bei diesem Thema besonders gefährlich, da sie eine breite Diskussion auch bei den vielen mit den Grundfragen nicht hinlänglich Vertrauten auszulösen pflegen.

Wenn man also, wie es sonst bei Juristen Usus ist, die Sache genau bezeichnen will, dürfte man nicht sagen, „Wer an einer Schwangeren eine Abtreibung... begeht“ (z. B. § 141); es ist auch noch nicht ganz richtig, zu sagen, „Wer eine Leibesfrucht abtötet“ (§ 140); zutreffend müßte es heißen, „Wer ein Kind im Mutterleib tötet“. Das poetisch schamhafte „fructus ventris“ im Gruß an die Gottesmutter (Lukas 1, 42) schwingt in dem flachen Paragraphendeutsch „Leibesfrucht“ leider ganz und gar nicht mit.

Nun zum Inhalt der neuen Bestimmungen:

Während das geltende Recht in § 218 des Strafgesetzbuchs die sogenannte Eigenabtreibung mit Gefängnis bis zu fünf Jahren und in besonders schweren Fällen mit Zuchthaus bestraft und für die sogenannte Fremdatbreibung als Regelstrafe Zuchthaus bis zu 15 Jahren und nur in minder schweren Fällen Gefängnis (bis zu fünf Jahren) androht, sieht der Entwurf für die sogenannte Eigenabtreibung erheblich mildere Strafen und insbesondere für den Regelfall der sogenannten Fremdatbreibung kein Zuchthaus mehr vor.

Der geltende § 218 Strafgesetzbuch lautet:

- (I) Eine Frau, die ihre Leibesfrucht abtötet oder die Abtötung durch einen anderen zuläßt, wird mit Gefängnis, in besonders schweren Fällen mit Zuchthaus bestraft.
- (II) Der Versuch ist strafbar.
- (III) Wer sonst die Leibesfrucht einer Schwangeren

abtötet, wird mit Zuchthaus, in minder schweren Fällen mit Gefängnis bestraft.

(IV) Wer einer Schwangeren ein Mittel oder einen Gegenstand zur Abtötung der Leibesfrucht verschafft, wird mit Gefängnis, in besonders schweren Fällen mit Zuchthaus bestraft.

Demgegenüber der neue Entwurf:

§ 140 Abtreibung

(1) Wer eine Leibesfrucht abtötet, wird mit Gefängnis bis zu fünf Jahren bestraft.

(2) Begeht die Schwangere die Tat, so ist die Strafe Gefängnis bis zu drei Jahren oder Strafhaft. (Eine Woche bis sechs Monate. D. V.)

(3) Der Versuch ist strafbar.

§ 141 Schwere Abtreibung

(1) Mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren wird bestraft, wer

1. an einer Schwangeren eine Abtreibung gewerbsmäßig oder
2. ohne ihre Einwilligung begeht oder
3. durch unsachgemäße Vornahme des Eingriffs leichtfertig den Tod oder eine schwere Schädigung der Schwangeren an Körper oder Gesundheit (§ 147 Abs. 2) verursacht.

(2) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 Nr. 1 ist die Strafe Gefängnis von sechs Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 1 Nr. 2, 3 Gefängnis von einem Jahr bis zu fünf Jahren ...

(3) § 35 ist auf die Schwangere nicht anzuwenden. (D. h., daß die Schwangere, die etwa einen gewerbsmäßigen Abtreiber dazu anstiftet, bei ihr eine Abtreibung vorzunehmen, nicht bestraft wird, wenn es nicht zu einem Abtreibungsversuch kommt. D. V.)

Der Orientierung und Vollständigkeit halber seien auch noch folgende weitere Paragraphen angeführt, die im Rahmen dieses Aufsatzes nicht weiter diskutiert werden:

§ 142 Verschaffen von Abtreibungsmitteln

(1) Wer gewerbsmäßig

1. einer Schwangeren oder
2. einem Dritten, der ein bestimmtes Unternehmen der Abtreibung vorbereitet,

ein Mittel zur Abtötung der Leibesfrucht verschafft, wird mit Gefängnis bis zu fünf Jahren bestraft, wenn die Tat nicht in § 141 mit Strafe bedroht ist.

(2) Die Teilnahme der Schwangeren ist nicht strafbar.

§ 143 Werbung für Abtreibungsmittel

(1) Wer zu Zwecken der Abtreibung Mittel oder Verfahren öffentlich ankündigt oder anpreist oder solche Mittel an einem allgemein zugänglichen Ort ausstellt oder sonst zugänglich macht, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren, mit Strafhaft oder mit Geldstrafe bestraft.

(2) Dies gilt nicht, wenn Mittel oder Verfahren, die zur ärztlichen Unterbrechung der Schwangerschaft dienen, Ärzten oder Personen, die zum Handel mit solchen Mitteln befugt sind, oder in ärztlichen oder

pharmazeutischen Fachzeitschriften angekündigt oder angepriesen werden.

§ 144 Anbieten zur Abtreibung

Wer öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften oder Tonträgern eigene oder fremde Dienste zur Vornahme oder Förderung von Abtreibungen anbietet, wird mit Gefängnis bis zu zwei Jahren, mit Strafhaft oder mit Geldstrafe bestraft.

§ 145 Sicherungsaufsicht

In den Fällen der §§ 141 und 142 kann das Gericht Sicherungsaufsicht anordnen.

Hinsichtlich dieser neuen Strafdrohungen ist das Wesentliche also, daß der Regelfall der sogenannten Fremdatreibung nicht mehr mit Zuchthaus bestraft und auch die sogenannte Eigenabtreibung wesentlich geringer bestraft wird als bisher.

Die amtliche Begründung fühlt sehr wohl die Notwendigkeit, die gesetzgeberischen Motive hierfür darzulegen. Freilich kann diese obendrein widerspruchsvolle Argumentation des Regierungsentwurfs nicht überzeugen. Einerseits heißt es: „Der Entwurf sieht seine Aufgabe darin, den Schutz des werdenden Lebens mit den Mitteln des Strafrechts nachdrücklich zu gewährleisten und jeder Verharmlosung von Angriffen gegen dieses für den einzelnen, die Familie und das Volk in gleicher Weise wichtige Rechtsgut entgegenzutreten.“ Andererseits steht wenige Zeilen weiter zu lesen: „Zu dem Bemühen um einen nachdrücklichen Schutz des werdenden Lebens steht nicht im Widerspruch, daß der Entwurf den durch die Verordnung von 1943 geschaffenen und hauptsächlich auf der Rassenpolitik des Nationalsozialismus beruhenden weiten Anwendungsbereich der Zuchthausstrafe einschränkt. Die Kriminalstatistik zeigt, daß Überhöhungen der Strafdrohungen, die den Rechtsanschauungen der Allgemeinheit widersprechen, in der Praxis durchweg wirkungslos bleiben. Auch dem allgemeinen Anliegen des Entwurfs, die Anwendung der Zuchthausstrafe auf Taten schwersten Unrechtsgehalts zu beschränken, entspricht es, bei der Abtreibung nur die schwereren Erscheinungsformen mit dieser Strafe zu bedrohen.“

Wenn der Gesetzgeber wirklich auf dem Standpunkt stehen sollte, daß strenge Strafen ungeeignet sind, den nachdrücklichen Schutz eines Rechtsgutes zu gewährleisten, dann müßte er folgerichtig die Bestrafung schwerer Verbrechen überhaupt aufgeben. Gerade bei der enormen Abtreibungs-„Dunkelziffer“ dürfte doch eine strenge Strafdrohung wenigstens einen gewissen Erfolg haben. Während selbst zurückhaltende Schätzungen in der Bundesrepublik jährlich etwa eine Million Tötungen von Kindern im Mutterleib annehmen, wurden wegen Abtreibung (in einem oder mehreren Fällen) lediglich verurteilt 3293 (1954), 2306 (1955), 2476 (1956), 2751 (1957) und 2182 (1958) Angeklagte. Bei keinem anderen Delikt ist der Unterschied zwischen Verbrechen einerseits und Verurteilungen andererseits so groß.

Die „Rechtsanschauungen der Allgemeinheit“, auf die sich der Entwurf stützen zu können glaubt, erinnern zu sehr an das „gesunde Volksempfinden“ von Anno dazumal, als daß man sie gegenüber dem wirklichen Recht ins Feld führen dürfte. Die Frage nach den verbindlichen Wertmaßstäben im Strafrecht hat bereits 1954

(Band 6, 47) den Großen Senat des Bundesgerichtshofs beschäftigt; die Karlsruher Richter haben mit beherzigenswerter Klarheit und Deutlichkeit entschieden: „Das (angefochtene) Urteil lehnt eine Stellungnahme zu den verschiedenen Auffassungen ausdrücklich ab, da es nicht zu den Aufgaben des Richters gehöre, über Fragen der Ethik zu entscheiden, und jede dieser Anschauungen eine sittliche Berechtigung für sich in Anspruch nehmen könne. Infolgedessen müsse für den Bereich des Strafrechts von der für den Angeklagten milderen Auffassung ausgegangen werden. Diese Ansicht kann nicht richtig sein. Sie überantwortet die überaus schwerwiegende und folgenreiche Frage, welche sittlichen Normen die Beziehungen der Geschlechter beherrschen, einem inhaltlosen Relativismus, der zerstörend wirkt, weil ihm nichts anderes als die soziale Wirklichkeit ohne jede Bewertung zur Richtschnur dient. Sie läuft darauf hinaus, daß sich das Tun des Menschen nicht nach der Norm zu richten habe, sondern das Tun den Inhalt der Norm bestimme. Im Ergebnis bedeutet das die Verneinung der Norm, zum wenigsten die Verneinung ihrer Erheblichkeit für das Recht. Die Behauptung, einer richterlichen Entscheidung dürften ‚grundsätzlich‘ keine ethischen Wertungen zugrunde gelegt werden, ist beklagenswert falsch. Die innere Verbindlichkeit des Rechts beruht gerade auf seiner Übereinstimmung mit dem Sittengesetz.“ Das gilt natürlich auch für den Gesetzgeber.

Was schließlich den Hinweis auf die „Rassenpolitik des Nationalsozialismus“ betrifft, auf dem die Zuchthausandrohung beruhe, so ist demgegenüber darauf hinzuweisen, daß sich die Gerichte schon alsbald nach der Kapitulation mit diesen Zusammenhängen befaßt haben. Schon vor der Instalierung des Bundesgerichtshofs (1950) haben die Obergerichte entschieden, daß die Zuchthausstrafe für sogenannte Fremdbtreibung keineswegs ein Teil der nationalsozialistischen Unrechtgesetzgebung ist. Der Bundesgerichtshof hat entschieden: „Daß diese Vorschrift (§ 218) in der Fassung der Verordnung vom 9. März 1943 anzuwenden und — abgesehen von dem hier nicht angewendeten Absatz 3 Satz 2 (Todesstrafe für Abtreibungen, die die Lebenskraft des deutschen Volkes beeinträchtigen. D. V.) — geltendes Recht ist, wird allgemein anerkannt“ (Urteil vom 27. 2. 1951, 3 StR 62/50).

Der Entwurf will die Zuchthausstrafe nur noch für „Hochkriminalität“ beibehalten, für Mord, Totschlag, Völkermord, schwere Körperverletzung, Verschleppung, erpresserischen Kindsraub, Notzucht, schwere Schändung, Raub, räuberischen Diebstahl und ähnliches; die Tötung eines Kindes im Mutterleib ist aber kein geringeres Verbrechen als zum Beispiel die schwere Körperverletzung, für die § 147 des Entwurfs Zuchthaus bis zu zehn Jahren androht. Wer es wirklich ernst meint mit dem Lebensrecht der Ungeborenen, wird auch angesichts des etwas umgestalteten „Straftarifs“ des neuen Strafgesetzbuchentwurfs fordern müssen, daß Abtreibungen mit Zuchthaus bestraft werden. Es handelt sich immerhin um den staatlichen Schutz des Lebens der Hilf- und Schutzlosesten, das ein Rechtsstaat am meisten und wirksamsten schützen sollte.

Für Ärzte ist im neuen Entwurf besonders bedeutsam, daß erstmals die sogenannte medizinische Indikation im Strafgesetzbuch eine gesetzliche Regelung

erfahren soll. Die einschlägigen Bestimmungen sollen lauten:

§ 157 Ärztliche Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Gefährdung der Schwangeren

- (1) Die Abtötung einer Leibesfrucht durch einen Arzt ist nicht nach § 140 strafbar, wenn nach den Erkenntnissen und Erfahrungen der Heilkunde nur durch den Eingriff die Gefahr des Todes oder eines unzumutbaren schweren Gesundheitsschadens von der Frau abgewendet werden kann.
- (2) Die Tötung eines in der Geburt befindlichen Kindes ist nicht nach § 134 (Totschlag. D. V.) strafbar, wenn ein Arzt sie unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 vornimmt.

§ 158 Ärztlich unbegründete Unterbrechung der Schwangerschaft

- (1) Nimmt ein Arzt die Abtötung einer Leibesfrucht oder die Tötung eines in der Geburt befindlichen Kindes in der irrigen Annahme vor, daß die Voraussetzungen des § 157 vorliegen, und ist ihm der Irrtum vorzuwerfen, so wird er mit Gefängnis bis zu drei Jahren oder mit Straftaft bestraft.
- (2) Der Versuch ist strafbar.

§ 159 Eigenmächtige Unterbrechung der Schwangerschaft

- (1) Wer als Arzt unter den Voraussetzungen des § 157 oder in der irrigen Annahme dieser Voraussetzungen eine Leibesfrucht abtötet oder ein in der Geburt befindliches Kind tötet, ohne daß

1. die Frau einwilligt oder
2. die ärztliche Gutachterstelle die in § 157 bezeichneten Voraussetzungen des Eingriffs bestätigt hat,

wird im Falle der Nummer 1 mit Gefängnis bis zu drei Jahren, im Falle der Nummer 2 mit Gefängnis bis zu einem Jahr oder mit Straftaft bestraft.

- (2) Die Tat ist nicht nach Absatz 1 Nr. 1 strafbar, wenn damit zu rechnen ist, daß die Frau die Einwilligung erteilen würde, diese aber nur bei einem Aufschub des Eingriffs eingeholt werden könnte, der die Frau in die Gefahr des Todes oder einer schweren Schädigung an Körper oder Gesundheit (§ 147 Abs. 2) bringen würde. Die Tat ist nicht nach Absatz 1 Nr. 2 strafbar, wenn wegen der im Satz 1 bezeichneten Gefahr die Bestätigung der ärztlichen Gutachterstelle nicht rechtzeitig eingeholt werden kann.

- (3) Nimmt ein Arzt die Voraussetzungen des Absatzes 2 Satz 1 irrig an und ist ihm der Irrtum vorzuwerfen, so wird er mit Gefängnis bis zu zwei Jahren oder mit Straftaft bestraft. Nimmt er die Voraussetzungen des Absatzes 2 Satz 2 irrig an und ist ihm der Irrtum vorzuwerfen, so wird er mit Straftaft bestraft.

- (4) Der Versuch ist strafbar.

- (5) Fehlt es lediglich an der Einwilligung der Frau, so wird die Tat nur auf Antrag verfolgt.

Auch diese Vorschläge sind in mehr als einer Hinsicht verfehlt, vor allem deshalb, weil sie zwischen Rechtswidrigkeit und etwaiger Entschuldbarkeit einer

medizinisch indizierten Tötung des Kindes im Mutterleib nicht unterscheiden. § 157 sagt: „Die Abtötung einer Leibesfrucht durch einen Arzt ist nicht nach § 140 (also nicht als Abtreibung, D. V.) strafbar, wenn...“ In der Begründung nimmt der Entwurf ausdrücklich auf die bekannte Reichsgerichtsentscheidung vom 11. März 1927 (Band 61, 242 ff.) Bezug; damals entschied das Reichsgericht, daß im Falle des Widerstreits von Rechtsgütern, wenn ein Ausgleich nicht anders möglich ist als durch Vernichtung oder Schädigung des einen der beiden Rechtsgüter, das geringerwertige Gut dem höherwertigen weichen muß und der Eingriff in das geringerwertige dann nicht rechtswidrig ist (übergesetzlicher Notstand). Das Reichsgericht meint weiter: „Die ärztlich angezeigte Schwangerschaftsunterbrechung ist bei Vornahme durch die Schwangere selbst und im Fall der wirklichen oder mutmaßlichen Einwilligung der Schwangeren auch bei Vornahme durch einen zur Beurteilung der Sachlage befähigten Dritten nicht rechtswidrig, wenn sie das einzige Mittel ist, um die Schwangere aus einer gegenwärtigen Gefahr des Todes oder einer schweren Gesundheitsschädigung zu befreien. Dieses Ergebnis besagt lediglich, daß die Schwangere und der Arzt, die nach diesen Grundsätzen verfahren, nicht gegen die Rechtsordnung verstoßen und deshalb nicht strafbar sind. Die Frage der sittlichen Zulässigkeit wird hierdurch nicht berührt“, da „sowohl der Verlust des Lebens als auch eine schwere Gesundheitsschädigung des fertigen Menschen höher zu bewerten ist als der Verlust des Lebens der Leibesfrucht“. Das ist falsch, wie das oben Angeführte zeigt, wonach man den Wert des Lebens nicht nach dem Grad seiner Entwicklung oder seines Verfalls unterschiedlich werten und unterschiedlich für schutzfähig erklären darf. Wegen dieser ausdrücklichen Bezugnahme auf die reichsgerichtliche Rechtsprechung kann das „nicht strafbar“ im neuen § 157 nur bedeuten, daß der Entwurf eine solche Tötung eines unschuldigen Kindes im Mutterleib für rechtmäßig erachtet. Die direkte Tötung eines unschuldigen Menschen kann jedoch niemals rechtmäßig sein (der Gesichtspunkt der Notwehr scheidet hier aus, da das ungeborene Kind ja keinen rechtswidrigen Angriff begeht, gegen den Notwehr in Betracht gezogen werden könnte). Um die Bedeutung dieser Unterscheidung an einem wenigstens denkbaren, wenn auch nicht leicht vorkommenden Fall zu verdeutlichen: Wer dem Arzt und dessen Gehilfen bei einer solchen Tötung eines Kindes im Mutterleib in den Arm fallen und ihn mit Gewalt daran hindern würde, wäre durch die Notwehrbestimmung gerechtfertigt: Notwehr ist diejenige Verteidigung, welche erforderlich ist, um einen gegenwärtigen, rechtswidrigen Angriff von sich oder einem anderen abzuwehren (§ 53 Strafgesetzbuch).

Eine ganz andere Frage ist, ob in einem wirklich tragisch zugespitzten Konfliktfall, in dem sich die Mutter oder, von ihr beauftragt, der Arzt zur direkten Tötung des Kindes entschließen zu können glaubt, eine strafrechtlich wägbare Schuld in dem Maße vorliegt, das eine kriminelle Strafe fordert. Wer will gern Richter über jemand sein, der vom Schicksal in eine Lage gebracht wurde, in der er nur Verbrecher oder Märtyrer werden kann? Der Staat verzichtet bei einer ganzen Reihe von rechtswidrigen Handlungen auf Bestrafung und könnte aus rechtspolitischen Gründen

in wirklich unausweichlich scheinenden und die moralische Entschlußkraft der Betroffenen aufs äußerste beanspruchenden Fällen mangels Schuld oder aus anderen Gründen, die mit der nach wie vor bestehenden Rechtswidrigkeit nichts zu tun haben, von Strafe absehen. Dazu bedarf es aber keiner im Prinzipiellen so verfehlten und dogmatisch so komplizierten Bestimmung, wie sie der Entwurf vorschlägt. Hier würden die allgemeinen Bestimmungen über persönliche Schuldausschließungsgründe und ähnliches genügen. In psychologischer Hinsicht ist vor dem trügerischen Gefühl zu warnen, das manchen die Vernichtung des noch verborgenen Lebens anders empfinden läßt als die Tötung eines Menschen, dem man ins Antlitz schauen kann. Zu spät packte manche Mutter das Grauen ob ihrer Tat, als sie das getötete Kind gezeigt bekam.

Auch wer also von der durchaus zutreffenden Unterscheidung ausgeht, daß die Frage nach der gesetzlichen Strafbarkeit und die Frage nach der sittlichen Beschaffenheit eines Verhaltens sich nicht decken, darf bei einem so vieldiskutierten Problem nicht übersehen, daß diese Verschiedenheit und Unterscheidung durchaus nicht allen Kreisen geläufig ist. Daher kann die Regelung des staatlichen Strafrechts mitunter verwirrend auf die Gewissensbildungen der Bürger wirken, eine Tatsache, die man nicht gleichgültig hinnehmen darf, weil die richtige Gewissensbildung auch für das Gemeinwohl von großer Bedeutung und Tragweite ist. Angesichts solcher Gefahren muß der Staat Vorsorge treffen, daß die Stellungnahme des Strafrechts nicht dahin mißverstanden oder mißdeutet werden kann, direkte Tötungen von Kindern im Mutterleib seien unter irgendwelchen Voraussetzungen Rechtens.

Eine weiterer Fehler dieser Indikationsbestimmung liegt darin, daß ein Arzt, der irrtümlich die Voraussetzungen einer sogenannten medizinisch indizierten Schwangerschaftsunterbrechung annimmt und das Kind tötet, nicht wegen „Tötung eines Kindes im Mutterleib“ bestraft wird, sondern lediglich wegen einer Verletzung des Titels „Ärztliche Eingriffe und Heilbehandlung“. Der Entwurf nimmt also hier nicht einmal mehr den äußeren Tatbestand einer Straftat gegen das werdende Leben an.

Bei dieser Gelegenheit darf die Anregung gegeben werden, einmal genauer zu erforschen, wie viele wirklich unausweichlich scheinende, tragische Konflikte der genannten Art es angesichts des Fortschritts unserer Medizin und angesichts der Behandlungsmöglichkeiten in einer modernen Klinik überhaupt noch gibt. Persönliche Befragungen von Leitern und Ärzten von Frauenkliniken haben noch keinen einzigen Fall zutage gefördert, in dem nur die Tötung des Kindes die Mutter am Leben erhielt. Wer schon solche sonst nur im Handelsleben üblichen Kalkulationen anstellt und sozusagen wertvolle und weniger wertvolle Leben unterscheidet, sollte auch einmal ebenso „sachlich und nüchtern“ überlegen, daß die Zahl der in Konfliktfällen dem natürlichen Tod verfallenden Leben in einem strikten Verbot jeder Indikation geringer sein wird als die Zahl der aufgrund von Indikationen vernichteten Leben von Kindern im Mutterleib.

Auf die übrigen sogenannten Indikationen, zum Beispiel die ethische oder die politische Indikation, soll in diesem Zusammenhang nicht näher eingegangen wer-

den, da der Entwurf hierzu keine Bestimmungen vorsieht. Es darf aber immerhin angemerkt werden, daß beinahe durch eine regelrechte Panne bei der Beratung innerhalb der Regierung ein § 160 mit der Überschrift „Unterbrechung einer aufgezwungenen Schwangerschaft“ in dem Entwurf stehengeblieben wäre; die ersten Druckexemplare des Entwurfs enthalten diese Bestimmung auch noch, die dann flugs durch ein sogenanntes Deckblatt gestrichen wurde und sich in den neuen Exemplaren nicht mehr findet. Die inzwischen also „entfallene“ Bestimmung sollte lauten:

§ 160 Unterbrechung einer aufgezwungenen Schwangerschaft

(1) Die Abtötung einer Leibesfrucht durch einen Arzt ist nicht nach § 140 strafbar, wenn

1. das Gericht festgestellt hat, daß jemand, wenn auch ohne Schuld, an der Frau
 - a) eine Notzucht (§§ 204, 205),
 - b) eine schwere Schändung (§ 207), während sie geisteskrank, willenlos, bewußtlos oder zum Widerstand körperlich unfähig war, oder
 - c) eine künstliche Übertragung von Samen eines anderen als des Ehemannes (§ 203) ohne ihre Einwilligung

begangen hat und dringende Gründe für die Annahme sprechen, daß die Schwangerschaft auf der Tat beruht,

2. die Schwangere in den Eingriff einwilligt und
3. seit dem Ende des Monats, in den der Beginn der Schwangerschaft fällt, nicht mehr als zwölf Wochen verstrichen sind.

(2) Die Feststellung nach Absatz 1 Nr. 1 ist nur zulässig, wenn die Schwangere oder ihr gesetzlicher Vertreter sie binnen fünf Wochen nach dem Zeitpunkt beantragt, in dem der Antragsberechtigte von der Tat Kenntnis erlangt hat.

(3) Absatz 1 ist nicht auf Beteiligte anzuwenden, die zu der Zeit, zu der sie handeln, wissen, daß das Gericht die in Absatz 1 Nr. 1 bezeichneten Voraussetzungen irrig festgestellt hat.

Als Begründung hierfür war im Entwurf vorgesehen: „Die sittliche Bewertung ist unter diesen Umständen nicht Aufgabe des Gesetzgebers. Für ihn ist die Frage allein die, ob das Gesetz eine Schwangere auch in der Konfliktslage, in die sie eine aufgezwungene Schwangerschaft gebracht hat und die in aller Regel eine seelische Gefährdung für sie bedeutet, durch Androhung krimineller Strafe zwingen muß oder darf, die Leibesfrucht auszutragen. Dafür spricht, daß das werdende Leben auch bei einer aufgezwungenen Schwangerschaft Leben ist und Recht auf Leben hat.“ (Hier erkennen die Entwurfsfertiger im Widerspruch zu den oben mitgeteilten Darlegungen überraschend an, daß auch das werdende Leben Leben ist und Recht auf Leben hat! d. V.)... „Die Lage, in der sich die Schwangere befindet, ist so schwierig und so sehr mit den tiefsten Schichten ihres Seelenlebens verknüpft, daß die Entscheidung, ob sie das Kind austragen und als Mutter annehmen will, ihr nicht von außen her durch den Staat aufgezwungen, sondern ihrer höchstpersönlichen,

freien Entscheidung überlassen werden sollte, die sie auch sittlich allein zu verantworten hat... Auch das ärztliche Berufsethos steht einer Unterbrechung der Schwangerschaft aus ‚ethischer Indikation‘, wenn auch einzelne Ärzte anderer Auffassung sind, nicht grundsätzlich entgegen, wie die Stellungnahme der Bundesärztekammer und maßgebender ärztlicher Vereinigungen zeigt. Der Entwurf geht daher davon aus, daß die Zulassung der ‚ethischen‘ Indikation rechtspolitisch zu verantworten ist... Im Hinblick hierauf hält der Entwurf eine Regelung der ‚ethischen‘ Indikation um der Rechtssicherheit willen für angezeigt.“

Die allerverfälschteste Argumentation zugunsten der Abtreiber stammt ausgerechnet von einem Richter, Gerichtsassessor Dr. W. Zillmer, Wiesbaden, und findet sich ausgerechnet im größten juristischen Fachblatt, nämlich der „Neuen Juristischen Wochenschrift“ 1958, Seite 2099, die bisher trotz massiver öffentlicher Gegenäußerungen keinen Anlaß fand, sich von dieser „törichteren“ (so Bundesrichter L. Martin in NJW 1959, Seite 469) Argumentation zu distanzieren. Jener Richter forderte allen Ernstes, daß die Abtreibung bis etwa zum vierten Schwangerschaftsmonat straflos bleibt (bzw. jedenfalls die soziale Indikation zugelassen und in großzügiger Weise gehandhabt wird): „Die Forderung eines zahlreichen menschlichen Nachwuchses mag angebracht sein für Staaten mit großen Lebensräumen und global ausgreifender Außenpolitik, wie etwa die USA oder die Sowjetunion. Für das deutsche Volk treffen diese Voraussetzungen nicht zu. Der deutsche Lebensraum ist durch selbstverschuldeten Krieg und Zusammenbruch stark eingeeengt. Auf absehbare Zeit ist keine Möglichkeit ersichtlich, diesen Zustand, es sei denn durch Gewalt, zu ändern. Gewaltanwendung führt aber unweigerlich zum dritten Weltkrieg und damit zur Vernichtung der Nation. Angesichts dieser Situation hat es keinen Sinn, den deutschen Bevölkerungsnachwuchs in der Weise wie bisher strafrechtlich zu sichern.“ — So weit sind wir also schon.

Zum Schluß darf noch gerügt werden, daß der Entwurf in seiner Begründung bedauerlicherweise oberflächlich zu Werke geht. Er setzt sich mit den freilich sehr umfangreichen und weitverstreuten, jahrzehntelang gepflogenen Darlegungen zu diesem Fragenkomplex überhaupt nicht auseinander. Man wird es insbesondere als Mangel empfinden dürfen, daß auf die vielen Äußerungen von katholischer Seite nicht einmal eingegangen wird; zum Beispiel ist das päpstliche Rundschreiben über die Ehe vom 31. Dezember 1930 (Enzyklika „Casti Conubii“) überhaupt nicht erwähnt, das in einem eigenen Abschnitt die katholische Lehre zu dem vorliegenden Problem zusammenfaßt: „Bezüglich der sogenannten ‚medizinischen und therapeutischen Indikation‘ haben Wir schon erklärt, ehrwürdige Brüder, wie sehr Wir es mitempfinden, daß mancher Mutter aus der Erfüllung ihrer Mutterpflichten große Gefahren für die Gesundheit oder gar das Leben entstehen. Aber was für ein Grund vermöchte jemals auszureichen, um die direkte Tötung eines Unschuldigen zu rechtfertigen? Denn darum handelt es sich hier. Mag man nun die Mutter oder das Kind töten, es ist gegen Gottes Gebot und die Stimme der Natur: ‚Du sollst nicht töten!‘ Gleich heilig ist beider Leben, das zu vernichten selbst die Staatsgewalt keine Befugnis hat. Ganz zu Unrecht wird diese Befugnis gegen

Unschuldige aus dem Recht der Gewalt über Leben und Tod gefolgert, die doch nur Schuldigen gegenüber Geltung hat. Auch das Recht der gewaltsamen Verteidigung gegen einen ungerechten Angreifer kommt hier nicht in Frage. (Wer wollte wohl ein unschuldiges Kind einen ungerechten Angreifer nennen?) Und ein ‚Notstandsrecht‘, das bis zur direkten Tötung eines Schuldlosen reichte, gibt es nicht. Daß sich um beider

Leben, das der Mutter wie das des Kindes, gewissenhafte und erfahrene Ärzte bemühen, verdient alles Lob und alle Anerkennung; dagegen würde sich des edlen Namens und Lobes eines Arztes unwürdig erweisen, wer unter dem Vorwand, Heilmaßnahmen zu treffen, oder aus falsch verstandenem Mitleid auf den Tod des einen von beiden abzielte.“

Anschrift des Verfassers: München 2, Lenbachplatz 9.

Die ärztliche Fortbildung in Bayern

Die 11. Wissenschaftliche Ärztetagung in Nürnberg

Vom 25. bis 27. November 1960 fand in Nürnberg die von der Bayerischen Landesärztekammer veranstaltete 11. Wissenschaftliche Ärztetagung statt.

Der verdienstvolle Leiter dieser wie der vorhergehenden Tagungen, Professor Dr. F. Meythaler, konnte zahlreiche Ehrengäste begrüßen.

Das große Interesse, das den Nürnberger Fortbildungstagungen entgegengebracht wird, zeigte sich durch die Teilnahme von rd. 1500 Ärzten. Unter diesen befand sich eine größere Anzahl von Sanitäts-offizieren aus Heer, Luftwaffe und Marine. Auch der Inspekteur des Sanitäts- und Gesundheitswesens, Generalstabsarzt Dr. Joedicke, war ein eifriger Besucher der Vorträge.

Zu Beginn übermittelte Regierungspräsident Burkhardt die Grüße und Wünsche der Regierung von Mittelfranken. Der Wohlfahrts- und Gesundheitsreferent der Stadt Nürnberg, Stadtrat Dr. Thoma, der auch namens des Oberbürgermeisters sprach, verwies darauf, daß die Bevölkerung nicht gesünder geworden ist, sensibler wurde und Lärm und Rauch die Lebensbedingungen in den Großstädten wesentlich beeinflussen. Die Krankheitshäufigkeit sei größer geworden, auch soziologisch lasse sich eine Wandlung des Lebens feststellen. Dadurch sei der Arzt in eine Zentralstellung hineingerückt. Der Dekan der Friedrich-Alexander-Universität in Erlangen, Professor Dr. Eugen Schreck, betonte, daß die praxisnahen und aktuellen Themata der Tagung eine kerngesunde Mischung zwischen Theorie und Praxis, zwischen Naturwissenschaft und Medizin darstellen.

Der Vizepräsident der Bayerischen Landesärztekammer, Dr. Gustav Sonderrmann, dankte Professor Dr. Meythaler für seine erfolgreiche Tätigkeit. Er gab der Hoffnung Ausdruck, daß gerade aus solchen wissenschaftlichen Tagungen ein Remedium entstehen kann, besonders notwendig in einer Zeit, wo es der Ärzteschaft an Einigkeit mangelt. Durch die Förderung des persönlichen Kontaktes zwischen den Ärzten sollte das Bewußtwerden gemeinsamer Aufgaben gestärkt werden.

Der bekannte Hygieniker Professor Dr. Ernst Rodenwaldt, der sich selbst als alten Anhänger der Nürnberger Tagungen bezeichnete, gab seiner Freude Ausdruck, auch diesmal teilnehmen zu können. Primarius Dr. Johannes Kretz (Wien) überbrachte die Grüße der „Österreichischen Krebsgesellschaft“. Professor Dr. Dietrich Jahn, der Vorsitzende des Regensburger Kollegiums für ärztliche Fortbildung, wünschte der Tagung vollen Erfolg.

Der Festvortrag des Nobelpreisträgers Prof. Dr. Domagk

Den Festvortrag, der die Tagung einleitete, hielt Professor Dr. med. Gerhard Domagk, der im Jahre 1939 für die Entdeckung der Sulfonamide den Nobelpreis erhalten hatte. Seine Ausführungen „Über den neuesten Stand der Chemotherapie der Infektionskrankheiten und Tumoren“ gaben einen Überblick über die Entwicklung seiner Forschungen. Seine einführenden Worte trugen eine erfreulich persönliche Note.

„Herr Professor Dr. Meythaler hat mich liebenswürdigerweise noch einmal zu einem Vortrag über dieses Thema eingeladen, obwohl ich doch schon mehrmals über dieses oder ein ähnliches Thema gesprochen habe. Ich habe mich natürlich gefragt: Warum wohl? — Trotz meiner Bedenken blieb er hartnäckig. Entweder



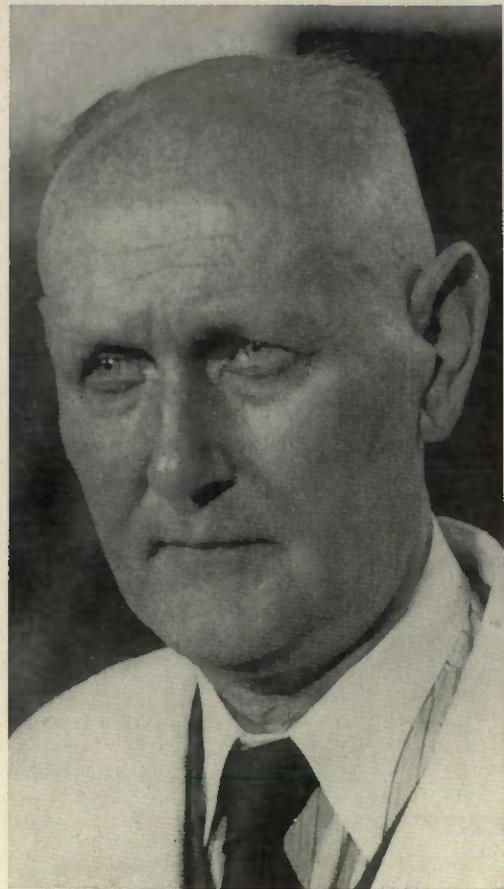
Der Leiter der Nürnberger wissenschaftlichen
Ärztetagenen, Prof. Dr. F. Meythaler

erwartet er, ich könnte wirklich etwas Neues sagen, oder er erwartet, daß ich das, was ich schon einmal gesagt habe, noch einmal sage, damit Sie es nun wirklich glauben. Oder er sagte sich: Das ist wohl die letzte, allerletzte Gelegenheit, daß er zu diesem Thema noch einmal Eigenes sagen kann, denn nun hat er ja seine aktive Forschungstätigkeit in den von ihm in 33 Jahren aufgebauten Forschungslaboratorien zunächst einmal eingestellt. Vorübergehend? — Ein Laboratorium, das man in 33 Jahren ganz für die eigenen Bedürfnisse aufgebaut hat, das von 3 Mitarbeitern wie ein Baum natürlich auf über 100 angewachsen war, kann man nicht an einer zweiten Stelle noch einmal aufbauen. Deshalb tritt zwangsmäßig zunächst eine Unterbrechung dieser Tätigkeit aktiver Forschung ein. Es ist oft gut, eine solche Pause der alltäglich gewordenen Beschäftigung, erzwungen durch Krankheit, Pensionierung, Emeritierung usw., einzulegen. Vielleicht werde ich für ganz spezielle Forschungen noch einmal ein kleines Laboratorium einrichten, vor allem aber möchte ich mich noch einmal der Lehre zuwenden, von der ich startete, als ich mich 1924 in Greifswald für pathologische Anatomie und allgemeine Pathologie habilitierte, 1925 nach Münster in Westfalen umhabilitierte und 1928 dort außerordentlicher Professor wurde. Damals sagte ich mir bald: Man sollte eigentlich immer erst einige Jahre experimentell praktisch arbeiten, ehe man anfängt, zu lehren. Andererseits: man lernt ja nie besser als beim

Lehren. Daher ist das Prinzip unserer Hochschulen schon richtig, Forschung und Lehre zu verbinden. Aber nichts sollte unveränderlich sein, wenn man überzeugt ist, anders könnte es besser sein. Heute sind die Erfordernisse an einen jungen Mediziner, der Lehrer werden will, so mannigfaltige, daß er das Forschen neben dem Lehren nicht nebenbei bewältigen kann. Er muß neben seiner medizinischen Ausbildung auch noch eine andere Spezialausbildung haben. Früher machte ein Chirurg z. B. noch pathologische Anatomie nebenbei. Heute ist es meine Überzeugung, daß jeder junge Dozent, der sich in Medizin, besonders in Physiologie, Pathologie und Innere Medizin, habilitiert, auch Chemie studiert haben muß. Die Medizin wird mehr und mehr zu einer exakten Naturwissenschaft, zumindest müssen wir sie — soweit wie notwendig — in Chemie und Physik beherrschen, wenn wir nicht in Urteils-Unfähigkeit, ja Quacksalberei abrutschen wollen. Wenn wir uns aber auch als Dozenten nur etwas anlesen, dann wird es — wie heute oft in der Praxis — so sein: Die Heilmittel, die durch eine unsachliche, aber geschickte Propaganda angepriesen werden, sind die am meisten verwendeten, oft aber nicht die besten; und besonders bei uns, wo der Propagierung ausländischer Heilmittel keinerlei Beschränkungen auferlegt werden.

Wollen wir andererseits ein neues Heilmittel — z. B. in den USA — einführen, wird es einer jahrelangen strengen Prüfung durch die Food and Drug Administration unterzogen, ehe es zugelassen wird. Dann ist es meistens auch uninteressant geworden. Was aber bei uns durch eine oft unsachliche Reklame — vielfach des Auslandes — möglich geworden ist, ist geradezu unverantwortlich. — Auf einem Gebiet, und zwar dem der Chemotherapie der akuten bakteriellen Infektionen mit den Sulfonamiden kann ich es am besten ganz klar und eindeutig übersehen. Anstelle der bestwirksamsten und billigsten Sulfonamide werden vielfach durch unsachliche Reklamen nur mäßig oder schlecht wirksame Sulfonamide am meisten in der Praxis angeboten — und verwendet, „Long acting“, d. h. vielfach lange im Blut, aber oft meist wenig wirksam, weil an die Bluteiweiße so stark gebunden, so daß sie kaum oder nur noch sehr unvollkommen auf die Krankheitserreger wirken. Es sind heute viel schlechtere auf dem Markt als das altbewährte „Prontosil“ und das „Prontalbin“, das ursprüngliche Ausgangsprodukt für alle wirksamen Sulfonamide, das p-Aminophenylsulfonamid oder das Sulfathiazol (Eleudron, Cibazol) oder gar die auch heute noch optimal wirksamen Pyrimidinhaltigen Sulfonamide, wie sie im „Supronal“, „Sulfa-Oratren“ und anderen Kombinationspräparaten enthalten sind. Warum Kombinationen? — Um evtl. auch bei hohen Dosen Ausfällungen in den Harnkanälchen zu verhüten. Aber Dosen über 5 g, ja 10 und 12 g — wie in USA gegeben — waren selten nötig, sondern meistens falsch.

Dosen von 2–3 g täglich sind von „Debenal“, „Pyrimin“ und „Supronal“ ausreichend, um die therapeutische Breite noch zu erhöhen. Täglich erscheinen neue Mittel, neue Namen, neue Präparate, auch um angebliche Resistenzerscheinungen zu überwinden. Wenn wir „long acting“-Präparate einführen wollen, müßten sie im Experiment zumindest dieselbe Wirkung entfalten — und natürlich erst recht in der Klinik. Diese Forderung erfüllen die meisten bisher nicht. Sie reichen weder an „Debenal“, „Pyrimin“, „Supronal“ oder gar an „Sulfa-Oratren“ noch an die Kombination von „Supronal“ mit „Oralopen“ usw. heran. „Oralopen“ ist ein halbsynthetisches per os gut wirksames Penicillin. Dem Arzt in der Praxis ist es fast unmöglich gemacht worden, zu kontrollieren, was richtig ist und was falsch ist. Wo gibt es denn wirklich eine Sulfonamid-Resistenz? — Ich will nun versuchen, Ihnen darzulegen, gegenüber welchen Bakterien und Infektionen eine Arzneimittel-Resistenz wirklich aufgetreten ist und auftreten kann und wie sie zu überwinden ist. Erinnern wir uns zunächst daran, daß man vor 30 Jahren noch keine einzige bakterielle Infektion kausal behandeln konnte. So starben beispielsweise noch in jedem Land von der Größe Deutschlands oder Englands jährlich 2000–3000 Frauen an Kindbettfieber. Unsere Lehrer sagten uns noch: Da können Sie nichts machen, die Frauen sterben oder genesen — mit oder ohne Behandlung. Es starben



Nobelpreisträger Prof. Dr. Domagk

jährlich allein in Deutschland ca. 50 000 Menschen an Pneumonien, darunter auch viele junge Menschen. Heute ist ein Todesfall bei einem jüngeren Menschen an Pneumonie eine relative Seltenheit. Bisher ist weder gegenüber Streptokokken noch gegenüber Pneumokokken eine Sulfonamid-Resistenz beobachtet worden. Über 50% aller Kinder, die eine epidemische Hirnhautentzündung — Meningitis epidemica — bekamen, starben trotz Serumbehandlung. Durch die Sulfonamidbehandlung ist — wie beim Kindbettfieber, wie bei Pneumonien — auch bei dieser, bei Kleinkindern fast immer tödlich verlaufenden Infektion, Zehntausenden das Leben erhalten geblieben — Sulfonamid-Resistenz bei Meningokokkeninfektionen ist nicht beobachtet worden. — Die Erreger der Meningitis epidemica — die Meningokokken — sind gramnegative Doppelkokken und den Erregern der Gonorrhoe sehr ähnlich, die einmal die verbreitetste Geschlechtskrankheit war. Es war keine harmlose Erkrankung; sie erforderte oft jahrelange Behandlung und hatte nicht selten Siedtum, bei infizierten Frauen Unfruchtbarkeit und bei Kindern, die bei der Geburt infiziert wurden, Erblindung zur Folge. Was bedeutete diese Erkrankung für die Volkswirtschaft! Mit der Sulfonamidbehandlung der Gonorrhoe glaubten führende Dermatologen, diese Krankheit endgültig ausrotten zu können. Da bekamen wir einen ersten Warnschuß! Es kam der Krieg, der immer Wegbereiter von Seuchen und Krankheiten war. Infolge der unnatürlichen Verhältnisse, die ein Krieg mit sich bringt, kam es noch einmal zu einer Ausbreitung dieser Krankheit. Zwar wurden auch dann noch die meisten Patienten durch einfaches Einnehmen von Sulfonamid-Tabletten in 8 bis 14 Tagen geheilt, aber einige, die nicht ausheilten infolge falscher Behandlung — oft einer geheimgehaltenen Selbstbehandlung mit ganz falscher Dosierung —, bekamen nunmehr Keime, die auf die Medikamente, die vorher wirksam gewesen waren, nicht mehr ansprachen. So kamen schließlich immer mehr Neuinfektionen mit resistenten Stämmen zustande. Es hatte sich

eine Bakterien-Resistenz durch Auslese entwickelt. Man fand zwar Auswege, um auch die Infektionen mit diesen resistenten Keimen zu heilen, z. B. durch zusätzliche Fiebertherapie und andere Maßnahmen; auch auf das im Anschluß an die Sulfonamide von Fleming, Chain und Florey entwickelte Penicillin sprachen diese resistenten Gonokokken gut an, aber auch gegenüber Penicillin kam es zeitweilig zu einer relativen Resistenz. Bawile und andere (Antib. Med. 6, 470—479, 1959) teilen über Penicillin-Versager bei Go-Urethritis mit, daß unter 165 Patienten selbst bei Dosen von je 600 000 E Procain-Penicillin an 3 aufeinanderfolgenden Tagen keine Heilung eintrat. Durch genügend hohe Dosen oder durch eine mit Sulfonamiden kombinierte Penicillin-Behandlung kam die Gonorrhoe praktisch wieder zum Verschwinden — wie vorher schon einmal durch die Sulfonamid-Behandlung allein. Auch Chloramphenicol (4 × 250 mg tägl.) hat sich bei resistenten Stämmen bewährt. Aber diese Erfahrung mit der Gonorrhoe zeigte uns, welche Gefahren durch falsche und ungenügende Behandlung heraufbeschworen werden können.

Gegenüber den sogenannten Antibiotica — Heilmitteln, von Pilzen und Bakterien produziert — wie Penicillin und anderen, die folgten, zeigten Bakterien vielfach eine viel größere Anpassungsfähigkeit und Resistenzentwicklung als gegenüber den synthetischen Arzneimitteln. Die gefährlichste Resistenz, die sich gegenüber Penicillin entwickelte, war das Resistenzwerden der Staphylokokken. Die stellenweise bedrohliche Zunahme resistenter Staphylokokken wird hauptsächlich auf eine Selektion primär-resistenter Staphylokokken infolge gesteigerter Penicillin-Anwendung zurückgeführt, namentlich in manchen Krankenhäusern. Begünstigt ist die Ausbreitung resistenter Staphylokokken m. E. aber fraglos auch durch allzu große Vernachlässigung einer wirksamen Desinfektion, und zwar sowohl der Hände als auch der Operations- und Krankenzimmer, der Bettwäsche, Decken usw., worden. Durch das Vorhandensein der Sulfonamide und Antibiotica war man stellenweise allzu sorglos geworden. Beispiel: Mastitis. Durch sorgfältigste Händedesinfektion der Pflegerinnen mit Zephirol und auch durch Abtupfen der Brustwarzen mit verdünntem Zephirol resp. Ripeptin verschwanden diese unangenehmen, unerwünschten Masseninfektionen wieder. Statt der alten wirksamen guten Desinfektionsmittel wie Zephirol, Ripeptin, ja Alkohol sind bisweilen elegant aufgemachte Händepflegemittel — ohne jeglichen Desinfektionswert — angeboten und verwendet worden. Ich bin davon überzeugt, daß man die bedrohliche Ausbreitung arzneiresistenter Staphylokokken durch gute Hände- und Raum-Desinfektion weitgehend verhüten kann. Die Ausbreitung von Streptokokken und Staphylokokken durch Infektionen des Mundes und des Rachens dürfte sich durch Anwendung kleiner Sulfonamid-Dosen oder durch Iversal ebenfalls weitgehend verhüten lassen. Ist aber eine Infektion mit resistenten Staphylokokken doch noch zustande gekommen, so gibt es auch dann noch wirksame, experimentell gut begründete Behandlungsmethoden mit altbewährten Chemotherapeutica

oder Antibiotica. Wir sollten uns aber als Ärzte nicht durch immer neue Anpreisungen angeblich noch wirksamerer Antibiotica jagen lassen, sondern die guten, lange bewährten Heilmittel richtig und in kleinster, aber noch voll wirksamer und unschädlicher Dosis anwenden. Das ist doch erst die wirkliche ärztliche Kunst, die kleinste, vollwirksame und sicher unschädliche Dosis für jeden Patienten zu bestimmen und anzuwenden. Es gibt fraglos für jeden Patienten verschiedene, optimal wirksame Dosen und Überdosen — gewissermaßen immer mit Kanonen schießen — sind sicherlich nicht die beste Behandlung für den Patienten. — Es ist nun sehr interessant, zu wissen: Worauf beruht die Penicillin-Resistenz der Staphylokokken? — Die Penicillin-resistenten Staphylokokken produzieren — angeboren oder erst erworben — mehr Penicillinase, also ein Ferment, welches Penicillin zu zerstören vermag. Liegen Infektionen mit therapieresistenten Staphylokokken vor, so behandle man zuerst mit Supronal 2—3 g + Chloramphenicol resp. Leukomycin 1,5—2,0 g tägl., Oratren 3 × 1 Tabl. à 230 000 E + Leukomycin (in einer für beide Mittel sicher ohne Nebenwirkungen verträglichen Dosis von 1,5—2,0 g) oder Oralpen (3 × 1 Tabl. à 300 000 E) + Leukomycin. Von bewährten Antibiotica kann man bei Therapieversagern, wenn sie ausnahmsweise auftreten sollten, noch Aureomycin, Terramycin, Tetracylin, Reverin und Erythromycin versuchen.

Auch gegenüber Tuberkulose kann es zur Therapie-Resistenz gegenüber allen Tuberkulostatika kommen. Über den Beginn der Chemotherapie der Tuberkulose habe ich in einer Nobel-Vorlesung im Dezember 1947 berichtet. Sie entwickelte sich folgerichtig aus der Chemotherapie der akuten bakteriellen Infektionen mit den Sulfonamiden. Bei den von uns angewendeten Prüfmethoden zeigten unter Hunderten von geprüften Sulfonamiden nur 2 Gruppen einen bemerkenswerten tuberkulostatischen Effekt, d. h. eine Hemmung des Wachstums der Tuberkelbazillen vom Typus humanus und Typus bovinus auf optimalen Eiernährböden. Es waren die Sulfathiazol- und die Sulfathiodiazol-haltigen Sulfonamide. Auf dieser Erkenntnis aufbauend, entwickelten Professor H. Schmidt, Dr. R. Behnisch und Dr. F. Mietzsch die große Gruppe der viel wirksameren Thiosemicarbazone, mit denen es gelang, eindeutige therapeutische Effekte am Tbc-infizierten Versuchstier zu erzielen. Mit einer der optimal wirksamsten Substanzen dieser Reihe, dem Conteben, gelang es, beim Menschen durch orale Verabreichung den Hauttupus zu heilen, so daß er zum Verschwinden kam. Aber auch die Darm-Tbc, die Blasen-Tbc, die Kehlkopftuberkulosen wurden zum ersten Male einer wirksamen chemotherapeutischen Behandlung zugänglich. Bei der Nierentuberkulose wurden die Erfolge schließlich so, daß man in der ganzen Therapie genau umgekehrt vorging, wie wir es noch als Studenten gelernt hatten. Uns wurde gelehrt: „Ist eine Niere erkrankt, so muß diese sofort operativ entfernt werden, damit nicht auch die zweite Niere retrograd infiziert wird“. Da aber in Wirklichkeit immer beide Nieren hämatogen infiziert waren — nur verschieden schwer —, wurde die restierende Niere überlastet, und die

Romucard

Das vorzügliche Herztonicum mit spasmolytischer Wirkung

Indikation:
 Altersherz
 Zirkulationsstörungen
 Hypertonie
 nervöse und
 krampfartige
 Herzbeschwerden



Zusammensetzung:

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

K. P. Flasche 15 ccm DM 1.60

O. P. Flasche 30 ccm DM 2.60

ROMU · ROMAN UNGLERT · PHARMAZEUT. FABRIK · ESTING 6/MÜNCHEN

Krankheit breitete sich erst recht rasch aus. Heute wird jede Nierentuberkulose zunächst einmal mindestens ein Jahr lang konservativ behandelt. In den allermeisten Fällen heilt sie dann allein durch Chemotherapie aus, und es ist keine Operation mehr nötig, wenn der Patient nicht allzu spät zur Behandlung kommt. Ähnlich wird sich die Therapie der Lungentuberkulose immer mehr dahingehend entwickeln, daß die Chemotherapie die wichtigste und erste Behandlung darstellt und auch mindestens ein Jahr lang konsequent durchgeführt wird, ehe man Betrachtungen darüber anstellt, ob evtl. überhaupt noch eine zusätzliche chirurgische Behandlung in Ausnahmefällen angezeigt ist. Adelberger hat dieses Verfahren schon weitgehend ausgeführt; er entfernt nach chemotherapeutischer Vorbehandlung schließlich nur den Lungenabschnitt, in dem eine Kaverne nicht mehr durch Chemotherapie zur Ausheilung kommt, weil die chemotherapeutische Behandlung nicht rechtzeitig genug einsetzte oder aber falsch gehandhabt wurde. Die ersten chemotherapeutischen Erfolge bei der Lungen-Tbc wurden übrigens auch schon mit den Thiosemicarbazonen erzielt. Später wurde die Chemotherapie der Tuberkulose mit dem im Anschluß an die Thiosemicarbazone entwickelten Isonicotinsäurehydrazid (INH, Neoteben, Isoniacid usw.) und seinen Hydrazonen 1951 durchgeführt. Zusätzlich wurden außerdem „Paraaminosalicylsäure“ (PAS) und „Streptomycin“ von Waksman verwendet. Auch die Thiosemicarbazone werden heute — wie PAS und Streptomycin — nicht mehr allein, sondern nur noch zusätzlich zum „Neoteben“ (INH) verabreicht.

Da sich gegenüber allen Stämmen unter der Behandlung eine Resistenz herausbilden kann, muß man die Behandlung mit der wirksamsten Substanz, dem INH, beginnen (je nach Verträglichkeit 5–10 mg/kg). Ob die verabreichte Dosis ausreichend ist, läßt sich am Blutspiegel in einfacher Weise so kontrollieren: Wenn 10 oder 20% Serumzusatz des behandelten Patienten genügen, um eine Hemmung von Tbc-Bakterien auf Eiernährböden zu bewirken, ist die Dosis ausreichend. Ist die Dosis unzureichend oder treten INH-resistente Stämme auf, ist keine Hemmwirkung des Tbc-Bazillienwachstums durch Serumzusatz des behandelten Patienten mehr zu erzielen. Die einfachste Methode, bei INH-resistenten Stämmen noch eine Wirkung zu erzielen resp. das Auftreten der Resistenz zu verhüten oder zu verzögern, ist die Kombination von:

- a) INH + PAS, oder b) INH + Streptomycin, oder c) INH + Thiosemicarbazon, oder d) INH + Sulfathiazol.

Auf INH-Anwendung darf man auch bei vorliegender Resistenz nicht verzichten, da eine Frühwirkung immer noch vorhanden ist.

Welche Kombinationsbehandlung ist die beste und einfachste?

- a) PAS nur in großen Dosen, (ca. 10–12 g i. v. tägl. erfolgversprechend);
 b) Streptomycin in Tagesdosen von 0,5 g parenteral (nicht per os!)
 c) Thiosemicarbazon: 1 mg/kg per os (einfach als Kombinationspräparat wie „Nicoteben“);
 d) Sulfathiazol: per os 1–3 g tägl. — je nach Verträglichkeit.

Welche Kombinationsbehandlung ist die wirksamste? Genau wie oben für INH angegeben am Blutspiegel zu kontrollieren. Testung mit INH-resistenten Stämmen, am besten mit dem Stamm des behandelten Patienten, wenn eine offene Tbc vorliegt.

Außer mit den genannten Präparaten ist jedoch niemals ein bei resistenten Stämmen noch wirksamerer Blutspiegel erzielt worden.

Auch gegenüber mehreren Tuberkulostatica resistente Stämme sind bekannt und in gleicher Weise diese Infektionen nur rationell zu bekämpfen, wenn man nach genügender Dosierung von vergleichsweise

5–10 mg per os Neoteben + PAS (10 g i. v.)
 5–10 mg per os Neoteben + Thiosemicarbazon (1–2 mg/kg per os)

5–10 mg per os Neoteben + Eleudron (1–3 g per os)

5–10 mg per os Neoteben + Th 1314 (0,5–0,75 g per os täglich)

den Blutspiegel kontrolliert und testet.

Die sich unter der Therapie entwickelnde Tbc-Bazillen-Resistenz bezeichnet man als sekundäre Resistenz. Es gibt aber auch eine primäre Resistenz — möglicherweise durch Infektionen mit Stämmen, die unter der Behandlung von anderen Patienten aufgetreten sind und dann auf andere Menschen — namentlich Kinder — übertragen werden. Die Bedeutung dieser primär-resistenten Stämme und ihre Bekämpfung wird z. B. von Canetti sehr hoch eingeschätzt, sie tritt offenbar in Frankreich gehäuft auf — bei Studenten bis zu 9% beobachtet —. In Deutschland ist sie noch selten (Gertrud Meißner), wahrscheinlich infolge anderer und wirksamerer Behandlung zur Verhütung INH-resistenter Stämme („Neoteben“).

Die Cytostatica in der Therapie der Tumoren:

Mit dieser Frage sich zu beschäftigen heißt, ein sehr heißes Eisen anfassen; denn bisher kennen wir noch



Blick in einen Teil des Hörsaals

Unter den Zuhörern: In der vorderen Reihe Regierungspräsident Burckhardt, Regierungsmedizinalrat Dr. H. Schmidt (Ansbach), Dekan Professor Dr. Schreck und Frau, Professor Dr. Jahn, Vizepräsident Dr. Sondermann.

keine radikalen Heilungen von Tumoren durch Cytostatica. Dazu ist die Zeit noch viel zu kurz! Gibt es denn aber überhaupt radikale Heilungen bei Krebs? Wir wissen es nicht. Fünftjahresheilungen sind ja auch noch keine radikalen Heilungen. Aber selbst, wenn wir diese Grenze zugrunde legen, gibt es sie bei den wichtigsten Tumorarten, die uns bedrohen: bei Magencarcinomen und bei Lungencarcinomen, in einem nur erschütternd kleinen Prozentsatz. Welche Zahlen sollen gelten, wenn man 50%, 70%, ja 80% aller Patienten, die den Arzt aufsuchen, als inoperabel erklärt und zurückweist? So kann man jede beliebige Zahl von Heilungserfolgen erzielen! Rechnet man die Zahl der Überlebenden nach Stellung der Diagnose, so sind es kaum 5—10%. Vielleicht würde sich das bessern, wenn die Diagnose früher gestellt würde und die Patienten früher zur Operation kämen. Aber auch das ist leider nicht einmal sicher; denn mit dem verfeinerten Nachweis von Tumorzellen im Blut scheint sich mehr und mehr herauszustellen, daß Tumorzellen auch schon bei kleinsten, kaum diagnostizierbaren Tumoren in der Regel schon im Blut kreisen und — was noch bedenklicher ist — nach allen Operationen vermehrt im Blut auftreten. Für experimentelle Tumoren ist die vermehrte Einschwemmung von Tumorzellen ins Blut durch Druckkerei und Schmähl sowie durch eigene Untersuchungen sichergestellt. Tumorzellen im Leichenblut haben bereits alte Pathologen wie M. B. Schmidt, Aschoff, Berblinger, Zahn, Ashworth und andere schon nachgewiesen. Von amerikanischen Autoren haben folgende lebende Tumorzellen im Blut beim Menschen nachgewiesen: Schleip, Ward, Marcus, Quensel, Sternberg und viele andere mehr (Literatur siehe bei Fritz Graeber: „Chemotherapeutische Probleme maligner Tumoren“, herausgegeben von Friedrich Meythaler, Verlag Ferdinand Enke, Stuttgart 1960), vor allem in allerletzter Zeit von Seal, dessen Methode von Fr. Graeber vervollkommen und verbessert wurde. Engell fand bisher bei 50% aller Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren Tumorzellen im peripheren Blut, noch wesentlich mehr in den abführenden Venen von Tumoren in der Lunge, zu 59% bei Darmtumoren usw. — Moore, Sandberg und Whang berichteten im Journal of the American Med. Ass., April 1960, Vol. 172, Nr. 16, S. 115/17—29, daß sie nach Entfernung der Erythrozyten durch ein Heparin-Fibrinogen-Gemisch bei 179 Patienten mit Krebs bei der Hälfte der Fälle im Blut Tumorzellen nachweisen konnten. Die Größe der im Blut metastasierenden Tumorzellen schwankte zwischen 10—30 μ . Die durchschnittliche Größe lag bei 19 μ im Vergleich zu Leukozyten mit 11,7 μ . — Graeber ist es neuerdings in der Univ.-Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten in München mit einer von ihm ausgearbeiteten Methode gelungen, Tumorzellen im Blut auch schon bei kleinsten Tumoren nachzuweisen. In einigen Fällen war die klinische Diagnose noch fraglich und wurde erst nachträglich durch Probeexzisionen gesichert.

Die weitere Entwicklung dieser Methode zum Nachweis von Tumorzellen im Blut und ihre Überprüfung auch bei anderen Tumorlokalisationen — auch schon im Frühstadium der Entwicklung — wird zeigen, welche Rolle dieser Methode als Frühdiagnose zukommt. Viel wichtiger aber ist m. E. schon heute die Erkenntnis, daß selbst bei kleinsten Tumoren metastasierende Tumorzellen im Blut nachweisbar sind und daß die chirurgische Lokalbehandlung keinesfalls die alleinige Behandlung sein darf. Das erklärt, daß eine Operation eigentlich überhaupt nur Aussicht auf

Erfolg haben dürfte, wenn sie ganz weit im Gesunden erfolgen kann und keine Quetschung und Verlagerung des Tumors nötig ist, wodurch vermutlich Tumorzellen ins Blut und die Lymphbahnen gepreßt werden. So sind die im ganzen gesehenen schlechten Ergebnisse der operativen Behandlung bei Magencarcinomen, bei Lungencrebsen und anderen Tumoren durchaus verständlich. Bei den Lungencarcinomen liegen die Verhältnisse ja leider keineswegs besser als bei den Magencarcinomen. Die Operationserfolge hängen auch hier ganz willkürlich davon ab, wie viele Patienten man von der Operation ausschließt. Wenn wir zur statistischen Erfolgsauswertung nicht alle erkrankten Patienten heranziehen, können wir niemals ein richtiges Bild über den Wert unserer therapeutischen Maßnahmen bekommen. Wenn wir dann aber selbst bei inoperablen Magencarcinomen durch cytotatische Behandlung beachtliche Lebensverlängerungen erzielen — ohne Patienten auch unserer Statistik zu entziehen —, so ist das schon ein Erfolg, den wir nicht mehr übersehen dürfen, zumal wenn diese Erfolge der Inoperabilität der Magencarcinome von Chirurgen wie K. Boshamer und Internisten wie G. Stoetter, Augsburg, an schon recht beachtlichen Patientenzahlen vorgelegt werden. Die Überlebenszeit inoperabler Magencarcinom-Patienten, nach der Feststellung der Diagnose, wird durch die cytotatische Behandlung wesentlich verlängert werden. Wenn schon einer der hervorragendsten Operateure der Lungencarcinome sagt, er habe als Endergebnis der alleinigen Operation nicht einmal 5—10% nach 5 Jahren erzielt, was kann dann ein weniger Geübter erwarten? — Nach neuesten Ergebnissen von Adelberger ändert sich das traurige Bild durch zusätzliche cytotatische Behandlung bemerkenswert, wie er ganz kürzlich auf der Internationalen Tagung der Chest Physicians in Wien bekanntgab. Von inoperablen Patienten, nach Probe-Thorakotomien, leben nach 1 Jahr noch 5%, nach cytotatischer Behandlung noch 10%! — Glücklicherweise gibt es ja Tumoren, wo die Verhältnisse infolge anatomischer Gegebenheiten und relativer Gutartigkeit, z. B. bei den Darmcarcinomen, anders liegen und durch einen Operateur wie K. H. Bauer u. U. 60% Heilungen erzielt wurden. — Wie wenige Krankheiten kann denn der Arzt wirklich heilen — abgesehen von den Infektionskrankheiten, die aber auch erst seit wenigen Jahren einer kausalen Behandlung zugänglich geworden sind? — Ich glaube, wir sollten unsere Vorstellungen über die radikale Heilbarkeit des Krebses ändern. Sie sind m. E. falsch! Man wird also wahrscheinlich mit den meisten Operationen nur den Haupttumor ganz oder sogar nur teilweise entfernen können, aber gleichzeitig die Zahl der Metastasen vermehren.

Das aber wäre wohl kaum ein Gewinn, sondern ein Nachteil jeder Operation, vielleicht schon jeder Probeexzision.

Die Methode des Nachweises der Tumorzellen müßte noch so verfeinert werden, daß sie

1. eine Frühdiagnose ermöglicht,
2. die Kontrolle jeder therapeutischen Maßnahme an der Zunahme oder dem Verschwinden der Tumorzellen im Blut gestattet, also
 - a) der Operation allein,
 - b) der cytotatischen Behandlung allein,
 - c) der Bestrahlung
 und schließlich aller kombinierten Heilmethoden.

Cefadysbasin®

TROPFEN

TABLETTE

AMPULLEN

CEFAK
KEMPTEN

PERIPHERE UND KORONARE DURCHBLUTUNGSSTÖRUNGEN

Wir haben bisher noch kein Cytostaticum, das nicht auf normale Zellen einwirkt, denn jede Krebszelle hat sich ja aus einer normalen Zelle entwickelt. Sie zeigt aber qualitativ Veränderungen morphologischer Art in der Kerngröße und biochemisch im Stoffwechsel. Die wirksamsten Verbindungen sind sogenannte alkylierende Verbindungen wie

1. Lost-Verbindungen,
2. Aethylenaminobenzochinone.

Damit kann man im Experiment Tumoren beseitigen — bei lokaler Anwendung sicher auch beim Menschen. Bei allgemeiner Anwendung erreicht man Verzögerungen des Wachstums, kann aber u. U. mit kleinsten unschädlichen Dosen Patienten über Wasser halten. Nach Linke und Freudenberger (DMW Nr. 44, 1960) gelingt es, mit „Trenimon“ allein oder in Verbindung mit der Strahlentherapie zum ersten Male Patienten mit Leukämien, Lymphogranulomatosen (Hodgkin) eindeutig länger am Leben zu halten als mit allen bisherigen Methoden, und darauf sollte es ja ankommen — nicht nur auf das Absinken der Tumorzellen im Blut oder auf die Entfernung oder Zerstörung des Primärtumors. — Ich könnte Ihnen viele solcher Beispiele anführen, wie z. B., daß ein Künstler mit inoperablem Lungencarcinom nach Verabreichung von 2×5 mg „Bayer E 39“ täglich, nach 2 Jahren in seinem Orchester an hervorragender Stelle mitwirken konnte. Über die wirksamste Substanz, das Trisaethylenaminobenzochinon, bei allgemeiner Anwendung hat ganz kürzlich Linke, Heidelberg in der DMW (Nr. 44, 1960) sowie in dem vorher genannten Buch „Chemotherapeutische Probleme maligner Tumoren“ (Verlag Enke, Stuttgart 1960) angeführt (Einzelheiten müßten darin nachgelesen werden), daß die Dosierung dieser hochwirksamen Substanz oft nur 1 mg oder wenige mg pro Woche beträgt, daß zuweilen schon eine einmalige Behandlung mit 1 mg wöchentlich ausreichend sein kann.

Die fraglos überzeugendsten Erfolge sind bisher mit der Lokalbehandlung erreicht worden, z. B. erzielte A. Pillat, Univ.-Augenklinik Wien, durch Anwendung von „Bayer E 39“ bei malignen Lid- und Konjunktivaltumoren des Auges Heilungen mit teilweise besseren kosmetischen Erfolgen als vorher durch Operationen möglich waren. Die Univ.-Augenkliniken Erlangen und Hamburg haben die Ergebnisse von Pillat vollauf bestätigt und ergänzt. Es erscheint möglich, auch bei Hautmelanomen, Mammatumoren eine ähnliche Behandlung zu entwickeln, vor allem, um Metastasierungen bei Operationen zu verhüten. Auch nach Lokalbehandlung mit „Trenimon“ konnten vorher sicher diagnostizierte bösartige Tumoren zum Verschwinden gebracht werden. Erfahrungen über die optimal zu empfehlende Dosis liegen aber noch nicht vor. — Vielleicht wird sich mit den schon vorhandenen oder noch neu zu entwickelnden Cytostatica einmal eine Methode wie bei der Tuberkulose herausbilden, was durchaus logisch wäre: Langfristige Vorbehandlung von Tumoren — lokal oder allgemein —, um die Tumoren abzugrenzen, damit keine Tumorzellenschwemmung erfolgt, ähnlich wie wir ja durch „Neotaben“- bzw. „Nicotaben“-Behandlung den Tbc-Herd abgrenzen, damit durch eine doch noch notwendige Operation keine Tuberkelbakterien ausgeschwemmt werden.“

Stürmischer Beifall dankte den hochinteressanten Ausführungen.

Die Zytodiagnostik des Karzinoms



Es folgte sodann die Uraufführung eines Films „Zytodiagnostik des Collum-Carcinoms“ aus der I. Universitäts-Frauenklinik in München (Direktor: Professor Dr. Bickenbach) und der I. Universitäts-Frauenklinik in Wien (Direktor: Professor Dr. Antoine). Der Film wurde hergestellt von den Farbenfabriken Bayer in Verbindung mit der Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung in Bayern und der Österreichischen Krebsgesellschaft.

Prof. Dr. W. Bickenbach, Direktor der I. Universitäts-Frauenklinik München, leitete den Film mit folgenden Worten ein:

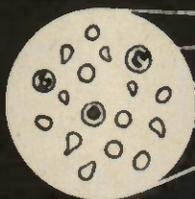
„Die Zytodiagnostik des Collum-Carcinoms des Uterus ist einer der wesentlichsten Fortschritte auf dem Gebiete der Früherfassung des Krebses in den letzten Jahrzehnten. Die Methode ist auf der einen Seite an Zuverlässigkeit als Suchverfahren nicht zu übertreffen, auf der anderen Seite aber so einfach, daß die Entnahme der Präparate ohne Bedenken in die Hände auch des praktischen Arztes gegeben werden kann. Es handelt sich im Prinzip um dasselbe wie bei der bakteriologischen Abstrichmethode. Die Objektträger werden kurz fixiert, dann in fixiertem Zustand einer Spezial-Untersuchungsstelle zugeleitet, ähnlich wie die bakteriologischen Abstriche einem Bakteriologischen Institut oder einer Staatlichen Untersuchungsstelle.“

Das Verfahren ist sehr viel einfacher als die Kolposkopie oder gar die Mikrokolposkopie, die beide ausschließlich in die Hand des Facharztes oder sogar nur großer Kliniken gehören.

Es ist sehr zu begrüßen, daß die Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung des Krebses in Bayern sich zusammen mit der Österreichischen Gesellschaft zur Krebsbekämpfung entschlossen hat, den folgenden Film anfertigen zu lassen, der besser als alle Vorträge und Demonstrationen den praktischen Arzt mit der Methode vertraut macht. Ich möchte nicht versäumen, der Firma Bayer-Leverkusen dafür zu danken, daß sie die Mittel für die Anfertigung dieses Filmes zur Verfügung gestellt hat und damit dazu beiträgt, den praktischen Arzt für eine Methode zu gewinnen, die ihm optimale Leistungen ermöglicht, ohne daß eine spezielle Krebsberatungsstelle in die Frühdiagnostik des Collum-Carcinoms eingeschaltet zu werden braucht.

Die Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung des Krebses in Bayern hat auch dafür Sorge getragen, daß die eingesandten Präparate ordnungsgemäß weiterverarbeitet und beurteilt werden. Von ihr wurden drei zytologische Laboratorien materiell und personalmäßig ausgestattet, die den Universitäts-Frauenkliniken um Erlangen, Würzburg und München angegliedert sind und die den praktischen Ärzten zu diesen zytologischen Einsendungen unentgeltlich zur Verfügung stehen.

Über die Notwendigkeit der Früherkennung der Genitalkarzinome besteht heute kein Zweifel. Bei Behandlung des Collum-Carcinoms erreichen wir im Stadium I, also bei Begrenzung des Carcinoms auf die Portio, 80 und mehr Prozent 5-Jahresheilungen, bei den fakultativen Vorstadien, dem sogenannten Ober-



Modernes Antianämikum mit
lebereigenem Vitamin B₁₂

B₁₂-MARDULAN

Sandoz

flächencarcinom oder dem sogenannten atypischen Epithel, praktisch sogar 100%, bei den Kranken des Stadiums III dagegen aber nur 40%. Die Früherkennung vermag also sehr viel Menschenleben zu retten. Es wäre aber fehlerhaft, mit dieser Früherkennung und Frühdiagnose zu warten, bis Symptome auftreten. Die Erhebungen aus den letzten Jahren am Krankengut der I. Universitäts-Frauenklinik haben gezeigt, daß 52% der Frauen mit Collum-Carcinom bei der Entnahme, die unmittelbar nach Auftreten der Erstsymptome erfolgte, bereits im Stadium III waren. Beim Ovarial-Carcinom waren es sogar 82%. Daraus geht also eindeutig hervor, daß es völlig ungenügend ist zu warten, bis die sogenannten Frühsymptome, fleischwasserähnlicher Ausfluß, Kontaktblutungen und dergleichen, auftreten. Es gibt keine Frühsymptome, es gibt nur Erstsymptome, und diese treten erst auf, wenn in der Mehrzahl der Fälle die Erkrankung bereits das ursprüngliche Organ, das eigentliche Collum uteri, überschritten hat und in die Parametrien eingewandert ist. Diese auch am Zahlenmaterial anderer Kliniken eindeutig belegbare Tatsache zwingt dazu, die Vorsichtsuntersuchung als einzig mögliche Form einer wirklichen Frühdiagnose und Früherfassung in unser ärztliches Vorgehen einzubauen. Diese Vorsichtsuntersuchung sollte bei allen Frauen vom 35. Lebensjahre an alle halbe Jahre, wenigstens in jedem Jahre einmal, erfolgen. Es ist zu hoffen, daß die neuen Gesetze über die Sozialreform und die Krankenkassen dieser eindeutigen Tatsache Rechnung tragen. Wie soll nun der Arzt bei derartigen Vorsichtsuntersuchungen auf gynäkologischem Gebiet vorgehen? Die Reihenfolge seiner Maßnahmen muß folgende sein:

1. Spekulumuntersuchung und Betrachtung der Portio und der Vaginalwände mit bloßem Auge, evtl. unter vorsichtigem Abtupfen schleimiger und anderer Beläge. Die Untersuchung beginnt also nicht, wie früher gelehrt wurde, mit der Tastuntersuchung, sondern sie muß mit Rücksicht auf die zytologische Untersuchung mit der Spiegeluntersuchung beginnen.

2. An diese Betrachtung mit unbewaffnetem Auge schließt sich an der Zellabstrich zum Zwecke der zytologischen Untersuchung. Über seine Technik wird am besten der Film aufklären. Die benötigten Instrumente sind in jedem Sprechzimmer eines praktischen Arztes mit eigenen Mitteln herzustellen. Es bedarf eines besonders geschnittenen Holzmundspatels, verschiedener Watteträger, es bedarf weiter einer Reihe von Objektträgern und einer Fixierungseuvette, in der diese Objektträger im Aether-Alkoholgemisch fixiert werden.

3. Erst dann folgt die Tastuntersuchung und zwar sowohl vaginal zum Zwecke der Ausschaltung von Uterusveränderungen und pathologischen Befunden an den Ovarien, und dann soll die rektale Untersuchung angeschlossen werden, um die Parametrien besser abtasten zu können aber auch, um ein Rektum-Carcinom rechtzeitig erkennen zu können.

4. Daran schließt sich die regelmäßige Untersuchung der Mamma an, bei der nach Knoten getastet werden muß. Es kann nicht klar genug darauf hingewiesen werden, daß mit dieser Art des Vorgehens 80% der bei der Frau vorkommenden Karzinome frühzeitig erkannt werden können, bevor sie noch Symptome machen.

Wer eine Methode anwendet, muß jedoch ihre Fehler kennen. Nichts in der Medizin ist 100prozentig vollkommen, auch die Zytodiagnostik nicht.

Die ersten Fehler werden bei der Entnahme ge-

macht. Die Sekrete, die auf der Portio haften, dürfen nicht zu stark eitrig und vor allen Dingen nicht zu blutig sein. Anderenfalls muß man erst eine zu stark eitrig Kolpitis zum Abheilen bringen oder mit der Entnahme warten, bis eine uterine Blutung, Periode, klimakterische Blutung, abgeklungen sind.

Weiterhin ist wichtig, daß für die Entnahme die richtige Stelle gewählt wird. Man beginnt mit dem Abstrich aus der Cervix mittels eines Wattestäbchens, es erfolgt dann die Entnahme von Sekret aus dem hinteren Schneidegewölbe, mittels eines zweiten Wattestäbchens und dann kommt bei irgendwelchen suspekten Veränderungen an der Außenfläche der Portio das Abschaben der Außenfläche mit Hilfe des Ayre-Spatels, eines besonders zugespitzten einfachen Holzmundspatels.

Falsch ist es, diese zytologischen Abstriche von den seitlichen Scheidengewölben oder von den unteren Partien der Scheide zu machen. Die Entnahmen aus diesen Stellen führen zu nicht eindeutigen Ergebnissen.

Der zweithäufigste Fehler wird bei der Fixierung gemacht. Die Fixierung in einem Gemisch von Alkohol und Aether zu gleichen Teilen muß unmittelbar nach der Entnahme noch vor Austrocknung und Lufttrocknung der Präparate erfolgen. Werden sie an der Luft trocken dadurch, daß beispielsweise der Arzt nach der Entnahme abgerufen wird und erst nach einigen Minuten dazu kommt, das Präparat in die Fixierungsflüssigkeit zu legen, so sind die Ausstriche sehr viel weniger brauchbar. Das Nichtausführen einer sofortigen Fixierung ist also eine der wichtigsten Fehlerquellen der Methode.

Neben den Fehlern bei der Entnahme muß der Arzt aber auch mit der Auswertung der von den zytologischen Laboratorien gelieferten Ergebnisse vertraut sein. Jeder Laboratoriumsbefund ist letzten Endes nur ein Symptom beim Aufbau der Diagnose, aber nicht das einzige. Es ist üblich, den Grad der Veränderung bei den zytologischen Abstrichen nach demjenigen zu benennen, der zuerst die Methode in größerem Rahmen eingeführt hat, dem New Yorker Arzt Papanicolaou. Er teilte in 5 Stadien ein: Stadium I, II, III, IV und V. Für den praktischen Arzt kommt es nun für die Diagnosesstellung darauf an, daß die ihm mitgeteilten Stadien der Zellveränderungen mit dem übrigen Befund übereinstimmen; d. h. also, findet sich bei der Betrachtung mit bloßem Auge keine Veränderung, so muß dies mit dem Papanicolaoubefund korrespondieren. Findet sich aber trotzdem ein positiver Papanicolaou, ähnlich wie beim Carcinom oder Oberflächencarcinom der Portio, so muß weiter gesucht werden, woher die Veränderung kommt.

Es ist ferner wichtig, daß sich der Arzt klar macht, daß ihm die zytologische Methode keine Enddiagnose liefert. Es handelt sich um eine klinische Suchdiagnose, auf der keinesfalls ein therapeutisches Vorgehen, wie eine intensive Radium-Röntgenbehandlung oder gar die Wertheim'sche Operation, aufgebaut werden kann.

Eine häufige Störungsmöglichkeit sind in der Scheide vorhandene Entzündungen. Sie rufen Zellatypien hervor, die sich von denjenigen bei Carcinom oder Oberflächencarcinom kaum abgrenzen lassen. Es ist notwendig, diese Entzündungen zum Abklingen kommen zu lassen mit einem der üblichen Mittel, die bei der Kolpitisbehandlung angewendet werden.

Ähnliche atypische Zellen findet man auch bei senilen Atrophien. Auch hier kann eine sekundär aufgepfropfte Entzündung das zytologische Bild fälschen und erst zur richtigen Beurteilung führen, wenn die Entzündung abgeklungen ist.

Cor-Vel

Herzsalbe

bei Herzneurose, Angina pectoris und im Klimakterium

Findet man bei der bloßen Betrachtung der Portio mit dem Auge nichts, ist aber der Papanicolaou positiv und bleibt er trotz Behandlung einer Entzündung positiv, so muß angenommen werden, daß die atypischen Zellen aus dem Cervicalkanal kommen. In diesem Fall bleibt nichts anderes übrig, als zu konisieren, d. h. einen Kegel aus der Portio herauszuschneiden, dessen Achse der Cervicalkanal bildet und anschließend eine Abrasio des Corpus uteri vorzunehmen. Diese Konisation kann mit dem elektrischen Messer aber auch, wie der Film zeigt, mit dem scharfen Messer vorgenommen werden. Beide Methoden sind jedoch nicht Maßnahmen der Sprechstunde, sondern nur unter klinischen Verhältnissen durchzuführen.

Wenn alles in allem der praktische Arzt von dem zytologischen Laboratorium die Diagnose Papanicolaou IV oder V bekommt, so bleibt nichts anderes übrig, als daß er die Patienten einem Facharzt oder dem entsprechenden Krankenhaus zuweist, das mit den Ergebnissen dieser Methode vertraut ist.

Die Treffsicherheit dieser Methode beträgt 90—96%. Falsch negative Ergebnisse kommen gelegentlich bei fortgeschrittenen Carcinomen vor, die aber ohne weiteres schon im Spekulum mit bloßem Auge als Carcinome identifiziert werden können. Falsch negative Ergebnisse ergeben sich auch manchmal, wenn der Abstrichentnahme eine Scheidenspülung vorangegangen ist oder wenn bei der Untersuchung eine falsche Reihenfolge, z. B. erst die Tastuntersuchung und erst am Schluß die Spekulumuntersuchung, eingehalten wird.

Falsch positive Ergebnisse kommen eigentlich nur bei Entzündungen der Scheide bzw. des Cervicalkanals oder der Portiooberfläche vor.

Es muß ferner darauf hingewiesen werden, daß die Methode beim Corpus-Carcinom nicht zuverlässig ist. Hier beträgt die Treffsicherheit nur 60%. Daraus ergibt sich die Folgerung, bei allen Formen von uterinen Blutungen bzw. Blutungen aus dem Cervicalkanal, auf jeden Fall zu abradieren, wenn diese Blutungen azyklisch oder irgendwie atypisch verlaufen.

Im ganzen kann man aber sagen, daß die Zytodiagnostik der Vagina eine ideale Methode der Krebsfahrtsuche darstellt. Sie ist einfach und doch hoch leistungsfähig. Es müßte gelingen, mit ihr die Zahl der Portio-Carzinome wesentlich herabzudrücken. Ansätze dazu sind vorhanden. Die Relation Portio-Carcinom und Corpus-Carcinom, die früher 10:1 betrug, ist heute in manchen Kliniken und dem Untersuchungsgut mancher Ärzte, die von der Zytologie Gebrauch machen, bereits auf 1:1 zurückgegangen. Man hat versucht, diese Änderung der Relation damit zu erklären, daß die Frauen heute älter würden und das Durchschnittsalter der Corpus-Carcinom-Patienten um 10 Jahre höher liegt als der Patienten mit Collum-Carcinom. Es ist jedoch auffällig, daß diese Änderung der Relation sehr sprunghaft erfolgte und nicht kontinuierlich, wie wir es bei der Begründung dieser Änderung allein aufgrund des Durchschnittsalters der Patienten erwarten müßten. Es ist wahrscheinlich, daß bei der Änderung dieses Verhältnisses die Früherkennung der Portio-Carzinome, z. T. sogar noch im Stadium der fakultativen „Präkanzerose“ eine Rolle spielt.

Die Zytodiagnostik stellt also, aufs Ganze gesehen, eine aussichtsreiche Methode dar, die auf gynäkologischem Gebiet zu dem unerläßlichen Rüstzeug auch des praktischen Arztes gehören wird.*)

*) In diesen Tagen wird den Ärzten von der Arbeitsgemeinschaft für Krebserkennung und Krebsbekämpfung in Bayern, deren Federführung die Bayerische Landesärztekammer hat, eine wertvolle Broschüre über Zytodiagnostik übersandt.



Hilft helfen!

Jetzt auf alle Briefe und Karten
die Weihnachtssiegelmarken

Lärm und Lebensnerven

Prof. Dr. R. E. Mark:

Direktor der I. Mediz. Univ.-Klinik Halle

Zu den allgemeinen Auswirkungen unserer Zivilisation in ihrer Belastung des Gesamtorganismus gehören die Rastlosigkeit und Unruhe unserer Zeit, die Unregelmäßigkeiten des modernen Lebens mit all den Zivilisationseinrichtungen des Verkehrs, des Telefons, von Bergbahn, Auto und Flugzeug, jedoch auch die wesentlich rascheren Abläufe der Bewegungsvorgänge an der Arbeitsstelle und im normalen Straßenverkehr.



Der allgemeine und berechtigte Unwille richtet sich vornehmlich gegen die Störung der Konzentration bei Tag und gegen die Störung der Ruhe bei Nacht durch den Verkehrslärm, durch unerwünschte Rundfunkdarbietungen der Zimmernachbarn, aber auch gegen die Aufdringlichkeit, mit der sich der Fernsprecher meldet. Die häufige Störung durch das Telefon erweist sich in der Tat vielfach als sehr belastender Faktor.

Wenn man in den Betrieben den Ursachen des Leistungsknicks mancher Arbeiter nachforscht, kann man zweifellos nicht an dem Betriebslärm vorbeigehen. In manchen Betrieben sind die Arbeiter außer dem Lärm der Vibration durch die Tätigkeit der Maschinen ausgesetzt. Auch sie führt neben anderen Regulationsstörungen zu ausgeprägten vasomotorischen Störungen und Durchblutungsstörungen. Alle durch die erwähnten Erschütterungen und Vibrationen, durch Explosionen und Detonationen, also durch Lärm überhaupt hervorgerufenen Noxen sind noch weitgehend am Durcheinander der vegetativen Regulation verbunden. Dabei ist die Empfänglichkeit, auf die verschiedenen Arten vestibularer Reizung zu antworten, individuell verschieden.

In einem Aufruf vom Oktober 1953 sieht die Deutsche Physiologische Gesellschaft in dem wachsenden Lärm nicht nur eine vermeidbare Belästigung, sondern eine große Gefahr für die Erhaltung von Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Bevölkerung. Professor Tremolieres, Mitglied der Medizinischen Akademie Paris, sieht den Lärm als den z. Z. größten Gesundheitsfeind. In Deutschland gibt der Arbeitsring für Lärmbekämpfung seit 1954 eine Zeitschrift „Kampf dem Lärm“ heraus.

Lärm als biologischer Begriff kann nur bei biologischer Betrachtung annähernd in seinen Auswirkungen erfaßt werden. Die Lästigkeit wächst sowohl mit zunehmender Lautstärke als auch mit steigender Frequenz. Kontinuierliche Geräusche belästigen weniger als diskontinuierliche. Dasselbe Geräusch wirkt auf verschiedene Personen verschieden stark belästigend. Als Ursache dieser unterschiedlichen Disposition des Empfängers kommen in Frage: Das Lebensalter, Geschlecht, die augenblickliche körperliche und geistige bzw. seelische Verfassung und auch die Beschäftigung der lärm betroffenen Person. Frauen sind etwas häufiger lärmempfindlich als Männer. Mit zunehmendem Alter steigt ganz allgemein die Lärmempfindlichkeit an. Immer wieder wurde nachgewiesen, daß sich die vegetativen Lärmauswirkungen nicht durch subjektive Gewöhnung vermindern (Mayer-Delius).

Bei den meisten der oben besprochenen Vorgänge sind die Sinnesorgane des Menschen und damit letztlich seine Lebensnerven dauernd vermehrten Reizeinflüssen ausgeliefert.

Die engen regulatorischen Beziehungen zwischen den organischen Grundfunktionen des Körpers, wie z. B. von Kreislauf und Atmung und dem vegetativen Nervensystem sind lange bekannt.

Prof. Dr. Mark konnte in den Jahren 1931—1933 tierexperimentell nachweisen, daß sowohl von Re-

HOMBURG

Cardiale Dekompensation

bei akutem Herzversagen

CORDALIN[®]-STROPHANTHIN

Oxyethyltheophyllin · Hamburg · + k-Strophanthin

Ampullen mit 1/8 mg und 1/4 mg

Suppositorien mit 1/2 mg

zur Dauertherapie

CORDABROMIN[®]-DIGOXIN

1-(β -Oxypropyl)-theobromin + Reinglykosid aus Digitalis lanata

Dragées mit 1/8 mg und 1/4 mg

zur individuellen Dosierung

dünndarmlöslich · optimal verträglich

Ampullen Injektionslösung unverdünnt

iv. und **auch im.** applizierbar

Suppositorien mit 1/2 mg

Tropfen

CHEMIEWERK HOMBURG FRANKFURT/MAIN



Ab 12. Dezember 1960

befinden sich unsere

neuen Ausstellungs- und Verwaltungsräume

– in nächster Nähe unserer bisherigen Geschäftsräume –

NÜRNBERG · Gleißbühlstraße 7

Ecke Marienstraße/Cancordia-Haus · Telefon 2 69 50 und 2 44 26

Wir würden uns freuen, unsere verehrten Geschäftsfreunde recht bald bei uns begrüßen zu dürfen.

Röntgen- und elektro-medizinische Apparate · Ärzte- und Krankenhausbedarf

KURT PFEIFFER

Nürnberg – Frankfurt



Fieber · Grippe · Infekte

Tropfen · Dragees

**Contra
mutan[®]**



APOTHEKER MÜLLER ARZNEIMITTELFABRIK BIELEFELD

zeptorenfeldern in der Halstiefe wie von den Rezeptorenfeldern in Carotissinus und Aorta aus der Tonus des vegetativen Nervensystems gesteuert werden kann. Da durch die Untersuchungen von Magnus wichtige Zusammenhänge von Hals- und Labyrinthreflexen auf die Körpermuskulatur bekannt waren, ist Prof. Mark dann gemeinsam mit Seiferth der Frage nachgegangen: Bestehen auch bezüglich des Kreislaufs und der Atmung enge Beziehungen zwischen Hals- und Labyrinthreflexen?

Sie fanden bei Labyrinthbewegung eine verschieden lang anhaltende Blutdrucksenkung und Vertiefung und Verlangsamung der Atmung, bei Labyrinthauschaltung Blutdruckanstieg und Beschleunigung der Atembewegungen.

Verschiedene Autoren und insbesondere Untersuchungen an der Baylor-Universität in Houston berichten bereits nach mäßig lauten Geräuschen vermehrte Ausschüttung von Adrenalin infolge durch den Lärmreiz gesteigerter Arbeit des vegetativen Nervensystems.

Weiter konnte schon 1935 von Bekesy für höhere Schalldrücke als Ausdruck akustischer Reizung des Vestibularapparates am normalen Menschen Gleichgewichtsstörungen registrieren. Durch sehr starken Lärm wird auch die Gleichgewichtsfunktion des Ohres beeinflusst. Das Auftreten solcher Gleichgewichtsstörungen hat man neuerdings auch beim Lärm moderner Düsenflugzeuge beobachten können.

Da bereits eine geringe Reizung des Vestibularapparates zu einer Erhöhung des Muskelstromes führt, lassen sich schließlich auch Ermüdungserscheinungen als Schallfolge verstehen. Schwächere Schalldrücke, z. B. bei Explosionen, bedingen neben der vorübergehenden Vertaubung Akkomodationskrämpfe der Binnenohrmuskeln. Der Einfluß von Geräuschen auf ganze Muskelgruppen überhaupt darf nicht unterschätzt werden. Bei einer schlafenden Versuchsperson kontrahierten sich auf bestimmte Geräusche hin verschiedene Muskelpartien, ohne daß die Versuchsperson aufwachte.

Im Schlaf ist die Empfindlichkeit deutlich gesteigert, so daß bei Lärmreizen, die nicht zum Erwachen führen, von 50 Phon an Reaktionen zu beobachten sind, die beim wachen Menschen erst bei 80 Phon auftreten. Für die normale Erregbarkeit scheinen endokrine Faktoren von Bedeutung. Magersüchtige waren durch Geräusche schwerer, Myxödemkranke leichter als Normale erweckbar. Auch Lärm, der einen Schläfer nicht aufzuwecken vermag, verändert unmerklich und unbemerkt die Tiefe des Schlummers und raubt in diesem Sinne einen Teil der Nachtruhe.

In neuerer Zeit kann man mit dem Elektroencephalogramm auch Einblick in die Natur des Schlafes nehmen. Es erwies sich, daß Lärm den Schlaf stören kann, ohne ihn ganz zu unterbrechen. Zu den ersten Folgen schädlicher Auswirkungen des Lärms auf die Gesundheit gehört die Schlaflosigkeit, an der nach einer Umfrage eines deutschen demoskopischen Institutes 1953 jeder zweite Deutsche leidet.

In Lärmbetrieben sind Kopfschmerzen eine besonders häufig geklagte Beschwerde. Besonders wichtig und auch vielseitig studiert erscheinen die Lärmeinflüsse auf das Kreislaufgeschehen, sowohl auf das Herz wie auf die Peripherie. Durch Geräuscheinwirkung kann die Schlag-

folgedes Herzens sich ändern, es kann zu Pulsarrhythmien kommen.

In neuester Zeit haben Mitarbeiter der Hoffschen Klinik in Frankfurt festgestellt, daß Lärm- und Lichtreize vor allem bei starker körperlicher Belastung eindeutig die Arbeitsökonomie verringern. Bei diesen Untersuchungen war der Einfluß von Lärm stärker als jener von Licht.

Über die Beeinflussung der Atmung durch Lärmeinflüsse liegen einzelne Angaben vor. Schon 1927 fand Donald bei Maschinenschreiberinnen eine Steigerung des Energieverbrauches um 17% im Vergleich zur selben Arbeit ohne Lärm.

Auch auf die Magenkontraktion und die Darmperistaltik wirkt sich Lärm aus. Bei hoch Belärmten traten Verdauungsbeschwerden häufiger als bei schwach Belärmten auf.

Immer wieder ist man der Frage nach einer Lärmkrankheit nachgegangen. Das Ergebnis einer Fluglärmtagung in München 1956 ist: Es gibt noch keine Lärmkrankheit. Doch kann nach dem Physiologen Ranke der moderne Lärm als „Alarm“ für das vegetative Nervensystem das Zünglein an der Waage darstellen zwischen Gesundheit und Krankheit.

Zur grundsätzlichen Beurteilung der Gesundheitsgefährdung des menschlichen Organismus durch den Lärm geht man am besten von der Einteilung von Lehmann in mehrere Lärmstufen aus.

Lärmstufe I von 35 bis 65 Phon hat nur eine physiologische Bedeutung. — In der Lärmstufe II von 65 bis 90 Phon kommen physiologische Reaktionen zu den psychophysischen der Lärmstufe I dazu. Diese Reaktionen spielen sich im Gebiet des Vegetativums ab an vegetativ innervierten Organen. Sie könnten sich fallweise zu organischen Krankheiten am Herzen oder Magen ausweiten. Die Lärmstufe III reicht von 90 bis 120 Phon. Hier kommen zu den Wirkungen in Stufe I und II noch die otologischen Schäden, die Lärmschwerhörigkeit. Die hohen Intensitäten der Lärmstufe IV (über 120 Phon) haben insbesondere auf das Gewebe des Nervensystems und Gehirns eine zerstörende Wirkung. Diese können zu lebenslänglichen Lähmungen und Sichtung führen, ja können sogar unmittelbar tödlich sein.

Der Belastbarkeit des Menschen und auch seines vegetativen Nervensystems sind Grenzen gesetzt, die ohne die Gefahr einer Gesundheitsschädigung nicht überschritten werden dürfen.

Alle die Schilderungen der einzelnen Autoren entsprechen voll und ganz dem von Prof. Mark eingehend monographisch geschilderten Begriff vegetativer Dysregulationen, deren vielseitige bekannte Ursachen dort erörtert sind. Eine dieser bisher sicher klinisch nicht entsprechend berücksichtigten Ursachen ist die Überbelastung durch Lärm. Es wird in solchen Fällen Aufgabe einer sehr eingehenden Berufsanamnese und einer zusätzlichen audiologisch-otologischen Untersuchung sein, den Lärmschaden herauszuarbeiten.

Die besprochenen vegetativen Reaktionen bedeuten eine Umstellung auf einen vorwiegend erhöhten Sympathikotonus und damit eine Vorbelastung für den Organismus bei körperlicher und insbesondere auch geistiger Arbeit.

Der Lärm übt also neben seiner Bedeutung für die Pathologie des Hörorgans weitgehende Einflüsse auf den Organismus in seiner Gesamtheit aus, wobei das Ausmaß dieser Störungen von Intensität, Frequenzcharakter und Einwirkungsdauer des Lärms abhängt.

RECORSAN®

die älteste **Herzsalbe**

Jetzt mit neuer Salbengrundlage: Erhöhte Penetration
Fettfrei – Wasserlöslich – Nicht schmutzend

O. P. 20 g lt. AT. DM 1,80 o.U.

RECORSAN-GMBH. APOTHEKER REINHARD & SOHN - MÜNCHEN-GRAFELFING

Unter den allgemeinen Auswirkungen unserer Zivilisation in ihrer Belastung des Gesamtorganismus kommt dem Lärm eine zum Teil erforschte, zum wichtigen Teil aber weiter zu erforschende Bedeutung zu.

Elne weitere Filmvorführung

„Der Nachweis von Tumorzellen im strömenden Blut“ wurde eindrucksvoll in einem Film dargestellt, aus dem Institut für experimentelle Pathologie der Farbenfabriken Bayer (Direktor: Prof. Dr. Domagk) und aus der Klinik und Poliklinik der Universität München (Direktor: Professor Dr. Alexander Herrmann).

Unter den namhaften Vortragenden befand sich auch Professor Dr. A. Lemaire aus Paris, der besonders herzlich begrüßt wurde.

Mit welcher großer Aufmerksamkeit die zahlreichen Zuhörer den interessanten Vorträgen, von denen aus Raumgründen nur einige wenige referiert werden konnten, folgten, ergibt sich aus der erfreulichen Tatsache, daß sie auch am letzten Tag, dem Sonntag, bis zuletzt ausharrten. An diesem Tage, dem 1. Adventssonntag, leuchtete unter dem Rednerpult eine Adventskerze als sinniges Gedenken.

So war denn auch diese Tagung unter Professor Dr. Meythaler ein voller Erfolg.

K-g.

Der Einsatz des Sanitätsbataillons 5 anlässlich der Erdbebenkatastrophe in Agadir

Von Oberfeldarzt Dr. Merkle, Div.-Arzt 5. Pz.-Div. / Kommandeur San.-Btl. 5

Auf entsprechende Bitte hin gab Oberfeldarzt Dr. Merkle, Div.-Arzt 5. Pz.-Div. / Kommandeur San.-Btl. 5 folgenden Bericht über den Einsatz des Sanitätsbataillons 5 und anderer Teile der Bundeswehr anlässlich der Erdbebenkatastrophe in Agadir:

Am 1. März 1960 etwa um 20.30 Uhr bekam ich vom Sanitäts-Inspekteur, Herrn Generalstabsarzt Dr. Jödicke, fernmündlich im Wortlaut etwa folgenden Befehl: „Sie haben wahrscheinlich in den Radionachrichten heute schon gehört, daß sich in der vergangenen Nacht in Agadir ein schweres Erdbeben ereignete (ich hatte noch nichts davon gehört). Über den Rundfunk wurde internationale Hilfe durch Ärzte und San.-Personal angefordert. Der Herr Staatssekretär im Bundesverteidigungsministerium hat deshalb angeordnet, daß sofort ein Hauptverbandplatz (HVPI) eines Sanitätsbataillons der Bundeswehr alarmiert wird, um auf dem Luftwege nach Agadir transportiert zu werden. Veranlassen Sie deshalb sofort alles, was Sie für notwendig halten, und treffen Sie mit diesem HVPI morgen früh um 10.00 Uhr am Flugplatz Köln-Wahn ein.“

Der 1. 3. 1960 war der Fastnachtsdienstag. Infolgedessen war es nicht ganz einfach, im Laufe der Nacht personell und materiell alles verladebereit zu haben. So z. B. mußte ein Stabsarzt/Chirurg, der sich zu dieser Zeit beim sog. Stabsoffiziers-Lehrgang an der Sanitätsschule der Bundeswehr in München befand, zurückgeholt werden. Ein weiteres Beispiel, welche Schwierigkeiten im Laufe der Nacht vom 1. zum 2. 3. zu überwinden waren, zeigt folgende Begebenheit: Da größere Mengen an Verpflegung mitzunehmen waren, beauftragte ich einen Offizier des Sanitäts-Bataillons 5, 1000 Tagesportionen Verpflegung bei einer anderen Kaserne von Koblenz leihweise zu beschaffen. Bei dem diesbezüglichen Telefongespräch bekam dieser Offizier eine sehr unhöfliche Antwort mit der Frage nach seinem derzeitigen Blutalkoholspiegel und konnte den Ernst der Situation nur durch sein persönliches Erscheinen glaubhaft machen.

Alle Schwierigkeiten konnten jedoch überwunden werden. Mit 5 Ärzten, darunter 2 Chirurgen, 48 Unteroffizieren und Mannschaften sowie dem gesamten Material und der notwendigen Verpflegung rückte am 2. 3. der HVPI von Koblenz um 7.00 Uhr ab und traf befehlsgemäß um 10.00 Uhr am Flugplatz Köln-Wahn ein. Dort standen für die erste Welle 5 Noratlasmaschi-

nen der deutschen Luftwaffe bereit. Nach kurzer Einsatzbesprechung erfolgte die Verladung und etwa um 11.30 Uhr der Abflug.

Da infolge des Erdbebens Nachtlandungen in Agadir nicht möglich waren, wurde gegen Abend in Madrid gelandet und am nächsten Tag weitergeflogen. Um 15.00 Uhr erfolgte die Landung auf dem von Frankreich gepachteten Flugplatz in Agadir, wobei bereits beim Anflug die fürchterlichen Zerstörungen der Stadt festgestellt werden konnten.

Am Flugplatz erwartete uns bereits der deutsche Konsul von Marokko, Herr Franz Obermaier, der uns trotz eigener akuter und schwerer Erkrankungen seine Hilfe anbot, die sich in den nächsten Tagen als außerordentlich wertvoll erweisen sollte. Herr Obermaier machte uns vor allem mit allen Sitten, Gebräuchen und Gefahren des Landes (Schlangen, Skorpione usw.) bekannt und diente uns als Dolmetscher.

Nach Meldung beim französischen Flugplatzkommandanten erfolgte die erste Aussprache mit dem marokkanischen Kronprinzen Moulay Hassan, der von seinem Vater, dem Sultan von Marokko, mit der Organisation des Katastropheneinsatzes beauftragt war und seinen Amtssitz im Schloß Inezgane, 9 km ostwärts von Agadir, aufgeschlagen hatte.

In der Nacht vom 3. zum 4. 3. wurde der ehemalige Campingplatz von Inezgane als Einsatzort für unseren HVPI festgelegt und am nächsten Tag begann die Arbeit. Im Laufe der folgenden Tage wurde uns ein Funktrupp der Marine zugeflogen, der ständige und ungestörte Funkverbindung mit dem Bundesverteidigungsministerium in Bonn hatte. Außerdem kamen auf dem Luftwege noch der Wehrbereichshygieniker im Wehrbereich I und ein ABC-Trupp an, die entsprechend ihrer Ausbildung die hygienischen Maßnahmen zu treffen hatten.

Während unseres insgesamt fünfwöchigen Einsatzes, währenddessen wir selbst noch sieben Erdbeben, darunter zwei schwere, erlebten, wurden über 80 Operationen durchgeführt, über 100 Patienten stationär und weit über 1000 ambulant behandelt. Die ambulante Behandlung gestaltete sich insofern besonders schwierig, als die Mehrzahl der Marokkaner nur arabisch sprechen konnte und wir nur zwei Dolmetscher für französisch/deutsch dabei hatten. Das marokkanische Gesundheitsministerium stellte uns deshalb eine

marokkanische Krankenschwester und einen marokkanischen Krankenpfleger zur Verfügung, die arabisch/französisch dolmetschten. Der marokkanische Krankenpfleger flog am Ende unseres Einsatzes auf seinen ausdrücklichen und intensiven Wunsch hin mit uns nach Deutschland und ist heute im Bundeswehr-Lazarett Koblenz tätig.

Außer einer Ärztgruppe des Italienischen Roten Kreuzes und einer Reihe von Krankenschwestern aus insgesamt 8 Nationen waren Sanitätseinheiten anderer Völker nicht eingesetzt. Wir stellten also den Ersatz für das total zerstörte Krankenhaus in Agadir dar. Bis zu unserem Eintreffen wurde von Amerikanern und Franzosen die Mehrzahl der Schwerverletzten nach Leistung der Ersten Hilfe mit Flugzeugen an die Krankenhäuser von Casablanca und Marakesch abtransportiert.

Der Hygieniker mit dem ABC-Trupp führte die hygienische Überwachung und Betreuung nicht nur des HVPI, sondern auch von zwei uns benachbarten Lagern mit insgesamt etwa 17 000 Flüchtlingen durch. Außerdem machte er den marokkanischen Behörden entsprechende Vorschläge zur Seuchenverhütung. Letzteres war notwendig, da die Seuchengefahr besonders groß war, und zwar einmal durch die enorme Hitze (tagsüber meistens weit über 40° C im Schatten), weiterhin infolge der Tatsache, daß die Massengräber mit den Tausenden von Toten nur mit einer sehr dünnen Erdschicht bedeckt waren, die in der Nacht von den Schakalen sehr schnell weggescharrt war.

Drei von Agadir etwa 40 km entfernte Dörfer im Atlasgebirge, die durch das Erdbeben ebenfalls zerstört waren, wurden von uns ebenfalls entsprechend betreut.

Wenn hier von Betreuung gesprochen wird, so ist darunter zu verstehen, daß in Zusammenarbeit mit allen anwesenden internationalen Hilfsorganisationen (Rotes Kreuz, Eirene usw.) nicht nur eine Versorgung der Verletzten und Kranken, sondern auch die Versorgung der ihr Hab und Gut verloren habenden Zivilbevölkerung durchgeführt wurde. Es wurden Tausende von Decken, weiterhin Zelte, Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände aller Art verteilt. Die genannte Zusammenarbeit gestaltete sich in geradezu vorbildlicher Weise in dem Sinne nämlich, daß jeder Beteiligte einzig und allein bestrebt war, Menschen in ihrer Not zu helfen. Nennenswerte Schwierigkeiten traten hier niemals auf.

Es darf betont werden, daß sich das ärztliche und sonstige Gerät des HVPI voll bewährt und als ausreichend für jede Art von Operationen gezeitigt hat. Ein besonderer Vorteil war das Vorhandensein eines Röntgengerätes (leichtes Feld-Rö-Gerät).

Schwierigkeiten disziplinarer Art traten bei den Angehörigen der Sanitätstruppe in keinem Falle auf. Kein

Kolleginnen und Kollegen!

Die Bayerische Ärzteversorgung als Ihre Landesversorgung bietet Ihnen jede Möglichkeit, für Berufsunfähigkeit, Alter und die Hinterbliebenen die notwendige Vorsorge zu treffen. Entscheidend kommt es aber auf Ihre Einzahlungen während der aktiven Berufsjahre an!

Deshalb: Jede Mark, die Sie erübrigen können, in die Bayerische Ärzteversorgung. Sie tun damit das Beste für sich und Ihre Familie!

Soldat erkrankte oder wurde verletzt, ferner ereigneten sich weder Schlangenbisse noch Skorpionstiche.

Im Umgange mit der Zivilbevölkerung entstanden in keinem Falle nennenswerte Schwierigkeiten. In den ersten Tagen unseres Einsatzes wirkte sich die Tatsache nachteilig aus, daß der März der sog. Ramadan-Monat ist, d. h., daß der Mohammedaner hier in der Zeit von morgens (2 Stunden vor Sonnenaufgang) bis abends (1 Stunde nach Sonnenuntergang) weder essen noch trinken noch rauchen darf. Die Patienten hielten sich sehr streng an diese Vorschrift und verweigerten tagsüber auch die Einnahme von Medikamenten. Erfreulicherweise befreite der Sultan, der sowohl weltliches wie auch geistliches Oberhaupt ist, bei seinem Besuch des HVPI die Patienten von diesem Fastengebot. Vielleicht hat aber gerade letzteres einer Reihe von Marokkanern, die erst bis zu 11 Tagen nach dem Erdbeben aus den Trümmern ausgegraben wurden, das Leben gerettet. Denn es ist kaum vorstellbar, daß ein Europäer bei einer derartigen Hitze, noch dazu verschüttet, eine so lange Zeit vor allem ohne Flüssigkeitszufuhr lebend überstanden hätte. Einer der nach Tagen ausgegrabenen Einwohner fragte beim Aufwachen aus dem Schock, wo er sei; auf die Antwort: in einem deutschen Lazarett, begrüßte er das mit einem „Gott sei Dank“ — der Mann war ein Jude.

Nach Beendigung des Einsatzes wurde das San.-Gerät mit den Zelten des HVPI an den marokkanischen ‚Roten Halbmond‘ übergeben und unter militärischer Bewachung in ein großes Krankenhaus in Rabat, der Hauptstadt des Landes, gebracht, wo es dringend erforderlich war.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, daß unser Einsatz ein voller Erfolg war. Wir Soldaten haben den Wunsch, daß sich die Bevölkerung der Erde und besonders deren maßgebenden Männer so verstehen möchten, wie dies bei den Vertretern der vielen Nationen der Fall war, die in Agadir tätig und im Geiste einer echten Humanitas zur Hilfe für in Not geratene Menschen zusammengekommen waren.

Anschrift: Koblenz, Westfalenkaserne.

Serato *seit über 50 Jahren*
BEI MAGEN-, DARM-, LEBER-, GALLENLEIDEN u STOFFWECHSELSTÖRUNGEN
 ARZNEIMITTELFABRIK CHR. LUDWIG JACOBI, BERLIN SW 61, HASENHEIDE 54

Die Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Ausbau der wissenschaftlichen Hochschulen

Am 25. November 1960 hat das Präsidium des Wissenschaftsrates dem Bundespräsidenten, der Bundesregierung und den Länderregierungen als ersten Teil des von ihm zu erstellenden Gesamtplanes für die Förderung der Wissenschaften Empfehlungen zum Ausbau der wissenschaftlichen Hochschulen überreicht und zugleich der Öffentlichkeit bekanntgemacht.

Die vom Wissenschaftsrat beauftragte Wissenschaftliche Kommission setzte Arbeitsausschüsse für alle Disziplinen ein, in denen neben den Mitgliedern über 100 Hochschullehrer mitwirkten. Diese Arbeitsgruppen entwickelten Vorschläge für die Vertretung der einzelnen Disziplinen in Forschung und Lehre. Die Wissenschaftliche Kommission beriet u. a. Fragen des zahlenmäßigen Verhältnisses von Lehrpersonen und Studenten, der Größe der Hochschulen, der Einheit von Forschung und Lehre, des Ausländerstudiums und des Hochschullehrernachwuchses.

In der Öffentlichkeit ist in den vergangenen Jahren insbesondere das Problem der Überfüllung der wissenschaftlichen Hochschulen diskutiert worden. Zur Beseitigung des sich dadurch ergebenden Notstandes sind zahlreiche Vorschläge gemacht worden, in denen teilweise eine wesentliche Erhöhung der Zahl der wissenschaftlichen Hochschulen, teilweise eine Beschränkung der Studentenzahlen auf ein vertretbares Maß empfohlen wurde. Der Wissenschaftsrat vertritt die Auffassung, daß eine Beschränkung der Studentenzahl nicht vorgenommen werden sollte, sondern die wissenschaftlichen Bildungseinrichtungen der Bundesrepublik so erweitert werden sollten, daß alle geeigneten Studenten, die ein Studium beginnen wollen, von den Universitäten und wissenschaftlichen Hochschulen aufgenommen werden können.

Dies setzt eine beträchtliche räumliche und personelle Erweiterung der bestehenden wissenschaftlichen Hochschulen, aber auch die Gründung neuer wissenschaftlicher Hochschulen voraus. Denn nach den Überlegungen des Wissenschaftsrates werden die bestehenden wissenschaftlichen Hochschulen erst nach ihrem jetzt vorgeschlagenen Ausbau in der Lage sein, die Zahl von Studenten sachgerecht auszubilden, die bereits jetzt vorhanden ist, also etwa 200 000. Da aber nach den Vorausrechnungen zu erwarten ist, daß allein die Zahl der deutschen Studenten bis zum Jahre 1964 auf 240 000 steigen und die Zahl der ausländischen Studenten mindestens 20 000 betragen wird, müssen neben den vorhandenen wissenschaftlichen Hochschulen neue Ausbildungsmöglichkeiten geschaffen werden.

Der Wissenschaftsrat schlägt daher die Gründung von drei Universitäten vor, die zur Entlastung der bestehenden Hochschulen gegründet werden und in den Bereichen errichtet werden sollten, in denen zur Zeit besonders auffällig hohe Studentenzahlen festzustellen sind. Neben der Gründung dreier neuer Universitäten soll die Errichtung einer Technischen Hochschule erwogen werden, wobei die mögliche Auswirkung eine Einbeziehung technischer Disziplinen in bestehende und neue Universitäten sowie des primär notwendigen Ausbaues der Ingenieurschulen zu berücksichtigen ist. Hieraus geht hervor, daß der Wissenschaftsrat dem

Gedanken, den Universitäten Ingenieurwissenschaftliche Fakultäten beizugeben, positiv gegenübersteht. Schließlich sollen neben neuen wissenschaftlichen Hochschulen Medizinische Akademien gegründet werden.

Behördliche Vermehrung der Lehrstühle

Das vorgelegte Bauprogramm erfordert Aufwendungen in Höhe von 2,6 Milliarden DM bis zum Jahre 1964, die nach den Empfehlungen von Bund und Ländern je zur Hälfte getragen werden sollten. Mittel für die Errichtung neuer Hochschulen sind in dieser Summe nicht enthalten. Zur Wahrnehmung der Lehr- und Forschungsaufgaben in den wissenschaftlichen Hochschulen schlägt der Wissenschaftsrat eine beträchtliche Vermehrung der Lehrstühle und der Stellen für das wissenschaftliche Personal sowie die Einführung einer neuen Stellengruppe vor. Es soll eine große Zahl von Stellen für Abteilungsvorsteher und Wissenschaftliche Räte, die die Möglichkeit selbständiger Forschungsarbeit durch die Bereitstellung von sachlichen und personellen Mitteln erhalten sollen, vorgesehen werden.

Nach den Vorschlägen wird der Aufwand für das wissenschaftliche Personal von z. Z. 210 Millionen DM auf 360 Millionen DM jährlich steigen.

Es ist selbstverständlich, daß sich durch die Verstärkung des Lehrkörpers, aber auch durch den ohnehin zusätzlichen Bedarf die Notwendigkeit ergibt, die Sachmittel für die wissenschaftlichen Hochschulen beträchtlich zu erhöhen. Zur Zeit beläuft sich die Höhe der Sachmittel auf jährlich 39 Millionen DM; sie sollen sich nach Durchführung der Empfehlungen auf etwa 63 Millionen DM jährlich erhöhen.

Um zu verhindern, daß sich durch den notwendigen Ausbau der wissenschaftlichen Hochschulen übergroße Einheiten entwickeln, empfiehlt der Wissenschaftsrat, statt übergroßer Einzelinstitute Parallelinstitute zu errichten. Aus diesem Vorschlag, wie aus zahlreichen anderen, wird der Wunsch deutlich, den derzeit vielfach zu beobachtenden Massenbetrieb an den Hochschulen aufzulgliedern und das persönliche Verhältnis zwischen Lehrern und Lernenden wieder herzustellen.

Empfehlungen

Es ergehen folgende wichtige Empfehlungen:

Zur Pflege der Forschung an den Hochschulen:

- 1 — die Einheit von Forschung und Lehre an den deutschen Hochschulen zu wahren;
- 2 — jede Hochschule mit einem Grundbestand an Lehrstühlen und Einrichtungen zu versehen, der in dem heute noch möglichen Maß den Gedanken der Universalität der Hochschulen verwirklicht;
- 3 — zur besonderen Pflege einzelner Fächer des Grundbestandes Schwerpunkte an einigen Hochschulen zu bilden;
- 4 — Spezialfächer als Sondergebiete an einigen Hochschulen zu fördern;
- 5 — die gemeinsame Forschung in Gruppenarbeit zu entwickeln und insbesondere durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft zu fördern;
- 6 — überregionale Forschungseinrichtungen für die Hochschulen zu schaffen.

Zur Schaffung von Ausbildungsmöglichkeiten für die zu erwartenden Studentenzahlen:

- 7 — die Studentenzahl nicht zu beschränken, sondern allen geeigneten Studenten Ausbildungsmöglichkeiten zu

Im sauren wie im alkalischen Milieu voll-wirksam

Urologicum[®] Tuben-Tee



NATTERMANN

sofort trinkfertig!

bieten, diese daher so zu erweitern, daß sie den zu erwartenden Studentenzahlen entsprechen und daher bestehende Zulassungs- und Studienbeschränkungen aufgehoben werden können;

8 — die Möglichkeit der Errichtung von neben den wissenschaftlichen Hochschulen stehenden, unmittelbar der praktischen Berufsausbildung dienenden Einrichtungen eingehend zu prüfen;

9 — die Gründung neuer wissenschaftlicher Hochschulen in Angriff zu nehmen.

Der Wissenschaftsrat bejaht die Aufgabe der deutschen Hochschulen, ausländische Studenten aufzunehmen:

Um den Erfolg der Ausbildung sicherzustellen, empfiehlt er folgende Maßnahmen:

10 — von ausländischen Studienbewerbern die ausreichende Kenntnis der deutschen Sprache zu verlangen und Stipendienmittel für die Teilnahme an Sprachkursen vor der Aufnahme des Studiums zur Verfügung zu stellen;

11 — in stärkerem Maße Vorstudienkollegs einzurichten, in denen ausländische Studenten Sprachunterricht, sowie bei bestehenden Wissenslücken auch Fachunterricht erhalten können, und in denen sie über die Studienmöglichkeiten und -voraussetzungen beraten werden;

12 — in den Studentenwohnheimen einen angemessenen Teil von Plätzen für ausländische Studenten freizuhalten;

13 — die Gesamtzahl von ausländischen Studenten unter den gegebenen Verhältnissen in einer Fakultät nicht über 30 v. H., an einer Hochschule nicht über 15 v. H. der Zahl der deutschen Studenten steigen zu lassen.

Zum Aufbau des Lehrkörpers:

14 — den Lehrkörper der wissenschaftlichen Hochschulen in allen Teilengruppen wesentlich zu verstärken;

15 — insbesondere die Zahl der ordentlichen Lehrstühle erheblich zu erhöhen und sowohl in den Massenfächern aus Gründen der Lehre, wie in einer Reihe anderer Fächer aus Gründen der Forschung Parallel-Lehrstühle zu schaffen; insgesamt empfiehlt der Wissenschaftsrat die Errichtung von rund 1200 neuen Lehrstühlen;

16 — Extraordinariate nur noch für sich erst entwickelnde Fächer und für kleinere Spezialgebiete einzurichten;

17 — Mittel für ausländische Gastprofessoren bereitzustellen;

18 — eine neue Stellengruppe zu schaffen, deren Inhaber die Amtsbezeichnung „Abteilungsvorsteher“ oder „Wissenschaftlicher Rat“ tragen, und die zur selbständigen Wahrnehmung von Daueraufgaben in Forschung auch neben dem Ordinariat eine erstrebenswerte Lebensstellung bieten;

mit der Ernennung zum Abteilungsvorsteher oder zum Wissenschaftlichen Rat in der Regel die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor zu verbinden;

für Unterrichtstätigkeiten Planstellen für „Studienräte im Hochschuldienst“ als Dauerstellen zu schaffen, für die zeitweilige Wahrnehmung solcher Aufgaben die Abordnung bewährter Beamter an die Hochschulen zu ermöglichen;

die Zahl der genannten Stellen sollte insgesamt etwa zwei Drittel der Lehrstühle betragen;

19 — die Dozenten von Verwaltungsarbeit zu entlasten und ihnen in größerem Umfang als bisher Möglichkeiten zu selbständiger wissenschaftlicher Arbeit zu bieten;

die Zahl der Diätendozenten sollte insgesamt etwa ein Drittel der Zahl der Lehrstühle betragen;

20 — in verstärktem Umfang Kustoden für die Wahrnehmung spezieller wissenschaftlicher Dauerfunktionen innerhalb eines Instituts oder einer Klinik einzusetzen;

21 — die Zahl der Lektoren zu erhöhen, ihre Stellung und ihre Besoldung zu verbessern;

22 — die Zahl der Assistenten so zu vermehren, daß nicht nur den Unterrichtsbedürfnissen entsprochen wird, sondern daß ein Teil der Assistenten sich zeitweise ganz der Forschung und der Vorbereitung auf die Habilitation widmen kann.

Zur Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses:

23 — daß sich Fakultäten und Hochschulen verstärkt des Problems der Nachwuchsförderung annehmen und hierfür ständige Kommissionen bilden;

24 — Stipendienfonds an jeder Hochschule zu schaffen, aus denen als Nachwuchs in Betracht kommende Doktoranden bis zur Promotion gefördert werden können;

25 — den Übergang von der wissenschaftlichen Arbeit in andere Bereiche des Staatsdienstes zu erleichtern;

26 — in den Fächern, in denen ein besonderer Mangel an wissenschaftlichem Nachwuchs besteht, eine gezielte Nachwuchspflege durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft zu betreiben.

Zum räumlichen Ausbau der Hochschulen:

27 — die Hochschulen baulich zu erweitern, so daß sie den Anforderungen der Forschung und den stark gewachsenen Studentenzahlen gerecht werden;

28 — bis zum Jahre 1964 die aufgeführten Bauvorhaben der Universitäten und wissenschaftlichen Hochschulen fertigzustellen bzw. zu beginnen;

hierfür von Bund und Ländern einen Betrag von rund 2,6 Mrd. DM bereitzustellen;

29 — bei der Planung neuer Hochschulbauten die notwendige Vergrößerung des Lehrkörpers zu berücksichtigen;

30 — in großem Umfang Räume für die Arbeit in kleineren Gruppen vorzusehen;

31 — Möglichkeiten für eine spätere bauliche Erweiterung einzuplanen;

32 — Parallel-Institute der Entwicklung übermäßig großer Institute vorzuziehen, und sie so zu planen, daß ein Teil der erforderlichen Einrichtungen beiden Instituten zur Verfügung steht;

33 — bei großen Instituten die kollegiale Verwaltung durch Ordinarien zu erwägen.

Zur Ausstattung mit Sachmitteln:

34 — die Sachmittel der Seminare und Institute zu erhöhen, so daß die in vielen Fällen augenblicklich für die Direktoren bestehende Notwendigkeit, zusätzliche Mittel zu beschaffen, eingeschränkt wird, wobei aber die zusätzliche Finanzierung besonderer Forschungsvorhaben auch in Zukunft durch andere öffentliche Mittel (z. B. die Deutsche Forschungsgemeinschaft) ermöglicht werden muß;

bei der Festsetzung der Höhe der Sachmittel die vom Wissenschaftsrat im einzelnen vorgeschlagenen Richtzahlen zugrunde zu legen.

Zur Durchführung der empfohlenen Maßnahmen:

35 — die für den räumlichen Ausbau erforderlichen Mittel je zur Hälfte vom Bund und dem jeweiligen Land aufzubringen; für die Berliner Hochschulen zwei Drittel der Kosten vom Bund zur Verfügung zu stellen;

36 — die Sachmittel möglichst rasch auf die nach den jetzigen Lehrstuhlzahlen erforderlichen Beträge zu bringen und dann entsprechend der Neuerrichtung von Lehrstühlen zu steigern;

37 — die Bauverwaltungen zu verstärken, um die rasche Abwicklung der Baumaßnahmen zu ermöglichen.

Als zusätzliche Maßnahmen:

38 — das derzeitige System der Kollegelder zu ändern;

39 — die Einrichtung des Forschungsurlaubes zu erweitern;

Tabletten
Suppositorien
Ampullen

TOXIMER®

Analgeticum
Antineuralgicum
Antirheumaticum



L. MERCKLE G.m.b.H. Blaubeuren

1 Tablette enthält: Dimethylaminophenylidimethylpyrazolon 0,2; Phenacetin 0,2; Coffein 0,05; Codein, phosphoricum 0,01.
1 Suppos. enthält: Dimethylaminophenylidimethylpyrazolon 0,2; Komplex von Dimethylaminophenylidimethylpyrazolon-Barbitursäurederivat 0,3; letztere entsprechend 0,1 Diethyl-Diallyl-Phenyläthyl-barbitursäure, Codein, phosphoricum 0,03; Phenacetin 0,1.

40 — zu erwägen, wie durch eine rationellere Ausnutzung der vorhandenen Ausbildungsmöglichkeiten und durch eine Änderung der Studien- und Prüfungsordnungen die Studiendauer verkürzt werden kann;

41 — die Berufungsverfahren schnell durchzuführen;

42 — den Bau von Studentenwohnheimen und Studentenhäusern in verstärktem Maße zu fördern.

Der Wissenschaftsrat wird nach Abschluß des Be-

richts über die wissenschaftlichen Hochschulen mit der Ausarbeitung des Berichts über die Wissenschaftlichen Akademien, die Forschungsanstalten und die sonstigen Forschungsinstitute, die öffentliche Zuschüsse erhalten, beginnen.

(Auszugsweise aus dem „Bulletin des Presse- und Informationsamtes der Bundesregierung“, 1960, Nr. 221 vom 26. November.)

Weiterer Rückgang der Erkrankungen an Tuberkulose

Nach den „Statistischen Berichten“, herausgegeben vom Statistischen Bundesamt (Wiesbaden), erschienen am 25. November 1960, ist ein weiterer Rückgang der Erkrankungshäufigkeit an Tuberkulose und der Sterbefälle festzustellen. Die dort veröffentlichten statistischen Daten zeigen folgendes Ergebnis:

Tabelle 1

Neuzugänge der an aktiver Tuberkulose Erkrankten

Gebiet Jahr	Tuberkulose			anderer Organe
	ins- gesamt	der Atmungsorgane ansteckend (offen)	nicht ansteckend (aktiv geschlossen.)	
Grundzahlen				
Bundesgebiet ohne Berlin				
1959	72 816	19 475	42 761	10 580
Verhältniszahlen auf 100 000 der Bevölkerung				
1959	138	37	81	20
1958	152	41	89	23
1957	159	42	95	23
Bundesgebiet (ohne Saarland und Berlin)				
1956	171	44	102	25
1955	186	50	109	28
1954	197	52	117	28
1953	223	61	131	31
Berlin (West)				
1959	231	68	213	18
1958	250	74	231	19

Interessant ist, daß gegenüber dem Jahresende 1958 der Rückgang der Erkrankungen bei den Frauen mit 8,4% um ein Drittel größer war als bei den Männern, der 5,8% betrug. Die größte Abnahme der Erkrankungszahl betraf die Säuglinge mit 19% und die Kinder mit 10%, bei beiden Geschlechtern gleichmäßig. Bei den über 65jährigen Männern wurde eine Zunahme der Erkrankungshäufigkeit an ansteckender Tuberkulose festgestellt und bei den über 65jährigen Personen beider Geschlechter eine solche der nicht ansteckenden Tuberkulose der Atmungsorgane. Im Gegensatz zu früher ist die Tuberkulose mehr und mehr eine Erkrankung des alternden Menschen, vorwiegend der Männer, geworden. Durch die moderne Tuberkulosebekämpfung sind die Infektionsquellen vermindert, so daß sich die Erstinfektionen von der Kindheit in die höheren Altersgruppen verschoben haben. Die Sterbezahlder Männer lag um fast das Dreifache höher als bei den

Frauen. Der in den letzten Jahren beobachtete Rückgang der Zahl der Tuberkulosekranken und -sterbefälle hat zu einer Abnahme des Bettenbestandes für Tuberkulose geführt. Im Bundesgebiet hat sich die Bettenzahl gegenüber 1958 um 7,5% verringert.

Im Bayerischen Landtag wurde am 2. Dezember 1960 im Verfassungs- und Rechtsausschuß die Frage der Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes über Röntgen-Reihenuntersuchungen neuerlich behandelt.

Wir folgen im weiteren dem Bericht des „Bayer. Landtagsdienstes“ vom 2. 12. 1960:

„Der Ausschuß hatte sich mit der Angelegenheit zu beschäftigen, nachdem das Bundesverfassungsgericht eine Stellungnahme des Landtags (wie auch des Senats) zu dem Antrag des Bayerischen Obersten Landesgerichts auf Nachprüfung der Vereinbarkeit des bayerischen Gesetzes mit dem im Grundgesetz verankerten Recht auf körperliche Unversehrtheit erbeten hatte.

Als Berichterstatter legte der CSU-Abgeordnete Dr. Ludwig Huber dar, nach Meinung des Bayerischen Obersten Landesgerichts bestünden formelle

Tabelle 2

Bestand der an aktiver Tuberkulose Erkrankten (alle erfaßten und registrierten Erkrankten)

Gebiet Jahr	Tuberkulose			anderer Organe
	ins- gesamt	der Atmungsorgane ansteckend (offen)	nicht ansteckend (aktiv geschlossen.)	
Grundzahlen				
Bundesgebiet ohne Berlin				
1959	347 880	94 245	203 302	50 333
Verhältniszahlen auf 100 000 der Bevölkerung				
1959	656	178	383	95
1958	704	192	411	101
1957	757	205	443	109
Bundesgebiet (ohne Saarland und Berlin)				
1956	817	223	476	118
1955	870	242	503	125
1954	927	263	532	132
1953	973	286	548	139
Berlin (West)				
1959	1419	383	1328	92
1958	1441	399	1344	98

Pepsaldra®
Pepsin-Salzsäure-Dragees

Pepsaldra®
compositum

gegen Subacidität,
Achylie und Dyspepsie

Original-
Packungen
zu 45 Stück
u. 125 Stück.

Fabrik
pharmazeutischer
Präparate



Pankreatinhaltiges Enzym-
Präparat gegen Störungen
des Pankreas-Galle-Dün-
narm-Systems

Original-
Packungen
zu 40 Stück
u. 100 Stück.

Karl Engelhard
Frankfurt a. M.

Tabelle 3 Sterbefälle an Tuberkulose

Gebiet Jahr	Tuberkulose		
	insgesamt	der Atmungs- organe	anderer Organe
Grundzahlen			
Bundesgebiet (ohne Berlin)			
1959	8665	7968	697
Verhältniszahlen auf 100 000 der Bevölkerung			
1959	16,4	15,1	1,3
1958	17,1	15,5	1,6
Bundesgebiet (ohne Saarland und Berlin)			
1957	18,8	17,1	1,7
1956	19,4	17,3	2,1
1955	20,4	18,1	2,3
1954	20,8	18,2	2,6
1953	22,0	18,9	3,0
Berlin (West)			
1959	24,8	23,2	1,7
1958	23,0	21,5	1,5

Bedenken dagegen, daß die Einschränkung eines Grundrechts im bayerischen Gesetz nicht ausdrücklich erwähnt ist. Er halte es persönlich für nicht ausgeschlossen, daß unter Umständen ein solcher formeller Mangel das Gesetz zum Scheitern bringen könne. Was die Frage der Beeinträchtigung des Grundrechts der körperlichen Unversehrtheit angehe, so werde darauf abgestellt, daß eine an sich vielleicht noch nicht schädliche Strahleneinwirkung dann zu einer Gefahr werden könne, wenn eine gewisse Toleranzdosis überschritten werde. Hier werde es entscheidend darauf ankommen, wie stark sich das Bundesverfassungsgericht von den Äußerungen der Gutachten der medizinischen Experten beeindrucken lassen werde. (Anm. Hervorgehoben sei das Wort „beeindrucken“. Die bisher vorliegenden Gutachten namhafter außerbayerischer Fachleute sind ablehnend.) Dr. Huber gab zu bedenken, daß im Falle der Feststellung der Verfassungswidrigkeit des bayerischen Gesetzes durch das Bundesverfassungsgericht aus rein formellen Gründen ein gesetzloser Zustand eintreten werde und das Ansehen der Röntgen-Reihenuntersuchungen in der Öffentlichkeit eine schwere Einbuße erleiden werde. Unter diesen Umständen sei zu erwägen, ob der Ausschuß nicht der Staatsregierung zur Ausräumung etwaiger verfassungsmäßiger Bedenken eine Änderung des Gesetzes vorschlagen solle. Der Berichterstatter plädierte daher dafür, nicht in dem Sinne Stellung zu nehmen, daß der Ausschuß etwa das Gesetz für verfassungswidrig halte; vielmehr solle er im Augenblick auf eine abschließende Stellungnahme verzichten und die Staatsregierung um die Vorlage eines Änderungsgesetzesentwurfes ersuchen, der die Erwähnung der Beeinträchtigung des betreffenden Grundrechts im Gesetz selbst beinhalte und ferner die Ermächtigung zu einer Grenzziehung für solche Fälle, wo ein Bestrahlungszwang nicht ausgeübt werden soll. „Dadurch würde das hier doch irgendwie vorhandene Risiko verringert und andererseits an der jetzt bestehenden praktischen Handhabung nur sehr wenig geändert.“

Regierungsdirektor Wilhelm Knies begrüßte für das Innenministerium den Vorschlag des Berichterstatters, weil die Frage, ob der Grundsatz der körperlichen Unversehrtheit durch das bayerische Gesetz verletzt

werde, sehr umstritten sei und die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts wesentlich davon abhängen werde, wie sich die wissenschaftlichen Gutachter dazu äußern. Auch die weiteren formellen Bedenken des Bayerischen Obersten Landesgerichts könnten durch eine entsprechende Änderung des Gesetzes ausgeräumt werden. Es werde genügen, wenn im Gesetz die Befreiungstatbestände aufgezählt werden und eine Vorschrift eingefügt wird, die die Behörden verpflichtet, bei Durchführung der Röntgen-Reihenuntersuchungen die anerkannten Regeln des Strahlenschutzes zu beachten. Sollte das Bundesverfassungsgericht trotzdem zu der Auffassung gelangen, daß das Gesetz den Grundsatz der körperlichen Unversehrtheit verletzt, dann blieben nur noch Untersuchungen auf der Basis der Freiwilligkeit möglich.

Auf eine Frage des SPD-Abgeordneten Dr. Wilhelm Hoegner nach der Auffassung der Staatsregierung bezüglich der Verfassungsmäßigkeit des Gesetzes sagte der Regierungssprecher, die Staatsregierung habe bisher auf eine Stellungnahme verzichtet, weil sie die Beschlußfassung des Landtags in dieser Frage abwarten wollte. Das Innenministerium sei jedoch der Meinung, daß in sachlicher Hinsicht eine Verfassungswidrigkeit nicht gegeben sei, daß aber die Frage im Raume stehe, ob gegebenenfalls formelle Gründe zu einer Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts im Sinne einer Verfassungswidrigkeit führen könnten.

Ministerialdirigent Dr. Walter Schmelz beantwortete eine weitere Frage Dr. Hoegners dahin, daß seit Inkrafttreten des Gesetzes 5 339 102 Röntgen-Reihenuntersuchungen in Bayern durchgeführt wurden. Dabei seien bis Ende 1959 4483 bisher unbekannte Fälle offener ansteckender (Anm. Das sind 8⁰/₁₀₀ der untersuchten Fälle.) und 10 837 Fälle geschlossener, aber noch aktiver Tuberkulose sowie 48 907 Fälle inaktiver, aber überwachungsbedürftiger Tbc festgestellt worden. Als Nebenbefund habe man außerdem bei den Schirmbilduntersuchungen 24 118 nichttuberkulöse Erkrankungen entdeckt, von denen die Betreffenden nichts wußten, darunter 1542 Tumoren, und zwar meistens Krebserkrankungen. (Dr. Hoegner: Das rechtfertigt doch wohl die Notwendigkeit des Gesetzes!)

Der Ausschuß kam zu dem einstimmigen Beschluß, das Bundesverfassungsgericht zu bitten, die Äußerungsfrist bis zum 28. Februar zu verlängern und ferner die Staatsregierung zu ersuchen, einen Änderungsentwurf zum Gesetz über Röntgen-Reihenuntersuchungen dem Landtag vorzulegen, durch den die rechtlichen Bedenken, die seit Inkrafttreten des Gesetzes aufgetaucht sind, ausgeräumt werden.

Unbegründete Flucht in die Öffentlichkeit

Das „Bayerische Ärzteblatt“ brachte im Oktoberheft 1960 je eine in den „Ärztlichen Mitteilungen“ (1960/Heft 37) und im „Marburger Bund Bayern, Mitteilungsblatt“ (1960/Heft 2) enthaltene Glosse zum Abdruck. Dazu erhielt die Schriftleitung des „Bayerischen Ärzteblattes“ eine umfangreiche Gegendarstellung von Herrn Dr. Thieding. Herr Dr. Thieding teilt darin mit, daß er mit der Meldung des Bayerischen Rundfunks nichts zu tun habe, daß er sich weder zur Wahl gestellt noch jemanden beauftragt habe, seine Kandidatur zu betreiben oder seinen Namen in diesem Zusammenhang zu nennen. Sein Nichterscheinen in Berlin erfolgte aus Protest gegen die Nichtbeteiligung des Hartmannbundes an der Delegation der Bundesärztekammer zum Weltärztekongreß.

Rhinitis
Angina
Grippe-
Schutz

Rhino-Vasogen

enthält
Kamillen-
Extrakt

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

O. P. 15 g
mit Tropfpipette DM 1,60

Weihnachtsaufruf der ärztlichen Organisationen für die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“

Zum vierten Male rufen die Bundesärztekammer und mit ihr die unterzeichneten Verbände im Weihnachtsmonat die Ärzte und Zahnärzte der Bundesrepublik zu Spenden für die Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“ auf. Diese Spenden sollen dazu dienen, unseren Kollegen in der Zone durch Unterstützung ihrer bei uns in der Bundesrepublik studierenden Kinder ihr weiteres Verbleiben in der Zone zu erleichtern. In vielen Fällen ist — wie Sie vielleicht wissen — entscheidend dafür die Möglichkeit, daß diese Kollegen ihren Kindern die gleiche Berufsausbildung geben können, wie wir in der Bundesrepublik sie auch unseren Kindern wünschen und geben.

Von Jahr zu Jahr aber wird dies in der sowjetisch besetzten Zone schwieriger. Deshalb befinden sich Hunderte von Arzt- und Zahnärztkindern in Westberlin und in der Bundesrepublik, um hier zu studieren oder sich auf die verschiedensten Berufe vorzubereiten. Sie alle sind unserer Sorge anvertraut. Keines dieser Kol-

legenkinder darf in Not geraten. Bisher ist es — dank zahlreicher, von einzelnen Ärzten und Zahnärzten sowie von ärztlichen oder zahnärztlichen Organisationen eingegangener Spenden — möglich gewesen, durch unsere Zuwendungen das Existenzminimum dieser Kollegenkinder zu decken, wo immer dies durch familiäre, karitative oder öffentliche Mittel nicht erreicht werden konnte. Mehr und mehr ist unseren Kollegen in der Zone diese Hilfsmöglichkeit allmählich bekannt geworden; sie erleichtert ihnen das Durchhalten jenseits des Eisernen Vorhanges.

Deshalb rufen wir auch in diesem Jahre zu einer besonderen Weihnachtsspende auf, um durch die Tat zu beweisen, daß die Ärzte und Zahnärzte Deutschlands kein Eiserner Vorhang trennen darf. Die Sorge unserer Kollegen in der Zone um ihre Kinder ist unsere Sorge. Bis zu der von uns allen sehnhelst erstrebten Wiedervereinigung unseres Vaterlandes sollen sie in der großen Familie der westdeutschen Ärzteschaft geborgen sein.

Mit kollegialer Begrüßung:

Dr. Fromm,
Präsident der Bundesärztekammer
und des Deutschen Ärztetages

Dr. Voges,
Erster Vorsitzender
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Dr. Müller,
Präsident des Bundesverbandes
der Deutschen Zahnärzte

Dr. Berensmann,
Erster Vorsitzender des Verbandes der angestellten
Ärzte Deutschlands (Marburger Bund)

Dr. Grete Albrecht,
Erste Vorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes

Dr. Häussler,
Vorsitzender des Verbandes der Ärzte Deutschlands
(Hartmannbund) e. V.

Prof. Dr. Hopf,
Erster Vorsitzender des Verbandes
der leitenden Krankenhausärzte Deutschlands

Dr. Roos,
Erster Vorsitzender des Verbandes
der Niedergelassenen Ärzte Deutschlands (NAV) e. V.

Ober-Regierungsmedizinalrat Dr. Hufnagel,
für den Bund Deutscher Medizinalbeamten
Dr. Reuter, San.-Rat Dr. Krautbauer,

Dr. Waldmann,
Beauftragte der Arbeitsgemeinschaft
fachärztlicher Berufsverbände

MITTEILUNGEN

Eintragung in das Amtliche Fernsprechbuch

Die Vorschriften über die Abfassung der Einträge im Amtlichen Fernsprechbuch sind neuerdings für das Bundesgebiet geändert worden. Dabei wurde den wiederholt vorgetragenen Wünschen der Bayer. Landesärztekammer entsprochen.

Bei mehreren gleichgeschriebenen Familiennamen wird nur der erste davon ausgeschrieben. An die Stelle der folgenden tritt ein Bindestrich. Der erste Vorname, im allgemeinen der Rufname, wird ausgeschrieben, der zweite wird auf den ersten Buchstaben gekürzt. Weitere Vornamen werden nicht eingetragen. Akademische Grade werden nach Angabe des Fernsprechteilnehmers in das Buch aufgenommen. Die Berufsbezeichnung, wie praktischer Arzt, Facharzt für innere Krankheiten usw., kann in das Amtliche Fernsprechbuch eingetragen werden. Dabei ist für jede in diesem eingetragene Rufnummer

eines Einzelhauptanschlusses oder eines Sammelanschlusses die Angabe von bis zu zwei Berufsbezeichnungen zulässig.

Die Sprechstunden dürfen auf Wunsch des Teilnehmers in kürzester Form angegeben werden. Ortsnamen werden im allgemeinen ausgeschrieben. Das Zustellpostamt wird in den Ortsnetzen wieder angegeben. (Bei Nebenstellenanlagen kann als Straßenangabe entweder die Lage der Hauptstelle oder einer Nebenstelle eingetragen werden, weshalb zweckmäßig die Lage der Praxis angegeben wird.)

Abkürzungen, die nicht besonders festgelegt sind, können auf Wunsch oder mit Einverständnis des Teilnehmers benutzt werden, wenn sie ohne Erläuterung allgemein verständlich sind (wichtig für gebührenpflichtige Nebeneinträge oder Mehrzeilen).

Die Gebühr für jede Mehrzeile ist beim zuständigen Fernmeideamt zu erfragen.



Asthmo-Kranit

-Tabl.
-Pulv.

Branchial-Antispasmodicum
Asthmafälle u.
asthmatische Zustände
KREWEL WERKE, Ernst D. Käte

Die wichtigsten Abkürzungen sind:

Abt.	= Abteilung	Kr.	= Kreis
ärztl.	= ärztlich	Labor.	= Laboratorium
allg.	= allgemein	Med.	= Medizin
Bz.	= Bezirk	O.	= Ober...
Dir.	= Direktor	Priv.	= Privat
Doz.	= Dozent	Prof.	= Professor
f.	= für	R.	= Rat
Homöop.	= Homöopathie	u.	= und
i.	= im, in	Whg.	= Wohnung

Muster eines Eintrags:

Lehmann Otto Dr. med. prakt. 4712
 Arzt Sprechst. Mo.—Fr. 8—11, 15—17
 außer Mi. Nachm. Kirchplatz 99

Endfrist für Eingaben: 31. Dezember 1960.

64. Deutscher Ärztetag 1961 in Wiesbaden

Der 64. Deutsche Ärztetag wird vom 29. Mai bis 3. Juni 1961 in Wiesbaden stattfinden. Er wird mit einer öffentlichen Veranstaltung eingeleitet werden, in deren Mittelpunkt ein Vortrag über die Belastung der berufstätigen Frau stehen wird. Die dreitägige Arbeitstagung des Plenums des Deutschen Ärztetages wird sich unter anderem mit dem Thema „Der Arzt im Krankenhaus“ und mit der Weiterbildung zum praktischen Arzt befassen. Die Verleihung der Paracelsus-Medaille wird im Rahmen einer öffentlichen Abschlußkundgebung erfolgen, bei der der Präsident des Deutschen Ärztetages und der Bundes-Ärztelkammer, Dr. Ernst Fromm, einen Rück- und Ausblick auf wichtige gesundheits-, sozial- und berufspolitische Probleme geben wird. Während der gesamten Tagungszeit soll ein der ärztlichen Fortbildung dienendes Filmprogramm veranstaltet werden.

Die Gesundheit der Landbevölkerung

In Anwesenheit des Landwirtschaftsministers Dr. Dr. Hundhammer und des Präsidenten des Bayerischen Bauernverbandes, v. Feury, beschäftigte sich der Bayerische Landesgesundheitsrat in seiner Sitzung vom 14. November 1960 eingehend mit der Gesundheit der Landbevölkerung. In einem ausführlichen Referat faßte Senator Dr. Dr. v. Gugel die Berichte zusammen, die bisher über den Gesundheitszustand der bäuerlichen Landbevölkerung veröffentlicht worden sind. Obwohl diese Beobachtungsergebnisse kein exaktes Bild ergeben, muß trotzdem davon gesprochen werden, daß sich hier Verhältnisse anbahnen, welche, auf die Dauer gesehen, für die Gesamtbevölkerung von außerordentlich nachteiliger Wirkung sein können. Gerade die Tatsache, daß in Bayern zur Zeit 31 Prozent der Erwerbspersonen noch in der Landwirtschaft beschäftigt sind, läßt es notwendig erscheinen, sich in hohem Maße der Pflege der Gesundheit der Bauern zu widmen. Dr. Dr. v. Gugel bezeichnete es als besonders eindrucksvoll, daß die Kinderzahl, bezogen auf die Einzelanwesen, gegenüber der Zeit vor 1914 von durchschnittlich vier Kindern pro Anwesen teilweise unter ein Kind pro Anwesen abgesunken ist. Gegenüber der weit über 20 liegenden Durchschnittsgeburtenszahl vor 1914 werden gegenwärtig z. B. in Oberbayern auf 1000 Einwohner nur 15,4 Kinder geboren. Der geburtenstärkste Staat Polen kann demgegenüber eine Zahl von 29 Geburten pro Tausend aufweisen. Um so größere Beachtung muß angesichts der geringen Kinderzahl die immer noch recht hohe Säuglingssterblichkeit haben. Gegenüber dem Bundesdurchschnitt von 3,8 hat Bayern zwar keine allzu erhöhte Quote, lediglich Niederbayern liegt 1959

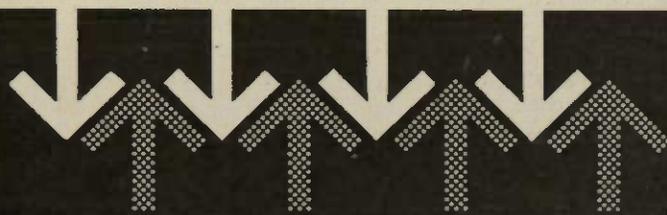
mit 4,2 und die Oberpfalz mit 3,9 über dieser Vergleichszahl. Dies erscheine um so weniger verwunderlich, als ungefähr die doppelte Zahl städtischer Mütter ihre Kinder über drei Monate lang selbst nähren als ländliche Mütter.

Umfangreiches Zahlenmaterial wurde geboten zu dem Gesundheitszustand der ländlichen Schuljugend. Im Vergleich zur städtischen ist ihr Gesundheitszustand bereits bei der Einschulung mangelhaft. Wesentlich alarmierender ist aber die Tatsache, daß sich der Gesundheitszustand der städtischen Jugend nach den vorliegenden Stichproben während der Schulzeit bessert, während sich der der ländlichen Jugend gerade in dieser Entwicklungsperiode weiter verschlechtert. Diesem Allgemeinbild entspricht es, daß auch bei den Musteruntersuchungen zum Wehrdienst der Gesundheitszustand der bäuerlichen Jugend verhältnismäßig schlechter ist als der der anderen Gruppen. Lediglich die Berufslosen und die in kaufmännischen Berufen Tätigen haben eine höhere Quote an Untauglichen.

Auch für die erwachsene bäuerliche Bevölkerung wurde durch Reihenuntersuchungen, welche in Pfaffenhofen und Kempen bei Krefeld durchgeführt wurden, ein erheblicher Anteil an behandlungsbedürftigen Erkrankungen auch bei denjenigen Bauern ermittelt, die sich persönlich für gesund hielten. Die Tatsache, daß auf 100 65jährige Männer im Bundesdurchschnitt 110 ebenso alte Frauen, bei den Bauern jedoch auf 100 65jährige Männer nur noch 89 65jährige Frauen treffen, unterstreicht eindeutig die besondere Arbeitsüberlastung der Bäuerin, die im allgemeinen 100 Prozent der Haus-, 60 Prozent der Hof- und 30 Prozent der Außenarbeiten zu leisten hat. Anders ausgedrückt: Die Bäuerin hat durchschnittlich 4400 Jahresarbeitsstunden, denen beim Industriearbeiter 2200 bis 2400 Jahresarbeitsstunden gegenüberstehen. Dabei ist der von der Landbevölkerung erforderte Arbeitsaufwand, auch nach Kalorten gemessen, an der Grenze des Zumutbaren, so daß es nicht verwundern kann, daß um das 50. Lebensjahr herum der überwiegende Teil der ländlichen Bevölkerung auch dann behandlungsbedürftig ist, wenn er sich subjektiv noch wohl fühlt. Überraschenderweise hat der Bauer im Durchschnitt weniger Schlafenszeit als der in der Stadt Tätige, ganz abgesehen von einem Urlaub. In den untersuchten Gebieten Pfaffenhofen und Kempen hatten 80 Prozent der Männer und 85 Prozent der Frauen bzw. 84 Prozent der Männer und 82 Prozent der Frauen in ihrem ganzen Leben nie länger als drei Tage ausgespannt.

Eine Übersicht der vorwiegend beobachteten Erkrankungen ergibt, daß es sich zum größten Teil um das Ergebnis einer naturwidrig frühen und starken Arbeitsüberlastung handelt, deren nachteilige Wirkungen noch erhöht werden durch eine zwar konservative, aber den heutigen ernährungsphysiologischen Anforderungen in keiner Weise genügenden Ernährung.

Abschließend kam Dr. Dr. v. Gugel zu der Feststellung, daß es dringend notwendig sei, alles aufzubieten, um die Landjugend und die Bäuerin durch rationellen Ausbau des landwirtschaftlichen Haushalts und Betriebes soweit wie möglich zu entlasten. Außerdem muß durch eine breite Aufklärung die ländliche Ernährung den Verhältnissen angepaßt werden, die dadurch verändert sind, daß wesentliche Grundnährstoffe, insbesondere das Mehl, durch die moderne Verarbeitung von ihrem Nährwert viel verloren haben. Schließlich muß die Möglichkeit einer Entspannung auch für die Landbevölkerung eröffnet werden, was zu der Forde-



HERZ · KREISLAUF · STOFFWECHSEL



NUCLEOTON

HORMON · CHEMIE · MÜNCHEN

zung eines großzügigen Ausbaues der Einrichtung der Landhelferin zwingt.

Die bei der Landbevölkerung beobachteten Schäden des Knochengerüsts könnten dadurch eingeschränkt werden, daß bei Minderung der Arbeitsbelastung während der Schulzeit ein gezielter Ausgleichssport getrieben wird.

Dr. Dr. v. Gugel unterstrich auf Grund seiner Darlegungen die Notwendigkeit, die ländliche Gesundheitspolitik in einem einheitlichen Plan zusammenzufassen. Es genügt nicht, nur über die Bauernverbände selbst aufklärend auf die Landbevölkerung einzuwirken, sondern auch über Lehrer, Ärzte und Pfarrer, über karitative Einrichtungen und Sportvereine und nicht zuletzt über alle diejenigen, die als Hoheits-träger in ständigem Kontakt zur Landbevölkerung stehen.

Der Landesgesundheitsrat wird sich auf seiner nächsten Sitzung noch einmal eingehend mit den aufgeworfenen Problemen befassen.

(Bericht des Bayerischen Landesgesundheitsrates)

Sprachkundige Ärzte gesucht

Auf der Tagung der Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung in Baden-Baden klangen nach der „Deutschen Versicherungszeitung“ (1960, Nr. 11) Forderungen an, die über die wirtschaftlichen und sachlichen Leistungen der „Sozialen Sicherheit“ hinaus die gewiß nicht bedeutungslose menschliche Seite sozialer Sicherheit betreffen.

Bei einer Ärztagung der Bundesbahndirektion Stuttgart wurde auf diesen Bereich ein interessantes Schlaglicht geworfen. Dort wurde auf die Probleme hingewiesen, die sich aus den sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten zwischen Ärzten und ihren (als Arbeitnehmer hier tätigen) spanischen, italienischen, griechischen und türkischen Patienten ergeben. Der Kontakt zwischen Patient und Arzt, der menschliche wie der medizinische, wird mit Hilfe der Sprache geschlossen. Wie soll ein Arzt die Behandlung ansetzen — von einer deutlich erkennbaren Verletzung abgesehen —, wenn ihm die Beschwerden nicht verständlich gemacht werden können? Wie soll umgekehrt der Patient die Weisungen und Mahnungen seines Arztes entgegennehmen können?

Es wurde vorgeschlagen, ausgebildete Dolmetscher in den selteneren Sprachen wenigstens stundenweise in die Sprechzimmer der Ärzte zu schicken. Dieser Vorschlag mag angehen bei Zentralstellen — etwa bei den Vertrauensärzten —, wo sich ansehnliche Gruppen von Patienten versammeln. Bei freier Arztwahl aber müßte die Zahl solcher Dolmetscher im Hinblick auf die vielen Ärzte und ausländischen Arbeiter etwa einer Großstadt sehr groß sein.

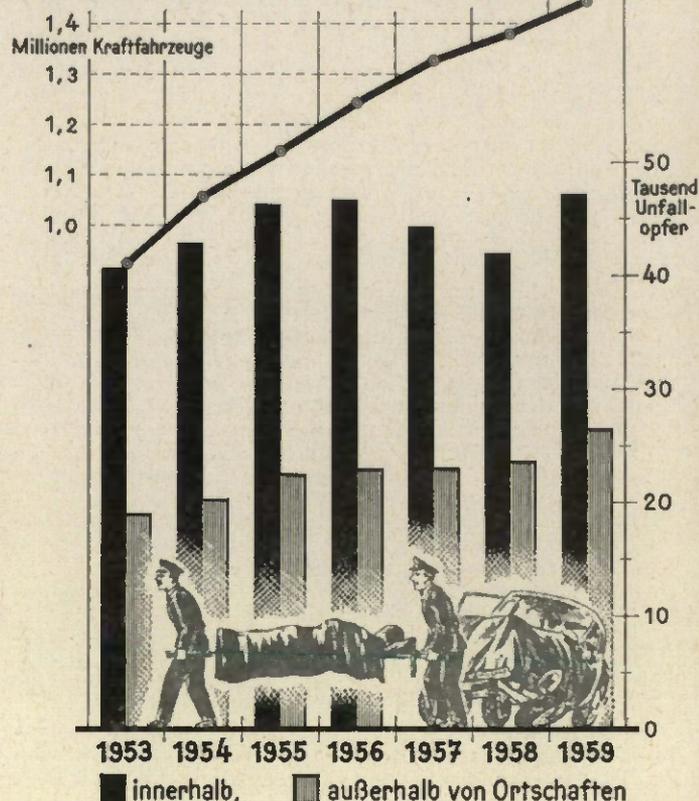
Das Problem ist nicht so nebensächlich, wie es auf den ersten Blick den Anschein hat. Das Wohl, die Zufriedenheit und auch die Arbeitskraft des fremdländischen Arbeitnehmers sind von der Lösung solcher Fragen entscheidend abhängig.

Zwei Wege zur Lösung bieten sich an:

Die Arbeitsämter könnten Dolmetscher verfügbar halten, die sich eine Erklärung oder Darstellung des kranken Arbeitnehmers über seine Beschwerden anhören, schriftlich in deutscher Sprache niederlegen, um den Ausländer sodann mit Aufzeichnungen in deutscher Sprache zum Arzt weiterziehen zu lassen. Ganz glücklich — wenn auch im Grunde einfach — ist diese Lösung deshalb nicht, weil die Intimsphäre im Krankheitsfall durchbrochen wird, was zu Hemmungen führen kann.

Menschlich annehmbar, wenn auch zu einer absolut neuartigen Selektion unter den Ärzten führend, wäre folgender Weg: Die Ärzte, welche bestimmte seltene Sprachen halbwegs beherrschen, werden namentlich ermittelt; entsprechende Verzeichnisse werden den Betrieben, welche Ausländer beschäftigen, ausgehändigt. Der Grieche wird gewiß einen Arzt vorziehen, der Neugriechisch kann, Italiener und Spanier die Ärzte, denen sie in ihrer eigenen Sprache ihr Leid klagen können.

Verunglückte im Straßenverkehr und Kraftfahrzeugbestände in Bayern von 1953 bis 1959



Mit der stetigen Zunahme der Kraftfahrzeugbestände bzw. des Straßenverkehrs ist auch die Zahl der Straßenverkehrsunfälle und ihrer Folgen von 1953 bis 1958 ständig gewachsen. Durch die am 1. September 1957 eingeführte Geschwindigkeitsbegrenzung innerhalb der Ortschaften konnte erstmals — wie auf obenstehendem Bild hervorgeht — ein Rückgang der Zahl der Unfall-opfer im Verkehr innerhalb geschlossener Ortschaften erzielt werden. So ist die Zahl der verunglückten Personen von 1956 bis 1958 von 46 700 auf 42 000, d. i. um 10 v. H., zurückgegangen, wogegen die der Verunglückten außerhalb der Ortschaften weiter, und zwar von 23 100 auf 23 700, d. i. um 3 v. H., zunahm. Allerdings ist im Jahre 1959 im Vergleich zu 1958 mit der fortschreitenden Ausweitung des Straßenverkehrs ein kräftiger Anstieg der Unfall-opfer sowohl innerhalb als auch außerhalb der Ortschaften, nämlich um je 12 v. H., zu beobachten. Im ganzen betrachtet ist jedoch die Zahl der Verunglückten nicht so stark wie der Kraftfahrzeugbestand gewachsen.

(Bayern in Zahlen, 1960, Heft 11)

Aber schon eine sprachkundige Sprechstundenhilfe könnte die Voraussetzungen für die „Internationalisierung“ einer Arztpraxis schaffen.

So werden mit zunehmender Fluktuation der Arbeitskräfte Fragen der sprachlichen Verständigung zu wesentlichen Momenten in der Gesundheitspflege.

Auch die Krankenkassen sollten sich darüber Gedanken machen.

Eine andere Folge der Sprachschwierigkeiten soll, da sie schon weithin bekannt ist, nur der Vollständigkeit halber hier noch einmal erwähnt werden. Es ist die größere Unfallhäufigkeit bei Ausländern, die nicht selten damit zusammenhängt, daß diese die Schutz- und Unfallverhütungsvorschriften nicht lesen können.

Solcher Schwierigkeiten schnell Herr zu werden, müßte im Zeichen der einhelligen Zustimmung zu Europa (wie auch dem drängenden Arbeitskräftebedarf) eine ebenso vornehme wie ungesäumt zu lösende Aufgabe sein.

„Internships“ und „Residencies“ der amerikanischen Spitäler

Der Jahresbericht 1959/1960 des „Council on medical education and hospitals“, erschienen im „Journal of the American Medical Association“, Vol. 174, Nr. 6, ist wesentlich umfangreicher als in den früheren Jahren. Einerseits enthalten die Verzeichnisse der Spitäler mit den im kommenden Anstellungsjahr anerkannten „internships“ (i.) und „residencies“ (r.) detailliertere Angaben, andererseits sind die Auswertung der Zahlen und die Kommentare wesentlich eingehender, insbesondere in bezug auf das Kontingent der ausländischen Assistenten.

Als Stichtag wurde wieder der 1. September 1959 gewählt. Die Zahlen beziehen sich auf die von der AMA anerkannten Spitäler in den Vereinigten Staaten (inkl. Hawaii, Puerto Rico und Kanalzone). In diesem Gebiet rechnet man mit insgesamt 6845 Spitälern mit 1 612 822 Betten. Für die Ausbildung von „interns“ oder „residents“ sind nur 1438 (Vorjahr 1435) Spitäler mit einer Bettenkapazität von 812 149 Betten anerkannt. Nur diese 21% aller Spitäler mit 50% aller Betten sind in dem Bericht erfaßt, den wir nachstehend kurz zusammenfassen (soweit möglich sind die Zahlen des Vorjahres in Klammern beigefügt).

Ausbildung für „interns“ und für „residents“ werden an 50% aller Spitäler angeboten, während 10% nur für die i. und 40% nur für r. in Frage kommen. Das Verhältnis hat sich gegenüber dem Vorjahr nicht geändert.

Die „internships“ werden eingeteilt in rotating i. (innere Medizin, Chirurgie, Pädiatrie und Gynäkologie-Geburtshilfe), mixed i. (Ausbildung in 2 bis 3 der Hauptkliniken oder in Pathologie und Psychiatrie) und straight i. (Ausbildung in einem einzigen Fach). Von den 12 580 (12 469) aller angebotenen i. waren 86% (87,3%) „rotating“, 2% (1,6%) „mixed“ und 12% (12%) „straight“. Die Besetzungsquote erreichte folgende Zahlen: 81% (85%), 92% (93%) und 87% (83%), total 82% (83%) aller angebotenen Stellen. Aufschlußreich ist auch die Differenzierung der Spitäler nach ihren Beziehungen zu den medizinischen Fakultäten. 25% (22%) der insgesamt 865 (853) Spitäler mit anerkannten i. sind sogenannte „affiliated hospitals“. Sie bieten 43% (37%) aller i. an und vermochten 45% (39%) aller „interns“ anzuziehen. 84% aller Stellen dieser Spitäler waren besetzt. Die Gruppe der „nonaffiliated hospitals“ vermochte nur 79% (81%) aller i. zu besetzen. In beiden Gruppen weisen die Spitäler mit 500 und mehr Betten die höchste Besetzungsquote auf; wie früher bestätigt sich damit die stärkere Anziehungskraft der großen Spitäler im allgemeinen und der Universitäts-spitäler im besonderen.

Bevorzugt waren, geographisch gesehen, die Spitäler in Kalifornien, der Kanalzone, in Colorado, Columbia, Hawaii, Montana, New Hampshire, New York, Utah und Vermont, deren Stellen alle zu 90% oder mehr besetzt waren. Zurückgefallen gegenüber dem Vorjahr sind hier vor allem Connecticut, Massachusetts und Washington. Schließlich noch ein Hinweis auf die rechtliche Stellung der Spitäler. Die Spitäler der Bundes-

verwaltung haben mit einer Besetzungsquote von 95% (93%) einen deutlichen Vorsprung gegenüber den Spitalern der Einzelstaaten, zu 84% (85%) besetzt, und vor allem gegenüber der Gruppe der nichtstaatlichen Spitäler, deren Stellen zu 79% (81%) besetzt waren.

Die letzte Gruppe macht allerdings die große Mehrheit 78% (78,8%) aller anerkannten Spitäler aus, nur 176 (172) staatliche Spitäler (Bundes- oder Einzelstaaten) sind für i. anerkannt.

Die residency bildet die 2. Stufe der praktischen Ausbildung. Sie bietet dem jungen Arzt die Möglichkeit einer vertieften Ausbildung, allgemein oder in einer bestimmten Spezialisierung. Der „resident“ muß schon mindestens eine „internship“ absolviert haben, und das Ausbildungsprogramm umfaßt mehrere „residencies“. Insgesamt werden 31 733 (31 818) r. angeboten, davon 42% (41%) r. des 1. Jahres. Die Stellen verteilen sich unverändert auf 28 Spezialisierungen, inbegriffen Allgemeine Medizin. Mit 5872 (5837) aller Stellen in Chirurgie, 5525 (5606) in innerer Medizin, 3658 (3542) in Psychiatrie, 2638 (2643) in Pathologie und 2497 (2606) in Gynäkologie-Geburtshilfe beanspruchen diese fünf Fächer 64% aller „residencies“. Die Quote der besetzten Stellen betrug insgesamt 87% (84%). Die Besetzungsquoten der hauptsächlichlichen Disziplinen (mit über 100 „residencies“) waren 94% für Gynäkologie und Geburtshilfe und Ophthalmologie (93%), 93% (92%) für Chirurgie, 92% für Dermatologie (90%), für orthopädische Chirurgie (89%) und für ORL (85%), 91% für Pädiatrie (89%) und plastische Chirurgie (88%). Das geringste Interesse vermochten die Stellen in physikalischer Medizin 58% (57%), Pathologie 73% (69%) und allgemeiner Medizin 74% (69%) zu erwecken. Diese Zahlen stimmen nicht überein mit der Besetzungsquote der entsprechenden „straight internships“, ein Beweis, daß die „rotating internship“ als wertvollere Vorbereitung auf die r. betrachtet wird.

Von den 1307 (1265) Spitalern mit r. gehören 348 in die Gruppe der „affiliated hospitals“, sie bieten allerdings 58% aller r. an. Ihre Besetzungsquote erreichte 90%, während in der Gruppe der „nonaffiliated hospitals“ nur 84% der angebotenen r. besetzt werden konnten. Die gleiche Übereinstimmung mit den Verhältnissen bei den i. besteht auch hinsichtlich Besetzungsquote und Bettenzahl; für die Auswahl nach der geographischen Lage scheinen ebenfalls dieselben Gesichtspunkte maßgebend zu sein. Dagegen sind die Unterschiede in der Zahl der besetzten r. bei den Spitalern der Bundesverwaltung, der Einzelstaaten und der nichtstaatlichen Spitäler weniger ausgeprägt. Mit einer Besetzungsquote von 90% nehmen die Spitäler der Einzelstaaten hier den 1. Rang ein.

Die Gehälter, deren Aufwärtsentwicklung im Vorjahr zum Stillstand gekommen schien, haben wieder zugenommen. Das Durchschnitts-Monatsgehalt eines „intern“ betrug \$ 166.— (\$ 155.—) bei den „affiliated hospitals“ und \$ 207.— (\$ 198.—) bei den „nonaffiliated hospitals“. Die Gehälter der „residents“ variieren zu sehr nach der Art der Anstellungsprogramme, um einen zuverlässigen Durchschnitt zu ermitteln. 39% aller „affiliated hospitals“ und 41% aller „non-affiliated hospitals“ zahlten zwischen \$ 101 bis \$ 350 im Monat, vereinzelt liegen die Gehälter tiefer oder gehen bis zu \$ 950.

Große Unterschiede bestehen auch hinsichtlich der zusätzlich gewährten Unterkunft und Verpflegung an die „interns“ und an die „residents“.

Erkrankungen der Gallenwege, hepato-intestinale Störungen:

Cholagogum[®] Tuben-Tee

 NATTERMANN

sofort trinkfertig!

Vergessen Sie nicht, daß gewisse Honorarforderungen mit 31. Dezember 1960 verjähren!

Volle Unterkunft und Verpflegung erhielten die „interns“ in 74% und die „residents“ in 35% aller Spitäler; teilweise Unterkunft und Verpflegung leisten 18% der Spitäler für die „interns“ und 22% für die „residents“, während 8% bzw. 15% überhaupt keine Leistung dieser Art ausrichten. Die „nonaffiliated hospitals“ sind auch in dieser Hinsicht zuvorkommender. Verschiedene Spitäler gewähren auch den Ehegatten verheirateter Assistenten volle oder beschränkte Unterkunft und Verpflegung (71% der „residents“ waren verheiratet). Im Zusammenhang mit den Leistungen der Spitäler seien noch Krankenpflege und Berufshaftpflichtversicherung erwähnt. Spitalpflege im Krankheitsfall sind mit 38% (50%) der Anstellungsprogramme für „residents“ verbunden, und eine Haftpflichtversicherung gehört zu 32% (37%) der Programme.

Wesentlich ausführlicher als in früheren Jahren werden die Verhältnisse in bezug auf die Ärzte mit ausländischem Diplom kommentiert.

Insgesamt waren an den anerkannten Spitälern 9457 (8357) Ärzte mit ausländischem Diplom tätig, und zwar 2545 (2315) als „intern“ und 6912 (6042) als „resident“. Diese Ärzte kamen aus 92 Ländern und lassen sich nach ihrer Herkunft wie folgt aufteilen: Ferner Osten 38,5%, Naher Osten und Mittlerer Osten 18,1%, Lateinamerika 19,4%, Europa 16,3%. Der Rest stammt von den Philippinen. Die Ärzte mit ausländischem

Diplom stellen somit 25% aller „interns“ und „residents“ des Berichtsjahres. Ihr Anteil in den „residencies“ der einzelnen Spezialitäten variiert stark: Lungenerkrankheiten 65%, Allgemeine Medizin 51%, zeigen die höchsten, Dermatologie, Ophthalmologie und orthopädische Chirurgie mit je 10% die niedrigsten Kontingente.

Der Bericht weist darauf hin, daß am 31. Dezember 1960 der Besitz des ECFMG-Examins für die Ärzte mit ausländischem Diplom absolut obligatorisch wird, so daß im kommenden Jahr der Anteil der Ausländer zurückgehen dürfte, da zirka 15% der zur Zeit beschäftigten Ausländer diese Bedingung noch nicht erfüllen. Es wird jedoch erwartet, daß dieser Rückgang nur vorübergehend ist.

Im Anhang wird noch auf dieses spezielle Examen eingegangen, dem sich die Ausländer zu unterziehen haben. Von den 12 011 Kandidaten, die die Prüfung bis 15. August 1960 absolviert haben, haben 62,2% bestanden, und zwar 4705 mit 75 und mehr Punkten und 2768 mit 70 bis 74 Punkten, welches Resultat nur eine zweijährige Zulassung erlaubt.

Auf die besonderen Schwierigkeiten, die dieses Examen bietet, wird gelegentlich in anderem Zusammenhang eingegangen werden.

(Schweizerische Ärztezeitung, 1960, Nr. 45)

PERSONALIA

München: Zum Dekan der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität in München im Rektoratsjahr 1960/61 wurde Prof. Dr. med. habil. Dr. phil. nat. H. Eyer, Direktor des Max-von-Pettenkofer-Institutes für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie, gewählt, der sein Amt bereits angetreten hat.

GESETZES-, RECHTS- UND STEUERFRAGEN

Die neuen Bestimmungen der Betäubungsmittelgesetzgebung wurden in Heft 11/1960 von Herrn Dr. Stollreuther zusammengestellt und kommentiert.

In der gleichen Angelegenheit hat die „Arbeitsgemeinschaft Deutscher Apothekerkammern, Bundesapothekerkammer“ (Frankfurt/M.) an die Bundesärztekammer in Köln ein Schreiben gerichtet, in dem es u. a. heißt:

„Gemäß § 10a der Verordnung wurden u. a. auch Codein, Aethylmorphin, Paracodin neben Normethadon (Ticarda) der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung unterstellt.

Die Vorschriften der Ziffer 9 fordern

1. Name und Anschrift des Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes,
2. Tag der Ausfertigung,
3. Gebrauchsanweisung, aus der die Einzelgabe und die Häufigkeit ihrer Anwendung ersichtlich sein muß,
4. Unterschrift des Arztes, Zahnarztes oder Tierarztes.

Die Stoffe sind somit Betäubungsmittel im Sinne der nunmehr gültigen Gesamtverordnung geworden, d. h. der Arzt ist gesetzlich verpflichtet, o. a. Forderungen bezüglich der Verschreibweise einzuhalten, der Apotheker ist verpflichtet, ein Rezept nur dann abzugeben, wenn obige Bedingungen 1—4 erfüllt sind.

Aus den bisherigen Differenzen, die alltäglich in den Apotheken durch mangelnde Gebrauchsanweisung bei der Verordnung von Betäubungsmitteln sowie von stark wirkenden Mitteln auftreten, muß leider befürchtet werden, daß sich weitere erhebliche Schwierigkeiten bei der Abgabe von Arzneimitteln, die o. a. Stoffe enthalten, in den öffentlichen Apotheken ergeben werden. Wir glauben, daß besonders die häufigen Hinweise seitens der Krankenkassen, eine handschriftliche Gebrauchsanweisung aus Sparsamkeitsgründen nicht anzubringen, im Laufe der Jahre dazu geführt haben, daß

die Gebrauchsanweisung auch dann unterlassen wird, wenn sie gesetzlich vorgeschriebene Voraussetzung für die Abgabe in der Apotheke darstellt. Wenn bei der Abgabe stark wirkender Arzneimittel (in den vergangenen Jahren besonders Barbiturate) der Apotheker sich hier behelfen konnte und dem Patienten unnötige Wege ersparte und darüber hinaus Differenzen mit den Krankenkassen entging, so liegen nunmehr die Verhältnisse bei den recht zahlreich verordneten o. g. Stoffen anders. Der Apotheker, der Rezepte, die diese Stoffe enthalten, ohne die Daten nach Ziffer 1—4 abgibt, macht sich eines Verstoßes gegen das Betäubungsmittelgesetz schuldig. Die Krankenkassen werden derartige Rezepte nicht honorieren, die handschriftliche Nachtragung o. g. Daten durch den Apotheker ist nicht gestattet.“

Unzulässige Methoden bei der Werbung für Arzneimittel

Die Bundesärztekammer gibt bekannt:

Die Bundesärztekammer erhielt Kenntnis von Werbeschreiben der Balsam-Vertrieb Niederle, Dudenhofen/Speyer, an Ärzte, in welchen die genannte Firma die Ärzte auffordert, ein von ihr hergestelltes Präparat zu verordnen. Für jede Verordnung bietet sie DM —,50 Vergütung an. Dem Schreiben ist beigelegt ein Verrechnungsscheck über DM 50.— für 100 verordnete Pakungen des betreffenden Präparates, der sofort einlösbar ist. Gleichzeitig wird den Ärzten angeboten, ihnen — falls sie einverstanden sind — Anfang eines jeden Monats einen Scheck in gleicher Höhe zu übersenden. Eine Abrechnung an den Hersteller wird nicht verlangt. Bei Nichteinverständnis wird um Rücksendung des Schecks gebeten.

Die Bundesärztekammer hat die ihr möglichen Schritte gegen den Hersteller eingeleitet. Sie erinnert in diesem Zusammenhang an die einschlägigen Be-



Die Wäscheklammer

auf der Nase gegen üble Gerüche ist bestenfalls eine Notlösung. Wirkungsvoll hilft hier OZONELL. Denn mit OZONELL wird schlechte Luft auf moderne Art spielend leicht beseitigt.

In Krankenhäusern und Sanatorien, in Hotels und Pensionen ist OZONELL zur Luftverbesserung unentbehrlich. Ein Druck auf das Knöpfchen -- und der feine Sprühnebel wirkt auf dreifache Weise: physikalisch, chemisch und kosmetisch. OZONELL sorgt jederzeit für klare, staubfreie Luft.



GV 63/60

Bestellung Zufriedene Großverbraucher durch praktische Großpackungen - unentbehrlich für die Sauberkeit im Betrieb!



Ozonell-Frischlucht-Automaten für klare, frische und hygienisch reine Luft
je DM 4,80



Fäßchen à 2 kg PRII-Pulver zum Spülen und für alle Reinigungszwecke
je DM 9,80



Kanister à 5 kg PRII-flüssig zum Spülen und für alle Reinigungszwecke im Betrieb, je DM 18,75
Kunststoff-Kanister à 30 kg PRII-flüssig DM 3,50 pro kg



Kanister à 5 kg PRII-Spezial (schaumarm), speziell für ihre Geschirrspülmaschine je DM 18,75
Kunststoff-Kanister à 30 kg PRII-Spezial DM 3,50 pro kg



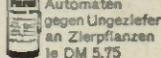
Fäßchen à 10 kg Rilan, das neue schaumaktive Scheuermittel aus dem FeWa-Werk je DM 9,80



Fäßchen FeWa-neu à 1,5 kg zur Pflege von Teppichen, Polstern, Vorhängen usw.
je DM 6,80



PARAL-Automaten gegen Ungeziefer je DM 4,95



Paral Pflanzen-Spray-Automaten gegen Ungeziefer an Zierpflanzen je DM 5,75

Bitte, ausfüllen und mit genauer Adresse einsenden an FEWA-Werk Düsseldorf
Die Lieferung soll erfolgen über den Fachhändler:

Unverbindliche Richtpreise

stimmungen der Berufsordnung für die deutschen Ärzte, nach denen es dem Arzt nicht gestattet ist, für die Verordnung von Heil- oder Hilfsmitteln vom Hersteller oder Händler eine Vergütung oder sonstige wirtschaftliche Vergünstigungen zu fordern oder anzunehmen.

Empfehlung von Heilmitteln in der Apotheke

Prof. Dr. C. G. Schirren von der Dermatologischen Universitäts-Klinik in München, nimmt in der „Deutschen Medizinischen Wochenschrift“ (1960/46) zur Frage Stellung, ob ein Apotheker in seiner Apotheke Heilmittel empfehlen darf.

In einer Abhandlung war die Frage aufgeworfen worden, ob ein Apotheker ohne ärztliche Anweisung an Kranke, die bei ihm Rat suchen, Heilmittel empfehlen und abgeben darf oder nicht. Diese Frage war von Prof. Dr.-Ing. habil. Kaiser, Stuttgart, für den Fall, bei dem sich ein Asthmakranker vom Apotheker ein homöopathisches Asthmamittel empfehlen und in größeren Mengen fortlaufend verkaufen ließ, bejaht worden, da es sich nur um ein homöopathisches Mittel gehandelt habe. Er vertrat den Standpunkt, daß kein Verstoß gegen irgendeine Vorschrift vorliege.

Auf Grund eigener Erfahrungen als Sachverständiger vor Gericht bei Prozessen über die Auslegung des Heilpraktikergesetzes muß nach Prof. Dr. Schirren dem Autor widersprochen werden. Die gestellte Frage müsse vom gesetzlichen Standpunkt her strikt verneint werden, da das beschriebene Vorgehen, auch wenn Kaiser darauf hinweist, daß „Beratungen“ zwischen Kranken und Apotheker seit ewigen Zeiten stattfinden, ohne jeden Zweifel einen Verstoß gegen das Heilpraktikergesetz darstellt. „Hierbei ist es gleichgültig, ob es sich bei dem abgegebenen Heilmittel um ein rezeptpflichtiges oder ein homöopathisches Medikament handelt. Entscheidend ist allein die Tatsache, daß der Patient nicht spontan das rezeptfreie Mittel X für sein Leiden verlangte — was selbstverständlich statthaft gewesen wäre —, sondern sich vom Apotheker wegen seines Leidens beraten und durch ein vom Apotheker verordnetes und von diesem gegen Bezahlung abgegebenes Heilmittel behandeln ließ. Erschwerend kommt in vorliegendem Fall hinzu, daß dieses Vorgehen nicht einmal, sondern über einen längeren Zeitraum immer wieder erfolgte, so daß eine Notfallsituation nicht vorgelegen hat. Nach dem Heilpraktikergesetz ist Ausübung der Heilkunde jede berufliche oder gewerbsmäßig vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Krankheiten, Leiden oder Körperschäden beim Menschen. Apotheker aber sind nicht zur Tätigkeit im Sinne des Heilpraktikergesetzes berechtigt! So weist z. B. auch die bayerische Verordnung über das Apothekerwesen (Apothekenbetriebsordnung) in ihrem § 17 ausdrücklich darauf hin, daß Apothekenleiter und Apothekenpersonal keine Heilkunde am Menschen ausüben dürfen. Ausnahmen ergeben sich lediglich in Notfallsituationen, bei denen der Apotheker jedoch den Patienten anschließend unverzüglich einer ärztlichen Behandlung zuführen muß.

Das Heilpraktikergesetz wurde zum Schutz des leidenden Menschen erlassen. Verstöße gegen dieses Gesetz wirken sich fast immer zum Nachteil für den Patienten aus. Aus diesem Grunde verlangt die ärztliche Ethik, bei jedem Übergriff, auch wenn dieser als Gewohnheitsrecht hingestellt wird, eindeutig und unmißverständlich Stellung zu beziehen.“

Tätigkeit als („Laien“-)Psychotherapeut. Das Gesundheitsamt der Landeshauptstadt München macht auf Grund des Hinweises des Bayerischen Staatsministeriums des Innern mit Entschließung vom 2. 9. 1960 Nr. III 8 — 5370/35 — 4/60 und § 5 Absatz 1 des Heilpraktikergesetzes vom 17. 2. 1939 (Reichsgesetzblatt I Seite 251) hinsichtlich der Tätigkeit von („Laien“-) Psychotherapeuten darauf aufmerksam, daß zur Ausübung der Psychotherapie nur berechtigt ist, wer entweder als Arzt bestellt oder wem eine Erlaubnis zur berufsmäßigen Ausübung der Heilkunde ohne Bestallung nach den Bestimmungen des Heilpraktikergesetzes erteilt worden ist.

Zur Aufklärungspflicht des Arztes nahm Prof. Dr. Freiherr von Kreß, 1. Vorsitzender der Berliner Medizinischen Gesellschaft, bei ihrer Jubiläumsfeier anläßlich des 100jährigen Bestandes, Stellung. Er erklärte, daß die vom Bundesgerichtshof dekretierte Aufklärungspflicht des Arztes gegenüber den Patienten ignoriere, daß jede Prognose mit Fehlerquellen behaftet ist, und daß jedes Behandlungsrisiko durch eine umfassende Aufklärung vermehrt werden kann. Nicht in vollem Umfang ist der Kranke ein „vernünftiges Wesen“, das über das Behandlungsrisiko unvoreingenommen urteilt. Der Behandlungsauftrag an den Arzt bezieht sich auf die Heilung, aber nicht auf die Aufklärung in vollem Umfang; meistens will der Patient nicht voll aufgeklärt werden; er „erinnert sich erst später der finanziellen Möglichkeiten einer Schadenersatzforderung“. Der Gesichtspunkt der Barmherzigkeit, der für die Rechtsprechung nicht existiert, ist aber unabdingbarer Bestandteil ärztlicher Tätigkeit.

RUNDSCHAU

Von der Universität in Innsbruck. Zum Rektor der Universität in Innsbruck wurde für das Studienjahr 1960/61 Univ.-Prof. Dr. Siegfried Tapfer, der Direktor der Univ.-Frauenklinik, gewählt.

Im Bericht des Prorektors wurde erwähnt, daß die Zahl der Studierenden an der Universität Innsbruck von 3000 vor drei Jahren, auf 3700 gestiegen ist. Inländer und Ausländer halten sich die Waage. Bei den Ausländern stellen die Hörer aus der deutschen Bundesrepublik den größten Prozentsatz. Es waren Studenten aus 43 Staaten inskribiert.

Der Bau der Chirurgischen Klinik ist in ein entscheidendes Stadium getreten. Mit dem Baubeginn ist im Frühjahr 1961 zu rechnen.

Zusätzlich zu dem bereits bestehenden internationalen Studentenhaus wird ein Objekt mit weiteren 300 Betten gebaut werden, so daß insgesamt 450 Studenten dort Unterkunft finden werden.

Die Frage ausreichender Krankenhausbetten. Auch in Hamburg wurde festgestellt, daß dort etwa 1000 Krankbetten fehlen. Die Krankenhäuser der Hansestadt waren in den letzten Jahren meistens zu mehr als 90% belegt; als normal sieht man eine Belegung von 85% an. Dabei ist zu berücksichtigen, daß 3,5% der Patienten in ein Alters- oder Pflegeheim gehören. Die Sozialbehörde baut jetzt in verstärktem Maße Pflegeheime.

Der Krankenhausaufenthalt eines Patienten dauert im Durchschnitt 21 bis 23 Tage, in den sozial hochentwickelten Ländern Dänemark und Schweden dagegen nur 16 bis 17 Tage. Den Grund hierfür sieht man darin, daß bei uns nach der Einweisung ins Krankenhaus normalerweise erst

Ulcrurisan®

Die Wund- und Heilsalbe auf Ferment-Basis 45 g DM 1.75 lt. A.T.



CHEMISCHE FABRIK
"BAVARIA"
MÜNCHEN-GRAFELTING

einmal drei bis vier Tage für eine gründliche Diagnose gebraucht werden... Der Gedanke, ambulant zu diagnostizieren, um im Krankenhaus sofort mit der Therapie beginnen zu können, stieß auf Schwierigkeiten.

In Hamburg gibt es zur Zeit 17 000 Krankenhausbetten. Davon sind 12 000 in öffentlicher Hand, 5000 gehören gemeinnützigen privaten Einrichtungen. Legt man die allgemein anerkannte Maßzahl von 1% der Bevölkerung zugrunde, müßte Hamburg bei 1,8 Millionen Einwohnern 16 000 Krankbetten haben. Es fehlen also 1000 Betten, und dieser Fehlbedarf wird mit dem Wachsen der Einwohnerzahl immer größer. — Hamburg hat einen Krankenhaus-Zeitplan aufgestellt, nach dem die bestehenden Kliniken nach und nach baulich saniert und reorganisiert werden. Sanierung bedeutet aber Verlust an Betten. Deshalb sind nach dem Zeitplan etliche Neubauten vorgesehen... („Die Welt“, 21. 11. 1960.)

Auswirkungen der Lohnentwicklung

Der Geschäftsbericht für 1960 der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (BDA) verweist darauf, daß die Hauptsorge der Arbeitgeber im Augenblick der Mangel an Arbeitskräften ist. Die starke und zum guten Teil ungesunde Fluktuation (Anm.: die auch für die Ärzte von Bedeutung ist) ist mit einer entsprechenden Steigerung der Arbeitskosten im Betrieb verbunden; die Statistik der Bundesanstalt für Arbeitsvermittlung weist die ungewöhnlich hohe Zahl von vier Millionen Arbeitsvermittlungen im laufenden Jahr aus. In dieser Lage müßte die Arbeitszeitverkürzung auf Grund von Tarifverträgen die Schwierigkeiten noch verstärken. — Die Aufmerksamkeit vieler Arbeitgeber ist daher auf eine verstärkte Anwerbung ausländischer Arbeiter gerichtet.

Aus der Lage am Arbeitsmarkt erklärt sich die Lohnentwicklung. Sie begann am Jahresanfang mit 4% bis 6% Lohnaufstockung, erreichte um die Jahresmitte 7% bis 9% und zur Zeit 13% bis 15%. Das Lohnvolumen für 1960 dürfte um 11 bis 12 Milliarden DM höher sein als im Vorjahr. Das würde einer durchschnittlichen Lohnsteigerung um 7,5% bis 8% entsprechen. Die BDA weist vor allem darauf hin, daß sich effektive Lohnerhöhungen in den Betrieben — zum Teil durch kurzfristige Abwerbung — und tarifliche Lohnerhöhungen gegenseitig beeinflussen. Sie lösen nach Meinung der BDA die Lohnbewegung immer mehr von ihren güterwirtschaftlichen Zusammenhängen.

Rückgang der Unfälle mit ernststen Folgen. In den letzten Jahren haben — entgegen gewerkschaftlichen Behauptungen — die ernststen Betriebsunfälle in der Bundesrepublik abgenommen. So hat sich in den Jahren 1954 bis 1959 die Zahl der Opfer (auf je 10 000 Versicherte) schwerster Unfälle (Tod oder völlige Erwerbsunfähigkeit) von 3,25 auf 2,14, also um ein Drittel, verringert. Auch die Zahl der Opfer von Unfällen mit sonstigen ernststen Folgen (teilweise Erwerbsunfähigkeit oder Krankengeld) war 1959 um ein Sechstel niedriger als 1954. In einer Anlage zu diesem Schneidienst veröffentlichten wir eine Analyse der Entwicklung der Betriebsunfälle in den letzten Jahren.

Veränderte Altersstruktur bei Krankenhauspatienten. Aus einer den Zeitraum von 1918 bis 1956 umfassenden Übersicht über Alter, Aufenthaltsdauer, Morbidität und Mortalität der von der internen Abteilung eines norwegischen Krankenhauses stationär aufgenommenen Kranken geht hervor, daß 1928 die 20- bis 29jährigen etwa 30%, 1956 dagegen nur noch 5,5% aller Patienten ausmachten, während der Anteil der 60- bis 69jährigen umgekehrt im Jahre 1928 nur 5,5% betrug, 1956 dagegen auf 22% angestiegen war. 1916 war die Mortalität der erstgenannten Gruppe im Vergleich zur letzten größer, 1956 überwog jedoch die Gruppe der älteren. Das Durchschnittsalter der Patienten lag 1956 um 26 Jahre höher, der stationäre Aufenthalt war im Mittel 28 Tage kürzer.

(Bundesgesundheitsblatt, 1960, Nr. 24)

Ungünstiger Altersaufbau bei der Privaten Krankenversicherung: Der Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV, Köln) hat in einer umfangreichen statistischen Aufbereitung des Zahlenmaterials für 1959 eine Gegenüberstellung der Altersgliederung in der PKV und der Gesamtbevölkerung vorgenommen. Hierbei zeigt sich, daß die jüngeren Altersgruppen, nämlich im Alter von 16 bis 30 Jahren, in der Gesamtbevölkerung weitaus stärker besetzt sind als in der PKV, während hingegen vom 45. Lebensjahr an der Versichertenbestand in der PKV wesentlich größer als in der Gesamtbevölkerung ist. Diese ungünstige Altersgliederung führt der Verband darauf zurück, daß die gesetzliche Krankenversicherung den Markt der PKV sehr stark eingeengt hat und Pflichtversicherung vor allem die jüngeren und besseren Risiken an sich zieht. Deshalb ist die PKV gegen jede Ausdehnung der Versicherungspflichtgrenze in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die PKV sähe darin eine Gefährdung ihrer zumeist auf genossenschaftlicher Basis aufgebauten Versichertengemeinschaften, die einen gesunden Risikoausgleich brauchen. In der PKV überwiegen der Zahl nach die Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit. Von 78 dem Verband angeschlossenen Unternehmen sind 71 Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit, auf die 1959 fast zwei Drittel des gesamten Beitragsaufkommens von 1,11 Milliarden DM entfielen.

Die Steigerung der Sozialausgaben

Die „Frankfurter Rundschau“ (19. 11. 1960) hebt hervor, daß die Sozialausgaben auf allen Gebieten von Jahr zu Jahr beträchtlich gestiegen sind. Während im Jahre 1956 jeder Erwerbstätige durchschnittlich 1000 DM jährlich für die sozialen Leistungen aufbringen mußte, werden es nach Berechnungen der Bundesvereinigung im Jahre 1960 schon rund 1500 DM sein. Es wird die Frage aufgeworfen, ob der Tribut, den wir der sozialen Sicherheit zollen, genügend Spielraum für den Gedanken der Selbsthilfe und der privaten Initiative läßt, wie es die Regierungserklärung und die Pläne der Spartätigkeit für die Eigenumbildung breiter Schichten erstreben?

Arzneimittelversorgung der Sowjetzone gefährdet. In den Apotheken der Sowjetzone macht sich gegenwärtig wieder ein starker Mangel an pharmazeutischen Präpara-

Bei allen
Erkrankungen
der Atmungs-
organe

ANTIBEX

SIMPLEX · FORTE · CUM EPHEDRINO

125 ccm enthalten
50 mg Dihydrokodein

PAUL LAPPE · CHEM. PHARM. FABRIK · BENSBERG-KÖLN

ten bemerkbar. Sehr knapp sind Vitaminpräparate, Antibiotica, Opiate und wirksame Mittel gegen Blutzucker. In den Schaufenstern sowjetzionaler Apotheken darf keinerlei Werbung für Arzneimittel mehr betrieben werden. Nach dem Stande von Ende 1959 gab es in der ganzen Zone und in Ost-Berlin noch 1000 Apotheken. Davon befinden sich nur noch 242 (15,1%) im Privatbesitz. Der Rest von 1212 (75,8%) sind Staatsapotheken und 146 (9,1%) sind staatlich verpachtete Apotheken.

Die Zahl der weiblichen Arbeitnehmer in den USA. In den USA war im Jahre 1890 ein Sechstel aller Arbeitnehmer weiblichen Geschlechts; kurz vor dem zweiten Weltkrieg war schon jeder vierte Arbeitnehmer eine Frau. Zur Zeit gibt es in den USA mehr als 22,5 Mill. berufstätige Frauen, d. h. sie stellen mehr als ein Drittel aller Arbeitnehmer.

Pflegeschulen der Caritas. Der Deutsche Caritasverband hat seine Schulen zielstrebig ausgebaut. Zur Zeit verfügt der Verband über 178 Krankenpflegeschulen, 43 Säuglings- und Kinderpflegeschulen, 37 Kindergärtnerinnen- und Jugendleiterinnenseminare und 27 Fachschulen für sozial-caritative Frauen- und Männerarbeit.

300 neue Kassenärzte in Hamburg. Seit dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts hat der Zulassungsausschuß in Hamburg mehr als 300 Kassenärzte neu zur Kassenpraxis zugelassen. Hierbei handelt es sich zum größten Teil um Ärzte, die bisher nur zu den Ersatzkassen zugelassen waren. — Am 1. Januar dieses Jahres gab es in Hamburg insgesamt 1333 Kassenärzte (davon 541 Fachärzte). Diese Zahl ist inzwischen auf 1671 (davon 712 Fachärzte) angestiegen.

Saarland: Ausbau der Krankenhäuser im Saarland. Die Universitätskliniken in Homburg/Saar sollen durch großzügige Investitionen in den nächsten Jahren zu den größten und modernsten im Bundesgebiet werden. Neben einer beträchtlichen Vergrößerung der klinischen Abteilungen ist der Bau eines Strahleninstitutes vorgesehen. Man schätzt bei einer mehrjährigen Bauzeit einen finanziellen Gesamtaufwand von annähernd 100 Millionen DM. Bis Ende des laufenden Jahres sind Ausgaben für Neubauten und Einrichtungen mit rund 33 Millionen DM veranschlagt. Die Mittel sollen auch weiterhin aus dem Landeshaushalt bereitgestellt werden, wiewohl auch eine Bundeshilfe erwartet wird. Die im Saarhaushalt 1959 eingesetzte Bundeshilfe von einer Milliarde französischer Francs ist für den Bau von Krankenhäusern im übrigen Saarland bestimmt.

Wie von der Verwaltung zu erfahren war, will man auch weiterhin die Auftragsvergaben — soweit möglich — der einheimischen Wirtschaft zukommen lassen. Die aus Gründen der Finanzierungsmöglichkeiten sukzessive Realisierung des Neubauprogrammes vermeide eine sonst mögliche Überbeanspruchung der vorhandenen Baukapazitäten. Die Baukosten in DM haben sich gegenüber dem Frankenraum nicht nennenswert ermäßigt. Dennoch glaubt man die neue Chirurgische Klinik einschließlich der beweglichen Einrichtungen zum Preise von 30 000 DM je Bett erstellen zu können. Das sei gegenüber vergleichbaren Bauten im übrigen Bundesgebiet preislich die Untergrenze.

Arbeitsminister Trittelvitz erklärte, daß die Saar auf dem Gebiet des Gesundheitswesens trotz hoher Zuwendungen des Staates noch einen erheblichen Nachholbedarf habe. Im jüngsten Bundesland kämen auf 1000 Einwohner 8 Krankbetten gegen 12 in vergleichbaren Gebieten des übrigen Bundesgebiets. Die Einschränkung der Hausbausausgaben in den kommenden Etats dürfe nicht für das Gesundheitswesen gelten.

Die Universitätskliniken in Homburg schlossen im ver-

gangenen Jahr wieder mit einem beträchtlichen Defizit, da der Pflegesatz der niedrigste aller deutschen vergleichbarer Kliniken sei. Das erforderte nach Angaben der Verwaltung einen Staatszuschuß von 13,25 DM je Patient und Tag. Medizinische Assistenten sind im Saarland sehr gefragt, das Angebot an älteren Kräften ist ausreichend. Der Zugang zur medizinischen Fakultät hat sich mit 450 Einschreibungen im neuen Semester weiter erhöht.

BUCHBESPRECHUNGEN

Kranke Säuglinge (Zieke Zuigeligen, 3. Auflage). Von C. H. Verboom, Assen/Niederlande. Neu bearbeitete und wesentlich erweiterte deutsche Ausgabe von F. Ball, R. Beckmann, K. Betke, H. G. Krainick, W. Marget, H. Steim, Freiburg/Br. Herausgegeben von Professor Dr. H. G. Krainick, Freiburg/Br. Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 1960. 367 Seiten, 8 Abbildungen. Ganzleinen DM 39.60.

Das Buch des holländischen Kinderarztes in seiner deutschen Bearbeitung durch die Freiburger Kinderklinik ist in wahrstem Sinne ein Buch aus der Praxis für die Praxis. Es enthält alles, was der Praktiker bei der Behandlung kranker Säuglinge wissen muß. Die einzelnen Krankheiten sind klar und übersichtlich zusammengefaßt, die Therapie wird besonders eingehend behandelt, so daß das Buch auch als tägliches Nachschlagewerk wertvolle Dienste leisten wird. Es ist aber zudem auch ein Genuß, darin zu lesen, da es flüssig und in gutem Stil geschrieben ist. Besonders nutzbringend ist das Kapitel „Antibiotica und ihre Anwendung in der Kinderheilkunde“, das dem Leser eine gründliche Kenntnis von deren Wirkung und Wirkungsintensität vermittelt, eine lehrreiche Zusammenfassung, auf die jeder Praktiker gerne immer wieder zurückgreifen wird. Lediglich die Anführung holländischer Arzneimittel könnte entfallen, da diese in Deutschland doch kaum angewendet werden. Dieses Kapitel sowie das über „Die Untersuchung des Säuglings“ würden wohl zweckmäßigerweise das Buch einleiten, als es — wie jetzt — beschließen. Mit dem Kapitel „Die Mütterberatungsstellen für Säuglinge“ wird sich der Praktiker wohl nicht in allen Punkten einverstanden erklären können. Es mag dahingestellt bleiben, ob die niedrige holländische Säuglingssterblichkeit von 1,9 v. H. einzig und allein der perfektionierten Organisation der Säuglingsfürsorge zugeschrieben werden muß, oder ob nicht noch andere, für Holland spezifische Fakten dafür mitverantwortlich sind. Das Kapitel liest sich als Theorie sehr überzeugend, in der Praxis ergeben sich gegen diese starke „Spezialisierung“ der Säuglingsfürsorge doch manche Bedenken. Wenn besonders mit der Kinderfürsorge betraute Gesundheitsfürsorgerinnen zu regelmäßigen Hausbesuchen verpflichtet werden, wenn sie bei diesen Hausbesuchen kleine „Störungen“ selbst behandeln dürfen — der zunächst dazu nötige Auftrag des Hausarztes wird erfahrungsgemäß bald nicht mehr eingeholt —, so sehen wir darin eine bedenkliche Entfernung vom alten Hausarztssystem, das doch in neuerer Zeit wieder angestrebt wird. Der wirkliche Hausarzt kommt so häufig in seine Familien, daß er auch die Neugeborenen mit überwachen kann, nachdem er ja vor allem das Milieu seiner Familie bis ins kleinste kennt. Bei einer so perfektionierten Fürsorge pflegt der Hausarzt — wie es auch jetzt schon bisweilen vorkommt — von seinen Kranken meist nichts mehr zu sehen und zu hören, es sei denn, daß er einmal gebraucht wird, um für einen Kassenpatienten die notwendige Krankenhauseinweisung zu schreiben. Daran wird auch eine „taktvolle“ Durchführung der Hausbesuche seitens der Fürsorgerinnen nichts ändern. Abgesehen von diesem strittigen Kapitel, ist jedoch das Buch für den praktischen Arzt, der besonders auf dem Lande fast täglich kranke Säuglinge behandeln muß, unentbehrlich und von großem Nutzen.

Dr. med. Robert Paschke, Emskirchen

TYROSPIROL

freie
Atemwege





In drei
Ärztegenerationen
bewährt!

Leo-Pillen

Rein pflanzliches Laxans



K. P. 30 Pillen DM 1,40 lt. AT. m. U.
O. P. 60 Pillen DM 2,30 lt. AT. m. U.

LEO-WERKE · FRANKFURT/M

Auch in diesem Jahr

haben Sie die Hefte Ihrer Fachzeitschrift gesammelt und wollen in Ihren Bücherschrank einen einheitlich sauber in Leinen gebundenen, mit Goldprägung versehenen Jahresband stellen. Dann geben Sie uns bitte bald Ihre Bestellung auf für eine im Februar 1961 erscheinende

Einbanddecke des Jahres 1960 DM 3,50

Ihr Buchbinder wird Ihnen die Zeitschrift fachgemäß einbinden. Sie können Ihren Jahresband auch uns zum Binden übergeben.

Damit Sie die einzelnen Hefte im Laufe des Jahres sauber und ordentlich aufbewahren können, liefern wir Ihnen die bekannte

Sammelmappe mit Klemmrücken

in Halbleinen mit Goldprägung auf der Vorderseite zum Preis von DM 6,—



RICHARD PFLAUM VERLAG MÜNCHEN

Bestellschein

(Bitte auf Postkarte kleben und senden an:
Richard Pflaum Verlag, München 2, Lazarettstraße 2—6)
Ich/Wir bestellen zur Lieferung nach Erscheinen (Februar 1961)

..... Einbanddecke 1960 DM 3,50

Bayerisches Ärzteblatt

..... Sammelmappe mit Klemmrücken DM 6,—

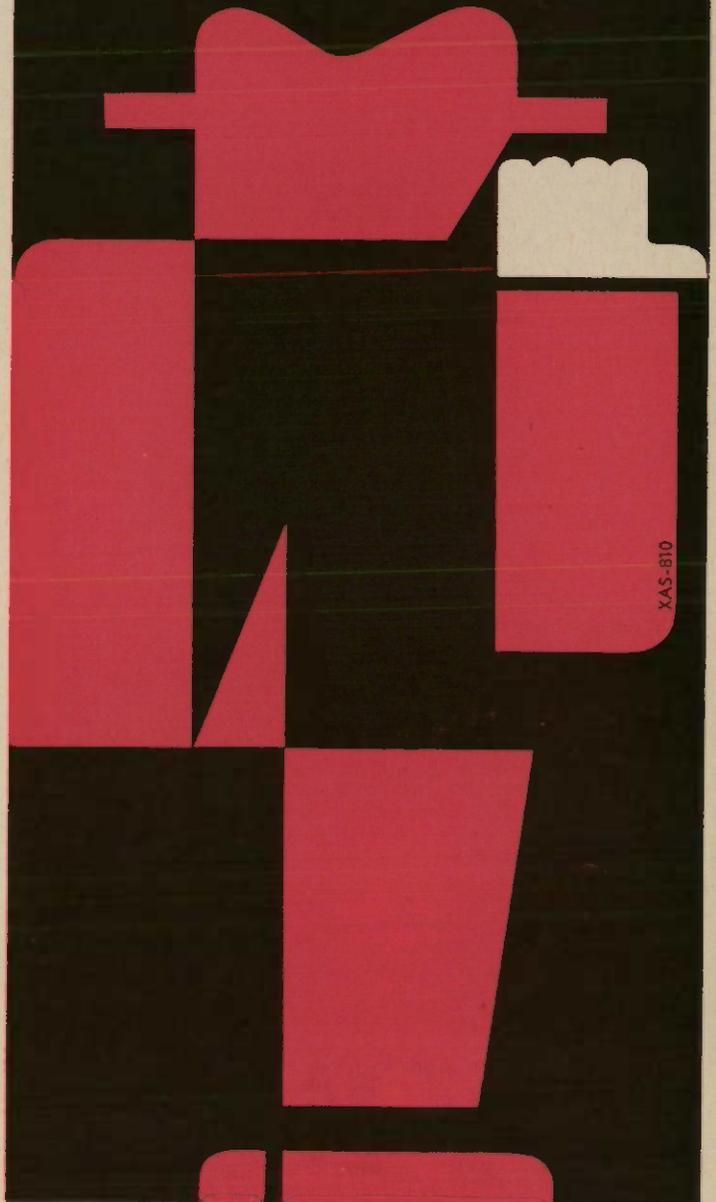
Nachnahme zuzüglich Versandkosten oder Vorauszahlung auf Postcheckkonto München 604 18.

Name Vorname

Ort Straße

Datum Unterschrift

NEU VON ASID



KONGRESSE UND FORTBILDUNG

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung veranstaltet in der Zeit vom 5. bis 7. April 1961 ihren Wissenschaftlichen Kongreß an der Universität Mainz. Anmeldungen für Vorträge über Ernährungsfragen auf dem Gebiet der menschlichen Ernährung, Tierernährung, Lebensmittelchemie, physiologischen Chemie, Pharmazie und angrenzender naturwissenschaftlicher Fachgebiete sind an das wissenschaftliche Sekretariat der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Frankfurt am Main, Feldbergstraße 28, zu richten.

Bedingungen: Kurzvorträge (Redezeit höchstens zehn Minuten) sollen bisher nicht publizierte eigene Forschungsergebnisse bringen. Der Einsendeschluß für das Kurzreferat ist der 1. Februar 1961.

Einführungskurse in den Strahlenschutz finden in der Versuchs- und Ausbildungsstätte für Strahlenschutz der Gesellschaft für Kernforschung mbH. (Neuherberg bei München, Ingolstädter Landstraße 1) statt. Leiter: Dr. med. R. Wittenzellner.

- 23. mit 27. Januar 1961: für medizinisch-technische Assistentinnen.
- 6. mit 10. Februar 1961: für Ärzte, Tierärzte, Biologen usw.
- 20. mit 24. Februar 1961: für Oberinnen, Lehrschwestern, Röntgen- und Radiumschwestern.
- 6. mit 10. März 1961: für medizinisch-technische Assistentinnen.
- 24. mit 28. April 1961: für Ärzte, Tierärzte, Biologen usw.

Fortbildungskurs in Bäder- und Klimaheilkunde und physikalischer Medizin der Medizinischen Fakultät Gießen

Vom 6. bis 29. März 1961 veranstaltet die Medizinische Fakultät der Universität Gießen zum 12. Male ihren Fortbildungskurs in Bäder- und Klimaheilkunde und physikalischer Medizin.

Vortragende: Prof. Dr. Ott (Gießen/Bad Nauheim), Prof. Dr. Scheminsky (Innsbruck), Prof. Dr. Amelung (Königstein), Oberreg. Rat Dr. Becker (Königstein), Priv.-Doz. Dr. Jessel (Westerland). Die wichtigen speziellen Formen der physikalischen Medizin werden nach einem einleitenden Referat von Prof. Dr. v. Braunbehrens (München) behandelt. Klinisch besonders wichtige Gebiete, wie die Kreislaufkrankheiten, die rheumatischen Erkrankungen und die Krankheiten der Verdauungsorgane werden im Zusammenhang besprochen.

Exkursionen in die hessischen Bade- und Kurorte mit Vorträgen und Demonstrationen ergänzen den Kurs; die abschließende Bäderreise (24.—29. 3. 1961) führt diesmal vor allem in linksrheinische Bade- und Kurorte.

Die fachliche Gestaltung liegt in den Händen von Prof. Dr. V. R. Ott, Direktor des Instituts für Physikalische Medizin und Balneologie der Universität Gießen in Bad Nauheim und Prof. Dr. F. Scheminsky, Direktor des Physiologischen und des Balneologischen Institutes der Universität Innsbruck und Leiter des Forschungsinstituts Bad Gastein. Der Kurs wird im Ein-

vernehmen mit dem Verband Deutscher Badeärzte und dem Verband Österreichischer Kurärzte abgehalten.

Auskunft, Prospekte und Anmeldung durch Prof. Dr. h. c. Gg. Herzog, Leiter der ärztlichen Fortbildungskurse der Medizinischen Fakultät Gießen, Pathologisches Institut, Klinikstraße 32 d.

Einführungskurse 1961 der in der „Arbeitsgemeinschaft der Ärztlichen Gesellschaften für manuelle Therapie (FAC und MWE)“ vereinigten Gesellschaften

Einführungslehrgänge in die Manualtherapie (Wirbelsäule und Extremitäten).

Leitung: Dr. med. Karl Sell, Facharzt für Orthopädie; Auskunft: Sekretariat der MWE, Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu; Telefon: Isny 520.

16. 1. bis 27. 1.; 27. 2. bis 10. 3.; 10. 7. bis 13. 7.; 23. 10. bis 3. 11. immer in Schloßgut Neutrauburg über Isny/Allgäu.

D-Kurse (Diagnostik-Kurse) der ärztlichen Forschungs- und Arbeitsgemeinschaft für Chiropraktik e. V. (FAC). Tagung des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren. Auskunft: Sekretariat der FAC in Hamm/Westf., Am Markt 1; Telefon: 44 60. 20. 3. bis 3. 3. in Bad Nauheim; 10. 5. bis 13. 5. im Raum München; 18. 9. bis 23. 9. in Freudenstadt/Schwarzwald. **O-I-Kurs, Einführungslehrgang in die Osteopathie.** Auskunft: Sekretariat der FAC, Hamm/Westf., Am Markt 1; Telefon: 44 60. 11. 9. bis 17. 9. in Bad Hamm/Westf.

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.

Januar:

9. 1.—30. 3. in Hamburg: Kurs über Tropenmedizin und medizinische Parasitologie. Auskunft: Bernhard-Nocht-Institut für Schiffs- und Tropenkrankheiten, Hamburg 4, Bernhard-Nocht-Straße 74.

17.—21. 1. in Gießen: 2. Fortbildungskurs für Fachärzte der Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Auskunft: Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Herzog, Pathologisches Institut der Universität Gießen, Klinikstraße 32 g.

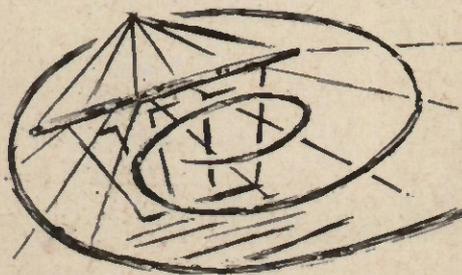
Februar:

27. 2.—4. 3. in Gießen: 3. Werkärztlicher Fortbildungskurs „Diagnostische Methoden in der Arbeitsmedizin“. Auskunft: Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Herzog, Pathologisches Institut der Universität Gießen, Klinikstraße 32 g.

März:

1.—3. 3. in München: 8. Symposium der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie. Auskunft: Prof. Dr. H. Nowakowski, II. Medizinische Universitäts-Klinik und Poliklinik, Hamburg-Eppendorf, Martinstr. 52.

6.—29. 3. in Gießen: 3. Fortbildungskurs in Bäder- und Klimaheilkunde und physikalischer Medizin. Auskunft: Prof. Dr. Dr. h. c. Georg Herzog, Pathologisches Institut der Universität Gießen, Klinikstraße 32 g.



Bei Schwindel jeder Genese, Meniäreschem Syndrom, Reisekrankheiten

Vertigoheel®

Tabletten, liquidum, Ampullen

-Heel

PERSER-TEPPICHE

in großer Auswahl u. a.:

Karadja-Varleger	90×60 cm	DM 45,-
Belutschistan-Brücke	130×90 cm	DM 135,-
Lilian-Brücke	155×105 cm	DM 225,-
Bachtieri-Brücke	200×140 cm	DM 385,-
Seiden-Sistan	190×115 cm	DM 590,-
Luristan	312×170 cm	DM 755,-
Lambaran-Läufer	506×110 cm	DM 760,-
Dehadj-Teppich	315×215 cm	DM 950,-
Heris-Teppich	354×255 cm	DM 1280,-
Mahal-Teppich	370×330 cm	DM 1370,-
Keshan-Teppich	433×300 cm	DM 3980,-
Kabutorani-Teppich	530×352 cm	DM 4740,-



ZOLGHADAR - TEHERAN
MÜNCHEN - Maximilianstraße 33



SONDERTARIFE FÜR ÄRZTE

Krankentagegeld auch für hohe Ansprüche
 Krankenhaustagegeld

Operationskasten bis DM 5 000,-

VEREINIGTE Krankenversicherung A. G.

München 22, Königinstr. 19 • Tel. 227625

Vertragsgesellschaft von ärztlichen Organisationen

WIE EIN HEILAKTIVER VERBAND...

Ulgastrin Diedenhofen

BEI ULCERA
 GASTRITIDEN UND
 NEUROVEGETATIVEN
 MAGENBESCHWERDEN

0. P. 42 Tabl. - Kurpackg. 84 Tabl.



ARZTEMUSTER UND LITERATUR DURCH

APOTHEKER A. DIEDENHOFEN K-G
 PHARMAZEUTISCHE FABRIK, BAO GOESBERG AM RHEIN

NEU VON ASID NEUTRASID®



Das Symbol für
 Ergänzung
 und Ausgleich,
 Harmonie
 und Gleichgewicht.



YAS 8109

April:

- 5.—6. 4. in Bad Nauheim: 11. Wissenschaftliche Jahrestagung der Deutschen Medizinischen Arbeitsgemeinschaft für Herdforschung und Herdbekämpfung (DAH) e. V. Auskunft: Prof. Dr. Hattmer, Gau Algesheim/Rhh., Ingelheimer Straße 75.
- 20.—22. 4. in Bad Lippspringe: 4. Wissenschaftlicher Aerosol-Kongreß unter Mitwirkung der Fraunhofer-Gesellschaft zur Förderung der angewandten Forschung. Auskunft: Dr. H. Nüchel, Bad Lippspringe/Westf., Arminiuspark 3a, Kongreßbüro.
- 27.—30. 4. in Berlin-Dahlem: Kongreß für Laboratoriumsmedizin. Auskunft: Dr. W. Massmann, Berlin-Friedenau, Rubensstraße 125.

Mai:

- 1.—6. 5. in Lindau: 11. Lindauer Psychotherapiewoche. Auskunft: Sekretariat der Lindauer Psychotherapiewoche, München 2, Dienerstraße 17.
- 17.—18. 5. in Bonn: 21. Kongreß der Deutschen Vereinigung zur Förderung der Körperbehindertenfürsorge e. V. Auskunft: Deutsche Vereinigung zur Förderung der Körperbehindertenfürsorge e. V., Orthopädische Anstalt der Universität Heidelberg, Wielandheim.

Juni:

- 1.—3. 6. in Bayreuth: 10. Tagung der Süddeutschen Tuberkulose-Gesellschaft. Auskunft: Medizinrat Dr. H. Hoffmann, Kutzenberg über Lichtenfels/Ofr.

August:

27. 8.—2. 9. in Karlsruhe: 13. Deutsche Therapiewoche. Auskunft: Dr. med. P. Hoffmann, Karlsruhe, Kaiserallee 30 (Wissenschaftl. Kongreßbüro).

September:

29. 9.—1. 10. in Mannheim: Kongreß des Deutschen Sportärztebundes. Auskunft: Dr. H. W. Weber, Geschäftsführer des Deutschen Sportärztebundes e. V., Frankfurt a. M., Liebigstraße 53.

AUSLAND**Januar:**

- 14.—28. 1. in Madonna di Campiglio: 19. Lehrgang des Deutschen Sportärztebundes im Wintersport. Auskunft: DER, Frankfurt a. M., Mainzer Landstraße 42.

Februar:

25. 2.—11. 3. in Karersee (Dolomiten): 20. Jahrgang des Deutschen Sportärztebundes im Wintersport. Auskunft: Dr. Fr. Friedrich, München 23, Wilhelmstraße 16.

März:

- 12.—25. 3. in Bad Gastein: 6. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin der Bundesärztekammer. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 12.—25. 3. Bad Gastein: VI. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. Prospekte und Anmeldungen: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 13.—25. 3. Davos: IX. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. Prospekte und Anmeldungen: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.
- 13.—25. 3. in Davos: 9. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin der Bundesärztekammer. Auskunft: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

April:

- 28.—29. 4. in Salzburg: Gemeinschaftstagung des Deutschen Zentralkomitees für Krebsbekämpfung und Krebsforschung mit der Schweizerischen Nationalliga für Krebsbekämpfung und Krebsforschung und der Österreichischen Krebsgesellschaft. Auskunft: Prof. Dr. W. Niko lowski, Tübingen.

Juni

- 5.—17. 6. Grado: IX. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. Prospekte und Anmeldungen ab Februar 1961: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

Juli:

- 10.—14. 7. in Genf: 4. Kongreß der Internationalen Diabetes-Vereinigung. Präsidium: Prof. Dr. J. P. Hoet, Löwen. Auskunft: Dr. B. Rilliet, 4, Boulevard des Tranchées, Genf.

August:

- 14.—19. 8. in Wien: 2. Internationaler Kongreß über psychische Entwicklungsstörungen im Kinde. Auskunft: 2. Internationaler Kongreß für psychische Entwicklungsstörungen, Universitäts-Kinderklinik, Wien IX, Lazarettstraße 14.

September:

- 7.—10. 9. in Salzburg: Kongreß der Gesellschaft für praktisch angewandte Medizin. Auskunft: Dr. Braun, Brunn an der Wild, Nö.-Österr.
- 14.—17. 9. in Neapel: 2. Internationales Symposium für Chemotherapie. Auskunft: Prof. Dr. P. Preziosi, Case postale 266, Neapel.
21. 8.—2. 9. Meran: IX. Internationaler Lehrgang für praktische Medizin, veranstaltet von der Bundesärztekammer. Prospekte und Anmeldungen ab Mai 1961: Kongreßbüro der Bundesärztekammer, Köln-Lindenthal, Haedenkampstraße 1.

Mitteilungen der Schriftleitung

Im Hinblick auf die für die Medizin so bedeutsame Entwicklung der Chemotherapie in den letzten Jahrzehnten wurde der Festvortrag des Nobelpreisträgers Professor Dr. Domagk, der an ihr so maßgeblichen Anteil hat, zur Gänze abgedruckt.

Auch den Ausführungen von Professor Dr. Bickelbach, die auf die Bedeutung der Zytodiagnostik für die rechtzeitige Erkennung des Gebärmutterkrebses eindringlich hinweisen, wurde im Hinblick auf die Wichtigkeit weiter Raum gegeben.

„Bayerisches Ärzteblatt“. Herausgeber und Verleger: Bayer. Landesärztekammer, München 23, Königsstraße 85/III. Verantwortlich für die Schriftleitung: Dr. Gustav Sondermann, Emskirchen über Neustadt/Alsb. Die Zeitschrift erscheint monatlich. Bezugspreis für Nichtmitglieder der Bayer. Landesärztekammer DM 2.40 vierteljährlich, zuzügl. Zustellgebühr. Postscheckkonto Nr. 5252 Amt München, Bayer. Landesärztekammer (Abt. Bayer. Ärzteblatt). Anzeigenverwaltung: Verlag und Anzeigenverwaltung Carl Gabler, München 15, Sonnenstraße 29, Telefon-Sammel-Nr. 55 80 81, Fernschreiber 05 23662. Telegrammadresse: Gablerpres. Für den Anzeigenteil verantwortlich: Ernst W. Scharschinger, München. Druck: Richard Pflaum Verlag, München. Alle Rechte, insbesondere das Recht der Verbreitung, Vervielfältigung und Mikrokopie sowie das Recht der Übersetzung in Fremdsprachen für alle veröffentlichten Beiträge vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Genehmigung des Verlags. Rücksendung nichtverlangter Manuskripte erfolgt nur, wenn vorbereiteter Umschlag mit Rückporto beiliegt. Bei Einsendungen an die Schriftleitung wird das Einverständnis zur vollen oder auszugsweisen Veröffentlichung vorausgesetzt, wenn gegenteilige Wünsche nicht besonders zum Ausdruck gebracht werden.



Analgit

- mite
- forte
u. Salbe

Externes Analgeticum,
flüssiges Hyperämie-
und Hyperlymphiemittel
Krewel-Werke, Eitorf b. Köln

KREWEL • KREWEL

Stellenangebote

Beim Kreis Krankenhaus Deutenhofen (internes Krankenhaus mit Infektions- und Tuberkulosestation), 20 km vor München, Ortsklasse A, ist die Stelle einer

Med.-techn. Assistentin

mit staatl. Anerkennung zum 1. 1. 1961 zu besetzen. Bezahlung nach TO A. Gute Unterkunft und Verpflegung im Hause möglich. Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen (Zeugnisabschriften, Lebenslauf, Lichtbild usw.) erbeten an das

Landratsamt Dachau

An einer süddeutschen Universitäts-Frauenklinik sind zum 1. Januar 1961 mehrere wissenschaftliche

Assistentenstellen

neu zu besetzen.

Bevorzugt werden Bewerber mit Vorbildung in Pathologischer Anatomie, Innerer Medizin, Chirurgie und Kinderheilkunde sowie solche mit chemischen und physikalischen Vorkenntnissen.

Bewerbungen erbeten unter 331/511 an CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

Stellengesuche

Suche leitende

Stellung als Facharzt

für innere Krankheiten in Sanatorium o. ä. Angebote unter M. H. 77 419 ü. CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13

Chefartzsekretärin 40 Jahre, sucht

neuen verantwortungsvollen Wirkungskreis, evtl. auch als Alleinssekretärin in einem kleineren Hause. Angeb. erb. unter 331/491 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

Medizinisch-techn. Gehilfin

22 Jahre, mit gediegener Ausbildung in fachinternistischer Praxis (Labor, EKG- u. Röntgenaufnahmen, Maschinenschreiben und Stenographie), sucht Stellung bei einem Facharzt für innere Krankheiten zum 1. 2. 1961 in München. Zuschr. erb. unter 331/509 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

Verschiedenes

Allg.-Praxis

in südd. Großstadt sofort abzugeben. Auch für Kneipparzt geeignet. Etwas Kapital erf. Leicht auszuweiten. 2-Zimmer-Wohnung, Günst. Verkehrslage. Zuschriften erbeten unter 331/70 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13.

Aiteingelührte Allgemeinpraxis

in schwäbischer Kreisstadt wird demnächst frei — inklusive Inventar und Wohnung in neu erbautem Arzthaus; Nachfolger gesucht; vorherige Vertretung möglich. Zuschr. erbeten unter 331/510 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

Praxisabgabe

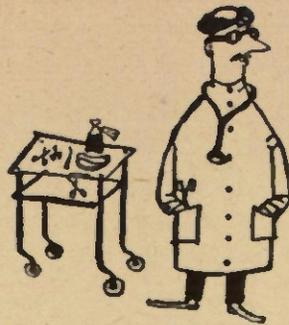
Sehr günstig gelegene, neuzeitlich eingerichtete

Allgemeinpraxis

in aufblühendem Industrieort Süddeutschlands, 10 km von Großstadt entfernt, an zulassungsberechtigten Arzt krankheitshalber sofort abzugeben, evtl. mit Auto u. Neubauwohnung. Angeb. unt. M. B. 13 725 ü. CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH, München 2, Karlsplatz 13

Praxisübernahme

von Internist gesucht. Eventuell Tausch in Großstadt. Angebote erbeten unter N. G. 3491 über CARL GABLER WERBEGESELLSCHAFT MBH., München 2, Karlsplatz 13



Dr. Heil weiß es

... und er schätzt es: Um die Schreiberei braucht er sich nicht zu kümmern. Das macht Schwester Grete ausgezeichnet, und sie strahlt, wenn sie an ihrer weißen Olympia-Maschine sitzt.

Olympia

für besseres Schreiben

Prospekte durch den Fachhandel
OLYMPIA WERKE AG.
WILHELMSHAVEN

„Stetophon“

Herzton-Apparat
Gleichzeitig Kutanloge
Erfolg für jede Praxis

Prospekt und Lieferung: Saniteef., Frankfurt-Eckenheim 358

Optaraktyl[®]

gegen Angst
und Unruhe

(früher Optarakt)

20 Dragées à 200 mg Meprabamat
Wirtschaftliches Ataraktikum

DM 1,90

50 Dragées DM 4,25 u. Kl.-Pck. DR. SCHERTL GMBH - MÜNCHEN 15

In allen Fragen der

Bäder- und Heilstättenwerbung

berät Sie

CARL GABLER - WERBEGESELLSCHAFT MBH.

München 2 - Karlsplatz 13 - Telefon 55 79 91

Beilagenhinweis

Dieser Ausgabe liegen Prospekte folgender Firmen bei:

Klinge, München 23

Klinge, München 23

Deutsche Arzneimittel Ges., Berlin

Penicillin-Ges., Göttingen

Temmler-Werke, Marburg/Lahn

Dr. Reiß, Berlin-NW 87

Erste Kulmbacher-Actien-Exportbier-Brauerei,

Kulmbach/Bayern

Merckle GmbH., Blaubeuren

Preiselbeeren

aus schwedischen vollreifen Beeren 13,30
Schwarze Johannisbeer-Konfitüre 12,50

Heidel (Blau) beeren 12,50	10 Pfd. Eimer
Erdbeer-Konfitüre 10,80	4,5 kg netto
Aprikosen-Konfitüre 10,50	nar mit reinem
Himbeer-Sirup 12,00	Kristallzucker
Pflaumen-Mus 8,85	eingekocht

Garantiert neue Ernte 1960

Fabrikfrische, tafelfertige, feinste und ungefärbte Qualitätsware. (Nachnahme) Bei Nichtgefall: Kaufpreis 100%ig zurück.
H. Lucas A 64 Honnet/Rh. Postf. 66

Kleinklaviere

Einzigartige Auswahl
Bis zu 40 Monatsraten

Pianohaus Lang

München · Kaufingerstraße 28/1
Augsburg · Bahnhofstraße 15/1
Regensburg · Kassiansplatz 3

Gegen **Enuresis nocturna**

hat sich HICOTON als Spezifikum seit

Jahrzehnten bestens bewährt! In allen

Apotheken erhältlich! Prospekt und

Muster kostenlos durch den Allein-

Hersteller. „MEDIKA“ Pharm.

Präparate, (13b) München 42

PERU-LENICET[®] SALBE

Die Heilsalbe des Arztes!

mild und schmerzlindernd
granulationsfördernd
juckreizstillend
epithelisierend

Durch Vereinigung der Heilwirkung von
Peru-Balsam und Lenicet
von hervorragender Wirkung

1/2 Dose DM 1,15 lt. A. T. o. U., 1/1 Dose DM 1,70 lt. A. T. o. U.

DR. RUDOLF REISS CHEMISCHE WERKE
BERLIN WEST · HAMBURG · MÜNCHEN



Von alters her ist es der Brauch
Zu hebern mit dem Magenschlauch,
Doch wirklich macht es kein Vergnügen
Für solche, welche ihn dann kriegen.



Stets wandte sich der Gast mit Grausen
Auch bei dem starken Magensausen.
Wer es erlebt, der spricht nicht drüber,
Geht an der Klinik gern varüber.



Dach dieser edle gute Mann,
Der wußte, was man mochen kann.
Es herrscht bei ihm der beste Wille –
Statt Schlauch verabreicht er die Pille.



„Du nahmst die Pille Desmoid
Und bläulich der Urin erglüht.
O glaube mir, dein Magensaft
Hat noch die echte alte Kraft.“

DESMOIDPILLEN „POHL“ zur Magenfunktionsprüfung ohne Ausheberung
Packungen zu 2, 4, 15 und 100 Pillen – Proben stehen zur Verfügung

G. Pohl-Boskamp · Hohenlockstedt/Holstein